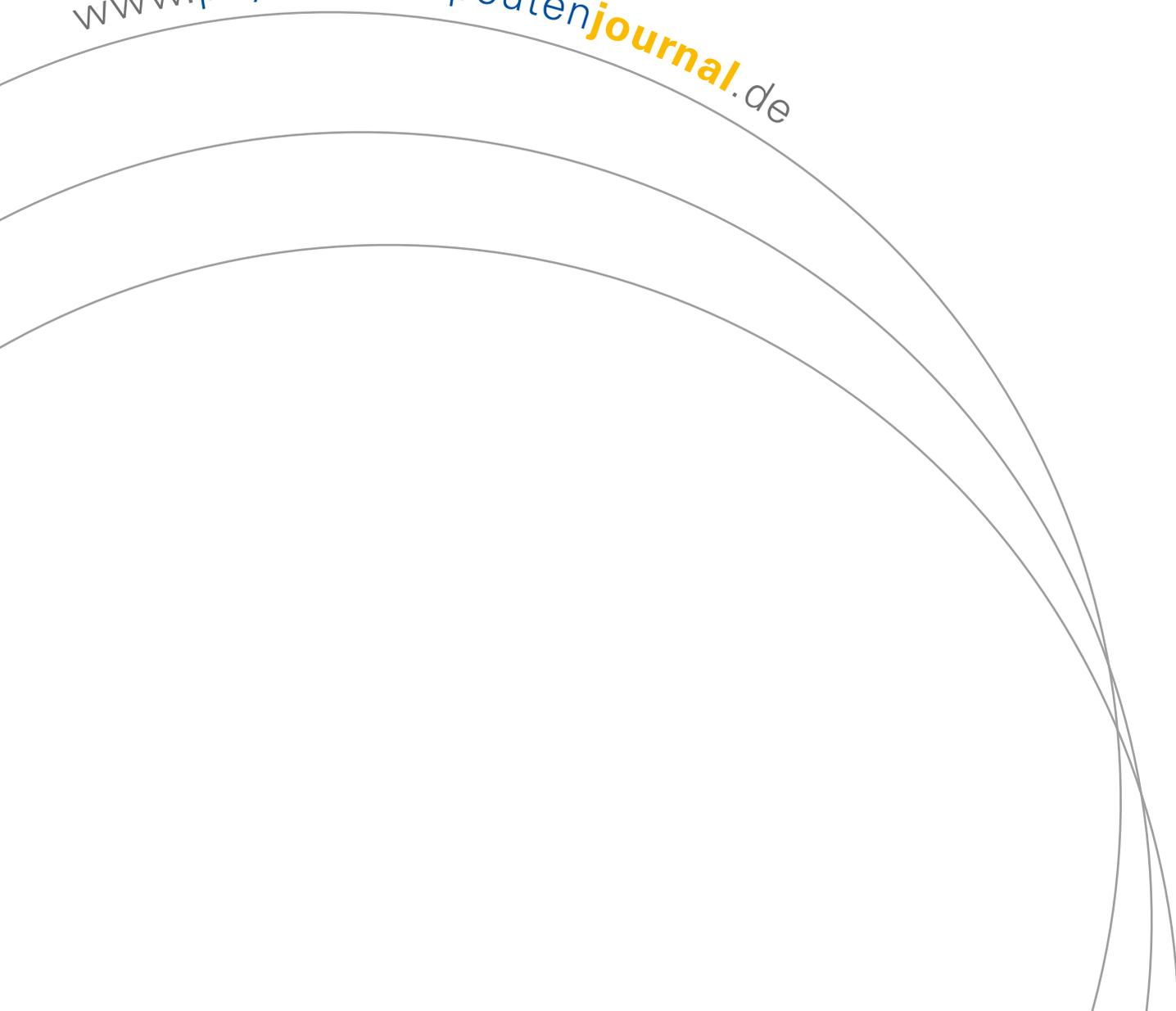


# Psychotherapeuten journal

- Spannungsregulation und Achtsamkeitsförderung – zentrale psychotherapeutische Kompetenzen
- Mentalisieren in der Psychotherapie
- Verfahrensvielfalt und Praxisbezug im derzeitigen Psychologiestudium – eine Online-Umfrage
- Aktuelles Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zu EMDR
- Autismus-Spektrum-Störungen – Forschungsstand und Behandlung

[www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de)

Three thin, grey, curved lines that start from the left edge and curve downwards and to the right, resembling the top part of a rainbow. The top line is the highest and the bottom line is the lowest, with a middle line in between.

# Editorial

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

diese erste Ausgabe im neuen Jahr zeigt sich im neuen Gewand. Sie können es sich wahrscheinlich vorstellen: Eine Gruppe wie die unsrige, die wir uns viermal im Jahr in schöner Vielfalt als Redaktion und Redaktionsbeirat bei der Heftplanung die Köpfe heiß reden, tut sich nicht leicht, wenn es darum geht zu entscheiden, wie wir Ihnen das PTJ in Zukunft präsentieren wollen. Alles in allem verlief der Prozess mit Unterbrechungen und immer neuen Anläufen über Jahre. Hilfreich waren verlagsseitig Frau Annette Kerstein und der Grafiker Andreas Becker, denen sehr zu danken ist für ihr Engagement! Am Ende stand eine Einigung mit Kompromissen, die wir alle mittragen können – und nun sind wir gespannt auf Ihre Rückmeldungen!

Und weil wir gerade beim Danksagen sind – auch in diesem Prozess der graphischen Neugestaltung und überhaupt bei der gesamten Redaktionsarbeit ist ganz besonders Frau Nina Rehbach zu danken. Sie betreut und begleitet als hauptamtliche Redakteurin mit großem Einsatz fachkundig, kollegial und mit Taktgefühl unsere Autorinnen und Autoren und unsere Arbeit im Redaktionsbeirat und in der Redaktion!

Dieses aktuelle Heft startet mit einem Beitrag im Rahmen einer Reihe von Artikeln zum Thema „Psychotherapeutische Kernkompetenzen“: Björn Husmann und Oliver Nass referieren über „Spannungsregulation und Achtsamkeitsförderung“ als „zentrale psychotherapeutische Kompetenzen“. Die Autoren werben in diesem Zusammenhang für ein integratives Verständnis auf der Ebene von Theorie und Behandlungstechnik.

Ein integratives Verständnis – und damit auch eine Einladung zum Dialog – formulieren auch Josef Brockmann und

Holger Kirsch in ihrer Arbeit zum „Mentalisierungskonzept“ als einem Konzept, das sich als besonders hilfreich erweist in der Behandlung psychisch schwer Erkrankter. Brockmann und Kirsch zeigen auf, dass das Mentalisierungskonzept einerseits zunehmend an Bedeutung gewinnt als ein psychoanalytisches Behandlungskonzept, aus dem heraus eine neue Behandlungstechnik entwickelt wurde. Andererseits zeigen das Konzept und seine Anwendungen interessante Überschneidungen mit anderen Psychotherapierichtungen und deren Behandlungstechnik(en).

Dialog ist auch ein wichtiges Stichwort zur folgenden Arbeit von Cord Benecke und Rhea Eschstruth über „Verfahrensvielfalt und Praxisbezug im derzeitigen Psychologiestudium“ anhand einer Online-Umfrage unter Studierenden. Dieser Text sei allen empfohlen, die zur Zeit über eine Reform des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) bzw. der Psychotherapeutenausbildung und entsprechender Veränderungen der Hochschulstudiengänge nachdenken. Die Umfrage richtete sich an Studierende in psychologischen Masterstudiengängen insbesondere vor bzw. kurz nach Beendigung des Studiums. Im Ergebnis berichten Benecke und Eschstruth über eine sehr stark kognitiv-behaviorale Ausrichtung des Studiums mit einem geringen Anteil an adäquater Vermittlung anderer Verfahren und Störungsmodelle in Forschung und Lehre sowie über Rahmenbedingungen, die diese Schieflage mit herbei geführt haben.

Auch im Kontext einer angestrebten Reform des PsychThG ist der Beschluss des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) zur Psychotherapiemethode Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), der in diesem Heft referiert wird, von erheblicher Relevanz!

Aufforderungen zum Dialog stellen auch die folgende Arbeit von Inge Kamp-Becker und Kurt Quaschner so-



Anne Springer (Berlin),  
Mitglied des Redaktionsbeirates

wie die Ausführungen von Kevin Hilbert in unserer ständigen Rubrik „Aktuelles aus der Forschung“ dar:

Kamp-Becker und Quaschner referieren zum Thema „Autismus“, wobei sie behandlungstechnische Konzepte aus der Verhaltenstherapie als besonders geeignet für die Behandlung dieser schweren Störungen halten und dies auch sehr nachvollziehbar und kenntnisreich begründen. Sie berichten über neuere Forschungsergebnisse zur Diagnostik und Therapie autistischer Störungen und stellen fest: „Verhaltenstherapeutische Interventionen sind indiziert“. Der Redaktionsbeirat beabsichtigt, zum Thema „Autismus“ in der Folge Arbeiten zu veröffentlichen, die das Thema aus anderen theoretischen und behandlungstechnischen Perspektiven bearbeiten, um so eine fruchtbare Auseinandersetzung auf den Weg zu bringen.

Gespannt sind wir auch auf Ihre Rückmeldungen zum Bericht von Hilbert zu „Aktuellem(s) aus der Forschung“: Vorgestellt werden Studien mit dem Ziel der Entwicklung biologischer Marker im Kontext psychischer Erkrankungen unter Anwendung neurowissenschaftlicher Methoden. Entsprechende Biomarker könnten zum Beispiel prognostische Einschätzungen begründen. Es liegt sehr nahe, hierzu eine Diskussion zu ethischen Fragen zu führen!

Wir hoffen, Ihnen wieder gute Anregungen zu vermitteln!

*Björn Husmann & Oliver Nass*

### **Spannungsregulation und Achtsamkeitsförderung sind zentrale psychotherapeutische Kompetenzen**

Der Artikel bietet einen Überblick zu zwei grundlegenden Kompetenzen in Prävention, Psychotherapie und Rehabilitation sowie zu Entspannungs- und achtsamkeitsbasierten Verfahren und deren salutogener Potenz aus integrativer Perspektive.

*Josef Brockmann & Holger Kirsch*

### **Mentalisieren in der Psychotherapie**

Über die Behandlung von Borderline-Störungen hinaus gewinnt das Mentalisierungskonzept zunehmende Bedeutung in der Psychotherapie. Die Arbeitsgruppe um P. Fonagy greift mit dem Mentalisierungskonzept Ergebnisse der Bindungsforschung und empirischen Forschung auf. Das Konzept verbindet psychoanalytische Theorien mit Behandlungstechniken der Verhaltenstherapie (DBT), der systemischen und klientenzentrierten Therapie unter einem neuen Fokus: Mentalisierung.

*Cord Benecke & Rhea Eschstruth*

### **Verfahrensvielfalt und Praxisbezug im derzeitigen Psychologiestudium. Eine Online-Umfrage unter Studierenden**

Im Rahmen einer bundesweiten Umfrage unter Studierenden im Masterstudengang für Psychologie wurde untersucht, wie die „klinische Lehre“ im derzeitigen Psychologiestudium aus Sicht der Studierenden gestaltet ist, insbesondere in Bezug auf die Vermittlung verschiedener Störungsmodelle und psychotherapeutischer Ansätze sowie praktischer Kompetenzen. Die Ergebnisse werden im Hinblick auf die geplante Reform der Psychotherapeutenausbildung diskutiert.

*Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie*

### **Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung von Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen**

Bekanntmachung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG mit einer redaktionellen Vorbemerkung von Rainer Richter, Mitglied des Redaktionsbeirats

*Inge Kamp-Becker & Kurt Quaschner*

### **Autismus-Spektrum-Störungen. Eine Übersicht zum aktuellen Forschungsstand und zum verhaltenstherapeutischen Behandlungsvorgehen**

In diesem Beitrag werden neuere Forschungserkenntnisse bezüglich der Diagnostik und der therapeutischen Möglichkeiten von autistischen Störungen dargestellt. Die Diagnostik stellt hohe Ansprüche an Klinikerinnen und Kliniker, da sich hinter dem Begriff „Autismus“ eine Vielzahl von Symptomen verbirgt, deren Abgrenzung zu anderen Störungen im klinischen Alltag häufig schwierig ist. Verhaltenstherapeutische Interventionen sind indiziert.

## Aktuelles aus der Forschung

42

*Kevin Hilbert*

**Sind neurowissenschaftlich fundierte Biomarker im Rahmen der Behandlung psychischer Störungen denkbar?**

## Buchrezension

47

**Psychopharmakologie und die Minimierung des Subjekts**

Eine Rezension von Jürgen Karres: Balz, V. (2010). Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland 1950-1980. Bielefeld: transcript Verlag.

## Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

50

Bundespsychotherapeutenkammer

54

Baden-Württemberg

58

Bayern

64

Berlin

68

Bremen

72

Hamburg

76

Hessen

81

Niedersachsen

85

Nordrhein-Westfalen

89

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

94

Rheinland-Pfalz

98

Saarland

102

Schleswig-Holstein

1

Editorial

48

Leserbriefe

106

Impressum Psychotherapeutenjournal

A1

Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

A21

Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

### Hinweise:

Alle Beiträge können Sie auch als PDF-Dokument von der Internetseite [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de) herunterladen.

Der Teilausgabe Nordrhein-Westfalen sind in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen beigeheftet:

■ Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen in der Fassung vom 29.08.2014

# Spannungsregulation und Achtsamkeitsförderung sind zentrale psychotherapeutische Kompetenzen

Björn Husmann & Oliver Nass

**Zusammenfassung:** Rainer Richter und Dietrich Munz haben im Psychotherapeutenjournal 2/2014 eingeladen, über psychotherapeutische Kernkompetenzen zu diskutieren. Darauf nehmen wir Bezug und möchten zwei miteinander verwobene „key skills“ in den Fokus rücken: Spannungsregulation und Achtsamkeitsförderung. Es handelt es sich um zentrale psychotherapeutische Kompetenzen, die sowohl bezüglich des Faktenwissens als auch der Handlungskompetenzen und der professionellen Haltung einzuordnen sind.<sup>1</sup> Gleichmaßen geht es uns um die damit verbundenen Entspannungs- und achtsamkeitsbasierten Verfahren,<sup>2</sup> deren hohe salutogene Potenz in Therapie, Prävention und Rehabilitation überzeugend nachgewiesen ist. Durch einen Überblick zu diesen Verfahren und den spezifischen Fähigkeiten, die durch sie entwickelt und gefördert werden, möchten wir darauf aufmerksam machen, welche Bedeutung ihnen in Studium sowie Aus- und Weiterbildung, aber auch bei berufspolitischen Diskussionen zukommen müsste. Darüber hinaus möchten wir für ein integratives Verständnis von Achtsamkeitsförderung und Spannungsregulation werben, die ansonsten in Fachdiskussionen oft getrennt behandelt werden.

## Spannungsregulation

Wir sprechen hier von Spannungsregulation, weil diese Kompetenz darüber hinausgeht, Tiefenentspannung zu induzieren. Vielmehr geht es um eigenverantwortliche, flexible und situationsangemessene Selbstregulation auf einem Kontinuum zwischen den Polen „Entspannung: Regeneration, innere Versenkung“ und „Anspannung: Aktivierung, erhöhte Vigilanz“ (vgl. Mathesius, 2014). Im Angesicht der häufigen Überbetonung des „Leistungspols“ im Alltag vieler Menschen kommt dem „Entspannungspol“ allerdings besondere Bedeutung innerhalb der Psychotherapie zu, da Patientinnen und Patienten<sup>3</sup> über Fähigkeiten zur aktiven Entspannung oftmals (nicht mehr) verfügen oder sie nicht in hinreichendem Maße nutzen können.

Übungssysteme aus der Gruppe der Entspannungsverfahren helfen, die Fähigkeit zur Spannungsregulation freizulegen, weil sie die willentlich-bewusste Selbstinduktion und -steuerung der trophotropen Reaktion (siehe Abbildung) schulen, wobei Auswirkungen dieser Reaktion zugleich auch methodische Ansatzpunkte sind:

- Der Tonus der Skelettmuskulatur wird herabgesetzt, dient z. B. bei der Progressiven Relaxation (PR) aber auch als „Zugang“ zu Tiefenentspannung.
- Die Hautdurchblutung erhöht sich, dient aber auch der Herbeiführung z. B. bei der Wärme-Übung des Autogenen Trainings (AT).
- Die Atmung wird ruhiger und gleichmäßiger, dieser Teil der „Entspannungsantwort“ ist gleichzeitig der „Einstieg“ z. B. bei vielen Meditationsformen.

Als **Wirkmechanismus** wird die Ideoplasie angenommen. Danach führt alleine die Vorstellung einer Körperbewegung zur Innervation entsprechender Muskelgruppen (Krampen, 2013). Die mentale Antizipation von „(Bett-)Schwere“ bewirkt deshalb eine Tonus-Verminderung in der Skelettmuskulatur, die von „Wärme“ Vasodilatation usw. Diese Effekte lassen sich über das Spiegelneuronen-System gut erklären (z. B. Beutel, 2009; Mende, 2013).

Dabei wird die trophotrope Reaktion durch diese Verfahren nicht künstlich erzeugt, sondern ist ein allgemeines menschliches Potenzial, sozusagen psychosomatische „Hardware“, die durch Training „nur“ aktiviert, (weiter-)entwickelt und kultiviert wird. Dazu schulen diese Übungssysteme mehr oder weniger systematisch die Habituation der ergotrop-trophotropen Umschaltung sowie das Balancieren zwischen körperlich-seelischen Relaxationsprozessen und wachem Gewahrsein (was dem meditativen Zustand entspricht, wie unter Achtsamkeitsförderung beschrieben). Die Praktizierenden lernen folglich das Einpendeln zwischen Ich-geleiteter Aktivität und völliger Passivität („innere Ruhe“), die Wahrnehmung und „absichtslose Beeinflussung“ von Organfunk-

<sup>1</sup> z. B. im Entwurf der AG des Länderrates und BPTK-Vorstandes „Kompetenzen für den Psychotherapeutenberuf in Studium und Aus-/Weiterbildung“ (Fassung vom 06.05.14 unter <http://0cn.de/7dg9>, Zugriff: 15.07.14).

<sup>2</sup> Wir sprechen hier von Entspannungs- und achtsamkeitsbasierten Verfahren, weil diese Übungssysteme zwei miteinander verwandte Verfahrensgruppen bilden (vgl. Krampen, 2013, S. 25ff), nicht, weil wir auf Richtlinienverfahren anspielen oder andeuten wollen, sie hätten einen gleichen Rang. Innerhalb einer verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Psychotherapieplanung können sie zwar den Rang von Interventionsmethoden haben, für sich genommen gehen sie aber bzgl. Störungsverständnis, Gesundheitsmodellvorstellung usw. darüber hinaus.

<sup>3</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgehend beide Geschlechtsformen genannt. Selbstverständlich sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

tionen sowie eine entsprechenden Konzentrationsfähigkeit. Alle Effekte können sich bei regelmäßigem Training in den Alltag hinein generalisieren und unterstützen eine gelassene Lebenshaltung.

## Achtsamkeitsförderung

Übungssysteme aus der Gruppe der achtsamkeitsbasierten Verfahren schulen eine spezifische Form der Aufmerksamkeitslenkung. Kern ist ein gelassenes, abwartendes Verweilen

im wachen Beobachten aller Aspekte der dahinfließenden inneren und äußeren Gegenwart (Präsenz). Wird diese spezifische Form des Gewahrseins (*mindfulness*) eine Zeit lang praktiziert und werden derweil Erwartungen, Bewertungen, Beurteilungen usw. in der Schwebelage gehalten, führt dies zu einem meditativen Bewusstseinszustand, bei dem die Wahrnehmung gleichermaßen nach innen und außen auf die Entfaltung von Erfahrung gerichtet ist, ohne eingreifen zu wollen. Auch diese Form der Achtsamkeitsarbeit ist nicht nur im passiven Bereich angesiedelt oder einzig mit regressiven Prozessen verbunden. Der Körper soll zwar zur Ruhe kommen und der Geist zur Stille finden (was eine trophotrope Reaktion unterstützt, wie unter Spannungsregulation beschrieben), gleichzeitig sind aber eine spezifische Form höchster Konzentration und erhebliche Übungsdisziplin vonnöten, um in der „Kunst der Achtsamkeit“ voranzukommen.

Häufiges und regelmäßiges Trainieren dieses besonderen Gewahrseins bewirkt, dass Praktizierende aus dem inneren Gleichgewichtszustand eines geistig-emotionalen „Equilibriums“ zwar auf innere und äußere Reize bezogen sind, sie sprechen aber nicht quasi-reflexhaft („reaktiv“) auf sie an. Insofern wird eine (selbst-)reflexive Meta-Bewusstheit trainiert, aus der heraus wahrnehmbar wird, wie der leib-seelische Organismus seine Gelüste bzw. Nöte selbst hervorbringt (Wahrnehmung von Autopoiesie; Selbstreferenz). Die Fähigkeit zu solch „reflexive[r] Beobachtung der eigenen kognitiv-emotionalen Prozesse“ wäre „die *conditio sine qua non* jedweder therapeutischen Veränderung“ (Marcowitz in Anderssen-Reuster (Hrsg.), 2007, S. V), das heißt, sie hat ggf. weitreichende Effekte wie etwa die Loslösung von

- neurotischen Fixierungen,
- süchtigem Verhalten oder
- dysfunktionalen Beziehungsmustern.

Wenn sich diese spezifische Form der Aufmerksamkeit in den Alltag hinein generalisiert, unterstützt dies eine insgesamt acht-

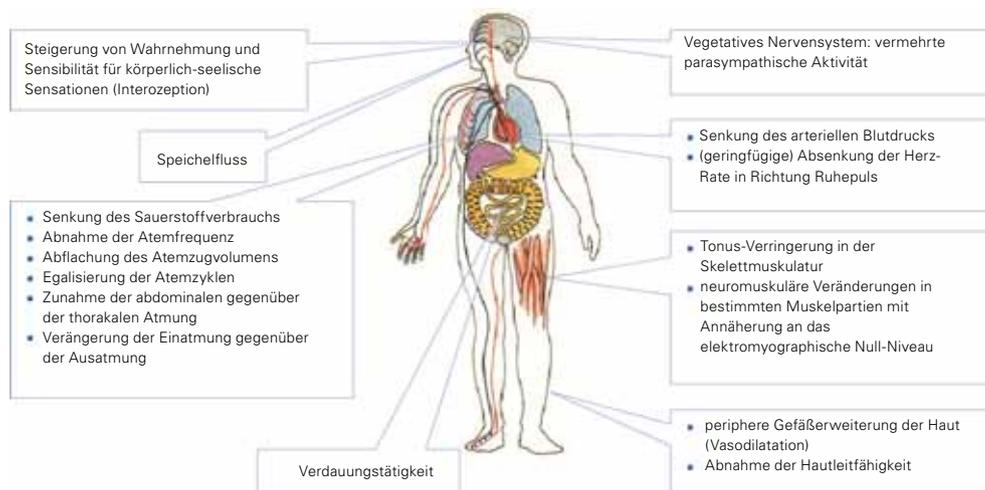


Abbildung: Die Entspannungsreaktion (trophotrope Reaktion) (eigene Darstellung; Grafik: AOK, 1991, S. 9)

samere Lebenshaltung, das heißt „eine grundlegende Weise des In-der-Welt-Seins“, als Voraussetzung dafür, „... dass wir die Wirklichkeit umfassend erfahren und die Fülle unserer existenziellen Möglichkeiten entfalten“ (Hofmann, 2002, S. 315).

Hinweise auf den **Wirkmechanismus** geben neurowissenschaftliche Forschungen, die in diesem Zusammenhang vom „*default mode*“ sprechen: Wenn die Umwelt gerade keine konkreten Anforderungen stellt oder wenn nur Routinehandlungen notwendig sind, werden kognitive Ressourcen darauf verwendet, Vergangenes zu verarbeiten, Zukünftiges zu antizipieren, sich in andere Personen hineinzusetzen oder Situationen „durchzuspielen“ („Gedanken wandern“, Tagtraum). Es gibt Hinweise darauf, dass durch regelmäßige Achtsamkeitsübungen gelernt wird, den Default-Modus zu hemmen (Ott, 2010).

## Über welche (Übungs-)Systeme sprechen wir konkret?

Zu den sicherlich am besten untersuchten systematischen Entspannungsverfahren im engeren Sinne gehören die **AT-Grundstufe** (Schultz) und **PR** (Jacobson), dazu kommen „*relaxation response*“ (Benson), Weitzmann-Training (Franke & Witte, 2009) u. a. m. Darüber hinaus gibt es noch ein großes Methodenspektrum, das in signifikantem Umfang Spannungsregulation und Achtsamkeitsförderung nutzt (Husmann, 2010a, b; Krampen, 2013; Petermann & Vaitl, 2014), siehe Tabelle 1, S. 6:

## Gemeinsamkeiten

Dieser Strauß von Übungssystemen ist in vielerlei Hinsicht heterogen, hat aber einen charakteristischen **methodischen Kern** (Benson, 1993; Husmann, 2011):

1. Allen Übungssystemen ist eine **spezifische Form der Aufmerksamkeitsteilung** in ein sich in der Gegenwart bewusst beobachtendes Subjekt und ein beobachtetes

psychotherapeutischer Bereich	körper(psycho)therapeutischer Bereich	„östliche“ Übungssysteme	aktives Stressmanagement
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hypnose</li> <li>■ AT-Fortgeschrittenenstufe (Autogene Modifikation)</li> <li>■ AT-Oberstufe (Autogene Meditation, Brenner, 2010)</li> <li>■ verschiedene Formen der Visualisierung</li> <li>■ aktive Imagination (Jung)</li> <li>■ Kathathymen Bilderleben (Leuner)</li> <li>■ Focusing (Gendlin)</li> <li>■ Mentales Training</li> <li>■ Biofeedback</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ funktionelle Entspannung (Fuchs)</li> <li>■ konzentrierte Bewegungstherapie (Stolze)</li> <li>■ Atemarbeit (Middendorf)</li> <li>■ Eutonie (G. Alexander)</li> <li>■ Alexander-Technik</li> <li>■ Feldenkrais</li> <li>■ Psychotonik (Glaser)</li> <li>■ Hakomie (Kurtz)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Yoga</li> <li>■ Taijiquan/Qigong</li> <li>■ „aktive“ und „stille“ Meditationen (z. B. Kundalini, Zen, Vipassanā)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Multimodale Stresskompetenz/MMSK (Mathesius &amp; Scholz, 2014)</li> <li>■ achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR, Kabat-Zinn, 2009)</li> <li>■ HEDE-Training (Franke &amp; Witte, 2009)</li> <li>■ Stressbewältigung (Kaluza)</li> <li>■ „Stressimpfung“ (Meichenbaum)</li> </ul>

Tabelle 1: Weitere Beispiele für Methoden, die Entspannungs- und Achtsamkeitselemente nutzen

Objekt zu eigen, die mit einer gewährenden, nicht wertenden konzentrierten Grundhaltung praktiziert wird. Denn während ein allzu Ich-geleitetes „Entspannung-“ bzw. „Achtsamkeit-Machen“ eher zu Leistungsreaktionen führt und damit ein „Sich-Fallen-Lassen“ blockiert, mündet ein Geschehen-Lassen – „Erreichen durch Nicht-Erreichen-Wollen“ (Weiss & Harrer, 2010) – via organismischer Selbstregulation aus sich selbst heraus, das heißt autogen in Relaxationsprozessen. Voraussetzung dazu ist, dass die Praktizierenden die Aufmerksamkeitslenkung ausreichend trainieren. Nur so gelingt es, sich zuverlässig aus der Alltagskonzentration zu lösen und nicht dem regressiven Sog der Entspannung zu verfallen und z. B. einzuschlafen. Übende sollen deshalb mit passivierter, aber wacher Konzentration alle leib-seelischen Vorgänge kontinuierlich und „gleich-gültig“ wahrnehmen, ohne an Störungen oder Gedanken zu verhaften und sich ablenken zu lassen. Einübung, Verfeinerung sowie Generalisierung dieser spezifischen Aufmerksamkeit bzw. Konzentration sind ein zentrales Ziel der Aufmerksamkeitsförderung und Spannungsregulation.

2. Alle Übungssysteme gebieten, die Aufmerksamkeit auf eine in der Regel wiederkehrende **Fokus-Abfolge** bzw. auf spezifische Wahrnehmungszonen zu richten: In der AT-Grundstufe die sechs Grundübungen, in der PR das sanfte Anspannen und aktive Loslassen verschiedener Muskelgruppen, in der Vipassanā-Meditation das Gewahrsein des Atems, im Taijiquan bestimmte, sehr langsam durchgeführte Bewegungsabfolgen. Um den jeweiligen Fokus wahrzunehmen, ist zumeist Entschleunigung, eine gewisse Monotonisierung und die oben genannte passivierte, aber konzentrierte Grundhaltung erforderlich, was zusammen für Trance-Effekte sorgt und die trophotrope Reaktion unterstützt. Gleichzeitig sorgen die vorgegebenen „alternativen Wahrnehmungsziele“ dafür, umherwandernde Gedanken einzudämmen und Ablenkungen in den Hintergrund treten zu lassen, um ganz bei der Sache zu sein.

Die Fokus-Abfolge ist in ein **Ritual** gekleidet, dessen Anfangsphase durch vorbereitende Handlungen gekennzeichnet ist:

- sozialer Rückzug (abgeschiedener Ort),
- Einnehmen einer verfahrensspezifischen Körperhaltung,
- psychischer Rückzug (z. B. Augenschluss),
- Einstimmung („Reinigung vom Alltag“, z. B. sich Bewusstwerden von „Resten“ als Vorbereitung auf vertiefte Innenschau).

Im Hauptteil werden dann die eigentlichen Übungen durchgeführt, die oftmals trophotrope Färbung haben, zu denen aber immer auch **aktivierende, ergotrope Elemente** gehören, um die Konzentration ausreichend wach zu halten. Diese „Entspannungsbremsen“ finden sich vor allem in der Schlussphase des jeweiligen Rituals, wenn es darum geht, wieder zum Alltag hinzuführen und auf zu bewältigende Aufgaben vorzubereiten.

Neben methodischen lassen sich auch **didaktische Gemeinsamkeiten** finden, z. B., dass die Einführung, Unterstützung und Korrektur durch im jeweiligen Übungssystem (selbst-)erfahrene, fundiert ausgebildete Lehrer sinnvoll und empfehlenswert sind. Notwendig und ohne Alternative ist bei allen Entspannungs- und achtsamkeitsbasierten Verfahren nachhaltige Disziplin zum regelmäßigen, eigenständigen Praktizieren (Erich Kästner: „Es gibt nichts Gutes, außer man tut es!“). Dies dürfte allerdings auch die prominenteste „Achillesferse“ dieser Übungssysteme sein: Sie erfordern (und fördern) die konkrete Übernahme von aktiver und nachhaltiger Selbstverantwortung.

## Unterschiede

Wie schon angesprochen gibt es hinsichtlich der aufgezählten Übungssysteme eine ganze Reihe von Unterschieden, die hier aber nur angerissen werden können. Es beginnt damit,

welche **Meta-Theorien und -Philosophien** den jeweiligen Übungssystemen zugrunde liegen: Sind es empirisch belegte Modelle der Psychologie, Medizin und Pädagogik oder schamanische bzw. klösterliche Konzepte, die ihre Wurzeln im Buddhismus oder anderen Religionen haben?

Das bedingt, ob Achtsamkeitsförderung bzw. Spannungsregulation überhaupt **primäre Zielsetzungen** sind. Bei säkularisierten Übungssystemen wie AT, PR oder auch achtsamkeitsbasierter Stressreduktion (*Mindfulness-Based Stress Reduction/MBSR*) steht Selbstbeeinflussung im Mittelpunkt. Hier geht es um psychotherapeutische Anliegen wie Förderung von Selbstregulation, Salutogenese, Selbstfürsorge und Stärkung von Autonomie („Hilfe zur Selbsthilfe“). Bei vielen Meditationsformen geht es dagegen darum, in jeder Hinsicht präsent zu sein, um Selbst- oder Seinserfahrungen zu sammeln sowie spirituelles Wachstum zu ermöglichen.<sup>4</sup>

Aufgrund der unterschiedlichen theoretischen und kulturellen Hintergründe kann es ebenso erheblich schwanken, was als Ritual verstanden wird und nach welcher Systematik dieses strukturiert ist. Das setzt sich auch auf der didaktischen Ebene fort, wenn z. B. bei „authentischen“ Taijiquan-Kursen das pädagogische Prinzip v. a. lautet: „Nachmachen, was der Meister vormacht!“ (Lernen am Modell). In westlich orientierten Kursen werden dagegen von empirischer Forschung untermauerte Konzepte gefordert wie systematischer Unterrichts-/Übungsaufbau, konsequente Unterstützung der Generalisierung in den Alltag und ausreichend Raum zur Besprechung der individuellen Erlebnisverläufe bei partnerschaftlich-demokratischem Grundverständnis. Eine Didaktik „von der Kanzel herab“ mit dem Credo „nur der Meister kennt den wahren Weg zur Heilung (oder Erleuchtung)“ wäre hierzulande<sup>5</sup> u. U. sogar juristisch problematisch, in jedem Fall aber nicht leitliniengerecht.<sup>6</sup>

## Effekte von Entspannungs- und achtsamkeitsbasierten Verfahren: Übersicht

Eine Übersicht über häufige Effekte<sup>7</sup> gibt Tabelle 2.

Hinzu wäre zu nennen, dass in tiefer „Versenkung“ mit erhöhter Wahrscheinlichkeit hypnagogene Phänomene auftreten können, das heißt traumähnliche, pseudohalluzinatorische Erlebnisse, meist visueller, manchmal aber auch akustischer Art (Petermann & Vaitl, 2014), die zum Teil als spirituelle Zeichen gedeutet werden. Mittelfristig sind aber auch Veränderungen von Gehirnfunktionen feststellbar (Ott, 2010).

Weil Entspannungs- und achtsamkeitsbasierte Verfahren häufig in Gruppen angeboten werden, erleben Teilnehmer hier außerdem eine besondere Gruppenkultur, geprägt von Akzeptanz, Respekt und wechselseitiger Verbundenheit (soziale Interdependenz). Insofern ergeben sich mittelbar unter Umständen wichtige neue Beziehungserfahrungen wie Ermutigung und Wertschätzung, deren Bedeutung nicht zu unterschätzen ist.<sup>8</sup>

4 Insofern stellt sich auch die prinzipielle Frage, ob sich aus spirituellen Gebieten stammende Praktiken auf komplexe Formen der Konzentrations-schulung reduzieren und in einen klinischen Kontext „umsiedeln“ lassen, ohne dabei ihre charakteristischen Wesenszüge zu verlieren.

5 Bevor daraus eine generelle Wertung abgeleitet wird, sollte bedacht werden, dass eine autoritär strukturierte Arzt-Patienten-Beziehung bis vor wenigen Jahrzehnten in den sog. Industrieländern genauso üblich war wie in Asien oder Indien eine hierarchische Meister-Schüler-Beziehung.

6 Richt- und Leitlinien zu AT, PR, klinischer Hypnose, Yoga und Multimodaler Stresskompetenz (MMSK) der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren (DG-E) unter [www.dg-e.domainfactory-kunde.de/index.php?id=67](http://www.dg-e.domainfactory-kunde.de/index.php?id=67); vgl. auch die Curricula zu AT und Hypnose der DGÄHAT unter [www.dgaeat.de/?page\\_id=8](http://www.dgaeat.de/?page_id=8)

7 Wobei zu berücksichtigen ist, dass nicht jedes Übungssystem alle Effekte in der gleichen Stärke hervorbringt.

8 Hinzu kommt, dass einige Teilnehmer entsprechende Kurse als ein niedrigschwelliges Therapieangebot nutzen, weswegen nicht nur die Notwendigkeit verfahrensspezifischer Qualifikation besteht. Es sind darüber hinaus auch psychodiagnostische Kenntnisse usw. erforderlich, um solche Teilnehmer zu erkennen und – entsprechende Indikation vorausgesetzt – die Weichen zu weiteren Angeboten zu stellen.

Unterstützung, Förderung und Differenzierung von ...		
kurz-/mittelfristig	mittel-/langfristig	langfristig
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Spannungsregulation/Entspannungsfähigkeit (körperlich, emotional, geistig)</li> <li>■ Achtsamkeit/Konzentrationsfähigkeit (Aufmerksamkeitsteilung, Fokussierung, Kontemplation, Zentrierung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verminderung der sympathoadrenergen Erregungsbereitschaft sowie der Reflexfähigkeit, Resonanzdämpfung, Stressresistenz/ Stressresilienz</li> <li>■ Ökonomisierung des körperlich-seelischen Kräfteinsatzes bei Alltagsaufgaben</li> <li>■ Selbstberuhigungsfähigkeit, Affektregulation, Depolarisation</li> <li>■ Selbst-/Fremdwahrnehmung, Introspektion, Gewahrsein</li> <li>■ Gegenwärtigkeit</li> <li>■ Akzeptanz</li> <li>■ Abgrenzungs-/Distanzierungsfähigkeit, Disidentifikation, Nicht-Verhaftung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Regenerationsfähigkeit</li> <li>■ Gesundheitsförderung/-erhaltung, Salutogenese</li> <li>■ Selbstfürsorge</li> <li>■ Selbstmanagement</li> <li>■ Selbstwirksamkeitserleben (Selbstkontrolle)</li> <li>■ Bewusstheit („metacognitive awareness“)</li> <li>■ Eigenverantwortlichkeit (Selbstreferenz)</li> <li>■ Ausgeglichenheit, Gelassenheit, Entschleunigung</li> </ul>

Tabelle 2: Wichtige Effekte<sup>7</sup> von Entspannungs- und achtsamkeitsbasierte Verfahren

## Indikationen und Kontraindikationen

Im Angesicht des breiten Wirkungsspektrums von Entspannungs- und achtsamkeitsbasierten Verfahren gelten als **Einsatzgebiete** neben Gesundheitsförderung, Prävention, Psychotherapie und Rehabilitation auch allgemeine Persönlichkeits- und Potenzialentwicklung.

Als therapeutische **Hauptindikationen** lassen sich „nervöse“, auf Disstress basierende Beschwerden (z. B. vegetative und emotionale Dysregulation, Erschöpfungszustände, nicht organisch bedingte Schlafstörungen, psychosomatische Beschwerden) sowie Dysphorie und Ängste ausmachen, wie sie als zentrales oder begleitendes Thema bei vielen seelischen und körperlichen Störungen vorkommen.

Als **Modul eines therapeutischen Behandlungsplanes** sind sie indiziert z. B. bei Angststörungen, depressiven Störungen, Neurasthenie, somatoformen Störungen, Schmerzsyndromen und Abhängigkeitserkrankungen, aber auch bei organischen Beschwerden, deren Entstehung, Aufrechterhaltung und/oder Heilungsverlauf seelisch mit beeinflusst wird. In modifizierter Form werden sie außerdem als **Therapie ergänzende Maßnahmen** mit umschriebener Zielsetzung eingesetzt u. a. bei Persönlichkeitsstörungen (z. B. im Kontext der Dialektisch-Behavioralen Therapie/DBT nach Linehan), PTBS (z. B. im Rahmen von imaginativen Verfahren bei Reddemann) sowie hinsichtlich der Linderung von Beschwerden bei einigen körperlich-geistigen Behinderungen (z. B. Spastizität).

Als **absolute Kontraindikationen** gelten:

- Verlust der Selbstverfügbarkeit (akute oder subakute Psychosen, starke Dissoziationsneigung, schwere depressive Episoden, akute Krisen, schwere Schmerzzustände) und
- fehlende intellektuelle Voraussetzungen (demenzielle Erkrankungen, verminderter IQ).

Sind diese Symptomatiken weniger gravierend ausgeprägt bzw. nicht akut, können (Teil-)Anwendungen durch besonders spezialisierte Therapeuten ohne den Anspruch auf regelmäßiges, eigenständiges Praktizieren der Patienten allerdings durchaus lindernde Wirkung haben.

Als **relative Kontraindikationen**, bei denen unter Umständen andere Interventionen vorzuschalten wären, gelten:

- unzureichende Motivation zur regelmäßigen Anwendung (z. B. bei Bedrohung des sekundären Krankheitsgewinns),
- verminderte Bereitschaft, sich auf „Entspannung“ bzw. „Achtsamkeit“ einzulassen (z. B. anankastische Persönlichkeitsstruktur) und
- altersgemäße, psychische oder körperliche Grenzen (d. h. Kinder, Alte oder Menschen mit Handicap brauchen spezifische Konzepte bzw. Settings).

Darüber hinaus wäre noch die Schaffung einer ungünstigen Übertragungssituation bei psychoanalytischen Therapien problematisch, weswegen die gegenwärtigen Psychotherapie-Richtlinien die Kombination mit AT, PR oder Hypnose untersagen.

## Wirksamkeitsnachweise und Forschungsergebnisse

Effekte und Wirksamkeit von **Autogenem Training** und **Progressiver Relaxation** sind für die Anwendung in Prävention, Therapie und Rehabilitation sowie für die oben genannten Indikationsbereiche hinreichend belegt<sup>9</sup> und häufig repliziert worden (Krampen, 2013; Petermann & Vaitl, 2014; Doubrawa, 2006; Kraft, 2004). Weiterentwicklungen werden vorangetrieben:

- spezifische Evaluationsbögen (AT-EVA, Krampen, 1996) oder entsprechende Fragebögen zur Erfassung von Spannungserleben, Wohlbefinden, Beschwerden und Problembelastung (ASS-SYM, Krampen, 2006) wurden erarbeitet,
- Differentialindikationen AT vs. PR werden diskutiert (Krampen, 2013),
- die systematische Integration in therapeutische Settings wird erforscht (z. B. Effekte des Einsatzes von AT und PR ergänzend zur Verhaltenstherapie bei Angststörungen, Krampen, 2014),
- zuletzt wurde eine Modifikation der AT-Fortgeschrittenenstufe mit Elementen der Achtsamkeitsförderung erarbeitet (Autogenes Achtsamkeitstraining, Husmann, 2013).

Auch für den Bereich **Hypnose** sind viele Wirksamkeitsnachweise erbracht und immer wieder repliziert worden (Kaiser-Rekkas, 1998; Bongartz & Bongartz, 1998); darauf verweist auch ein Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates für Psychotherapie vom März 2006. Die Dynamik der Weiterentwicklung zeigen aktualisierte Manuale zum Einsatz der Hypnose in der Psychotherapie (z. B. Revenstorf & Peter (Hrsg.), 2009).

Im Bereich **Meditation** zeigt sich seit 2000 ein starker Anstieg der Forschungsaktivität und Publikationen besonders innerhalb der Neurowissenschaften (Ott, 2010). Gleiches lässt sich über den Bereich **Yoga** sagen, wo die systematische Erforschung an privaten Zentren und Universitäten vorangetrieben wird (Ott, 2013). Interessant sind auch die Ansätze, die Verknüpfungen mit klinischen Bereichen herstellen (z. B. Mitzinger, 2013; Weiser & Dunemann, 2010). Im Bereich **Taijiquan** gibt es ebenfalls Bestrebungen, Forschungsbefunde zu systematisieren (z. B. Moegling (Hrsg.), 2009) und erste Ansätze, dieses bewegungsmeditative Verfahren mit klini-

<sup>9</sup> Anderslautende Zweifel, wie Mitte der 1990er-Jahre von Grawe geäußert, gelten heute als unbegründet (vgl. Krampen, 2013, S. 40ff).

scher Psychologie zu verknüpfen (z. B. Scholz, 2003). Im angrenzenden Bereich des **Qigong** zeigen Forschungen erste Ergebnisse zum Einsatz zur Burn-out-Prophylaxe (Bölts et al., 2013), aber auch bei der neurowissenschaftlichen Erforschung des Bewusstseins (Belschner, Bölts & Fischer, 2008). Insgesamt legen die Befunde nahe, dass durch den Einsatz dieser Verfahren wahrscheinlich signifikante Verbesserung von Achtsamkeitsförderung und Spannungsregulation auch im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung möglich sind.<sup>10</sup>

Im „**Achtsamkeitsbereich**“ sind ebenfalls viele Forschungsaktivitäten zu verzeichnen, die die Wirksamkeit von MBSR, achtsamkeitsbasierter Kognitiver Therapie (MBCT) oder Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) z. B. bei schweren und chronifizierten Depressionen zeigen (Segal, Teasdale & Williams, 2004; Heidenreich, Junghans-Royack & Michalak, 2007; Eisendrath et al., 2008; Williams et al., 2008; Heidenreich & Michalak, 2004, 2013). Auch bei einer nicht-klinischen Population lässt sich z. B. eine Verbesserung der generellen Lebensqualität nachweisen (Kaviani, Javaheri & Hatami, 2011). In diesem Bereich ist ebenfalls eine hohe Dynamik der Weiterentwicklung zu verzeichnen:

- neue Behandlungs- und Anwendungsmanuale für die klinische Praxis (Eifert, 2011),
- Adaptation der MBSR für helfende Berufe (MBHP, Zarbock, Ammann & Ringer, 2012) und
- Ausbau des Forschungsinstrumentariums (Heidenreich et al., 2007).

Insgesamt zeigen sich auch hier sehr vielversprechende Ergebnisse hinsichtlich der klinischen Wirksamkeit. Allerdings ist auch in Bezug auf den „Achtsamkeitsbereich“ darauf zu verweisen, dass es auf Psychotherapeutenseite eine hohe Qualifikation hinsichtlich der Kompetenzen Achtsamkeitsförderung und Spannungsregulation braucht, um entsprechende Effekte bei Patienten zu ermöglichen.

## Hohe Bekanntheit, gute Wirksamkeit und trotzdem Schattendasein?

### Zur gegenwärtigen Situation von Entspannungs- und achtsamkeitsbasierten Verfahren

Ausgehend von der Zahl der Veröffentlichungen und Diskussionsbeiträge kann angenommen werden, dass die Situation hinsichtlich **Rezeption in der Fachöffentlichkeit** an sich nicht schlecht sein dürfte. Weil eine integrative Perspektive hier jedoch selten ist, muss differenziert werden:

- Spannungsregulation resp. systematische Entspannungsverfahren werden öfter noch als „zudeckende“ (Psycho-

Techniken<sup>11</sup> mit lediglich begrenzten Effekten innerhalb der psychosomatischen Grundversorgung angesehen. Innerhalb der Verhaltenstherapie wird darüber hinaus die antagonistische Wirkung Entspannungs- vs. Angstreaktion betont, weswegen (Tiefen-)Entspannung etwa im Rahmen der Dekonditionierung genutzt wird. Später erweiterte sich das Wirkungsverständnis in Richtung kognitive Neubewertung, Förderung der Selbstwirksamkeit usw. und führte zur Integration von systematischen Entspannungsverfahren in viele verhaltenstherapeutische Manuale. Auch psychodynamisch orientierte Psychotherapieansätze integrieren oder nutzen (Tiefen-)Entspannung etwa zur Anregung „freier“ innerer Bilder (z. B. Katathymes Bilderleben, analytische AT-Oberstufe). Dass es etwa in Österreich ein eigenständiges Verfahren „Autogene Psychotherapie“ (Kraft, 2004) gibt, ist aber oft genauso wenig bekannt wie aktuelle Forschungsbefunde und Weiterentwicklungen.

- Das Verständnis von achtsamkeitsbasierten Verfahren ist heterogener und noch stärker von den jeweils vorherrschenden psychotherapeutischen und gesellschaftlichen Auffassungen geprägt:<sup>12</sup> Am Fin de Siècle dominierte die Ansicht, Yoga basiere v. a. auf Suggestionseffekten. Hinzu trat die psychotechnische Auffassung, es handele sich um exotische Formen des Willens- und Konzentrationstrainings. Aus analytischer Sicht dominierte die Annahme, Yoga oder Meditation wären methodische Regression. Jung entwickelte dieses Verständnis weiter und verstand Yoga als Arsenal natürlicher Introversionsvorgänge, das sich sukzessiv zu einem Übungssystem entwickelte und im Kern die Loslösung von Objekt- und Subjektverhaftungen unterstützen soll. Neumann entwickelte daraus den Ansatz der Zentroverson: Im Yoga braucht es große Übungsdisziplin und Hingabe, um abgespaltene bzw. unbewusste (Körper- und Seelen-)Bereiche der Wahrnehmung und Selbstregulation (wieder) zugänglich zu machen, ohne sie lediglich dem Ego zu unterwerfen. Durch Hinwendung „zur Mitte des Selbst“, von wo aus die Üben ihre individuelle Ganzheit zulassen, kann dann Individuation in Zentroverson übergehen (Baier, 1998). Ab den 1970er-Jahren prägte der Boom der humanistischen Verfahren das Verständnis:<sup>13</sup> Zen, Sufismus oder indische Konzepte gewannen an Einfluss, das Ideal des umfassend gegenwärtigen und in seinem lebendigen Ausdruck nicht blockierten Menschen bekam Auftrieb und mit ihm Selbstverwirklichung bzw. die Suche nach dem authentischen Sein im „Hier & Jetzt“. Insofern wurde viel meditiert und dergleichen. Ab den 1980er-Jahren bekam das Thema „Achtsamkeit“ seinen heutigen Namen und erhielt

<sup>10</sup> Eine grundsätzliche Schwierigkeit dieser Forschungsbereiche liegt darin, dass andere kulturelle Wurzeln zu berücksichtigen sind, sodass das Erfassen des Spezifischen dieser Verfahren mit akademisch-empirischen Methoden eine Herausforderung darstellt. Eine andere Schwierigkeit bildet die Komplexität dieser Verfahren, von denen es vor dem Hintergrund ihrer über 2.000-jährigen Geschichte viele Varianten gibt. Deswegen lassen sich Befunde über eine Variante nicht verallgemeinern.

<sup>11</sup> Symptomatisch steht dafür die Terminologie des Wissenschaftlichen Beirates für Psychotherapie, der AT, PR und Hypnose seit einigen Jahren als „übende und suggestive Techniken“ charakterisiert.

<sup>12</sup> ausführlicher bei Husmann, 2010a

durch Kabat-Zinn wichtige Impulse, der mit empirischen Instrumenten dessen klinische Wirksamkeit untermauerte. Darauf aufbauend machten verbesserte Forschungsinstrumente und bildgebende Verfahren die salutogenen Wirkungen der Achtsamkeit auch für das „westliche Forscherauge“ deutlich sichtbar und Verfahren wie MBCT (Williams, Teasdale und Segal), Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Hayes u. a.) oder **Dialektisch-Behaviorale Therapie** konnten empirisch belegte Erfolge vorweisen. Daraus entwickelte sich eine Flut von forschungstheoretischen und anwendungsbezogenen Publikationen.

Hinsichtlich der **Aus-, Fort- und Weiterbildungssituation** ist v. a. festzustellen, dass sie wenig geregelt ist:

- Bzgl. AT, PR oder Hypnose macht die BPTk-Musterweiterbildungsordnung keine Vorgaben, Ländervorgaben bzgl. psychotherapeutischer Ausbildung (PP, KJP) sind unterschiedlich. Die ärztliche Weiterbildungsordnung für die „Psy-Fächer“ gibt zweimal acht Doppelstunden innerhalb von mindestens sechs Monaten bei einem für das entsprechende Übungssystem per Weiterbildungsbefugnis legitimierten Anbieter vor. Selbiges wird auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen für eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung gefordert. Bewährte Curricula von Fachgesellschaften gehen hinsichtlich zeitlichem Umfang und inhaltlichen Anforderungen etwas darüber hinaus.<sup>6</sup>
- Bzgl. Yoga oder Multimodaler Stresskompetenz (MMSK) gibt es Curricula von Fachgesellschaften und für MBSR/MBCT, Taijiquan sowie einige andere der hier aufgeführten Verfahren Empfehlungen von Dachverbänden (Husmann,

zeitliche Umfang unzulänglich oder die Generalisierung der Übungen in den Alltag zu „niedrigschwellig“ gehalten sind („Schnupperkurs“). Das sorgt bei Teilnehmern nicht selten für Enttäuschung und Frustration, weswegen fachgerecht durchgeführte Kurse<sup>6</sup> solchen „Rumpf-Angeboten“ vorzuziehen sind, um mittel- und langfristige salutogene Wirkungen auch tatsächlich erzielen zu können.

In der **ambulanten GKV-Versorgung** haben AT, PR und Hypnose zwar einen festen Platz (andere Entspannungs- und achtsamkeitsbasierte Verfahren sind hier bisher nicht zugelassen), die Honorierung ist aber seit Jahren insuffizient: Für eine 25-minütige AT- oder PR-Einzelsitzung zuzüglich standardisierter Dokumentation gibt es aktuell 23,83 Euro, die regional häufig nur anteilig ausgezahlt werden (z. B. im 1. Quartal 2014 in Bremen nur zu 64%). Auch deswegen werden diese Verfahren im ambulanten psychotherapeutischen Bereich immer weniger abgerechnet und es werden immer weniger entsprechende Abrechnungsgenehmigungen beantragt (Husmann, 2009a).

Im Bereich der **stationären Versorgung** tauchen Verfahren zur Spannungsregulation und Achtsamkeitsförderung erfreulicherweise in fast jedem Konzept von (Psychotherapie- oder Reha-)Kliniken auf. Auch hier ist die Honorierung allerdings verbesserungswürdig. Darüber hinaus ist bedauerlich, dass die Durchführung manchmal an bzgl. Entspannungs- und achtsamkeitsbasierter Verfahren weniger fachkompetentes Personal delegiert wird oder gleich mit einer CD im unbegleiteten Selbstversuch erfolgt.

## Spannungsregulation und Achtsamkeitsförderung sind zentrale und komplexe, bei sehr vielen Indikationsgebieten hochwirksame und empirisch gut erforschte psychotherapeutische Kompetenzen.

2010a). Es variiert aber sehr, inwieweit sich verbindliche Qualitätsstandards hinsichtlich zeitlichem und inhaltlichem Umfang durchgesetzt haben. Ebenso differiert, welche berufliche Grundqualifikation<sup>14</sup> gefordert wird oder welche Eignung Dozenten haben müssen. Der „freie“ Weiterbildungsmarkt reicht entsprechend von „Diplom-Experte für ...“ bis zu seriösen Qualifikationen.

Entspannungs- und achtsamkeitsbasierte Verfahren erfreuen sich **großer Bekanntheit in der Bevölkerung**, nicht zuletzt weil die Presse z. B. vor dem Hintergrund der gesamtgesellschaftlichen Stressproblematik und ihrer malignen Auswirkungen oft darüber berichtet. Entsprechende Angebote im **Präventionsbereich** sind gut besucht. Manchmal schränken hier allerdings PR- und Marketing-Interessen eine fachgerechte Durchführung ein, weil unrealistische Erwartungen geweckt werden („Tiefenentspannung in Minuten“), der

Bei **berufspolitischen Diskussionen** tauchen die psychotherapeutischen Kompetenzen Spannungsregulation und Achtsamkeitsförderung selten auf, Entspannungs- und achtsamkeitsbasierte Verfahren fallen oft in den „toten Winkel“. Bei Honorarverhandlungen wird der Kampf

um andere EBM-, DRG- oder OPS-Positionen fast immer höher priorisiert. Ähnliches gilt in Bezug auf die Diskussionen einer zukünftigen psychotherapeutischen Ausbildung oder hinsichtlich der Reform der psychotherapeutischen Versorgung. Eine Diskussion, bei welchen Indikationen Entspannungs- und achtsamkeitsbasierte Verfahren als Basis(psycho)therapeutika stärker zu berücksichtigen wären usw., wird zum Beispiel bisher kaum geführt.

<sup>13</sup> Wobei Achtsamkeit damals oft anderes genannt wurde (in der Gestalttherapie z. B. awareness, Gewährsein).

<sup>14</sup> Die europäische Entwicklung, dass u. a. Physio- oder Ergotherapie akademische Berufe werden, wird diesbzgl. zukünftig noch für viel Diskussionsbedarf sorgen, nicht nur aber auch bezogen auf Entspannungs- und achtsamkeitsbasierte Verfahren.

## Was ist zu tun?

Spannungsregulation und Achtsamkeitsförderung sind zentrale und komplexe, bei sehr vielen Indikationsgebieten hochwirksame und empirisch gut erforschte psychotherapeutische Kompetenzen, die sich wechselseitig bedingen und durchdringen. Systematische Entspannungs- und achtsamkeitsbasierte Verfahren sollten deshalb als **Basis(psycho-)therapeutika** begriffen werden, für deren fachgerechte Anwendung ein jeweils spezifisches Wissen und Können notwendig ist. Aus den dargelegten Gründen sollten Kammern und berufspolitische Verbände Spannungsregulation und Achtsamkeitsförderung ausdrücklich berücksichtigen und die sie vermittelnden Verfahren als wichtige Bestandteile des psychotherapeutischen Kompetenzerwerbs definieren.

■ Fundierte theoretische und erste praktische Kenntnisse in Spannungsregulation und Achtsamkeitsförderung sollten deshalb schon im Studium vermittelt und in der weiteren Psychotherapeutenausbildung erweitert und vertieft werden. Für einige Übungssysteme sind bindende Standards bzgl. Kompetenzerwerb noch zu definieren. Für AT, PR, Hypnose usw. sollten die von Fachgesellschaften und -verbänden entwickelten Qualitätsstandards<sup>6</sup> hinsichtlich Kompetenzerwerb verbindlich berücksichtigt werden, so dass fundierte Kenntnisse in Theorie, Methodik/Didaktik und ein ausreichendes Maß an Selbsterfahrung bei verfahrensspezifisch qualifizierten Dozenten erworben und zunächst unter Supervision angewandt werden können. Wie das praktisch umgesetzt werden kann, zeigt z. B. die Implementierung von AT bzw. PR in psychologische Bachelor- und Masterstudiengänge an der Universität Trier, wo neben einem hohen Maß an verfahrensspezifischen Kenntnissen gleichzeitig auch weitere psychotherapeutische Kompetenzen vermittelt werden (Krampen, Beitinger & Munz, 2014). Grundlage sind hier die entsprechenden Richt- und Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren.<sup>6</sup>

■ Wir appellieren auch dafür, für eine qualifizierte Durchführung entsprechend der angesprochenen Qualitätsstandards in Ambulanzen, sozialpädiatrischen Zentren und Kliniken zu sorgen, was aber nicht unabhängig von finanzieller Aufwertung gesehen werden kann. Dass es auch um eine Verbesserung der Honorarsituation gehen muss (Prävention, EBM, DRG/OPS), die den Zeitaufwand sowie die eingebrachten psychotherapeutischen Kompetenzen angemessenen widerspiegelt, soll hier nur in Erinnerung gebracht werden.

Ziel all dieser Aktivitäten sollte sein, das volle präventive und psychotherapeutische Potenzial der hier geschilderten zentralen Kompetenzen bzw. Verfahren zukünftig auch tatsächlich auszuschöpfen.

Zum Schluss noch etwas „idealistische Zukunftsmusik“: Wir regen an, dass aufgrund der geschilderten Forschungen und Weiterentwicklungen das Kombinationsverbot hinsichtlich

systematischer Entspannungsverfahren und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie<sup>15</sup> kritisch überprüft und aufgehoben wird (vgl. Krampen, 2013, S. 37). Ebenso stellen wir uns vor, dass es in absehbarer Zeit eine wohlwollende Initiative gibt, das Spektrum der übenden Verfahren für die GKV-Versorgung zu erweitern. Infrage kämen dafür u. a. Yoga und MBSR, weil diese Methoden im stationären und im Präventionsbereich schon länger mit nachweislichem Erfolg praktiziert werden.

## Literatur

- Anderssen-Reuster, U. (Hrsg.) (2007). Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode. Stuttgart: Schattauer.
- AOK (1991). Aktiv entspannen. Frankfurt a.M.
- Baier, K. (1998). Yoga auf dem Weg nach Westen. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Belschner, W., Böltz, J. & Fischer, P. (2008). Authentisch und achtsam werden – Qigong als Methode der Bewusstseinsforschung. Die Rezeption des Qigong als Behandlungstechnik, als Methode der Gesundheitsförderung und als spiritueller Weg. Oldenburg: BIS-Verlag.
- Benson, H. (1993). Den alltäglichen Fluß der Gedanken unterbrechen. *Psychologie Heute*, 2, 22-29.
- Beutel, M. E. (2009). Vom Nutzen der bisherigen neurobiologischen Forschung für die Praxis der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (4), 384-392.
- Böltz, J., Kröcher, U., Kosuch, B., Dehrmann, J. & Kalkmann, J. (2013). Evaluationsstudie „BurnOn – Fit für eine starke Führung“ Training zur personalen und organisationalen Erschöpfungsprophylaxe. Oldenburg: Center für lebenslanges Lernen an der Carl von Ossietzky Universität.
- Bongartz, B. & Bongartz, W. (1998). Hypnosetherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Brenner, H. (2010). Autogenes Training Oberstufe. Wege in die Meditation. Die Grund-, Fortgeschrittenen- und Oberstufe des Autogenen Trainings mit meditativen Weiterführungen. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Doubrawa, R. (2006). Progressive Relaxation – Neuere Forschungsergebnisse zur klinischen Wirksamkeit. *Entspannungsverfahren* Nr. 23, 6-18.
- Eifert, G. H. (2011). Acceptance and Commitment Therapie (ACT). Göttingen: Hogrefe.
- Eisendrath, S. J., Delucchi, K., Bitner, R., Fenimore, P., Smit, M. & McLane, M. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression: A Pilot Study. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 77, 319-320.
- Franke, A. & Witte, M. (2009). Das HEDE-Training®. Manual zur Gesundheitsförderung auf Basis der Salutogenese. Bern: Huber.
- Heidenreich, T., Junghanns-Royack, K. & Michalak, J. (2007). Achtsamkeitsbasierte Therapieansätze: Stand der empirischen Forschung. In U. Anderssen-Reuster (Hrsg.), *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode* (S. 202-216). Stuttgart: Schattauer.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.) (2004). *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.) (2013). *Die „Dritte Welle“ der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis*. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Hofmann, C. (2002). *Achtsamkeit. Anleitung für ein sinnvolles Leben*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Husmann, B. (2009a). Übende Verfahren: Schattendasein trotz guter Wirksamkeit? *Bremer Ärzte-Journal*, 11, 14-15.
- Husmann, B. (2009b). Besser als nur rumsitzen und nichts tun? Über Achtsamkeitsarbeit, Autogenes Training und Salutogenese. *Entspannungsverfahren* Nr. 26, 36-91.
- Husmann, B. (2010a). Entspannung ist einfach – man muss sich bloß richtig anstrengen! Plädoyer für eine integrative „Deutsche Gesellschaft für Entspannungsverfahren (DG-E e. V.)“. *Entspannungsverfahren* Nr. 27, 10-46.
- Husmann, B. (2010b). Erheblich mehr, als „nur“ die Seele baumeln zu lassen – systematische Entspannungsverfahren im Überblick. *Psychotherapie Aktuell*, 2 (1), 16-20.

<sup>15</sup> §21b (1) PT-Richtlinien

Husmann, B. (2011). Entspannungs- und achtsamkeitsbasierte Verfahren – gelassene Konzentration zur (Re-)Balancierung, Selbsterkenntnis, Persönlichkeitsentwicklung und Seinserfahrung. Verfügbar unter: <http://www.dg-e-domainfactory-kunde.de/index.php?id=80> [31.01.2015].

Husmann, B. (2013). Autogenes Achtsamkeitstraining: „Alles, was kommt, ist gleichwertig – Ruhe und Gleichmut jederzeit möglich“. Entspannungsverfahren Nr. 30, 74-119.

Kabat-Zinn, J. (2009). Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung. Das grundlegende Übungsprogramm zur Entspannung, Stressreduktion und Aktivierung des Immunsystems. Frankfurt a.M.: Fischer.

Kaiser-Rekkas, A. (1998). Klinische Hypnose und Hypnotherapie. Praxisbezogenes Lehrbuch für die Ausbildung. Heidelberg: Carl Auer.

Kaviani, H., Javaheri, F. & Hatami, N. (2011). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) Reduces Depression and Anxiety Induced by Real Stressful Setting in Non-clinical Population. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11 (2), 285-296.

Kraft, H. (2004). Autogenes Training. Handbuch für die Praxis (4. Aufl.). Köln: DÄV.

Krampen, G. (1996). Diagnostisches und evaluatives Instrument zum Autogenen Training (AT-EVA). Göttingen: Hogrefe.

Krampen, G. (2006). Änderungssensitive Symptomliste zu Entspannungserleben, Wohlbefinden, Beschwerden- und Problembelastungen (ASS-SYM). Göttingen: Hogrefe.

Krampen, G. (2013). Entspannungsverfahren in Therapie und Prävention (3. überarbeitete und erw. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Krampen, G. (2014). Ergänzung der Eingangsphase von Einzelpsychotherapien bei Angststörungen durch Gruppeneinführungen in die Progressive Relaxation vs. in das Autogene Training – Befunde einer randomisiert-kontrollierten Studie mit Zwei-Jahres-Katamnese. *Entspannungsverfahren* Nr. 31, 14-39.

Krampen, G., Beitinger, A. & Munz, H. (2014). Autogenes Training und Progressive Relaxation in universitären Master- und Bachelor of Science-Hauptfachstudiengängen der Psychologie. *Entspannungsverfahren* Nr. 31, 58-79.

Mathesius, R. & Scholz, W.-U. (2014). Multimodale Stresskompetenz (MMSK). Handbuch. Konzept. Didaktik/Methodik. Übungsmaterial. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Mende, M. (2013). Neurowissenschaften und Rapport: die hypnotische Beziehung in neuem Licht (unveröffentlichtes Handout zum Vortrag auf der 18. Tagung der DGÄHAT, Nürnberg 21.-23.06.13).

Mitzinger, D. (2013). Yoga in Prävention und Therapie. Ein Manual für Yogalehrer, Therapeuten und Trainer. Köln: DÄV.

Moegling, K. (Hrsg.) (2009). Tai Chi im Test der Wissenschaft. Internationale biomedizinische Studien zur Gesundheitswirkung des Tai Chi Chuan (Taijiquan). Reihe Bewegungslehre und Bewegungsforschung Band 28. Immenhausen: Prolog.

Ott, U. (2010). Meditation für Skeptiker. Ein Neurowissenschaftler erklärt den Weg zum Selbst. München: O.W. Barth.

Ott, U. (2013). Yoga für Skeptiker. Ein Neurowissenschaftler erklärt die uralte Weisheitslehre. München: O.W. Barth.

Petermann, F. & Vaitl, D. (Hrsg.) (2014). Entspannungsverfahren. Das Praxisbuch. Weinheim, Basel: Beltz PUV.

Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2009). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis (2. Aufl.). Berlin: Springer.

Richter, R. & Munz, D. (2014). Kompetenz von Psychotherapeuten – Grundlage einer Reform der Psychotherapeutenausbildung. *Psychotherapeutenjournal*, 13 (2), 146-147.

Scholz, W.-U. (2003). Tai Chi und Klinische Psychologie. Eine rational-emotive kognitiv-verhaltenstherapeutische Perspektive. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.), *Berufliche Belastungen und berufliche Reintegration – Herausforderung für die Reha-Psychologie* (S. 184-218). Bonn: DPV.

Segal, Z. V., Teasdale, J. D. & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. In S. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Hrsg.) (2004), *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status* (S. 45-65). New York, NY, US: Guilford Press, xvi.

Weiser, R. & Dunemann, A. (2010). Yoga in der Traumatherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Weiss, H. & Harrer, M. E. (2010). Achtsamkeit in der Psychotherapie. Verändern durch „Nicht-Verändern-Wollen“ – ein Paradigmenwechsel? *Psychotherapeutenjournal*, 9 (1), 14-24.

Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Barnhofer, T., Fennell, M.J. V., Duggan, D. S., Hepburn, S. & Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107 (1-3), 275-279

Zarbock, G., Ammann, H. & Ringer, S. (2012). Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater. Weinheim/Basel: Beltz.



**Dipl.-Psych. Björn Husmann**

Möckernstr. 48  
28201 Bremen  
praxis@bjoern-husmann.de

Niedergelassener Psychotherapeut (TP) und Gestalttherapeut in Bremen sowie erster Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren (DG-E).



**Dipl.-Psych. Oliver Nass**

o.nass@dg-e.de

Angestellter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT) in einer Fuldaer Fachklinik und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren (DG-E).

# Mentalisieren in der Psychotherapie

Josef Brockmann & Holger Kirsch

**Zusammenfassung:** Mentalisieren heißt sich selbst von außen und die andere oder den anderen<sup>1</sup> von innen zu sehen. Mentalisierung ist eine psychische Fähigkeit, insbesondere des Wahrnehmens und des Interpretierens von menschlichem Verhalten auf der Basis intentionaler Aspekte (z. B. Gefühle, Wünsche, Begehren, Ziele, Überzeugungen, Gründe, Vorhaben). Das Mentalisierungskonzept der Arbeitsgruppe um die Psychoanalytiker P. Fonagy, J. Allen, A. Bateman und M. Target verbindet das Mentalisierungskonzept mit den Ergebnissen der Bindungsforschung, Annahmen zur interpersonalen Entwicklung der Affektregulation, der interpersonalen Entwicklung des Selbst und Untersuchungen zum epistemischen Vertrauen. Ein daraus abgeleitetes Therapiekonzept wurde für die teilstationäre und ambulante Psychotherapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen erfolgreich evaluiert. Therapieansätze zu weiteren Störungen werden zurzeit von verschiedenen Forschergruppen evaluiert. Das Mentalisierungskonzept beansprucht allgemeine Bedeutung für die Psychotherapie von strukturellen Störungen, ist aber keine neue Psychotherapierichtung. Das Mentalisierungskonzept ist ein psychoanalytisches Konzept, neu ist jedoch die Behandlungstechnik.

In der amerikanischen Krimiserie „*The Mentalist*“ begeistert Simon Baker als FBI-Berater die Zuschauer durch seine Beobachtungsgabe und seine Fähigkeit, die Motive, Gedanken und Ziele der Mörder genau zu analysieren. Dieses Erfolgsrezept, die Inszenierung der psychischen Welt aus Motiven, Achtsamkeit und Empathie, fesselte bisher mehr als 16 Millionen Zuschauer über insgesamt sieben Staffeln. Das Thema Mentalisieren beschäftigt nicht nur die Filmindustrie, auch in der Fachöffentlichkeit nimmt das Interesse am Thema Mentalisierung zu. Aber vieles daran ist nicht neu.

„Wir behaupten kühn, dass das Mentalisieren – die aufmerksame Beachtung und Reflexion des eigenen psychischen Zustands und der psychischen Verfassung anderer Menschen – der grundlegende gemeinsame Faktor psychotherapeutischer Behandlung ist. (...) Wir räumen ein, dass wir mit dieser These weniger auf etwas Neues abheben als vielmehr auf das, was wichtig ist.“ (Allen, Fonagy & Bateman, 2011, S. 21)

## Was heißt Mentalisieren?

Mentalisierung ist eine imaginative Tätigkeit, insbesondere das Wahrnehmen und Interpretieren von menschlichem Verhalten auf der Basis intentionaler Aspekte (z. B. Gefühle, Wünsche, Begehren, Ziele, Überzeugungen, Gründe, Vorhaben).

Wir mentalisieren, wenn wir uns bemühen:

- uns bewusst zu machen, was in einem anderen Menschen vor sich geht oder was in uns vor sich geht,
- den anderen von außen und uns selbst von innen zu sehen,
- Missverständnisse zu verstehen,
- ein kohärentes Bild von uns selbst und anderen zu entwickeln.

Das Mentalisierungskonzept von Allen, Bateman, Fonagy und Kollegen enthält vieles, was als Fundus erfolgreicher therapeutischer Interventionen bekannt ist. Die Autoren haben nicht den Anspruch, eine neue Psychotherapierichtung erschaffen zu wollen. Sie gehen davon aus, dass Behandlungen im Spektrum von Psychoanalyse bis kognitiver Verhaltenstherapie und systemischer Therapie die Mentalisierungsfähigkeit fördern – solange sie den generellen und situativen Mentalisierungsfähigkeiten des Patienten angepasst sind.

Neu ist aber das Konzept: Es nimmt Einflüsse aus verschiedenen Psychotherapierichtungen auf und verbindet Erkenntnisse aus Neurobiologie, Entwicklungspsychologie, Psychoanalyse und Psychotherapieforschung.

Verbindung zu anderen Therapiekonzepten:

- zur Klientenzentrierten Therapie z. B. über die Aspekte Empathie, Experiencing und aktive Haltung des Psychotherapeuten,
- zur Kognitiven Verhaltenstherapie, der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) sowie den empirischen Ansätzen der italienischen Kognitivisten,
- zur Systemischen Therapie,
- zu den Achtsamkeitsbasierten Ansätzen (Mindfulness).

Verbindungen des Mentalisierungskonzepts zur **Klientenzentrierten Therapie** bestehen über die herausragende Bedeutung von Empathie einerseits, von *Experiencing* andererseits. *Experiencing* wird von Gendlin (1961) und Klein, Mathieu-

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgängig beide Geschlechtsformen genannt, selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Coughlan und Kiesler (1986), verstanden als ein Prozess des In-sich-Hineinschauens, der Wahrnehmung und Differenzierung des Selbsterlebens. Wie der Begründer der Klientenzentrierten Psychotherapie Carl Rogers betont das Mentalisierungskonzept den Prozess innerhalb der Psychotherapie stärker als die Inhalte.

Als Vertreter der **kognitiven Verhaltenstherapie** beschreiben Björgvinsson und Hart (2009) sowie als Vertreter der **Dialektischen Verhaltenstherapie** Lewis (2009) Verbindungen zum Mentalisierungskonzept in Allen und Fonagy (2009). Die Gemeinsamkeiten finden sich vor allem auf der Ebene der Behandlungstechnik, z. B. im „Sokratischen Dialog“. Ebenso hat die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) bei Borderline-Störungen (Bateman & Fonagy, 2007) Gemeinsamkeiten mit der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) nach M. Linehan (Bohus, 2013). Sie bestehen insbesondere in strukturellen Aspekten der Behandlung und bei Interventionen, z. B. der „Validierung“ des Erlebens des Patienten. Eine weitere Verbindung besteht über die **italienischen Kognitivisten**, die die kognitiven Aspekte der Mentalisierung betonen und, als Erweiterung des Mentalisierungskonzeptes, Interesse dafür zeigen, ob Mentalisieren auch zur Problemlösung erfolgreich genutzt werden kann – operationalisiert in der „Metacognitive Assessment Scale“ (MAS) (Semerari et al., 2003; Carcione et al., 2008).

Verbindungen zur **Systemischen Therapie** bestehen insbesondere in der Mentalisierungsbasierten Familientherapie (MBT-F) (Asen & Fonagy, 2012, 2015). Mentalisieren wird hier nicht alleine als intrapsychische Fähigkeit gesehen, sondern vor allem als eine interaktionelle Fähigkeit (Luyten, Fonagy, Lowyck & Vermote, 2012) bzw. als die Fähigkeit eines Systems, wie etwa einer Familie oder Organisation (Döring in Schultz-Venrath, 2013).

**Achtsamkeit** (Mindfulness) verstanden als „Aufmerksamkeit und Bewusstheit von momentanen Vorgängen und Erfahrungen“ (Brown & Ryan, 2003) wird ebenso von den Autoren des Mentalisierungskonzepts diskutiert – mit Bemühungen, beiden Konzepten gerecht zu werden: „*Seinen buddhistischen Wurzeln entsprechend, konnotiert der Begriff Achtsamkeit bisweilen ein relativ distanziertes Gewahrsein; in der mentalisierungsfokussierten Therapie hingegen setzen*

**—— Besonders in Stress- oder Belastungssituationen ist unsere Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkt. Aus Missverständnissen entsteht dann rasch Konfusion. ——**

wir einen Preis aus für das Mentalisieren in der Hitze emotionaler Zustände. Ungeachtet dieser Diskrepanzen ist der Begriff „Achtsamkeit“ an sich außerordentlich nützlich; zudem erfasst er den Aufmerksamkeitsaspekt des Mentalisierens:

*die Achtsamkeit für mentale Zustände.“* (Allen, Fonagy & Bateman, 2011, S. 86).

## Bindung

Besonders in Stress- oder Belastungssituationen ist unsere Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkt. Aus Missverständnissen entsteht dann rasch Konfusion. Sich falsch verstanden fühlen generiert oft heftige Gefühle, die zu Rückzug, Feindseligkeit oder kontrollierendem Verhalten führen.

Die Verbindung des Mentalisierungskonzepts zu verschiedenen Wissenschaftsgebieten (siehe Abbildung 1) wird im Folgenden insbesondere an der Bindungstheorie und der Psychotherapieforschung gezeigt.

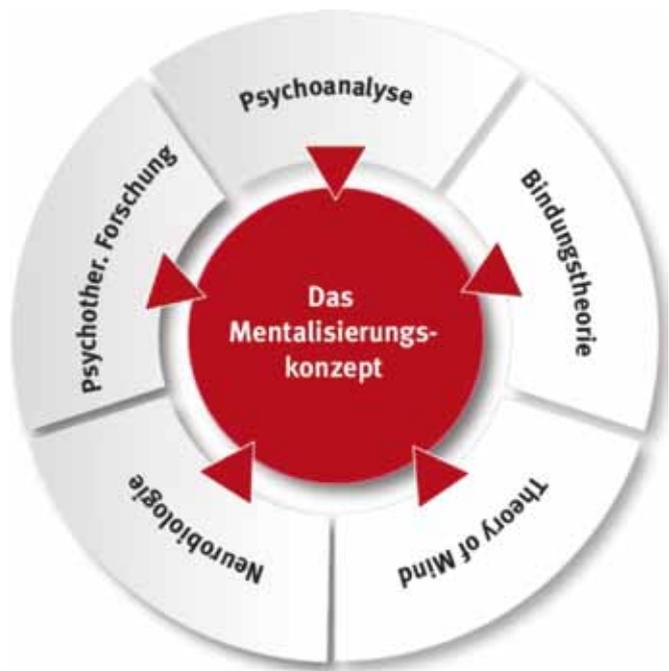


Abbildung 1: Mentalisieren als neues Konzept in der Psychotherapie

Die entwicklungspsychologischen Grundlagen des Mentalisierungskonzepts von Fonagy und Kollegen sind eng verbunden mit den Erkenntnissen Bowlbys, der Bindungsmuster und ihre Bedeutung für die weitere Entwicklung erforschte (Bowlby, 1973, 1982).

Zu den Ergebnissen der Bindungsforschung gehört, dass eine standardisierte Beobachtungstechnik, der „Fremde-Situation“-Test, bereits in den ersten zwölf bis achtzehn Lebensmonaten Rückschlüsse auf die Qualität der

Erfahrungen des Kindes mit seinen Bezugspersonen erlaubt (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Abhängig von den Interaktionserfahrungen mit den primären Bezugspersonen entwickeln sich verschiedene Bindungsstile. Ist das Verhal-

ten der Bezugsperson vorhersagbar und angemessen, so entsteht ein sicheres Bindungsmuster. Unsichere Bindungen können weiter differenziert werden in unsicher-vermeidende Bindungsmuster, in unsicher-ambivalente Bindungsmuster und in desorientierte, desorganisierte Bindungen, in denen es kein durchgängiges Muster im Umgang mit Stress gibt (Ainsworth et al., 1978; Main, 1991).

Die Befundlage zur Stabilität des Bindungsmusters ist jedoch nicht eindeutig und wird kontrovers diskutiert. Die Messung der mütterlichen Feinfühligkeit alleine hatte die Entstehung einer sicheren Bindung beim Kind nicht zufriedenstellend vorhersagen können. Die Bindungssicherheit entsteht offensichtlich nicht allein durch prompte Feinfühligkeit. Sie entsteht eher durch die Fähigkeit der Mutter, anhand der mimmischen und vokalen Äußerungen des Kindes die zum Ausdruck kommenden Intentionen und Gefühle zu verstehen und zu verbalisieren. Noch wichtiger als mütterliche Feinfühligkeit erscheinen Mentalisierung und reflexive Kompetenz der Eltern (Mertens, 2012).

Mütter, die im Erwachsenen-Bindungsinterview (*Adult Attachment Interview*, AAI; Main & Goldwyn, 1996) besseren Zugang zur eigenen inneren Welt hatten, hatten mit höherer Wahrscheinlichkeit sicher gebundene Kinder (Fonagy, Steele, Moran, Steele & Higgitt, 1993). Eine Überarbeitung der Bindungstheorie, so wie sie Fonagy, Target und Kollegen unternahmen, führt zu komplexeren Annahmen über die Entwicklung des Selbst und der inneren Repräsentanzen. Sie schließt Phantasien, Motive, Emotionen explizit mit ein und nähert sich so den klinischen psychoanalytischen Konzepten. Aus dem Blickwinkel des Mentalisierungskonzeptes wird Bindung nicht nur als angeborenes Verhaltenssystem betrachtet, sondern dient als Rahmen der Entwicklung eines inneren Repräsentationssystems, welches für die Entwicklung des Selbst, für die Regulierung von Affekten und für das Gelingen von sozialen Beziehungen wesentlich ist (Taubner, 2008).

## Affektspiegelung als soziales Feedback

In der Säuglingsforschung besteht Einigkeit darin, dass Affekte interaktionell moduliert werden, das heißt, z. B. Angst wird von der Mutter einfühlsam reguliert. Später wird diese Fähigkeit internalisiert. Eltern reagieren auf den Emotionsausdruck des Säuglings, z. B. auf Angst. Sie „markieren“ dabei ihren spiegelnden Emotionsausdruck, z. B. indem sie etwas abmildern oder einen anderen Affekt beimischen. Dies ermöglicht dem Säugling zu erkennen, dass die Mutter auf seinen Ausdruck reagiert und es nicht der Ausdruck der Mutter ist. Der spiegelnde Ausdruck der Mutter entschärft die Angst des Kindes. Später wird das primäre Gefühl (z. B. Angst) zusammen mit der Reaktion der Mutter als Gedächtnisspur bzw. als (sekundäre) Repräsentanz aufbewahrt (Dornes, 2004). Dabei spielen Phantasien darüber, wie die Mutter das Kind sieht, eine bedeutende Rolle. Meldet die Mutter nur zurück, was sie beim Kind sieht, dann verliert der Spiegelungsprozess sein symbolisches Potenzial und die Spiegelung kann selbst zur

Quelle der Angst werden. Bleibt das Spiegeln aus oder vermischt sich die Angst mit massiver Angst der Mutter, dann kann die Entwicklung der Affektregulation tiefgreifend gestört werden (Fonagy & Target, 2002).

## Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit

Gegen Ende des ersten Lebensjahres beginnen Kinder, menschliches Handeln im zielgerichteten, dem „teleologischen Modus“ zu verstehen. Es ist der Beginn eines eigenen Selbst, in dem sich das Kind als zielgerichteter Urheber erlebt. Das Kind kann Aktionen nach seinem Ergebnis unterscheiden und eine Urheberschaft wahrnehmen. Das Kind kann aus mehreren Möglichkeiten den besten Weg auswählen, um dem Ziel näherzukommen (Csibra & Gergely, 1998).

Etwa mit Beginn des zweiten Lebensjahres und dem größeren Aktionsradius des Kindes gewinnt neben der Affektspiegelung das „Spiel mit der Realität“ an Bedeutung. Gedanken und Gefühle werden in zwei Modalitäten erlebt: im „psychischen Äquivalenzmodus“ und im „Als-Ob-Modus“. Das Kind oszilliert zwischen beiden parallel existierenden Modi bis zur Integration mit etwa vier Jahren im reflektierenden Modus. Fonagy und Target (2006) vertreten die These, dass Säuglinge und Kleinkinder zunächst die innere Welt mit der äußeren Welt gleichsetzen (psychischer Äquivalenzmodus). Kinder in diesem Alter nehmen Gedanken als Realität und nicht als Darstellungen oder Perspektiven wahr. Die Gedanken haben einen ähnlichen Effekt wie wirkliche Ereignisse – wenn das Kind beispielsweise die Augen verdeckt, ist es überzeugt, dass andere es nicht sehen können. Der Umgang der Bezugspersonen mit den überrealen Gedanken fördert oder behindert dabei die Entwicklung von Symbolisierung und Repräsentation. Die einfühlsame Erfahrung des affektregulierenden Spielens hilft dem Kind zu lernen, dass sich Gefühle nicht automatisch über die ganze Welt verteilen. Die psychische Gleichsetzung, ein Modus der Wahrnehmung der inneren Welt, kann zu schmerzhaften Erfahrungen Anlass geben, weil projizierte Phantasien große Angst auslösen. Der Erwerb des Als-Ob-Modus ist daher ein entscheidender Fortschritt.

Ein Vorherrschen des Äquivalenzmodus über dieses Alter hinaus gilt als Indiz für eine Pathologie, da die Unmittelbarkeit des Erlebens auf ein Fehlen von sekundären Repräsentanzen zurückzuführen ist. Eigene Gedanken können nicht als eigene Gedanken gesehen werden (konkretistisches Denken). Metaphern, Symbole und Bedeutungen werden nicht erkannt, der Mensch erscheint „alexithym“. Selbstbezogene negative Emotionen werden als real empfunden und alternative Sichtweisen können nicht toleriert werden.

Im Als-Ob-Modus, wie im Spiel, wird die innere Befindlichkeit von der Realität getrennt. Das Spiel stellt den Alltag nach, modifiziert und entkoppelt ihn. Die Realität wird im Als-Ob-Modus suspendiert. Dabei nimmt man an, dass das Kind von Beginn an ein Ahnungsbewusstsein vom fiktiven Charakter des Spiels hat: Intuitiv unterscheidet es zwischen Realität

und Spiel (Stock ist gleich/ungleich einem Gewehr). Die Reaktion des Erwachsenen darauf hilft dem Kind, eine externe Darstellung seiner inneren Zustände zu schaffen. Nicht mehr das elterliche Gesicht, sondern die Spielfigur ist eine externe Darstellung der eigenen Gefühle und Gedanken. Reagieren die Eltern auf Spielangebote im Als-Ob-Modus angemessen und spielerisch, wird dem Kind signalisiert, dass eigene Impulse und Wünsche von der Wirklichkeit getrennt sind und keine Auswirkungen haben. Im Spiel werden Gedanken und Gefühle von der Wirklichkeit abgekoppelt und sind daher irrational. Im Äquivalenzmodus sind sie „überreal“.

Im reflexiven Modus (ab dem vierten bis fünften Lebensjahr) werden Äquivalenz- und Als-Ob-Modus integriert, dies ermöglicht ein Nachdenken über das eigene Selbst und über das vermutete Innenleben anderer Menschen. Unterschiedliche Perspektiven werden anerkannt und falsche Überzeugungen werden bei sich und anderen erkannt. Einige faszinierende Experimente machen die Säuglings- und Kleinkindforschung auch für Nichtexperten lesenswert und interessant. So zum Beispiel der „Falsche-Überzeugung“-Test, siehe Kasten.

### Der „Falsche-Überzeugung“-Test

Maxi bekommt die bekannte bunte „Smarties-Schachtel“ gezeigt. Sie wird gefragt: „Was glaubst Du, was ist wohl in der Schachtel?“

Maxi antwortet plausiblerweise: „Smarties!“ Die Schachtel wird geöffnet, aber es sind Buntstifte darin.

Anschließend wird Maxi gefragt: „Draußen wartet dein Freund Peter. Wenn wir ihn hereinholen und ihm die geschlossene Smarties-Schachtel zeigen und ihn fragen: ‚Was ist in der Schachtel?‘, was meinst Du, was wird Peter antworten?“

Dreijährige Kinder antworten „Bleistifte“, vierjährige antworten „Smarties“.

Das dreijährige Kind kann sich nicht vorstellen, dass das andere Kind eine falsche Überzeugung hat.

(nach Perner, Leekham & Wimmer, 1987)

## Störungen der Entwicklung

In unsicher-ambivalenten und desorganisierten Bindungen wird die Nähe zur Bezugsperson auf Kosten der Reflexionsfähigkeit aufrechterhalten. Das Kind passt sich der Welt der Bezugsperson an und übernimmt fremde Anteile als Teile seiner inneren Welt. Wenn die Affektspiegelung unangemessen markiert ist, werden das eigene Erleben (primäre Repräsentanz) und die Spiegelung (sekundäre Repräsentanz des Erlebens) falsch verknüpft. In diesem Fall repräsentieren sich im Selbst des Kindes die Haltung und Botschaften der Bezugsperson. Es bildet sich ein fremdes Selbst („alien self“) (siehe Abbildung 2).

Patienten mit einem fremden Selbst berichten z. B., dass sie den Eindruck haben, Attacken gegen das eigene Selbst kämen von innen. Vorstellungen und Gefühle werden als

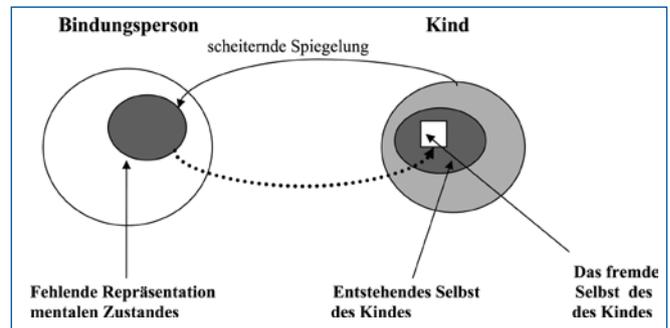


Abbildung 2: Entwicklung des fremden Selbst. Internalisierung eines nicht kongruenten mentalen Zustandes als Teil des kindlichen Selbst (modifiziert nach Bateman & Fonagy 2007).

Selbstanteile, die nicht zum Selbst gehören, erlebt. Dabei treten Gefühle von Leere und unerträglicher Missstimmung auf. Erfahrungen aus der äußeren Welt sind von dem Erleben der inneren Welt nicht klar getrennt, weil sie unmarkiert oder inakkurat markiert nicht unterschieden werden können. In diesem unerträglichen Zustand der Konfusion werden in Notlagen die eigenen Gefühle in die äußere Welt projiziert. Dies wird nicht nur ausgelöst von Konflikten oder Schuldgefühlen, sondern aus unerträglichen inneren Spannungen und dem Bedürfnis, eine Kongruenz im Selbsterleben aufrechtzuerhalten.

## Epistemisches Vertrauen

Epistemisches Vertrauen ist das basale Vertrauen in eine Bezugsperson als sichere Informationsquelle (Sperber et al., 2010; Wilson & Sperber, 2012). Die Grundlagenforschung von Csibra und Gergely (2009, 2011) zeigt, wie Blickkontakt, geteilte Aufmerksamkeit und „Ammensprache“ Kommunikationskanäle öffnen, die die Aufmerksamkeit lenken und das Vertrauen des Kindes in die Bedeutung und Generalisierbarkeit der Aussagen ihrer Bezugsperson verbessert. Epistemisches Vertrauen entsteht auch dann, wenn das Kind über diese Kommunikationskanäle die Erfahrung macht, dass die Bezugsperson versucht, die Welt mit den Augen des Kindes zu sehen. Corriveau et al. (2009) konnten darüber hinaus in einer Studie zeigen, dass das epistemische Vertrauen eines Kindes in Zusammenhang mit Bindung steht (siehe Kasten).

Diese Ergebnisse der Grundlagenforschung werden von Fonagy und Allison (2014) mit einer Theorie von Therapie als einem dreifachen Kommunikationssystem (s. u.) verbunden. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen haben oft ein epistemisches Misstrauen. Sie können sich nicht auf die eigene Wahrnehmung verlassen und können Bezugspersonen (z. B. Psychotherapeuten) nicht trauen. Sie werden damit einsam, isoliert und von sozialen Lernprozessen abgeschnitten. Mentalisierung, die Fähigkeit zur Reflexion, kann die therapeutische Beziehung verbessern und öffnet damit einen „epistemischen Super-Highway“ (Fonagy & Allison, 2014) für soziales Lernen und Veränderungen.

## Epistemisches Vertrauen und Bindung

Kinder von ca. 5-6 Jahren sollen entscheiden, ob ein Phantasietier (z. B. 75% Pferd und 25% Kuh) ein Pferd oder eine Kuh ist. Die Mutter und eine fremde Person benennen nun das Objekt unterschiedlich. Die Mutter nennt es z. B. eine Kuh, die fremde Person ein Pferd.

Die Studie geht der Frage nach, welche Entscheidung das Kind trifft, beeinflusst vom Kommentar der Mutter bzw. der Bezugsperson. Es zeigt sich, dass die Bindungserfahrungen des Kindes mit seiner Mutter einen starken Effekt auf die Entscheidungen des Kindes haben. Kinder, die sicher gebunden sind, antworten flexibel. Sie bevorzugen die Aussage der Mutter, aber trauen der eigenen Wahrnehmung, wenn die Aussage der Mutter vom objektiven Bild abweicht. Unsicher vermeidende Kinder trauen eher dem Urteil der fremden Person als dem der Mutter und unsicher-ambivalent gebundene Kinder trauen eher dem Urteil der Mutter als dem des Fremden, auch wenn das offensichtlich falsch ist. Unsicher gebundene Kinder trauen insgesamt der eigenen Wahrnehmung weniger als sicher gebundene Kinder. Besonders unsicher-desorganisiert gebundene Kinder geraten in eine epistemische, angstgesteuerte, intensive Wachsamkeit („*epistemic hypervigilance*“), da sie weder sich selbst noch den anderen (Mutter, fremde Person) vertrauen können.

(nach Corriveau et al., 2009)

## Untersuchung der Mentalisierungsfähigkeit und der Mentalisierungsstörungen

In neueren Arbeiten wird vorgeschlagen, die Mentalisierungsfähigkeit mehrdimensional zu erfassen. Dabei werden Zusammenhänge zwischen Mentalisierung, Stress und Aktivierung von Bindungsstrategien differenziert.

Ein individuelles Mentalisierungsprofil ergibt sich aus den folgenden Aspekten (Luyten et al., 2012):

- Beziehungsdimension, zusammen mit den aktuellen Beziehungspersonen, der Bindungsgeschichte und dem Gebrauch sicherer versus hyperaktivierender und deaktivierender Strategien,
- Fähigkeit, trotz Stress und intensiven Emotionen die Mentalisierung aufrechtzuerhalten oder dorthin zurückzukehren,
- allgemeine Mentalisierungsfähigkeit, d. h. die Mentalisierung über verschiedene Kontexte und Beziehungen hinweg,
- Vorkommen und Art prämentalischer Modi.

Das am häufigsten verwendete Instrument zur Operationalisierung der Mentalisierungsfähigkeit ist die *Reflective Functioning Scale* (RF-Skala; Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998; Steele & Steele, 2008; deutsch: Daudert, 2001, 2002). Die reflexive Fähigkeit wird aus den Narrativen des *Adult At-*

*tachment Interviews* (AAI; Main & Goldwyn, 1996), speziell aus den Antworten zu den sogenannten *Demand-Fragen*, erfasst. Diese Fragen fordern explizit zur Reflexion auf (z. B.: „Denken Sie, dass Ihre Kindheitserfahrungen einen Einfluss darauf gehabt haben, wie Sie heute sind?“). Die spontanen Antworten eines Probanden können von intensiv geschulten Ratern auf einer Skala reliabel eingeschätzt werden (von -1: negative reflexive Funktion bis 9: außergewöhnlich hohe reflexive Funktion). In einer Studie fanden Müller, Kaufhold, Overbeck und Grabhorn (2006) Zusammenhänge zwischen dem Niveau der RF-Skala und dem Strukturniveau, erfasst über die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). Aufgrund des hohen Aufwandes wird die RF-Skala überwiegend in Forschungszusammenhängen angewendet.

Zur Einschätzung verschiedener Aspekte der Mentalisierungsfähigkeit liegt eine Vielzahl weiterer Instrumente vor (Luyten et al., 2012). Populär ist der „*Reading the mind in the eye*“-Test (Baron-Cohen, Wheelwright & Hill, 2001), der für Selbstversuche im Internet zu finden ist.<sup>2</sup> In dem Test wird eine Reihe von Augenpaaren gezeigt. Dabei wird zur Einschätzung über den Gefühlszustand der fremden Person aufgefordert.

Zur Einschätzung der Mentalisierung eines Patienten in der Psychotherapie haben Semerari et al. (2003) eine *Metacognitive Assessment Scale* (MAS) entwickelt (Carcione et al., 2008). Darin wird Mentalisierung differenziert in:

1. Reflexion über die eigenen Kognitionen,
2. Reflexion über die Kognitionen des anderen,
3. metakognitive Meisterung/Bewältigungsstrategien.

## Mentalisierungsbasierte Therapie und seine Derivate

Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) bezeichnet eine 18-monatige manualisierte und empirisch validierte Langzeittherapie für Erwachsene mit Borderline-Störungen (MBT) oder für Jugendliche mit strukturellen Störungen (MBT-A).

Ausgangspunkt ist die Annahme, dass durch die therapeutische Beziehung dem (leidenden und Hilfe suchenden) Patienten ein bedeutendes Beziehungsangebot gemacht wird, in dem epistemisches Vertrauen gefördert werden kann.

Das MBT-Konzept wird dabei in einem 18-monatigen teilstationären Setting in Einzel- und Gruppentherapie, Informationsgruppen, Ausdruck- und Gestaltungsgruppen sowie in der Stationsorganisation implementiert. Der strukturelle Rahmen wird für die Patienten möglichst transparent gestaltet. Dieser haltende Rahmen soll helfen, Affekte zu regulieren, über die Arbeit an einer hilfreichen therapeutischen Beziehung stress-

<sup>2</sup> [www.asperger-forum.ch/selbsttests/reading\\_mind\\_in\\_the\\_eyes/test.html](http://www.asperger-forum.ch/selbsttests/reading_mind_in_the_eyes/test.html)

volle Situationen (mit aktiviertem Bindungssystem) zu bewältigen und Mentalisierung zu fördern. Die MBT hat eine Reihe

**— Nahezu alle bekannten Behandlungstechniken, verhaltenstherapeutische ebenso wie psychodynamische, sind dann erfolgreich, wenn sie den Prozess des Mentalisierens fördern.**

von Gemeinsamkeiten mit der dialektisch behavioralen Therapie (DBT). So haben beide ein transparentes, strukturiertes und kohärentes Behandlungsprogramm und sind erfolgreich evaluiert.

Nahezu alle bekannten Behandlungstechniken, verhaltenstherapeutische ebenso wie psychodynamische, sind dann erfolgreich, wenn sie den Prozess des Mentalisierens fördern. Dies legen auch die Ergebnisse der Psychotherapieforschung nahe. Wird aber in einer Behandlung, etwa in der Trauma-Konfrontation, das emotionale „*arousal*“ zu hoch, so wird der Prozess des Mentalisierens erschwert oder unmöglich gemacht. Ein strukturiertes Vorgehen hat dabei den Vorteil, dem Patienten ausreichend Sicherheit zu geben und ihn nicht zu weit weg und nicht zu nah „am Feuer“, den heftigen Affekten, zu halten.

Die für Borderline-Störungen manualisierte teilstationäre MBT wurde in mehreren randomisierten kontrollierten Studien (RCT-Studien) mit strukturierter psychiatrischer Betreuung verglichen und evaluiert (Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2008). Die Behandlungsgruppe zeigte signifikant bessere Ergebnisse in den Bereichen Suizidalität, diagnostischer Status, Inanspruchnahme stationärer Behandlungen, Medikation, allgemeines Funktionsniveau und Berufstätigkeit gegenüber der Kontrollgruppe. In einer weiteren Studie (Bateman & Fonagy, 2009) mit ambulantem Setting zeigte die Behandlungsgruppe signifikant bessere Ergebnisse in den Selbsteinschätzungen und in den primären Erfolgsmaßen Suizidversuche und stationäre Einweisungen. Ebenso evaluierten Russow und Fonagy (2012) in einer RCT-Studie erfolgreich den mentalisierungsbasierten Ansatz für Jugendliche mit schweren strukturellen Störungen (MBT-A).

## Weitere am Mentalisierungskonzept orientierte Behandlungsformen

Weitere störungsspezifische Behandlungskonzepte wurden unter Mitwirkung verschiedener Forschergruppen um Fonagy und Bateman in England und den USA entwickelt und publiziert. Dazu zählen Behandlungen von Depression (Lemma, Target & Fonagy, 2011a, 2011b), Sucht und Essstörungen (Bateman & Fonagy, 2015).

In der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gibt es mentalisierungsbasierte Behandlungsansätze von der niederländi-

schon Arbeitsgruppe um Verheugt-Pleiter (Verheugt-Pleiter, Zevalkink & Schmeets, 2008; Zevalkink, Verheugt-Pleiter & Fonagy, 2012). Über *Mentalization-Based Family Therapy* wurde von Asen und Fonagy (2012, 2015) publiziert. Im deutschsprachigen Raum beschreibt Zemke (2013) die Anwendung des mentalisierungsbasierten Konzeptes in der ambulanten Kinderpsychotherapie. Eine Übersicht über Geschichtenergänzungsverfahren

als klinische Mentalisierungsdiagnostik bei Kindern gibt Juen (2014).

Für den stationären Bereich und die Gruppentherapie bietet Schultz-Venrath (2013) eine gute Übersicht. Außerhalb klinischer Settings haben sich bindungs- und mentalisierungsfördernde Interventionen in verschiedenen Kontexten als erfolgreich erwiesen, z. B. in der Erziehungsberatung und Gewaltprävention an Schulen (Übersicht bei Kirsch, 2014).

## Das Mentalisierungskonzept als neues Paradigma für die Psychotherapie

Ausgangspunkt der Überlegungen von Fonagy und Allison (2014) ist die therapeutische Beziehung. Die Ergebnisse der Therapieforschung weisen auf die therapeutische Beziehung als einen wichtigen Mediator des Therapieerfolgs hin. Die therapeutische Beziehung öffnet einen sozialen Lernprozess, von dem der Patient zwischen den Behandlungsstunden profitiert. Mentalisierung fördert dabei die Sicht des Patienten als eigenständige Person, die für sich selbst gültige Erfahrungen macht. Wenn der Psychotherapeut sich in die Gedanken, Intentionen und Affekte des Patienten hineinlebt und einfühlt, fördert er im Patienten ein Gefühl von Sicherheit, um etwas Neues zu wagen und mit dem Psychotherapeuten zu kooperieren. Mentalisieren fördert epistemisches Vertrauen.

## Psychotherapie als dreifaches Kommunikationssystem

**1. Die Therapietheorie des Psychotherapeuten:** Patienten lernen implizit oder explizit eine spezifische Therapietheorie, wenn sie eine Verhaltenstherapie, eine Psychoanalyse oder eine Gesprächstherapie machen. Alle evidenzbasierten Psychotherapieformen liefern dem Patienten ein Verständnis über sich, seinen Verstand und seine Seele. Sie liefern ein Verständnis über seine Störungen und wie Veränderungen in der Psychotherapie verstanden werden können. Diese manchmal impliziten, manchmal expliziten Erklärungen des Psychotherapeuten wirken als wichtige persönlich relevante Botschaften des Psychotherapeuten. Sie schaffen epistemisches Vertrauen bzw. reduzieren die epistemische Alarmbereitschaft.

## 2. Erweiterung oder Wiedererlangen von Mentalisierung:

Die Förderung von Mentalisierung in der Psychotherapie ist nicht ein Therapieziel für sich selbst, aber sie ist ein Weg, Affekte besser modulieren zu können, zentrale Beziehungskonflikte zu verstehen und zu regulieren. Die Förderung von Mentalisierung verbessert dabei die Selbstkontrolle und das Empfinden von Selbstkohärenz.

## 3. Wiederherstellen von sozialem Lernen:

Die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit geht einher mit der Schaffung von epistemischem Vertrauen. Dies ermöglicht es, Neues und Anderes über die soziale Welt zu erfahren sowie alte Überzeugungen infrage zu stellen. Die Wiederherstellung der Mentalisierungsfähigkeit holt den Patienten aus seiner durch das epistemische Misstrauen bedingten Isolation heraus. Die epistemische Alarmbereitschaft lieferte dem Patienten eine eingeeengte Sichtweise seiner Erfahrungen. Patienten müssen neue Erfahrungen machen, um sich zu verändern. Psychotherapeuten wiegen sich zwar oft in dem Glauben, dass innerhalb der Psychotherapie die entscheidenden Veränderungen passieren, jedoch passieren häufig wichtige Veränderungen zwischen den Stunden, im sozialen Feld außerhalb der Psychotherapie. Dies legt zumindest die Therapieforschung nahe (Bohart & Wade, 2013, S. 243).

## Mentalisierungsbasierte Interventionen

Das Mentalisierungskonzept ist eine moderne psychoanalytische Theorie, entfernt sich aber von der klassischen psychoanalytischen Technik. Ausgehend von der Annahme, dass durch die Aufnahme einer Psychotherapie das Bindungssystem stark aktiviert wird, stellt sich in der Psychotherapie die Aufgabe, das Bindungssystem des Patienten zu beruhigen, ein mittleres *Arousal* zu erreichen, um so günstige Voraussetzungen für die Mentalisierungsfähigkeit zu schaffen. Ein geschützter, sicherer Rahmen sowie eine mittlere emotionale Distanz in der Beziehung, die Etablierung klarer Strukturen (z. B. Absprachen) und größtmögliche Transparenz sind deshalb hilfreich. Bei traumatisierten Patienten oder bei Borderline-Patienten z. B. ist häufig eine Intensivierung der Übertragungsbeziehung ungünstig, z. B. durch längere Schweigephasen oder wenig strukturierte Sitzungen.

Eine aktive, nachfragende Haltung des Psychotherapeuten ist hingegen günstig. Die mentalisierende Exploration schließt ein, dass der Psychotherapeut seine eigene Reflexion (auch die seiner eigenen inneren Welt in Bezug auf das, was im Hier und Jetzt passiert) dem Patienten in geeigneter Form mitteilen kann. Dies ermöglicht es dem Patienten, an einem Modell zu lernen und sich selbst in diesem Prozess (wieder) zu finden.

Innerhalb dieses Rahmens hat der Psychotherapeut die Aufgabe, die Begrenzung der Fähigkeit zur Mentalisierung beim Patienten abzuschätzen und auf dieser Basis mit dem Patienten die Mentalisierungsfähigkeiten zu erweitern. Je fragiler die Fähigkeiten zur Mentalisierung sind, desto einfacher, kürzer und basaler sollten die psychotherapeutischen Interventionen sein. Neben der Einschätzung der generellen Mentalisierungsfähigkeit ist zu berücksichtigen, dass sich die Mentalisierungsfähigkeit auch innerhalb und zwischen den Therapiestunden, abhängig von Stress und emotionaler Intensität, ändern kann.

— Je fragiler die Fähigkeiten zur Mentalisierung sind, desto einfacher, kürzer und basaler sollten die psychotherapeutischen Interventionen sein. —

„Mentalisieren ist eher eine Einstellung als eine Fertigkeit, eine forschende Haltung ...“ (Fearon et al., 2009). Mentalisieren fördern bedeutet die Exploration der eigenen Innenwelt, die einfühlsame Erforschung der Welt des anderen und der gemeinsamen Beziehung. Die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten wird dabei am besten gefördert, wenn der Psychotherapeut sich selbst und dem Patienten gegenüber eine mentalisierende Haltung einnimmt: Es gibt keinen besseren Weg der Förderung des Mentalisierens, als es selbst zu tun. Dabei kann es hilfreich sein, wenn der Psychotherapeut einen „Standpunkt des Nichtwissens“ einnimmt – dies heißt, neugierig zu bleiben. Der Standpunkt des Nichtwissens ermöglicht dem Psychotherapeuten und dem Patienten ein gemeinsames Erforschen der äußeren und inneren Welt. Es ist eine Haltung, die der Detektiv Columbo in seinen Kriminalfilmen meisterhaft und kreativ darstellte: rhetorisch tiefstapeln und sich nicht scheuen (scheinbar) dumme Fragen zu stellen. Ein Standpunkt des Nichtwissens schützt davor, dem Patienten die eigene Sichtweise aufzudrängen. Wenn der Psychothera-

— Die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten wird am besten gefördert, wenn der Psychotherapeut sich selbst und dem Patienten gegenüber eine mentalisierende Haltung einnimmt: Es gibt keinen besseren Weg der Förderung des Mentalisierens, als es selbst zu tun. —

peut darauf beharrt, dass er es besser weiß als der Patient, ist der Prozess des Mentalisierens meist zu Ende.

Zum Beispiel (siehe Kasten): Der Ärger wird erst einmal so, wie vom Patienten erlebt, vom Psychotherapeuten angenommen. Ob berechtigt oder nicht, der Patient hat die Situation so erlebt. Diese interpersonale Erfahrung wird als wichtiges

Beispiel hervorgehoben und weiter exploriert. Die Interpretation des Psychotherapeuten wird dann vom Patienten als „therapeutische Floskel“ zurückgewiesen. Der Psychotherapeut bleibt empathisch interessiert und bereit zur Perspektivenübernahme. Er kann so auch in Belastungssituationen mentalisierend dem Patienten antworten.

### Mentalisierende Haltung – ein Beispiel:

Ein Patient drückt in der Stunde seinen Ärger aus.

*Psychotherapeut (Ther.):* Was macht Sie jetzt ärgerlich?

*Patient (Pat.):* Sie waren letzte Stunde von mir gelangweilt!

*Ther.:* Das muss Sie stark gekränkt haben. Was hatten Sie wahrgenommen?

*Pat.:* Sie waren völlig unkonzentriert.

*Ther.:* Ja, das kann sein. Dafür muss ich mich entschuldigen. Sie haben mein Verhalten auf sich bezogen. Ist es so?

*Pat.:* Fragen Sie doch nicht so blöd!

*Ther.:* Was ist es, was Sie jetzt ärgerlich macht?

*Pat.:* Das klang nach einer therapeutischen Floskel.

*Ther.:* Das kann sein, wie hätte ich es aus Ihrer Sicht besser machen sollen?

*Pat.:* Na ja, einfach ist das nicht, mit mir darüber zu reden, das weiß ich schon ...

Das Beibehalten einer mentalisierenden Haltung über die Behandlung hinweg klingt einfach. Unglücklicherweise ist es aber so, dass gerade dann, wenn die Mentalisierungsfähigkeit im Patienten versagt oder sich verschlechtert, z. B. in Momenten von hoher Affektivität oder heftiger Aggression, auch die Mentalisierungsfähigkeit des Psychotherapeuten gefährdet ist beziehungsweise unterminiert wird. In einem zunächst normal erscheinenden Prozess und aus einem bekannten psychotherapeutischen Vorgehen (z. B. dem empathischen Verstehen) entstehen dann Hindernisse.

In Momenten hoher affektiver Erregung oder beim Zusammenbruch der Mentalisierung ist es für den Psychotherapeuten ratsam, den „Pausenknopf zu drücken“. Hierdurch wird dem Patienten und dem Psychotherapeuten Zeit gegeben, zurückzugehen zu dem (Zeit-)Punkt in der Therapiestunde, an dem die Mentalisierungsfähigkeit noch stabiler war oder strukturelle Rahmenbedingungen noch gemeinsam akzeptiert und präsent waren. Von dort aus besteht die Möglichkeit, die Entwicklung dann noch einmal zu betrachten.

### Interventionen zur Förderung von Mentalisierung

- Auf die gegenwärtigen Gedanken, Wahrnehmungen und Gefühle fokussieren,
- alternative Erklärungsweisen anbieten,
- weitere Explorationen anregen; Bereitstellen von Erfahrungen einer sicheren Basis, die dem Patienten die Exploration der inneren Zustände erleichtert,

- Beschäftigung mit Spiegelungsprozessen, in denen zeitnah und verständnisvoll die „markierten“ Emotionen, die den „*mental state*“ des Patienten repräsentieren, zurückgemeldet werden,
- versuchen, Interventionen zu machen, die einfach, kurz und prägnant sind,
- den Patienten dazu gewinnen, Interaktionen und eigene Erfahrungen aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten,
- Förderung einer mittleren Intensität emotionaler Beteiligung, die weder zu „kalt“ noch zu „heiß“ ist.

Karterud et al. (2013) evaluierten insgesamt 17 Items einer *MBT-Adherence and Competence Scale*. Die Items beschreiben Interventionen, die für mentalisierungsbasierte Therapie als spezifisch gelten. Die als zentral für mentalisierungsfördernde Behandlungen geltenden Items waren:

- Exploration, Neugier und Standpunkt des Nichtwissens,
- Stimulierung des Mentalisierens im Prozess,
- Affektfokussierung,
- Verknüpfung von Affekt und interpersonalen Ereignissen.

Die Wirkung von mentalisierungsfördernden Interventionen haben wir zusammen mit einer Forschungsgruppe in einer Einzelfallstudie untersucht. Bei zwei von drei Patienten in psychoanalytischer Behandlung konnte die Wirksamkeit der mentalisierungsfördernden Interventionen gezeigt werden (Brockmann et al., zur Publikation eingereicht).

### Kritik am Mentalisierungskonzept

Das Mentalisierungskonzept wird innerhalb der Psychoanalyse kritisch diskutiert, so wie üblich bei neuen Konzepten in einer Therapierichtung. Britton (2000), ein ehemaliger Lehrer von Fonagy, sieht nicht die Notwendigkeit, die traditionellen psychoanalytischen Interventionstechniken von Deutung und Übertragung in der mentalisierungsbasierten Therapie aufzugeben (White, 2009).

Diamond und Kernberg (2008) kritisieren, dass die Mentalisierungstheorie zu stark auf den Prozess fokussiere und die Inhalte (von Träumen etc.) vernachlässige. Ebenso merken sie an, dass die RF-Skala so konzeptualisiert sei, dass sie an bestimmte Aufgaben und Situationen gebunden ist. Mentalisierungsfähigkeiten bzw. die reflexive Funktion seien jedoch generelle Kapazitäten, die mit der RF-Skala nur ausschnitthaft erfasst werden. Deshalb wird in Zukunft von Bedeutung sein, ob auch mit anderen Erhebungsinstrumenten die Mentalisierungsfähigkeiten erfasst werden können.

Außerhalb der Psychoanalyse wird das Mentalisierungskonzept interessiert aufgenommen. Es ermöglicht den Anschluss

der Psychoanalyse an die aktuellen Diskurse der Nachbarwissenschaften (z. B. Entwicklungspsychologie, Neurowissenschaften) und der Psychotherapieforschung. Die empirische Fundierung der Grundlagen und der Behandlungstechniken ermöglicht dabei die Überprüfung, Widerlegung und Weiterentwicklung einzelner Aspekte der Psychoanalyse.

## Fazit

Das Mentalisierungskonzept und seine Anwendung ist eine vielversprechende Perspektive auf die Entstehung schwerer psychischer Störungen und deren Behandlung. Fonagy verknüpfte das Mentalisierungskonzept mit der Bindungstheorie, der Entwicklung des Selbst und der Entwicklung epistemischen Vertrauens. Für Borderline-Störungen ist MBT erfolgreich evaluiert und als *evidence based* anerkannt. Das Mentalisierungskonzept gewinnt zunehmend Bedeutung als psychoanalytisches Behandlungskonzept, vorzugsweise bei strukturellen Störungen. Basierend auf den Ergebnissen der Therapieforschung zeigt es viele Überschneidungen mit anderen Psychotherapierichtungen. Eine aktive therapeutische Haltung, ein Standpunkt des Nichtwissens und des Nachfragens werden für diese Patientengruppe als genauso wichtig erachtet wie Klarheit, Sicherheit und Transparenz der Rahmenbedingungen. Zu intensive Affekte hemmen die Fähigkeit des Patienten, über sich nachzudenken und zu reflektieren. Die Förderung der Mentalisierung durch den Psychotherapeuten wird eher als therapeutische Haltung denn als Psychotherapietechnik verstanden.

## Literatur

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, New York: Erlbaum.
- Allen, J. & Fonagy, P. (Hrsg.). (2009). Mentalisierungsgestützte Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Allen, J., Fonagy, P. & Bateman, A. (2011). Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Asen, E. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based Therapeutic Interventions for Families. *Journal of Family Therapy*, 34 (4), 347-370.
- Asen, E. & Fonagy, P. (2015). Mentalisierungsbasierte Familientherapie. In A. Bateman & P. Fonagy (Hrsg.), *Handbuch Mentalisieren*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. & Hill, J. (2001). The 'Reading the mind in the eyes' test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger Syndrome or High-Functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 241-252.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder – a randomised controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1563-1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalisation: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 36-42.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007). Psychotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8 years follow up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (Hrsg.). (2015). *Handbuch Mentalisieren*. Gießen: Psychosozial Verlag. (Englische Version: Bateman, A. & Fonagy, P. (Eds.). (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.)
- Björqvinnsson, T. & Hart, J. (2009). Kognitive Verhaltenstherapie. In J. Allen & P. Fonagy (Hrsg.), *Mentalisierungsgestützte Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bohart, A. & Wade, A. (2013). The Client in Psychotherapy. In M. Lambert (ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6<sup>th</sup> ed.) (Chapter 7, p. 219-257). Hoboken/New Jersey: Wiley & Sons.
- Bohus, M. (2013). Behandlung der Borderline Störung. Ein audiovisuelles Kursprogramm mit CME-Fragen. Stuttgart: Schattauer.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss* (Vol. I: Attachment, 2nd. Edition). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss* (Vol. II: Separation). New York: Basic Books.
- Brockmann, J., Silberschatz, G., Dembler, K., König, K., de Vries, I., Zabolitzki, M. & Kirsch, H. (Manuskript eingereicht). Effects of Interventions Promoting Mentalization and Interventions Disconfirming Pathogenic Beliefs – A Time Series Analysis of 3 Patients in Long-Term Therapy.
- Brown, K. & Ryan, R. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), 822-848.
- Britton, R. (2000). The Nettle. Paper presented at the Annual Research Lecture of The British Psychoanalytical Society.
- Carcione, A., Dimaggio, G., Fiore, D., Nicolo, G., Procacci, M., Semerari, A. & Pedone, R. (2008). An intensive case analysis of client metacognition in a good-outcome psychotherapy: Lisa's case. *Psychotherapy Research*, 18 (6), 667-676.
- Corriveau, K., Harris, P., Meins, E., Fernyhough, C., Arnott, B., Elliott, L., Liddle, B., Hearn, A., Vittorini, L., de Rosnay, M. (2009). Young Children's Trust in their mother's claims: Longitudinal links with attachment security in infancy. *Child Development*, 80, 750-761.
- Csibra, G. & Gergely, G. (1998). The teleological origins of mentalistic action explanations: a developmental hypothesis. *Developmental Science*, 1, 255-259.
- Csibra, G. & Gergely, G. (2009). Natural pedagogy. *Trends in Cognitive Sciences*, 13, 148-153.
- Csibra, G. & Gergely, G. (2001). Natural pedagogy as evolutionary adaption. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B. Biological Sciences*, 366, 317-328.
- Daudert, E. (2001). Selbstreflexivität, Bindung und Psychopathologie. Zusammenhänge bei stationären Gruppenpsychotherapie-Patienten. Hamburg: Kovac.
- Daudert, E. (2002). Die Reflective Self Functioning Scale. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 54-67). Stuttgart: Schattauer.
- Diamond, D. & Kernberg, O. (2008). In F. N. Busch (Ed.), *Mentalization Theoretical Considerations, Research Findings and Clinical Implications*. New York: The Analytic Press Taylor & Francis Group.
- Döring, P. (2013). Mentalisierungsbasiertes Management. In U. Schultz-Venrath (Hrsg.), *Lehrbuch Mentalisieren – Psychotherapien wirksam gestalten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dornes (2004). Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. *Forum Psychoanalyse*, 20, 175-199.
- Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L., McGregor, J., Bleiberg, E. & Fonagy, P. (2009). Mentalisierungs- und beziehungsorientierte Kurzzeittherapie (SMART): Eine Integrative Familientherapie für Kinder und Jugendliche. In J. Allen, P. Fonagy (Hrsg.), *Mentalisierungsgestützte Therapie: Das MBT Handbuch Konzepte und Praxis* (S. 285-313). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H. & Higgitt, A. (1993). Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, 957-989.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H. & Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning Manual* (Version 5.0 for Application to Adult Attachment Interviews). London: University College.

Fonagy, P. & Target, M. (2002). Neubewertung der Entwicklung des Affektregulation vor dem Hintergrund von Winnicotts Konzept des ‚falschen‘ Selbst. *PSYCHE – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 56, 839-862.

Fonagy, P. & Target, M. (2006). *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Fonagy, P. & Allison, E. (2014). The Role of Mentalizing and Epistemic Trust in the Therapeutic Relationship. *Psychotherapy*, 51 (3), 372-380.

Gendlin, E. T. (1961). Experiencing: A Variable in the Process of Psychotherapeutic Change. *American Journal of Psychotherapy*, 15, 233 ff.

Juen, F. (2014). Aspekte der Mentalisierungsdiagnostik bei Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63, 723-729.

Karterud, S., Pedersen, G., Engen, M., Johansen, M., Johannsson, P., Schlüter, C., Urnes, O., Wilber, T. & Bateman, A. (2013). The MBT Adherence and Competence Scale (MBT-ACS): Development, structure and reliability. *Psychotherapy Research*, 23 (6), 705-717.

Kirsch, H. (Hrsg.). (2014). *Das Mentalisierungskonzept in der Sozialen Arbeit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P. L. & Kiesler, D. J. (1986). The Experiencing Scales. In L. S. Greenberg, & W. M. Pinshof (Eds.), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (S. 21-71). NY: Guilford Press.

Lemma, A., Target, M. & Fonagy, P. (2011a). *Brief Dynamic Interpersonal Therapy: A Clinician's Guide*. Oxford: University Press.

Lemma, A., Target, M. & Fonagy, P. (2011b). The development of a brief psychodynamic intervention (dynamic interpersonal therapy) and its application to depression: a pilot study. *Psychiatry*, 74 (1), 41-48.

Lewis, L. (2009). Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit durch das Fertigkeitstraining der dialektischen Verhaltenstherapie und durch positive Psychologie. In J. Allen & P. Fonagy (Hrsg.), *Mentalisierungsgestützte Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B. & Vermote, R. (2012). Assessment of Mentalization. In A. Bateman & P. Fonagy, *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing. (Deutsche Version: Bateman, A. Fonagy, P. (Hrsg.). (2015). *Handbuch Mentalisieren*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: Findings and directions for future research. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (eds.), *Attachment across the life cycle*. London: Tavistock/Routledge.

Main, M. & Goldwyn, R. (1996). *Adult Attachment Classification System*. Unveröff. Manuskript. University of California, Department of Psychology, Berkeley.

Mertens, W. (2012). *Psychoanalytische Schulen im Gespräch. Band 3: Psychoanalytische Bindungstheorie und moderne Kleinkindforschung*. Bern: Huber.

Müller, C., Kaufhold, J., Overbeck, G. & Grabhorn, R. (2006). The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 485-494.

Perner, J., Leekham, S. & Wimmer, H. (1987). Three-years-olds' differences with false belief: the case for a conceptual deficit. *British Journal of Developmental Psychology*, 5, 125-137.

Rossouw, T. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 51 (12), 1304-1313.

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M. & Alleva, G. (2003). How to Evaluate Metacognitive Functioning in Psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its Applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 238-261.

Schultz-Venrath, U. (2013). *Lehrbuch Mentalisieren – Psychotherapien wirksam gestalten*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Sperber, D., Clement, F., Heintz, C., Mascaro, O., Mercier, H., Origgi, G. & Wilson, D. (2010). Epistemic Vigilance. *Mind & Language*, 25 (4), 359-393.

Steele, H. & Steele, M. (2008). On the Origins of Reflective Functioning. In F. Busch (Ed.). (2008), *Mentalization Theoretical Considerations, Research Findings and Clinical Implications*. The Analytic Press Taylor & Francis Group New York, 133-158.

Taubner, S. (2008). *Einsicht in Gewalt*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Verheugt-Pleiter, A. J. E., Zevalkink, J. & Schmeets, M. G. J. (2008). *Mentalizing in Child Therapy*. London Karnac.

White, C. (2009). Symbolisierung und Mentalisierung – Kongruenzen und Divergenzen mit Ronald Britton und Peter Fonagy. *PSYCHE – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 63, 1165-1169.

Wilson, D. & Sperber, D. (2012). *Meaning and relevance*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Zemke, B. (2013). Mentalisieren in der Psychotherapie mit Kindern. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 38, 268-284.

Zevalkink, J., Verheugt-Pleiter, A. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Informed Child Psychoanalytic Psychotherapy. In A. Bateman, P. Fonagy, *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (S. 129-158). Washington: APA.



**Dr. phil. Josef Brockmann**

Egenolffstr. 29  
60316 Frankfurt  
praxis@dr-brockmann.net

Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker in eigener Praxis, mehrjährige Arbeit in Psychotherapieforschungsprojekten und Fortbildungen zum Mentalisierungskonzept.



**Prof. Dr. Holger Kirsch**

Kasteler Str. 17  
65474 Bischofsheim  
kontakt@mentalisierung.net

Dr. med., Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialmedizin, Professor an der Evangelischen Hochschule Darmstadt, Lehranalytiker (DGIP, DGPT). Forschung und Fortbildungen zum Mentalisierungskonzept.

# Verfahrensvielfalt und Praxisbezug im derzeitigen Psychologiestudium

Eine Online-Umfrage unter Studierenden

Cord Benecke & Rhea Eschstruth

**Zusammenfassung:** Angesichts der geplanten Reform der Psychotherapeutenausbildung und der möglichen Einführung eines sogenannten Direktstudiums wurde untersucht, wie die Wissens- und Kompetenzvermittlung im Bereich Klinische Psychologie und Psychotherapie an den öffentlichen Universitäten in Deutschland zurzeit beschaffen ist. Zu diesem Zweck nahmen im Sommersemester 2014 430 Studierende eines Masterstudiengangs Psychologie an einer bundesweiten Online-Befragung teil. Die Studierenden beantworteten Fragen zur Vermittlung von unterschiedlichen Störungsmodellen und psychotherapeutischen Ansätzen sowie zur Vermittlung praktischer Kompetenzen im Studium. Zudem konnten sie am Ende des Fragebogens in einem Freitext Gedanken und Wünsche zur Lehre im Bereich Klinische Psychologie und Psychotherapie äußern. Aus Sicht der Studierenden hat die derzeitige klinische Lehre eine sehr stark kognitiv-behaviorale und wenig praxisnahe Ausrichtung. Veränderungsbedarfe bezüglich der Lehre im Falle der Einführung von „Direktstudiengängen“ innerhalb der Psychologie werden diskutiert.

Für die geplante Reform der Psychotherapeutenausbildung wurden verschiedene Modelle diskutiert. Eine Variante ist das sogenannte Direktstudium, bei dem etliche Teile der jetzigen postgradualen Psychotherapeutenausbildung schon im Studium absolviert würden. Das Studium würde dann mit der Approbation abschließen (analog einem Medizinstudium). Anschließend wäre eine mehrjährige vertiefende und spezialisierende Weiterbildung (analog der Facharztweiterbildung) vorgesehen.

Der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) hat sich im November 2014 mit großer Mehrheit für eine „zweiphasige wissenschaftliche und berufspraktische Qualifizierung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ ausgesprochen. Die beiden Phasen sind folgendermaßen benannt:<sup>1</sup>

1. Im wissenschaftlichen Hochschulstudium (Qualifizierungsphase I bis einschließlich Masterniveau) erstreckt sich die Qualifizierung über die gesamte Altersspanne (Kinder, Jugendliche und Erwachsene). In dieser Phase sind die vier Grundorientierungen der Psychotherapie (verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch, systemisch und humanistisch) mit Strukturqualität zu vermitteln.
2. In der anschließenden Weiterbildung (Qualifizierungsphase II) sind Vertiefungen in wissenschaftlichen Psychotherapieverfahren und -methoden sowie Schwerpunktsetzungen mit vertiefter Qualifizierung für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. von Erwachsenen einzurichten.

Die Qualifizierungsphase I (das sogenannte Direktstudium) wird mit hoher Wahrscheinlichkeit vornehmlich an den Instituten für Psychologie angesiedelt werden, da hier die Vor-

aussetzungen für die Implementierung als prinzipiell günstig erachtet werden (z. B. Benecke, 2013; Fydrich, Abele-Brehm, Margraf, Rief, Schneider & Schulte, 2013; Rief, Abele-Brehm, Fydrich, Schneider & Schulte, 2014). Allerdings gibt es auch Kritik, da die Lehre im Psychologiestudium als nicht sehr ausgewogen in Bezug auf die wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren gilt und die Praxisanteile als nicht ausreichend vermutet werden (z. B. Benecke, 2013; Lubisch, 2013), sodass auch ganz andere Ausbildungsstrukturen vorgeschlagen wurden (z. B. Gleiniger, 2013; Körner, 2013).

Um abschätzen zu können, wie groß der Veränderungsbedarf bezüglich der Lehre in den psychologischen Studiengängen bei Einführung der Qualifizierungsphase I (Direktstudium) wäre, führten wir im Sommersemester 2014 eine bundesweite Online-Befragung über die Wissens- und Kompetenzvermittlung im Bereich Klinische Psychologie und Psychotherapie im Psychologiestudium durch. Ziel dieser Befragung war es herauszufinden, wie die „klinische Lehre“ aus Sicht der Studierenden zurzeit an den bundesdeutschen Instituten für Psychologie inhaltlich gestaltet ist, insbesondere in Bezug auf die Vermittlung von unterschiedlichen Störungsmodellen und psychotherapeutischen Ansätzen sowie in Bezug auf die Praxisanteile. Die Ergebnisse sollen dabei helfen, evtl. bestehende Lücken im Lehrangebot im Bereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie zu identifizieren und entsprechende Verbesserungen ausarbeiten zu können.

<sup>1</sup> DPT-Beschluss vom 15.11.2014

## Die Online-Umfrage

Die Umfrage richtete sich an Studierende in einem psychologischen Masterstudiengang, insbesondere kurz vor Beendigung ihres Studiums, und auch an solche, die ihr Studium kürzlich beendet hatten.

Der Link zur Online-Befragung wurde per E-Mail an die Fachschaften von 51 Instituten für Psychologie an öffentlichen deutschen Universitäten verschickt mit der Bitte um Weiterleitung an die Studierenden in den psychologischen Masterstudiengängen. Zudem wurden auch die Fachschaften zweier Privatuniversitäten angeschrieben. Da Letztere allerdings wenig repräsentativ für das Psychologiestudium in Deutschland sind, beschränken wir uns hier auf die Darstellung der Antworten der Studierenden an öffentlichen Universitäten.

Es nahmen 430 Studierende eines Masterstudiengangs Psychologie an einer öffentlichen Universität in Deutschland (43 Institute) teil, davon 59 Männer (13.7%) und 369 Frauen (85.8%) sowie zwei Personen ohne Angabe des Geschlechts. Das mittlere Alter lag bei 26.4 Jahren ( $SD = 4.64$ ; 1 Person ohne Angabe). 51 hatten ihr Studium bereits abgeschlossen (die meisten davon, 29.4%, im Wintersemester 2013/2014), 379 studierten noch (von diesen planten 23.7% ihren Abschluss im Sommersemester 2014, 18.1% im Wintersemester 2014/2015 und 36.7% im Sommersemester 2015, die restlichen Studierenden planten ihren Abschluss zu späterer Zeit), zwei Teilnehmende machten hierzu keine Angaben.

Die Ergebnisse unserer Online-Umfrage unterliegen einer Reihe von *Limitationen*, die hier vorab genannt werden sollen: So ist die Repräsentativität der Stichprobe zweifelhaft: Angesichts von im Sommersemester 2014 (Erhebungszeitraum) ca. 2.800 im vierten Fachsemester eingeschriebenen Master-Studierenden ist die Rücklaufquote mit ca. 15% relativ gering (andere Online-Befragungen unter Studierenden berichten von Rücklaufquoten um 19%). Streng genommen ist die Rücklaufquote sogar noch geringer, da manche Teilnehmende ihr Studium bereits abgeschlossen hatten, während sich andere in niedrigeren Fachsemestern befanden. Von acht Instituten antwortete niemand (evtl. wurde der Link zur Studie dort gar nicht weitergeleitet; an drei Instituten liefen noch Diplomstudiengänge, sodass sich die Studierenden evtl. nicht angesprochen fühlten), von anderen hingegen nahmen überdurchschnittlich viele Studierende teil (die Daten zu einzelnen Standorten berichten wir bewusst nicht, weil es hier nicht darum geht, einzelne Institute „anzuprangern“ oder herauszuheben). Der geringe Anteil derjenigen Teilnehmenden, die definitiv keine Psychotherapeutenausbildung beginnen wollen, spricht dafür, dass vornehmlich die klinisch besonders Interessierten teilgenommen haben, die unter Umständen ein besonders kritisches Auge auf das Angebot im Bereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie werfen. Der Link zur Online-Umfrage hieß „Klinische Vielfalt“, sodass es nicht auszuschließen ist, dass mehr Unzufriedene als Zufriedene teilgenommen haben. Ein nicht unerheblicher Teil der Teil-

nehmenden war noch nicht am Ende des Masterstudiums, sodass das „gesamte Studium“ evtl. noch nicht überblickt wurde. Die Items der Online-Umfrage wurden ad hoc gebildet, sodass keine Testgütekriterien oder Vergleichswerte vorliegen; eine inhaltliche *Bedeutung* der aufgeführten Mittelwerte ist also nicht präzise anzugeben; allerdings ist anhand der Konfidenzintervalle klar ersichtlich, dass es sich bei den in den Tabellen aufgeführten Mittelwertsunterschieden zwischen kognitiv-behavioralen Inhalten und denen der anderen „Schulen“ um *signifikante* Unterschiede handelt. Schließlich ist zu beachten, dass unsere Daten keine Aussagen über die allgemeine Zufriedenheit mit dem Psychologiestudium erlauben. Es wurde lediglich nach einigen spezifischen *inhaltlichen* Aspekten der Lehre im Bereich Klinische Psychologie und Psychotherapie gefragt (und auch hier nicht danach, wie „zufrieden“ die Studierenden sind).

Die Fragen bezogen sich auf zwei Bereiche: **Wissensvermittlung** (Erklärungsmodelle für psychische Störungen, Psychotherapieverfahren, Wissenschaftlichkeit und Wirksamkeit der Psychotherapieverfahren) und **Kompetenzvermittlung** (Testdiagnostik, klassifikatorische Diagnostik, Fallkonzeption, Indikationsentscheidungen, Durchführung diagnostischer Gespräche, praktisch-therapeutisches Vorgehen). Zusätzlich wurde die Möglichkeit gegeben, im Freitextformat Lob, Kritik und Wünsche in Bezug auf die klinische Lehre zu formulieren.<sup>2</sup>

Es sollen hier die aus unserer Sicht wichtigsten Ergebnisse in knapper Form wiedergegeben und anschließend diskutiert werden. Bei der Berechnung der Mittelwerte und Standardfehler der einzelnen Items wurden die 43 Institute für Psychologie als Zufallskoeffizient modelliert (Nezlek et al., 2006). Auf diese Weise wurde statistisch berücksichtigt, dass die Antworten von Studierenden am gleichen Institut nicht unabhängig voneinander sind. Unterschiede zwischen den Angaben der Studierenden aus verschiedenen Instituten werden in den Ergebnistabellen angegeben ( $p$ -Wert, jeweils letzte Spalte).

## Ergebnisse im Bereich der Wissensvermittlung

Aus Tabelle 1 ist ersichtlich, dass fast ausschließlich kognitiv-behaviorale und biologische Erklärungsmodelle psychischer Störungen vermittelt werden. Psychodynamische, humanistische und systemische Modelle finden nur in sehr geringem Ausmaß Berücksichtigung – etliche Studierende gaben an, dass ihnen diese Modelle „gar nicht“ vermittelt wurden (psychodynamische 25.2%, humanistische 28.8%, systemische 28.7%).

Ähnlich verhält es sich bei der Wissensvermittlung bezüglich Psychotherapieverfahren, wie aus Tabelle 2 hervorgeht.

<sup>2</sup> Der Originalfragebogen findet sich auf der Homepage des Psychotherapeutenjournals unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

Frage	Auswahl	M	SE	CI	p
Die Lehre in meinem gesamten Psychologiestudium vermittelte mir Wissen über die folgenden Modelle zur Erklärung psychischer Störungen:	kognitiv-behaviorale Modelle	3.44	0.06	3.33-3.55	.019
	psychoanalytische/ psychodynamische Modelle	1.15	0.10	0.94-1.35	.002
	humanistische Modelle	1.17	0.08	1.01-1.34	.005
	systemische Modelle	1.14	0.09	0.96-1.33	.003
	biologische Modelle	2.54	0.08	2.38-2.70	.022

Tabelle 1: Im Studium vermitteltes Wissen über Störungsmodelle

Anmerkungen: M = Mittelwert, SE = Standardfehler, CI = 95%-Konfidenzintervall, p = p-Wert für Signifikanztest der Mittelwertsunterschiede zwischen den Instituten. Skala von 0 = gar nicht bis 4 = sehr ausführlich.

Frage	Auswahl	M	SE	CI	p
Die Lehre in meinem gesamten Psychologiestudium vermittelte mir Wissen über das bzw. die folgende(n) Psychotherapieverfahren:	kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze	3.42	0.05	3.33-3.52	.126
	psychoanalytische/psychodynamische Behandlungsansätze	1.02	0.10	0.81-1.22	.002
	humanistische Behandlungsansätze	1.02	0.08	0.86-1.18	.002
	systemische Behandlungsansätze	1.04	0.10	0.84-1.23	.002

Tabelle 2: Im Studium vermitteltes Wissen über Psychotherapieverfahren

Anmerkungen: M = Mittelwert, SE = Standardfehler, CI = 95%-Konfidenzintervall, p = p-Wert für Signifikanztest der Mittelwertsunterschiede zwischen den Instituten. Skala von 0 = gar nicht bis 4 = sehr ausführlich.

Es wird überwiegend Wissen über kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze vermittelt, während andere Behandlungsansätze nach Aussage der Studierenden eher wenig gelehrt werden. Wie bei der vorherigen Frage gaben etliche Studierende an, dass ihnen keinerlei Wissen über die anderen wissenschaftlich anerkannten Verfahren vermittelt wurde (psychoanalytisch/psychodynamische 34%, humanistische 32.4%, systemische 33.4%).

Die Wissensvermittlung in Bezug auf Erklärungsmodelle für psychische Störungen und Behandlungsansätze bezieht sich überwiegend auf Erwachsene: bei den Störungsmodellen zu 14.4% „ausschließlich“ und zu 70.5% „überwiegend“ auf Erwachsene; bei den Behandlungsansätzen zu 21% „ausschließlich“ und zu 64.7% „überwiegend“ auf Erwachsene. Gruppenpsychotherapeutische Ansätze werden selten vermittelt („kaum“ 47.1%, „nein“ 40.5%).

Die Kognitive Verhaltenstherapie wird übereinstimmend als „sehr wissenschaftlich fundiert“ dargestellt, während aus Sicht der Studierenden vermittelt wird, dass Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eher „nicht wissenschaftlich fundiert“ sind; Gesprächstherapie und Systemische Therapie rangieren diesbezüglich im Mittelfeld (siehe Tabelle 3).

Empirische Studien zur Wirksamkeit von Kognitiver Verhaltenstherapie werden ausführlich dargestellt ( $M = 3.50$ ,  $SE = 0.07$ , Skala von 0 = gar nicht bis 4 = sehr ausführlich), und zwar

fast ausschließlich Studien mit „eher positiven Ergebnissen“ (99.7%). Zu den anderen wissenschaftlich anerkannten Verfahren werden kaum empirische Wirksamkeitsstudien behandelt (Mittelwerte zwischen 0.91 und 1.19 auf der Skala von 0 = gar nicht bis 4 = sehr ausführlich), falls doch, überwiegen bei der Gesprächstherapie (GT) und der Systemischen Therapie (ST) ebenfalls Studien mit „eher positiven Ergebnissen“ (GT = 75.6%; ST = 83.9%), bei der Analytischen Psychotherapie (AP) sowie bei der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TP) hingegen werden überwiegend Studien mit „eher negativen Ergebnissen“ dargestellt (AP = 76.7%; TP = 56.8%). Process-Outcome-Studien werden selten behandelt („kaum“ 29%, „nein“ 40.1%).

## Ergebnisse im Bereich der Kompetenzvermittlung

Die Studierenden geben an, dass ihnen die Kompetenz zur eigenständigen Durchführung klinisch-psychologischer Testdiagnostik gut vermittelt wurde ( $M = 1.98$ ,  $SE = 0.06$ , Skala von 0 = trifft überhaupt nicht zu bis 3 = trifft voll und ganz zu). Innerhalb des Studiums wurden allerdings im Mittel lediglich 2.2 Patientinnen und Patienten<sup>3</sup> testdiagnostisch untersucht, innerhalb der Pflichtpraktika immerhin gut 18 Patienten.

<sup>3</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht immer beide Formen genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

Frage	Auswahl	M	SE	CI	p
In meinem Studium wurde mir insgesamt vermittelt, dass ...	Kognitive Verhaltenstherapie	3.79	0.04	3.71-3.86	.667
	Analytische Psychotherapie	0.99	0.08	0.82-1.16	.010
	Psychodynamische (tiefen-psychologisch fundierte) Psychotherapie	1.51	0.08	1.35-1.68	.030
	Gesprächspsychotherapie	2.03	0.07	1.88-2.18	.088
	Systemische Therapie	2.04	0.07	1.90-2.19	.169

Tabelle 3: Wissensvermittlung zur Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren

Anmerkungen: M = Mittelwert, SE = Standardfehler, CI = 95%-Konfidenzintervall, p = p-Wert für Signifikanztest der Mittelwertsunterschiede zwischen den Instituten. Skala von 0 = nicht wissenschaftlich fundiert bis 4 = sehr wissenschaftlich fundiert ist.

Frage	Auswahl	M	SE	CI	p
Mein Studium vermittelte mir die Kompetenz zur Erstellung von individuellen Fallkonzeptionen (Anwendung von Störungsmodellen auf individuelle Patienten, z. B. Bedingungsanalyse, Psychodynamik etc.), und zwar ...	verhaltenstherapeutischen Fallkonzeptionen	2.46	0.11	2.25-2.68	.011
	analytischen/psychodynamischen Fallkonzeptionen	0.34	0.06	0.22-0.46	.002
	gesprächstherapeutischen Fallkonzeptionen	0.42	0.08	0.27-0.58	.003
	systemischen Fallkonzeptionen	0.49	0.07	0.34-0.63	.002

Tabelle 4: Im Studium vermittelte Kompetenz zur Erstellung von Fallkonzeptionen

Anmerkungen: M = Mittelwert, SE = Standardfehler, CI = 95%-Konfidenzintervall, p = p-Wert für Signifikanztest der Mittelwertsunterschiede zwischen den Instituten. Skala von 0 = gar nicht bis 4 = sehr ausführlich.

Frage	Auswahl	M	SE	CI	p
Ich habe in meinem Studium (ohne Praktika) Kompetenzen im praktisch-therapeutischen Vorgehen erworben, in Form von Übungen ...	behavioraler Methoden	2.06	0.09	1.87-2.25	.028
	kognitiver Methoden	2.09	0.09	1.91-2.27	.034
	psychodynamischer Methoden	0.29	0.06	0.18-0.41	.005
	gesprächstherapeutischer Methoden	1.00	0.11	0.80-1.22	.004
	systemischer Methoden	0.61	0.10	0.41-0.81	.001

Tabelle 5: Im Studium vermittelte Kompetenz zum praktisch-therapeutischen Vorgehen

Anmerkungen: M = Mittelwert, SE = Standardfehler, CI = 95%-Konfidenzintervall, p = p-Wert für Signifikanztest der Mittelwertsunterschiede zwischen den Instituten. Skala von 0 = gar nicht bis 4 = sehr ausführlich.

Die Kompetenz zur klassifikatorischen Diagnostik wird aus Sicht der Studierenden insgesamt ebenfalls gut vermittelt ( $M = 2.22$ ,  $SE = 0.04$ , Skala von 0 = trifft überhaupt nicht zu bis 3 = trifft voll und ganz zu); die Kompetenz zur Erstellung von individuellen Fallkonzeptionen (Anwendung von Störungsmodellen auf individuelle Patienten) hingegen deutlich weniger, wie Tabelle 4 zeigt.

Wie aus Tabelle 4 hervorgeht, wird am ehesten eine Kompetenz zur Erstellung von verhaltenstherapeutischen Fallkonzeptionen vermittelt. Die Erstellung von Fallkonzeptionen auf Grundlage der anderen Psychotherapieverfahren wird fast gar nicht gelehrt.

Die Kompetenz zur eigenständigen Durchführung von diagnostischen Gesprächen wurde eher nicht gut vermittelt ( $M = 1.28$ ,  $SE = 0.07$ , Skala von 0 = trifft überhaupt nicht zu bis

3 = trifft voll und ganz zu). Innerhalb des Studiums führten 49.6% der Studierenden kein einziges diagnostisches Gespräch selbst durch; im Mittel wurden nur knapp zwei diagnostische Gespräche eigenständig geführt und es wurde fünf Gesprächen beigewohnt (z. B. per Video oder Einwegscheibe). Innerhalb der Pflichtpraktika wurden im Mittel knapp sieben diagnostische Gespräche eigenständig geführt und gut 16 Gesprächen beigewohnt, aber 44.9% der Studierenden führten auch im Praktikum kein einziges diagnostisches Gespräch. 25.2% der Studierenden führte weder im Studium noch im Praktikum ein diagnostisches Gespräch. Während die im Praktikum durchgeführten diagnostischen Gespräche knapp hinreichend mit einer Betreuungsperson nachbesprochen/reflektiert wurden ( $M = 1.75$ ,  $SE = 0.06$ , Skala von 0 = trifft überhaupt nicht zu bis 3 = trifft voll und ganz zu), war dies für die Gespräche im Studium eher nicht der Fall ( $M = 1.20$ ,

$SE = 0.10$ , Skala von  $0 =$  trifft überhaupt nicht zu bis  $3 =$  trifft voll und ganz zu).

Innerhalb des Studiums (ohne Praktika) wurden Kompetenzen im praktisch-therapeutischen Vorgehen hauptsächlich in Form von Übungen behavioraler sowie kognitiver Methoden vermittelt, allerdings auch diese nicht sonderlich ausführlich; Übungen in psychodynamischen Methoden fanden so gut wie gar nicht statt (siehe Tabelle 5).

Innerhalb des Studiums (ohne Praktika) wurden nur von sehr wenigen Studierenden eigene therapeutische Gespräche mit Patienten durchgeführt (20.5 % aller Studierenden), und diese orientierten sich überwiegend entweder an Kognitiver Verhaltenstherapie (bei 9.3% aller Studienteilnehmenden), an der Gesprächspsychotherapie (8.8%) oder an keinem speziellen Verfahren (5%); psychodynamisch orientierte Gespräche wurden von drei Studierenden (0.7%) durchgeführt, systemisch orientierte Gespräche von zehn Studierenden (2.3%). Im Mittel wurden 1.02 therapeutische Gespräche im Studium (ohne Praktika) durchgeführt.

Innerhalb der Pflichtpraktika konnten mehr Studierende eigene therapeutische Gespräche mit Patienten durchführen (46.5 % aller Studierenden), diese Gespräche orientierten sich überwiegend an Kognitiver Verhaltenstherapie (bei 28.1% aller Studienteilnehmenden) oder an keinem speziellen Verfahren (bei 15.1%). An der Gesprächstherapie orientierte Gespräche wurden von 7.4% der Studierenden durchgeführt, an Psychodynamischer Psychotherapie orientierte von 7% und an der Systemischen Therapie orientierte Gespräche von 4.7% der Studierenden. Im Mittel wurden knapp sechs therapeutische Gespräche im Praktikum durchgeführt.

Während die im Praktikum durchgeführten eigenen therapeutischen Gespräche knapp hinreichend mit einer Betreuungsperson nachbesprochen/reflektiert wurden ( $M = 1.70$ ,  $SE = 0.08$ , Skala von  $0 =$  trifft überhaupt nicht zu bis  $3 =$  trifft voll und ganz zu), war dies für die Gespräche im Studium eher nicht der Fall ( $M = 1.02$ ,  $SE = 0.13$ ).

Insgesamt geben die Studierenden am Ende ihres Psychologiestudiums an, nicht besonders gut auf eine praktisch-therapeutische Tätigkeit vorbereitet zu sein ( $M = 1.58$ ,  $SE = 0.07$ , Skala von  $0 =$  überhaupt nicht bis  $4 =$  sehr gut).

## Verfahrenspräferenz für Psychotherapieausbildung

Die Mehrzahl der Teilnehmenden möchte eine Psychotherapeutenausbildung beginnen (60.5%), 7.5% haben bereits eine begonnen und 27.9% sind noch nicht entschlossen. Nur 4% wollen keine Psychotherapeutenausbildung beginnen.

Von den Studierenden, die eine Psychotherapeutenausbildung nicht ausschließen, tendiert eine große Mehrheit

(59.3%) zu einer Ausbildung in Kognitiver Verhaltenstherapie, gefolgt von Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (25.8%), Systemischer Therapie (20.9%), Gesprächstherapie (10.7%) und Analytischer Psychotherapie (7.9%) (hier waren Mehrfachankreuzungen möglich). Unter der (fiktiven) Annahme, dass alle Verfahren gleichermaßen sozialrechtlich (als „Kassenverfahren“) anerkannt wären, ergab sich ein anderes Bild: Nur noch 20.5% der Studierenden würde in diesem Fall eine Ausbildung in Kognitiver Verhaltenstherapie beginnen, 11.2% in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und 5.8% in Analytischer Psychotherapie, während die Gesprächstherapie (nun 19.3%) und insbesondere die Systemische Therapie (nun 37.2%) deutliche Zugewinne erleben würden. Die Präferenz für „sonstige“ Verfahren (z. B. Körpertherapie, Gestalttherapie etc.) ist unter beiden Bedingungen in etwa gleich (3.7% vs. 4.0%).

## Lob und Tadel für die klinische Lehre

Optional konnten die Teilnehmenden am Ende des Fragebogens im Freitext auf zwei Fragen antworten. Diese Antworten umfassen mehr als 22.000 Wörter und wurden bisher nicht systematisch analysiert. Es sollen hier aber einige subjektiv ausgewählte Beispiele angeführt werden, die aus unserer Sicht das Spektrum der Antworten gut wiedergeben und die oben aufgeführten quantitativen Daten etwas veranschaulichen.

### Was denken Sie über die Lehre im Fach Klinische Psychologie und Psychotherapie in Ihrem Studium?

- „Sehr wissenschaftlich fundiert, was für das Studium auch okay ist. Falls es zu einer Umstrukturierung kommen sollte, sollten dabei auch die praktischen Anteile im Studium stark erhöht werden. Derzeit ist die praktische Ausbildung an meiner Universität praktisch nicht existent.“
- „Sehr gut! Viele Übungen, sehr interessante Vorlesung. Außerdem sehr gute Forschung und Betreuung. Leider sehr verhaltenstherapeutisch orientiert, sodass man außer kurzen Einführungen in andere Richtungen kaum Einblick in deren Behandlungskonzepte hat. Weiterhin wird von den anderen Ansätzen eher negativ berichtet. Das finde ich nicht gut!“
- „Sehr spannendes Gebiet, was ausreichend durch mehrere Semester vermittelt wurde und gut auf die Praxis vorbereitet.“

### Was würden Sie sich für die Lehre im Fach Klinische Psychologie und Psychotherapie wünschen?

- „Unter den derzeitigen Bedingungen finde ich die Lehre vollkommen okay. Das Studium der Psychologie ist noch

nicht auf die praktische Ausbildung ausgelegt, daher ist es nicht weiter negativ zu betrachten, dass es keine praktischen Anteile gibt. Wenn eine Umstrukturierung erfolgt, was ich begrüßen würde, sollten dementsprechend auch praktischen Kompetenzen innerhalb des Studiums erworben werden.“

- „mehr praktische Übungen“,
- „mehr mit und an richtigen Fällen arbeiten“,
- „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“,
- „mehr über andere Verfahren als VT zu lernen“.

Insgesamt wird häufig die einseitige Ausrichtung der klinischen Lehre auf Kognitive Verhaltenstherapie (und teilweise die entwertende Haltung gegenüber anderen Verfahren) sowie der mangelnde Praxisbezug kritisiert, und entsprechend werden diesbezügliche Veränderungen gewünscht.<sup>4</sup>

## Zusammenfassung und Diskussion

Insgesamt hat die klinische Lehre in den psychologischen Studiengängen an den öffentlichen Universitäten eine sehr stark kognitiv-behaviorale Ausrichtung. Sowohl in Bezug auf die Vermittlung von Störungsmodellen als auch von Psychotherapieverfahren spielen andere Ansätze nur eine untergeordnete Rolle und werden als nicht sonderlich wissenschaftlich fundiert dargestellt. Lehre in Bezug auf Störungen und Behandlungsansätze bei Kindern und Jugendlichen wird zurzeit eher vernachlässigt. Bei fast allen Fragen finden sich allerdings signifikante Unterschiede zwischen den Psychologieinstituten, das heißt, dass es beispielsweise durchaus einzelne Institute gibt, an denen die Lehre verfahrensausgewogener ist. Es muss dabei bedacht werden, dass das bisherige Studium der Psychologie nicht die Aufgabe hat, alle Psychotherapieverfahren gleichwertig zu lehren, sondern sich im Wesentlichen an der Befundlage empirischer Forschung orientiert – und hier überwiegen Studien zu Aspekten kognitiv-behavioraler Störungsmodelle ebenso wie zu kognitiv-behavioralen Psychotherapien. In unseren Ergebnissen spiegeln sich insofern auch Versäumnisse der anderen „Schulen“ wider, die sich in weitaus geringerem Maße bemüht haben, ihre klinischen Konzepte und Behandlungsmethoden empirisch zu überprüfen. Dies mag zu einer Eigendynamik beigetragen haben, dergestalt, dass Vertreter anderer Verfahren kaum wissenschaftliche Laufbahnen anvisierten und sich daher seltener um eine weiterführende wissenschaftliche Qualifikation bemühten, was wiederum dazu geführt haben mag, dass empirische Forschung überwiegend von Vertretern eines Verfahrens realisiert wurde, welches der naturwissenschaftlichen Ausrichtung der Psychologie am nächsten steht usw.; wobei diese Ausrichtung der Psychologie immer wieder auch kritisch gesehen wird (z. B. Kriz, 2010).

Die Angaben zur Vermittlung praktischer Kompetenzen im Bereich der Diagnostik, Fallkonzeption sowie psychothera-

peutischen Methoden deuten auf klare Begrenzungen im jetzigen Psychologiestudium hin. Eine gute und umfängliche Vermittlung praktischer Kompetenzen scheint es wiederum allenfalls vereinzelt zu geben: Die quantitativen Daten zeigen, dass die Vermittlung praktischer Kompetenzen im Mittel nicht sehr ausgeprägt ist (am ehesten noch in Form von Übungen kognitiv-behavioraler Methoden). Auch in den Freitextantworten wurde das Fehlen bzw. das zu geringe Ausmaß an praktischen Anteilen kritisiert. Es scheint, dass sich die große Mehrheit der Studierenden am Ende ihres Psychologiestudiums zurzeit als nicht gut auf eine praktisch-therapeutische Tätigkeit vorbereitet erlebt. Allerdings muss hierbei bedacht werden, dass das aktuelle Studium der Psychologie gar nicht den Anspruch hat, eine praxisorientierte Berufsausbildung im klinischen Bereich anzubieten, sondern dass es sich um ein wissenschaftliches Studium handelt. Die Schwierigkeit, beide Aspekte, nämlich die „wissenschaftliche Grundausbildung und Einübung in praktische Tätigkeiten unter Aufsicht“, zu vereinen, wird schon seit Langem diskutiert (Kornadt, 1985). Um einem „Direktstudium Psychotherapie“ mit anschließender Approbation gerecht zu werden, bedarf es aber wohl an vielen Standorten deutlicher Veränderungen.

Trotz der in der Einleitung erwähnten Einschränkungen dieser Online-Befragung denken wir, dass die Ergebnisse der Umfrage die erfragten Aspekte der Lehre im Bereich Klinische Psychologie und Psychotherapie in einem Großteil der psychologischen Studiengänge in Deutschland einigermaßen zutreffend widerspiegeln (vgl. Grubitzsch, 1993; Glaesmer, Spangenberg, Sonntag, Brähler & Strauß, 2010; Plischke, 2014). Insofern lassen sich aus den Ergebnissen unseres Erachtens mehrere Verbesserungsvorschläge im Falle der Einführung von „Direktstudiengängen“ innerhalb der Psychologie ableiten:

- stärkere Verfahrensausgewogenheit der Lehre in Bezug auf Störungsmodelle und Behandlungsansätze,
- stärkere Berücksichtigung von Besonderheiten bezüglich Störungen und Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen,
- stärkere Vermittlung praktischer Kompetenzen, inklusive Erfahrungen mit „echten“ Patienten.

Diese drei Aspekte wurden in den vergangenen zwei Jahren intensiv in der AG „Psychologie und Psychotherapie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychologie und mit weiteren Personen diskutiert und es wurde nach Lösungen gesucht, um ein Direktstudium zu konzipieren, das diese Desiderate erfüllt. Mittlerweile liegt ein entsprechendes Papier zur „Struktur Direktstudium Psychotherapie“<sup>5</sup> vor, das in allen drei Aspekten deutliche Verbesserungen vorsieht.

4 Die vollständigen (anonymisierten) Freitextantworten finden sich auf der Homepage des Psychotherapeutenjournals unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

5 Abrufbar unter [www2.ptk-hamburg.de/uploads/strukturbeschreibung\\_direktstudium.pdf](http://www2.ptk-hamburg.de/uploads/strukturbeschreibung_direktstudium.pdf)

Wir danken allen Teilnehmenden  
sowie insbesondere auch  
Prof. Dr. Winfried Rief  
für seine kritischen Kommentare,  
die sehr zur Verbesserung dieses  
Artikels beigetragen haben.

## Literatur

- Benecke, C. (2013). Direktstudium Psychotherapie – Warum überhaupt und wenn ja, wie? *Psychotherapeutenjournal*, 12 (4), 356-357.
- Fydrieh, T., Abele-Brehm, A., Margraf, J., Rief, W., Schneider, S. & Schulte, D. (2013). Universitäres Direktstudium und anschließende Weiterbildung sichern Qualität und Zukunft des Berufs. *Psychotherapeutenjournal*, 12 (4), 358-359.
- Glaesmer, H., Spangenberg, L., Sonntag, A., Brähler, E. & Strauß, B. (2010). Zukünftige Psychotherapeuten? Eine Befragung deutscher Psychologiestudierender zu ihren beruflichen Plänen und der Motivation zur Berufswahl Psychotherapeut. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 60, 462-468.
- Gleiniger, J. W. (2013). Plädoyer gegen eine basale und für eine duale Direktausbildung. *Psychotherapeutenjournal*, 12 (4), 360-361.
- Grubitzsch, S. (1993). Das wirkliche Leben pulsiert woanders. Gedanken zum Theorie-Praxis-Problem in der PsychologInnen-Ausbildung. *Journal für Psychologie*, 1, 15-26.
- Kornadt, H. (1985). Zur Lage der Psychologie. *Psychologische Rundschau*, 18, 1-15.
- Körner, J. (2013). Plädoyer für eine Ausbildung zum Psychotherapeuten „von der Profession her“. *Psychotherapeutenjournal*, 12 (4), 364-365.
- Kriz, J. (2010). Was leistet das Psychologiestudium und was fehlt ihm im Hinblick auf eine psychotherapeutische Ausbildung und Tätigkeit? *Psychotherapeutenjournal*, 9 (2), 130-140.
- Lubisch, B. (2013). Stabilität, Sicherheit und Klarheit: Approbationsstudium und Fachweiterbildung. *Psychotherapeutenjournal*, 12 (4), 366-367.
- Nezlek, J. B., Schröder-Abé, M. & Schütz, A. (2006). Mehrebenenanalysen in der psychologischen Forschung. *Psychologische Rundschau*, 57 (4), 213-223.
- Plischke, E. (2014). *Das Fach (Klinische) Psychologie an deutschsprachigen Hochschulen – eine Onlinestudie unter Psychologiestudierenden zu den Themen Studienzufriedenheit, Repräsentation der Therapieverfahren, Wis-*

*senschaftsverständnis und Veränderungswünsche*. Diplomarbeit. Universität Konstanz.

Rief, W., Abele-Brehm, A., Fydrieh, T., Schneider, S. & Schulte, D. (2014). Praxisanteile im Direktstudium Psychotherapie. Auf welche Lehr-Erfahrungen kann aufgebaut werden? Welche Inhalte und Kompetenzen sollten vermittelt werden? *Psychotherapeutenjournal*, 13 (1), 31-36.



**Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych.  
Cord Benecke**

Universität Kassel  
Institut für Psychologie  
Holländische Straße 36-38  
34127 Kassel  
benecke@uni-kassel.de

Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker, ist Lehrstuhlinhaber für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Kassel. Seine Forschungsschwerpunkte sind Klinische Emotionsforschung und Psychotherapieforschung.



**Rhea Eschstruth, B. Sc.**

r.eschstruth@gmail.com

Studentische Hilfskraft in der Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie am Institut für Psychologie der Universität Kassel. Sie arbeitet in Projekten zu Einflussfaktoren auf die Personenbeurteilung.

# Aktuelles Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zu EMDR

## Redaktionelle Vorbemerkung

Die Aufgabe des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) besteht nach § 11 Psychotherapeutengesetz in der gutachterlichen Beratung von Behörden zur Frage der wissenschaftlichen Anerkennung von einzelnen psychotherapeutischen Verfahren. Da die Gutachten des WBP nach einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 30. April 2009 einem antizipierten Sachverständigengutachten gleichkommen, haben sie einen maßgeblichen Einfluss auf die staatliche Anerkennung von Ausbildungsstätten und die Psychotherapieverfahren, in denen die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt. Darüber hinaus sollen im Rahmen der theoretischen Ausbildung alle wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und Psychotherapiemethoden gelehrt werden.

Der WBP wird gemeinsam von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Bundesärztekammer (BÄK) getragen. In der aktuellen vierten Amtsperiode des WBP von 2014 bis 2018 ist dessen Geschäftsstelle bei der BPtK angesiedelt. Als alternierende Vorsitzende hat der WBP in dieser Amtsperiode Prof. Dr. Manfred Cierpka und Prof. Dr. Günter Esser gewählt.

Am 6. Juli 2006 hat der WBP erstmals ein Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung verabschiedet. Hierin stellte der WBP fest, dass EMDR als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Erwachsenen aufgrund der vorliegenden empirischen Evidenz als wis-

senschaftlich anerkannt gelten kann. Zugleich stellte der WBP für die Anwendung der EMDR-Methode bei Kindern und Jugendlichen fest, dass es zwar Hinweise auf die Wirksamkeit bei Posttraumatischen Belastungsstörungen gebe, die Evidenz aber insgesamt nicht ausreiche, um eine wissenschaftliche Anerkennung festzustellen.

Vor dem Hintergrund des Gutachtens des WBP aus dem Jahr 2006 beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 2011 eine Prüfung von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der EMDR-Methode bei Erwachsenen für die Indikation der Posttraumatischen Belastungsstörungen. Dieses Bewertungsverfahren mündete im Oktober 2014 in dem Beschluss des G-BA zur Anerkennung der EMDR für die Behandlung von Erwachsenen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts eines Richtlinienverfahrens. Im nächsten Schritt verabschiedeten die Partner der Bundesmantelverträge eine Regelung der Qualifikationsanforderungen für die Erbringung der EMDR bei dieser Indikation in den Psychotherapievereinbarungen, die zum 15. Januar 2015 in Kraft trat.

Parallel zum Prüfverfahren beim G-BA stellte die Fachgesellschaft EMDRIA Deutschland e. V. im Mai 2013 einen Neuantrag auf wissenschaftliche Anerkennung von EMDR als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Dieser Antrag wurde vom WBP entsprechend seines Methodenpapiers 2.8 geprüft und mündete in das im Folgenden abgedruckte Gutachten des WBP vom 1. Dezember 2014.

Rainer Richter  
für den Redaktionsbeirat

## Bekanntmachung

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG

### Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung von Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen:

*Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie verabschiedete in der Sitzung vom 01.12.2014 das folgende Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung von Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen:*

#### 1. Grundlagen der Begutachtung

Das Gutachten stützt sich auf folgende Unterlagen:

- a. Ein Gutachtenantrag, der durch die EMDRIA Deutschland e. V. (Fachgesellschaft für EMDR in Deutschland) im Mai 2013 eingereicht wurde,

- b. ergänzt durch insgesamt sieben Originalstudien zu EMDR bei Kindern und Jugendlichen, die im Antrag als kontrolliert und randomisiert ausgewiesen wurden, sowie eine nichtrandomisierte kontrollierte Originalstudie. Der Antrag wurde erweitert durch eine Meta-Analyse zur Wirkung von EMDR bei Kindern und Jugendlichen, die in einer Zeitschrift mit Peer-Review-Verfahren veröffentlicht wurde.
- c. Mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche wurden Publikationen zum derzeit gesicherten psychotherapeutisch-wissenschaftlichen Stand der Erkenntnisse zur Methode EMDR identifiziert. Ziel der systematischen Literaturrecherche war insbesondere die Identifikation von randomisierten und nichtrandomisierten kontrollierten Studien, in denen EMDR bei Kindern und Jugendlichen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung zur Anwendung kam. Über die von den Antragstellern eingereichten Studien hinaus konnten hierdurch anhand von a priori definierten Selektionskriterien in zwei Filterprozessen eine weitere randomisiert kontrollierte Studie und eine weitere nichtrandomisierte kontrollierte Studie zu EMDR bei Kindern und Jugendlichen identifiziert werden.

## 2. Gutachtenauftrag/Fragestellung

Gemäß dem Gutachtenantrag wird von der Fachgesellschaft EMDRIA-Deutschland e. V. der Antrag gestellt, die EMDR-Methode als wissenschaftlich begründete Methode anzuerkennen. Hinsichtlich der Begrenzung der Anwendung der EMDR-Methode ist der Antrag widersprüchlich: Eingangs (S. 3) nennen die Antragsteller die „Anwendungsbereiche Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43) bei Kindern und Jugendlichen im Einzelsetting“. Unter dem Punkt „Indikation“ (S. 9) beantragen sie die Anerkennung von EMDR für „die Indikation einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, ICD-10: F43.1) bei Kindern und Jugendlichen“. Letzteres deckt sich mit der Formulierung auf dem Titelblatt („Antrag auf wissenschaftliche Anerkennung von EMDR als Methode zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen“). Somit ist unklar, ob die Anerkennung für das Störungsbild PTBS (ICD-10: F43.1) oder für den Anwendungsbereich 6 (Anpassungs- und Belastungsstörungen, F43) beantragt wurde.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG hat mit Beschluss vom 15.09.2003 festgelegt, dass er für die Entscheidung, ob ein Verfahren oder eine Methode die Kriterien für eine wissenschaftliche Anerkennung erfüllt, die Wirksamkeitsnachweise für definierte Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen bzw. bei Kindern und Jugendlichen prüft. Hierfür sind je nach Auslegung des Antrags gemäß dem Methodenpapier 2.8 vom 20.09.2010 des Wissenschaftlichen Beirats unterschiedliche Kriterien gültig.

Der Wirksamkeitsnachweis *für einen Anwendungsbereich* kann danach in der Regel dann als gegeben gelten, wenn in *mindestens drei* unabhängigen, methodisch adäquaten und validen Studien (davon mindestens zwei mit mind. ausrei-

chender interner Validität entsprechend der Kriterien zu II.4.3 sowie mindestens zwei mit mind. ausreichender externer Validität entsprechend der Kriterien zu II.4.4 des Methodenpapiers) die Wirksamkeit bei Störungen aus diesem Bereich nachgewiesen ist *und mindestens eine* (entsprechend den Kriterien zu II.4.3 und II.4.4 des Methodenpapiers) methodisch adäquate und valide Studie eine Katamneseuntersuchung einschließt, die den Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachweist. Ferner dürfen keine Hinweise auf erhebliche schädliche Effekte der Methode vorliegen (i. d. R. der Fall, wenn mind. 10% der Studien schädliche Effekte nachweist).

Hingegen kann der Wirksamkeitsnachweis *für ein Störungsbild* in der Regel dann als gegeben gelten, wenn in *mindestens zwei* unabhängigen methodisch adäquaten und validen Studien (davon mindestens eine mit mind. ausreichender interner Validität entsprechend der Kriterien zu II.4.3 und mindestens eine mit mind. ausreichender externer Validität entsprechend der Kriterien zu II.4.4 des Methodenpapiers) die Wirksamkeit bei Störungen aus diesem Bereich nachgewiesen ist *und mindestens eine* (entsprechend der Kriterien zu II.4.3 und II.4.4 des Methodenpapiers) methodisch adäquate und valide Studie eine Katamneseuntersuchung einschließt, die den Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachweist. Ferner dürfen keine Hinweise auf erhebliche schädliche Effekte der Methode vorliegen (i. d. R. der Fall, wenn mind. 10 % der Studien schädliche Effekte nachweisen).

Die üblicherweise in einem zweiten Schritt vorgenommene Prüfung, ob eine Empfehlung zur Zulassung als Verfahren zur vertieften Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgesprochen werden kann, entfällt im Falle des hier begutachteten Antrags, da sich dieser ausschließlich auf die wissenschaftliche Anerkennung für ein Störungsbild bzw. für einen Anwendungsbereich der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen bezieht.

## 3. Definition

Gemäß dem Gutachtenantrag ist EMDR „eine psychotherapeutische Methode, bei der durch bilaterale Stimulation die Verarbeitung traumatisch erlebter Erfahrungen ermöglicht wird. EMDR folgt einem achtphasigen Behandlungskonzept, dessen Kernstück ein Prozess ist, bei dem der Patient sich auf bestimmte Anteile seiner traumatischen Erinnerung konzentriert und gleichzeitig den Fingerbewegungen des Therapeuten folgend die Augen bewegt.“

Der Verarbeitungsprozess kann laut Antragsteller auch durch andere Formen der „bilateralen Stimulation“ wie dem rhythmischen Berühren beider Hände oder der wechselseitigen Beschallung beider Ohren induziert werden. Vertreter der Methode gehen davon aus, dass dadurch ein „meist mit

einer zügigen Entlastung verbundener assoziativer Verarbeitungsprozess ausgelöst“ wird, in dem durch spontane Verbindungen von Erinnerungsbruchstücken aus dem traumatisierenden Ereignis mit Elementen aus dem biografischen Gedächtnis („Kontextualisierung“) oder einfaches Verblässen der traumatischen Erinnerung für viele Patienten eine affektive Entlastung spürbar wird.

#### 4. Von den Antragstellern genannte Indikation

Die primäre Indikation für die Anwendung der EMDR ist laut Gutachtenantrag die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie die Behandlung von Teilsyndromen der PTBS im Einzelsetting.

Als Kontraindikationen gelten laut Gutachtenantrag insbesondere „akute Psychosen“. Darüber hinaus werden im Gutachtenantrag folgende weitere relative Kontraindikationen genannt: „fehlende soziale Sicherheit, insbesondere anhaltende Traumaewirkung oder anhaltender Täterkontakt; unzureichende Stabilität im körperlichen, sozialen und psychischen Bereich; akute körperliche Erkrankungen; akute psychiatrische Störungen; dekompenzierte Angsterkrankung, schwere Depressionen mit akuter Suizidalität und aktiver Substanzmissbrauch.“

#### 5. Theorie

Die Theorie der EMDR stützt sich laut Gutachtenantrag auf ätiologische Modelle der Entstehung posttraumatischer Symptome. Diese gehen davon aus, dass traumatische Ereignisse mit dem Erleben extremer Hilflosigkeit und Ohnmacht einhergehen, die daraus resultierende Belastung führt zu einer Überforderung der psychischen Bewältigungs- und Verarbeitungsmechanismen. Den Antragstellern zufolge dominieren zwei empirisch abgesicherte Modelle, die sich gegenseitig ergänzen. Das verhaltenstherapeutische Modell der Angstkonditionierung beschreibt eine generalisierte Angstreaktion bei Konfrontation mit Stimuli, die mit dem Trauma assoziiert sind, und ein damit verbundenes Vermeidungsverhalten. Das zurzeit in der neurobiologischen Forschungsliteratur favorisierte Erklärungsmodell geht von einer gestörten Informationsverarbeitung infolge traumatischer Erlebnisse aus. Hierbei erreichen Erinnerungen eine traumatische Qualität, wenn ihre Integration in das semantische Gedächtnis fehlschlägt. Daraus folgen separat registrierte, sensorische Elemente der Erfahrung, die unabhängig von dem Kontext, dem sie angehören, aktiviert werden können.

Modelle zur Wirksamkeit der EMDR-Methode stützen sich auf drei unterschiedliche Konzepte: Zum einen wird vermutet, dass die EMDR-Behandlung zu einer Dekonditionierung wirksamer Auslösereize beiträgt durch wiederholte imaginäre Exposition mit der belastenden Erinnerung, die im Rahmen der EMDR-Behandlung wiederholt und kontrolliert erfolgt. Des Weiteren werden in der Behandlung dysfunktionale Kognitionen bearbeitet. Zweitens soll es durch die Entspannungs-

induktion über die bilaterale Stimulierung – so die Theorie – zu einer beschleunigten Dekonditionierung kommen. Hypothesen zur Wirksamkeit der EMDR-Methode stützen sich in diesem Kontext auf psychophysiologische Befunde zur Orientierungsreaktion bei der Konfrontation mit neuen Reizen. Die für die EMDR-Methode spezifische bilaterale Stimulation soll zu einer länger ausgeprägten Orientierungsreaktion verbunden mit einer parasympathischen Stimulierung führen, wodurch der aversive Reiz der traumatischen Erinnerung dann an einen nicht-aggressiven Entspannungsreiz gekoppelt würde. Ein drittes Modell geht davon aus, dass durch repetitive parasympathische Stimulation eine Beschleunigung der Informationsverarbeitung erfolgt. Die wiederholten sakkadischen Augenbewegungen im Zusammenhang mit der EMDR-Behandlung sollen zu einer Vagusstimulierung führen, die durch einen reziproken Mechanismus einen Verarbeitungsmodus anstößt, der dem REM-Schlaf ähnlich ist.

#### 6. Diagnostik

Neben einer sorgfältigen allgemeinen Diagnostik, die in der Psychotherapie generell üblich ist (biografische Anamnese, Sozialanamnese, aktueller psychopathologischer Befund, allgemeinmedizinisch-neurologische Untersuchung) halten die Antragsteller eine Diagnostik der Art der Traumatisierung und deren Bewältigung bzw. Konsequenzen, die Diagnostik von Komorbiditäten sowie eine störungsspezifische Diagnostik für notwendig, die eine reliable und valide Diagnose einer PTBS oder eines Teilsyndroms der PTBS zum Inhalt hat. Als Hauptgegenstände einer Prozessdiagnostik werden folgende Aspekte genannt: Sicherheit in körperlicher und sozialer Hinsicht und Funktionalität des familiären Systems, psychische Stabilität, Stabilität des Arbeitsbündnisses, Ausprägung von Übertragungsmanifestationen (unbeabsichtigtes Wiederholen dysfunktionaler Beziehungsmuster) und Neigung zu interpersonellem Ausagieren konflikthafter Verhaltensmuster. Als besonders bedeutsam für eine EMDR-Behandlung wird die kontinuierliche Prüfung der Stabilität und äußeren Sicherheit des Patienten (unter Einbezug der Bezugspersonen) postuliert.

#### 7. Wirksamkeitsnachweise bei Kindern und Jugendlichen

Von den insgesamt identifizierten zehn kontrollierten Studien,<sup>1</sup> die sich auf den Anwendungsbereich Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43) bzw. das Störungsbild PTBS (ICD-10: F43.1) bei Kindern und Jugendlichen beziehen, können zwei nicht als Wirksamkeitsnachweise einbezogen werden, da keine randomisierte oder parallelisierte Gruppenzuweisung durchgeführt worden war (Nr. 9 und 10).

Von den acht unabhängigen randomisiert kontrollierten Studien können fünf (Nr. 3, 4, 6, 7 und 8) nicht anerkannt wer-

<sup>1</sup> Eine Übersicht zu den eingereichten und den zusätzlich durch die systematische Literaturrecherche identifizierten Studien zu EMDR bei Kindern und Jugendlichen sowie deren Bewertung findet sich auf der Homepage des WBP ([www.wbpsychotherapie.de](http://www.wbpsychotherapie.de)).

den, da entweder keine Effekte nachweisbar waren oder andere Einschränkungen der methodischen Studienqualität festzustellen waren (v. a. Patienten ohne festgestellte Anpassungs-/Belastungsstörung mit Krankheitswert, keine adäquate Diagnosestellung, keine reliable und valide Messung der Zielkriterien).

Die Untersuchung von Scheck, Schaeffer und Gillette (1998, Nr. 1) kann nicht als Wirksamkeitsnachweis herangezogen werden, da der Altersbereich der Probanden (16-25 Jahre, M = 20,9 Jahre) zu einem größeren Teil nicht in dem Anwendungsbereich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen lag und die Altersgruppen nicht differenziert wurden.

Die Studie von Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand und Dolatabadi (2004, Nr. 4) wurde zwar in das Gutachten zur EMDR-Behandlung vom 06. Juli 2006 einbezogen, sie erfüllt jedoch nicht die Kriterien des Methodenpapiers 2.8, weil keine valide Diagnosestellung erfolgte und unklar bleibt, ob bei den Probanden eine PTBS mit Krankheitswert vorlag (Kriterien A2 und C1). Daher muss diese Studie für den vorliegenden Antrag negativ bewertet werden.

Die zwei übrigen randomisiert kontrollierten Studien untersuchten die Wirksamkeit von EMDR bei PTBS bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6-12 (Nr. 2) bzw. 6-16 (Nr. 5) Jahren im Vergleich zu einer Warte-Kontrollgruppe. Jedoch können beide nicht als Wirksamkeitsnachweise für EMDR anerkannt werden.

Bei der Untersuchung von Ahmad, Larsson und Sundelin-Wahlsten (2007, Nr. 5) bestehen Hinweise auf fehlerhafte Analysen (Unstimmigkeiten zwischen Mittelwerten und Standardabweichungen in den Tabellen und den im Text berichteten Ergebnissen der Kovarianz-Analysen hinsichtlich der primären Zielkriterien). Die vom WBP befragten Autoren sahen sich außer Stande, diese widersprüchlichen Angaben aufzuklären. Weiterhin wurde in dieser Studie eine relativ hohe Anzahl an potenziellen Teilnehmern mit der Begründung ausgeschlossen, dass eine andere Behandlungsform notwendig gewesen sei. Hierfür wurden jedoch keine Entscheidungskriterien genannt und es wurde keine Vergleichsanalyse der eingeschlossenen vs. ausgeschlossenen Probanden durchgeführt.

Bei der Studie von Chemtob, Nakashima und Carlson (2002, Nr. 2) fehlt eine statistische Interaktionsüberprüfung zwischen Wartekontrollbedingung und Treatmentbedingung. Ein Warteeffekt wurde mittels t-Test für zwei sekundäre, nicht jedoch für das primäre Zielkriterium überprüft (dieses wurde nicht zu beiden Messzeitpunkten der Wartezeit erhoben). Auch werden keine Rohwerte zur Wartezeit angegeben. In die nachfolgenden Varianzanalysen werden beide Untersuchungsgruppen als Interventionsgruppen eingeschlossen. Dieses Vorgehen entspricht nicht der für eine kontrollierte Studie notwendigen Ergebnisauswertung.

In keiner der geprüften Studien wurden unerwünschte Wirkungen erfasst. Bei der Literaturrecherche des Wissenschaftlichen Beirats wurden jedoch keine Studien identifiziert, die unerwünschte Wirkungen der EMDR-Methode nachweisen.

Die in einer wissenschaftlichen Zeitschrift mit Peer-Review-Verfahren veröffentlichte Meta-Analyse (Nr. 11) zeigte, dass die EMDR-Methode sowohl im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen und nicht-etablierten Traumabehandlungen als auch im Vergleich zur kognitiv-behavioralen Traumatherapie (CBT) wirksam ist. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass in dieser Meta-Analyse größtenteils Studien mit Stichproben ohne (diagnostisch valide) gestellte PTBS-Diagnose eingingen und die Analyse auf lediglich sieben Studien (mit je kleinen Stichproben) beruht. Darüber hinaus fiel die Effektstärke für den Vergleich zu CBT (n = 2 Studien) gering aus. Keine der in der Meta-Analyse berücksichtigten Studien wurde im Rahmen dieses Gutachtens anerkannt. Aus diesen Gründen liefert die Metaanalyse keine zusätzlichen Informationen.

Damit sind gemäß Methodenpapier 2.8 weder die vom Wissenschaftlichen Beirat festgelegten Kriterien für die Anerkennung von EMDR für das Störungsbild PTBS (ICD-10: F43.1) noch die Kriterien für die Anerkennung von EMDR für den Anwendungsbereich 6 (Anpassungs- und Belastungsstörungen, F43) erfüllt.

## 8. Zusammenfassende Stellungnahme

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie stellt zusammenfassend fest, dass die EMDR-Methode bei Kindern und Jugendlichen als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung *nicht* als wissenschaftlich anerkannt gelten kann.

Ebenso kann EMDR bei Kindern und Jugendlichen *nicht* als wissenschaftlich anerkannte Methode für den Anwendungsbereich 6 (Anpassungs- und Belastungsstörungen, F43) gelten, da hierfür keine ausreichende Anzahl unabhängiger, methodisch adäquater und valider Studien vorliegt.

Berlin, den 01.12.2014

Prof. Dr. phil. Günter Esser  
(Vorsitzender)  
Prof. Dr. med. Manfred Cierpka  
(Stellvertretender Vorsitzender)

## Korrespondenzadressen

Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
(Geschäftsführung des WBP der vierten Amtsperiode)

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

# Autismus-Spektrum-Störungen

Eine Übersicht zum aktuellen Forschungsstand und zum verhaltenstherapeutischen Behandlungsvorgehen

Inge Kamp-Becker & Kurt Quaschner

**Zusammenfassung:** Autismus-Spektrum-Störungen gehören zu den neuronalen Entwicklungsstörungen, die durch ein charakteristisches Muster von sozialen und kommunikativen Defiziten in Kombination mit deutlich stereotypen, repetitiven Verhaltensweisen gekennzeichnet sind. Die Störung besteht von Kindheit an und persistiert bis ins hohe Erwachsenenalter. Insbesondere in den letzten Jahren sind diese Störungen bekannter und „populärer“ geworden, was sich einerseits in einem erhöhten Forschungsbemühen und verbesserten diagnostischen Methoden, andererseits auch in veränderten Prävalenzraten niederschlägt. Trotzdem stellen Diagnostik und Therapie dieses Störungsbildes hohe Ansprüche an Klinikerinnen und Kliniker,<sup>1</sup> da sich hinter dem Begriff „Autismus-Spektrum-Störungen“ eine Vielzahl von Symptomen verbirgt, deren Abgrenzung zu anderen Störungen im klinischen Alltag häufig schwierig erscheint und deren Behandlung eine Herausforderung darstellt. Es liegt eindeutige Evidenz dafür vor, dass verhaltenstherapeutische Ansätze indiziert sind.

## Redaktionelle Vorbemerkung: Autismus und Psychotherapie

Durch die Initiative einer betroffenen Kollegin wurde der Redaktionsbeirat auf (Asperger-) Autismus bei Erwachsenen als einem interessanten Thema für das Psychotherapeutenjournal aufmerksam. Schnell standen viele Fragen im Raum: Wie kann diese Störung diagnostiziert werden? Welche ätiologischen Erklärungsansätze gibt es? Welche Möglichkeiten für Psychotherapie gibt es? Auf diese Fragen gibt es in der Profession unterschiedliche Antworten. Wir möchten zu dem Themen Autismus bei Kindern und Jugendlichen und bei Erwachsenen im Psychotherapeutenjournal Kolleginnen und Kollegen unterschiedlicher wissenschaftlicher und psychotherapeutischer Ansätze zu Wort kommen lassen, um den interessierten Leserinnen und Lesern die Möglichkeit zu geben, sich ein Bild machen zu können.

Wir beginnen in diesem Heft mit einem Beitrag von Inge Kamp-Becker, die als Hochschullehrerin an der Universität Marburg zu diesem Thema forscht, und ihrem Kollegen Kurt Quascher. Sie stellen aus ihrer Sicht den aktuellen Forschungsstand zu Autismus-Spektrum-Störungen, zur Diagnostik und einer verhaltenstherapeutischen Herangehensweise dar.

Für das nächste Heft sind zwei weitere Beiträge von einer Kollegin und einem Kollegen angefragt, die das Thema stärker vor dem Hintergrund ihrer psychotherapeutischen Praxis bearbeiten werden. Hier wird es vor allem um die psychotherapeutische Arbeit mit Erwachsenen gehen, und diese Erfahrungen werden vor dem Hintergrund anderer therapeutischer Verfahren reflektiert. Weitere Beiträge sollen diese Artikel ergänzen.

Hans Schindler  
für den Redaktionsbeirat

Im ICD-10 zählen Autismus-Spektrum-Störungen (engl. *autism spectrum disorder*, ASD) zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, worunter eine Gruppe von Störungen zusammengefasst wird, die durch drei charakteristische Merkmale gekennzeichnet sind: qualitative Beeinträchtigungen in der zwischenmenschlichen Interaktion, qualitative Auffälligkeiten in der Kommunikation und ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten. Zentral für die Diagnose ist, dass diese qualitativen Auffälligkeiten in *allen* Situationen *ein grundlegendes* Funktionsmerkmal der Person darstellen, jedoch im Ausprägungsgrad variieren können. Die Auffälligkeiten bestehen von *frühester Kindheit* an und manifestieren sich in den ersten fünf Lebensjahren. Ein wesentliches Charakteristikum besteht auch darin, dass sie persistieren und durch therapeutische Interventionen zwar bedeutend gebessert, nicht aber geheilt werden können (Fein et al., 2013; Steinhausen, 2013).

Im DSM-5 wird der Begriff der ASD erstmals als eigenständige Klassifikation aufgeführt. Damit wird ein dimensionaler Ansatz vertreten, der den frühkindlichen Autismus, das Asperger-Syndrom, die desintegrative Störung sowie die „*pervasive developmental disorder – not otherwise specified*“ (PDD-NOS) unter dem Begriff der ASD subsumiert. Die Entscheidung, die verschiedenen Subgruppen unter dem Begriff zusammenzufassen, basierte insbesondere auf Untersuchungen, die nachweisen, dass eine Unterscheidung zwischen den Subgruppen weder im klinischen Kontext (Lord & Jones, 2012; Lord et al., 2012; Lord et al., 2006) noch durch empirische Untersuchungen valide möglich ist (für eine Übersicht siehe: Kamp-Becker et al., 2010). Die Studien weisen jedoch

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

ICD-10	DSM-5
1. Qualitative Beeinträchtigungen wechselseitiger sozialer Interaktionen (z. B. unangemessene Einschätzung sozialer und emotionaler Signale, Unfähigkeit Blickkontakt, Mimik, Gestik zur Regulation sozialer Interaktion zu verwenden; Unfähigkeit Beziehungen aufzunehmen)	A Klinisch relevante, durchgängige Defizite im Bereich der sozialen Kommunikation und Interaktion. Folgende Auffälligkeiten müssen vorhanden sein: a) Markante Defizite in der nonverbalen und verbalen Kommunikation, die für die soziale Interaktion relevant sind; b) Mangel an sozioemotionaler Gegenseitigkeit c) Unfähigkeit Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen und aufrecht zu erhalten in einer für das geistige Alter angemessenen Art und Weise
2. Qualitative Beeinträchtigungen der Kommunikation (z. B. Verspätung oder Fehlen der gesprochenen Sprache; Unfähigkeit zur wechselseitigen Kommunikation; stereotyper Sprachgebrauch; kein Phantasiespiel)	
3. Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten (z. B. stereotype Interessen, zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nicht funktionale Handlungen; Manierismen, vorherrschende Beschäftigung mit Teilobjekten)	B Begrenzte, repetitive Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten, mindestens zwei der nachfolgenden Symptome: a) Stereotype motorische oder verbale Verhaltensweisen oder ungewöhnliche sensorische Interessen; b) Exzessives Festhalten an Routinen oder ritualisierte Verhaltensweisen; c) Restriktive, intensive Interessen
4. Besteht von frühester Kindheit an.	C Die Symptome müssen seit frühester Kindheit an bestehen (können jedoch erst dann deutlich offensichtlich werden, wenn die sozialen Anforderungen ansteigen).
5. Gestörte Funktionsfähigkeit in den drei psychopathologischen Bereichen.	D Die Symptome müssen zu einer klinisch bedeutsamen Behinderung in sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen Alltagsbereichen führen.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien nach ICD-10 und DSM-5 (gekürzt und sinngemäß)

auch darauf hin, dass eine Abgrenzung zu anderen Störungen hingegen kategorial möglich, sinnvoll und notwendig ist (Coghill & Sonuga-Barke, 2012; Frazier et al., 2010; 2012). Die individuelle Ausprägung wird durch die Angabe von klinisch relevanten Spezifizierungen (z. B. Schweregrad, verbale Fähigkeiten) sowie assoziierter Merkmale (z. B. bekannte genetische Syndrome, Epilepsie, Intelligenzminderung) gekennzeichnet. In Tabelle 1 werden die diagnostischen Kriterien von ICD-10 und DSM-5 überblicksartig zusammengefasst.

Das Störungsbild ASD ist aktuell bekannter und „populärer“ geworden (Kamp-Becker, 2013), was sich einerseits in einem erhöhten Forschungsbemühen, verbesserten diagnostischen Methoden und andererseits auch in veränderten Prävalenzraten niederschlägt. Damit einhergehend hat sich der Bedarf an diagnostischen Abklärungen und spezifischen Behandlungen enorm erhöht. Zwar gibt es immer noch Fälle von betroffenen Personen, die zunächst andere Diagnosen („falsch negativ“) erhalten haben, jedoch weisen aktuelle Zahlen aus spezialisierten Einrichtungen darauf hin, dass bei 50% bis 70% der vorgestellten Patienten, bei denen der Verdacht auf Vorliegen einer ASD besteht, diese Diagnose nicht bestätigt werden kann (Kamp-Becker et al., 2013; Lehnhardt et al., 2012; Molloy et al., 2013; Murphy et al., 2011; Strunz et al., 2014).

## Die Häufigkeit von Autismus-Spektrum-Störungen

Während man 1970 noch von einer Prävalenz von 0,7 auf 10.000 ausging, gibt es neuere Studien, die eine Prävalenz

von 121 auf 10.000 (Baird et al., 2006) oder sogar von 1 auf 88 Kindern mit einer ASD (Hughes, 2012) ausgehen. Es besteht Konsensus darüber, dass der Anstieg der Prävalenz durch die Ausweitung der diagnostischen Kriterien im Laufe der Jahre, eine vermehrte Wahrnehmung von Autismus in der Öffentlichkeit, verbesserte diagnostische Methoden sowie auch durch das verbesserte therapeutische Angebot erklärt werden kann (Duchan & Patel, 2012; Matson et al., 2012; Nygren et al., 2012; Posserud et al., 2010; Steiman et al., 2010; Williams et al., 2014). Es liegen auch Hinweise dafür vor, dass die Diagnose (insbesondere *high functioning ASD*) in Familien mit einem höheren sozioökonomischen Status häufiger und früher gestellt wird als in Familien mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status (Durkin et al., 2010; Fountain et al., 2011; Liu et al., 2010; Catherine Lord, 2013; Peacock & Lin, 2012; Thomas et al., 2012). Ob dies alleine durch bessere Vorinformationen bzw. Kenntnis der Diagnose, eine bessere Akzeptanz dieser Diagnose oder andere Umweltfaktoren erklärbar ist, bleibt aktuell unklar. Auch die Nähe von therapeutischen Angeboten erhöht die Prävalenzraten (Elsabbagh et al., 2012) ebenso wie die rechtliche Voraussetzung der Diagnose ASD für den Zugang zu therapeutischen/pädagogischen Förderungen (z. B. Fördermaßnahmen in der Schule, Integrationsmaßnahmen in der Schule oder am Arbeitsplatz) (Gurney et al., 2003; Mandell & Lecavalier, 2014).

Daneben sind die aktuell diskutierten extrem hohen Prävalenzangaben insbesondere auch auf einen enormen Anstieg einer Subgruppe, der „*pervasive developmental disorder – not otherwise specified*“ (PDD-NOS), zurückzuführen (Baird et al., 2006; Kim et al., 2011). Die diagnostische Kategorie

### Fallbeispiel 1 – Felix

Schwangerschaft und Geburt seien ohne Komplikationen verlaufen. Die motorische sowie auch die Sauberkeitsentwicklung seien zeitgerecht und unauffällig verlaufen. Auffällig seien schon im Kleinkindalter eine deutliche motorische Unruhe und ein auffälliges Schlafverhalten gewesen. Die Sprachentwicklung habe deutlich verzögert eingesetzt (erste Worte im dritten Lebensjahr). Felix habe Frühförderung aufgrund der sprachlichen und motorischen Entwicklungsauffälligkeiten erhalten. Im Kindergarten habe Felix keine Kontakte zu anderen Kindern aufgenommen. Er habe sich aggressiv verhalten, wenn andere Kinder sich ihm genähert hätten. Er habe Logopädie erhalten und er sei zunächst vom Schulbesuch zurückgestellt worden. Vor der Einschulung habe er ein Jahr lang einen Sonderschulkindergarten mit Förderschwerpunkt Sprache besucht, auch hier seien deutliche Integrationsprobleme aufgefallen. Es sei ein sonderpädagogisches Gutachten erstellt worden. In diesem heißt es: „Felix' Sprache ist immer noch gekennzeichnet von einer Sprachentwicklungsverzögerung im Sinne einer Dyspraxie, einer partiellen Dyslalie, Dygrammatismus und einer Aufmerksamkeitsstörung. Die Kommunikationsfähigkeit ist eingeschränkt.“ Es wurde außerdem eine Intelligenzdiagnostik durchgeführt (HAWIK-III: Verbal-IQ 78, Handlung-IQ 89, Gesamt-IQ 81). Er sei dann in eine Sprachheilschule eingeschult worden. In einem Bericht der Schule werden folgende Stärken und Schwächen von Felix beschrieben: „Seine Stärken sind seine gute visuelle Wahrnehmung, sein Gedächtnis, das Zahlenverständnis und Rechenfertigkeit, seine Ehrlichkeit, er ist begabt und originell im Basteln, Malen und Zeichnen. Er übernimmt Pflichten und Dienste, hält sich sehr genau an Regeln. Seine Schwächen sind seine auditive Wahrnehmung, sein Leseverständnis, der mündliche und schriftliche Ausdruck, Schönschreiben, motorische Unruhe, er sucht keinen Kontakt zu Gleichaltrigen, große Probleme hat er mit taktilen, olfaktorischen Reizen, es fällt ihm sehr schwer, Wesentliches von Details zu trennen, Felix mag alles nicht, was andere Kinder mögen (Veranstaltungen, Kino, Schwimmen, Radfahren, Ausflüge, Zoobesuche, Karneval, Pausen).“ Bei der Vorstellung in der spezialisierten Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Alter von acht Jahren berichtet die Mutter: „Felix wacht jeden Morgen um vier Uhr auf, geht abends um 19 Uhr schlafen und besteht darauf, dass das so bleibt. Er möchte morgens früh aufstehen, um endlich einmal Zeit zu haben. Er ist abends nicht wachzuhalten oder mit Unternehmungen vom Bett fernzuhalten. Er weckt morgens mit seinen Verrichtungen und seinem Lautieren alle auf. Er will alleine frühstücken und genug Zeit haben vor der Schule. Er gerät dauernd in Not, nicht genug Zeit für alles zu haben, ist aber immer zu früh dran und hat eigentlich nichts zu tun und nie etwas vor. Er gerät bei Hausaufgaben

schnell aus der Fassung, es sei zu viel, es dauere zu lang – dabei sind die Aufgaben kein Problem für ihn, sobald er mal richtig damit anfängt. Am Wochenende will er nicht aus dem Haus gehen, obwohl er zu Hause wenige Beschäftigungsmöglichkeiten hat. Veränderungen im Zeitablauf oder eine veränderte Wegstrecke beim Autofahren machen ihn aggressiv und panisch. Er hat alle Spielsachen in seinem früher überfüllten Zimmer verbannt, außer einer Playmobil-Eisenbahn, mit der er aber nicht wirklich spielt, und seinem Computer, mit dem er sich beschäftigt. Hauptsächlich studiert er die Playmobil-Homepage oder spielt „Pushy“ – ein Spiel zur Förderung der Wahrnehmung, das auch in der Schule verwendet wird. Hierin ist er fast „Experte“, spielt stereotyp immer die gleichen Spiele. Die Eisenbahn ist aufgebaut und darf keinen Millimeter verschoben werden – das merkt er sofort. Im Zimmer darf immer nur eine Person außer ihm sein, sonst ist es zu voll. Seinen Computer soll möglichst niemand berühren, weil dann alles nach Mama oder Papa riecht. In seinem Zimmer wischt er morgens um 5:45 Uhr Staub, der Vorhang ist fast immer zugezogen, andauernd wird gelüftet. Das Bett frisch überziehen oder gar Vorhangwaschen bedarf längerer Vorgespräche. Körperliche Berührungen oder gar Küsse, die früher möglich waren, werden von ihm abgelehnt. Er beklagt sich oft, dass wir so komisch riechen (Seife, Creme, Shampoo, ...). Er hat Panik, wenn Fliegen, Mücken im Haus sind – im Sommer nahm das Thema „Fliegen“ viel Raum ein, besonders, wenn Fremde bei uns im Haus sind und natürlich ungeniert zur Tür rein- und rausgehen. Er spricht viel und wiederholt sich ständig, spricht meist viel zu laut, die Sprachmelodie und Betonung sind seltsam, er stellt immer wieder die gleichen Fragen, deren Antwort er bereits kennt. Er wiederholt mechanisch Sätze und Erzählungen, die nicht zu stoppen sind. Er gibt nicht immer Antwort – ein richtiges Gespräch kommt nicht in Gang. Bei den von ihm favorisierten Themen, über die er sich ständig wiederholend spricht, braucht er nur einen Zuhörer, keinen Gesprächspartner. Trotz seiner großen Zurückgezogenheit spricht Felix, wenn er mal draußen ist, vorbeigehende fremde Leute in unangemessener Distanzlosigkeit an und erzählt von seinen Lieblingsthemen.“

Zunächst wurde die deutlich vorhandene Aufmerksamkeitsstörung medikamentös behandelt. Dies zeigte einen mäßigen Erfolg hinsichtlich der motorischen Unruhe und Aufmerksamkeitsstörung. Im weiteren Verlauf wurde die Diagnose High-functioning Autismus (F84.0 nach ICD-10) sowie eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) gestellt und eine intensive verhaltenstherapeutische Behandlung eingeleitet. Unter diesen Maßnahmen gelang es Felix, einen Schulabschluss zu absolvieren und er besucht nun eine berufsvorbereitende Maßnahme.

der PDD-NOS stellte im DSM-IV eine Subgruppe dar, deren Kriterien sehr ungenau definiert waren (American Psychiatric Association, 1994). Die Mindestanzahl an Symptomen, die gezeigt werden sollten, wurde nicht benannt. Die Interrater-Reliabilität bezüglich der Diagnose PDD-NOS ist äußerst gering (Mandy et al., 2011) und die Diagnose weist eine sehr geringe Spezifität (Luteijn et al., 2000; Volkmar et al., 2000; Walker et al., 2004) sowie auch eine geringe Stabilität über die Zeit auf (van Daalen et al., 2009). Im DSM-5 werden die Kriterien genauer definiert, als dies im DSM-IV für die Subgruppe PDD-NOS der Fall war. Durch diese neuen Kriterien wird die Stabilität der Diagnose ASD über die Zeit,

die differentialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Störungen und damit die Spezifität der Diagnose deutlich erhöht, wie auch erste Untersuchungen belegen (Frazier et al., 2012; McPartland et al., 2012). Eine neuere Metaanalyse (Kulage et al., 2014) weist eindeutig nach, dass die Prävalenzraten nach DSM-5 deutlich reduziert werden. Der deutlichste Rückgang ist für die im DSM-IV beschriebene Subgruppe der PDD-NOS zu verzeichnen.

Zusammenfassend kann in Bezug auf die Prävalenz von ASD gesagt werden, dass die aktuell kursierenden Zahlen durchaus kritisch zu sehen sind und konservative Schätzungen,

die die oben genannten Faktoren berücksichtigen, von einer Prävalenz von 50 bis 70 auf 10.000 ausgehen, wobei das Asperger-Syndrom definitiv seltener ist als andere Subgruppen (Elsabbagh et al., 2012; Fisch, 2013; Wan et al., 2013). Eines der bemerkenswerten Merkmale von ASD ist das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Betroffenen, welches im Mittel bei 4-5 : 1 liegt. Bei autistischen Störungen ohne deutliche kognitive Beeinträchtigung, insbesondere dem Asperger-Syndrom, beträgt das Verhältnis sogar 10 : 1. Entgegen weit verbreiteter Annahmen weist die Mehrzahl der Betroffenen (62% bis 83%) eine unterdurchschnittliche Intelligenz (IQ < 85) auf, ca. 45% eine intellektuelle Behinderung und nur eine sehr kleine Minderheit (3%) verfügt über überdurchschnittliche kognitive Fähigkeiten (IQ > 115) (Charman et al., 2011; Lai et al., 2014).

## Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen

Den ASD ist zwar eine grundlegende Beeinträchtigung in den genannten Bereichen gemeinsam, jedoch stellen sie ein heterogenes Störungsbild dar und sind von einer hohen Variabilität hinsichtlich des Grades der Beeinträchtigung der kognitiven, verbalen, motorischen, sozialen sowie adaptiven Fähigkeiten gekennzeichnet (Georgiades et al., 2013; Kjellmer et al., 2012). Das Spektrum reicht von schwerwiegenden ASD mit geistiger Behinderung und fehlendem Sprachvermögen (sogenannter „low functioning“-ASD) bis zu ASD ohne Intelligenzminderung und guten Sprachfertigkeiten („high functioning“ – ASD). Es stehen verschiedene Screening-Verfahren zur Verfügung: beispielsweise der M-CHAT (über Internet verfügbar); Fragebogen zur sozialen Kommunikation (Bölte & Poustka, 2006); Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006). Diese können jedoch lediglich dazu dienen, die Indikation für eine ausführliche diagnostische Abklärung zu beurteilen. Der ebenfalls im Internet verfügbare „Autismus-Quotient“ (AQ) ist zum Screening ungeeignet, da die Gefahr von falsch positiven Ergebnissen sehr hoch ist (Lehnhardt et al., 2013). Um die Diagnose einer ASD zu stellen, ist eine umfassende (kinder- und jugend)psychiatrische Abklärung notwendig, die eine ausführliche autismusspezifische Anamnese, eine Verhaltensbeobachtung, Intelligenzdiagnostik, körperlich-neurologische Untersuchung und neuropsychologische Untersuchung umfasst. Eine multidisziplinäre Diagnostik unter Einschluss der Befunde aus (Neuro-)Pädiatrie, Pädaudiologie, Kindergarten, Schule, ggf. Logopädie und Ergotherapie, Frühförderung, früherer diagnostischer Untersuchungen/Befunde ist hierzu notwendig. Für die anamnestische Befragung sowie die Verhaltensbeobachtung stehen standardisierte Verfahren zur Verfügung (Bölte et al., 2006; Rühl et al., 2004), die jedoch eine Schulung sowie kinder- und jugendpsychiatrische Ausbildung erfordern. Dabei handelt es sich um gut untersuchte und valide Verfahren, deren Objektivität und Spezifität jedoch nicht uneingeschränkt zufriedenstellend ist (de Bildt et al., 2009; Kamp-Becker et al., 2013; Molloy et al., 2013). Ergän-



Abbildung 1: Relevante Differentialdiagnosen von Autismus-Spektrum-Störungen

zend sind eine Entwicklungs-, Intelligenz- und neuropsychologische Diagnostik notwendig. Insbesondere bei Kindern mit Intelligenzminderung, motorischen Auffälligkeiten und/oder sonstigen Hinweisen auf eine organische Beeinträchtigung sind körperliche, humangenetische und apparative Untersuchungen (z. B. EEG) sinnvoll (Kamp-Becker et al., 2010). Bei bis zu 70% bis 80% der Betroffenen liegt mindestens eine weitere psychiatrische Störung vor (Gjevick et al., 2011; Lugnegard et al., 2011; Mattila et al., 2010; for review: Mazzone et al., 2012; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008), die den weiteren Entwicklungsverlauf und das Funktionsniveau erheblich beeinflusst. Im Kindes- und Jugendalter sind dies neben der Intelligenzminderung häufig Aufmerksamkeitsstörungen, emotionale und Angststörungen, im Erwachsenenalter Depressionen und Angststörungen. Diese müssen ebenfalls diagnostisch untersucht und eingeschätzt werden. Die komorbiden Störungen erschweren aber auch die differenzialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Störungen. Differenzialdiagnostisch ist eine Reihe von Störungen in Betracht zu ziehen, die ebenfalls mit Auffälligkeiten im Bereich der sozialen Interaktion, Kommunikation oder repetitiven, stereotypen Verhaltensweisen assoziiert sind. In Abbildung 1 sind relevante Differentialdiagnosen und deren Überschneidung mit ASD abgebildet.

Eine diagnostische Einschätzung muss daher einerseits die Kernsymptome von ASD erfassen, aber auch deren differenzialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Störungen beachten. In vielen Fällen ist es daher erforderlich, dass z. B. eine ausgeprägte Hyperaktivität, Impulsivität und mangelnde Konzentrationsfähigkeit, oppositionelles Verhalten, Angstsymptomatik oder andere Störungen zunächst behandelt werden, bevor diagnostisch eingeschätzt werden kann, ob diese komorbid zur ASD vorliegen oder ob die „autistischen Symptome“ im Rahmen einer anderen Störung bestehen. So liegt beispielsweise ein reduzierter Blickkontakt, Mimik und Gestik auch bei vielen anderen Störungen vor (Schizophrenie, Depression, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung/ADHS). Auffälligkeiten in der gegenseitigen sozialen Interaktionsfähigkeit kommen bei den allermeisten (kinder- und jugend)psychiatri-

## Fallbeispiel 2 – Konrad

Konrad wurde per Vakuumentraktion bei drohender Hypoxie geboren, da eine Nabelschnurumschlingung vorgelegen habe. Postpartal hätten keine weiteren Komplikationen vorgelegen. Die statomotorische Entwicklung sei mäßig verzögert gewesen (freies Laufen mit 15 Monaten, Dreiradfahren erst mit vier Jahren, erste Ballspiele mit ca. sechs Jahren). Die Sprachentwicklung habe relativ früh eingesetzt, auffällig sei eine gewählte, gestelzte Sprache gewesen, die nicht kindgerecht gewirkt habe. Sein Sprachverständnis sei sehr konkretistisch gewesen, Redewendungen, Ironie könne er bis heute nicht richtig verstehen. Die Sauberkeitsentwicklung sei erst mit sechs Jahren tagsüber und mit 13 Jahren nachts gelungen. Mit zwei Jahren erfolgte der Besuch der Kinderkrippe, hier habe Konrad keinen Spielkontakt zu anderen Kindern aufgenommen, mit drei Jahren sei der Versuch, ihn in den Kindergarten einzugliedern, abgebrochen worden. Nach einem weiteren Eingewöhnungsversuch habe Konrad den Kindergarten regelmäßig besucht. Er sei jedoch während der gesamten Zeit ein Außenseiter gewesen, der sich mehr für den Sanitärbereich des Kindergartens interessiert habe als für das Spielen mit anderen Kindern. Er sei im Rahmen der Frühförderung untersucht worden und habe hierbei ein durchschnittliches Ergebnis hinsichtlich der kognitiven Begabung gezeigt (K-ABC: Gesamt-IQ 92, Fertigkeitenskala 115). Im Frostig Entwicklungstest habe er ein Ergebnis im unteren Durchschnittsbereich erreicht. Der Kinderarzt beschreibt ihn bei der U8 als motorisch ungeschickt und ängstlich, außerdem werden Finger-Manierismen beobachtet. Mit sechs Jahren erfolgte die Einschulung in die Regelgrundschule. In den Zeugnissen der ersten beiden Jahre wird Konrad als ruhiger und verträumter Schüler beschrieben, der meist passiv dem Unterrichtsgeschehen folge. Er wird als „Eigenbrötler“ bezeichnet, der wenig Kontakt suche. Nach der Grundschule erfolgt der Wechsel auf eine private Schule, um ihm eine kleine Klassengröße zu ermöglichen. Hier kommt es zu massiven Problemen: Konrad zeigt kein Interesse an den schulischen Aufgaben, widmet sich intensiv seinen eigenen Interessen. Es kommt zu massiven Problemen im Kontakt mit anderen Kindern, Konrad wird gehänselt, aufgrund seiner „Naivität“ eigne er sich hierzu besonders. Er zeige multiple Ängste vor Dunkelheit, U-Bahnen und Aufzügen. Mit elf Jahren wird Konrad in einer spezialisierten Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt. Die Eltern beschreiben die Probleme ihres

Sohnes folgendermaßen: „Konrad ist heute noch extrem unselbstständig (Essen und Trinken, Kleidung, Hygiene, Planung von Arbeiten und Terminen). Sein Zeitgefühl ist kaum entwickelt. Im Denken ist er oft langsam und begriffsstutzig und sehr naiv. Seine Interessen sind ganz eng umrissen: Circa seit seinem zweiten Lebensjahr interessiert er sich für Rohre, Gulli-Deckel, für alles, durch das Wasser fließt. Er sammelte Dichtungen und kannte im Alter von vier Jahren alle Fachausdrücke für diese. Von seinem ersten Taschengeld hat er sich ein altes Waschbecken gekauft. Als Gute-Nacht-Lektüre diente ihm ein Katalog von Heizungsbauern. Er hat zu dieser Zeit auch immer ein Rohr bei sich gehabt und ist mit diesem abends eingeschlafen. Er konnte sich stundenlang damit beschäftigen, Wasser durch Rohre laufen zu lassen. Dann hat er seine Interessen in den Bereich Chemie verlagert und sein Wissen immer mehr erweitert. Zu interessieren ist er für nichts anderes, den anderen Schulstoff müssen wir ihm meist mühsam „eintrichtern“, da er kaum Eigeninitiative hierfür entwickelt – weder im Unterricht noch bei den Hausaufgaben. Er hat Probleme damit, den Inhalt von gelesenen Texten zu verstehen und er liest nur unter Zwang, wenn die Themen nicht sein Interesse streifen. Im Umgang mit Gleichaltrigen ist er sehr unbeholfen; Freundschaften hat er keine, er akzeptiert nur Kinder als „Freunde“, wenn sie seine Interessen teilen und auf seine Vorstellungen eingehen. Seine Freizeitgestaltung ist sehr einseitig: Er beschäftigt sich mit seinen Themen, wenn er jemanden findet, der ihm zuhört, ist er zufrieden, wenn nicht, dann ist das auch in Ordnung. Hat er nichts zu tun, verfällt er in weitgehend sinnlose Stereotypen (Kataloge ordnen und umordnen, Listen erstellen von chemischen Stoffen etc.).“

In der Intelligenzdiagnostik zeigt er ein sehr disharmonisches Profil (HAWIK-III-Gesamt-Wert 123, Verbal-IQ 146, Handlungs-IQ 89). Mittels einer ausführlichen, standardisierten Diagnostik und nach Behandlung der vorliegenden Angstsymptomatik wurde im Verlauf die Diagnose Asperger-Syndrom gestellt und eine verhaltenstherapeutische Behandlung eingeleitet. Aktuell konnte Konrad seine intensiven Interessen und sein Wissen nutzen und hat ein Chemie-Studium begonnen. Allerdings entwickelte er im Laufe der Adoleszenz zunehmend depressive Symptome, die zwischenzeitlich eine stationäre Behandlung notwendig machten.

schen Störungsbildern (im Verlauf) vor und sind daher nicht spezifisch für ASD. Zwischen ASD und ADHS gibt es viele Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede hinsichtlich des genetischen Hintergrundes, der sozialen Kognitionen, der Fähigkeit zur sozialen Interaktion und der neuronalen Korrelate (Banaschewski et al., 2011). Defizite in der Fähigkeit, Emotionen zu erkennen und richtig zu interpretieren, liegen ebenfalls bei vielen psychiatrischen Störungsbildern vor, beispielsweise bei ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Depressionen, Lese- und Rechtschreibstörungen, Sprachentwicklungsstörungen und bei einer sozialen Phobie (Collin et al., 2013). Defizite in der Empathiefähigkeit und in der Fähigkeit zur Theory of Mind (Fähigkeit die Absichten, Gedanken, Emotionen bei anderen zu erkennen und richtig einzuschätzen) sind ebenfalls bei vielen Störungsbildern vorzufinden: bei Sprachstörungen, ADHS, Schizophrenie, neurologischen Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Persönlichkeitsstörungen sowie wei-

teren Störungsbildern (Hoerthnagl & Hofer, 2014; Korkmaz, 2011). Auch das Vorliegen von Sonderinteressen ist nicht spezifisch für ASD, sondern kommt auch bei gesunden Personen oder Personen mit anderen Störungsbildern vor, ebenso wie sensorische Auffälligkeiten. Repetitive, stereotype Verhaltensweisen sind bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung häufig vorzufinden. Bemerkenswert ist auch das Ergebnis einer neueren Studie, die eine erhebliche Überlappung in der Symptomatik von erwachsenen Menschen mit Asperger-Syndrom und Persönlichkeitsstörungen fand (Lugnagard et al., 2012), die eine Unterscheidung der beiden Störungsbilder im Erwachsenenalter fraglich macht, insbesondere dann, wenn nicht genügend fremdanamnestic Angaben über die Kindheit vorliegen. Wichtigstes Instrument ist daher die frühkindliche Anamnese sowie fremdanamnestic Angaben, die zum Beispiel durch Berichte aus Kindergarten, Schule oder anderen diagnostischen Untersuchungen vorliegen

<b>1. Verdacht</b> →	<b>2. Screening</b> →	<b>3. Umfassende und spezialisierte Diagnostik</b> →
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eltern</li> <li>■ Familienmitglieder</li> <li>■ Person selbst</li> <li>■ Erzieher/Padagogen</li> <li>■ Kinder-/Hausarzt</li> <li>■ Andere Fachleute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Beobachtung</li> <li>■ Checklisten</li> <li>■ Fragebögen</li> <li>■ Home-Videos</li> </ul> Keine Diagnose möglich anhand von Screening-Verfahren!	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eigen-, Fremd- und Familienanamnese</li> <li>■ Standardisierte Diagnostikverfahren (ADOS, ADI-R)</li> <li>■ Entwicklungs-/Intelligenzdiagnostik</li> <li>■ Neuropsychologische Untersuchung</li> <li>■ Körperliche, humangenetische &amp; apparative Untersuchungen</li> <li>■ Abklärung Komorbiditäten</li> </ul>
<b>4. Differentialdiagnostik</b> →	<b>5. Mutiaxiale Diagnostik</b> →	<b>6. Behandlungsindikation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Intensive Abklärung, ob die Symptomatik im Rahmen einer anderen psychiatrischen Störung erklärbar ist:</li> <li>■ ADHS, Angststörungen, soziale Phobie, emotionale Störungen, Intelligenzminderung, Sprachstörungen, Störung des Sozialverhaltens, Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen, Ticstörungen ...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Psychiatrische Störung</li> <li>■ Entwicklungsstörung</li> <li>■ Intelligenzniveau</li> <li>■ Körperliche Symptomatik</li> <li>■ Assoziierte abnorme psychosoziale Umstände</li> <li>■ Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aufklärung, Beratung und Psychoedukation</li> <li>■ Frühförderung</li> <li>■ Verhaltenstherapie</li> <li>■ Pädagogische Förderung</li> <li>■ Krisenintervention</li> <li>■ Medikation</li> </ul> unter Einbezug des gesamten Umfeldes des Betroffenen

Abbildung 2: Sechs Schritte in der Diagnostik und Differentialdiagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen (ADOS = Autism Diagnostic Observation Schedule; ADI-R = Autism Diagnostic Interview – Revised). Abbildung modifiziert nach Remschmidt & Kamp-Becker (2006).

und eine klinisch relevante Beeinträchtigung in den für ASD relevanten Bereichen bereits seit der Kindheit belegen.

Zusammenfassend ist zur Diagnostik von ASD zu sagen, dass es sich um genetisch bedingte, neurobiologisch verankerte Entwicklungsstörungen handelt, für die bis heute jedoch kein biologischer/genetischer Marker vorliegt, welcher ein valides, objektives und reliables Ergebnis erbringen könnte. Zwar sind die diagnostischen Kriterien in den aktuell vorliegenden Klassifikationssystemen definiert, jedoch kommen die darin beschriebenen Verhaltensweisen und Beeinträchtigungen in vielfältigen Ausformungen vor. Die diagnostische Einschätzung sollte in einer *spezialisierten* (kinder- und jugend)psychiatrischen Einrichtung erfolgen, die über vielfältige Erfahrung bezüglich des *gesamten* Spektrums von ASD verfügt. In Abbildung 2 sind die diagnostischen Schritte zusammenfassend dargestellt.

## Ätiologischer Hintergrund und Folgerungen für die Therapie von ASD

Zwar ist die Ätiologie der ASD noch nicht hinreichend geklärt, jedoch ist unstrittig, dass genetische und hirnorganische Faktoren ausschlaggebend sind. Ein beträchtlicher Einfluss genetischer Faktoren ist unbestritten, wofür Zwillings- und Fa-

milienstudien, chromosomale Aberrationen sowie molekular-genetische Befunde sprechen (Geschwind, 2011). Trotz der hohen Heritabilitätsschätzungen (70% bis 90 %) konnten bislang jedoch keine genetischen Variationen identifiziert werden, die die Mehrzahl der ASD-Fälle erklärt. Bezüglich struktureller Besonderheiten der Gehirne von Menschen mit ASD konnte eine reduzierte Dichte der grauen und weißen Substanz in einigen Regionen gefunden werden (Anagnostou & Taylor, 2011; Stigler et al., 2011). Bildgebende Studien konnten eine Hypoaktivierung während der Bearbeitung von sozialrelevanten Aufgaben nachweisen. Außerdem gibt es Hinweise auf eine abweichende fronto-striatale Aktivierung während der Bearbeitungen von Aufgaben mit kognitiver Kontrolle, die relevant für stereotypes, repetitives Verhalten und Interessen sind. Auch fanden sich Unterschiede in der Lateralisierung und Aktivierung von Sprachprozessen

und Sprachproduktion bei kommunikativen Aufgaben sowie abnorme mesolimbische Reaktionen in Bezug auf soziale und nonsoziale Belohnungen. Zurzeit wird ein Modell unzureichender neuronaler Vernetzung diverser cerebraler Areale von vielen Forschern diskutiert (Dichter, 2012). Eine aufgabenbezogene Hypokonnektivität für weit auseinanderliegende und eine Hyperkonnektivität für nah beieinanderliegende Hirnareale wurde gefunden sowie eine reduzierte anteriore-posteriore funktionelle Konnektivität während sogenannter „Resting-State“-Untersuchungen (Lai et al., 2014). Aufgrund dieses ätiologischen Hintergrundes ergibt sich, dass die Behandlung von ASD unterstützender und symptomatischer Art ist und die jeweilige Altersstufe, den Entwicklungsstand und die individuellen Gegebenheiten des Einzelfalls berücksichtigen muss. Als Leitlinien für die Therapie lassen sich folgende Prinzipien formulieren, die sich in vielen Studien als bedeutsam erwiesen haben (Kamp-Becker & Bölte, 2011; Kamp-Becker et al., 2010; Poustka et al., 2012):

- Indiziert sind stärker verhaltensorientierte, direkte und strukturierte Behandlungsmethoden. Insgesamt gibt es eindeutige Evidenz dafür, dass verhaltenstherapeutische Ansätze indiziert sind (Lai et al., 2014; Maglione et al., 2012; Tonge et al., 2014; Weinmann et al., 2009; Weitlauf et al., 2014). Dies wird auch in allen internationalen Leitlini-

en entsprechend empfohlen (z. B. NICE Clinical Guidelines for Children, Adults). Die derzeit vorliegenden Metaanalysen weisen nach, dass mittels intensiver, früh beginnender, verhaltenstherapeutischer Interventionen Fortschritte sowohl hinsichtlich der kognitiven, sprachlichen als auch sozialen Entwicklung erreicht werden können.

- Die Umgebung von Kindern mit der Diagnose ASD sollte gut strukturiert und organisiert sein (Virues-Ortega et al., 2013).
- Jede Behandlung muss vom individuellen Entwicklungsprofil des Kindes ausgehen und gezielt einzelne Bereiche in die Behandlung einbeziehen.
- Alle therapeutischen Vorgehensweisen sollten in ein Gesamtkonzept eingeordnet werden, welches an einem übergeordneten Therapieziel ausgerichtet ist. Als übergeordnetes Therapieziel ist in vielen Fällen eine größtmögliche Selbstständigkeit und Autonomie im Alltag zu nennen.
- Individuell und in Absprache mit allen Beteiligten sollten konkrete Therapieziele besprochen und festgelegt werden. Die einzelnen Therapieziele sollten in einer Hierarchie angeordnet werden und dann in kleine Schritte und Zwischenziele gegliedert werden. Hoch strukturierte Abläufe mit vielen Wiederholungen in verschiedenen situativen Kontexten sind häufig notwendig.
- Die Grenzen des Erreichbaren bzw. Möglichen sollten thematisiert werden. Diese konstituieren sich durch die vorhandenen sprachlichen und kognitiven Einschränkungen, begrenzte Aufmerksamkeitskapazitäten, begrenzte Flexibilität sowie Abstraktions- und Generalisierungsfähigkeit (Anderson et al., 2014; Howlin et al., 2009; Howlin & Moss, 2012).
- Entwicklungsaufgaben und -herausforderungen sind zu berücksichtigen. So sind in der Adoleszenz z. B. besondere entwicklungstypische Problemkreise zu berücksichtigen. Hier spielen Stimmungsschwankungen, aggressive Verhaltensweisen, sexuelle Impulse, manchmal auch selbstverletzendes Verhalten, Epilepsien oder auch akute Krisen eine wichtige Rolle.

Das Vorgehen der Verhaltenstherapie bei ASD ist nicht grundsätzlich anders als bei anderen Störungsbildern. Nach ausführlicher Verhaltens- und Problemanalyse wird ein individuell angepasster Interventionsplan entworfen, der sowohl den Betroffenen selbst, Eltern, Geschwister als auch das weitere Umfeld einbezieht (Oono et al., 2013). Bei dem Betroffenen selbst stehen meist Interventionen zum Abbau von unerwünschtem und Aufbau von erwünschtem Verhalten im Vordergrund. Des Weiteren steht das Erfassen, Trainieren und Umstrukturieren von Kognitionen, die Integration von Kognitionen und Emotionen im Mittelpunkt. Der Fokus dabei liegt auf dem Erlernen folgender Fertigkeiten:

- Aufbau von neuen Verhaltensweisen und Abbau von unerwünschtem Verhalten,

- Motivationsförderung,
- Diskriminationstraining bzgl. der Unterscheidung zwischen wichtigen und unwichtigen Dingen, insbesondere in sozialen Zusammenhängen,
- Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten,
- Emotionsregulation, z. B. Angstbewältigung,
- generelle sowie spezifische (bzgl. besonderer, individuell kritischer Situationen) Problemlöse-Strategien im Sinne von Coping-Strategien,
- Selbstmanagement, Self-Monitoring, Training der Selbstkontrolle,
- Generalisierungsfähigkeit,
- Förderung der lebenspraktischen Fähigkeiten (z. B. persönliche Hygiene, hauswirtschaftliche Fähigkeiten, Verhalten im Straßenverkehr, Umgang mit dem Telefon und Geld usw.).

Bei den Interventionen können sämtliche operante Techniken vom operanten Konditionieren, unter Nutzung von Verstärkern, über *Prompting*, *Shaping* und *Fading* bis zu Imitation und Modelllernen zum Einsatz kommen. Schwierigkeiten ergeben sich meist durch das nur geringe Bedürfnis nach sozialen Verstärkern (z. B. Lob, Freude und Stolz der Bezugspersonen). Daher werden besonders bei Kindern und zu Beginn der Psychotherapie materielle, primäre Verstärker eingesetzt, die jedoch im Laufe der Zeit von sozialen oder Handlungsverstärkern abgelöst werden sollten. Wichtig ist dabei, dass das Kind oder der Jugendliche die Belohnung auch tatsächlich als solche erlebt. Dies bedeutet, dass z. B. auch stereotype Interessen oder Verhaltensweisen (etwa das Drehen eines Kreisel; besonderes Interesse an Fahrplänen, Daten usw.) oder begehrte Objekte (z. B. Murmeln, Fahrpläne, Wetterkarten) als Verstärker eingesetzt werden sollten. Diese Verstärker werden zu Beginn zeitlich unmittelbar nach dem Auftreten des gewünschten Verhaltens und kontinuierlich eingesetzt. Im Verlauf dann zeitlich verzögerter und intermittierend. Auch Verstärkerverträge und Verstärkersysteme können bei Kindern/Jugendlichen mit Autismus zur Anwendung kommen und sind bei diesen häufig sehr beliebt, da sie ihrem Wunsch nach „zählbaren“ Ergebnissen und Struktur entgegenkommen.

Die Generalisierung des gelernten Verhaltens muss explizit geübt, trainiert und begleitet werden. Dies macht es zum einen notwendig, das Gelernte oft zu wiederholen, zum anderen, das Verhalten in vielen verschiedenen, auch weniger strukturierten Situationen zu üben und zu verstärken. Die Reihenfolge dieser Lernschritte muss genau geplant werden, damit der Übergang von gut strukturierten Situationen zu unstrukturierten Situationen in verschiedenen Kontexten (z. B. Therapieraum, Zuhause, Schule) sinnvoll gestaltet werden kann. Auch um die Generalisierungseffekte weiter auszubauen, sind die Eltern, Erzieher, Lehrer, Schulbegleiter eng in die Psychotherapie mit einzubeziehen.

Ebenso relevant sind die Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie insbesondere bei Personen mit hochfunktionalem ASD (beispielsweise systematische Desensibilisierung, kognitives Umstrukturieren, Training sozialer Kompetenzen usw.). Bei Jugendlichen und erwachsenen Personen mit ASD ist ein Training sozial-kommunikativer Fertigkeiten indiziert und von den Betroffenen auch gewünscht (Gawronski et al., 2011). Hierzu liegen manualisierte Programme vor (Gawronski et al., 2012; Herbrecht & Poustka, 2007). Empirische Studien konnten nachweisen, dass diese Trainings die sozialen Kompetenzen verbessern und das Gefühl des Alleinseins reduzieren (Reichow et al., 2012). Allerdings zeigten sich keine generalisierten Effekte auf die Fähigkeit, Emotionen richtig zu erkennen bzw. auf Theory-of-Mind-Fähigkeiten (Fletcher-Watson et al., 2014). Dies macht deutlich, wie grundlegend und biologisch verankert (s. o.) diese Defizite bei Personen mit ASD sind (Krach et al., submitted). Jedoch sind kognitiv-behaviorale Interventionen insgesamt sowohl hinsichtlich der Kernsymptomatik als auch bezüglich komorbider Störungen (Depressionen, Angststörungen) indiziert und effektiv (McGillivray & Evert, 2014; Weitlauf et al., 2014). Zwar ist die Kernsymptomatik (Störung der sozialen Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit, stereotype Verhaltensweisen) pharmakologisch nicht behandelbar, aber häufig assoziierte Begleitsymptome und -störungen (Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörungen, massive Angstsymptome, Auto-/aggressives Verhalten usw.) sind durch eine Medikation positiv beeinflussbar. So konnte beispielsweise die positive Wirkung von atypischen Neuroleptika (in einer sehr geringen Dosierung und unter Abwägung von Wirkung und [langfristiger] Nebenwirkung) auf Aggressivität, Reizbarkeit, Erregungszustände und repetitive Verhaltensweisen in vielen Studien nachgewiesen werden (Übersicht Poustka et al., 2011; Kamp-Becker et al., 2010). Die pharmakologische Behandlung von begleitenden Auffälligkeiten kann als ergänzende Maßnahme das Ansprechen auf pädagogische Förderung und psychotherapeutische Maßnahmen verbessern (Frazier et al., 2012). Besonders Auto- und Fremdaggressionen, Depressionen, Stereotypien und Hyperaktivität lassen sich medikamentös behandeln und verbessern den Erfolg von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen.

Zusammenfassend besteht eindeutige Evidenz dafür, dass für Personen mit ASD eine Verhaltenstherapie indiziert ist. Wenngleich ASD nicht heilbar sind, so kann die Lebensqua-

lität der Betroffenen sowie der Familienangehörigen durch verhaltenstherapeutische Interventionen deutlich verbessert werden.

## Literatur

Die Literaturangaben zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).



### **Prof. Dr. Inge Kamp-Becker**

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Marburg Hans-Sachs-Str. 6, 35039 Marburg [kampbeck@med.uni-marburg.de](mailto:kampbeck@med.uni-marburg.de)

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, W2 Professur für Autismus-Spektrum-Störungen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -Psychosomatik und -Psychotherapie am Universitätsklinikum Marburg und Gießen, Standort Marburg. Forschungsschwerpunkte: Autismus-Spektrum-Störungen, psychische Störungen im Kleinkindalter.



### **Dr. rer. nat. Kurt Quaschner**

Anschrift wie Prof. Dr. Inge Kamp-Becker, s.o. [quaschne@med.uni-marburg.de](mailto:quaschne@med.uni-marburg.de)

Diplom-Psychologe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Leitender Psychologe der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg, Leiter des Instituts für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin an der Philipp-Universität Marburg (IVV). Schwerpunkte: Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung, Supervision, Selbsterfahrung.

# Sind neurowissenschaftlich fundierte Biomarker im Rahmen der Behandlung psychischer Störungen denkbar?

Kevin Hilbert

In den letzten beiden Dekaden haben die Neurowissenschaften einen bemerkenswerten Aufschwung erlebt und sind zu einer stark beforschten wie medial präsenten Wissenschaftsdisziplin gereift. Da sie sich ebenfalls mit geistigen Prozessen wie mentalen Zuständen im gesunden und klinischen Kontext befassen, liegen gemeinsame Interessen mit der Psychologie und auch Psychotherapie nahe. Allerdings wird die Bilanz der Neurowissenschaften für diese beiden Disziplinen durchaus ambivalent beurteilt: Während einerseits herausgestellt wird, dass die Neurowissenschaften unser Verständnis allgemeiner psychischer Prozesse wie auch psychopathologischer Mechanismen deutlich vertieft hätten, wird andererseits bemängelt, dass diese Erkenntnisse bisher nicht in konkreten Nutzen für die individuelle Patientin oder den individuellen Patienten<sup>1</sup> mit einer psychischen Störung oder auch für den psychotherapeutischen Prozess umgesetzt werden konnten (z. B. Bullmore, 2012; Lueken, Hilbert, Wittchen, Reif & Hahn, 2015). In den letzten Jahren sind daher unter anderem Forschungsansätze in das Zentrum des Interesses gerückt, die neurowissenschaftliche Daten zu Biomarkern für klinisch-psychologische Fragestellungen weiterentwickeln möchten, nicht unähnlich zu Labortests für verschiedenste Fragestellungen im Bereich der somatischen Medizin.

Teil dieser Entwicklung ist auch, dass die Anwendung verschiedener Ansätze aus dem Bereich des maschinellen Lernens auf neurowissenschaftliche

Daten potenziell Aussagen über einzelne Individuen statt nur über Gruppen zulässt. Vereinfacht gesagt ist es dabei so, dass zuerst neurowissenschaftliche Daten (beispielsweise anatomische Aufnahmen des Gehirns aus dem Magnetresonanztomographen) von Gruppen von Personen benötigt werden, die sich hinsichtlich interessierender Parameter voneinander unterscheiden. Dies könnte zum Beispiel das Vorliegen einer bestimmten Diagnose X sein. Nun wird nach einem Muster charakteristischer Auffälligkeiten in den Daten gesucht, das Personen mit der Diagnose X gemein ist, aber bei Personen ohne Diagnose X nicht vorliegt. Dieses Muster kann dabei durchaus sehr subtil sein und muss für sich genommen nicht zwangsläufig sinnvoll interpretiert werden können. Basierend auf diesen Unterschieden lässt sich nun ein Entscheidungsalgorithmus entwickeln (ein sogenannter *Classifier*), der die einzelnen Personen anhand ihrer anatomischen Daten ihrer jeweiligen Gruppen zuordnen kann. Anschließend ist es möglich, diesen Algorithmus auf beliebige Individuen der gleichen oder aber auch einer anderen, neuen Stichprobe anzuwenden und diese Individuen anhand ihrer spezifischen Muster wiederum der einen oder anderen Gruppe zuzuordnen (für eine ausführlichere Darstellung siehe auch Klöppel et al., 2012).

Im klinischen Kontext wurden diese Ansätze ursprünglich insbesondere im Bereich der neurodegenerativen Erkrankungen für Fragestellungen der Frühdiagnostik und des Verlaufs beforcht (z.B. bei Morbus Alzheimer; Orrù, Pettersson-Yeo, Marquand, Sartori & Mechelli, 2012). Inzwischen findet sich aber auch eine stetig anwachsende Zahl von Studien zu psychischen Störungen. Wichtig ist dabei, dass es grundsätzlich keine Rolle spielt, welcher Art von Gruppe ein Individuum zugeordnet werden soll: Die Klassifikation von Patienten im Sinne der Zuordnung zu bestimmten Diagnosegruppen wie oben geschildert läge natürlich nahe, wäre aber nur eine potenzielle Anwendung. Ebenso wäre es z.B. denkbar, nach Mustern in Daten von Personen mit und ohne Therapieerfolg, mit und ohne erfolgtem Rezidiv usw. zu schauen. Falls sich auf diesem Wege also tatsächlich neurobiologische Marker für Prädiktion und Prognose entwickeln lassen, wären auch für klinisch arbeitende Psychologen und Psychotherapeuten interessante Fragestellungen hypothetisch untersuchbar, wie etwa: Welches Störungsbild liegt den klinisch beobachteten Symptombildern zugrunde? Welche Mitglieder einer Risikogruppe werden eine psychische Störung entwickeln? Bei welchen meiner Patienten wird Psychotherapie wirken, und wie gut? Im Folgenden sollen daher drei aktuelle Studien aus diesem Bereich vorgestellt und ein erster Einblick in dieses sich entwickelnde Forschungsfeld gegeben werden.

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht durchgängig beide Geschlechtsformen genannt. Selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

## Könnten per MRT abgeleitete Biomarker bei schwierigen, aber wichtigen diagnostischen Entscheidungen hilfreich sein?

Grotegerd, D. et al. (2013). Discriminating unipolar and bipolar depression by means of fMRI and pattern classification: a pilot study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263, 119-131. DOI 10.1007/s00406-012-0329-4.

In dieser Studie untersuchen die Autoren die Frage, ob bei einer akuten depressiven Episode per funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) bestimmt werden kann, ob es sich insgesamt um eine unipolare oder bipolare Erkrankung handelt. Zu diesem Zweck wurden zehn Patienten mit einer unipolaren depressiven Erkrankung sowie zehn Patienten mit einer bipolaren Störung untersucht, wobei aktuell bei allen Patienten eine depressive Episode vorlag. Hinsichtlich der Anzahl bisheriger depressiver Episoden sowie der aktuellen depressiven Symptomschwere waren beide Gruppen von Patienten vergleichbar. Zur Klassifikation der Patienten wurden die per fMRT gemessenen Aktivierungsmuster während der Betrachtung emotionaler Gesichter genutzt.

Die Ergebnisse lagen deutlich über dem durch Zufall erwartbaren Niveau. Bei Verwendung des besten *Classifiers* wurden insgesamt nur zwei Patienten falsch zugeordnet: jeweils ein Patient mit einer unipolaren Depression in die Gruppe der bipolar Erkrankten und umgekehrt. Es ergibt sich also eine Genauigkeit von 90%. Bei Einbezug einer zusätzlich mit derselben Methode untersuchten Gruppe von gesunden

Personen in die Analyse, wurde der Zuordnungsprozess insgesamt offenbar schwieriger, trotzdem konnten weiterhin viele Personen richtig zugeordnet werden (bis zu 85% Genauigkeit für die Unterscheidung von unipolar depressiven Patienten von gesunden Personen und bis zu 80% Genauigkeit für die Unterscheidung von bipolar depressiven Patienten von gesunden Personen).

### Kommentar

Die Studie von Grotegerd et al. (2013) soll vor allem an das Thema heranzuführen und den potentiellen Nutzen hypothetischer neurobiologischer Marker für die Diagnostik psychischer Störungen an einer interessanten und klinisch relevanten Fragestellung andeuten. Wie die Autoren selbst herausstellen, ist die Zuordnung einer depressiven Episode zu einer dahinter liegenden unipolaren oder bipolaren Störung eine diagnostische Fragestellung von Relevanz, da Intervention und Prognose sich in Abhängigkeit von der Antwort deutlich unterscheiden können. Die „Königsdisziplin“, die für einen echten praktischen Zusatznutzen erfolgreich gemeistert werden müsste, wäre dabei sicherlich die Voraussage des zukünftigen Verlaufs, etwa zum Zeitpunkt einer erstmalig auftretenden depressiven Episode. An erster Stelle steht bis dahin die Replikation und Erweiterung der bisherigen Befunde auf größere Stichproben. Da es sich bei Studien dieser Art wie bereits geschildert um vergleichsweise neue Herangehensweisen handelt, sind

Untersuchungen vergleichbarer Fragestellungen rar und explizite Replikationen kaum verfügbar. Dies erschwert es zum jetzigen Zeitpunkt noch, die Reliabilität und Validität solcher Klassifikationsansätze einzuschätzen. Zudem wurde der in dieser Studie aus den Daten entwickelte Algorithmus zur Bestimmung seiner Güte auf den gleichen Datensatz angewendet statt auf eine unabhängige Stichprobe. Für eine „Proof-of-Concept“-Studie wie diese ist das ein gängiges Vorgehen, für das Langzeit-Ziel der Anwendung in der Praxis müsste aber natürlich die Generalisierbarkeit des Markers auf neue und unabhängige Stichproben gezeigt werden. Siehe dazu auch die weiter unten besprochene Studie von Siegle et al. (2012). Zudem ist die Verwendung einer Aufgabe (hier: Betrachtung emotionaler Gesichter) zur Gewinnung der neuralen Daten nicht ganz unproblematisch, da in der neurowissenschaftlichen wie in der psychologischen Forschung eine große Menge von teils sehr ähnlichen, aber in Details subtil veränderten Aufgaben im Umlauf ist. Diese subtilen Veränderungen könnten sich allerdings durchaus deutlich auf die neuralen Muster auswirken, die dem Klassifikationsprozess zu Grunde liegen. Langfristig ist daher vermutlich eher die Verwendung aufgabenfreier (beispielsweise anatomischer) Daten günstig, oder die für diese Zwecke verwendeten Paradigmen müssten in einem weit größeren Maße als bisher standardisiert verwendet werden, um die Reliabilität der abgeleiteten Marker zu gewährleisten.

## Sind Biomarker im Bereich der Identifikation von Hochrisikogruppen mit dem Ziel der Prävention psychischer Störungen denkbar?

Gong, Q. et al. (2014). Using structural neuroanatomy to identify trauma survivors with and without post-traumatic stress disorder at the individual level. *Psychological Medicine*, 44, 195-203. DOI 10.1017/S0033291713000561.

Die zweite hier vorgestellte Studie beschäftigt sich mit der Frage, welche Mitglieder einer Risikogruppe eine psychische Störung entwickeln und daher beispielsweise von präventiven Maßnahmen profitieren würden. In einem ersten Schritt wurde dabei retrospektiv

untersucht, ob Personen, die ein extrem belastendes Ereignis erlebt haben und in der Folge eine psychische Störung entwickelten, sich grundsätzlich von Personen abgrenzen lassen, die zwar ebenfalls unter einem extrem belastenden Ereignis litten, aber in der Folge gesund

blieben. Dies könnte langfristig in der Entwicklung eines Biomarkers für die Prognose eines ungünstigen Verlaufs münden. Zu diesem Zweck untersuchten die Autoren 100 Überlebende eines schweren Erdbebens, von denen 50 eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickelten und 50 nicht. Zudem wurden 40 gesunde Personen ohne dieses traumatische Erlebnis untersucht. Zur Klassifikation der Patienten wurden anatomische Aufnahmen des Gehirns genutzt, angefertigt mittels Magnetresonanztomographie (MRT). Dabei erfolgte die Gruppenzuordnung anhand der Verteilung der grauen Substanz, der weißen Substanz oder beider Gewebetypen in Kombination.

Interessanterweise zeigten die beiden Gewebetypen unterschiedliche Stärken in der Klassifikation der Probanden, je nach zugrundeliegender Fragestellung. So gelang beispielsweise die Unterscheidung von überlebenden Personen mit einer PTBS von gesunden Personen ohne diese traumatische Erfahrung generell sehr gut (mit einer Genauigkeit von 91%), allerdings war die Klassifikation mittels des Verteilungsmusters der weißen Substanz sensitiver, aber gleichzeitig weniger spezifisch als die Klassifikation mittels der grauen Substanz – es wurden also mehr Personen mit einer PTBS korrekt als klinische Probanden erkannt, allerdings wurden auch mehr gesunde Personen fälschlicherweise in die PTBS-Gruppe eingeordnet. Ebenso gelang die Unterscheidung von

Überlebenden ohne eine PTBS und gesunden Personen ohne diese traumatische Erfahrung besser anhand der weißen Substanz (mit einer Genauigkeit von 85% im Vergleich zu 76% bei der grauen Substanz). Hinsichtlich der interessantesten Fragestellung, wie gut Personen mit einer Traumatisierung und einer PTBS von Personen mit einer Traumatisierung aber ohne PTBS unterschieden werden können, zeigte sich eine geringere Genauigkeit von nur noch 67%, die aber immer noch signifikant besser als eine zufällige Zuordnung war. Allerdings war hier nur das Verteilungsmuster der grauen Substanz brauchbar.

### Kommentar

Die Studie von Gong et al. (2014) ist in zweierlei Hinsicht interessant: Zum einen gibt sie einen Ausblick auf den potenziellen Nutzen neurowissenschaftlich fundierter Biomarker für die Prognose und Risikoabschätzung von gefährdeten Personen, zum anderen liefert sie Lösungsansätze für einige der methodischen Probleme der zuerst vorgestellten Arbeit von Grotegerd et al. (2013), siehe oben. Inhaltlich ist die Frage, ob eine Unterscheidung möglich ist zwischen Personen, die ein traumatisches Ereignis erlebt haben und in der Folge eine PTBS entwickeln, und denen, die trotzdem gesund bleiben, hochspannend und beispielsweise für eine frühzeitige Intervention im Rahmen der Notfallpsychologie relevant. Die vorliegenden Daten liefern erste

Hinweise darauf, dass neurobiologische Marker möglicherweise zur Beantwortung dieser Frage wertvoll sein könnten. Neben der obligatorischen Replikation der Befunde wäre hier besonders eine prospektive Folgestudie interessant, die nicht erst im Intervall von 263 bis 468 Tagen nach der Traumatisierung eine MRT-Untersuchung durchführt, sondern beispielsweise in der darauffolgenden Woche, und so möglicherweise eine echte Vorhersage einer PTBS-Entwicklung erlaubt. Dies kann die vorliegende Arbeit nicht leisten. Methodisch interessant ist neben dem Vorliegen größerer Stichproben hier die Verwendung anatomischer Daten, was im Vergleich zur Verwendung einer Aufgabe wie im Falle der Studie von Grotegerd et al. (2013) möglicherweise vorteilhaft sein könnte. Schließlich deutet die aktuelle Arbeit darauf hin, dass verschiedene Klassifikationsansätze, wie etwa die Verwendung von Mustern der grauen, weißen oder beider Substanzen, mit spezifischen Vor- und Nachteilen einherzugehen scheinen. In der Folge gibt es also vermutlich keine „besten“ Algorithmen, die für jede oder zumindest eine Vielzahl von Fragestellungen geeignet sind, sondern potenzielle Biomarker müssten spezifisch für die jeweiligen Fragestellungen optimiert werden. Dies macht die Suche nach potenziell praxisgeeigneten Markern natürlich noch herausfordernder. Genauer zu ermitteln, welche Daten und Algorithmen sich für welche Fragestellungen eignen, wäre eine Aufgabe für zukünftige Studien.

## Ist eine Prognose denkbar, welche Patienten wie stark von unserer Psychotherapie profitieren werden?

Siegle, G. et al. (2012). Toward Clinically Useful Neuroimaging in Depression Treatment: Prognostic Utility of Subgenual Cingulate Activity for Determining Depression Outcome in Cognitive Therapy Across Studies, Scanners, and Patient Characteristics. *Archives of General Psychiatry*, 69 (9), 913-924.

Siegle et al. (2012) nehmen in ihrer Arbeit den eigentlichen Therapieverlauf in den Fokus und versuchen sich an einer

Vorhersage des Therapieoutcomes anhand funktioneller Aktivierungsmuster, über verschiedene Settings (beispielsweise Stichproben, Psychotherapeuten etc.) hinweg. Dazu wurden Stichproben aus zwei verschiedenen klinischen Studien untersucht. Die erste Stichprobe umfasste 17 Patienten mit einer rezidivierenden Major Depression, die von einer kleinen Gruppe von Studientherapeuten unter wöchentlicher Videosupervision behandelt wurden, sowie 15

gesunde Kontrollprobanden. Die zweite Stichprobe umfasste 23 Patienten mit einer rezidivierenden Major Depression und neun Patienten mit einer erstmalig auftretenden Episode einer Major Depression sowie zusätzlich 20 gesunde Kontrollprobanden. Diese wurden von einer heterogeneren Gruppe von Psychotherapeuten behandelt, die sich sowohl hinsichtlich ihrer Ausbildung als auch ihrer Erfahrung deutlich unterschieden. Zudem wurde diese Gruppe

von Psychotherapeuten weniger intensiv supervidiert. Alle Patienten beider Stichproben wurden mit kognitiver Psychotherapie behandelt. Anhand funktionaler MRT-Daten in Reaktion auf negative Stimuli wurde nun der Therapieerfolg, gemessen anhand des Vergleiches der Prä- und Posttherapiewerte im Beck-Depressions-Inventar (BDI) und in der Hamilton Rating Skala für Depression (HRSD), vorausgesagt. Dabei wurde zwischen Nonresponse, Response und Remission unterschieden. Für Response musste sich der initiale BDI- oder HRSD-Wert um mindestens 50% bis zum Therapieende verringern, während für Remission sogar ein BDI-Wert von weniger als 10 bzw. ein HRSD-Wert von weniger als 7 (in beiden Fällen interpretiert als keine klinisch relevante Depression) am Ende der Psychotherapie erreicht werden musste. Es zeigte sich, dass die gewählte Klassifikationsmethode für beide Stichproben jeweils einzeln als auch kombiniert vergleichbare Ergebnisse erzielte. Dabei gelang die Vorhersage basierend auf den BDI-Werten tendenziell etwas besser als die Vorhersage basierend auf den HRSD-Werten. So konnte Therapieerfolg für beide Stichproben zusammen mit einer Genauigkeit von 79% vorhergesagt

werden sowie Remission mit einer Genauigkeit von 72%. Dabei war auffällig, dass die Klassifikation in beiden Fällen wenig sensitiv, aber hoch spezifisch war (beispielsweise lag die Sensitivität bei der Vorhersage von Therapieerfolg nur bei 50%, die Spezifität allerdings bei 96%). Zudem konnte durch die Übertragung des Klassifikationsalgorithmus von einer Stichprobe auf die zweite gezeigt werden, dass der Klassifikationsprozess prinzipiell über verschiedene Settings (Stichproben, Psychotherapeuten, aber auch verschiedene MRT-Geräte) generalisierbar ist. Dabei blieb die Genauigkeit der Vorhersage mit 74% für die Response bzw. 78% für die Remission recht gut, allerdings sank in diesem Fall die Spezifität der Prognose ab, während die Sensitivität hoch war.

## Kommentar

Siegle et al. (2012) untersuchen in ihrer Arbeit den möglichen Nutzen des vorgestellten Klassifikationsansatzes für Themen psychotherapeutischer Arbeit jenseits diagnostischer Fragen. So könnte eine Erfolgsprognose, wie hier durchgeführt, für eine ganze Reihe von therapeutischen Entscheidungen hilfreich sein, beispielsweise für die Ent-

scheidung zugunsten oder gegen ein bestimmtes Therapierational, für die Berücksichtigung zusätzlicher Therapieangebote wie Boostersessions oder aber auch eine begleitende medikamentöse Behandlung. Neben den natürlich auch hier noch fehlenden Replikations- und Validierungsstudien ist vor allem die relativ kleine und recht selektive Stichprobe eine Schwäche der Untersuchung. So nahm beispielsweise keiner der untersuchten Patienten gleichzeitig Psychopharmaka gegen seine depressiven Symptome ein, was die Generalisierbarkeit der Befunde auf die Gesamtheit depressiver Patienten einschränkt. Zudem schwankten Sensitivität und Spezifität mitunter recht stark, was es bei einem hypothetischen praktischen Einsatz der Methode noch schwieriger machen würde, die Sicherheit der erzeugten Prognose einzuschätzen. Methodisch interessant ist dagegen grundsätzlich die Verwendung verschiedener Patienten- sowie auch Psychotherapeutengruppen. Damit liefern die Ergebnisse von Siegle et al. (2012) erste Hinweise darauf, dass die an einer Stichprobe gewonnenen Marker tatsächlich auf andere Settings generalisiert werden können – eine Grundvoraussetzung für die praktische Anwendbarkeit.

## Diskussion und Ausblick

Die hier vorgestellten Studien zeigen beispielhaft die Anwendung neuer Verfahren aus dem Bereich des maschinellen Lernens mit dem letztlich Ziel der Entwicklung von neurowissenschaftlichen Biomarkern für klinisch-psychologisch bzw. psychotherapeutisch relevante Fragestellungen. Dabei ist es bis zur letztendlichen Verfügbarkeit dieser Marker noch ein weiter Weg. Zunächst ist die mehrfache Replikation und Validierung bisheriger Befunde mit möglichst umfangreichen und heterogenen Stichproben wichtig. Besonderes Augenmerk sollte dabei auf der Generalisierbarkeit der Befunde von einer Stichprobe auf die nächste liegen, wie bereits exemplarisch von Siegle et al. (2012) durchgeführt. Im Sinne einer hypothetischen Anwendbarkeit in der Praxis müssen dabei auch eventuelle

Probleme durch verschiedenste unter realen Bedingungen auftretende Störfaktoren sorgfältig evaluiert werden, dazu gehören beispielsweise der Einfluss komorbider Störungen, neurologischer Erkrankungen oder psychotroper Substanzen. Ähnlich wie in der Untersuchung von Siegle et al. (2012) und vielleicht noch in stärkerem Ausmaß wird sich dabei vermutlich zeigen, dass die Genauigkeit der Verfahren bei der Übertragung auf eine zweite Stichprobe abnimmt. Zudem zeigen bereits aktuell verfügbare Studien, dass die Genauigkeit der erzeugten *Classifier* in Abhängigkeit von den verwendeten Daten, aber auch von der untersuchten Frage stark schwankt (siehe auch die entsprechende Diskussion im Kommentar zur Studie von Gong et al., 2014). Berücksichtigt man diese Faktoren, wird klar,

dass ein zweiter wesentlicher Schritt die Optimierung der Verfahren sein muss, um die Genauigkeit der Vorhersagen zu verbessern. Ob diese dann tatsächlich das für einen praktischen Einsatz erforderliche Niveau erreichen, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht absehbar. Auch muss berücksichtigt werden, dass unter Umständen nicht die globale Genauigkeit ausschlaggebend für den Mehrwert und die Akzeptanz der Verfahren relevant wäre, sondern je nach den eintretenden Folgen die Sensitivität oder Spezifität der Zuordnung maximiert werden muss. Dementsprechend bestünde ein wichtiges Ziel in der Ermittlung von optimalen Algorithmen für spezifische Fragestellungen. Aus praktischer Sicht wäre dabei vermutlich die Verwendung aufgabenfreier Daten sinnvoll, da hier leichter ein hoher Standar-

disierungsgrad erreichbar scheint und derartige Messungen zudem häufig schneller und damit letztendlich auch preiswerter wären.

Neben einer ausführlichen Evaluation, ob die hier vorgestellten Verfahren die für einen potenziellen Praxiseinsatz nötige Reliabilität und Validität aufweisen, sind auch eine Reihe praktischer sowie ethischer Fragen vor einem hypothetischen Einsatz in der Praxis offen (siehe dazu auch Gong et al., 2014; Orrù et al., 2012). Praktisch bedeutsam wäre neben der reinen wissenschaftlichen Güte der Verfahren auch die Frage, ob der tatsächliche additive Wert solcher Biomarker über bereits bestehende Informationsquellen hinaus die Kosten der Verfahren rechtfertigt und ob es gelingt, den Automatisierungsgrad der jeweiligen Datenauswertung soweit zu erhöhen, dass die Verfahren auch jenseits hoch spezialisierter Forschungseinrichtungen angewandt werden können. Letzteres erscheint lösbar, während Ersteres vermutlich vor allem vom prognostischen Wert der gewonnenen Information, z. B. für die Entwicklung oder den Verlauf einer psychischen Störung, abhängen würde.

Zuletzt sind auch einige ethische Aspekte bedenkenswert. Wie Orrù et al. (2012) ausführen, könnte eine ungünstige Prognose (beispielsweise hinsichtlich des Auftretens einer psychischen Störung in der Zukunft) zu einer deutlichen Belastung für ein Individuum führen. Ein zweiter häufiger Einwand ist, dass andere Personen oder Institutionen aufgrund einer Prognose ihr Verhalten gegenüber dem Individuum ändern und beispielsweise bestimmte Leistungen wie eine psychotherapeutische Behandlung nicht mehr gewähren, da diese laut Prognose vermutlich sowieso nicht wirksam wäre. Dabei wäre sogar irrelevant, ob die Prognose tatsächlich genügend große Sicherheit für eine solche Schlussfolgerung bietet, solange sie von den Beteiligten als ausreichend sicher angenommen wird. Obwohl dieses Risiko besteht, muss auf der anderen Seite auch bedacht werden,

dass Prognosen grundsätzlich zum beruflichen Alltag von Psychologen, Psychotherapeuten wie auch Medizinern gehören und bereits jetzt deutliche negative Folgen für ein Individuum haben können. Falls entsprechende Biomarker also je zur Verfügung stehen, müssten die Grenzen dieser Informationsquelle durchaus diskutiert und hinsichtlich der Vereinbarkeit mit Prinzipien wie Fairness und Ausgewogenheit, aber auch beispielsweise Datensicherheit überprüft werden.

Bei den hier vorgestellten Studien mit dem Ziel der Entwicklung biologischer Marker handelt es sich also um die Anwendung von vergleichsweise neuen Analysetechniken auf neurowissenschaftliche Daten, die prinzipiell das Ableiten von Schlussfolgerungen für einen Einzelfall erlauben und somit auch für psychotherapeutische Fragestellungen interessant sein könnten. Dabei geht es nicht um die „Verbiologisierung“ des psychotherapeutischen Handelns oder die Anwendung neurowissenschaftlicher Methoden um ihrer selbst willen, sondern um die Erhöhung der Zuverlässigkeit und Sicherheit diagnostischer und insbesondere prognostischer Information sowie eine bessere Feststellung des individuellen Bedarfs im Sinne der „personalisierten“ Behandlung psychischer Störungen. Bisherige Studien sind eindeutig noch im Bereich der Grundlagenforschung anzusiedeln, zeigen aber erste interessante Ergebnisse. Dabei sind viele methodische, praktische und nicht zuletzt ethische Fragen noch of-

fen. Sollten diese aber von zukünftigen Arbeiten überzeugend beantwortet werden, könnten sich die so entwickelten Biomarker letztlich zu einer wertvollen Hilfe und weiteren Informationsquelle für Psychotherapeuten bzw. Kliniker entwickeln.

## Literatur

- Bullmore, E. (2012). The future of functional MRI in clinical medicine. *Neuroimage*, 62, 1267-1271.
- Gong, Q., Li, L., Togtgin, S., Wu, Q., Pettersson-Yeo, W., Lui, S., Huang, X., Marquand, A. F. & Mechelli, A. (2014). Using structural neuroanatomy to identify trauma survivors with and without post-traumatic stress disorder at the individual level. *Psychological Medicine*, 44, 195-203.
- Grotegerd, D., Suslow, T., Bauer, J., Ohrmann, P., Arolt, V., Stuhmann, A., Heindel, W., Kugel, H. & Dannlowski, U. (2013). Discriminating unipolar and bipolar depression by means of fMRI and pattern classification: a pilot study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263, 119-131.
- Klöppel, S., Abdulkadir, A., Jack, C. R., Koutsouleris, N., Mourao-Miranda, J. & Vemuri, P. (2012). Diagnostic neuroimaging across diseases. *Neuroimage*, 61, 457-463.
- Lueken, U., Hilbert, K., Wittchen, H. U., Reif, A. & Hahn, T. (2015). Diagnostic classification of specific phobia subtypes using structural MRI data: a machine-learning approach. *Journal of Neural Transmission* 122, 123-134.
- Orrù, G., Pettersson-Yeo, W., Marquand, A. F., Sartori, G. & Mechelli, A. (2012). Using Support Vector Machine to identify imaging biomarkers of neurological and psychiatric disease: A critical review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36, 1140-1152.
- Siegle, G. J., Thompson, W. K., Collier, A., Berman, S. R., Feldmiller, J., Thase, M. E. & Friedman, E. S. (2012). Toward clinically useful neuroimaging in depression treatment: prognostic utility of subgenual cingulate activity for determining depression outcome in cognitive therapy across studies, scanners, and patient characteristics. *Archives of General Psychiatry*, 69, 913-924.



### Dipl.-Psych. Kevin Hilbert

Technische Universität Dresden  
 Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie  
 Professur für Behaviorale Epidemiologie  
 Chemnitzer Str. 46  
 01187 Dresden  
 Kevin.Hilbert@tu-dresden.de

Wissenschaftlicher Mitarbeiter seit 2012 am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden. Er forscht dort zu den neurobiologischen Grundlagen von Angststörungen und Depressionen. Ebenfalls seit 2012 befindet er sich in der Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (Schwerpunkt Verhaltenstherapie).

# Buchrezension

## Psychopharmakologie und die Minimierung des Subjekts

Balz, Viola (2010). *Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland 1950-1980*. Bielefeld: transcript Verlag, 577 Seiten, 36,80 €

Jeder Psychotherapeut und jede Psychotherapeutin kennt die Schnittstelle zu unserer Nachbardisziplin, der Psychiatrie. Und die Schwierigkeit, deren Haupthandwerkszeug, die Psychopharmakologie, angemessen zu beurteilen. Daher wäre es sinnvoll, ein historisches Grundlagenwerk zur Wirksamkeit von Psychopharmaka, geschrieben von einer Vertreterin unseres Berufsstandes, zu kennen.

Das Buch stellt die gekürzte Fassung eines Forschungsprojektes von Dr. Viola Balz dar, Professorin für Klinische Psychologie an der Evangelischen Hochschule Dresden. Thematisch geht es um die Etablierung der ersten Neuroleptika in der BRD in den 1950er-Jahren. Und um den schillernden Begriff der „Wirksamkeit“. (v. a. Teil Einführung). Ursprünglich vertraute die deutsche Psychiatrie nämlich nur den sog. Schock- und Krampftherapien, während die Effektivität von pharmakologischen Verfahren höchst umstritten war. Das änderte sich, als 1951 der Stoff „Chlorpromazin“ synthetisiert wurde. Wie aber kann man – und das ist die zentrale Frage des Buches – die therapeutische Wirksamkeit einer chemischen Substanz feststellen?

Grundsätzlich existieren hierzu zwei Wege, welche die Autorin dann in den beiden Hauptteilen (Teil I und II) ihres Buches aufzeigt: den einen, wo Wirksamkeit als „Zeugenschaft“ definiert wird, und den anderen der „im Experiment“ nachgewiesenen Wirksamkeit, der schließlich die moderne wissenschaftliche Psychiatrie begründen sollte.

Balz verfolgt anhand von Krankenakten minutiös medikamentöse Forschungsreihen, die von 1953 bis 1957 an der Heidelberger Psychiatrie durchgeführt wurden. Sie sollten dem Nachweis eines „antipsychotischen Effekts“ von Chlorpromazin dienen, konnten jedoch zunächst keinen stabilen psychotropen Effekt hervorbringen. So wechselte man schließlich das Versuchsdesign: Nicht mehr den von Patienten geschilderten Erfahrungen bei der Einnahme und den von Ärzten angestellten Beobachtungen wollte man nun vertrauen, sondern einem (noch zu schaffenden) „kontrollierten klinischen Versuch“. Damit erfolgte ab etwa 1965 die „Experimentalisierung“ des Wirksamkeitsbegriffes in der BRD.

Dies aber bedeutete nicht weniger als eine neue Form der Wissensgenerierung. Nicht mehr der zuvor so bedeutsame „klinische Eindruck“ zählte, sondern das Ergebnis eines an die Naturwissenschaften angelehnten Experiments. *Subjektivität* – egal, ob vom als unzuverlässig geltenden Patienten kommend oder vom beobachtenden Arzt – sollte dabei als Störvariable systematisch kontrolliert bzw. eliminiert werden. Nur so hoffte man, die „reine“ Wirkung der verordneten Substanz auf die Krankheit erfassen zu können.

Das frühere Konzept eines durch Zeugenschaft gewonnenen Wirksamkeitsbegriffes war damit obsolet geworden. Und für die Patienten bedeutete dies, dass ihre bei der Einnahme von Psychopharmaka gemachten Erfahrungen nicht mehr zählten! Wissenschaftlich gesehen waren sie irrelevant geworden und zu vernachlässigen, denn es stand ihnen jetzt das (angeblich) gesicherte und höherwertige „objektive“ Wissen aus der modernen medizinisch-naturwissenschaftlichen Forschung gegenüber. Letztlich wurde der Patient im Zuge der

geschilderten Umstrukturierungen völlig entmachtet, d. h. zu einem *Objekt* reduziert, auf das die wissenschaftlichen Erkenntnisse anzuwenden waren.

Man kann diese hier nur knapp geschilderten Ergebnisse (Zusammenfassung Teil II) nun rein historisch rezipieren oder aber die Frage stellen, was sie für die heutige Praxis bedeuten. Ich meine zweierlei:

1. Man muss – Balz historischer Mikroanalyse folgend – konstatieren, dass bis heute ein schlussendlicher Wirksamkeitsbeweis für Neuroleptika nicht existiert;
2. dass „der Patient [...] in der psychiatrischen Praxis einem Wirksamkeitsbegriff gegenübersteht, der seine ‚gelebten Psychopharmakaerfahrungen‘ nicht (mehr) abbildet“.

Damit aber geht ausgerechnet der *seelisch* Kranke der medizinischen Wissenschaft verloren! Weil er, der doch das Zentrum des Rappports darstellen sollte, in seinen Wahrnehmungen und Erfahrungen systematisch nicht mehr ernst genommen wird. Das ist die eigentliche Krux des Paradigmenwechsels: eine Psychiatrie, die die Stimme des Patienten nicht mehr hört, sondern verblindet ihren experimentellen Erkenntnissen über die Krankheit folgt.

Aber zweifelsohne sollte eine Psychiatrie, die humane Seelenheilkunde und nicht nur angewandte Neurowissenschaft sein will, das Subjekt, seine unersetzbare Zeugenschaft und die ganzheitliche Sicht auf den Patienten zurückgewinnen. Die so anders gestrickte *psychologische Psychotherapie*, die auf den kranken Menschen und nicht die verobjektivierte Krankheit fokussiert, könnte ihr hier durchaus Vorbild sein.

Dipl.-Psych. Jürgen Karres,  
Landsberg am Lech

# Leserbriefe

## Schlüsselrolle Körperebene

Zu O. Schubbe: EMDR, Brainspotting und Somatic Experiencing in der Behandlung von Traumafolgestörungen. *Psychotherapeutenjournal* 2/2014, S. 156-163.

Vor dem Hintergrund allgemeiner, schulenübergreifender Grundsätze für eine wirksame, schonende Traumatherapie wird im Artikel von Oliver Schubbe auf die Notwendigkeit hingewiesen, mehrere traumatherapeutische Techniken zu kennen. Nach meiner Erfahrung in der Praxis kann ich das aus dem individuellen Ansprechen auf spezifische Interventionen je nach der individuellen Therapiesituation, der Person der Patientinnen und Patienten, ihrer Geschichte, ihrer Verarbeitungskapazitäten und der therapeutischen Beziehung nur bestätigen. Des Weiteren führt dieser Weg zu einer ständigen Verfeinerung und qualitativen Weiterentwicklung der Traumatherapie insgesamt.

Besonders erfreulich ist der Hinweis auf die Schlüsselrolle der Körperebene in der traumatherapeutischen Arbeit. Ich möchte hinzufügen, dass der Körper nicht nur als Ort von Symptomen und Ressourcen, sondern des seelischen Geschehens insgesamt zu begreifen ist. Wird über die Körperebene traumatisches Material aktiviert, so wird gleichzeitig unser damaliges Selbst- und Beziehungserleben samt der Konsequenzen für die Ausprägung unseres Selbstbildes und unserer Beziehungsrepräsentanzen mit aktiviert und so der Bearbeitung zugänglich. Dies betrifft auch Erfahrungen aus impliziten Gedächtnisinhalten, die vor Ausreifung der assoziativen Großhirnrinde geprägt wurden.

Damit bietet die Körperebene nicht nur einen niederschweligen Zugang zur Spannungsregulation dort, wo die kognitive Erfassung (noch) nicht möglich ist. Sie erlaubt darüber hinaus eine Veränderung auf der strukturellen Ebene

unter Beachtung einer Orientierung im Hier und Jetzt und im Rahmen der therapeutischen Beziehung.

Susanne Kloser,  
Wien

## Neun Zeilen ...

Zu H. Preß & M. Gmelch: Die „therapeutische Haltung“ – Vorschlag eines Arbeitsbegriffes und einer klientenorientierten Variante. *Psychotherapeutenjournal* 4/2014, S. 358-366.

Anstelle eines neunseitigen Fachvorschlags zum Arbeitsbegriff der therapeutischen Haltung der neunzeilige Vorschlag eines Patienten:

Schau mich an  
hör mir zu  
sei da  
und  
ich  
wachse  
aus Wurzeln  
zu Blüte und Frucht

Bernhard Winter,  
Markt Schwaben

## Her mit der Männerquote!

Zu W. Dorrman et al.: Der jährlich stattfindende Boys' Day – Eine Möglichkeit, den Beruf des Psychotherapeuten mehr in die Öffentlichkeit zu bringen. *Psychotherapeutenjournal* 4/2014, S. 384-388.

Eine Männerquote von 30% für die Zulassung zum Psychologiestudium ... wäre mindestens so wichtig wie eine Frauenquote von 30% in Dax-Aufsichtsräten!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Dipl.-Psych. Hubert Hermes,  
Soest

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 unbedingt die der Redaktion wiedergeben.

## Präzise und wichtig

Zu R. Nübling et al.: Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* 4/2014, S.389-397.

Lieber Herr Nübling, habe lange nicht mehr einen so präzisen und dennoch kurzen wichtigen Aufsatz mit so viel wichtiger Information gelesen wie gerade im *Psychotherapeutenjournal*. Ganz prima.

Herzlicher Gruß

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Jochen Jordan,  
Bad Nauheim

# Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

## Baden-Württemberg

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

## Bayern

Birketweg 30  
80639 München  
(Post: Postfach 151506  
80049 München)  
Tel. 089/515555-0  
Fax 089/515555-25  
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr  
Fr 9.00 – 13.00 Uhr  
info@ptk-bayern.de  
www.ptk-bayern.de

## Berlin

Kurfürstendamm 184  
10707 Berlin  
Tel. 030/887140-0, Fax -40  
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr  
Di 14.00 – 19.00 Uhr  
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de  
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

## Bremen

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

## Hamburg

Hallerstraße 61  
20146 Hamburg  
Tel. 040/226 226 060  
Fax 040/226 226 089  
Mo – Do 9.00 – 16.00 Uhr  
Fr 9.00 – 14.00 Uhr  
info@ptk-hh.de  
www.ptk-hh.de

## Hessen

Gutenbergplatz 1  
65187 Wiesbaden  
Tel. 0611/53168-0  
Fax 0611/53168-29  
Mo 10.00 – 13.00 Uhr  
Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr  
post@ptk-hessen.de  
www.ptk-hessen.de

## Niedersachsen

Roscherstraße 12  
30161 Hannover  
Tel. 0511/850304-30  
Fax 0511/850304-44  
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr  
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr  
Beitragsangelegenheiten:  
Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr  
Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr  
info@pknds.de  
www.pknds.de

## Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10  
40549 Düsseldorf  
Tel. 0211/522847-0  
Fax 0211/522847-15  
Mo – Do 8.00 – 16.30 Uhr  
Fr 8.30 – 14.00 Uhr  
info@ptk-nrw.de  
www.ptk-nrw.de

## Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Kickerlingsberg 16  
04105 Leipzig  
Tel. 0341/462432-0  
Fax 0341/462432-19  
Mo, 9.00 – 12.30 Uhr und  
13.00 – 16.00 Uhr  
Die 9.00 – 12.30 Uhr  
Mi, Do 13.00 – 16.00 Uhr  
Fr 9.00 – 12.00 Uhr  
info@opk-info.de  
www.opk-info.de

## Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz  
Tel. 06131/93055-0  
Fax 06131/93055-20  
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr  
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr  
service@lpk-rlp.de  
www.lpk-rlp.de

## Saarland

Scheidterstraße 124  
66123 Saarbrücken  
Tel. 0681/9545556  
Fax 0681/9545558  
Mo, Di, Do 8.00 – 13.00 Uhr  
kontakt@ptk-saar.de  
www.ptk-saar.de

## Schleswig-Holstein

Alter Markt 1-2 / Jacobsen-Haus  
24103 Kiel  
Tel. 0431/661199-0  
Fax 0431/661199-5  
Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr  
Do 13.00 – 16.00 Uhr  
info@pksh.de  
www.pksh.de

## Reform des Psychotherapeutengesetzes – Projekt Transition

Die dringend notwendige Reform des Psychotherapeutengesetzes nimmt endlich Fahrt auf. Wie von CDU, CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, plant das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) noch in dieser Legislaturperiode ein Gesetzgebungsverfahren. In einem ersten Schritt hatte das BMG am 5. Februar 2015 die an der Ausbildung beteiligten Organisationen und Gruppierungen sowie die Vertreter der Gesundheits- und Kultusministerien der Länder nach Bonn zu einer Gesprächsrunde eingeladen. Das am 15. November 2014 mit Zweidrittelmehrheit abgegebene Votum des 25. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) für eine Reform, die eine Approbation nach einem wissenschaftlichen Hochschulstudium auf Masterniveau mit anschließender Weiterbildung vorsieht, und die Eckpunkte dieses Beschlusses waren das zentrale Thema. Für das BMG war der DPT-Beschluss der konkrete Anlass und die Voraussetzung, nun in den Diskussionsprozess für eine Reform einzutreten.

### Auftakt im BMG

Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), erläuterte den Gesprächsteilnehmern auf Wunsch des BMG den DPT-Beschluss. Das Psychotherapeutengesetz sei Initialzündung für die Professionalisierung der Psychotherapeutenberufe in Deutschland und die Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gewesen. Doch seien inzwischen Schwächen deutlicher geworden und neue Probleme hinzugetreten. Heute gebe es neue Herausforderungen, weil Psychotherapie essentieller Bestandteil in der ambulanten, stationären und komplementären Versorgung sei. Dies verlange eine Qualifizierung der Psychotherapeuten für breiter gefächerte Tätigkeitsfelder. Mit dem Bologna-Pro-

zess seien die Zugangsvoraussetzungen zu den heutigen Ausbildungen nicht mehr angemessen geregelt. Die finanzielle und rechtliche Lage der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) sei prekär. Und nicht zuletzt sei eine Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren, die keine Richtlinienverfahren sind, faktisch kaum möglich. Nach Jahren erfolgloser Versuche, einzelne Probleme isoliert zu lösen, beruhe der DPT-Beschluss auf der Erkenntnis, dass der Problemkomplex als Ganzes und damit systematisch anzugehen sei. Prof. Richter erinnerte auch an die Ergebnisse des strukturierten Dialoges der BPtK unter Beteiligung von Ausbildungsstätten, Ausbildungsteilnehmern, psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände sowie Organisationen von Hochschullehrern. Das explizit formulierte Berufsbild, das das implizite Berufsbild des Psychotherapeutengesetzes abgelöst habe und das daraus abgeleitete Kompetenzprofil seien Grundlagen der Entscheidung des DPT für die präferierte Qualifizierungsstruktur und gleichzeitig wichtige Vorarbeiten der nun anstehenden Klärung der Reformdetails.

Als zweiter inhaltlicher Impuls wurde in der Gesprächsrunde der gemeinsame

Vorschlag von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und der Arbeitsgruppe psychodynamischer Hochschullehrer vorgestellt und diskutiert. In der anschließenden Diskussion machte der überwiegende Teil der Gesprächsteilnehmer deutlich, dass er die Klärung der Reformdetails unter Federführung des BMG konstruktiv begleiten wolle.

### „Projekt Transition“ der BPtK

Die BPtK hat unter dem Titel „Transition“ ein Projekt gestartet, damit die Psychotherapeuten in einem geordneten und transparenten Verfahren an den Vorarbeiten des BMG und dem sich anschließenden Gesetzgebungsverfahren mitwirken kann. Das Projektformat wurde wegen des hohen Koordinierungs- und Abstimmungsbedarfs gewählt. Es wird darum gehen, voneinander abhängige Reformmodule bzw. in der künftigen Qualifizierungsstruktur aufeinander folgende Qualifizierungsabschnitte parallel zu bearbeiten. So ist beispielsweise die Gestaltung einer Weiterbildungsordnung davon abhängig, mit welchen Kompetenzen ein Studium mit Approbation abschließen soll. Parallel zur Klärung der Details einer umfassenden Reform koordiniert

### GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – Bundesrat sucht Lösungen für psychotherapeutische Unterversorgung

Am 6. Februar 2015 verabschiedete der Bundesrat seine Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG). Der Bundesrat stellte fest, dass die Vorgaben der Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung den tatsächlichen Versorgungsbedarf in keiner Weise widerspiegeln. Der Bundesrat forderte deshalb einerseits, dass der Gemeinsame Bundesausschuss damit beauftragt wird, Verhältniszahlen zu entwickeln, die sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren. Er sprach sich außerdem dafür aus, für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die Anwendung der Aufkaufregelung für Praxen in angeblich übersorgten Planungsbereichen für mindestens zwei Jahre auszusetzen und in der Zwischenzeit Neuregelungen zur Bedarfsplanung im Bereich der Psychotherapie zu entwickeln. Dies ist für psychisch kranke Menschen eine gute Nachricht.

Es gibt Hoffnung, dass die Gesundheitspolitik die Versorgungslage psychisch kranker Menschen mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zum Besseren wenden will, indem sie die Weichen dafür stellt, dass es ausreichende Versorgungskapazitäten gibt.

das Projekt die Initiativen der Psychotherapeutenkammern auf Bundes- und Landesebene, die darauf hinwirken, dass bis zu einer solchen Reform die Zugangsvoraussetzungen zu den heutigen postgradualen Ausbildungen zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bundeseinheitlich auf einem im Sinne des Patientenschutzes sachgerechten Niveau geregelt werden.

Das Projekt wird vom Vorstand der BPTK koordiniert und gesteuert, für die Abstimmung zwischen Bundes- und Landesebene wird kammerseitig eine „Bund-Länder-Arbeitsgruppe Transition“ eingerichtet. Mitglieder der Arbeitsgruppe sind die Präsidenten der Landespsychotherapeutenkammern. Fortlaufend werden BPTK-Ausschüsse und Kommissionen in den Diskussionsprozess einbezogen und zu konkreten Fragestellungen Experten ange-

hört. Dem DPT wird kontinuierlich zur Projektarbeit berichtet. Für die breite Diskussion in der Profession wird die Expertise der relevanten Gremien und Gruppierungen frühzeitig und fortwährend in das Projekt einbezogen. Dazu gehören insbesondere die Bundesarbeitsgemeinschaft der Verbände staatlich anerkannter Ausbildungsinstitute, der Gesprächskreis II der psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände, der Wissenschaftliche Beirat Psy-

### Beschluss des 25. Deutschen Psychotherapeutentages zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

Der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) fordert von der Politik, die für die Weiterentwicklung von zukunftsfähigen Versorgungsstrukturen notwendige umfassende Reform des Psychotherapeutengesetzes in dieser Legislaturperiode in Angriff zu nehmen. Vor diesem Hintergrund und auf der Grundlage von Berufsbild, Kompetenzprofil und Kernforderungen werden die nachfolgenden Eckpunkte beschlossen und der Vorstand beauftragt, bei den zuständigen Stellen die Rahmenbedingungen für die Möglichkeiten der Realisierung für eine solche Reform inklusive der Finanzierung zu klären. Die Delegierten des DPT sind darüber zeitnah zu informieren.

- Ziel ist die zweiphasige wissenschaftliche und berufspraktische Qualifizierung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Angehörige eines akademischen Heilberufs durch den Erwerb professioneller Kompetenzen, wie sie im Kompetenzprofil für die Berufsausübung im ambulanten und stationären Bereich sowie in Institutionen der komplementären Versorgung beschrieben wurden.
- Im wissenschaftlichen Hochschulstudium (Qualifizierungsphase I bis einschließlich Masterniveau) erstreckt sich die Qualifizierung über die gesamte Altersspanne (Kinder, Jugendliche und Erwachsene). In dieser Phase sind die vier Grundorientierungen der Psychotherapie (verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch, systemisch und humanistisch) mit Strukturqualität zu vermitteln.
- In der anschließenden Weiterbildung (Qualifizierungsphase II) sind Vertiefungen in wissenschaftlichen Psychotherapieverfahren und -methoden sowie Schwerpunktsetzungen mit vertiefter Qualifizierung für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. von Erwachsenen einzurichten.
- Hochschulstudium und zweite Qualifizierungsphase sind aufeinander zu beziehen. Nach dem Studium ist ein Staatsexamen mit Approbation vorzusehen. Die Approbation berechtigt zu Weiterbildungen, deren Abschlüsse insbesondere die Voraussetzung für die eigenständige Behandlung gesetzlich Krankensversicherter (Fachkunde) im ambulanten und im stationären Bereich darstellen.
- In der Weiterbildung werden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im ambulanten, teilstationären, stationären und komplementären Bereich für eine verbesserte und differenzierte psychotherapeutische Versorgung aller Patientengruppen qualifiziert.
- Die Weiterbildungsgänge werden über die gesamte Weiterbildungszeit von Weiterbildungsstätten koordiniert und organisiert einschließlich der Theorieanteile, Supervision und Lehrtherapien. Die derzeitigen staatlich anerkannten Ausbildungsstätten werden zu Weiterbildungsstätten übergeleitet, wenn sie die Anforderungen der Weiterbildungsordnung erfüllen. Dabei ist dafür zu sorgen, dass eine ausreichende Zahl an Plätzen zur Sicherung eines hinreichenden psychotherapeutischen Nachwuchses zur Verfügung gestellt wird.
- Die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist so gestaltet, dass Beruf und Familie vereinbar sind.
- Es werden angemessene finanzielle Rahmenbedingungen geschaffen für die Vergütung der Versorgungsleistungen von Weiterbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern sowie für die von Weiterbildungsstätten beziehungsweise die in den Einrichtungen zur Weiterbildung Befugten erbrachten Versorgungs- und Qualifizierungsleistungen.
- Angemessene Übergangsfristen sind für diejenigen vorzusehen, die Studium bzw. Ausbildung nach den derzeitigen Regelungen begonnen haben. Bis zu einer umfassenden Novellierung des Psychotherapeutengesetzes wird als erster Schritt mit einer Sofortlösung geregelt, dass Studiengänge den Zugang zu den postgradualen Psychotherapieausbildungen nur dann ermöglichen, wenn sie mit einem Diplom oder auf Masterniveau abgeschlossen wurden.
- Mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes wird ein Aufgaben- und Versorgungsprofil der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erreicht, das unter anderem durch eine bundeseinheitliche Approbationsordnung, durch eine angemessene Legaldefinition der psychotherapeutischen Tätigkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und durch eine fachlich angemessene Festlegung der heilberuflichen Befugnisse gekennzeichnet ist.

Der Beschluss wurde durch die Delegierten des 25. DPT mit 86 Ja-Stimmen, 38 Nein-Stimmen und 4 Enthaltungen angenommen.

chotherapie, die Bundeskonferenz PiA sowie die für das Hochschulstudium relevanten Organisationen der Hochschullehrer.

Aktuell läuft in dem Projekt eine schriftliche Befragung der professionsinternen

Projektbeteiligten zu Vorstellungen über zentrale Details einer Approbations- und einer Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO). Abhängig vom weiteren Arbeitsplan des BMG werden dann in geeigneten Diskursformaten, wie z. B. schriftlichen und mündlichen

Anhörungen sowie bilateralen Gesprächen, Positionen zu Reformeckpunkten entwickelt. Mit Blick auf das Projekt Transition konnte Prof. Richter dem BMG in der Gesprächsrunde Anfang Februar die volle Unterstützung und fachliche Expertise der BPTK zusichern.

## Standortbestimmung PEPP – Round-Table-Gespräch am 15. Januar 2015

Das pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Die BPTK hat im Januar 2015 (leitende) Psychotherapeuten aus Einrichtungen der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik zu einem Round-Table-Gespräch eingeladen, um sich mit diesen über die aktuellen Entwicklungen und die Positionierung der BPTK auszutauschen. Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der BPTK, freute sich deshalb in seiner Begrüßung, dass der Einladung so viele Kolleginnen und Kollegen gefolgt waren. Der Austausch mit den Kollegen vor Ort sei auch deshalb so wichtig, weil sie es seien, die das PEPP letztlich umsetzen müssten und ihre Erfahrungen u. a. bei der anstehenden

Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) von unschätzbarem Wert seien. Das bestätigte Dr. Dietrich Munz, Vizepräsident der BPTK, noch einmal ausdrücklich, als er die derzeitige Positionierung der BPTK zum PEPP zusammenfasste und deutlich machte, welche Aufgaben im Zusammenhang mit der PEPP-Entwicklung in nächster Zeit für die BPTK anstehen. Dabei sei vor allem die Entwicklung von Personalstandards für Psychiatrie und Psychosomatik durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) von großer Bedeutung, da sie die Chance für eine bessere Verankerung der Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Krankenhaus bieten.

### Aktueller Stand des PEPP

Einen Überblick über den aktuellen Stand der PEPP-Entwicklung gab Jochen Vaillant von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Im PEPP-Entgeltkatalog 2015 sei es gelungen, zentrale Kritikpunkte aufzugreifen und an zwei Stellen wesentliche Änderungen vorzunehmen. Zum einen wurde die Degression stark abgeschwächt. Die massiv kritisierten Vergütungssprünge seien abgeschafft worden, die Relativgewichte sanken nun kontinuierlich im Verlauf. Zum anderen wurden sogenannte ergänzende Tagesentgelte eingeführt. Dadurch könne ein kurzzeitig entstehender höherer Aufwand im Verlauf, z. B. eine tagesbezogene Intensivbehandlung aufgrund einer suicidalen Krise, abgerechnet werden. Darüber hinaus führe die neu eingeführte Abrechenbarkeit des Entlassungstags zusätzlich zu einer Aufwertung der einzelnen PEPP. Das allein reiche aber noch nicht aus. Perspektivisch sei zu klären, ob es sich beim PEPP wirklich um ein Finanzierungssystem handle, oder ob es sich nicht eher für die Budgetfindung eigne. Auch könnten nur dann verbindliche Personalstandards eingeführt werden, wenn den Krankenhäusern auch die entsprechenden Mittel zur Erfüllung dieser Standards zur Verfügung gestellt würden. Diese Position vertritt auch die BPTK und wurde durch die Rückmeldungen der Kollegen aus den Krankenhäusern darin noch einmal sehr bestärkt.

### Präventionsgesetz: Prävention ohne Psychotherapeuten?

Die BPTK begrüßt die Initiative der Bundesregierung zu einem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (BR-Drs. 640/14), übt zugleich aber deutliche Kritik, weil psychotherapeutischer Sachverstand überhaupt nicht berücksichtigt werden soll.

Die BPTK fordert, psychische Erkrankungen als Volkskrankheiten des 21. Jahrhunderts im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens stärker in den Fokus zu nehmen. Ziel sollte im Sinne von „Health in all Policies“ die Implementation eines „Nationalen Aktionsprogrammes Psychische Gesundheit“ sein. Der Gesetzentwurf benennt zwar den Wandel des Krankheitsspektrums und verweist auf die veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt als Probleme, für die mit dem Präventionsgesetz Lösungen vorgeschlagen werden. Dennoch werden Psychotherapeuten von Gesundheitsuntersuchungen und Empfehlungen von Präventionsangeboten ausgeschlossen. Dabei müssten Präventionsleistungen zu den essenziellen Leistungen einer psychotherapeutischen Sprechstunde gehören können, wie sie die Bundesregierung im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz plant.

Auch bei Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen gehören psychische Erkrankungen in den Fokus. Zeigen Kinder und Jugendliche in den U1- bis J2-Untersuchungen Auffälligkeiten, sollte in der Sprechstunde von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abgeklärt werden, ob bereits eine behandlungsbedürftige Erkrankung vorliegt oder eine Präventionsempfehlung gegeben werden kann. Daneben sollte psychotherapeutischer Sachverstand auch zur Veränderung gesundheitsschädlicher Lebensstile genutzt werden. Psychotherapeuten sind dafür aufgrund ihrer Ausbildung die Spezialisten.

Aus Sicht der BPTK ist es nicht sachgerecht, bei Prävention und Gesundheitsförderung auf die Kompetenz der über 40.000 Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in Deutschland zu verzichten.

### Chance – Mindestanforderungen an die Personalausstattung

Die in Psychiatrie und Psychosomatik tätigen Psychotherapeuten plädierten gegenüber dem Vorstand der BPTK sehr dafür, Ressourcen in die Erarbei-

tung der Empfehlungen für die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik zu investieren und sich dafür stark zu machen, dass zukünftig zwischen Psychologen und Psychotherapeuten hinsichtlich Behandlungsverantwortung und Leistungen unterschieden wird. Auf der Grundlage von Leitlinienempfehlungen müsse es gelingen, Psychotherapeuten in allen Bereichen der Psychiatrie zu etablieren und die überholte Unterscheidung zwischen „Psychotherapiepatienten“ und „anderen Patienten“, wie sie noch in der Psychiatrie-Personalverordnung gilt, aufzugeben. Dabei wurde von den Teilnehmern betont, dass Psychotherapie in der Psychiatrie in Abhängigkeit von der Krankheitsphase des Patienten ein weites Spektrum von Kurzin-

terventionen bis hin zu längeren Einzel- und Gruppentherapien umfassen könne. Entscheidend könne mitunter auch „nur“ ein psychotherapeutisches Krankheits- und Fallverständnis im Team sein, das die Behandlung und Arbeitsweise des gesamten therapeutischen Teams wesentlich verändere. Diesen Punkt griff Prof. Richter noch einmal auf und ergänzte, dass man dies aus seiner Sicht auch gut unter dem Begriff „Psychotherapeutische Haltung“ fassen könne, die (optimalerweise) das gesamte Behandlungsteam teile.

### Weiterentwicklung des OPS

Die Verankerung von Strukturanforderungen ist auch bei der Weiterentwicklung des OPS ein zentrales Thema.

Wichtige Punkte, die von den Teilnehmern genannt wurden, betreffen eine getrennte Leistungserfassung von Psychologen und Psychotherapeuten sowie die Möglichkeit zur Behandlungsführung durch Psychotherapeuten. Einen Vorschlag, die Leistungen von Psychologen und Psychotherapeuten getrennt zu erfassen hatte die BPtK bereits im Vorschlagsverfahren für den OPS 2015 eingereicht. Aufgrund der Rückmeldung der Teilnehmer wird sie diesen Vorschlag dieses Jahr nun erneut einreichen. Weitere wertvolle Anregungen gaben die eingeladenen Psychotherapeuten zur getrennten Erfassung von Einzel- und Gruppentherapie sowie zur Verankerung einer höheren Strukturqualität in den Psychotherapie-Codes.

## Psychoonkologische Versorgung von Krebspatientinnen verbessert – G-BA beschließt Richtlinie zur ASV bei gynäkologischen Tumoren

Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren, die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) behandelt werden, können zukünftig besser psychotherapeutisch beraten und behandelt werden. Der G-BA hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2015 die entsprechende Richtlinie zur ASV bei gynäkologischen Tumoren beschlossen. Damit ist er der Forderung der BPtK gefolgt, dass Patientinnen mit einer hohen psychischen Belastung – die aber keine psychische Erkrankung haben – im Rahmen der ASV die erforderlichen psychotherapeutischen Leistungen erhalten. Patientinnen mit komorbiden psychischen Erkrankungen werden weiterhin außerhalb der ASV im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie behandelt. Um dies zu ermöglichen, mussten die antragsfreien psychotherapeutischen Leistungen in den Leistungskatalog der ASV aufgenommen werden. Damit auch Psychologische Psychotherapeuten (PP) – wie die Fachärzte für Psychiatrie oder Psychosomatik – psychotherapeutische Einzelgespräche individuell

im erforderlichen Umfang erbringen können, war die Einführung einer neuen Leistungsziffer für PP notwendig. Nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab können PP im Gegensatz zu ihren ärztlichen Kollegen antragsfreie psychotherapeutische Einzelgespräche nur im Umfang von 150 Minuten pro Quartal und keine psychotherapeutischen Gruppengespräche anbieten. Hier besteht eine Ungleichbehandlung zwischen den Berufsgruppen, die wenigstens im Rahmen der ASV nun teilweise aufgehoben ist. Der G-BA hat in den Leistungskatalog der ASV gynäkologische Tumore psychotherapeutische Einzelgespräche mehr als 15-Mal pro Quartal für PP aufgenommen, aber noch keine Ziffer für Gruppengespräche. Hier besteht weiterhin Anpassungsbedarf, auch im Hinblick auf eine angemessene Vergütung der Leistungen. PP, die Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren im Rahmen der ASV behandeln möchten, müssen Teil des spezialfachärztlichen Teams sein und zählen zu den im Rahmen der ASV

hinzuzuziehenden Fachärzten. Hierzu muss eine entsprechende Vereinbarung geschlossen werden. ASV-Teams können sich ambulant, aber auch am Krankenhaus bilden. Die Teamleitung liegt in der Hand eines Facharztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie oder für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Strahlentherapie. Psychotherapeuten, die sich für die Versorgung innerhalb der ASV interessieren, sollten regional nachfragen, wo sich an einem Krankenhaus oder einer onkologischen Praxis ein ASV-Team bildet, um ihre Mitarbeit anzubieten.

### Geschäftsstelle

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



## Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

### Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die gute Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eines der wichtigsten Ziele und Aufgaben von Psychotherapeuten. Somit ist es auch Auftrag der Psychotherapeutenkammer, zu überprüfen und mit Ihnen zu diskutieren, wo konkret Änderungsbedarfe und Potenziale bestehen. Diesen Diskurs möchten wir bei unserem Landespsychotherapeutentag am 27. Juni gemeinsam mit Ihnen führen und laden Sie bereits heute dazu ein.

Die Auseinandersetzung um die Verschärfung der Umsetzung der Bedarfsplanung im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) geht weiter. Sollte dieses Gesetz wie geplant verabschiedet werden, könnten – wie wir schon berichteten – allein in Baden-Württemberg mehr als 900 Praxissitze bei einer Praxisweitergabe u. U. nicht wieder besetzt werden. Der Gesetzesentwurf ist zwischenzeitlich in der parlamentarischen Beratung und es ist dringend erforderlich, dass wir den Bundestagsabgeordneten verdeutlichen, dass angesichts der schon derzeit bestehenden Wartezeit auf einen Behandlungsplatz Menschen mit psychischen Erkrankungen die Leidtragenden sein werden. Der Vorstand der LPK BW hat u. a. hierzu Briefe an alle Bundestagsabgeordneten geschickt und auf allen Ebenen Gespräche mit Politik und Entscheidern im Gesundheitswesen geführt.

Eine weitere Schwerpunktsetzung durch den Vorstand der LPK BW ist die Hinwirkung auf die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Schülerinnen und Schülern. In der von der LPK BW mitinitiierten Veranstaltung mit Schulpsychologen und Beratungslehrern des Rems-Murr-Kreises wurde deutlich, dass der Übergang von Schülern in notwendige Psychotherapie verbessert werden muss. Bei der Frage nach der Versorgung von Menschen mit (geistiger) Behinderung zeigt sich ebenfalls, dass es für Betroffene schwer ist, einen Psychotherapieplatz bzw. einen geeigneten PP/KJP zu finden. Dieser Aufgabenstellung hat sich der Vorstand der LPK BW sowie ein hierfür gebildeter Arbeitskreis

angenommen und sucht bzw. motiviert Kolleginnen und Kollegen, sich zu engagieren und diesem wichtigen Personenkreis einen guten Zugang zur für sie notwendigen Psychotherapie anzubieten. Dass die Zielsetzung des LPK-Vorstands ein sehr wichtiges Themenfeld trifft, zeigt sich durch den sehr guten Besuch der dazu durchgeführten Kammerfortbildungen. Ein erster Meilenstein, der hier durch die Kammer erreicht wurde, ist die Anlage einer Liste von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die verstärkt für und mit Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten. Hilfesuchende können somit über die Kammer Ansprechpartner schneller und zielgenauer finden.

Zwischenzeitlich wird ein neuer zusätzlicher Bedarf erkennbar: Unter den vielen Flüchtlingen aus den verschiedenen Kriegsregionen der Welt sind sehr viele, teils sehr schwer traumatisierte Kinder, Frauen und Männer. Hier ist Hilfe dringend nötig. Behandlungszentren für traumatisierte Flüchtlinge leisten hierbei mit viel Engagement frühzeitige psychotherapeutische Hilfe und Unterstützung für die Betroffenen. Es ist jedoch nach Klärung des Aufenthaltsrechts oft eine weiterführende Behandlung am neuen Wohnort der Betroffenen erforderlich. Dieses Aufgabenfeld hat der LPK-Vorstand erkannt und ist über geplante Fortbildungen (ähnlich wie bei der Zielgruppe „Menschen mit (geistiger) Behinderung“) auf der aktiven Suche nach Kolleginnen und Kollegen, die sich verstärkt der Behandlung von Flüchtlingen annehmen. Mit den Fortbildungen soll über die Besonderheiten der Behandlung und die verschiedenen sozialen Hilfsmöglichkeiten für traumatisierte Asylanten informiert werden.

Wir freuen uns auf die Bearbeitung der gemeinsamen Themen mit allen Kammermitgliedern. Wir verbleiben mit den besten Wünschen für die kommenden Ostertage und das anstehende Frühjahr.

Ihr Kammervorstand,

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

## Gemeinsamer LPK-Workshop mit der Schulpsychologischen Beratungsstelle Backnang

Insgesamt ca. 50 Schulpsychologinnen und -psychologen, Beratungslehrerinnen und -lehrer und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nahmen am von der Schulpsychologischen Beratungsstelle Backnang und

der LPK Baden-Württemberg gemeinsam organisierten Workshop „Kinder und Jugendliche zwischen Unterricht und Therapie – wie kann die Kooperation zwischen System Schule und Psychotherapeuten gestaltet wer-

den?“ am 10. Dezember 2014 in Winnenden teil.

Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz gab eine Einführung zur Tätigkeit der niedergelassenen Psychotherapeuten.

Er führte aus, dass die Versorgungssituation in Baden-Württemberg hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlungsplätze für Kinder und Jugendliche nicht ausreichend sei. Es gebe derzeit etwa 600 niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die Wartezeiten auf einen Therapieplatz seien lang, insbesondere in ländlichen Gebieten. Die Psychotherapeutenkammer weise landes- und auch bundesweit immer wieder auf diesen Mangel hin, was aber bislang nicht zu wesentlichen Verbesserungen geführt habe. Hier müssten deutliche gesundheitspolitische Signale gesetzt werden, wozu diese Veranstaltung auch einen Beitrag leisten könne.

Dipl.-Psychologinnen Annette Maierhofer und Daniela Schwitzer von der Schulpsychologischen Beratungsstelle Backnang informierten über die Schulpsychologie in Baden-Württemberg. Die Versorgungssituation der Schulpsychologie sei insbesondere nach dem Amoklauf in Winnenden deutlich verbessert worden. War Baden-Württemberg 2008 mit ca. 17.000 Schülern auf einen Schulpsychologen noch an drittletzter Stelle im Vergleich der Bundesländer, habe sich die Relation auf ca. 1:8000 halbiert – im Vergleich zu den anderen Bundesländern nun im Mittelfeld. Landesweit gebe es aktuell ca. 250-300 Schulpsychologen. Das Tätigkeitsfeld der Schulpsychologen umfasse Beratung, Fortbildung und Qualifizierung, Supervision und Coaching, Schulentwicklung und Prozessbegleitung,



Dr. Dietrich Munz

Projektmanagement, Entwicklung und Evaluation, Konfliktmanagement und auch Krisenintervention.

Realschullehrerin Maria Linzbach stellte die Rolle der Beratungslehrer vor. Neben Beratungen von Schülern, Eltern und Kollegen seien die Beratungslehrer Mitglieder des schulischen Krisenteams und beim Aufbau von Kooperationen (z. B. Schulsozialarbeit, Erziehungsberatungsstelle) bzw. mit Projekten zu unterschiedlichen Themen (z. B. Schulabsentismus) aktiv.

In der Diskussion ergaben sich spannende und inhaltlich vielseitige Themen:

- **Informationsbedarf** der Schule, z. B. zu psychischen Störungen und Erkrankungen,
- **Formen der Kooperation bzw. des Austauschs:** runde Tische zwischen Psychotherapie und Schulpsychologie, auch unter Einbindung weiterer Professionen,
- **Fragen der Schweigepflicht bzw. der Schweigepflichtsentbindung** zwischen Schule und Therapeut,
- Therapiezeiten sollten in den **Ganztagsrhythmus** der Schulen integriert, die Psychotherapie näher an oder sogar in die Schulen gebracht werden,
- **oft unzureichende regionale psychotherapeutische Versorgung** – hier sollten langfristig mehr ambulante Möglichkeiten geschaffen werden,
- **Wiedereingliederung in die Schule** nach Klinikaufenthalt und Abstimmungen während einer ambulanten Psychotherapie,
- „übergeordnete“ **konzeptuelle Überlegungen:** Notwendigkeit der Entwicklung neuer Konzepte z. B. für schulnahe psychotherapeutische Versorgungsmöglichkeiten.

Ermutigt durch die sehr positive Resonanz sind weitere Veranstaltungen für 2015 bereits in Planung/Vorbereitung. Einen ausführlicheren Bericht sowie die gezeigten Folien der Referate finden Sie auf der Internetseite der LPK BW [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de) unter Aktuelles vom 20. Januar 2015.

## Psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen

Die Zahl von Asyl suchenden Flüchtlingen aus afrikanischen und arabischen Ländern steigt extrem an. Allein die Umstände ihrer Flucht sind oft traumatisierend, viele von ihnen sind Opfer schwerer Gewalt und Folter in ihrer Heimat, die sie verlassen mussten, um nicht weiterer Gewalt ausgesetzt zu sein. Erfahrungen in den Aufnahmelagern als auch nach Anerkennung des Anspruchs auf Asyl verdeutlichen, dass diese Menschen sozialer und psychotherapeutischer Hilfe bedürfen. Deshalb

haben wir auf Initiative der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) zusammen mit dieser zu einem runden Tisch mit in der Traumaaarbeit mit Flüchtlingen erfahrenen Psychotherapeuten in die LPK-Geschäftsstelle eingeladen. Es bestand rasch Einigkeit, dass die Betroffenen zunächst Unterstützung zur Alltagsbewältigung und psychischen Stabilisierung benötigen und erst später eine Richtlinien-therapie mit Trauma bezogenen Behandlungsmethoden hilfreich ist. So sind die fünf

bestehenden Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer eine gute erste Anlaufstelle für die Asylsuchenden, wobei festgestellt wurde, dass solche Zentren in Nord- und Südbaden fehlen und dort eingerichtet werden sollten.

Die Kammer hat angeboten, nach Kolleginnen und Kollegen für die Weiterbildung zu suchen und Fortbildungen zu Behandlungsproblemen sowie Informationen über die sozialen Hilfsange-

bote und rechtlichen Hintergründe nach Gewährung des Asyls durchzuführen. Die KVBW wird Hausärzte und Kinderärzte über Qualitätszirkel ansprechen und fortbilden.

Einigkeit bestand auch, dass den vielen ehrenamtlichen Helfern in den Auffanglagern durch KV und Kammer Fortbildungen zum Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen angeboten werden soll-

ten. Sowohl für die psychotherapeutische Behandlung als auch zur Hilfe für die Alltagsbewältigung sind wegen der sprachlichen Verständigungsprobleme Dolmetscher unerlässlich und bessere Regelungen für die Kostenübernahme erforderlich.

Die Sicherheit des Aufenthalts ist Voraussetzung für eine wirksame psychotherapeutische Arbeit mit Patienten, die

tief sitzenden Ängsten durch Gewalterfahrung und Trauma ausgesetzt sind. Es sollte deshalb eine möglichst rasche Entscheidung über den Aufenthaltsstatus getroffen werden, der dann über einen längeren Zeitraum stabil bleiben muss, damit die Betroffenen oder Familienangehörige nicht kontinuierlich der Angst ausgesetzt sind, in ihre Heimat abgeschoben und somit oft erneut drohender Gewalt ausgeliefert zu werden.

## LPK-Veranstaltung mit Dieter Best zum Abrechnungsrecht

Die Kammer-Fortbildung zur „Einführung in die Abrechnung als Vertragspsychotherapeut nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und in die Privatabrechnung nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP)“ am 13. Februar 2015 mit Dieter Best war mit 30 Teilnehmern komplett ausgebucht und sowohl aus Sicht der Teilnehmer als auch der Veranstalter ein voller Erfolg.

Die Fortbildungsveranstaltung richtete sich an Kammermitglieder mit und ohne Vorkenntnisse im Abrechnungsrecht, die sich erst kürzlich niedergelassen haben oder sich bald niederlassen wollen. Neben der Vermittlung von Grundlagen der Abrechnung nach EBM und GOP wurden Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Abrechnungen, die rechtliche Struktur des EBM und der GOP sowie Inhalte der wichtigsten Gebührenordnungspositionen vorgestellt.

Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz hob in seiner Eröffnung hervor, dass



*Dr. Dietrich Munz (li.), Referent Dieter Best*

der Vorstand mit Dieter Best einen der führenden Experten zu diesem Thema in Deutschland gewinnen konnte. Dieter Best ist Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sowie Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses für

Psychotherapie und Mitglied der Vertreterversammlung der KBV. Darüber hinaus ist er u. a. Gebührenordnungsbeauftragter der BPtK sowie Autor des Kommentars zur GOP und Mitautor des Kölner Kommentars zum EBM.

## Fachtag Rechtsfragen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Am 25. Juli 2015 wird der KJP-Ausschuss gemeinsam mit dem LPK-Vorstand einen Fachtag in Stuttgart durchführen, der sich mit Rechtsfragen in der Praxis von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beschäftigen soll. Für einen Einführungsvortrag konnte Prof. Dr. Stellpflug, Justitiar der BPtK, gewonnen werden. Im Anschluss berichten die Mitglieder des Ausschusses über aktuelle Fälle aus ihren Praxen, ergänzt durch bei

der LPK eingegangene Beschwerdefälle. Kammeranwalt Manfred Seeburger wird mit der Justitiarin der Kammer, Stephanie Tessmer, für die Diskussion zur Verfügung stehen. Neue gesetzliche Vorgaben, z. B. durch das Patientenrechtegesetz, gaben den Anstoß für diesen Rechtstag. Sie sorgen für Verunsicherung im Umgang mit Patienten z. B. hinsichtlich Dokumentationspflicht. Beschwerdefälle, die bei der Kammer

eintreffen, erinnern immer wieder daran, wie kompliziert für KJP das Thema Aufklärung am Anfang eines Patientenkontaktes ist und welche Gratwanderung das Thema Sorgerecht beinhalten kann. Das Einhalten der Schweigepflicht in einem Kontext von mehreren Personen, mit denen KJP in der therapeutischen Situation arbeiten, ist ebenfalls sehr sensibel. Bitte vermerken Sie schon jetzt diesen Termin in Ihrem Kalender.

## Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung – weitere LPK-Veranstaltungsreihe

Initiiert vom LPK-Vorstand sowie dem Kammer-Arbeitskreis „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“ fanden im November 2014 erneut vier regionale Veranstaltungen zur psychotherapeutischen Versorgung geistig Behinderter statt. In den von den Mitgliedern/Experten des Arbeitskreises selbst organisierten und mit hohem Engagement gestalteten Veranstaltungen wurde die vom Arbeitskreis erstellte und den Teilnehmern überreichte Broschüre präsentiert und erläutert. Dieses im Sinne eines FAQ auf Fragen und Unsicherheiten eingehende Paper, das auch auf der Kammerhomepage abgerufen werden kann,<sup>1</sup> soll vor allem hinsichtlich psychotherapeutischer Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung ermutigen, informieren und Orientierung geben.

Die Schwerpunkte der vier Veranstaltungen waren unterschiedlich, in Abhängigkeit von der regionalen Organisation und den dortigen Gegebenheiten. Während in Freiburg wieder zahlreiche Kolleginnen und Kollegen erschienen waren und die beiden gut aufgenommenen Vorträge zur Arbeit

mit Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen engagiert diskutierten, stand in der kleineren Runde in Reutlingen die Erläuterung der FAQ-Broschüre im Vordergrund, aber vor allem auch die Gründung eines Qualitätszirkels. In allen regionalen Veranstaltungen waren auch Vertreter anderer Berufsgruppen aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen der Behindertenarbeit wie Heimen, kommunalen Behörden, Gesundheitsamt und überregionaler Hilfeeinrichtungen (Pro Familia, Migrationshilfe usw.), Angehörige sowie Ausbildungskandidaten und auch Studenten der Heilpädagogik dabei. Diese brachten, ganz im Sinne der bei dieser psychotherapeutischen Arbeit wichtigen Einbeziehung und erforderlichen Kenntnis der vernetzten Hilfsstrukturen vor Ort, wertvolle ergänzende Beiträge in die Diskussion ein und waren dankbar für das Arbeitspapier.

Wie bei den ersten regionalen Veranstaltungen wurden Teilnehmer, die sich damit einverstanden erklärten, in eine Adressliste für Anfragen an die LPK bzgl. eines Psychotherapieplatzes für geistig Behinderte aufgenommen. Die

Liste umfasst derzeit ca. 60 Psychotherapeuten und wir würden uns freuen, wenn diese durch weitere Nennungen/Einverständniserklärungen laufend erweitert werden könnte.

Weitere Fortbildungen sollen stattfinden, wobei im Herbst eine zentrale Veranstaltung gemeinsam mit der Landesärztekammer geplant ist.

Die Geschäftsstelle und der Vorstand begleiten und koordinieren die durch die Aktivitäten und Veranstaltungen des Arbeitskreises zunehmende Aktivität und die Anfragen zum Thema Psychotherapie bei geistiger Behinderung. Die Koordination übernimmt Vorstandsmitglied Dr. Roland Straub, der auch in den Beirat des Projektes „Barrierefrei Gesund“ der Caritas Stuttgart berufen wurde und die Kammer in der Landeskommision für Hörbehinderung vertreten hat. Zur kontinuierlichen Wahrnehmung der zunehmenden Aufgaben und Anfragen an die Kammer wurde Dr. Straub vom Vorstand zum Ansprechpartner und Vorstandsbeauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderungen ernannt.

## Termine – Veranstaltungen

**Landespsychotherapeutentag „Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung“** am 27. Juni 2015 in Stuttgart. Ein wichtiges Anliegen der Psychotherapeutenkammern ist die gute Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung. Wartezeiten sind ein Hinweis auf Versorgungslücken und verdeutlichen die Notwendigkeit, diese zu verbessern. Wir wollen mit Ihnen Ansätze für eine bessere Versorgung aus fachlich psychotherapeutischer Sicht und aus der Perspektive der Krankenkassen diskutieren. Dazu laden wir Sie herzlich ein und bitten Sie, sich den Termin vorzumerken. Ein ausführliches Programm werden Sie noch erhalten.

**Berufs- und strafrechtliche Problemstellungen im psychotherapeutischen Praxisalltag** LPK-Fortbildung am 20. Februar 2015 in Ulm und am 12. Juni 2015 in Karlsruhe.

**„Neuropsychologie psychischer Störungen“** LPK-Fortbildung mit **Dr. Stefan Aschenbrenner** am 15. März 2015 in Stuttgart.

**„Aspekte der Zwangsbehandlung von psychisch Kranken“** LPK/LÄK-Fortbildung am 18. April 2015 in Freiburg.

**Ausführliche Infos auf [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de).**

### Geschäftsstelle

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

<sup>1</sup> [www.lpk-bw.de/archiv/news2014/141209\\_regionale\\_fortbildungen\\_pt\\_geist\\_beh.html](http://www.lpk-bw.de/archiv/news2014/141209_regionale_fortbildungen_pt_geist_beh.html)

## 25. Delegiertenversammlung: Bericht des Vorstandes, Haushaltsplan, Beitragsordnung und Gebührensatzung verabschiedet, Weiterbildungsordnung und Anpassung der Berufsordnung beschlossen

Im ersten Hauptteil des Vorstandsberichts ging Kammerpräsident Nikolaus Melcop auf den **Kabinettsentwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)** ein. Der Entwurf sehe u. a. vor, die bisherige „Kann“-Regelung, nach der die Zulassungsausschüsse den Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes bzw. Psychotherapeutensitzes in einem überversorgten Planungsbereich ablehnen können, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, in eine „Soll“-Regelung umzuwandeln. **Er kritisierte, dass damit die psychotherapeutische Versorgung mittelfristig erheblich reduziert werden könnte, da bundesweit rund 7.500 psychotherapeutische Praxen vom Abbau bedroht seien, in Bayern 1.258 Sitze.** Gute Ansätze, deren Umsetzung jedoch noch offen sei, lägen in den Vorgaben zur **Änderung der Psychotherapie-Richtlinie**, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen des GKV-VSG bis 30.06.2016 umzusetzen habe. Hierbei gehe es in erster Linie um Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur **Einrichtung psychotherapeutischer Sprechstunden, Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.** Positiv zu bewerten sei auch, dass rein psychotherapeutische Medizinische Versorgungszentren (MVZ) möglich seien und die Job-Sharing-Regelungen gelockert werden sollen. Nicht in den Kabinettsentwurf aufgenommen sei die Aufhebung der



*Kammerpräsident Nikolaus Melcop eröffnete den Vorstandsbericht zur 25. DV mit einleitenden Gedanken zu den öffentlichen Reaktionen auf die Flüchtlingsproblematik, zum vorweihnachtlichen Kaufgeschehen und zum Hunger nach Ideen für eine bessere Zukunft. (Foto: Johannes Schuster)*

Befugniseinschränkungen für Psychotherapeut/innen und Regelungen zur Honorargerechtigkeit. In der kommenden Zeit werden Kammern und Verbände Anstrengungen unternehmen, um noch Veränderungen des Gesetzentwurfes zu erreichen.

Melcop erläuterte weitere Regelungen des G-BA, so u. a. den Beschluss, **Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)** pauschal mit einem Faktor von 0,5 auf die Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeut/innen anzurechnen. An dieser unsinnigen und schädlichen Regelung werde deutlich, dass der Abstimmungsbedarf und eine Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Bereich sehr wichtig seien, um Schäden für die Versorgung psychisch kranker Menschen abzuwen-

den und gemeinsam Verbesserungen zu erreichen.

Hinsichtlich des geplanten **Präventionsgesetzes** seien keine entscheidenden Schritte zu erkennen hin zu einer flächendeckenden und wissenschaftlich fundierten Präventionssystematik, die an die großen Risikofaktoren wie niedriger Bildungsstand und geringes Einkommen heranreichen. Auch psychotherapeutischer Sachverstand werde im Gesetzentwurf nicht angemessen berücksichtigt. Bei der Neufassung des bayerischen **Maßregelvollzugsgesetzes** seien unsere Berufsgruppen für die Übernahme von Leitungsfunktionen und bei der Erstellung von Gutachten nicht angemessen berücksichtigt worden. Die Kammer habe eine entsprechende Stellungnahme der Politik zugeleitet und betriebe hierfür intensive Lobbyarbeit.

Melcop ging auch auf Planungen in unterschiedlichen Gremien zur Verbesserung der **Krisenversorgung in Bayern** ein. Hierbei sei die Kammer u. a. in der AG Krisenversorgung im Bayerischen Gesundheitsministerium involviert. In der **AG „Versorgungssituation bei psychischen Erkrankungen“** im Bayerischen Gesundheitsministerium sei die starke Zunahme der psychosomatischen Betten (47 Prozent in fünf Jahren) ein zentrales Thema zusammen mit den damit verbundenen Kostensteigerungen für die Krankenkassen.

Darüber hinaus informierte Melcop auch über den **Austausch mit den Spre-**

chern der Direktoren psychiatrischer Kliniken. In Bezug auf den **Kampf für gerechte Honorare im KV-System** hob Melcop die relativ hohe Beteiligung von bayerischen Kammermitgliedern an der Demonstration Ende September in Berlin hervor. Hinsichtlich der **angestellten Kolleg/innen** stellte er die **Fehlein- gruppierung und die Unterbezahlung im Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst** dar, insbesondere im Vergleich zur Eingruppierung der ärztlichen Kolleg/innen im Rahmen der Tarife des Marburger Bunds. Er appellierte an die institutionell tätigen Kolleg/innen, sich hier deutlich mehr im Rahmen gewerkschaftlicher Aktivitäten zu engagieren.

Am Ende des Vorstandsberichts ging Melcop auf den **Beschluss zur Reform der Psychotherapeutenausbildung** auf dem 25. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) am 15.11.2014 in München ein. Die Bundesdelegierten beschlossen mit 86 Ja-Stimmen (38 Nein-Stimmen und 4 Enthaltungen) das Modell „Studium mit Approbation und anschließender Weiterbildung“. Die ersten Reaktionen auf den Beschluss seien meistens differenziert und überwiegend positiv gewesen.

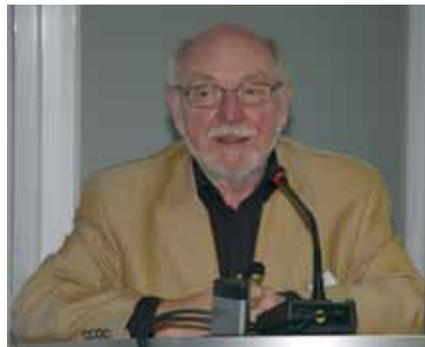
### Weitere Berichte

Nach dem Vorstandsbericht wurde aus den **Ausschüssen** der Kammer für **Fortbildung** (Thomas Stadler), **psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen** (Peter Drißl) sowie aus der **Kommission für Psychotherapie in Institutionen** (Dr. Christian Hartl) berichtet. Herbert Ühleln nahm für den **Ausschuss für Weiterbildungsordnung** zu der auf der 25. DV zu beschließenden Weiterbildungsordnung Stellung. Rudolf Bittner empfahl für den **Finanzausschuss** die Verabschiedung des Haushaltsplans 2015 sowie die Änderung der Beitragsordnung und der Gebührensatzung. Danach informierten die **satzungsgemäßen Vertreter/innen der Hochschulen** (Prof. Angelika Weber), der **Ausbildungsstätten** (Dr. Christoph Kröger) sowie der **Ausbildungsteilnehmer/innen Psychotherapie** (Ariane Heeper) über ihre Tätigkeit.

### Bayerische Weiterbildungs- ordnung beschlossen

Vizepräsident Bruno Waldvogel stellte den Delegierten einen Entwurf für eine Weiterbildungsordnung vor, der vom Vorstand der Kammer auf der Grundlage von Vorschlägen des Ausschusses für Weiterbildung und der im Oktober 2014 vom Deutschen Psychotherapeutentag novellierten Muster-Weiterbildungsordnung erstellt wurde. Nach breiter Diskussion beschlossen die Delegierten die bayerische Weiterbildungsordnung mit kleinen Änderungen mehrheitlich. Sie ermöglicht Weiterbildungen in den Bereichen Klinische Neuropsychologie, Systemische Therapie und Gesprächspsychotherapie.

### Haushaltsplan und Änderungen der Beitrags- und Gebührenordnung verabschiedet



*Peter Lehndorfer zeigte die Kennzahlen des Haushaltsplans 2015 auf. (Foto: Johannes Schuster)*

Vizepräsident Peter Lehndorfer erläuterte den Delegierten ausführlich den Haushaltsplan 2015 und stellte zusätzlich eine Prognose für die Jahre 2014 bis 2019 vor, um die Entwicklung der möglichen Haushaltsbilanzen transparent zu machen. Neben den allgemeinen Aufgaben der Kammer auf Landes- und auf Bundesebene sind in den vergangenen Jahren die Aktivitäten zur politischen Vertretung der Belange sowohl der in Institutionen tätigen als auch der in eigener Praxis niedergelassenen Psychotherapeut/innen erheblich gestiegen, deutlich mehr Mitglieder wenden sich mit Fragen an die Kammer, fachliche Stellungnahmen z. B. zu Gesetzesentwürfen auf

Landes- oder Bundesebene werden immer wichtiger und es werden Fortbildungsveranstaltungen zu Kernthemen der psychotherapeutischen Versorgung für Mitglieder durchgeführt. Beratung und Schlichtung im Bereich Berufsordnung ist ein wichtiges Aufgabenfeld geworden. Die Presse- und Medienarbeit trägt maßgeblich mit dazu bei, dass die Anliegen des Berufsstandes in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden. Hinzu kommen Kostensteigerungen bei den Personalkosten und im Geschäftsbetrieb, die sich aus der kumulierten Inflationsrate in Höhe von 14,8% für die vergangenen sieben Jahre ergeben. Trotz dieser fortlaufend gewachsenen auch finanziellen Belastungen konnten die Mitgliedsbeiträge seit 2007 unverändert gehalten werden. Ab 2015 ist jedoch eine Erhöhung der Regelbeitragssätze um je 45,- € sowie des Mindestbeitrags um 20,- € notwendig und unumgänglich. Angestrebt wird, die Mitgliedsbeiträge wieder für einige Jahre in der nun verabschiedeten Höhe belassen zu können. Änderungen der Gebührensatzung wurden u. a. auch durch die Verabschiedung der Weiterbildungsordnung der PTK Bayern erforderlich. Der Haushaltsplan für das Jahr 2015, die vorgeschlagenen Änderungen zur Beitragsordnung und zur Gebührensatzung sind vom Finanzausschuss geprüft und als richtig und notwendig eingestuft worden. Nach gründlicher Diskussion hat die Delegiertenversammlung die Änderungen der Beitragsordnung und der Gebührensatzung und den Haushaltsplan mit großer Mehrheit angenommen.

### Novellierung der Berufsordnung nach redaktionellen Anpassungen endgültig verabschiedet

Die neu gefasste Berufsordnung gilt seit 01.10.2014. Sie regelt die wesentlichen Berufspflichten der Psychotherapeut/innen und orientiert sich dabei an der Musterberufsordnung. Auf der 25. DV wurden ergänzend nun noch einige wenige redaktionelle Anpassungen vorgenommen. Die neue Berufsordnung ist auf unserer Website in der Rubrik „Berufsordnung & Berufsaufsicht“ als pdf-Datei hinterlegt.

## Vizepräsident Waldvogel informiert Wissenschafts-Staatsekretär Bernd Sibler über die Beschlüsse des 25. Deutschen Psychotherapeutentages zur Ausbildungsreform



Treffen im Bayerischen Landtag am 02.12.2014 (v. l.): Bernd Sibler, Staatssekretär im Bayerischen Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst, Dr. Fritz Kempter, Präsident des VFB, Bruno Waldvogel, Vizepräsident des VFB und der PTK Bayern, Rüdiger von Eisebeck, Vizepräsident VFB, Dr. Klaus Ottmann, Vizepräsident VFB und Ulrich Hörlein, Ministerialdirigent im Bayerischen Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst. (Foto: VFB)

Am 2. Dezember 2014 trafen sich Mitglieder des Präsidiums des Verbandes Freier Berufe in Bayern (VFB) mit Bernd Sibler, Staatssekretär im Bayerischen Staatsministerium für Bildung und Kultus,

Wissenschaft und Kunst und Ulrich Hörlein, Ministerialdirigent im gleichnamigen Ministerium. Kammervizepräsident Dr. Bruno Waldvogel informierte Sibler über den Beschluss des 25. Deutschen Psy-

chotherapeutentages (DPT) zur Reform der Psychotherapeutenausbildung und erläuterte ihm die Hintergründe.

Waldvogel überreichte Sibler und Hörlein den Text des Beschlusses des 25. DPT. Bernd Sibler zeigte sich im Gespräch über die langen Wartezeiten insbesondere bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen in ländlichen Regionen informiert und bestätigte die Notwendigkeit, Maßnahmen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung zu ergreifen. Er sagte zu, sich an einer Reform der Psychotherapeutenausbildung zu beteiligen, wenn das BMG auf die Wissenschaftsministerien der Länder zugehe. Das Angebot und Wunsch der Kammer, sich im weiteren Fortgang des Reformvorhabens darüber wechselseitig auszutauschen, wurde von Sibler positiv erwidert.

## Einsatz der Kammer beim GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) sind auch weitreichende Veränderungen der Gesundheitsversorgung psychisch und psychosomatisch kranker Menschen und der Arbeitsbedingungen von Psychotherapeut/innen geplant (s. a. Bericht von der 25. Delegiertenversammlung). Einige vorgesehene Neuregelungen gefährden jedoch die Versorgung ganz erheblich und gleichzeitig sind einige dringend erforderliche gesetzliche Änderungen bisher nicht oder trotz zu begrüßender Ansätze nur unvollständig in dem Gesetzentwurf enthalten.

Zu diesem Gesetzesentwurf des GKV-VSG hat die PTK Bayern in Zusammenarbeit mit der Bundespsychotherapeutenkammer eine umfangreiche Stellungnahme erstellt, die zahlreiche Änderungsvorschläge enthält. Die Kammer fordert eine Korrektur der Bedarfsplanung bei Psychotherapeut/innen. Die derzeitigen Versorgungsgrade, die in der Mehrzahl eine vermeintliche „Übersorgung“ ausweisen, bilden den tatsächlichen Versorgungsbedarf psychisch kranker

Menschen und die Nachfrage nach Psychotherapie nicht ab. Außerdem sollten Zulassungsausschüsse auch weiterhin unkompliziert die Möglichkeit erhalten, Nachbesetzung von frei werdenden Praxen vorzunehmen.

Um unserem Berufsstand zu ermöglichen, seine Expertise angemessen und zur deutlichen Effizienzsteigerung von Versorgungsprozessen einbringen zu können, müssen endlich auch die als reine Übergangslösung vom Gesetzgeber vorgesehenen und fachfremden Einschränkungen der Befugnisse mit Ausnahme der Verordnung von Medikamenten entfallen. Der G-BA sollte daher beauftragt werden, in seinen Richtlinien dazu das Nähere festzulegen. Weiterhin sollten Leistungen der Früherkennung und präventive psychotherapeutische Leistungen im SGB V zukünftig zum Leistungsspektrum der Psychotherapeut/innen gehören.

Die PTK Bayern fordert in ihrer Stellungnahme auch eine Klarstellung im Gesetz

in Bezug auf die Honorierung von Psychotherapeut/innen. Diese sind seit vielen Jahren in Bezug auf ihre Verdienstmöglichkeiten erheblich benachteiligt.

In der Stellungnahme sind zudem Regelungen gefordert, die insbesondere den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen beim Entlassmanagement, bei der Beratung von Versicherten mit Krankengeldbezug, bei den neuen Medizinischen Behandlungszentren sowie bei der Frage der Transparenz bei Systemversagen Rechnung tragen.

Die Kammer hat sich sowohl an die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml als auch an die bayerischen Abgeordneten, die für den Gesundheitsausschuss im Deutschen Bundestag tätig sind, mit der Bitte gewandt, sich für die in der Stellungnahme dargelegten Änderungen einzusetzen. U. a. wurden mit Sabine Dittmar, MdB, SPD, und Stephan Stracke, MdB, CSU, persönliche Gesprächstermine vereinbart, die nach Redaktionsschluss stattfanden.

## Beratungsprogramm „Kinder kranker Eltern“: Ein Gemeinschaftsprojekt der PTK Bayern, der AOK Bayern und der Siemens-Betriebskrankenkasse

Wenn Eltern die Diagnose erhalten, an Krebs, AIDS, psychischen Störungen oder einer anderen schweren Krankheit zu leiden, führt dies zumeist zu einer enormen Belastung für die ganze Familie. Das gilt auch für Kinder, die häufig intuitiv spüren, dass etwas nicht stimmt. Wichtig ist, dass die betroffenen Eltern das Gespräch mit ihrem Kind suchen. Um Familien mit einem schwer kranken Elternteil bei der Kommunikation mit ihren Kindern zu unterstützen, wurde 2011 das Beratungsprogramm „Kinder kranker Eltern“ ins Leben gerufen. Kooperationspartner des Gemeinschaftsprojektes sind neben der PTK Bayern die AOK Bayern, die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) sowie seit Anfang 2014 auch die Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK). Wir möchten Sie an dieser Stelle noch einmal über dieses Projekt informieren und ggf. Ihre Mitwirkung anregen.

Ziel des Beratungsprogramms ist die Prävention von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen, in deren Familien durch das Auftreten einer schweren Erkrankung eines Elternteils ein hohes Risikopotenzial besteht. Eltern, die bei diesen beiden Krankenkassen versichert sind, können bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen ein Beratungsangebot wahrnehmen, das sie bei den Gesprächen mit ihren Kindern unterstützt. Den Kindern oder Jugendlichen muss dabei keine krankheitswertige Diagnose nach der

ICD 10 gegeben werden. Den Eltern, ihren Kindern und Angehörigen stehen insgesamt bis zu acht Gesprächstermine zur Verfügung, um Fragen zu klären, Sorgen und Ängste zu äußern und sich beim Ordnen und Ausdruck ihrer Gefühle begleiten zu lassen. Die Leistung wird vorerst nur für Mitglieder der AOK und SBK gezahlt.

Die Beratungsleistung gilt für alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen mit KV-Zulassung sowie Psychologische Psychotherapeut/innen, die eine Abrechnungsgenehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben. Seit 1. Juli 2011 können auch Kinder- und Jugendpsychiater/innen sowie Kinder- und Jugendärzt/innen mit Abrechnungsgenehmigung Psychotherapie die Beratungen durchführen. Ermächtigte Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen sind nicht zur Teilnahme berechtigt.

Die Abrechnung erfolgt über die Versicherungskarte des Kindes. Die Diagnose des erkrankten Elternteils muss im Kommentarfeld (5009) der Abrechnung angegeben sein, da sonst keine Abrechnung erfolgen kann. Für die erste Beratung der Familie in maximal zwei Einzelsitzungen à 60 Minuten wird eine Pauschale in Höhe von 95,- € pro Sitzung gezahlt (GOP 97006A). Sollte sich ein weiterer Beratungsbedarf ergeben, können weitere sechs Beratungen abgerechnet werden. Für dieses flexible

Behandlungsangebot wird eine Pauschale in Höhe von 100,- € pro Sitzung à 60 Minuten gezahlt (GOP 97006B). Neben den Leistungen nach 97006A und 97006B können am selben Tag für den Versicherten keine Leistungen des EBM und parallel zur Behandlung keine Leistungen im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung abgerechnet werden. Es ist nicht möglich, bei mehreren Kindern in einer Familie auch öfter abzurechnen. Grundsätzlich kann nur einmal pro Familie abgerechnet werden. Die Altersobergrenze der Kinder liegt bei 18 Jahren. Ausnahmen hiervon gibt es, wenn mehrere Kinder in einem Haushalt leben, von denen mindestens eines die Altersobergrenze noch nicht überschritten hat.

Kammermitglieder, die sich an diesem Beratungsprojekt beteiligen, müssen die Beratung bzw. Behandlung dokumentieren. Darüber hinaus sind auch die Eltern gebeten, einen entsprechenden anonymisierten Fragebogen auszufüllen und direkt an die KVB zurückzuschicken.

Weitere Informationen zum Beratungsprogramm „Kinder kranker Eltern“ finden Sie auf der Website der KVB unter [www.kvb.de/kinderkrankere Eltern](http://www.kvb.de/kinderkrankere Eltern). Auf dieser Seite sind auch der Dokumentationsbogen, der Fragebogen für die Eltern, ein Merkblatt sowie die Broschüre „Warum ist Mama krank?“ zum Herunterladen hinterlegt.

## Psychotherapie mit Straftäter/innen: Der Bedarf ist nach wie vor hoch und ungedeckt

Aufgrund des weiterhin hohen und ungedeckten Bedarfes an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen für Straftäter/innen möchten wir Sie noch einmal über unsere Initiativen in diesem Bereich informieren und erneut um Interesse für diese Arbeit bei Ihnen werben.

Ausgehend von der Fortbildungsveranstaltung „Psychotherapie mit (Sexual-)Straftätern“, die im März 2012 in Kooperation mit dem bayerischen Justizministerium ausgerichtet wurde, konnten mit dem Ministerium Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Sitzungen im Rahmen des sog. „Übergangsmagements“ (in der Zeit

vor Entlassung eines Inhaftierten) und während der Haftzeit vereinbart werden. Darüber hinaus wurde verabredet, Kammermitglieder in weiteren Vertiefungsseminaren zu den Besonderheiten der Behandlung von Straftäter/innen aufzuklären und über die konkrete Arbeit mit diesem Personenkreis zu informieren. Im Oktober 2013 fand hierzu

in Zusammenarbeit mit dem Oberlandesgericht München und den Justizvollzugsanstalten Amberg und München eine Veranstaltung statt, in der u. a. über juristische Rahmenbedingungen, die Zusammenarbeit mit der Bewährungshilfe und die konkrete Umsetzung psychotherapeutischer Schritte in der Niederlassung informiert wurde. Das Justizministerium hat im Zuge dieser Vereinbarungen die Kammer gebeten, ihre Mitglieder zu fragen, wer sich bereit erklärt, Straftäter/innen zu behandeln. Aus der Umfrage, welche die Kammer im Oktober 2012 durchgeführt hat, ist eine Liste entstanden, die zwischenzeitlich an das Justizministerium und an die Bewährungshilfe weitergegeben wurde. Die Liste enthält derzeit die Kontaktdaten von nur 31 Kammermitgliedern. Diese wurden Ende 2014

zu ihren Erfahrungen in der Umsetzung der mit dem Ministerium vereinbarten Regelungen befragt. Über die Ergebnisse werden wir Sie demnächst informieren.

Der bayerische Justizminister Prof. Dr. Winfried Bausback hat Vertreter der Kammer in einem Gespräch im März 2014 darüber informiert, dass trotz der beiden Fortbildungsveranstaltungen und der Liste ein erheblicher Bedarf an niedergelassenen Psychotherapeut/innen für die Behandlung von Straftäter/innen bestehe. Der Kammer ist bewusst, dass sich viele Kolleg/innen vor der psychotherapeutischen Arbeit mit Sexual- und Gewaltstraftäter/innen scheuen, oft auch deshalb, weil spezifische Fachkenntnisse fehlen. Dabei können psychotherapeutische Behandlungen mit

dazu beitragen, erneute Straftaten zu verhindern. Die Kammer bittet alle Kolleg/innen daher, die psychotherapeutische Arbeit auch mit Straftäter/innen in Erwägung zu ziehen. Die bereits bestehende Behandlungskette in den sozialtherapeutischen Stationen innerhalb der Justizvollzugsanstalten und den JVA-Fachambulanzen in München, Nürnberg und Würzburg für Sexual- und Gewaltstraftäter/innen könnte in Ihren Praxen fortgesetzt und ausgebaut werden. Dafür bitten wir Sie um Unterstützung.

Falls Sie psychisch kranke Straftäter/innen behandeln wollen, würde sich die Geschäftsstelle über eine E-Mail an [info@ptk-bayern.de](mailto:info@ptk-bayern.de) oder einen Anruf freuen. Wir würden Ihre Kontaktdaten dann auf die o. g. Liste setzen und an das Justizministerium weiterleiten.

## Förderung der Niederlassung im ländlichen Raum auch für Psychotherapeut/innen

Die Bayerische Staatsregierung hat ihr Förderprogramm zum Erhalt und zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum zwischenzeitlich u. a. auch auf Psychotherapeut/innen erweitert. Die PTK Bayern begrüßt diese Erweiterung und möchte Kolleg/innen motivieren, sich ggf. für eine Niederlassung oder Filialbildung in einem der geförderten Gebiete zu entscheiden. Die Höhe der Zuwendung für eine Niederlassung beträgt für Psychotherapeut/innen in einem der geförderten Gebiete 20.000 € und bei Bildung einer Filiale 5.000 €.

Der Freistaat Bayern fördert die Niederlassung von Hausärzt/innen, von Frauenärzt/innen, Kinderärzt/innen, **Psychotherapeut/innen** sowie von Kinder- und Jugendpsychiater/innen im ländlichen Raum, um auch in Zukunft eine flächendeckende und möglichst wohnortnahe medizinische Versorgung auf qualitativ hohem Niveau gewährleisten zu können. Bei besonderer Bedeutung für den ländlichen Raum kann auch die Filialbildung gefördert werden. Fördergebiet ist jeder Planungsbereich in Bayern, für den vom Landesausschuss

*Hinweis: Der Landesausschuss für Ärzte und Krankenkassen in Bayern aktualisiert und veröffentlicht die Planungsblätter alle sechs Monate. Die Versorgungsgrade können sich daher entsprechend verändern, was dazu führt, dass Niederlassungen in bestimmten Planungsbereichen nicht mehr gefördert werden, wenn diese einen Versorgungsgrad von 110 Prozent und darüber erreichen sollten.*

für Ärzte und Krankenkassen in Bayern keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Nach den **derzeit gültigen Planungsblättern** des Landesausschusses (**Stand 05.09.2014**) betrifft die Förderung in Bayern 14 Planungsbereiche (siehe Tabelle).

Die Förderung setzt des Weiteren voraus, dass sich Psychotherapeut/innen oder Ärzt/innen in einer bayerischen Gemeinde mit höchstens 20.000 Einwohnern niederlassen oder dort eine Filiale bilden. Die Zuwendungsempfänger verpflichten sich dazu, die Niederlassung bzw. die Filiale für mindestens fünf Jahre auszuüben. Die Förderung setzt voraus, dass mit der Niederlassung bzw. Filialbildung vor der Bewilligung nicht begonnen worden ist.

Planungsbereich	Versorgungsgrad in Prozent
KR Ansbach	109,6
LK Cham	93,7
LK Dillingen	97,0
LK Dingolfing-Landau	106,2
LK Donau-Ries	97,5
KR Hof	89,0
LK Kronach	87,8
LK Kulmbach	99,2
LK Neuburg-Schrobenhausen	95,7
LK Regen	93,5
KR Schweinfurt	109,9
LK Tirschenreuth	70,7
KR Weiden i. d. Opf./ Neustadt a. d. Waldnaab	101,2
LK Wunsiedel i. Fichtelgebirge	84,2

Die Förderrichtlinie und das Antragsformular für das Förderprogramm finden Sie in unserer Homepagemeldung vom 26.01.2015 zum Herunterladen.

## Kurznachrichten

### Neujahrsempfang des Bayerischen Ministerpräsidenten

Der Neujahrsempfang am 09.01.2015 in der Münchner Residenz stand dieses Mal ganz unter den Eindrücken der Terroranschläge in Frankreich. Mit Bezug auf die Ereignisse strich Seehofer in seiner Rede unter anderem die außenpolitische Bedeutung Bayern heraus und initiierte eine Schweigeminute für die Opfer. Nikolaus Melcop richtete Ministerpräsident Horst Seehofer die Neujahrswünsche der bayerischen Psychotherapeut/innen aus.

### Großes Interesse am 13. Suchtforum in Nürnberg

Die Kooperationspartner des 13. Suchtforum hatten sich 2014 auf das Thema „Familie und Sucht – Schicksal Familie oder Familien-Schicksal?“ verständigt. Die Veranstaltung am 05.12.2014 in Nürnberg war mit über 250 Teilnehmer/innen ausgebucht. Wie auch in der ersten Veranstaltung am 02.04.2014 in München wurde in Nürnberg für die Akteure im Gesundheitswesen das Signal gesetzt, den Systemcharakter süchtiger Störungen in der Familie zu erkennen und ihre Beratungen und Interventionen dementsprechend auszurichten. Vorstandsmitglied Heiner Vogel betonte in seinen Schlussworten, dass die Thematik mustergültig deutlich mache, dass eine umfassende, frühe und nachhaltige Behandlung besonders wirksam sein könne, dass solch ein Ansatz aber in den gegebenen Gliederungsstrukturen des Versorgungssystems häufig nur schwer oder mit besonderem Aufwand zu realisieren sei.

### Gespräch mit der AOK Bayern

Mit leitenden Mitarbeitern der AOK Bayern trafen sich am 04.02.2015 Vertreter/innen der PTK Bayern (Nikolaus Melcop, Peter Lehndorfer vom Vorstand und Désirée Aichert von der Geschäftsstelle) zu einem intensiven Gedankenaustausch. Es wurde insbesondere über Möglichkeiten der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung vor dem Hintergrund der hohen Erkennungsrate psychischer Erkrankungen, langer Arbeitsunfähigkeitszeiten

und langer Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung gesprochen. Im Zusammenhang mit der Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde und der Notwendigkeit der Aufhebung der Befugniseinschränkungen für Psychologische Psychotherapeut/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen wurde gemeinsam erörtert, ob und wie ggf. diese für die Patientenversorgung innovativen Elemente in der Praxis umgesetzt könnten.

### Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervertreter/innen teilgenommen haben: 2. Sitzung der AG „Versorgungssituation bei psychischen Erkrankungen“ im Expertenkreis Psychiatrie des StMGP am **13.11.2014**; Mitgliederversammlung Gesundheitsbeirat am **03.12.2014**; 2. Weiterbildungskonferenz der Landespsychotherapeutenkammern am **04.12.2014**; StMGP-Jahresschwerpunkt Kindergesundheit 2015 am **16.12.2014**; Mitgliederversammlung der Bayerischen Krankenhausgesellschaft am **19.12.2014**; 1. Sitzung der „Bund-Länder AG Transition“ der BPtK zu Reform des Psychotherapeutengesetzes am **22.01.2015**; Klausurtagung Berufsrecht am **23./24.01.2015**; Staatsempfang des Bayerischen Versorgungswerkes am **28.01.2015**; Bayerischer BKK-Tag „Körper, Seele und Gesundheit“ am **09.02.2015**.

### Bevorstehende Veranstaltungen

**14. Suchtforum** mit dem Titel „Zwischen Genuss, Frust und Kontrollverlust – Essstörungen als 'gewichtige' Herausforderung einer Konsumgesellschaft?!“ in Kooperation mit der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS), der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Landesapothekerkammer.  
1. Termin: 22.04.2015 in München.  
2. Termin: 04.12.2015 in Nürnberg.

**Schmerzpsychotherapie: Update und Perspektiven bei Rheuma und Rückenschmerzen:** Eine Fortbildungsver-

### 6. Bayerischer Landespsychotherapeutentag:

Titel: **Psychotherapie und Internet ... zwei kompatible Systeme?**

Termin: 09.05.2015 in München, Alte Kongresshalle, Theresienhöhe 15.

Alle Kammermitglieder sind herzlich eingeladen!

anstellung der PTK Bayern und der KVB. Termin: 23.05.2015 in München. Hinweis: Hier hat sich der Veranstaltungsort geändert; die Veranstaltung findet in München statt, nicht in Nürnberg.

**Palliativmedizin bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen – Herausforderungen und Möglichkeiten für Psychotherapeut/innen:** Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: 12.09.2015 in Nürnberg.

**Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen I – Psychokardiologie und Diabetologie:** Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: 19.12.2015 in München.

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

### Vorstand der Kammer

Nikolaus Melcop, Peter Lehndorfer, Bruno Waldvogel, Birgit Gorgas, Anke Pielsticker, Heiner Vogel, Benedikt Waldherr.

### Geschäftsstelle

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

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zu Beginn des neuen Jahres 2015 hat sich der Vorstand den gesundheitspolitischen und fachlichen Herausforderungen gestellt, die auf uns Psychotherapeuten zukommen und die Zukunft unseres Berufsstandes nicht nur beeinflussen, sondern zu erheblichen Veränderungen führen können – bis in die täglichen unmittelbaren Ausübungen unserer psychotherapeutischen Tätigkeit.

Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), das höchste, entscheidende Gremium der Selbstverwaltung, ist zurzeit eine „Akut-Sprechstunde“ Beschlusslage, die als neue Leistung die Richtlinien-Psychotherapie niedrigschwellig erweitern wird. Damit verändert sich die Rolle des Psychotherapeuten – wie auch seit Neuestem die Möglichkeit für die sozialrechtlich zugelassenen Kolleginnen und Kollegen, akut-psychotisch Erkrankte psychotherapeutisch zu behandeln.

Das von der Bundesregierung eingebrachte Versorgungsstärkungsgesetz befindet sich in der Abstimmung mit dem Bundesrat, der z. B. „Krisenintervention in der Akut-Versorgung und Gruppenpsychotherapie“ den Psychotherapeuten gesetzlich vorgeben will.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen regelmäßig überprüfen, wie wir unserem „Versorgungsauftrag“ nachkommen. Bezugsgröße soll die gesetzlich festzulegende „Vollzeit-Tätigkeit“ sein. Diese soll mindestens 75% der durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen Fachgruppe entsprechen und auf vier Quartale der jeweiligen kassenärztlichen Vereinigung bezogen werden. Eine mögliche Veränderung der Berechnung der Bedarfsplanung sei nur am Rande erwähnt.

Das BMG hat die Beschlüsse des 25. Deutschen Psychotherapeutentages im November zur Ausbildungsreform nicht nur zur Kenntnis genommen, sondern wird in nächster Zeit einen ersten Entwurf einer Approbationsordnung, und, geplant Ende des Jahres 2015, einen ersten Referentenentwurf zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes vorlegen. Wir beteiligen uns als Berliner Kammer intensiv mit den anderen Länder-

kammern und der BPTK an der Erarbeitung und Präzisierung unserer berufspolitischen und fachlichen Vorstellungen.

Die hier lediglich cursorisch genannten Herausforderungen sollen im Laufe des Jahres mit Ihnen in unterschiedlichen Kammerversammlungen erläutert und vertieft werden:

Eine **curriculare Fortbildung zur Behandlung von erkrankten Patienten des psychotischen Formenkreises und Persönlichkeitsstörungen** wird entwickelt und Ihnen in einem ersten Schritt zur Diskussion vorgestellt werden.

Auf dem nächsten **Landespsychotherapeutentag im September** werden wir unter anderem die – nicht nur geplante, sondern beschlossene – Änderung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in ihrer möglichen Bedeutung für unser Handeln erläutern und kritisch diskutieren.

Seit Beginn der Legislaturperiode der Kammer (Ende 2013) entwickelte der Vorstand Positionen zu dringenden Fragen der psychotherapeutischen Versorgung, insbesondere in Berlin. Diese gehen in ein bereits veröffentlichtes Modell und Positionen ein, die ständig im Austausch mit Kolleginnen und Kollegen der Politik und der Selbstverwaltung auf Länder- und Bundesebene weiterentwickelt werden.

Wir als Kammer nehmen diese Herausforderungen an, sind gut positioniert und versuchen sie im Sinne des Patientenwohls und unseres Berufsstandes zu gestalten.

Ihr



Michael Krenz,  
Präsident PTK Berlin

Michael Krenz,  
Präsident der PTK Berlin

## Berliner Krisendienst als Schnittstelle zur psychotherapeutischen Versorgung

Der Gesamtberliner Krisendienst ist eine netzwerkorientierte Einrichtung, die in dieser Form einzigartig ist. Die Notwendigkeit seiner Existenz in den letzten 15 Jahren ist mehrfach belegt. Es wäre wichtig, den Krisendienst in seiner jetzigen, regionalisierten Struktur zu einer in die weite Zukunft gesicherten Institution zu machen. Das würde das Weggehen von der zugewandungsorientierten Finanzierung zu einer festetab-

lierten Institutionalisierung im Berliner Haushalt sinnvoll sein lassen.

In den Anfängen war K. U. B. Schöneberg – heute Abteilung Südwest des Gesamtberliner Krisendienstes – eine Einrichtung verschiedener Berliner Psychotherapievereine. Die Therapeuten stellten persönlich sowohl die Finanzierung wie auch das Personal. Hier zeigte sich damals schon ein enger Zusammenhang

einer Krisenversorgung zur psychotherapeutischen Versorgung. Für Psychotherapeuten ist das auch heute noch ein wichtiges Thema. Durch den schlussendlichen Ausbau als Gesamtberliner Krisendienst – durch Zusammenschluss der sechs regionalen Träger im Rahmen der Berliner Psychiatrieplanung – ließ sich der Gedanke eines Netzwerkes der gemeindepsychiatrischen Versorgung als Träger eines berlinweit, aber regional

organisierten Krisendienstes rund um die Uhr verwirklichen. Dies sichert auch die enge Verknüpfung zur Erfahrung in der Gemeinde und zum Einsatz der in diesem Bereich Erfahrenen. Er wird somit zur Schnittstelle vieler psychosozialer Felder, auch zu dem der Polizei und der Feuerwehr.

Gut, dass der Berliner Krisendienst in seiner primären Haltung auf die Hilfestellung und Unterstützung für Klienten ausgerichtet ist und nicht als reiner psychiatrischer Notdienst mittels bloßer Not- und Weitervermittlung in andere psychiatrische Hilfsangebote fungiert.

Ähnlich einer Feuerwehr ist es wichtig, dass es den Dienst gibt: Rund um die Uhr steht den Klienten ein Fachdienst zur Verfügung. Im Notfall verrichtet also nicht einfach – wie in vielen anderen Städten oder Bundesländern oft, wenn gar nichts mehr geht – die Polizei den Job. Auch steht dann nicht nur die stationär-psychiatrische Versorgung der jeweiligen Krankenhäuser zu Verfügung, sondern ein Setting, das vom Rahmen und der Interventionsform her eher auf kurzfristigen Gesprächen fußt und den Nutzer als zu Beratenden, nicht als Patienten behandelt.

Das Recht, rund um die Uhr einen ambulanten, gemeindenahen, gut vernetzten und niedrighschwelligten Fachdienst zu erreichen, nehmen nicht nur die früheren Klinikpatienten mit in die Gemeinde, es ermöglicht auch die Ent- bzw. Nichthospitalisierung psychisch erkrankter Menschen wie auch von Menschen mit einer geistigen Behinderung.

Aufgrund der UN-Behindertenkonvention wird jetzt auch eine Novellierung des PSYCHKG erforderlich. Hier werden stärker die ambulanten und ambulanten-institutionellen Alternativen in den Vordergrund gerückt. Hierzu gehört in hervorragender Weise der Gesamtberliner Krisendienst.

Er hat eine wichtige Back-up-Funktion für Psychotherapeuten, insbesondere dann, wenn diese mit schwierigerem psychiatrischen Klientel psychotherapeutisch arbeiten.

Als niedergelassener Psychotherapeut kann man bei krisenhaften Zuspitzungen am Abend, in der Nacht, am Wochenende oder an Feiertagen diesen Krisendienst nutzen. Diese Hilfestellung greift auch für Urlaubssituationen der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und bei suizidalen Zuspitzungen.

### Wichtige Funktionen des Berliner Krisendienstes „am Rande“ der Psychotherapie:

- für manche Klientengruppen niedrigere Schwelle als PT selbst,
- Sondierung erforderlicher psychotherapeutischer Behandlung,
- Brückenfunktion zur Psychotherapie im Krisenfall, wenn Behandlung erfolgen muss, aber ein Therapieplatz nicht sofort zu finden ist,
- Motivationsbearbeitung zur Psychotherapie,



- Notfunktion, Back-up beim Auslaufen einer Psychotherapie,
- qualifizierte Schnittstelle zu den verschiedenen Angeboten des psychiatrischen Hilfesystems.

Krisenintervention ist wichtig in seiner Funktion als primäre, sekundäre oder auch tertiäre Prävention.

Der **niedrighschwellige Zugang ermöglicht es kurzfristig und zeitnah, bei**

einer krisenhaften Zuspitzung zu intervenieren und damit Veränderungen der Einstellung, des Erlebens und des Verhaltens zu erreichen, sodass sich eine Krise nicht zu einer Störung mit Krankheitswert ausweiten muss.

Durch gezielte Vermittlung und Motivation lassen sich frühzeitig (psychotherapeutische) Hilfen einleiten.

Rückfälle, Symptomverschlechterungen, oder auch Einweisungen können verhindert werden.

Suizidprophylaxe ist ein wichtiges Feld.

Der Krisendienst ermöglicht eine **effektive, schnelle Krisenintervention** angesichts zunehmend begrenzter Ressourcen durch den Abbau rein psychiatrischer Praxen und sehr hoher Wartezeiten für ambulante Psychotherapie.

Krisenintervention ist hier auch ein multiprofessionelles Geschehen. Die Problematiken gehen häufig weit über rein psychotherapeutische Möglichkeiten hinaus. Hier hilft das Vernetzungswissen: Das Wissen der Vernetzten im psychosozialen, psychiatrischen Bereich und das multiprofessionelle Handeln durch Psychologen, Ärzte, Sozialarbeiter und Psychiatriekrankenpfleger.

Krisenintervention wirkt gelegentlich als eine Form von Kurzzeittherapie. Der

größte Teil der festangestellten Mitarbeiter verfügt über eine therapeutische Zusatzausbildung. Es gibt ein kurzfristiges Angebot von Folgegesprächen.

### Krisenintervention wird hier als methodenübergreifender Ansatz verstanden

1) in Bezug auf das Setting:

- telefonische Beratung,
- persönliche Gespräche,
- aufsuchende Arbeit vor Ort bei akuten Problemlagen,
- Einbeziehung von Angehörigen, Bezugspersonen und Professionellen.

2) in Bezug auf die therapeutischen Haltungen:

- ressourcenorientiert, lösungsorientiert, systemisch, konfliktzentriert, traumatherapeutisch, verhaltenstherapeutisch, ...

Zurzeit ist auch im Rahmen des Entwurfes für ein Versorgungsstrukturgesetz viel die Rede von Versorgungsmodellen für den psychotherapeutischen Bereich. Hier geht es viel um Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsfeldern, auch um die Frage von Lotsenfunktionen. Die Berliner Kammer ist hier der Meinung, dass eine Engstellung auf den Richtlinienbereich des SGB V nicht zielführend und nicht alle Versorgungsbereiche abdeckend ist.

Vielmehr ist die netzwerkbezogene Einbeziehung der integrierten Versorgung, des Rehabereichs und aller themabezogenen anderen „SGBs“, wie z. B. das SGB VIII für den Kinder- und Jugendlichenbereich oder des SGB XII oder IX usw., unbedingt erforderlich. Hierfür hat die Kammer auch einen Vorschlag entwickelt, den sie bereits mit einer Reihe anderer Player in diesem Bereich in Netzwerkgesprächen diskutiert. Dazu gehört auch der Gesamtberliner Krisendienst, der ja selbst eine effektive Schnittstelle zu all diesen Bereichen ist. Deshalb wünscht sich die Kammer eine weitere enge Zusammenarbeit.

Heinrich Bertram (PTK Berlin) auf der Festveranstaltung 15 Jahre Berliner Krisendienst

## Psychotherapie mit Älteren – Ein neues Betätigungsfeld für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten



Brigitte Kemper-Bürger

Die Berliner Psychotherapeutenkammer hat sich in den letzten drei Jahren mit einem relativ neuen Berufsfeld der PsychotherapeutInnen beschäftigt. War vor einigen Jahren das Interesse sowohl der älteren PatientInnen als auch der behandelnden PsychotherapeutInnen an einer Therapie im Alter eher gering, so hat sich dies langsam verändert. Die heutige Generation 60+ hat nicht mehr die Vorurteile ihrer Eltern- generation gegenüber psychischen Erkrankungen und erkennt eher die Chancen, die in einer Behandlung für den Rest der Lebenszeit liegen können. Auch die PsychotherapeutInnen haben mögliche fachliche Vorbehalte revidiert und arbeiten an neuen Formaten und psychotherapeutischen Inter-

ventionen für die Arbeit mit dieser Zielgruppe.

### Die Welt der Zahlen:

Die Gruppe der über 65-Jährigen in Berlin wird deutlich anwachsen (von 664.200 im Jahr 2011 auf ca. 858.000 im Jahr 2030). (*Kurzfassung Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2011–2030 Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt Ref. I A – Berlin, Oktober 2012*)

Folgende Annahmen gelten aus heutiger Sicht:

- ca. 25% der Älteren sind psychisch krank; davon haben ca. 9% depressive Störungen und ca. 17% Demenzen,
- ca. 67% der alten Menschen in Heimen haben psychische Erkrankungen: 30%–75% Demenzen, bis zu 50% depressive Symptome und 15%–20% schwere Depressionen,
- „untypische“ Depressionen treten im Alter gehäuft auf.

(*RKI Themenheft 51, 2010, FOGS Studie 2005, Prognos Studie 2010*)

### Was ist das Besondere an Psychotherapie mit dieser Altersgruppe?

Die grundsätzlichen Krankheitsbilder unterscheiden sich nicht von den Krankheiten in anderen Altersgruppen der Bevölkerung. Allerdings müssen PsychotherapeutInnen, die mit älteren Menschen arbeiten, berücksichtigen, dass es **körperliche Einschränkungen** geben kann. Bei Menschen über 70 leiden mehr als 80% an zwei oder mehr chronischen Erkrankungen (Alterssurvey 2002). Entgegen früherer Vorurteile ist heute aber allgemein anerkannt, dass auch Menschen mit einer leichten Demenz gut auf Psychotherapie ansprechen. Die Themen einer Therapie sind bei dieser Patientengruppe genauso vielfältig wie in anderen Behandlungen auch. Allerdings berichten fast alle BehandlerInnen (s. Symposium: Psychotherapie im Pflegeheim, Berlin PTK 2015), dass das Ende des Lebens, die **Rückschau auf das bisherige Erlebte, offene Lebensfragen** u. a. eine besondere Rolle spielen. Dies bedeutet, dass sich auch PsychotherapeutInnen, mehr noch als in anderen Behandlungskontexten mit der **Endlichkeit des Lebens, Krankheit, Tod** und nicht erreichten Lebenszielen in

Selbstreflexionen beschäftigen müssen, um diesen Patientinnen und Patienten angemessen begegnen zu können.



Prof. Meinolf Peters, Doreen Röseler

Prof. Meinolf Peters vom Institut für Alterspsychotherapie und Angewandte Gerontologie in Heidelberg bietet in Kooperation mit der PTK Berlin die 3. Curriculare Fortbildungsreihe für die Psychotherapie mit Älteren an. Gerontologische Kenntnisse, Wissen über die biografischen Hintergründe, schulenübergreifendes Denken, Selbsterfahrung und Arbeit an konkreten Fällen sind die Schwerpunkte dieser Fortbildung. Das erste Modul hat Mitte Februar 2015 in den Räumen der PTK Berlin begonnen.

### Psychotherapie im Pflegeheim – ein neues Setting?

Eine besondere Herausforderung stellt sich in der Arbeit mit hochaltrigen und pflegebedürftigen psychisch kranken PatientInnen. Fr. PD Dr. Eva-Marie Kessler (Universität Heidelberg) hat in einem von der Robert Bosch Stiftung finanzierten Projekt in Kooperation mit der DGVT gezeigt, dass Behandlungen in diesem Kontext durchgeführt werden können, und in einem Symposium Anfang Januar ihre Ergebnisse detailliert vorgestellt. (Sie wird in einem eigenen Beitrag im nächsten Kammerbrief über das Projekt berichten).

Aufsuchende Psychotherapie, kürzere Behandlungszeiten, Einbezug der Angehörigen und des Pflegepersonals sind

die Ansätze für die Behandlung dieser Personengruppe. Außerdem erfordert die Arbeit in einem Pflegeheim Kenntnisse und Erfahrung im Umgang mit Institutionen und die Bereitschaft, sich auf einen neuen Kontext mit seinen Besonderheiten einzulassen.

### Was qualifiziert insbesondere PsychotherapeutInnen für die Arbeit in Heimen?

Doreen Röseler, zuständiges Vorstandsmitglied der PTK Berlin, hat die verschiedenen Rollen der PsychotherapeutInnen bei der Behandlung älterer PatientInnen in Heimen herausgearbeitet. Der oder die aufsuchende PsychotherapeutIn oder der/die PsychotherapeutIn mit eigener Praxis im Heim könnte ein regelmäßiges und flexibles Behandlungsangebot zur Verfügung stellen. Der/die PsychotherapeutIn als SupervisorIn für das Mitarbeiterteam im Pflegeheim kann unmittelbar kommunikative Prozesse gestalten und Konfliktlösungen begleiten. In der Supervision wird psychotherapeutisches Fachwissen zur Verfügung gestellt, um MitarbeiterInnen, BewohnerInnen und Angehörige direkt und indirekt zu unterstützen. Diese Arbeit repräsentiert ein mittlerweile schon bewährtes Prozedere in Pflegeheimen. Anders verhält es sich beim Modell des angestellten Psychotherapeuten im Heimkontext. Hierzu wurde schon in der letzten Legislatur ein innovatives Modell vorgeschlagen, das bisher aus finanziellen Gründen nicht umgesetzt werden konnte. Es soll in dieser Legislaturperiode weiter entwickelt, neu durchdacht und diskutiert werden. Die angestellten PsychotherapeutInnen könnten ein komplexes Behandlungsmodell anbieten, welches Diagnostik, Einzelbehandlung unterschiedlicher Störungsbilder, psychotherapeutische Gruppen sowie Angehörigen- und Paargespräche umfasst. Auch in dieser Berufsrolle tragen die dort tätigen KollegInnen unmittel-

bar zur kommunikativen Vermittlung zwischen den beteiligten Gruppen bei.

Alle diese möglichen psychotherapeutischen Angebote haben ihre Vor- und Nachteile und spezifischen Herausforderungen und werden zurzeit in verschiedenen Projektsettings erprobt. Damit die Betroffenen ihr Recht auf Psychotherapie unabhängig von Wohnform, Alter und Mobilität wahrnehmen können, gilt es, kreativ und flexibel adäquate Behandlungsangebote regelmäßig zur Verfügung zu stellen.



Das Ziel der PTK Berlin für die nächsten Monate wird sein, das Profil der Psychotherapie und die möglichen Rollen der PsychotherapeutInnen bei der Behandlung dieser Patientengruppe noch stärker herauszuarbeiten und gemeinsam mit den anderen Berufen eine gute, angemessene und wirksame Behandlung von psychisch kranken älteren Menschen zu entwickeln. Angesichts der demografischen Entwicklung ist dies eine lohnende und gesellschaftlich notwendige Aufgabe.

B. Kemper-Bürger, Geschäftsführerin der PTK Berlin

### Geschäftsstelle

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

## Vierte Amtsperiode des Kammervorstandes neigt sich dem Ende

Engagierte Mitglieder für den neuen Vorstand gesucht

Die 4. Amtsperiode des Vorstandes der Bremer Psychotherapeutenkammer nähert sich dem Ende. In seiner letzten Sitzung konstatierte der Vorstand in großer Einmütigkeit, dass in der zurückliegenden Arbeitsperiode viele Themen erfolgreich bewegt werden konnten. Der Prozess wurde als intensiv und anfordernd erlebt, zugleich habe die partnerschaftliche Zusammenarbeit allen Beteiligten viel Freude gemacht. Am 16. Juni 2015 stehen auf der Kammerversammlung Neuwahlen des Vorstandes an. Die drei Beisitzer im Vorstand – Dr. Sylvia Helbig-Lang, Helga Loest und Axel Janzen – haben bereits angekündigt, aus gesundheitlichen, berufsbezogenen und familiären Gründen nicht erneut zu kandidieren. Der Vorstand ist sich einig in der Einschätzung, dass in den kommenden Jahren ein Generationswechsel in der Führung der Psychotherapeutenkammer eingeleitet werden muss. Karl Heinz Schrömgens und Hans Schindler haben sich bereit erklärt, diesen Übergang zu begleiten und erneut zu kandidieren, damit am Ende der fünften Amtsperiode auch die Ämter des Präsidenten und Vizepräsidenten gut in neue Hände gelegt werden können.

Die neue Vorstandsperiode dürfte für die Bremer Psychotherapeutenkammer eine sehr wichtige werden. Es geht in den nächsten Jahren einmal mehr darum, Vorstellungen zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen zu entwickeln und umzusetzen. Dies erfordert auch die Erhaltung und bedarfsgerechte Sicherstellung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Der gegenwärtig betriebene Abbau von Praxissitzen in Bremen steht dem entgegen.

Zudem wird die Reform der Psychotherapeutenausbildung, wie sie auf dem

Deutschen Psychotherapeutentag am 15. November 2014 in München als Direktausbildung beschlossen worden ist, einen großen Teil der Arbeit des künftigen Kammervorstandes ausmachen. Insbesondere die Entwicklung von Weiterbildungsregelungen für die verfahrens- und altersbezogenen Schwerpunktsetzungen im Rahmen des neuen Konzeptes wird die Kammer sehr fordern.

Der amtierende Vorstand hat sich in den zurückliegenden fünf Jahren intensiv mit dem Thema Psychotherapeutenausbildung beschäftigt und dabei in zahlreichen Ausschüssen mitgearbeitet, politische Gespräche geführt und Fachdiskussionen in der Mitgliedschaft initiiert. Am Ende dieser Auseinandersetzung hat sich die Bremer Psychotherapeutenkammer auf ihrer 31. Kammerversammlung am 11. November 2014 mit großer Mehrheit für eine umfassende Reform der Psychotherapeutenausbildung in Form einer Direktausbildung ausgesprochen.

In den Jahren seit 2011 hat die Beschäftigung mit Gesundheitsreformgesetzen großen Raum eingenommen. Das „Versorgungsstrukturgesetz“ von 2012 und die Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie band viele Ressourcen. Im zurückliegenden Jahr bildete zudem die Auseinandersetzung mit dem geplanten „Versorgungsstärkungsgesetz“, das zu erheblichen Änderungen der Regelungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung führen wird, eine wichtige Rolle. Der Entwurf sieht u. a. vor, die bisherige Regelung, wonach in sogenannten übergewässerten Gebieten die Weitergabe von Praxissitzen verweigert werden „kann“, wenn die bisherigen Inhaber aus Alters- oder Krankheitsgründen

ausscheiden, in eine „Soll“-Regelung umzuwandeln. Damit droht der Verlust von bis zu 130 Kassen-Praxen in Bremen und neun Sitzen in Bremerhaven. Dem paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung in Bremen besetzten Zulassungsausschuss, der über die Weitergabe von Sitzen entscheidet, wird damit der Ermessensspielraum erheblich eingeschränkt. Erneut hat der Vorstand in zahlreichen Gesprächen mit Politikern und anderen Verantwortlichen im Gesundheitswesen seine Bedenken erläutert, aber auch konstruktive Vorschläge eingebracht. Zudem unterstrich er immer wieder die dringend notwendige Reform der Bedarfsplanung psychotherapeutischer Kassenpraxen, die auf fehlerhaften Bedarfszahlen aus dem Jahr 1999 fußt.

Vorausschauend hat der Vorstand schon im Herbst 2011 ein Modell zur Wertbestimmung psychotherapeutischer Praxen, das von einer Arbeitsgruppe des Länderrates der BPTK erarbeitet worden war, verabschiedet. Das sogenannte modifizierte Ertragswertmodell stellt eine anerkannte betriebswirtschaftliche Berechnungsmethode dar. Damit sollten Versuche verhindert werden, dass im Rahmen des Aufkaufes von Praxis-sitzen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen der Praxiswert gegen Null gerechnet werden kann.

Ein weiteres herausragendes Thema der zurückliegenden Arbeitsperiode war die Beschäftigung mit dem Rechtsstatus angestellter Psychotherapeuten in Krankenhäusern und Kliniken. Eine entsprechende Stellungnahme, die eine vom Vorstand eingesetzte Arbeitsgruppe unter Mitarbeit des renommierten Medizinrechtlers Professor Dr. Robert

Francke erarbeitet hatte, wurde im Dezember 2011 veröffentlicht und sorgte nicht nur in Bremen für große Beachtung.

Mit der Verabschiedung des Landespsychiatrieplanes wurde seit dem Jahr 2011 im Land Bremen eine breit angelegte Diskussion darüber angestoßen, wie die Versorgung von psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf neu aufgestellt werden kann. Mitglieder des Vorstandes beteiligten sich aktiv an den verschiedenen Arbeitsgruppen in diesem Zusammenhang. In Bremerhaven läuft unter Beteiligung des Vorstandsbeauftragten Uwe Klein eine Umsetzungsplanung, wie über regionale Budgets neue Steuerungen von Leistungen gestaltet werden können. Mit Fortbildungen u. a. zur Psychosen-Psychotherapie trug und

trägt die Kammer dazu bei, die Mitglieder für die Arbeit mit diesen Patientengruppen stärker zu qualifizieren. Auch die Einrichtung von Traumaambulanzen im Land Bremen wurden vom Vorstand fachlich begleitet.

Darüber hinaus brachte der Vorstand in der laufenden Amtsperiode auch eine Neufassung der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Bremen auf den Weg. Diese wurde in einem Ausschuss erarbeitet. Anlass für die Neufassung war das in 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz. Gleichzeitig konnte damit die bremische Berufsordnung an die Musterberufsordnung angelehnt werden. Diese lag bei der Erarbeitung der Bremer Berufsordnung noch nicht vor, weil das Land Bremen seinerzeit die erste Psychotherapeutenkammer gegründet hat.

Der Vorstand beschäftigte sich im vergangenen Jahr überdies intensiv mit dem Wissenschaftsplan 2020, der vom Wissenschaftsressort aufgestellt worden ist und einen Prüfantrag enthielt, ob der Studiengang Psychologie geschlossen werden sollte. Hintergrund sind die Einsparnotwendigkeiten, die der Bremer Senat als Haushaltsnotlageland auch im Hochschulbereich sieht. In zahlreichen Gesprächen mit Vertretern aus Politik, Universität, Studentenschaft, Medien und Einrichtungen des Gesundheitswesens hat sich der Vorstand mit großem Engagement für den Erhalt des Studiengangs eingesetzt. Der Einsatz scheint sich gelohnt zu haben. Wenn auch die Gefahr einer Schließung noch nicht ganz vom Tisch ist, so stehen die Zeichen für den Erhalt des Studiengangs Psychologie derzeit gut.

## Staatsrat sichert Unterstützung zu

Zu Beginn des neuen Jahres, am 9. Januar, trafen sich der Präsident sowie der Vizepräsident der Bremer Psychotherapeutenkammer mit dem Gesundheitsstaatsrat Dr. Peter Härtl zu einem Meinungsaustausch über anstehende gesundheitspolitische und ausbildungsbezogene Themen. Es bestand Einigkeit in der Bewertung, dass die in § 103 des geplanten Versorgungsstärkungsgesetzes vorgenommene Veränderung in Bezug auf die Ausschreibung von psychotherapeutischen Kassensitzungen von einer „Kann“- zu einer „Soll“-Regelung zum Abbau von notwendiger Versorgung in Bremen führen würde. In sogenannten übergewässerten Gebieten, nicht gemessen am realen Bedarf, sondern an den willkürlich fixierten Zahlen von 1999, sollen – wenn das Gesetz so verabschiedet wird – keine frei werdenden Psychotherapeuten- und andere Arztsitze mehr ausgeschrieben werden. In dem seit Anfang Februar vorliegenden Änderungsantrag des Bundesrates zum § 103 sollen die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen von dieser Regel bis 2018 ausgenommen werden. Der Kammervorstand kann diese Änderungsforderung des Bundesrates, auch

wenn sie noch keine endgültige „Lösung“ darstellt, als Erfolg der Gespräche werten, die auch Vorstandskolleginnen anderer Kammern mit Politikerinnen zu diesem Thema geführt haben.

In diesem Zusammenhang stieß die Information auf großes Interesse, dass es wieder zu einer Ausweitung der „Erstattungspsychotherapie“ in Bremen komme. Dies ist als eindeutiges „Systemversagen“ zu werten, wenn die Krankenkassen ihren Mitgliedern Erstattungstherapie genehmigen und gleichzeitig im Zulassungsausschuss dafür stimmen, dass ganze Sitze nur halb oder gar nicht ausgeschrieben werden, wenn die abgebenden Kolleginnen in letzter Zeit nur in einem reduzierten Umfang gearbeitet haben. Diskutiert wurde, welche Verantwortung hier die Selbstverwaltung (KV, G-BA etc.) hat und wo die politische Verantwortlichen durch gesetzliche Vorgaben Entscheidungen treffen müssen, weil die Selbstverwaltung aufgrund der vielstimmigen Interessen überfordert ist. Kammerseitig wurde die Meinung vertreten, der Gesetzgeber müsse gerade für den Bereich der Psychotherapie Vorgaben machen, dass es zu



*Diskutierten Fragen der Gesundheitspolitik: Gesundheitsstaatsrat Dr. Peter Härtl (Mitte), Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens (rechts) und Vizepräsident Hans Schindler.*

einer angemessenen, z. B. empirisch ermittelten Bedarfsplanung kommen müsse.

Der Beschluss des letzten DPT zur Ausbildungsreform wurde von Dr. Härtl ausdrücklich begrüßt. Die Bitte des Kammervorstandes um die Unterstützung einer zwischenzeitlich länderübergreifenden einheitlichen Verwaltungsvorschrift zur Zulassung von Ausbildungsteilnehmerinnen nur mit Masterabschlüssen wurde zugesichert. Abschließend wies Dr. Härtl darauf hin, dass er nach den Bürgerschaftswahlen im Mai die Aufgabe eines Staatsrates aus Altersgründen nicht wieder übernehmen werde.

## „In der Psychoonkologie arbeiten wir ressourcenorientiert“

Die Bremer Krebsgesellschaft bietet ein breit gefächertes Hilfsangebot für an Krebs erkrankte Menschen und deren Angehörige. Helga Loest vom Kammervorstand sprach mit der Psychoonkologin Dr. Antje Müller über ihre Arbeit und den Qualitätszirkel Psychoonkologie, der noch weitere Mitglieder aufnimmt.

**H. Loest: Frau Dr. Müller, Sie arbeiten als Psychoonkologin in der Beratungsstelle der Bremer Krebsgesellschaft. Seit wann gibt es die Beratungsstelle und welche Angebote gibt es?**

**A. Müller:** Die Beratungsstelle der Bremer Krebsgesellschaft existiert bereits länger als 30 Jahre. Wir arbeiten niedrigschwellig, bei uns sind alle Betroffenen und Interessierten von Montag bis Freitag willkommen. Wir bieten Vorträge, Patientenseminare sowie soziale und psychologische Beratung an. Über 2.500 Beratungen pro Jahr finden in unseren Beratungsstellen in Bremen-Mitte, Huchting und Vegesack statt. Unter unserem Dach arbeiten auch Musiktherapeutinnen mit Kindern und Jugendlichen, deren nahe Angehörige an Krebs erkrankt sind. Dieses Projekt heißt Pegasus. Wir arbeiten auch präventiv, z. B. zum Thema Sonnenbelastung im Kindergartenbereich. Weil das Wissen um die hohe Bedeutung der körperlichen Bewegung in der Krankheitsbewältigung immer größer wird, vermittelt unsere „Sportslotsin“ den Kontakt zwischen Patientinnen und Patienten und Rehasport-Angeboten.



Die meisten unserer Angebote sind kostenlos. Um uns auch bei ganz „normalen“ Menschen bekannt zu machen, bieten wir unsere Räume und Wände Künstlerinnen und Künstlern an und organisieren etwa viermal pro Jahr entsprechende Ausstellungen. Unsere Angebote veröffentlichen wir alle sechs Monate in einem Halbjahresprogramm,

in dem alle Veranstaltungen aufgelistet sind und das gern bei uns angefordert werden kann. Natürlich finden Sie uns auch im Internet. Wir verfügen über vielfältiges Informationsmaterial zu Krebserkrankungen und erstellen auch bei Bedarf eigene Broschüren. Wir finanzieren uns komplett aus Spendengeldern und erhalten keine öffentliche Förderung.

**Das ist ein sehr großes Aufgabenspektrum. Welche Aufgaben haben Sie dabei als Psychoonkologin?**

Als Psychoonkologin biete ich Beratungen für an Krebs erkrankte Menschen und Angehörige an. Wir bemühen uns, sehr zeitnah zu beraten, da die Belastung durch das Wissen über die Erkrankung und die psychischen und körperlichen Folgen oft sehr hoch ist. Oft fühlen sich die Patienten auch gedrängt, schnell handeln zu müssen.

Themen, die häufig eine Rolle spielen, sind Angst und Hilflosigkeit, Umgang mit körperlichen Veränderungen wie Haarverlust, verminderte Leistungsfähigkeit, Fatigue; Verstehen und Akzeptanz der Erkrankung, Therapieentscheidungen, Schuld, Reaktionen der Mitmenschen, Zurechtfinden im Gesundheitssystem und medizinische Behandlung. Aber auch Themen wie Berufstätigkeit, Versicherungen, Finanzen, Armut, Auseinandersetzung mit Tod und Sterben spielen eine Rolle. Und natürlich Themen, die im Laufe der eigenen Biografie wichtig geworden sind und deshalb von den Betroffenen in einen Zusammenhang mit der Erkrankung und ihrer Bewältigung gebracht werden.

In der Psychoonkologie arbeiten wir ressourcenorientiert, wir bemühen uns, die erkrankten Menschen zu stärken und den Umgang mit der Erkrankung zu erleichtern. Je nach Fragestellung kommen die Patientinnen und Patienten einmal oder öfter in die Beratung, nehmen an unseren Selbsthilfegruppen teil, besuchen Patientenschulungen, singen in unserem Chor mit oder engagieren sich ehrenamtlich. Manche kommen immer mal wieder, weil sich im Laufe der Therapie neue Fragestellungen entwickeln.

**Wie ist Ihre Zusammenarbeit mit Bremer Psychotherapeutinnen und -therapeuten?**

Insgesamt ist die Zusammenarbeit gut – aber sicher auch noch ausbaufähig. Immer wieder vermitteln wir den Patientinnen und Patienten psychotherapeutische Angebote. Natürlich drängt hier oft die Zeit, die Not ist groß und die Warteschlangen sind lang. Deshalb sind wir auf wohlwollende Angebote oder Signale der Psychotherapeuten aus Bremen und dem Umland angewiesen und freuen uns über jedes Angebot. Ein Drittel unserer ratsuchenden Besucherinnen und Besucher kommt übrigens aus dem niedersächsischen Umland.

**Sie organisieren den Qualitätszirkel Psychoonkologie. Wie sieht die Arbeit aus und welche Professionen sind vertreten?**

Im Qualitätszirkel Psychoonkologie treffen wir uns jeden dritten Montag im Monat. Jeweils um 20 Uhr. Psychotherapeuten, Psychoonkologen, niedergelassen oder aus Einrichtungen, sowie ein onkologisch tätiger Arzt stellen Fälle vor und diskutieren berufspolitische Themen. Neue Teilnehmer sind übrigens willkommen. Die Mitarbeit kann auch sporadisch – je nach aktueller Fragestellung – stattfinden. Die Ärztekammer vergibt für die Teilnahme drei Fortbildungspunkte.

**Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der psychotherapeutischen Versorgung krebskranker Menschen in Bremen?**

Sehr viele Krebskranke, die sich aktiv auf die Suche nach Psychotherapeuten machen, scheitern an langen Wartezeiten. Einige erleben auch Zurückweisung, weil die körperliche Erkrankung nicht in die Therapie mit einbezogen wird oder werden kann. Das ist dann besonders schmerzhaft. In vielen Krankenhäusern arbeiten Psychoonkologinnen. Bei den kurzen Liegezeiten und um Operationen herum können die Patientinnen und Patienten von diesem Angebot profitieren, aber es ist zeitlich stark begrenzt. Und manchmal fehlt es auch ganz.

Meine Vermutung: Der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung ist deutlich höher als die tatsächliche Nachfrage. Das betrifft Kriseninterventionen,

Umgang mit Folgeerscheinungen der Krankheit und Therapie, Bewältigung von Ängsten und Depression. Insofern gibt es noch viel zu tun, um die Versor-

gung mit psychotherapeutischen Angeboten zu verbessern.

## Neuer Qualitätszirkel tagt erstmals im April

Mitte Oktober 2014 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Psychotherapie-Richtlinie dem aktuellen Forschungsstand angepasst: Psychotherapie ist zukünftig bei einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen sowie bei einer bipolaren affektiven Störung uneingeschränkt indiziert.

Damit können psychotische Störungen von jetzt an ambulant und in allen Phasen der Erkrankung psychotherapeutisch behandelt werden. Da es sich bei psychotischen Erkrankungen meist um besonders schwere Störungen handelt, die mit erheblichen psychosozialen Beeinträchtigungen verbunden sind, ist eine Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung dringend geboten, zumal auch im stationären Bereich die psychotherapeutische Versorgung oft unzureichend ist.

Anfang 2014 führte die Psychothera-

peutenkammer Bremen zwei jeweils eintägige Fortbildungsveranstaltungen zur Psychotherapie mit Menschen mit psychotischen Erkrankungen durch. Zum einen wurde Einblick in die kognitiv-verhaltenstherapeutische, zum anderen in die psychodynamische Arbeitsweise vermittelt. Darin zeigte sich: Psychotherapie ist ein unerlässlicher Bestandteil der evidenzbasierten Versorgung einer Schizophrenie. Internationale und deutsche Leitlinien empfehlen uneingeschränkt, dass diesen Patienten in allen Phasen der Erkrankung, auch in der akuten Phase, Psychotherapie angeboten werden soll. Zahlreiche klinische Studien konnten die Wirksamkeit der Psychotherapie auch in der akuten Phase der Erkrankung und bei andauernden („persistierenden“) psychotischen Symptomen belegen.

Zugleich entwickelt sich im Land Bremen die Diskussion, wie psychisch kranke Menschen mit komplexem Be-

handlungsbedarf besser versorgt werden können, insbesondere bezogen auf die lebensweltbezogene Koordination der verschiedenen Unterstützungsleistungen. Auch hierin muss Psychotherapie ein integraler Bestandteil sein.

Diese Diskussionszusammenhänge führten nun dazu, dass in Bremen die Bildung eines Qualitätszirkels „Psycho-sen-Psychotherapie“ kurz vor der Gründung steht. Der Qualitätszirkel soll der Fortbildung, dem Erfahrungsaustausch, der Fallbesprechung und der Diskussion neuer Versorgungskonzepte dienen. 13 Kolleginnen und Kollegen aus der ambulanten und stationären Versorgung psychisch kranker Menschen erklärten ihre Bereitschaft zur Mitarbeit.

Die erste Sitzung des Qualitätszirkels findet am Montag, 27. April 2015, um 20 Uhr im Sitzungsraum der PK Bremen, Hollerallee 22, statt. Interessierte sind willkommen.

## Empfang der Heilberufe in neuem Format

Den traditionell zum Jahresbeginn stattfindenden Empfang der Heilberufekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen im Gebäude der Kassenärztlichen Vereinigung an der Schwachhauser Heerstraße wird es in der Form nicht mehr geben. Stattdessen laden die Vorstände der Ärztekammer, der Zahnärztekammer, der Psychotherapeutenkammer und der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung in diesem Jahr erstmals zu einem „Empfang der Heilberufe“ am 29. April von 17 bis 20 Uhr in die Kunsthalle (Am Wall 207) ein. Auch der Ablauf wird anders sein. Wurden die Gäste zuvor stets von einem der Kammerpräsidenten beziehungsweise der KV-Vorsitzenden in einer längeren Rede

begrüßt und erfolgte anschließend eine Ansprache des Gesundheitssenators, so ist künftig nur noch ein Redebeitrag geplant, und zwar der eines auswärtigen Referenten. So wird am 29. April Dr. Wolfgang Klitzsch zum Thema „Der Freie Beruf – Ideologie oder Ideal“ sprechen. Klitzsch ist Soziologe und ehemaliger Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein Westfalens. Nach dem Vortrag gibt es Gespräche und Kanapees.

### Redaktion

An diesen Seiten arbeiteten mit:  
Helga Loest, Karl Heinz Schrömgens  
und Hans Schindler.

### Geschäftsstelle

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

## Soldaten in der Bundeswehr – Dienst, Einsatz und Belastungen

Am 2. Dezember 2014 fand die Fortbildungsveranstaltung „Soldaten in der Bundeswehr – Dienst, Einsatz und Belastungen“ in der Clausewitz-Kaserne in Hamburg statt.

Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der PTK Hamburg begrüßte gemeinsam mit Dipl.-Psych. Stefan Schanze, Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr, die fast 200 Gäste der Veranstaltung.

Prof. Dr. Richter leitete die Veranstaltung mit einer kurzen Erläuterung zu der Vereinbarung zwischen dem Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) und der BPTK ein, die beinhaltet, dass seit dem 16. September 2013 Psychotherapeuten, die nicht zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen sind, Soldaten<sup>1)</sup> behandeln können.

Oberstleutnant Starosta ging zu Beginn des ersten Vortrags auf die Struktur und die Organisation der Bundeswehr ein und erklärte in diesem Zusammenhang die Besonderheiten des Soldatenbe-

rufes. Dabei erläuterte er die Neuausrichtung der Bundeswehr, die sich in den letzten Jahren unter anderem auch durch die Änderung des Wehrpflichtgesetzes ergeben hat. Ebenfalls von großer Bedeutung für die Soldatinnen und Soldaten seien die Auslandseinsätze, die mit einer hohen Flexibilität der Menschen einhergehen und persönliche Herausforderungen darstellen. Zur Entlastung der Mitarbeiter und nicht zuletzt auch zur Gewinnung weiterer qualifizierter Mitarbeiter würden verschiedene Arbeitszeitmodelle, wie zum Beispiel Möglichkeiten der Kinderbetreuung, Teilarbeiterzeit sowie Heimarbeit angestrebt.

Oberregierungsrat Dipl.-Psych. Varn stellte im anschließenden Vortrag die aktuellen Einsatzgebiete der Beschäftigten dar und beschrieb die Einsatzsituationen sowie die Arbeit der Truppenpsychologen im Einsatz. Hierbei ging er verstärkt auf die speziellen Belastungen der Soldaten ein, erläuterte die präventiven Maßnahmen vor dem Einsatz und

gab einen Einblick in die Einsatznachbereitungsseminare.

Regierungsdirektorin Dipl.-Psych. Alliger-Horn, leitende Psychologin am Bundeswehrkrankenhaus in Berlin, stellte unter anderem die Ergebnisse der „Dunkelziffer-Studie“ vor, in welcher die Umstände untersucht wurden, die zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach einem Auslandseinsatz führen können. Hierbei ging sie auch auf die Behandlung der psychischen Erkrankungen in den Bundeswehrkrankenhäusern ein.

Regierungsdirektor Dipl.-Psych. Schanze beschrieb in seinem Vortrag die Maßnahmen zum Erhalt und zur Steigerung der psychischen Fitness bei Soldaten und gab einen Einblick in die psychosoziale Unterstützung und das psychosoziale Netzwerk der Bundeswehr.

Zum Ende der Veranstaltung erläuterte Oberfeldarzt Dr. Bernd Röhrich den Prozess der Beantragung, Verlängerung und Abrechnung der Heilbehandlung für die Bundeswehrsoldaten. Im Nachgang zur Veranstaltung stellen wir Ihnen auf unserer Homepage diesen Vortrag zum Thema „Heilbehandlung für die Bundeswehr: Beantragung – Verlängerung – Abrechnung“ von Dr. Röhrich zum Download bereit: [www.ptk-hamburg.de/aktuelles/nachrichten/8152124.html](http://www.ptk-hamburg.de/aktuelles/nachrichten/8152124.html)

Auf der Veranstaltung wurde zudem über die Arbeit der Truppenärzte der Bundeswehr berichtet. Unter [www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de](http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de) können Sie jederzeit die aktuelle Liste der Truppenärzte in Deutschland finden und sich bei Bedarf mit dem jeweiligen Truppenarzt in Verbindung setzen. Die Liste ist unter der Rubrik „Finde Deinen Truppenarzt“ nach PLZ sortiert.



Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltung „Soldaten in der Bundeswehr“

Birte Westermann

## 13. Allgemeine Kammerversammlung

Am 26. November 2014 fand die jährliche allgemeine Versammlung der Hamburger Kammermitglieder statt. Im Bericht des Kammervorstandes über die Aktivitäten im Jahr 2014 stellte Vorstandsmitglied Heike Peper in einer Präsentation eine kursorische Übersicht über die zahlreichen Veranstaltungen, Fortbildungen, Klausurtagungen, Arbeitskreise sowie über die Öffentlichkeits-, Vernetzungs- und Lobbyarbeit vor. Sie berichtete auch über Veränderungen in der Geschäftsstelle und über den Wechsel in der Geschäftsführung. Der neue Geschäftsführer Christoph Düring war auf der Versammlung anwesend und stellte sich den anwesenden Mitgliedern vor.

Interessierte Nachfragen einiger Mitglieder in Bezug auf die Hintergründe der personellen Veränderungen in der Geschäftsstelle konnte der Vorstand aus Verschwiegenheitsgründen nur eingeschränkt beantworten und bat dafür um Verständnis.

Vorstandsmitglied Torsten Michels referierte über die Entwicklung der Diskussion zur Reform der Psychotherapieausbildung seit der letzten Kammerversammlung und stellte den Beschluss, der auf dem Deutschen Psychotherapeutentag am 15. November 2014 gefasst wurde, dar.

Im Mittelpunkt der Versammlung stand schließlich die Diskussion über das in der Einladung angekündigte Schwerpunktthema. Unter dem Titel „Die

Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern!“, stellte der Kammervorstand Vorschläge zur Weiterentwicklung der ambulanten und (teil-)stationären psychotherapeutischen Versorgung zur Diskussion. Anhand eines differenzierten Versorgungsmodells der Bundespsychotherapeutenkammer und der darin enthaltenen Vorschläge diskutierten die anwesenden Mitglieder über Möglichkeiten, wie in den verschiedenen Sektoren flexiblere und den Bedarfen angepasste psychotherapeutische Behandlungsangebote aussehen könnten. Für den ambulanten Bereich wurden in Bezug auf die Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde unterschiedliche Auffassungen deutlich. Einige Mitglieder begrüßten eine solche Sprechstunde als eine niedrigschwellige Möglichkeit, Patientinnen und Patienten frühzeitig zu sehen und ihnen Beratung und orientierende Hilfen geben zu können. Andere Kolleginnen und Kollegen konnten sich das Angebot einer Sprechstunde im Rahmen ihrer jetzigen Praxisorganisation nicht vorstellen und hatten Sorge, dass sie in der Sprechstunde sehr unter Druck kommen könnten, eine weiterführende Behandlung anbieten zu müssen. Kritisch wurde auch angemerkt, dass durch die Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde nicht mehr Therapieplätze entstünden. Dies wurde vom Kammervorstand auch so gesehen, weshalb weiterhin eine Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie auf Grundlage einer empirisch fundierten Berechnung gefordert wird.

Überlegungen, die Psychotherapierichtlinie insofern zu erweitern, als mehr therapeutische Behandlungsangebote zur Akutbehandlung sowie zur Erhaltungs- und Rezidivprophylaxe möglich wären, wurden hingegen begrüßt, ebenso die Erleichterung der Rahmenbedingungen für Gruppentherapie sowie die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie.

Auch waren sich die meisten der niedergelassenen Mitglieder einig, dass das Gutachterverfahren, das für viele einen erheblichen Bürokratie- und Zeitaufwand bedeutet, in Zusammenhang mit Überlegungen zu einer verbesserten Versorgung wesentlich schlanker und unaufwändiger gestaltet werden müsse.

Schließlich wurde eine engere Verzahnung und Kooperation zwischen dem stationären und ambulanten Sektor einhellig für notwendig erachtet. Vernetzte Strukturen, eine enge Kooperation zwischen den beteiligten Behandlerinnen und Behandlern, eine angemessene Vergütung für Koordinationsleistungen und die Befugnis zur Einweisung ins Krankenhaus sind dafür wesentliche Voraussetzungen.

Kammerpräsident Prof. Rainer Richter schloss die Versammlung mit einem Dank für die rege Diskussion und die vielen Anregungen sowie mit dem Hinweis auf die im Frühjahr 2015 anstehende Kammerwahl.

Dipl.-Psych. Heike Peper

## Begrüßung Dipl.-Psych. Ursula Meier-Kolcu im Vorstand

Das Jahr 2015 hält für die Psychotherapeutenkammer einige Aufgaben, Herausforderungen und Veränderungen bereit.

Wir begrüßen daher herzlich Frau Dipl.-Psych. Ursula Meier-Kolcu, die seit dem 21. Januar 2015 den Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hamburg ver-

stärkt. Frau Meier-Kolcu ist seit 1991 als Psychologische Psychotherapeutin (VT) niedergelassen und praktiziert seit 1993 in einer Praxis in Altona. Ihre Patienten<sup>\*)</sup> sind zu ca. 85% Menschen mit einem Migrationshintergrund. Seit 2004 ist sie Vorsitzende im Berufsverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) Hamburg sowie stellvertretendes Mit-

glied im Beratenden Fachausschuss der KV-Hamburg und der Vertreterversammlung. Seit 2011 ist sie Mitglied der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg.

Frau Meier-Kolcu tritt in der Vorstandsarbeit für ein faires Miteinander, für demokratische Grundprinzipien, für die



Übernahme von Verantwortung, für Aufrechterhaltung des Dialogs auch in Konfliktsituationen und für aufgabenorientiertes Zusammenarbeiten ein.

Wir freuen uns auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit!

*Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hamburg: v. l. n. r.: Dipl.-Psych. Torsten Michels, Dipl.-Psych. Ursula Meier-Kolcu, Dipl.-Psych. Heike Peper, Prof. Dr. Rainer Richter, Gabriele Küll*

## Informationsveranstaltung Postgraduale Ausbildung Psychologische Psychotherapie/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Universität Hamburg

Am 29. Januar 2015 lud die Universität Hamburg gemeinsam mit der PTK Hamburg zu einer Informationsveranstaltung über die Ausbildung zum Beruf der Psychologischen Psychotherapie/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein. Rund 60 Studierende der Uni Hamburg folgten dieser Einladung.

Dipl.-Psych. Heike Peper, Vorstandsmitglied der PTK Hamburg, stellte zu Beginn der Veranstaltung die Organisation und die Aufgaben der Psychotherapeutenkammer Hamburg vor. Anschließend erläuterte sie den Begriff der Psychotherapie und gab einen Einblick in die Tätigkeitsfelder der berufstätigen Psychotherapeuten<sup>1)</sup> in Hamburg.

Die Rahmenbedingungen und die Inhalte der Ausbildung zu diesem Beruf stellte Dr. Dipl.-Psych. Annegret Boll-Klatt vor und ging unter anderem auf die gesetzlichen Vorgaben, die Ausbildungsdauer und die Zulassung zur Ausbildung ein.

Frau Dipl.-Psych. Nadine Christina Bradtke stellte gesondert die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vor. Wie lassen sich Ausbildung und Theorie vereinbaren?



*Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltung „Postgraduale Ausbildung PP/KJP“*

Wie schwierig ist es, einen Platz in der Klinik zu bekommen? Arbeitet man in diesem Beruf mehr mit Säuglingen, Kindern oder Jugendlichen? Diese und andere Fragen wurden im Fachvortrag diskutiert.

Auch die Wahl des Ausbildungsinstituts sollte gründlich überlegt werden, so Frau Dr. Dipl.-Psych. Sylvia Helbig-Lang. Sie erläuterte die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Institute

und wies darauf hin, dass Art und Güte der Ausbildung, Betreuung, Organisation, Kosten der Ausbildung wichtige Kriterien sind, die bei der Wahl des Instituts berücksichtigt werden sollten. Dabei sollten die Bewerber nicht auf die bloßen Kosten für die Kursgebühr achten, sondern auch vergleichen, welche Angebote in den Gebühren enthalten sind und welche Kosten zusätzlich anfallen werden.

Abschließend berichtete Frau Dipl.-Psych. Ricarda Müller, selbst noch in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin, von ihren eigenen Erfahrungen und gab Tipps und Anregun-

gen zur Wahl des passenden Instituts für die Ausbildung.

Die vielen Fragen der rund 60 Anwesenden am Ende der zweistündigen Abend-

veranstaltung machten deutlich, dass an der Ausbildung nach wie vor ein hohes Interesse unter den Studierenden besteht.

Birte Westermann

## Kammerwahl 2015

Im April 2015 wird erneut die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg gewählt. Bis zum 10. April 2015, 18:00 Uhr, haben Sie als stimmberechtigtes Mitglied der PTK Hamburg die Gelegenheit, Ihre Stimme abzugeben und somit Einfluss auf die Wahl der Delegiertenversammlung zu nehmen.

Die Delegiertenversammlung, die alle vier Jahre neu gewählt wird, ist das höchste Organ der Kammer. Sie beschließt über alle Angelegenheiten der Kammer von grundsätzlicher Bedeutung, soweit sie sich nicht nur auf die laufende Geschäftsführung beziehen. Die Wahlunterlagen werden allen

stimmberechtigten Mitgliedern der PTK Hamburg bis zum 20. März 2015 zugesandt.

Wir rufen alle Mitglieder der PTK Hamburg auf, Ihr Wahlrecht wahrzunehmen und damit die Selbstverwaltung unseres Berufsstandes zu stärken.

## Information über die Änderung der Berufsordnung

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg hat in ihrer Delegiertenversammlung am 21. Januar 2015 eine Änderung

der Berufsordnung beschlossen. Die Änderungen beziehen sich auf § 15 (Einsichtnahme) sowie § 23 (Tätigkeit in der

Forschung). Der Beschluss liegt derzeit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz zur Genehmigung vor.

## Anerkennung von Weiterbildungsstätten

Der Prüfungsausschuss für den Weiterbildungsbereich „Neuropsychologische Tätigkeit“ der Psychotherapeutenkammer Hamburg konnte zwei positive Bescheide für eine Anerkennung als Weiterbildungsstätte ausstellen: So wurde

zum einen einer Klinik für Geriatrie und Gerontologie die Anerkennung als Weiterbildungsstätte erteilt und zum anderen wurde eine neuropsychologische Praxis als Weiterbildungsstätte anerkannt.

### Geschäftsstelle

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

*\*) Zugunsten der besseren Lesbarkeit wurde in den mit \*) gekennzeichneten Artikeln darauf verzichtet, die männliche und die weibliche Schriftform anzuführen, obwohl die Aussagen selbstverständlich für beide Geschlechter gelten.*

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Alfred Krieger

che (Kinder und Jugendliche und/oder Erwachsene) erfolgen.

Transition – Übergang heißt das neue Wort, mit dem der Veränderungsprozess der Psychotherapeutenausbildung bezeichnet wird. Das Bundesgesundheitsministerium arbeitet an einem Referentenentwurf für ein neues Psychotherapeutengesetz. Vorausgegangen ist ein Beschluss des Deutschen Psychotherapeutentages, künftig nach der Hochschul- ausbildung mit nachfolgender Approbation eine Weiterbildung anzuschließen. In dieser Weiterbildung sollen die Verfahrensvertiefung und die Spezialisierung auf Altersberei-

Der Weg zu einer neuen gesetzlichen Grundlage, mit der auch der Zugang zum Psychotherapeutenberuf auf Master-Niveau gesichert werden soll, ist mit offenen fachlichen, juristischen und finanziellen Fragen gepflastert. Deshalb hat der Kammervorstand eine Arbeitsgruppe gebildet, in der auch reformkritische Stimmen vertreten sind. Denn der Übergang verdient seinen Namen nur, wenn er mit Umsicht geführt wird. Ein schnelles Festklopfen von Positionen durch Mehrheitsbeschlüsse wird der grundsätzlichen Bedeutung des Reformvorhabens nicht gerecht. Damit aus dem Übergang kein Übergehen oder Überspringen abweichender Meinungen wird, muss Raum für die Auseinandersetzung bleiben.

Es grüßt Sie herzlich

Alfred Krieger  
Kammerpräsident

## Reformprozess der Psychotherapieausbildung – Modell für einen neuen Studiengang



Dr. Heike Winter

wissenschaftlichen Hochschulstudium mit anschließender Weiterbildung beinhalten soll. Beeindruckend ist neben der Eindeutigkeit des Beschlusses die Einbeziehung aller relevanten Experten, Praktiker wie Wissenschaftler: Kammern, Verbände, Bundearbeitsgemeinschaft der Verbände der Ausbildungsinsti- tute, Psychotherapeuten in Ausbildung, Fachbereichstag Soziale Arbeit, Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaften, Deutschen Gesellschaft für Psychologie und die Arbeitsgemeinschaft der psychodynamischen Hoch- schullehrer. Das Votum des DPT ist im

Im November 2014 beschloss der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) mit Zweidrittelmehrheit, dass die psychotherapeutische Berufsausbildung künftig eine Approbation nach einem

wissenschaftlichen Hochschulstudium mit anschließender Weiterbildung beinhalten soll. Beeindruckend ist neben der Eindeutigkeit des Beschlusses die Einbeziehung aller relevanten Experten, Praktiker wie Wissenschaftler: Kammern, Verbände, Bundearbeitsgemeinschaft der Verbände der Ausbildungsinsti- tute, Psychotherapeuten in Ausbildung, Fachbereichstag Soziale Arbeit, Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaften, Deutschen Gesellschaft für Psychologie und die Arbeitsgemeinschaft der psychodynamischen Hoch- schullehrer. Das Votum des DPT ist im

Bundesministerium für Gesundheit auf Zustimmung gestoßen und es ist geplant, bis zum Ende des Jahres einen Referentenentwurf für ein neues Gesetz zu erarbeiten. Erste Reaktionen auf Studieninhalte und -strukturen aus Wissenschaftsministerien fielen vorsichtig zustimmend aus. Was beinhaltet das neue Studium? Die Absolventen sollen am Ende des Studiums ausreichend theoretische und praktische Kompetenzen haben, um die entsprechenden Erkrankungen zu kennen und unter Supervision in der Weiterbildungsphase behandeln zu können. In einem Vorschlag für ein Studium werden sieben Bereiche definiert. Die Bereiche wurden aus dem Kompetenzprofil einer AG des Bundeskammervorstands mit den Landeskammern übernommen.

**1. Menschliches Erleben und dessen Entwicklung (mind. 67 ECTS):** Psychologische, biopsychologische, neurowissenschaftliche, erziehungs- und sozialwissenschaftliche sowie medizinische Grundlagen.

**2. Methoden wissenschaftlicher Forschung (55 ECTS aus Studium, 30 ECTS Abschlussarbeit):** Methodische Kompetenz, wissenschaftliche Befunde zu bewerten und Handlungsentscheidungen abzuleiten.

**3. Störungslehre:** Psychische Störungen und psychische Faktoren körperlicher Erkrankungen (**mind. 24 ECTS**, zusätzliche Lehre aus anderen Bereichen), Kenntnisse psychischer, somatopsychischer und neuropsychologischer Störungen sowie psychischer Faktoren bei körperlichen Erkrankungen, Berücksichtigung theoretischer Modellannahmen verschiedener wissenschaftlich anerkannter Verfahren.

**4. Diagnostik und Begutachtung (mind. 29 ECTS):** Kompetenz zur Diagnostik psychischer, psychosomatischer Störungen und psychischer Merkmale bei körperlichen Krankheiten; Erstellung von Gutachten.

**5. Psychotherapeutische Methoden und Verfahren der Behandlung, Prä-**

**vention und Rehabilitation (mind. 53 ECTS):** Kenntnis aller (durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie) wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren und Methoden und Erwerb praktischer Fertigkeiten und Erfahrungen in mindestens drei verschiedenen Verfahren. Bei mindestens zwei dieser Therapieansätze muss es sich um unterschiedliche wissenschaftlich und sozialrechtlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren handeln. Die Vermittlung der praktischen Erfahrungen und Fertigkeiten erfolgt unter Anleitung entsprechend qualifizierter Psychotherapeuten und auch in der praktischen Arbeit mit Patienten.

**6. Institutionelle, gesetzliche und ethische Rahmenbedingungen (mind. 15 ECTS):** Theorien, Konzepte und wissenschaftliche Befunde zu Lebenswelt, Lebenslage, Milieu und Kultur und deren Relevanz für psychische Störungen. Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems, der Sozialsysteme und des Bildungswesens. Behandlungsmöglichkeiten in stationären, teilstationären und ambulanten sowie (sozial-)pädagogischen und anderen Settings.

**7. Reflexion/Selbsterfahrung (unbenotet):** Wissen um den Einfluss der eigenen Person auf therapeutisches Handeln. Fähigkeit, eigene Interessen, Affekte und Impulse während des psychotherapeutischen Prozesses zu erkennen und zu regulieren. Möglichkeit, Selbsterfahrungsseminare durch externe Selbsterfahrungsleiter durchzuführen.

**Durchlässigkeit des Studiengangs:** Quereinstieg durch andere Studiengänge (z. B. Pädagogik, Sozialpädagogik, EU-Studiengängen) sowie Möglichkeiten zur Nachqualifikation sollen möglich sein.

**Zusammenfassend** lässt sich feststellen, dass das vorliegende Strukturmodell eines Direktstudiums eine große Verbesserung in der Ausbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darstellt. Für den Studiengang Psychologie werden derzeit in Abhängigkeit vom jeweiligen Bundesland lediglich neun bis zwölf ECTS für klinisch psychologisch/psychotherapeutische Inhalte gefordert, für die Studiengänge der Pädagogik und Sozialpädagogik werden keine klinisch psychologisch-psychotherapeutischen Inhalte gefor-

dert. In über der Hälfte aller Bundesländer reicht zudem der sechssemestrige Bachelor in den pädagogischen Studiengängen als Ausbildungszugang für den Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Der vorgeschlagene Studiengang würde in hervorragender Weise auf die Weiterbildung vorbereiten, die dann in einem arbeits- und sozialversicherungsrechtlich klaren Verhältnis absolviert werden könnte. Viele der gravierenden Probleme in der jetzigen Ausbildung der Psychologischen und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten lassen sich damit nachhaltig lösen. Auch wenn die einen oder anderen inhaltlichen Aspekte eines solchen Studiums kontinuierlich Gegenstand von Diskussionen sein werden, geht es nun darum, einen strukturell guten Startpunkt für eine dynamische Weiterentwicklung der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten herzustellen.

Dr. Heike Winter  
Vizepräsidentin

## Spannungsfeld Psychotherapie – Psychopharmakotherapie: Entschärfung von Antagonismen

Unter dem Titel „Spannungsfeld Psychotherapie Psychopharmakotherapie“ veranstalteten die Psychotherapeutenkammer Hessen (LPPKJP) und die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) am 5. und 6. Dezember vergangenen Jahres ihre im zweijährigen Turnus stattfindende gemeinsame Fachtagung.

**Jochen Klauenflügel**, ärztlicher Vorsitzender des Gemeinsamen Beirats, eröffnete die Veranstaltung. **Monika Buchalik**, Vizepräsidentin der LÄKH, stellte in ihrem Grußwort bestehende Spannungen als wertvollen Energiegenerator mit Verbesserungspotenzial für Behandlungen dar.

### Der Freitagabend: Das Spannungsfeld am Beispiel des ADHS

Hauptvortragende des Eröffnungsvortrags waren **Prof. Dr. Michael Huss**, Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik Mainz und **Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber**, Psychoanalytikerin und geschäftsführende Direktorin des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt, die das Spannungsfeld anhand der Frage nach der richtigen Behandlung von ADHS beleuchteten. Huss, der sich als „mutierter Ritalingegner“ bezeichnete, betonte die Bedeutung biologischer Parameter und veranschaulichte anhand eines Videofallbeispiels eine eindrucksvolle Symptomverbesserung durch den Einsatz von Psychopharmaka. Dagegen konzeptualisierte Leuzinger-

Bohleber ADHS als frühe Affektregulationsstörung, die durch eine medikamentöse Behandlung nicht nachhaltig verändert werden könne. Fazit: Bei der Behandlungsindikation ist eine individuelle Nutzen- und Risikoabwägung vorzunehmen, bei der mögliche Einflüsse auf die Persönlichkeitsentwicklung sowie die zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Ressourcen berücksichtigt werden sollten.

### Der Samstag: Fachvorträge zu Angststörungen, Depression und ADHS und vertiefende Workshops

Der Samstag wurde eröffnet durch **Dipl.-Psych. Martin Franke**, psychotherapeutischer Vorsitzender des Ge-

meinsamen Beirats. **Dipl.-Psych. Alfred Krieger**, Präsident der Psychotherapeutenkammer Hessen, erklärte, eine Erweiterung der Befugnisse von Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten um Medikamentenverordnung sei definitiv nicht angestrebt.

**Prof. Dr. Manfred Beutel**, Leiter der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Universitätsklinik Mainz und **Prof. Dr. Henning Schauenburg**, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik der Universitätsklinik Heidelberg stellten im Anschluss die neuesten Standards und Leitlinien in der Behandlung von Angst und Depression vor. **Prof. Dr. Ursula Luka-Krausgrill** und

**Prof. Dr. Frank Dammasch** veranschaulichten mit eindrücklichen Fallbeispielen die Behandlung eines depressiven bzw. eines ADHS-Patienten. Die Psychotherapie sollte bei der Behandlung die Methode der Wahl sein. Psychopharmaka seien indiziert, wenn eine Depression mit hohem Schweregrad vorliege. Trotz gut fundierter Leitlinien gebe es Defizite in der Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen, die zu chronischen Verläufen führen können.

In **Workshops** konnten die Teilnehmer am Nachmittag ihr Wissen zur Interaktion von Psychotherapie und psychopharmakologischer Behandlung, ADHS und zu Medikation aus psychoanalytischer Sicht vertiefen.

Die Veranstaltung war trotz der unterschiedlichen beruflichen Sozialisation von Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von einer konstruktiven und dialogischen Atmosphäre geprägt. Dies zeigte sich auch in den sehr guten Evaluationsergebnissen, in denen die Berufsgruppe der Ärzte den Erkenntnisgewinn und die praktische Relevanz der Veranstaltung sogar noch höher einschätzte als die der Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Dr. Wiebke Broicher  
wiss. Referentin

## „Tier und Mensch“ – Gemeinsame Veranstaltung mit der Landestierärztekammer

Landestierärztekammer und Landespsychotherapeutenkammer, beide Mitglieder des Hessischen Bündnisses „Heilen und Helfen“, dem alle Heilberufekammern Hessens angehören, stellten bei verschiedenen Anlässen fest: „Die Gemeinsamkeiten sind größer als gedacht“. Warum also nicht eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Tier und Mensch“ durchführen, um diese thematischen Überschneidungen zu vertiefen.

Die beiden Kammern luden ihre Mitglieder am 21. November nach Frankfurt ein und über 180 Mitglieder und einige wenige Hunde folgten der Einladung. Tierärztekammerpräsident **Ingo Stammerger** eröffnete die Veranstaltung gemeinsam mit Kammerpräsident **Alfred Krieger**, der das Auditorium mit einem Zitat von Schopenhauer einstimmt: „Wer nie einen Hund gehabt hat, weiß nicht was lieben und geliebt werden heißt.“

Im ersten Vortrag gab Tierarzt **Prof. Dr. Dr. Johann Schäffer** von der Tierärztlichen Hochschule Hannover in einer unterhaltsamen tour d'horizon einen Überblick über die Mensch-Tier-Beziehung in Geschichte und Gegenwart. Vom Nutztier zum Partnerersatz, so lässt sich die Entwicklung charakterisieren. Sozialwissenschaftler **Prof. Dr. Frank Nestmann** von der Technischen Universität Dresden stellte die gesundheitsförderliche Tier-Mensch-Beziehung in Alltag und Therapie in den Mittelpunkt seines Referates. Dabei ging er auf aktuelle Befunde ein, dass z. B. alte Menschen bezogen auf ihre psychische und körperliche Gesundheit profitieren, wenn sie sich um einen Wellensittich kümmern konnten. Auch aus dem Bereich der Psychotherapie zitierte er ermutigende Befunde zur tiergestützten Therapie, die aber in Deutschland leider viel zu wenig beforscht werde. Tierarzt **Dr. Hendrik Hofmann**, Tierarztpraxis

Butzbach, ging in seinem Vortrag dem Thema „Tieren beim Sterben helfen“ nach und stellte auf sehr mitfühlende Weise den für alle Beteiligten oft sehr schmerzlichen Prozess des Abschieds dar. Er begründete auch die Beibehaltung des Begriffs „Euthanasie“ trotz dessen Missbrauchs durch die Nationalsozialisten. Den Abschluss bildete der Vortrag von Psychotherapeut **Prof. Dr. Alexander Noyon**, Hochschule Mannheim, „Umgang mit Tod und Trauer bei Tierhaltern“. Hier zeigte sich einmal mehr die Nähe der beiden Kammern: In der Trauer um ein geliebtes Wesen – sei es Mensch oder Tier – unterscheiden wir uns nicht. Als Fazit der gelungenen Veranstaltung lässt sich festhalten, dass es lohnt, über den eigenen Tellerrand zu schauen. Eine Fortsetzung der interprofessionellen Zusammenarbeit ist angestrebt.

Dr. Heike Winter  
Vizepräsidentin

## Änderung der Berufsordnung

Am 8. November 2014 hat die Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten die folgenden Änderungen der Berufsordnung (zuletzt geändert am 25. April 2009) beschlossen:

### 1. § 8 erhält folgende neue Fassung:

§ 8 Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung oder Beratung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

(3) Psychotherapien in Verbindung mit juristischen Auflagen, wie z. B. in psychiatrischen Kliniken oder im Maßregelvollzug, berühren in besonderer Weise die Grundrechte der Menschenwürde und Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten. Hier ist bei der Dokumentation eine besondere Sorgfalt im Hinblick auf Transparenz für die Patientinnen und Patienten und gegebenenfalls deren juristische Vertreter zu gewährleisten.

(4) Die psychotherapeutischen Dokumentationen nach Abs. 1 sind mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit sich nicht aus anderen Vorschriften eine andere Aufbewahrungsdauer ergibt.

### 2. § 9 erhält folgende neue Fassung:

§ 9 Einsicht der Patientinnen und Patienten in die Patientenakte, Auskünfte an Patientinnen und Patienten

(1) Patientinnen und Patienten ist auch nach Abschluss der Behandlung auf ihr Verlangen hin unverzüglich Einsicht in die sie betreffende Patientenakte zu gewähren, die nach § 8 Absatz 1 zu erstellen ist. Auch persönliche Eindrücke und subjektive Wahrnehmungen der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten, die gemäß § 8 in der Pati-

entenakte dokumentiert worden sind, unterliegen grundsätzlich dem Einsichtsrecht der Patientin oder des Patienten.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können die Einsicht ganz oder teilweise nur verweigern, wenn der Einsichtnahme erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Nimmt die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut ausnahmsweise einzelne Aufzeichnungen von der Einsichtnahme aus, weil diese Einblick in ihre oder seine Persönlichkeit geben und deren Offenlegung ihr oder sein Persönlichkeitsrecht berührt, stellt dies keinen Verstoß gegen diese Berufsordnung dar, wenn und soweit in diesem Fall das Interesse der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten am Schutz ihres oder seines Persönlichkeitsrechts in der Abwägung das Interesse der Patientin oder des Patienten an der Einsichtnahme überwiegt. Eine Einsichtsverweigerung gemäß Satz 1 oder Satz 2 ist gegenüber der Patientin oder dem Patienten zu begründen. Die Kammer kann zur Überprüfung der Voraussetzungen nach Satz 1 oder Satz 2 die Offenlegung der Aufzeichnungen ihr gegenüber verlangen. Die Regelung des § 11 Absatz 5 Satz 2 bleibt unberührt.

(3) Bei Psychotherapien unter juristischen Auflagen ist das umfassendere Einsichtsrecht von Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen.

(4) Soweit das Einsichtsrecht reicht, haben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf Verlangen der Patientin oder des Patienten dieser oder diesem Kopien und elektronische Abschriften aus der Dokumentation zu überlassen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können die Erstattung entstandener Kosten fordern.

(5) Im Fall des Todes der Patientin oder des Patienten stehen die Rechte aus Absatz 1 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen ihren oder seinen Erben zu.

Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen der Patientin oder des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille der Patientin oder des Patienten entgegensteht.

### 3. § 11 Abs. 1 erhält folgende neue Fassung:

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind zur Verschwiegenheit über Be-

handlungsverhältnisse verpflichtet und über das, was ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit durch und über Patienten und Dritte anvertraut und bekannt geworden ist.

Dies gilt – unter Berücksichtigung von § 9 Absatz 5 – auch über den Tod der betreffenden Personen hinaus.

### 4. § 11 Abs. 5 erhält folgende neue Fassung:

(5) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind schweigepflichtig sowohl gegenüber einsichtsfähigen Patientinnen oder Patienten als auch gegebenenfalls gegenüber den am therapeutischen Prozess teilnehmenden Bezugspersonen hinsichtlich der von den jeweiligen Personen anvertrauten Mitteilungen. Soweit minderjährige Patientinnen und Patienten über die Einsichtsfähigkeit nach § 14 Abs. 2 verfügen, bedarf eine Einsichtnahme durch Sorgeberechtigte in die Patientenakte der Einwilligung durch die Patientin oder den Patienten.

### 5. § 12 erhält folgende neue Fassung:

§ 12 Aufklärung

(1) Jede psychotherapeutische Behandlung bedarf der Einwilligung und setzt eine mündliche Aufklärung durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten oder durch eine Person voraus, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Qualifikation verfügt. Anders lautende gesetzliche Bestimmungen bleiben davon unberührt.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterliegen einer Aufklärungspflicht gegenüber Patientinnen und Patienten über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Heilungschancen im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen. Die Aufklärungspflicht umfasst weiterhin die Klärung der Rahmenbedingungen der Behandlung, z. B. Honorarregelungen, Sitzungsdauer und Sitzungsfrequenz und die voraussichtliche Gesamtdauer der Behandlung.

(3) Die Aufklärung hat vor Beginn einer Behandlung in einer auf die Befindlichkeit und Aufnahmefähigkeit der Patientin oder des Patienten abgestimmte Form und so rechtzeitig zu erfolgen, dass die Patientin oder der Patient die Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. Treten

Änderungen im Behandlungsverlauf auf oder sind erhebliche Änderungen des Vorgehens erforderlich, sind Patientinnen und Patienten auch während der Behandlung darüber aufzuklären.

(4) Patientinnen und Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die sie im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet haben, auszuhändigen.

(5) Entscheidet sich die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut im Rahmen der probatorischen Sitzungen dafür, die Psychotherapie nicht durchzuführen, so ist dies der Patientin oder dem Patienten angemessen zu erläutern.

(6) In Institutionen, Kooperationsgemeinschaften und sonstigen Organisationen arbeitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben darüber hinaus ihre Patientinnen und Patienten in angemessener Form über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, über den Ablauf der Behandlung, über besondere Rahmenbe-

dingungen sowie über die Zuständigkeitsbereiche weiterer, an der Behandlung beteiligter Personen zu informieren.

**6. § 16 Abs. 3 erhält folgende neue Fassung:**

(3) Honorarfragen sind zu Beginn der Leistungserbringung zu klären. Abweichungen von den gesetzlichen Gebühren (Honorarvereinbarungen) und Behandlungskosten, die nicht durch einen Dritten gesichert sind, sind schriftlich zu vereinbaren.

Wiesbaden, den 25. November 2014

gez. Alfred Krieger  
Präsident

**Hessisches Ministerium für  
Soziales und Integration**  
V2B-18b2420-0003/2008/003

Die von der Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder-

und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten am 8. November 2014 beschlossene Änderung der Berufsordnung wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Wiesbaden, den 4. Dezember 2014

Im Auftrag  
gez. Dr. Stephan Hölz

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen am 8. November 2014 beschlossene Änderung der Berufsordnung, vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration genehmigt am 4. Dezember 2014, Geschäftszeichen V2B – 18b 2420-0003/2008/ 003, wird hiermit ausgefertigt und im Psychotherapeutenjournal öffentlich bekannt gemacht.

Wiesbaden, den 7. Januar 2014

gez. Alfred Krieger  
Präsident

## Veranstaltungen der Kammer

### 8. Hessischer Psychotherapeuten-tag: Psychotherapie wirkt!

#### Freitagabend: Festvortrag

- Prof. Dr. Mark Solms: *„What is the psychotherapist trying to do to the brain?“*

#### Samstagvormittag:

##### Hauptvorträge

- Prof. Dr. Marianne Leuzinger Bohleber: *„Psychoanalytische Langzeittherapie: Dinosaurier oder Zukunftsmusik? Diskutiert am Beispiel der LAC-Depressionsstudie“*
- Prof. Dr. Jürgen Hoyer: *„Psychotherapie wirkt! Auch in der Routinepraxis?“*

- Prof. Dr. Jürgen Kriz: *„Die zunehmend integrative Sicht unterschiedlicher therapeutischer Ausrichtungen: Zu den Gemeinsamkeiten und Unterschieden moderner Psychotherapie“*

#### Samstagnachmittag: vertiefende Workshops

**17. und 18. April 2015**, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Casinogebäude, Frankfurt; Freitag: kostenfrei, Tageskarte Samstag: 90,- €; PiA/Studierende kostenfrei

[Sie können sich für alle Veranstaltungen online auf der Website der Kammer anmelden.](#)

### Datensicherheit

Das große Interesse an diesem Themenfeld zeigte sich bereits in der Veranstaltung vom 24. Mai 2014 zu „Datenschutz in der Praxis“. Nun sollen zum einen die Implikationen durch das e-Health Gesetz hinsichtlich der Datenschutzrichtlinien im Gesundheitswesen beleuchtet werden als auch grundlegende technische Umsetzungen für die Praxis. Ein Referent der KV wird zum Stand des KV SafeNet berichten.

**Freitag, 12. Juni 2015** 18-21 Uhr, KV-Hessen in Frankfurt, 20,- €, PiA/Studierende kostenfrei

### Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegen:

Frank Eßer, Frankfurt  
Jesko Baumann, Kronberg  
Prof. Dr. Hans Müller-Braunschweig, Wettenberg  
Ulrich Obermüller, Kassel  
Christina Fey, Linsengericht

### Redaktion

Alfred Krieger, Dr. Heike Winter,  
Yvonne Winter, Dr. Wiebke Broicher

### Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1  
65187 Wiesbaden  
Tel.: 0611/53168-0  
Fax: 0611/53168-29  
post@ptk-hessen.de  
www.ptk-hessen.de

## Gespräch der PKN mit der Landesgeschäftsstelle der Barmer GEK Niedersachsen/Bremen am 17. Dezember 2014

Das Gespräch mit Frau Heike Sander, Landesgeschäftsführerin der Barmer GEK, fand in einer freundlichen, aufgeschlossenen und interessierten Atmosphäre statt.

Zunächst stellten die Vertreter der PKN die Arbeit der Kammer dar. Im zweiten Schritt folgte eine breite inhaltliche Diskussion zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen.

Die Barmer GEK zeigte großes Interesse an Präventionsprojekten und stand Ideen einer psychologischen Vorsorgeuntersuchung, der Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern und der Förderung von Mutter/Kind-Psychotherapie sehr positiv gegenüber.

Auch über bessere Betreuung von Kindern in der Schule, flächendeckendes Elterntermin und Angebote im Bereich Bewegung und Gesundheitserziehung wurde gesprochen. Von beiden Seiten würde hier eine Zusammenarbeit mit dem Nds. Kultusministerium begrüßt.

Ausführlich diskutiert wurde die lange Dauer der Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch in Niedersachsen und Möglichkeiten deren Verkürzung. Hierbei räumten die Vertreter der Krankenkasse ein, dass durchaus in Einzelfällen auch Kostenerstattung in Anspruch genommen wird. Die Vertreter der PKN stellten das Modell einer niedrigschwelligen Versorgung dar und erläuterten, dass hier eine deutlich bessere Bezahlung für Diagnostik und Probiotik notwendig ist, um so eine noch bessere und schnellere Erstversorgung der Patienten zu sichern. Auf diesem Wege könnte frühzeitig die richtige Indikation für Psychotherapie bzw. ein alternatives Beratungs- oder Behandlungsangebot gestellt werden. Sie baten ihre Gesprächspartner um Unterstützung dieses Anliegens auf Bundesebene.

Angesprochen wurden auch Lösungswege im Rahmen der integrierten Versorgung durch Selektivverträge. Die Barmer GEK hat bereits einen Hausärztervertrag mit dem Hausärzterverband

in Niedersachsen abgeschlossen. Für 2015 ist geplant, diesen Vertrag um den Bereich psychotherapeutische Versorgung von Versicherten, die krankgeschrieben sind und Krankengeld beziehen, zu erweitern. Die nähere Ausgestaltung war zum Zeitpunkt des Gesprächs offen. Im Jahr 2015 soll über Verträge zur besseren Versorgung psychisch kranker Menschen diskutiert werden. Die Barmer GEK wird hierzu den Kontakt zur Kammer aufnehmen.

Die PKN bot außerdem an, bei konkreten Projekten in den Gesundheitsregionen als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. So können unter anderem Informationen an Kammermitglieder weitergetragen werden, die Interesse an einer Zusammenarbeit in der Region haben.

Das Gespräch schloss mit dem erfreulichen Ergebnis, künftig enger zusammenarbeiten zu wollen.

Dr. Josef Könning  
Vizepräsident

## Gute Praxis Psychotherapie – Teil 1

In der Berufsordnung (BO) der PKN ist u. a. geregelt, wie ein Psychotherapeut arbeiten soll, was er nicht machen darf und wie mit Verstößen gegen die Berufsordnung umgegangen wird. In dem hier vorgelegten Text sollen nun praxisnah und leicht verständlich einzelne Fallstricke aus der täglichen Arbeit dargestellt werden. Dabei wird zur Orientierung auf die entsprechenden §§ der niedersächsischen Berufsordnung hingewiesen.

Diese Ausführungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern

geben nur Anhaltspunkte für einige der häufigsten Probleme. Jede Situation muss im Einzelfall rechtlich bewertet und geprüft werden. Im Zweifelsfall sollte immer rechtkundiger Rat eingeholt werden. Da im Bereich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen häufig Unsicherheit besteht, wird besonders auf die berufsrechtlichen Probleme bei der Behandlung dieser Patientengruppe eingegangen. Dennoch sind die in loser Reihenfolge dargestellten Themen vielfach auch für die Kollegen von Interesse, die nur Erwachsene behandeln.

### Schweigepflicht und Schweigepflichtentbindung (§ 8 BO)

Eine Mitarbeiterin des Jugendamtes ruft an und fragt nach, ob ein Kind, das sie in Obhut genommen habe, schon bei mir in psychotherapeutischer Behandlung war und ob ich es wieder nehmen könnte. Ich würde doch wissen, dass die Eltern getrennt seien und der Vater aufgrund psychischer Auffälligkeiten als nicht erziehungsfähig gelten könnte.

Nur mit einer gültigen Schweigepflichtentbindung darf ein Psychotherapeut

sich Dritten gegenüber äußern, soweit nicht eine gesetzliche Erlaubnis oder Pflicht zur Auskunfterteilung besteht. Diese sollte möglichst schriftlich eingeholt werden, und genau auf den Empfänger und den genauen Gegenstand bezogen sein, wofür sie gedacht ist. Immer hat der Psychotherapeut die Pflicht, die **Auswirkungen** einer eventuellen Aussage zu überdenken und ggf. den Patienten oder den gesetzlichen Vertreter darüber aufzuklären. Er darf dem Patienten, auch bei vorliegender gültiger Entbindung von der Schweigepflicht, **keinen Schaden** zufügen.

Eine dem Jugendamt gegenüber abgegebene generelle, allgemeine Schweigepflichtentbindung (für die Schule, den Kindergarten, die Ärzte usw.) ist **nicht gültig**.

Psychotherapeuten sind zur Neutralität verpflichtet und dürfen keine einseitigen Stellungnahmen abgeben. Ohne wirksame Schweigepflichtentbindung von Vater, Mutter und einsichtsfähigem Patienten darf der Psychotherapeut keine Auskunft erteilen.

In diesem Fall könnte bei der Mitarbeiterin des Jugendamtes einfach nachgefragt werden, ob es sich hier um eine Neuanmeldung handelt, womit dann die Sorgerechtsfrage geklärt werden muss. Es muss in diesem Fall auf die gültige Schweigepflichtentbindung gewartet werden. Das Kind ist ja in Obhut genommen, sodass davon ausgegangen werden kann, dass keine unmittelbare Gefährdung vorliegt. Darüber, ob der Vater psychisch krank ist, kann ein Kinderpsychotherapeut in der Regel

keine Auskunft erteilen. Da muss auf einen entsprechenden Facharzt verwiesen werden.

### Einwilligung in die Behandlung (§ 12 BO)

Ein Vater beschwert sich bei der PKN, weil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut eine Behandlung seines minderjährigen Kindes ohne seine Einwilligung begonnen hat.

Der Psychotherapeut verteidigt sich damit, dass die Mutter des Kindes (es ist sieben Jahre alt) gesagt hatte, dass der geschiedene Vater kein Interesse an dem Kind habe. Außerdem sei das Kind ja selbst einsichtsfähig genug. Er habe aber nun nach Eingang der Beschwerde die Psychotherapie sofort beendet. Es wurde vom Vorstand der PKN eine Rüge mit einer empfindlich hohen Geldstrafe verhängt, wobei der plötzliche Abbruch der psychotherapeutischen Beziehung erschwerend hinzukam.

Wenn zum Erstgespräch nur ein Elternteil eines noch nicht einsichtsfähigen (in der Regel jünger als 15 Jahre) Kindes kommt, ist es wichtig zu klären, ob der andere Elternteil ebenfalls sorgeberechtigt ist. Es bietet sich an, zu Beginn des Erstgespräches die Angaben über alle Familienmitglieder mit Geburtsdatum, Wohnort und Beruf/Schule abzufragen. „**Wer gehört alles zur Familie?**“, ggf. „**Wer hat das Sorgerecht?**“ usw. Falls das Sorgerecht nicht alleine beim vorstellenden Elternteil liegt, muss mit der Probatorik mit dem Kind solange gewartet werden, bis vom anderen Elternteil die Zustimmung zur Psychotherapie am besten schriftlich vorliegt. Sollte es

Probleme mit der Einwilligung geben, kann das Jugendamt bzw. das Familiengericht eingeschaltet werden, wodurch die Zustimmung zur Psychotherapie ersatzweise gegeben werden kann. Erst danach darf der Psychotherapeut das Kind erstmals einbestellen. Ähnlich verhält es sich bei Kindern, die in Pflegefamilien untergebracht sind. Da muss der gesetzliche Vertreter in die Behandlung einwilligen. Dies gilt auch für erwachsene eingeschränkt einwilligungsfähige Patienten, die einen gesetzlichen Betreuer haben (§ 13 BO).

Achtung: Ein **Erstgespräch** mit nur einem Elternteil verstößt **nicht** gegen die Berufsordnung. Es ist allerdings nur dann unproblematisch, wenn das Kind nicht gleich mitgekommen ist.

### Einsichtsfähigkeit bei Jugendlichen (§ 12 BO)

Ein Vater hat dem Psychotherapeuten verboten, die Behandlung seines inzwischen 17-jährigen Kindes fortzusetzen und sich geweigert, die privaten Rechnungen weiter zu bezahlen.

Ein einsichtsfähiger Jugendlicher (i. d. R. 15 Jahre, ggf. auch schon jünger) kann **alleine** über die Aufnahme, die zeitliche Gestaltung und die Beendigung einer Psychotherapie entscheiden. Die Beurteilung der Einsichtsfähigkeit obliegt dem Psychotherapeuten. Sie sollte begründet sein und schriftlich dokumentiert werden. Den Antrag an die gesetzlichen Krankenkassen auf Kostenübernahme für die Psychotherapie darf der einsichtsfähige Jugendliche ohne Wissen und ohne Zustimmung der Eltern unterschreiben, da er die „versicherte Person“ ist.

## Bekanntmachung gemäß § 26 Abs. 1 des Nds. Kammergesetzes für die Heilberufe

### Feststellung des Haushaltsplans des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung für das Haushaltsjahr 2015

Die Verbandsversammlung des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung hat in der Sitzung vom 15.12.2014 den Haushaltsentwurf für das Jahr 2015 genehmigt.

Die Feststellung des Haushaltsplans wird hiermit gemäß § 26 Abs. 1 des Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) in der Fassung vom 08.12.2000 (Nds. GVBl. S. 301), zuletzt geändert durch Gesetz vom 12.12.2012 (Nds. GVBl. S. 591), i. V. m. § 25 Nr. 7 HKG i. V. m. § 9 Abs. 4 S. 2 HKG i. V. m. dem Vertrag über den Zusammenschluss zum Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZzA) vom 22.12.2005 (niedersächsisches ärzteblatt 2/2006 S. 68 ff., Einhefter für Niedersachsen im Psychotherapeutenjournal 1/2006 S. 7 f., ZKN Mitteilungen 2/2006 S. 126 f.), zuletzt geändert am 21.10.2014 (niedersächsisches ärzteblatt 12/2014 S. 34, Psychotherapeutenjournal 4/2014, Einhefter S. 3, ZKN Mitteilungen 11/2014 S. 512), bekannt gemacht.

Hannover, den 07.01.2015

Dr. med. Martina Wenker  
– Vorsitzende der Verbandsversammlung –

Lediglich bei den privaten Versicherungen gibt es eine Einschränkung. Der Jugendliche darf nicht über das Portemonnaie der Eltern entscheiden. Somit können die Rechnungen zwar an den Jugendlichen geschickt werden, für die Bezahlung sind die Eltern bis zur Volljährigkeit zuständig. Insoweit geht es bei **Privatpatienten nicht, ohne dass die Eltern** mit einbezogen werden, wenn die Bezahlung gesichert werden soll. Besonders problematisch ist es, wenn die Eltern getrennt leben bzw. geschieden sind und die Krankenversicherung der Kinder zum Zankapfel geworden ist. Es empfiehlt sich folgendes Vorgehen:

Lassen Sie sich von dem Vater bzw. von der Mutter vorab eine **schriftliche Zusage** unterschreiben, dass sie für die termingerechte Bezahlung Ihrer Rechnung aufkommen. Sonst könnte es passieren, dass der Elternteil, über den das Kind bzw. die Jugendliche privat (ggf. mit Beihilfeanspruch) versichert ist, die von Ihnen in Rechnung gestellten Leistungen bei der Versicherung/Beihilfe zwar einreicht, die Erstattung aber einbehält und nicht an Sie auszahlt. Noch besser wäre es, wenn der Elternteil, über den die Versicherung abgeschlossen wurde, eine **Abtretungserklärung** unterschreibt. Dann könnte das Kind/der Jugendliche bzw. der andere Elternteil die Erstattung in Empfang nehmen und an Sie überweisen.

Wenn also ein bisher sorgeberechtigter Elternteil von einem inzwischen einsichtsfähigen Jugendlichen Ihnen mitteilt, dass er die Behandlung abbricht (was er juristisch gesehen gar nicht kann) und nicht mehr zahlen wird (was er im Prinzip kann), gibt es ein weiteres Problem. Wenn die Behandlung weitergeführt werden soll, sollte die **Versicherungsfrage geklärt** werden und ggf. der andere Elternteil, bei dem der Patient i. d. R. auch wohnt, die Versicherung übernehmen. Bei jüngeren Kindern kann in einem solchen Fall die elterliche Sorge zumindest für den Bereich der gesundheitlichen Fürsorge per Gerichtsbeschluss eingeschränkt werden. Ist der Patient bereits einsichtsfähig, darf der Psychotherapeut allerdings nur mit seiner gültigen Schweigepflicht-

entbindung dem anderen Elternteil Mitteilung über einen einseitigen „Abbruch“ und die Zahlungsverweigerung in Bezug auf die Behandlung machen.

### Umgang mit hochstrittigen Eltern (§ 12 BO)

Auch wenn die Eltern eines Kindes zerstritten sind: Es ist möglicherweise ein Behandlungsfehler, wenn nicht zumindest versucht wird, **beide** Eltern über die geplante Psychotherapie aufzuklären und sie möglichst beide im Verlauf der Psychotherapie mit einzubeziehen. Es ist ja möglich, getrennte Termine mit ihnen zu machen. Psychotherapeuten sind zur Neutralität verpflichtet. Und die Kinder haben **zwei** Elternteile, auch wenn es keinen Kontakt mit dem getrennt lebenden oder geschiedenen Elternteil gibt. Wenn ein Patient ausdrücklich nicht will, dass die Eltern bzw. ein Elternteil einbezogen wird, ist dies zu berücksichtigen, weil nur der Patient Sie von der Schweigepflicht wirksam entbinden kann. Diese Entscheidung kann ein **jüngeres Kind** aus gegebenem Anlass u. U. auch alleine treffen. (Siehe Homepage der PKN: [www.pknds.de](http://www.pknds.de)-Fragen zur Berufsordnung)

### Rechtfertigender Notstand (§ 8, 4 BO)

Die Eltern einer 15-Jährigen beschwerten sich, weil die Psychotherapeutin das Mädchen am Verlassen der Praxis gehindert und sie dabei sogar festgehalten hatte. Diese sogenannte „**Freiheitsberaubung**“ wurde von der Psychotherapeutin damit begründet, dass die Patienten glaubhaft angedroht hatte, sich beim Verlassen der Praxis zu suizidieren. Aus Sicht der Kammer hat sich die Kollegin korrekt verhalten.

Nur beim rechtfertigenden Notstand ist eine solche Handlungsweise erlaubt, dem sind aber sehr enge Grenzen gesetzt: Es muss sich um eine in **der Zukunft liegende** erhebliche Gefahr für das Leben des Patienten oder Dritter handeln. Und es muss klar sein, dass es keine anderen wirksamen Möglichkeiten gibt, die Gefahr abzuwenden. In einem solchen Fall wäre z. B. ein Anruf bei den Eltern ein erlaubter Bruch der Schweigepflicht,

und die Jugendliche war so lange fest zu halten, bis sie in die Obhut der Eltern gegeben werden konnte. Das heißt also, dass in solchen Fällen die Beweggründe des Psychotherapeuten, die Einschätzung der konkreten in der Zukunft liegende Gefahr und die Unmöglichkeit von alternativen Interventionen schriftlich dokumentiert werden sollten.

Häufig werden Psychotherapeuten mit der Frage konfrontiert, ob sie bei einer vermeintlichen Gefährdung ohne Schweigepflichtentbindung von den Eltern oder dem einsichtsfähigen Patienten tätig werden müssen. So hat ein Psychotherapeut sowohl dem Jugendamt, dem Richter vom Amtsgericht als auch dem Kindergarten ausführlich geschrieben, dass er durch seine Beobachtungen einer kleinen Patientin und durch die Gespräche mit der Mutter des vierjährigen Mädchens den Eindruck bekommen habe, dass der Vater das Kind sexuell missbraucht hat. Die Mutter ist entsetzt und sagt dem Psychotherapeuten, dass er sich ganz bestimmt irre. Sie erlaubt dem getrennt lebenden Vater weiterhin, das Kind zu den Besuchswochenenden abzuholen. Der Psychotherapeut meint nun, dass er das Kind schützen muss und insofern von der Schweigepflicht entbunden sei. Sowohl der Vater als auch die Mutter beschwerten sich bei der PKN und bekommen Recht. Der Psychotherapeut hätte sich bei einem solchen Verdachts-



Bertke Reiffen-Züger

<sup>1</sup> Der Begriff „Psychotherapeut“ wird der Einfachheit halber verwendet. Gemeint sind sowohl Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten als auch Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

fall an eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ wenden müssen und hätte auf keinen Fall seinen Verdacht so vielen verschiedenen Adressaten offenbaren

dürfen. Im Verfahren vor dem Berufsgewicht wurde der Kollege mit einer Geldbuße bestraft und bekam zusätzliche Auflagen zur Nachqualifizierung.

In der nächsten Ausgabe werden wir Sie über weitere Fälle aus der Praxis informieren.

Bertke Reiffen-Züger  
Vorstandsmitglied

## Im Gespräch mit Claudia Sieb: Die Weiterbildung befindet sich in einem Entwicklungsprozess

In unserer Reihe kurzer Interviews mit den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle stellen wir Ihnen heute Claudia Sieb vor, die seit Juni 2014 in der Geschäftsstelle der PKN tätig ist.

**Frau Sieb, welche Eindrücke haben Sie von Ihrer Tätigkeit in der PKN gewonnen, nachdem die ersten sechs Monate hinter Ihnen liegen? Sind Sie gut angekommen oder noch in der Phase der Orientierung?**

Meine Eindrücke sind sehr positiv. Ich bin hier mit gut strukturierten Abläufen konfrontiert und würde sagen, dass ich zum Teil schon gut angekommen bin, vor allem bezogen auf meine Kernarbeitsbereiche. Hinsichtlich der vielfältigen Aufgaben und Themen ist mir sicherlich noch nicht alles vertraut.

**War Ihnen die PKN als Institution vor Ihrer Arbeitsaufnahme überhaupt schon bekannt?**



Nein. Ich habe erst durch meine Bewerbung bzw. durch die Ausschreibung der Stelle erfahren, dass die Psychotherapeuten in einer eigenen Kammer organisiert

sind. Daher sind die Themen zum Teil auch Neuland für mich. Auch die berufspolitische Dimension der Arbeit ist für mich etwas Neues, aber gleichzeitig auch sehr spannend. Meine bisherigen Praxiserfahrungen resultieren aus dem Praxissemester im Rahmen meines Sozialmanagement-Studiums, welches ich im Qualitätsmanagement eines Krankenhauses absolviert habe.

**Wie sieht Ihr Aufgabenbereich in der PKN denn aus?**

Meine Aufgaben liegen im Bereich Qualitätsmanagement und Weiterbildung. Darüber hinaus unterstütze ich die Kommissionen im Bereich der Forensik, der Palliativversorgung und der Sexualtherapie sowie die länderübergreifende Arbeitsgruppe, die sich mit der Qualitätssicherung befasst. Im Bereich des Qualitätsmanagement unterstütze ich die Arbeitsprozesse in der PKN. Das Thema Weiterbildung ist ja noch relativ neu für die Kammer und befindet sich zurzeit in einem Entwicklungsprozess. Das erleichtert es, in den Bereich hineinzufinden und es ist eine interessante Herausforderung, diesen Prozess von Anfang an mitzugestalten. Hier geht es im Moment zum Beispiel um die Zulassung von Weiterbildungsstätten und die Anerkennung von Weiterbildungsbezugten im Bereich der Klinischen Neuropsychologie.

**Mit welchen Anliegen der Mitglieder sind Sie konfrontiert? Gibt es Schwerpunkte?**

Da gibt es vor allem Fragen zum Qualitätsmanagement, die dann telefonisch an mich gerichtet werden und sich zum größten Teil auf das Thema Beauftragter/Ansprechpartner im Verhinderungsfall beziehen. Aber es werden auch Fragen zu den Gutachter- und Behandler-Listen gestellt, z. B. hinsichtlich der Kriterien, die zu erfüllen sind, der Gültigkeit von Übergangsvorschriften und der zu erbringenden Nachweise. Beim Thema Beauftragter/Ansprechpartner im Verhinderungsfall gibt es öfter die Frage, ob Vertreter aus anderen Bundesländern kommen dürfen.

**Und ist das möglich?**

Prinzipiell ja. Man sollte nur beachten, dass die räumliche Distanz nicht zu groß ist, damit es kein praktisches Problem wird, wenn vor Ort Dinge zu klären sind.

**Gibt es etwas, was Sie den Mitgliedern auf diesem Wege gern mitteilen würden?**

Spontan hätte ich eine Bitte an die Mitglieder, die in eigener Praxis tätig sind. Aus unserer Sicht ist die Beauftragung im Verhinderungsfall ein wichtiges Thema, das vielleicht mitunter in seiner Bedeutung noch nicht ganz erkannt, sondern eher als Belastung erlebt wird.

**Es ist so wie bei einer Versicherung: Man muss sich damit beschäftigen, hofft, dass man sie nicht braucht und im Ernstfall ist es wichtig, dass man sie hat?**

Ja. Mit der Benennung eines Beauftragten im Verhinderungsfall wird ein wichtiger Beitrag zur eigenen Qualitätssicherung geleistet und das im Sinne der eigenen Patienten.

Bitte beachten Sie auch unsere Bekanntmachung auf S. 82.

### Geschäftsstelle

Roscherstr. 12  
30161 Hannover  
Tel.: 0511/850304-30  
Fax: 0511/850304-44  
Sprechzeiten:  
Mo, Di, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr  
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr  
Mail-Anschrift: info@pknds.de  
Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“: Akkreditierung@pknds.de  
www.pknds.de

## Kammerversammlung am 6. Dezember 2014 in Düsseldorf

In seiner Einleitung zum Bericht aus dem Vorstand hob Präsident Gerd Höhner aktuelle gesundheitspolitische Themen hervor. Insbesondere ging er auf die Reform der Psychotherapeutenausbildung vor dem Hintergrund der Resolution des 25. Deutschen Psychotherapeutentages ein, wonach die Profession mehrheitlich eine Approbation nach einem wissenschaftlichen Hochschulstudium auf Masterniveau mit anschließender Weiterbildung fordert.



Präsident Gerd Höhner

Die Resonanz auf dieses eindeutige Signal der deutschen Psychotherapeutenschaft sei nicht nur in den eigenen Reihen überwiegend positiv aufgenommen worden, so Höhner, sondern auch seitens der anderen Heilberufskammern, wie etwa der Bundesärztekammer, sei zustimmende Anerkennung gegenüber der erfolgten Weichenstellung verlautbart worden. Nun sei relativ schnell mit einer Reaktion der Bundesregierung zu rechnen. Es sei dringend an der Zeit, die ordnungspolitische Dimension dieses Themas für die Psycho-

therapeutenschaft in angemessener Form weiterzudenken. Auf Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer werde hierzu eine Kerngruppe aus dem Kreis des Länderrats gebildet, um bindende Beschlüsse fassen zu können. Dies bedeute für NRW, die Beschlüsse in Vorstand und Kammerversammlung vorzubereiten, um Wind unter die Flügel zu bekommen.

Darüber hinaus skizzierte Präsident Höhner Aktivitäten der Bundesregierung zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG), wonach es in vorliegender Form zu einem erheblichen Abbau von psychotherapeutischen Praxen kommen würde. Grundlage des vorliegenden Referentenentwurfs sei die Bedarfsplanung mit eingefrorenem IST-Zustand von 1999 als SOLL-Zustand psychotherapeutischer Praxen, kritisierte Höhner. Diese Konsequenz, die dem vermehrten Versorgungsbedarf zuwider läuft, sei direkte Folge der 1999 erfolgten Festlegung, wonach der damalige Bestand an psychotherapeutischen Praxen als bedarfsangemessen definiert wurde. Die psychotherapeutischen Leistungen aus der Kostenerstattung seien einfach unter den Tisch gefallen. Der Bezug auf die damalige IST-Zahl setze diesen Mangel einfach fort. Der Referentenentwurf sehe darüber hinaus die Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde vor. Die Gesundheitsministerin NRWs hat ein Erprobungsprojekt in zwei Regionen initiiert, und zwar zum einen im Ruhrgebiet und zum anderen in einer eher ländlichen Region. Mit Beginn des kommenden Jahres würden die Regionen bzw. Städte der Erprobung bekannt gegeben. Die PTK NRW ist als beratendes Mitglied im vorbereitenden Gremium vertreten und wird über die Aktivitäten berichten.

Mit Blick auf die weitere Vorstandsarbeit zur vierten Legislatur der PTK NRW

berichtet Gerd Höhner zur vorliegenden Koalitionsvereinbarung zwischen den Fraktionen Analytiker, Bündnis KJP, DGVT, Kooperative Liste und QdM – Qualität durch Methodenvielfalt. Es sei ihm ein persönliches Anliegen, nochmal zu betonen, dass es in der Kammerversammlung Mehrheiten und Minderheiten, aber keine Verlierer gebe. Es gehe um die Vielfalt der Positionen; es gäbe nicht nur eine richtige Lösung. Ohne diese offene Diskussion werde der Weg nicht zu beschreiten sein, den die Reform der Psychotherapeutenausbildung mit einer sich verändernden Ausbildungslandschaft mit sich bringe. Dies auf Bundes- wie Landesebene mitzutragen, sei eine Hauptaufgabe der Kammer in den nächsten Jahren.

Mit Dankesworten und einem persönlichen Präsent wandte sich Präsident Höhner im Namen der Kammerversammlung an die zur aktuellen Legislaturperiode ausgeschiedenen Vorstandsmitglieder Johannes Broil und Dr. Wolfgang Groeger, indem er insbesondere auf die weitere gute Zusammenarbeit in der Kammerversammlung hinwies. Mit Blick auf die Verabschiedung der seit Gründungsbeginn amtierenden und zur aktuellen Legislaturperiode als Präsidentin aus dem Amt gegangenen Monika Konitzer sei eine weitere Form der Ehrung in der Vorbereitung. Geplant werde eine berufspolitisch ausgestaltete Veranstaltung zur Frage der Entwick-



Dr. Wolfgang Groeger



Johannes Broil

lung des Psychotherapeutengesetzes im Aus- und Rückblick.

Die 2. Sitzung der neuen Kammerversammlung stand des Weiteren ganz im Zeichen der Ausschusswahlen und Resolutionen. Gewählt wurden mit ihren jeweiligen MitgliederInnen und StellvertreterInnen der Ausschüsse Satzung und Berufsordnung, Fort- und Weiterbildung, Psychotherapie in der ambulanten Versorgung, Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilitation sowie Reform der Psychotherapeutenausbildung/Zukunft des Berufes.

Neben der vertieften Aussprache zur Reform des Psychotherapeutengesetzes fand die Wahl einer weiteren Delegierten zum Deutschen Psychotherapeutentag aus der Fraktion Kooperation starke Kammer statt. Monika Konitzer wurde einstimmig gewählt.

Die Kammerversammlung verabschiedete am 6. Dezember 2014 die folgenden vier Resolutionen:

- Resolution zum GKV-VSG „Versorgung stärken – Psychotherapie sichern und ausbauen“
- Resolution zur psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen
- Resolution „Dolmetscher und muttersprachliche Psychotherapie für Migranten ermöglichen“
- Resolution zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

### Resolution zum GKV-VSG „Versorgung stärken – Psychotherapie sichern und ausbauen“

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW fordert die Bundesregierung und die Bundestagsfraktionen auf, den geplanten Abbau von Praxissitzen in sogenannten „übersorgten“ Regionen bei den Psychotherapeuten auszusetzen, die Bedarfsplanung zu reformieren und an den tatsächlichen Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen anzupassen. Bei der Umsetzung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes sind in

NRW insgesamt rund 1.740 Praxen von Schließungen bedroht. Das entspricht mehr als einem Drittel des ambulanten Versorgungsangebotes!

Angesichts langer Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung sowie der Notwendigkeit, das Versorgungsangebot flexibler zu gestalten, geht diese gesetzliche Initiative völlig am Ziel einer guten psychotherapeutischen Versorgung in NRW vorbei. Im Gegenteil: es ist eine drastische Verschlechterung der Versorgung v. a. im ländlichen Bereich und im Ruhrgebiet zu befürchten.

Die „Sonderregion Ruhrgebiet“ ist besonders stark betroffen: Bereits jetzt sind die Menschen, die dort psychotherapeutischer Behandlung bedürfen, im Vergleich zu den übrigen Landesteilen schlechter gestellt – nur 11,4 statt 32,5 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner sind dort für die psychotherapeutische Versorgung vorgesehen. Bei einer Umsetzung des VSG sind 378 von 1.008 Sitzen bedroht – eine gravierende Verschlechterung der Versorgungslage wäre die Folge!

Die Landesregierung NRW wird gebeten, sich weiterhin für den Erhalt der psychotherapeutischen Praxissitze in NRW und damit für eine gesicherte psychotherapeutische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in NRW einzusetzen.

Der Sachverständigenrat weist auf die Unzuverlässigkeit der Datengrundlage für die aktuell geltende Bedarfsplanung hin: „Die Fachgruppe der Psychotherapeuten bedarf im Hinblick auf z. T. noch zu entwickelnde Kriterien für eine angemessene Bedarfsplanung noch weiterer Untersuchungen und einer gesonderten Betrachtung.“ Eine Überprüfung der Bedarfsplanung Psychotherapie ist deshalb unbedingt vorzusehen.

Wir fordern alle politisch Verantwortlichen in NRW auf, entschieden für den Erhalt der Psychotherapeutesitze einzutreten.

Bis heute gilt: Wir brauchen nicht weniger, sondern mehr psychotherapeutische Praxen.

Der geplante Abbau von psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten auf der Basis einer systematisch verzerrten Bedarfsplanung ist unverantwortlich. In vielen Regionen von NRW, insbesondere im Ruhrgebiet, besteht eine reale psychotherapeutische Unterversorgung, die nicht nur zu viel zu langen Wartezeiten, sondern auch zu Fehl- und Nichtbehandlungen führt.

Nicht der Abbau von psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten, sondern deren Ausbau und Weiterentwicklung muss das Interesse einer verantwortlichen Gesundheitspolitik sein.

### Resolution zur psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen

Eine angemessene gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen ist nicht sichergestellt. Immer wieder erhalten Flüchtlinge keine leitliniengerechte Behandlung ihrer schweren psychischen Erkrankungen. Grund hierfür sind die Regelungen im Asylbewerberleistungsgesetz. Das Gesetz legt zwar fest, dass Flüchtlinge einen Anspruch auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände haben. Die Behandlung von chronischen Erkrankungen und Traumafolgestörungen wird ihnen jedoch nur im Einzelfall gewährt. Ob ein psychisch kranker Flüchtling eine Psychotherapie erhält, darüber entscheiden im Einzelfall die zuständigen Amtsärzte und Sachbearbeiter in den Sozialämtern bzw. Landesbehörden. Diesen fehlt jedoch häufig die Qualifikation, um einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und seine Dringlichkeit einschätzen zu können. Darüber hinaus sind die kommunalen Unterschiede – ob einer psychotherapeutischen Behandlung zugestimmt wird oder nicht – beträchtlich und sachlich nicht vertretbar.

Anträge auf Psychotherapie werden deshalb häufig abgelehnt – nicht selten ohne inhaltliche Begründung oder mit dem Verweis auf eine vermeintlich ausreichende psychopharmakologische

Behandlung. Entgegen den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen werden psychisch kranke Flüchtlinge daher meist ausschließlich mit Psychopharmaka behandelt. Flüchtlinge leiden jedoch häufig unter den Folgen von erlittenen Traumata, vor allem unter Posttraumatischen Belastungsstörungen und schweren Depressionen. Bei diesen Erkrankungen empfehlen wissenschaftliche Leitlinien eine psychotherapeutische Behandlung. Darüber hinaus sind die Bearbeitungszeiten der Anträge auf Psychotherapie in den Behörden meist unzumutbar lang, sodass die psychischen Störungen chronifizieren oder kostenintensive stationäre Behandlungen notwendig werden können.

Die Kammerversammlung der PTK NRW fordert die Bundesregierung auf sicherzustellen, dass Flüchtlinge in NRW und bundesweit notwendige Gesundheitsleistungen erhalten. Diese Gesundheitsleistungen sollten denen von regulär Krankenversicherten entsprechen. Das schließt ein, dass Flüchtlinge regelhaft eine Behandlung von chronischen und psychischen Erkrankungen beanspruchen können. Die bisherigen Einschränkungen im Asylbewerberleistungsgesetz sind aufzuheben.

Außerdem bedarf es einer bundeseinheitlichen Regelung, wie über Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge entschieden wird. Es kann nicht bei den sehr unterschiedlichen Entscheidungen der Landesbehörden bleiben, wie es die Bundesregierung mit ihrem Verweis auf deren Zuständigkeiten empfiehlt (Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BT-Drs. 18/2184). Die Kammerversammlung der PTK NRW fordert die Bundesregierung auf, im Asylbewerberleistungsgesetz bundesweit eine einheitliche Regelung zu schaffen, auf welche Weise qualifiziert über einen Behandlungsbedarf bei psychisch kranken Flüchtlingen zu entscheiden ist. Diese Regelung sollte den Anforderungen an das Genehmigungsverfahren, die in der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapie-Vereinbarung ge-

regelt sind, entsprechen. Dies betrifft vor allem die psychotherapeutische Qualifikation des Entscheiders und die Einhaltung von Fristen zur Bewilligung. Außerdem ist ausdrücklich die Möglichkeit vorzusehen, einen Dolmetscher hinzuzuziehen. Die Kostenübernahme für Dolmetschereinsätze wird bisher von den Leistungsträgern, insbesondere von der gesetzlichen Krankenversicherung, oft nicht bewilligt.

### Resolution „Dolmetscher und muttersprachliche Psychotherapie für Migranten ermöglichen“

Sprachliche Hürden führen in Deutschland dazu, dass Menschen mit Migrationshintergrund schlechter psychotherapeutisch versorgt sind. Rund jeder fünfte Migrant spricht nicht ausreichend Deutsch, um einem Psychotherapeuten seine Beschwerden verständlich mitzuteilen. Sie sind damit auf einen Dolmetscher oder muttersprachlichen Psychotherapeuten angewiesen.

Dolmetscher werden jedoch von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht bezahlt. Eine Regelung über die Finanzierung solcher Leistungen im SGB V fehlt. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung reichen die bisherigen gesetzlichen Regelungen dafür nicht aus. Psychotherapie ist jedoch besonders darauf angewiesen, dass der Patient sich möglichst unmittelbar und verständlich ausdrücken kann.

Die Kammerversammlung der PTK NRW fordert daher, dass die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für einen Dolmetscher bei psychischen Erkrankungen übernimmt, wenn der Versicherte nicht ausreichend Deutsch spricht und auch kein Psychotherapeut verfügbar ist, der die Muttersprache des Versicherten beherrscht. Die Kammerversammlung der PTK NRW unterstützt ausdrücklich die Forderung der Migrationsbeauftragten der Bundesregierung, Staatsministerin Aydan Özoğuz, die gesetzliche Krankenversicherung dazu zu verpflichten, ausreichende Leistungen auch für ihre Mitglieder mit Migrationshintergrund zu finanzieren.

Die Kammerversammlung der PTK NRW fordert darüber hinaus, mehr muttersprachliche Psychotherapeuten in den Kommunen von NRW zuzulassen, in denen besonders viele Menschen mit Migrationshintergrund leben. Diese Zulassungen sollten im Rahmen der Bedarfsplanungs-Richtlinie als zusätzlicher Bedarf ermöglicht werden.

### Resolution zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

Der 25. Deutsche Psychotherapeutentag hat am 15. November 2014 in München zur Reform der Psychotherapeutenausbildung u. a. beschlossen:

Auf der Grundlage von Berufsbild, Kompetenzprofil und Kernforderungen soll eine zweiphasige wissenschaftliche und berufspraktische Qualifizierung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Angehörige eines akademischen Heilberufs im ambulanten und stationären Bereich, sowie in Institutionen der komplementären Versorgung verwirklicht werden. Qualifizierungsphase I umfasst ein wissenschaftliches Hochschulstudium auf Masterniveau und schließt mit Staatsexamen und Approbation ab. Darauf folgt in Qualifizierungsphase II eine Weiterbildung mit Vertiefungen in wissenschaftlichen Therapieverfahren und Schwerpunktsetzung im Hinblick auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen. Als Sofortlösung bis zu einer umfassenden Novellierung des Psychotherapeutengesetzes soll in einem ersten Schritt geregelt werden, dass der Zugang zu den postgradualen psychotherapeutischen Ausbildungen nur über ein Diplom-Studium bzw. ein auf Masterniveau abgeschlossenes Studium möglich ist. Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW fordert den Vorstand auf, unverzüglich Gespräche mit den zuständigen Abteilungen des MGEPA und des Wissenschaftsministeriums NRW aufzunehmen, mit dem Ziel, die dringliche Klärung des Zuganges im PTG noch in dieser Legislaturperiode von Bund und Land zu erreichen.



Plenum 2. Sitzung der 4. Kammerversammlung

## Einkommensabhängige Beitragsordnung

In ihrer Sitzung am 13. Dezember 2013, mit Änderungen durch Beschluss der Kammerversammlung vom 29. August 2014, hat die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW eine neue einkommensabhängige Beitragsordnung beschlossen. Den Wortlaut der amtlichen Bekanntgabe der Beitragsordnung können Sie dieser Ausgabe des

Psychotherapeutenjournals als Einhefter entnehmen. Die am 1. Januar 2015 in Kraft getretene einkommensabhängige Beitragsordnung können Sie auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer NRW einsehen oder herunterladen (Rubrik „Recht“, Unterrubrik „Satzungen und Verwaltungsvorschriften der Psychotherapeutenkammer NRW“).

### Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10  
40549 Düsseldorf  
Tel. 0211/52 28 47-0  
Fax 0211/52 28 47-15  
info@ptk-nrw.de

Beratung am Telefon		
<b>Berufsrechtliche</b>	<b>Mitgliederberatung</b>	<b>Anfragen</b>
<b>Beratung durch einen Juristen</b>	<b>durch den Vorstand</b>	<b>Mitgliederverwaltung</b>
<b>Mo:</b> 12.00-13.00 Uhr	<b>Di:</b> 13.00-14.00 Uhr	<b>Mo–Do:</b> 14.00-15.00 Uhr
<b>Di:</b> 14.00-15.00 Uhr	<b>Fr:</b> 11.00-12.00 Uhr	Anfangsbuchstaben des Nachnamens:
<b>Mi:</b> 14.00-15.00 Uhr	13.30-14.00 Uhr	<b>A bis K</b>
<b>Do:</b> 14.00-15.00 Uhr	Telefon 0211/52 28 47 27	Telefon 0211/52 28 47 14
Telefon 0211/52 28 47 53		<b>L bis Z</b>
		Telefon 0211/52 28 47 17
<b>Anfragen</b>	<b>Anfragen</b>	<b>Beratung</b>
<b>Fortbildungsakkreditierung</b>	<b>Fortbildungskonto</b>	<b>zur Sachverständigentätigkeit</b>
<b>Mo–Do:</b> 13.00-15.00 Uhr	<b>Mo–Do:</b> 13.00-15.00 Uhr	<b>Di &amp; Fr</b> 12.30-13.30 Uhr
Telefon 0211/52 28 47 30	Telefon 0211/52 28 47 31	Telefon 0211/52 28 47 32

## EMDR: OPK bietet hierfür curriculare Fortbildung im Bereich der Traumatherapie an

Durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. Oktober 2014 wurde Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Behandlungsmethode bei Erwachsenen mit der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) innerhalb eines Richtlinienverfahrens in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen und als Folge dessen entsprechende Qualifikationsnachweise im Bundesmantelvertrag festgeschrieben.

Bereits vor dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden EMDR-Behandlungen in der psychotherapeutischen Versorgung qualifiziert eingesetzt. Eine generelle Wirksamkeit der EMDR-Methode kann dabei als belegt gelten, eine Überlegenheit gegenüber anderen spezifischen Methoden jedoch nicht. Viele Psychotherapeutinnen hatten sich in Psychotherapie und EMDR-Behandlung fortgebildet. Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) hat hierfür eine curriculare Fortbildung im Bereich der Psychotherapie erlassen. Die erfolgreich absolvierte curriculare Fortbildung kann als Nachweis der Befähigung zur qualifizierten Durchführung von EMDR für eine Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) dienen.

### OPK setzt hohe Standards für die Traumabehandlung

Die OPK setzt sich bereits seit Jahren für die intensive Fortbildung ihrer Mitglieder auch im Bereich der Psychotherapie ein. Daher wurde bereits im Jahre 2011 eine Richtlinie erlassen, die deren Weiterqualifizierung durch eine curriculare Fortbildung regelt. Zahlreiche Psycho-

therapeutInnen in Ostdeutschland haben seither die theoretischen und praktischen Befähigungen nachgewiesen, die sie zum Führen ihres Titels mit dem Zusatz „Psychotherapie OPK“ berechtigen. Mit ihrer curricularen Fortbildung setzt die OPK als Berufsaufsicht der PsychotherapeutInnen hohe Standards, spezielle weiterführende Kenntnisse auf Grundlage der aktuellsten wissenschaftlichen Standards in der Behandlung von traumatisierten PatientInnen zu erwerben und diese auch in praktischer Tätigkeit nachzuweisen.

Dafür müssen alleine 100 theoretische Stunden in Modulen abgeleistet werden, die sowohl theoretische Grundlagen und Diagnostik von PTBS als auch die Intervention bei akuten Traumatisierungen, komplexer und non-komplexer PTBS in den Fokus nehmen. Auch Techniken und Methoden der Stabilisierung und Erhaltungstherapie werden vertieft behandelt, ebenso wie zusätzliche zehn Stunden Selbsterfahrung vorausgesetzt. Das Curricu-

lum sieht dabei eine vertiefte Auseinandersetzung mit mehreren wirksamen Methoden und Techniken zur Behandlung von PTBS vor, zu welchen auch EMDR zählt. Die praktische Befähigung wird durch den Nachweis von behandelten Fällen von Patienten mit PTBS nachgewiesen.



*Posttraumatische Belastungsstörung: EMDR ist als Behandlungsmethode innerhalb eines Richtlinienverfahrens in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen.*

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie gelangte in seinem Gutachten vom 6. Juli 2006 zu dem Beschluss, dass EMDR bei Erwachsenen als eine Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) als wissenschaftlich anerkannt gelten kann. Im selben Gutachten kann bei Kindern und Jugendlichen für keinen Anwendungsbereich der Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung der EMDR-Methode festgestellt werden, da es an empirischen Wirksamkeitsbelegen bei der Anwendung bei Kindern und Jugendlichen mangelt.

### Festschreibung theoretischer und praktischer Qualifikationen

Der G-BA nahm EMDR am 16. Oktober 2014 als Behandlungsmethode bei PTBS bei Erwachsenen innerhalb eines Richtlinienverfahrens in die Psychotherapie-Richtlinie auf. Durch eine Einigung der Parteien des Bundesmantelvertrages ist die Methode nunmehr seit dem 3. Januar 2015 in der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt. Hiermit wurden auch bestimmte theoretische und praktische Qualifikationen festgeschrieben, damit PsychotherapeutInnen EMDR innerhalb der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung einsetzen können.

Der Abschlussbericht des G-BA, dem aufgrund mangelnder metaanalytischer Datenlage ausreichender Qualität eine eigene Metaanalyse zugrunde liegt, kommt zu einem ähnlichen Ergebnis wie das Gutachten des wissenschaftlichen Bei-

rats. Demnach kann die EMDR-Methode als wirksam angesehen werden, d. h., sie ist im Vergleich zur Nichtbehandlung (Warteliste) oder anderen unspezifischen Behandlungen wirksamer bei der PTBS-Symptomreduzierung. Darüber hinaus zeigt dieser Bericht eine Überlegenheit der EMDR-Methode im Vergleich zu einer Gruppe von anderen Behandlungsverfahren (die vergleichend zusammengefasst werden) in der Selbsteinschätzung der Symptome. Einschränkend sei angemerkt, dass alle einbezogenen Studien erhebliche methodische (z. B. Stichprobengröße, Randomisierung, Beschreibung der verwendeten Instrumente), als auch inhaltliche (z. B. Beschränkung auf eine Traumaursache) Limitationen aufwiesen. Da die methodischen Einschränkungen der herangezogenen Studien und ihre Vergleichbarkeit doch als erheblich bezeichnet werden können, kommt auch der Abschlussbericht des G-BA zu dem Schluss, dass eine generelle Wirksamkeit der EMDR-Methode als belegt gelten kann, eine Überlegenheit gegenüber anderen spezifischen Methoden jedoch nicht. Hier ist noch weitere Forschung nötig, insbesondere auch, um die wirksamen Bestandteile der EMDR-Methode zu spezifizieren.

### TherapeutInnen entscheiden selbst, wie die Behandlung aussieht

Konsequenterweise stellt der G-BA dann auch zusammenfassend fest, dass EMDR ein wirksames Verfahren aus einer ganzen Reihe wirksamer Verfahren sei. Bei der Behandlung von Patienten mit einer Posttraumatischen

Belastungsstörung sei es zentral, dass das für jeden Patienten das passende, prognostisch für diesen Menschen mit dieser Biografie und dieser Traumatisierung wirksamste traumaspezifische Verfahren gewählt wird.

Da die OPK die fachliche Qualifikation und die Fortbildungsnachweise ihrer Mitglieder sowohl fordert, als auch überprüft und sie dabei die Qualifizierung auf dem Gebiet der Psychotraumathe- rapie bereits seit Jahren auf fachlichen Standards basierend betreibt, liegt es nahe, die Zusatzbezeichnung „Psychotraumathe- rapie OPK“ auch als Nachweis der Befähigung zur Durchführung einer EMDR Behandlung im Rahmen eines Richtlinienverfahrens bei der Behandlung von PTBS anerkannt werden kann. Den kontinuierlich fortgebildeten Psychotherapeuten obliegt es dabei, aufgrund ihrer Expertise die Fallkonzeptualisierung auszuarbeiten und die Behandlung entsprechend zu planen und durchzuführen. Dabei werden gemäß den berufsrechtlich gebotenen Sorgfaltspflichten die passenden Methoden und Techniken zur Behandlung der PatientInnen ausgewählt und angewendet. Die Behandlung der PTBS bildet hier keine Ausnahme, wobei EMDR dabei nur eine von mehreren zur Verfügung stehenden Methoden/Techniken ist, die zur Behandlung herangezogen werden können.

### Quellen:

Wissenschaftlicher Beirat (2006): [www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.114.115](http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.114.115)

G-BA (2015): [www.g-ba.de/downloads/40-268-2987/2014-10-16\\_PT-RL\\_EMDR\\_Umstrukturierung-Anlage1\\_ZD.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/40-268-2987/2014-10-16_PT-RL_EMDR_Umstrukturierung-Anlage1_ZD.pdf)

## Fortbildungsveranstaltungen der OPK 2015 – nachgedreht und vorausgeblickt

Bei der Gestaltung der OPK-Fortbildungsveranstaltungen sollen Angebote für die Mitglieder initiiert werden, die aus fachlicher, aber auch berufspolitischer Sicht eine große und aktuelle Bedeutung für den Berufsstand haben. Das wird auch insbesondere dann wichtig, wenn es sich um ein Thema handelt, das von den kommerziellen Anbietern eher selten in den Fokus genommen wird.

### Fallstricke und aktuelle Entwicklungen des Diagnostizierens

Genau hierum handelte es sich bei der ersten zweitägigen OPK-Veranstaltung des neuen Jahres „Wie wichtig ist richtiges Diagnostizieren?“, die von Professorin Karin Tritt vom 23. bis 24. Januar 2015 in Leipzig angeboten wurde. Denn auch wenn es ein oft angebrachtes geflügeltes Wort in der akademischen und postgradualen Ausbildung darstellt,

dass die Götter vor die Behandlung die Diagnose gestellt haben, so gibt es doch vergleichsweise wenig Veranstaltungen, die sich vertieft mit der Thematik, ihren Fallstricken und aktuellen Entwicklungen auseinandersetzen. Und das, obwohl man in den Lebenswissenschaften weit davon entfernt ist, den Goldstandard des Diagnostizierens bereits in Händen zu halten.

Das wurde auch sehr deutlich bei der kurzen historischen Verortung der gängigen Klassifikationssysteme DSM und ICD. Denn eine reliable und valide Diagnoseerstellung erfüllt mehrere wichtige Zwecke. Sie soll psychische Störungen qualitativ und quantitativ beschreiben und sie zum Zwecke der Indikation Klassen zuordnen. Schlussendlich sollte sie aber auch ihre Entstehungsgeschichte und die Bedingungen ihres Auftretens erklären und sich für Prognose und Evaluation eignen. Allen diesen Aufgaben gerecht zu werden, davon sind die derzeit gängigen klassifikatorischen Systeme noch weit entfernt. „Richtiges Diagnostizieren“ hat also immer auch mit Abwägungen zu tun, dem sich die PsychotherapeutInnen immer wieder aufs Neue stellen müssen. Hierbei geht es in erster Linie um Entscheidungsprozesse, die unter Zuhilfenahme verschiedener Informationsquellen als Ergebnis zu einer möglichst validen Einzelfalldiagnostik führen. Da das ICD aus mehr als 850 verschiedenen F-Diagnosen besteht ist es oft hilfreich, standardisierte Tests einzusetzen. Professorin Tritt gab einen Einblick in die Anwendung des ICD 10 Symptom Ratings (ISR) und ISR+, bei dessen Entwicklung sie auch maßgeblich beteiligt war. Die Tests eignen sich auch insbesondere, um Komorbiditäten nicht zu übersehen und Anhaltspunkte zu gewinnen, an welchen Stellen eine vertiefte diagnostische Abklärung erforderlich ist. Die eigene Entscheidung und ein sorgfältiges Zusammentragen und Auswerten aller zusammengetragenen Informationen kann jedoch kein Testverfahren ersetzen. Auch die OPD wurde als hilfreiches Diagnose-Instrument vertieft behandelt, das auch Anhaltspunkte für die Therapieplanung geben kann. Die vorgestellten Instrumente dienen als Grundlage sowohl für eine korrekte Indikationsstellung, wie für individuelle Fallkonzeption als auch für die Abrechnung mit den Krankenkassen.

Nicht übersehen werden darf auch, dass sich die vergebenen Diagnosen auch auf die Außenwirkung der Psychotherapeutenschaft als Ganzes auswirken. Aus Analysen der Abrechnungsdaten wird teilweise von einigen Akteuren im gesundheitspolitischen Feld – wie

zum Beispiel den Krankenkassen – der Schluss gezogen, dass Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen eher leichte Störungen behandeln, sich Diagnosen regional und verfahrensspezifisch häufen und die Indikation nicht mit der Therapiedauer zusammenhängt. Diese ungünstigen Interpretationen kommen u. a. durch die Datenlage zustande, dass PsychotherapeutInnen besonders oft Anpassungsstörungen und generell unspezifische Diagnosen vergeben. Während die Ursachen für diese Datenlage sicherlich vielfältig sind und negative Interpretationen oft weniger mit der Datenlage als mit mehr oder weniger offensichtlichen Hintergedanken zu tun haben, so gibt es doch einen Punkt an dem die Berufsgruppe aktiv selbst mitwirken kann – und das ist in dem Bemühen um eine valide Einzelfalldiagnostik up to date. All diese Punkte wurden von einer bunt gemischten Gruppe aus KJP und PP verschiedener Verfahren in der zweitägigen Veranstaltung engagiert besprochen, reflektiert und vertieft.

### Fortbildung zu Psychotherapie mit Babys und Kleinkindern

Großen Anklang fand auch die erste Veranstaltung der Veranstaltungsreihe „Psychotherapie mit Babys, Kleinkin-

dern und Schulkindern“, die sich mit Möglichkeiten und Herausforderungen von Psychotherapie mit Babys und Kleinkindern auseinandersetzte und vom 6. bis 7. Februar 2015 in Halle stattfand. Den TeilnehmerInnen wurden sowohl theoretisches Hintergrundwissen als auch praktische Kompetenzen für die tägliche psychotherapeutische Praxis in der Arbeit mit Eltern und deren Babys und Kleinkindern vermittelt. Denn gerade diese Eltern sind oft durch die mit der Elternschaft einhergehenden Veränderungen der Lebensumstände und der Paarbeziehung belastet. Aber auch die von außen an sie herangetragenen Erwartungen können zu Überforderung beitragen. Aufseiten der Eltern können diese vielfältigen Belastungen und Umbrüche zu einer verminderten Erziehungsfähigkeit und auch zur Ausbildung eigener psychischer Probleme führen. Aufseiten der Babys und Kleinkinder kann es dadurch zu ersten Störungen im Entwicklungsverlauf und Regulationsstörungen kommen. Frühe Prävention und Intervention sind hier besonders wichtig, um einen sich verfestigenden Störungsverlauf und weitere Entwicklungsbeeinträchtigungen zu verhindern. Am ersten Tag beschäftigten sich die Referentinnen Frau Professor Dr. Henning und Frau Professor Dr. Ludwig-Körner sowohl theoretisch als auch praktisch mit dem Thema aus



*Bunt wie ein Kinderleben ist die Themenvielfalt des 1. KJP-Symposiums der OPK.*

Sicht des Kindes. Frau Professor Dr. Reck beleuchtete am nächsten Tag die Hintergründe und praktische psychotherapeutische Herangehensweisen aus Sicht der Eltern. So wurden auch die besonderen Problemlagen von Familien beleuchtet, in welchen ein Elternteil psychisch erkrankt ist. Einen Ausblick auf den zweiten Teil der Veranstaltungsreihe, der sich mit Psychotherapie bei Kindergarten- und Schulkindern beschäftigen wird, gab zum Abschluss Frau Dr. Annette Klein. Man darf auf die Ende des Jahres geplante Fortsetzung der Reihe gespannt sein.

### 1. KJP-Symposium der OPK am 12. und 13. Juni 2015 in Potsdam

Mit Kindern psychisch kranker Eltern wird sich auch noch einmal vertieft die Podiumsdiskussion im Rahmen des 1. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten-Symposiums der OPK am 12. und 13. Juni 2015 in Potsdam aus gesundheitspolitischer Perspektive beschäftigen. Darüber hinaus soll das Symposium Möglichkeiten zur Vernetzung bieten. Mit diesem Veranstaltungskonzept trägt die OPK der Tatsache Rechnung, dass die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in den letzten Jahren eine enorme Entwicklung genommen hat, sowohl in der Versorgung als auch in der Erarbeitung neuer Behandlungskonzepte.

Anna Maria Fallis ist niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin aus Potsdam. Sie wird am 12. Juni den Workshop „Arbeit mit Eltern und Bezugspersonen, Eltern im Konflikt, Familienberatung in der KJP, Elterngruppen in der KJP“ anbieten. Wir sprachen vorab mit der Referentin über das Thema sowie darüber, was die Teilnehmer in ihrem Workshop erwartet.

#### In welchem Spannungsfeld bewegen sich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in ihrer Arbeit mit Bezugspersonen?

**Anna Maria Fallis:** Die Erwartungen an eine Therapie sind bei Kindern und Eltern sehr verschieden. Die Eltern wollen, dass die Störung des Kindes sich (möglichst schnell) bessert, sehen erst

einmal keine eigene Beteiligung an der Ursache oder am Aufrechterhalten des Problems. Das Kind macht auf seine Art deutlich, was sein Problem oder sein Leiden ist. Dabei wissen wir, dass Kinder häufig Symptomträger für innerfamiliäre Konflikte oder psychische Störungen bei den Eltern sind. Die KJP ist in erster Linie „Anwältin“ des Kindes, gleichzeitig muss sie versuchen, die Compliance für die Therapie bei den Eltern zu entwickeln und Veränderungsbereitschaft und neues Lernen aufzurufen. Hier wird deutlich, dass es Zielkonflikte geben kann, die ein großes Spannungspotential enthalten.

Weiterhin haben die Schule, auch Kindergarten und Hort, häufig große Erwartungen an den Therapeuten, dass sich beispielsweise das Leistungsverhalten oder auch die Verhaltensauffälligkeiten schnell und in eine bestimmte Richtung ändern.

Läuft parallel zur Therapie eine Jugendhilfemaßnahme und/oder Familienhilfe, hat das Jugendamt mitunter große Wünsche an die Therapie. Gleichzeitig muss der Therapeut darauf achten, dass keine die Behandlung des Kindes betreffenden, gegenläufigen Maßnahmen erfolgen.

Die Vorstellungen der behandelnden Ärzte müssen ebenfalls in die therapeutische Arbeit der KJP einbezogen werden – die ärztliche Sicht ist nicht immer identisch mit der psychotherapeutischen. Häufig kommt es im Rahmen medika-

mentöser Mitbehandlungen oder beim Verordnen von Kuren oder ergänzenden Therapien (Ergo-, Physio-, Logopädischen Therapien) zu Dissens.

Ein besonders heikles Thema ist die Schweigepflicht in der KJP. Die Eltern wollen informiert werden, wie die Therapie läuft, welche Entwicklungen ihr Kind macht. Gleichzeitig hat das Kind ein Recht auf Verschwiegenheit des Therapeuten, denn nur so gelingt ein therapeutisches Bündnis, dessen wichtigste Voraussetzung das Vertrauen ist. Bei schwieriger oder gestörter Eltern-Kind-Kommunikation ist dies ein schwieriger Balanceakt, besonders in der Behandlung Jugendlicher. Die Schweigepflicht gilt natürlich gleichermaßen für die Elterngespräche.

#### Der Gesetzgeber schreibt klare Regeln zur Mitbehandlung des Be-



Das Foto-Leitmotiv zum 1. OPK-Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten-Symposium

### zugsystems des Kindes vor, reichen diese aus? Welcher Handlungsspielraum wäre wünschenswert?

Der Gesetzgeber schreibt die Regeln vor: Im Verhältnis 1 : 4 sollten Elterngespräche stattfinden, bei Kurzzeittherapien in der Verhaltenstherapie bedeutet dies, dass 25 Therapiestunden plus sechs Elternstunden finanziert werden.

Nach meiner Einschätzung ist diese Regelung zu unflexibel. Eine KJP kann aufgrund ihrer profunden Kenntnisse gerade in Bezug auf die Arbeit mit dem Bezugssystem des Kindes am besten einschätzen, wieviel Stunden der gesamten Therapie fürs Kind und wieviel für die Eltern gebraucht werden.

Wenn ich zum Beispiel zu Beginn einer Therapie viele Elterngespräche führen muss, gleichzeitig noch Schule, Hort und Jugendamt mit im System sind, habe ich die sechs vorgesehenen Stunden im Rahmen einer Kurzzeittherapie schon nach zwei Monaten aufgebraucht. Bei Kindern psychisch kranker Eltern ist dies häufig der Fall, aber auch bei bestimmten Krankheitsbildern, die eine multimodale Therapie erfordern, wie ADHS. Bei Langzeittherapien oder Verlängerungen ist die Problematik die Gleiche.



Anna Maria Fallis

Folgerichtig müssten die TherapeutInnen bei bestimmten Krankheitsbildern mehr Stunden zur Mitbehandlung des Bezugssystems zur Verfügung haben, bei gleichbleibender Stundenzahl für die Behandlung des Kindes. Auch die Aufteilung der Stunden in Elternstunden und Therapiestunden mit dem Patienten sollten meines Erachtens in die Hand des behandelnden Therapeuten gelegt werden.

### Welche Inhalte erwarten die Teilnehmer in ihrem Workshop am 12. Juni?

In diesem Workshop werden wir uns einerseits grundsätzlichen Fragen zur Arbeit mit dem sozialen Bezugssystem des Kindes im Rahmen der KJP widmen: Wie verwandele ich die Eltern von

„Besuchern“ in „Kunden“, wie erreiche ich Compliance, was tun bei Konflikten in der Beratung, soll der KJP Casemanager sein? Wie ist der Umgang mit hochstrittigen Eltern?

Andererseits werden wir uns mit zusätzlichen Möglichkeiten in der Elternberatung beschäftigen. Über die gesetzlichen Stunden hinaus besteht oft der Bedarf nach intensiver Beratung zu erzieherischen Fragen, Möglichkeiten einer veränderten Kommunikation innerhalb des Familiensystems und Verbesserung der Interaktion der Einzelnen untereinander.

*Der Workshop von Anna Maria Fallis findet am 12. Juni 2015 von 15.00 bis 16.30 Uhr statt.*

Alle Informationen und Ihre Anmelde-möglichkeit zum Symposium finden Sie unter [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de).

### Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16  
04105 Leipzig  
Tel.: 0341-462432-0  
Fax: 0341-462432-19  
Homepage: [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de)  
E-Mail: [info@opk-info.de](mailto:info@opk-info.de)

# LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz

## LPK aktiv beim Jahresempfang der Wirtschaft 2015

Unter dem Motto „Wenn die Seele krank wird, ist Professionalität gefragt“, beteiligte sich die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz auch in diesem Jahr wieder am Jahresempfang der Wirtschaft in der Mainzer Rheingoldhalle.

Als Treffpunkt von Politik, Wirtschaft und Landeskammern hat sich der Jahresempfang der Wirtschaft zum festen Ereignis im Veranstaltungskalender der rheinland-pfälzischen Landeshauptstadt etabliert. Die rheinland-pfälzischen Kammern vertreten insgesamt über 100.000 Unternehmen mit mehr als 410.000 Beschäftigten. In diesem Jahr hielt Günther Oettinger, EU-Kommissar für digitale Wirtschaft und Gesellschaft die Ansprache vor rund 5.000 geladenen Gästen aus Wirtschaft, Politik und Gesellschaft. Oettinger spricht sich für einen europäischen Datenschutz aus, damit die Daten nicht nach Kalifornien wandern, dort gesammelt und verkauft würden. Dasselbe gelte für Datensicherheit. Oettinger will eine europäische Cloud, um wie er sagt, „eine Cloud nach unseren Gesetzen und mit dem Vertrauen in unsere Werte zu installieren.“ Ein gemeinsamer Binnenmarkt im Datenschutz und der Datensicherheit sichere sich Autorität. Ein Lob des EU-Kommissars für Rheinland-Pfalz, das, obwohl ländlich geprägt, schon echt weit beim schnellen Internet ist.

Beim Jahresempfang der Wirtschaft trifft sich die rheinland-pfälzische Landespolitik mit den Vertretern aller zwölf rheinland-pfälzischen Kammern. Hier werden Kontakte geknüpft, Gespräche vereinbart und wichtige Themen diskutiert.



*EU-Kommissar Günther Oettinger gemeinsam mit den Präsidentinnen/Präsidenten und Geschäftsführerinnen/Geschäftsführern der Landeskammern*

Die Vertreter der LPK führten wichtige Gespräche mit der neuen Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und De-

mografie, Sabine Bätzing-Lichtenthäler. Darin ging es vor allem um die Unterstützung der Ministerin bei den Refor-



*Treffen auf dem Empfang mit Vertretern der Zahnärztekammer: mit Sabine Bätzing-Lichtenthäler (Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie), Dr. Andrea Benecke (Vizepräsidentin LPK) und Petra Regelin (Geschäftsführerin LPK)*

men des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes und des Psychotherapeuten-

gesetzes. Die Ministerin sicherte der LPK die Unterstützung des Landes bei

den für die Kammer bedeutenden Reformvorhaben zu.

## Die Abgabe und Übernahme von psychotherapeutischen Praxen

Zum ersten Mal organisierte die LPK RLP eine Info-Veranstaltung für ihre Mitglieder zur Abgabe und Übernahme von psychotherapeutischen Praxen.

Der erste Generationenwechsel ist im vollen Gange. Bei der überraschend großen Zahl der Anmeldungen konnten leider nicht alle zur Veranstaltung im November letzten Jahres angenommen werden. Überwiegend kamen potenzielle Praxisabgeberinnen und -abgeber und ca. 15 Mitglieder, die einen Kassensitz suchen.

Herr Diederichs, stellvertretender Leiter der Abteilung Sicherstellung der KV RLP, stellte die Rahmenbedingungen einer Praxisübernahme vor und beantwortete mit Geduld und Sachverstand die spezifischen, Einzelfall bezogenen Fragen aus dem Publikum. Als grobe Linie gilt: Um eine Praxisabgabe zu organisieren muss man mindestens ein halbes Jahr Zeit einrechnen.

**Folgende Schritte müssen dabei umgesetzt werden:**

1. Der Praxisabgeber stellt beim Zulassungsausschuss der KV einen Antrag auf Ausschreibung des (häufigen) Versorgungsauftrags.
2. Der Zulassungsausschuss entscheidet in der darauffolgenden Sitzung, ob ein Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Abs. 3a SGB durchgeführt wird.
3. Ausschreibung im Ärzteblatt RLP,
4. Eingang der Bewerbungen und ggf. Verhandlungen zwischen Praxisabgeber – Bewerber,
5. Entscheidung durch den Zulassungsausschuss, welcher Bewerber die Praxis übernehmen kann.
6. Anschließend braucht es noch weitere vier Wochen bis zur Bestandskraft des Bescheides.

Es gibt keinen Rechtsanspruch auf die Zulassung des Wunschkandidaten. Da es allerdings viele gute Gründe gibt, weshalb ein Praxisabgeber einem bestimmten Kandidaten die Praxis übergeben möchte, gab es zu diesem Thema einen intensiven Austausch. Die Übernahme ist garantiert, wenn die Praxis an einen Ehepartner oder ein Kind weitergegeben werden soll oder wenn die Praxis an den Angestellten oder Praxispartner übergeben werden soll. In den anderen Fällen ist für den Zulassungsausschuss der Fortführungswille in Form der Übernahme von Patienten, Praxisräumlichkeiten oder Inventar ein wichtiges Kriterium. Für detaillierte Fragen bietet die KV eine Beratung an, zu deren Inanspruchnahme Herr Diederichs ausdrücklich die Teilnehmenden ermutigte.



*Bis auf den letzten Platz ausgebucht – volles Haus bei der LPK-Fortbildung Praxisübernahme*

Im zweiten Teil führte Herr Wolfgang Steidl, Steuerberater mit Spezialisierung auf Heilberufe, durch die wesentlichen Aspekte des Verkaufs und des Kaufs einer Praxis.

Die Ausgaben, bei der Übernahme einer Praxis können steuerlich geltend gemacht werden. Herr Steidl stellte eine Variante der Praxiswertermittlung dar und machte darauf aufmerksam, dass die BPtK zurzeit an einem weiteren Modell arbeitet.



*Olaf Diederichs im Einsatz*

Für den Abgeber ist das Thema steuerlich komplizierter. Aus steuerrechtlicher Sicht ist der Praxiswert die Praxiseinrichtung (materieller Praxiswert) plus des immateriellen Werts (Goodwill).

Bei der Besteuerung der Praxisübertragung wurden folgende Themen erläutert: Freibetrag für den Veräußerungsgewinn, den begünstigten Steuersatz für den Veräußerungsgewinn, den steuerlichen Einfluss einer weiteren Tätigkeit nach Praxisveräußerung und

die Ermittlung des Verkehrswertes der Praxis.

Aufgrund der großen Nachfrage wird die LPK RLP diese Veranstaltung in 2015 wiederholen.

## Psychotherapie für Soldaten – Fortbildung in Kooperation mit PTK NRW und PTK des Saarlandes

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz veranstaltete im November letzten Jahres in der Koblenzer Falckenstein-Kaserne gemeinsam mit der PTK Nordrhein-Westfalen, der PTK des Saarlandes und mit dem Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr die Fortbildung „Soldatinnen und Soldaten in der Bundeswehr – Dienst, Einsatz und Belastungen“. Erstaunlich war das außerordentlich große Interesse der Mitglieder an dieser Veranstaltung. Die vorhandenen 250 Plätze waren innerhalb kürzester Zeit belegt, viele Interessierte konnten leider nicht mehr teilnehmen. Bereits im Jahr 2013 hat die BPtK einen Vertrag mit dem Bundesministerium der Verteidigung geschlossen. Psychisch kranke Soldaten können danach von niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten – jetzt auch in Privatpraxen ohne Kassenzulassung – behandelt werden.



„Soldaten in der Bundeswehr – Dienst, Einsatz und Belastungen“ – 250 Plätze waren kurz nach Bekanntgabe der Fortbildung vergeben.

Mit dieser Fortbildungsreihe verfolgen die Kammern und die Bundeswehr das Ziel, den psychotherapeutischen Behandlern den Arbeitsalltag der Soldaten

und deren besondere Belastungen – zum Beispiel auch durch Auslandseinsätze – zu verdeutlichen.



LPK-Präsident Alfred Kappauf



Oberfeldärztin Dr. Michaela Pfeiffer

Der Präsident der LPK Alfred Kappauf machte deutlich, dass die Kammer sich für eine bessere psychotherapeutische Versorgung von Soldatinnen und Soldaten einsetzt. Dabei braucht die Psychotherapie jedoch einen geschützten Vertrauensraum. Dieses für den Erfolg einer Behandlung notwendige Vertrauensverhältnis müsse selbstverständlich auch bei der Behandlung von Bundeswehrangehörigen gesichert werden und werde auch geachtet. Psychotherapeuten, die Interesse an der Behand-

lung von Soldaten haben, sollten dies ihrer Landeskammer mitteilen. Sofern die Praxis in der Nähe eines Bundeswehrstandorts liegt, können sich interessierte Psychotherapeuten auch direkt an den regional zuständigen Truppenarzt des Standortes wenden und ihre Bereitschaft – ggf. auch die Teilnahme an der Bw-Fortbildung – entsprechend kommunizieren. Der Truppenarzt überweist den psychisch erkrankten Soldaten zum niedergelassenen Psychotherapeuten. Er kann fünf probatorische Sitzungen

und auch eine Kurzzeittherapie bis zu 25 Therapiestunden genehmigen. Weitere Behandlungsstunden oder Langzeittherapien werden nach einem eigenen bundeswehrinternen Verfahren genehmigt.

Interessierte Psychotherapeuten finden sie unter [www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de](http://www.sanitaetsdienst-bundeswehr.de) in der Rubrik „Finde Deinen Truppenarzt“ die Kontaktdaten zu den jeweiligen Truppenärzten.

## Herzliches Willkommen an unsere neuen Mitglieder



Frau Gisela Borgmann-Schäfer gibt Einblicke in die Funktion der LPK.

Am 5. November 2014 wurden unsere in 2014 in die Kammer eingetretenen neuen Mitglieder begrüßt. Nach einer kurzen Einführung in das Kammerwesen und seine Bedeutung für den Berufsstand der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, war anschließend Gelegenheit, um mit den anwesenden Vorstandsmitgliedern (A. Kappauf, Dr. A. Benecke, G. Borgmann-Schäfer und P. A. Staub), der Geschäftsführerin Frau Regelin und Mitarbeitern der Geschäftsstelle ins Gespräch zu kommen.

Am **18. April 2015** findet die nächste Vertreterversammlung der LPK statt. Hierzu sind alle interessierten Mitglieder herzlich eingeladen. Wir bitten aus organisatorischen Gründen um vorherige Anmeldung.



Neue Mitglieder im Gespräch mit Frau Dr. Andrea Benecke und Gisela Borgmann-Schäfer

### Auch in diesem Jahr wieder!

**Das Existenzgründungsseminar – Möglichkeiten der freiberuflichen Tätigkeit ohne Kassenzulassung**

**30. Mai 2015, 10:00 – 17:30 Uhr** in den Räumen der Kassenärztlichen Vereinigung, Emil-Schüller-Str. 14, Koblenz

Der Fokus ist auf drei Aspekte gerichtet:

**Die rechtlichen**

**Rahmenbedingungen**

**G. Borgmann-Schäfer, Mitglied des Vorstands LPK RLP**

**Die Situation in der Gesetzlichen Unfallversicherung**

**T. Schwarz, Landesverband Mitte der Gesetzl. Unfallversicherung**

**Die steuerrechtlichen Normen**

**W. Steidl, Steuerberater**

Das ausführliche Programm und ein Anmeldeformular finden Sie auf unserer Homepage unter [www.lpk-rlp.de/news/termine](http://www.lpk-rlp.de/news/termine).



### Gedenken

Wir gedenken unseres verstorbenen Kollegen

Michael Schulz

† November 2014

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegin

Isolde Reich

† 23. Dezember 2014

### Redaktion

An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit: Gisela Borgmann-Schäfer, Alfred Kappauf, Petra Regelin und Marion Veith.

### Geschäftsstelle

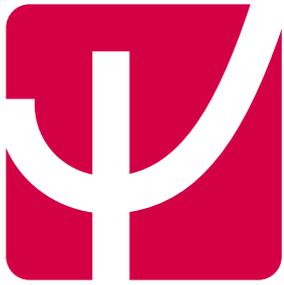
Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz

Tel.: 06131/93055-0

Fax: 06131/93055-20

[service@lpk-rlp.de](mailto:service@lpk-rlp.de)

[www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de)



# pks

Psychotherapeutenkammer  
des Saarlandes

## Die PKS ist dem Kooperationsverbund „Das Saarland lebt gesund!“ beigetreten

Pressemitteilung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes, der LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e. V. und der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Am 29. Januar ist die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes dem Kooperationsverbund der Präventionskampagne „Das Saarland lebt gesund!“ formal beigetreten. Bislang hat sich die PKS schon an etlichen Veranstaltungen beteiligt, war jedoch kein eingetragener Projektpartner. Gesundheitsministerin Monika Bachmann, Bernhard Morsch, Präsident der Psychotherapeutenkammer und Franz Gigout, Geschäftsführer der LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e. V. (LAGS), unterzeichneten hierzu die Kooperationsvereinbarung.

Mit der im Januar 2011 gestarteten landesweiten Kampagne „Das Saarland lebt gesund!“ möchten das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie und die LAGS das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung verbessern. Inzwischen sind 29 Städte und Gemeinden, alle Landkreise und der Regionalverband Saarbrücken sowie zusätzlich der Landessportverband, die Ärztekammer des Saarlandes, die Landesvereinigung Selbsthilfe, die im Saarland vertretenen Krankenkassen und -verbände und das Gesundheitszentrum Orscholz Partner der Kampagne.

Bei den einzelnen Partnern der Kampagne werden Lenkungsgruppen gebildet; diese legen die Arbeitsschwerpunkte vor Ort fest und steuern die Aktivitäten. Die Partner engagieren sich schwerpunktmäßig auch in den Handlungsfeldern gesunde Ernährung, Bewegung im Alltag, Kampf gegen das Komatrinken,

Krebsvorsorge (z. B. Darmkrebsfrüherkennung) sowie Prävention von Alltags-süchten (Reduzierung Konsum von Tabak, Alkohol und Medikamente).

Bislang sind saarlandweit über 400 Kooperationspartner an Bord, es wurden mehr als 1.200 Projekte zusammen

ganzheitlichen Kontext bei“, so Gesundheitsministerin Monika Bachmann. „Partner wie die Psychotherapeutenkammer sind im Rahmen des saarlandweiten Netzwerkes wichtige Verbreiter von Informationen. Mit dem Beitritt der Psychotherapeutenkammer kann eine weitere Vernetzung der Kampagne mit



*Bernhard Morsch, Präsident PKS, Monika Bachmann, Ministerin für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Franz Gigout, Geschäftsführer der LAGS (Foto: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes)*

getragen, 2014 standen bereits mehr als 2.400 Termine im Terminportal. Die Webseite [www.das-saarland-lebt-gesund.de](http://www.das-saarland-lebt-gesund.de) verzeichnet derzeit über 64.000 Besucher im Monat.

„Die psychische Gesundheit trägt wesentlich zu einem gesunden Leben im

dem saarländischen Gesundheitssektor hergestellt werden. Im Kontext der saarländischen Selbsthilfe ist die Psychotherapeutenkammer eine wichtige und tragende Säule im Gesundheitssystem.“

„Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“: „Dieses Zitat“, so Bern-

hard Morsch, „steht in der europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit der WHO-Konferenz in Helsinki 2005. In der Folge wurde das Grünbuch der EU herausgegeben, welches das Ziel verfolgt, Strategien zur Förderung und Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Europa zu entwickeln. Die Psychotherapeutenkammer möchte mit ihrem Beitritt zum Projekt ‚Das Saarland lebt gesund!‘ ein klares Signal an die Bevölkerung sen-

den, die gleichrangige Bedeutung psychischer und körperlicher Gesundheit im Geiste der Erklärung von Helsinki zu erkennen.“

Franz Gigout, Geschäftsführer der LAGS, fügte hinzu: „Mit den Wochen der seelischen Gesundheit, dem Elternprogramm ‚Schatzsuche‘ für Kindertageseinrichtungen oder Aktivitäten zum Gesundheitsmanagement in Unternehmen bringt sich die LAGS seit Jahren

aktiv ein zur Förderung auch der psychischen Gesundheit im Saarland. Wir sind froh, dass wir mit der Psychotherapeutenkammer jetzt auch in der Kampagne ‚Das Saarland lebt gesund!‘ einen starken Partner an der Seite haben, der uns künftig bei diesen Aktivitäten unterstützt.“

Mehr Informationen zu den einzelnen Projekten finden Sie unter [www.das-saarland-lebt-gesund.de](http://www.das-saarland-lebt-gesund.de).

## Umgang mit Patientenakten bei Praxisübernahme

Dürfen Patientenakten übernommen werden? Darf eine (übernommene) Patientin von der Erwerberin an die Patientin der Veräußererin herausgegeben werden?

Der Sachverhalt ist schnell berichtet, die sich stellenden Fragen sind offenkundig:

Eine Psychotherapeutin hat – mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) – die Praxis einer anderen Psychotherapeutin übernommen, die sich zur Ruhe setzen will; in den Räumlichkeiten der Praxis befinden sich die Patientenakten der von der Veräußererin behandelten Patienten. Eine (ehemalige) Patientin der Veräußererin verlangt von Praxiserwerberin die Herausgabe ihrer Patientenakte. Darf die Erwerberin die Patientenakte – oder zumindest eine Kopie derselben – herausgeben?

Die Antwort auf diese Frage verlangt zunächst eine Antwort auf die folgende Frage: Dürfen im Zuge einer Praxisübernahme überhaupt Patientenakten übernommen werden?

Zunächst soll die einfachere Konstellation betrachtet werden, dass die eigene Patientin die Herausgabe der von der Therapeutin selbst erstellten Patientenakte verlangt, also keine Praxisübernahme vorliegt (siehe unter 1.). Anschließend soll die Konstellation betrachtet werden, dass die Patientenakte im Zuge einer Praxisübernahme mit Zustimmung der Patientin an die Praxiserwerberin übergeben worden ist (siehe unter 2.), bevor schließlich die Konstellation betrachtet wird, dass die Patientenakte ohne Zustimmung der Patientin – durch

schlichte Übernahme der Praxisräume – in den Besitz der Praxiserwerberin gelangt ist (siehe unter 3.).

### 1. Konstellation: Herausgabe einer selbst angefertigten Patientenakte an die eigene Patientin

Durch das Patientenrechtegesetz vom 20. Februar 2013 ist § 630g in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) eingefügt worden. § 630g BGB lautet auszugsweise wie folgt:

*§ 630g BGB Einsichtnahme in die Patientenakte*

*(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen.*

Die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes, zuletzt geändert durch Beschluss vom 30. Juni 2014, regelt die Einsicht in die Behandlungsdokumentation in § 11, der auszugsweise wie folgt lautet:

*§ 11 Einsicht in Behandlungsdokumentationen*

*(1) Patientinnen/Patienten ist auch nach Abschluss der Behandlung auf ihr Ver-*

*langen hin, unverzüglich Einsicht in die sie betreffende Patientenakte zu gewähren, die nach § 9 zu erstellen ist. Auf Verlangen des Patienten haben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten diesem Kopie und elektronische Abschriften aus der Dokumentation zu überlassen. Die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut kann die Erstattung entstandener Kosten fordern.*

*(2) Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten können die Einsicht ganz oder teilweise nur verweigern, wenn der Einsichtnahme erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen.*

Hieraus ergibt sich, dass die Patientin Einsicht in die Patientenakte nehmen darf und ihr auf Verlangen Kopien oder Abschriften auszuhändigen sind. Die (dauerhafte) Überlassung der („Original“-)Patientenakte an die Patientin ist indes unzulässig, weil dies gegen die Aufbewahrungspflicht (siehe unter 2.) verstieße.

### 2. Konstellation: Herausgabe einer von der Praxisveräußererin angefertigten Patientenakte durch die Praxiserwerberin an die Patientin der Praxisveräußererin; Zustimmung der Patientin zur Übernahme der Patientenakte liegt vor

Ungeachtet der vorliegenden Zustimmung der Patientin zur Übernahme

der Patientenakte sind zwei Gesichtspunkte – quasi als zu meisternde Herausforderungen – zu beachten: Kann die Praxiserwerberin die Grenzen des Einsichtnahmerechts in die ihr fremde Patientenakte beurteilen? Wird durch die Übernahme der Patientenakte der Aufbewahrungspflicht genügt?

### Erste Herausforderung: Beurteilung der Grenzen des Einsichtnahmerechts

Wenn die von der Praxisveräußererin behandelte (ehemalige) Patientin der Übernahme der Patientenakte durch die Praxiserwerberin zugestimmt hat, stellt sich die Frage, ob die Praxiserwerberin in der Lage ist, über die Grenzen des Einsichtnahmerechts zu entscheiden: Kann eine Psychotherapeutin im Hinblick auf eine ihr nicht bekannte Patientin beurteilen, ob erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte Dritter der Einsicht in die Patientenakte entgegenstehen?

Obwohl die Frage bejaht werden muss, gilt folgende Empfehlung: Die Praxisveräußererin, die die (ehemalige) Patientin behandelt hat, und nicht die Praxiserwerberin sollte über die Gewährung der Einsichtnahme in die Patientenakte entscheiden, weil die Veräußererin die Grenzen des Einsichtnahmerechts im Normalfall besser beurteilen kann als die Erwerberin.

### Zweite Herausforderung: Aufbewahrungspflicht

Bei der Übergabe von Patientenakten im Zuge einer Praxisübernahme ist die in § 630f BGB und § 9 der Berufsordnung geregelte Aufbewahrungspflicht zu beachten. § 630f BGB lautet auszugswise wie folgt:

#### § 630f Dokumentation der Behandlung

*(3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.*

§ 9 der Berufsordnung lautet auszugswise wie folgt:

#### § 9 Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

*(3) Die Dokumentationen nach Absatz 1 sind zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit sich nicht aus gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungsfrist ergibt.*

Sowohl § 630f BGB als auch – vom Wortlaut her weniger deutlich – § 9 der Berufsordnung gehen davon aus, dass die Psychotherapeutin, die die Behandlung durchgeführt hat, die Pflicht zur zehnjährigen Aufbewahrung der Patientenakte trifft.

Eine Übertragung dieser Pflicht auf die Praxiserwerberin durch Begründung eines Verwahrungsverhältnisses zwischen Veräußererin und Erwerberin mag zwar nicht nur denkbar, sondern auch der vielfach geübten Handhabung dieser Pflicht durch Ärzte und Zahnärzte entsprechen. Um einen Pflichtverstoß zu vermeiden, kommt es jedoch nicht nur auf die Zustimmung des Patienten zur Übernahme der Patientenakte, sondern auch auf die konkrete Ausgestaltung des Verwahrungsverhältnisses an: Der Praxisveräußerer muss in der Lage sein, auf die Patientenakten zugreifen zu können.

### 3. Konstellation:

**Herausgabe einer von der Praxisveräußererin angefertigten Patientenakte durch die Praxiserwerberin an die Patientin der Praxisveräußererin; Zustimmung der Patientin zur Übernahme der Patientenakte liegt nicht vor.**

Die Übergabe der Patientenakte im Zuge der Praxisübernahme kann eine Straftat darstellen, wenn die Patientin nicht zugestimmt hat. In Betracht kommt die Verletzung von Privatgeheimnissen im Sinne des § 203 Abs. 1 Strafgesetzbuch (StGB) durch die Praxisveräußererin. § 203 Abs. 1 StGB lautet auszugswise wie folgt:

#### § 203 StGB Verletzung von Privatgeheimnissen

*(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als*

*1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehöriger eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,*



2. *Berufspsychologe mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung, [...] anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft. [...].*

Eine Psychotherapeutin kann als Angehörige eines Heilberufs im Sinn des § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB oder als Berufspsychologin im Sinne des § 203 Abs. 1 Nr. 2 StGB angesehen werden.

Strafbar ist die Offenbarung eines fremden Geheimnisses, das dieser Person in ihrer Eigenschaft als Psychotherapeutin anvertraut oder sonst bekannt geworden ist. Schon die Tatsache, dass eine bestimmte Patientin bei der Praxisveräußererin in Behandlung gewesen, ist als fremdes Privatgeheimnis im Sinne des § 203 Abs. 1 StGB anzusehen; diese Tatsache wird durch die Übergabe (oder Übernahme) der Patientenakte von der Praxisveräußererin an die Praxiserwerberin offenbart, ohne dass es darauf ankommt, ob die Erwerberin den Inhalt der Patientenakte „studiert“.

Ob die Offenbarung „unbefugt“ ist, hängt davon ab, ob die Voraussetzungen eines Rechtfertigungsgrundes vorliegen: Wenn die Einwilligung der Patienten vorliegt, ist die Offenbarung nicht unbefugt; wenn die Einwilligung oder ein anderer Rechtfertigungsgrund nicht vorliegt, ist die Offenbarung unbefugt.

Die Übergabe einer Patientenakte ist strafbar, wenn sie schuldhaft erfolgt: Die Praxiserwerberin müsste vorsätzlich gehandelt haben, also wissentlich und willentlich das Privatgeheimnis offenbart haben. Die Beurteilung, ob dies so ist, hängt von den Umständen des Einzelfalls ab, so dass bei der hier vorgenommenen abstrakten Betrachtung

lediglich auf die Möglichkeit der Strafbarkeit hingewiesen werden soll. (Die Strafbarkeit der Praxiserwerberin ist im Vergleich zur Strafbarkeit der Praxisveräußererin eher fernliegend, aber unter dem Gesichtspunkt der Anstiftung oder Beihilfe nicht ausgeschlossen.)

Die Schweigepflicht ist nicht nur in § 203 Abs. 1 StGB geregelt, sondern auch in § 8 der Berufsordnung, der auszugsweise wie folgt lautet:

#### § 8 Schweigepflicht

*(1) Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sind zur Verschwiegenheit über Behandlungsverhältnisse verpflichtet und über das, was ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit durch und über Patientinnen/Patienten und Dritte anvertraut und bekannt geworden ist.*

*(2) Soweit Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten zur Offenbarung nicht gesetzlich verpflichtet sind, sind sie dazu nur befugt, wenn eine wirksame Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt oder die Offenbarung zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist.*

Die Übergabe der Patientenakte im Zuge der Praxisübernahme, ohne dass eine Zustimmung der Patientin vorliegt, stellt möglicherweise nicht nur ein strafbares, sondern auch ein berufsrechtswidriges Verhalten der Praxisveräußererin dar, das entsprechende Rechtsfolgen nach sich ziehen kann.

#### Zusammenfassung

Die Frage, ob im Zuge einer Praxisübernahme Patientenakten übernommen werden dürfen, hängt von der Zustimmung der (ehemaligen) Patienten der

Praxisveräußererin ab: Liegt die Zustimmung vor, darf die Patientenakte an die Erwerberin übergeben werden. Um der Pflicht zur zehnjährigen Aufbewahrung zu genügen, bedarf es jedoch der Vereinbarung eines – nicht einfach zu gestaltenden – Verwahrungsverhältnisses. Über die Gewährung der Einsichtnahme in Patientenakten und die Herausgabe von Kopien der Patientenakte sollte die Veräußererin entscheiden.

Die Übergabe (Übernahme) einer Patientenakte ist unzulässig, wenn die Patientin oder der Patient nicht zugestimmt hat. In diesem Fall ist eine Verwahrung der Patientenakte durch die Erwerberin nur schwer vorstellbar. Die Gewährung der Einsichtnahme in die Patientenakte und die Herausgabe von Kopien durch die Erwerberin ist unzulässig.

RA Manuel Schauer,  
Justiziar der PKS

#### Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Maïke Paritong und Michael Schwindling.

#### Geschäftsstelle

Scheidterstr. 124  
66123 Saarbrücken  
Tel. 0681. 95455 56  
Fax 0681. 95455 58  
kontakt@ptk-saar.de  
www.ptk-saar.de

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,



der Zugang zur Psychotherapie ist seit dem Psychotherapeutengesetz für Patientinnen und Patienten direkt möglich, wenn man denn nach langer Wartezeit überhaupt einen Behandlungsplatz bekommt. Manch einer gehandicapten Person ist der Zugang im wahrsten Sinne des Wortes dennoch verwehrt, weil die Praxis nicht barrierefrei gestaltet ist. Mögen die jetzt neu Zugelassenen (und

andere bei Ortswechsel) dies in ihre Entscheidung für Praxisräume einbeziehen.

Die Wahl zur Kammerversammlung kündigt sich an: Erstmals wird für fünf Jahre gewählt werden und nach neuen Regeln (siehe unten). Die Interessen des eigenen Berufsstandes zu vertreten, demokratisch legitimiert, stellt ein besonderes Privileg dar: Ein Recht, das schützenswert ist und bewusst wahrgenommen werden sollte!

Ich wünsche informative, anregende Lektüre,

Juliane Dürkop  
 Präsidentin

## Kammerwahl 2015

Bereits im PTJ 3/2014 hatten wir an dieser Stelle ausführlich über eine neue Wahlverordnung in Schleswig-Holstein berichtet, die erforderlich wurde, nachdem die Kammerversammlung in Schleswig-Holstein sich mit breiter Mehrheit für die Einführung des Verhältniswahlrechtes ausgesprochen hatte. Die inhaltlichen Ausführungen zur neuen Wahlverordnung standen jedoch noch unter dem Vorbehalt des formalen Erlasses. Zwischenzeitlich ist die neue Wahlverordnung in Kraft getreten und enthält, wie erwartet, keine weiteren inhaltlichen Änderungen mehr.

Die PKSH hat auf ihrer Homepage einen Menüpunkt „Kammerwahlen 2015“ eingerichtet. Hier können Sie alle relevanten Informationen zur Kammerwahl

nachlesen. Falls noch nicht geschehen, werden Sie darüber hinaus spätestens bis zum 15. April 2015 das Wahlauschreiben erhalten, in dem auch genau beschrieben ist, wie die Wahl ablaufen wird und wie Sie sich aktiv an der Wahl beteiligen können.

Der Vorstand der PKSH möchte Sie an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich aufrufen, nicht nur von Ihrem aktiven Wahlrecht Gebrauch zu machen, sondern auch ernsthaft eine Kandidatur zu prüfen. Durch eine Kandidatur können Sie nicht nur die Kammer mitgestalten, sondern auch aktiv an der Weiterentwicklung unseres Berufsstandes mitwirken. Jede Kandidatur ist zudem ein Beitrag dazu, dass die demokratisch

verfasste Psychotherapeutenchaft funktioniert und lebendig ist.

Bis zum 5. Mai 2015 können Wahlvorschläge eingereicht werden. Ein Wahlvorschlag muss mindestens aus drei Personen bestehen, deren geschlechtsbezogene Zusammensetzung die Geschlechterverteilung in der Wählerschaft abbilden muss. Wir möchten an dieser Stelle noch einmal darauf hinweisen, dass die PKSH über ihre Geschäftsstelle die Bildung von Wahlvorschlägen unterstützt, falls Sie als Einzelkandidat oder -kandidatin auf der Suche nach Mitstreiterinnen und Mitstreitern sind. Auch hierzu finden Sie Näheres auf unserer Homepage.

Vorstand der PKSH

## Anforderung von Sozialdaten und die Schweigepflicht

„Ich erhalte eine Anfrage vom MDK zu einem meiner Patienten mit der Bitte um einen klinischen Befund und den Verlauf der Therapie. Ist das rechtens?“

Diese und ähnliche Anfragen erhalten die psychotherapeutischen Fachverbände und auch die Psychotherapeuten-

kammern immer wieder. Insbesondere Berufsanfänger in kassenpsychotherapeutischen Praxen plagen sich mit dem Finden der richtigen Balance zwischen der Erfüllung der Auskunftspflicht nach §§ 275, 276 SGB V (Zusammenarbeit von Krankenkassen und MDK) auf der einen Seite und der Einhaltung der

ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und nach § 13 (2) der Berufsordnung der PKSH auf der anderen Seite.

§ 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V verpflichtet Psychotherapeutinnen und -therapeuten wie Ärzte und Ärztinnen in der Kassenärztlichen Versorgung Berichte

zu erstellen „..., die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ 275) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen ...“. Aber „Die Nummern (...) 9, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht, gelten nicht für Psychotherapeuten.“ Also Klartext: Von Psychotherapeuten und -therapeutinnen wird keine Ausstellung des gelben Scheins erwartet, aber ggf. die psychotherapeutische Begründung dafür oder dagegen.

Um die psychotherapeutische Schweigepflicht bei entsprechenden Anfragen rechtlich abgesichert „durchbrechen“ zu dürfen, muss die Anfrage des Medizinischen Dienstes sehr konkret dargelegt sein. Die unbegründete Anfrage nach einem klinischen Befundbericht und/oder einem Verlaufsbericht zur Psychotherapie muss also nicht bearbeitet werden. Geht es aber konkret um eine Anfrage nach der Arbeitsfähigkeit oder um die Notwendigkeit der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe oder die Notwendigkeit einer stationären Reha, dürfen und müssen Psychotherapeutinnen und -therapeuten dies unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten beurteilen.

Reicht eine kurze Stellungnahme zum Therapieverfahren, Diagnosen und die Anzahl der Sitzungen? Ist ein klinischer

### Kammermitglieder mit dem „Leuchtturm des Nordens 2014“ ausgezeichnet

Mit Brigitta Oehmichen (Lübeck) und Ulrich Kruse (Flensburg) sind am 10. Dezember 2014 zwei Kammermitglieder vom Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein am Internationalen Tag der Menschenrechte mit dem Preis „Leuchtturm des Nordens 2014“ gewürdigt worden. Die beiden erhielten die Auszeichnung für ihr besonderes Engagement in der Flüchtlingsolidarität. Sie engagieren sich seit Jahren ehrenamtlich für traumatisierte Flüchtlinge.

Befund zur Erläuterung notwendig? Braucht es Auszüge aus der Patientenakte? Das muss der Psychotherapeut aus der Anfrage herauslesen können, um rechtssicher handeln zu können.

Die PKS H steht seit einiger Zeit in konstruktiven Verhandlungen mit dem MDK-Nord zu einem möglichst standardisierten Anfrageformular, welches den befragten Psychotherapeuten und -therapeutinnen klare Hinweise gibt, welche ihrer Daten für „die gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist.“ (§ 276 Abs. 2 SGB V). Das sollte nach Ansicht der PKS H aufgrund der Anfrage unschwer herauslesbar sein. Auch sollte allein schon die äußere Form der Anfrage den Psychotherapeutinnen und -therapeuten Datensparsamkeit nahelegen.

Die PKS H kritisiert in dieser Hinsicht deshalb auch die Vereinbarung zwischen der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundesagentur für Arbeit vom 01. Januar 2014 als unpräzise und zu weitgehend. Begrüßenswerter Weise wurde endlich eine geregelte Vergütung zugunsten der Psychotherapeutenchaft beschlossen. Die Form der standardisierten Anfrage suggeriert jedoch einen großen Datenbedarf zur Beurteilung einer vorliegenden Arbeitsunfähigkeit. „Bitte fügen Sie diesem Befundbericht alle für den Ärztlichen Dienst relevanten, vorliegenden psychotherapeutischen und ärztlichen Unterlagen (sonstiger Befundbericht, Gutachten, Hinweise zur AU u. ä.) als Kopie oder im Original bei.“ Hinzu kommen pauschale Abfragen nach Alkohol, Drogen, Medikamenten und Sonstiges.

Beurteilen Sie selbst: Hilft Ihnen eine derartige Standardanfrage bei der Entscheidung, wie Sie mit der Schweigepflicht zu einer/einem Ihrer arbeitslosen Patientinnen/Patienten umgehen sollen? Welchen Einfluss hätte Ihre Entscheidung auf den Fortgang der Behandlung?

Die PKS H wird sich weiter, auch bei der BPtK, dafür einsetzen, dass Anfragen von Medizinischen Diensten sachgerecht und unterstützend gestaltet werden.

Dr. Klaus Thomsen  
Vorstandsmitglied

## Inzwischen schon 135 DPT-Delegierte! Die PKS H meint: Weniger kann hier mehr sein!

2015 entsenden die Landeskammern nunmehr schon 135 Delegierte auf den Deutschen Psychotherapeutentag (DPT). Dort diskutieren bzw. entscheiden die gewählten Vertreterinnen und Vertreter zweimal im Jahr über für unseren Berufsstand relevante berufs-, versorgungs- und gesundheitspolitische Themen. 2004 waren es einmal 87 Delegierte. Ihre Zahl wird sich in den nächsten Jahren weiter erhöhen. Das liegt daran, dass jeder Landeskammer satzungsgemäß neben zwei

Basisdelegierten zusätzlich für je 400 Kammermitglieder jeweils ein weiterer stimmberechtigter Delegierter im höchsten Entscheidungsgremium des Berufsstandes zusteht. Da sich in den letzten Jahren die Zahl der Kammermitglieder bundesweit um ca. 1.600 pro Jahr steigerte, erhöhte sich auch die Zahl der Delegierten stetig, Tendenz steigend.

Die PKS H findet es dringend an der Zeit, hier gegenzusteuern! Denn je mehr De-

legierte auf dem DPT in einem Raum zusammenkommen, desto schwieriger wird es, noch eine geordnete und zielorientierte Debatte zu gewährleisten und eine in der Regel umfangreiche Tagesordnung innerhalb der zur Verfügung stehenden Zeit wirklich abuarbeiten. Eine größere Meinungsvielfalt oder Repräsentanz der Basis ist gegenüber früheren DPT mit 90 bis 100 Delegierten nach unserer Beobachtung nicht eingetreten. Eine solche können auch nur die Landeskammern durch eine ent-

sprechende Auswahl ihrer Delegierten sicherstellen.

Durch den rasanten Anstieg der Anzahl der DPT-Delegierten entstanden zudem sowohl für die BPtK als auch für die Landeskammern immer höhere Kosten in Verbindung mit den DPT. Außerdem wurde es immer schwieriger für die DPT-ausrichtenden Kammern, ausreichend große, vom Ambiente geeignete und verkehrstechnisch günstig gelegene Räumlichkeiten zu finden. Bisweilen wurde es auf den letzten DPT schon mal etwas eng. Wichtige Tagesordnungspunkte mussten aus Zeitgründen vertagt werden oder wurden in den

letzten fünf Minuten ohne wirkliche Erörterung direkt abgestimmt (so geschehen bei der weitreichenden Veränderung der Musterweiterbildungsordnung auf dem letzten DPT).

Hinzu kommt, dass sich das bei Gründung der BPtK mühevoll austarierte Stimmverhältnis zwischen kleineren und größeren Kammern dadurch immer stärker zu Ungunsten der kleineren Kammern verändert, da nur die Anzahl der zusätzlichen Sitze steigt, nicht aber die Anzahl der Basissitze.

Die PKS H hat deshalb für den nächsten DPT einen Antrag zur Änderung der

Satzung dahingehend eingebracht, dass jede Kammer statt bislang je volle 400 Kammermitglieder zukünftig erst je volle 600 Kammermitglieder über die Basissitze hinausgehende Delegiertensitze auf dem DPT erhalten soll. Damit würde nicht nur die Anzahl der Delegierten wieder auf ca. 100 reduziert, sondern auch der zukünftige Anstieg der Zahl der Delegierten drastisch abgebremst. Wir sehen hierin eine Möglichkeit, nicht nur die Kosten zu reduzieren, sondern auch gleichzeitig die Qualität, Effizienz und Arbeitsfähigkeit der DPT zu steigern.

Detlef Deutschmann  
Vorstandsmitglied

## Nordkammertreffen 2015

In unregelmäßigen Abständen treffen sich seit vielen Jahren die Vorstände der Psychotherapeutenkammern Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein. Das letzte Treffen fand am 6. Februar 2015 in Kiel statt. Dem Vorstand der PKS H ist es immer wieder ein großes Anliegen, mit den anderen Nordkammern zu sondieren, an welchen Stellen strukturelle Kooperationsmöglichkeiten bestehen, und für die Schaffung solcher Strukturen zu werben. Wir halten es im Sinne eines wirtschaftlichen Ressourceneinsatzes an vielen Stellen nicht für erforderlich, dass jede kleine Landeskammer dieselben Strukturen schafft, wenn in länderübergreifenden Strukturen dasselbe kosteneffizienter geleistet werden kann.

Eine Reihe von Themen stand auf der Tagesordnung am 6. Februar 2015. Einigkeit herrschte darüber, dass auf die Kammern eine Herkulesaufgabe zukommt, wenn die Politik den jüngsten Beschlüssen des Deutschen Psychotherapeutentages folgt und das Psychotherapeutengesetz entsprechend reformiert. Dann wird es zukünftig ein Psychotherapiestudium geben, das mit einer Approbation endet und die vertiefte Ausbildung in einem Verfahren wird dann Weiterbildung und endet mit dem Erwerb der Fachkunde. Damit wird ein großer Teil der jetzigen Ausbildung Weiterbildung und für Weiterbildung sind

die Kammern zuständig. Damit kommt auf die Kammern eine erhebliche Mehrarbeit zu und es steht zu befürchten, dass insbesondere kleinere Kammern diesbezüglich in Bedrängnis kommen können. Zum Zeitpunkt des Nordkammertreffens war noch nicht abzusehen, wann die Kammern gefordert sein werden, mit der Schaffung der neuen Weiterbildungsstrukturen zu beginnen. Die Nordkammern haben aber verabredet, dann nochmal zu sondieren, inwieweit länderübergreifende Strukturen geschaffen werden können.

Auch die Weiterbildung in Neuropsychologischer Therapie war wieder Thema. Hier hat die PKS H, abweichend von den anderen Landeskammern, ein reduziertes Weiterbildungscurriculum erlassen, insbesondere deswegen, weil die bestehenden Weiterbildungen bundesweit keinerlei Nachfrage bei den Leistungserbringern anregen. Die Weiterbildung stellt also versorgungspolitisch ein Eigentor dar. An der fehlenden Nachfrage hat sich auch in den letzten zwei Jahren nichts geändert, sodass mittlerweile auch in anderen Landeskammern darüber nachgedacht wird, die Regelungen zur Weiterbildung in Neuropsychologischer Therapie zu hinterfragen. Die Kammern sind im Zuge der Reform des Psychotherapeutengesetzes sowie so gefordert, über Weiterbildung neu nachzudenken. Dann sollte in diesem

Zusammenhang auch eine sinnvollere Verortung der Weiterbildung in Neuropsychologischer Therapie gelingen.

Konkrete Kooperation gibt es bei der Aktualisierung der QM-Handbücher. Hier zeichnet sich ab, dass ein hoher Bedarf ehrenamtlich nicht abgedeckt werden kann, die Kammern also mehr Geld in die Hand nehmen müssen, um externe Expertise einkaufen zu können. Die vier Nordkammern bitten die entsprechende Arbeitsgruppe, diesen Bedarf zu präzisieren, damit Entscheidungen gefällt werden können. Zudem soll parallel versucht werden, weitere Kammern für eine Beteiligung zu gewinnen.

Auch im Bereich der Ethikkommissionen bietet sich eine länderübergreifende Zusammenarbeit an. Die Psychotherapeutenkammer in Hamburg hat eine solche Ethikkommission bereits eingerichtet. Sie ist erforderlich, da Forschungsprojekte vor Bewilligung auf die Einhaltung ethischer Rahmenbedingungen geprüft werden müssen. Der Bedarf in den Nordländern ist dabei unterschiedlich, da die jeweiligen Heilberufekammergesetze unterschiedliche Bestimmungen enthalten. Die Nordkammern bitten die Ethikkommission in Hamburg um Prüfung, inwieweit sie länderübergreifend tätig werden kann und will.

Großes Interesse fanden bei den ande-

ren Nordkammern die Aktivitäten der PKSH im Zusammenhang mit der Begrenzung von Datenlieferungen an den MDK, es erfolgte ein Austausch über die Erfahrungen der Kammern in den Landesgremien nach § 90a SGB V und

eine Diskussion über Möglichkeiten, für forensische Gutachterinnen und Gutachter gemeinsame Listen zu führen.

In allen vier Nordkammern werden die Kammerversammlungen und Vorstän-

de bis September 2015 neu gewählt. Verabredet wurde, danach zeitnah ein weiteres Nordkammertreffen einzuberufen, um dann auch die zukünftige Arbeitsweise zu beraten.

Vorstand der PKSH

## Beschwerden in 2014

Im Verlauf des Jahres 2014 gingen bei der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein insgesamt 15 neue Beschwerden über Kammermitglieder ein. Das ist weiterhin erfreulich wenig und bewegt sich im über die Jahre üblich gewordenen Rahmen. In einem Großteil der Beschwerden (neun) wurde sich über Verhaltensweisen des Kammermitgliedes beschwert. Dies waren beispielsweise Klagen über fehlende Erreichbarkeit oder über Bemerkungen von Kammermitgliedern, die von Patienten als verletzend erlebt wurden. Letzteres kommt immer wieder vor, wenn therapeutische Prozesse unschön verlaufen oder ungünstig enden. Ein berufsrechtlicher Verstoß war in keinem dieser Fälle erkennbar.

In drei Fällen waren datenschutzrechtliche Bestimmungen Gegenstand der Beschwerden. Während einer der Fälle noch untersucht wird, wurde in einem anderen das Verfahren gegen Zahlung eines Geldbetrages eingestellt. Der Vorgang, der berufsrechtlich geahndet wurde, war nicht uninteressant. Es ging um eine Kommunikation zwischen Mitglied und Patient/Patientin (Inhalt unwichtig). Das Mitglied bediente sich in dieser Kommunikation einer Postkarte. Der Inhalt der Postkarte war derart,

dass der Adressat der Postkarte als Psychotherapiepatient geoutet wurde. Landläufig würde man wohl davon ausgehen, dass hier ein Verstoß gegen die Schweigepflicht vorliegt. Dem ist aber nicht so. Um einen Verstoß gegen die Schweigepflicht hätte es sich nur dann gehandelt, wenn nachgewiesen werden könnte, dass eine unbefugte Person tatsächlich Kenntnis von dem Inhalt der Postkarte erlangt hätte, diese also tatsächlich gelesen hätte. Hierfür gab es aber keine Hinweise, sodass hier lediglich ein nicht hinreichend sorgsamer Umgang mit schützenswerten Daten festgestellt werden konnte.

Drei Beschwerden gab es wegen Verstößen gegen das Abstinenzgebot. Eine Beschwerde wurde am Folgetag vom Beschwerdeführer wieder zurückgezogen, eine weitere wird noch untersucht. In dem dritten Fall ging ein Kammermitglied wenige Wochen nach Beendigung der Behandlung eine Beziehung zur ehemaligen Patientin ein. Dieser Sachverhalt war unstrittig. Beschwerde legte der Ehemann der Patientin ein, der Hinweise darauf gab, dass die Beziehung bereits während der Behandlung begonnen habe. Zudem gab es Hinweise, dass zum Zeitpunkt der Beendigung der Behandlung seitens des Kammer-

mitgliedes weitere Behandlungsbedürftigkeit gesehen worden sei, was die Aufnahme einer Beziehung berufsrechtlich verbieten würde (§ 14 Absatz 5 Berufsordnung der PKSH). Beides konnte nicht belegt werden, sodass kein straf- und/oder berufsrechtswidriges Verhalten festzustellen war.

Erfreulicherweise gab es in 2014 keine einzige Beschwerde über Honorarstreitigkeiten, die überhaupt seit Präzisierung der Berufsordnung zum Ausfallhonorar kaum noch vorkommen. Erfreulich auch, dass Verstöße gegen die Schweigepflicht oder Streitigkeiten um Akteneinsicht der Kammer in 2014 nicht bekannt geworden sind. Insbesondere Letzteres hätte man möglicherweise nach Inkrafttreten des Patientenrechtgesetzes Anfang 2013 erwarten können.

In 2014 konnten insgesamt auch 15 Beschwerdefälle abgeschlossen werden. Nur drei Mal wurde ein geringfügiger berufsrechtlicher Verstoß festgestellt und das Verfahren gegen Zahlung eines Geldbetrages eingestellt. In den anderen zwölf Fällen bestätigten sich die erhobenen Vorwürfe nicht.

Bernhard Schäfer, Vizepräsident  
Diana Will, Vorstandsmitglied

## Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2,  
24103 Kiel  
Tel. 0431/66 11 990  
Fax 0431/66 11 995  
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr  
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr  
info@pksh.de // www.pksh.de

### Gedenken

Wir gedenken des verstorbenen  
Kollegen

Nicolai Gert Essberger, Hamburg  
geb. 23.08.1955, verst. 15.01.2015

# Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

## Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
Birketweg 30  
80639 München

## Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Dr. Ulrich Müller (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen), Dr. Samia Härtling (OPK), Andrea Mrazek (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

## Redaktion

Dipl.-Psych. Nina Rehbach, Redakteurin (V.i.S.d.P.)  
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
Birketweg 30  
80639 München  
Tel.: 089/515555-19  
Fax: 089/515555-25  
redaktion@psychotherapeutenjournal.de  
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Ba-

den-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

14. Jahrgang, Ausgabe 1/2015

## Verlag

medhochzwei Verlag GmbH  
Alte Eppelheimer Str. 42/1  
69115 Heidelberg

## Satz

Strassner ComputerSatz  
69126 Heidelberg

## Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH  
97204 Höchberg

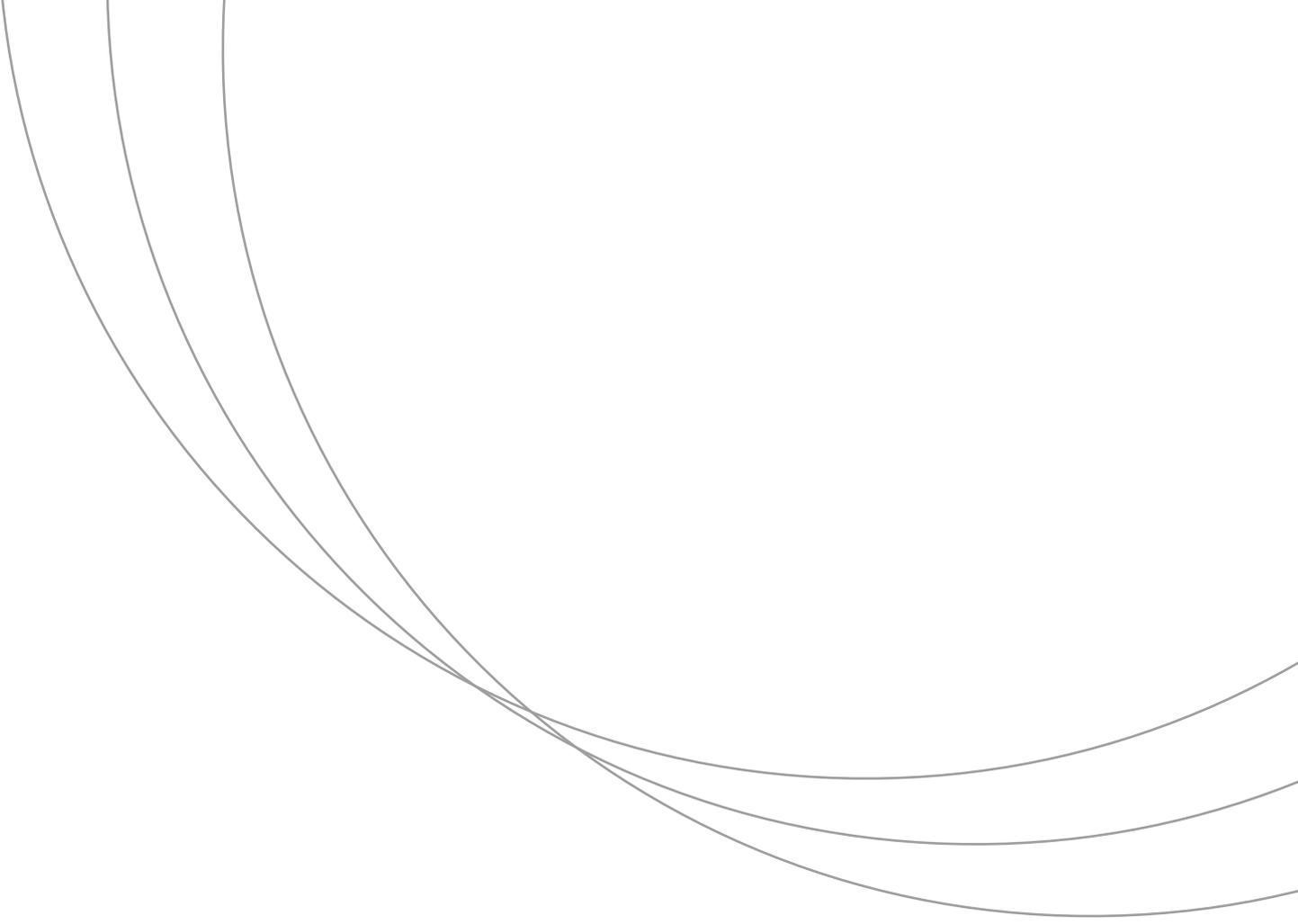
## Manuskripte

Redaktionsschluss für Ausgabe 2/2015 ist der 16. März 2015, für Ausgabe 3/2015 der 22. Juni 2015 und für Ausgabe 4/2015 der 21. September 2015. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des Psychotherapeutenjournals, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere fürervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.



[www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de)

The image features a minimalist design with several thin, grey, curved lines that sweep across the page from the bottom left towards the top right. These lines overlap and intersect, creating a sense of movement and depth. The background is plain white.