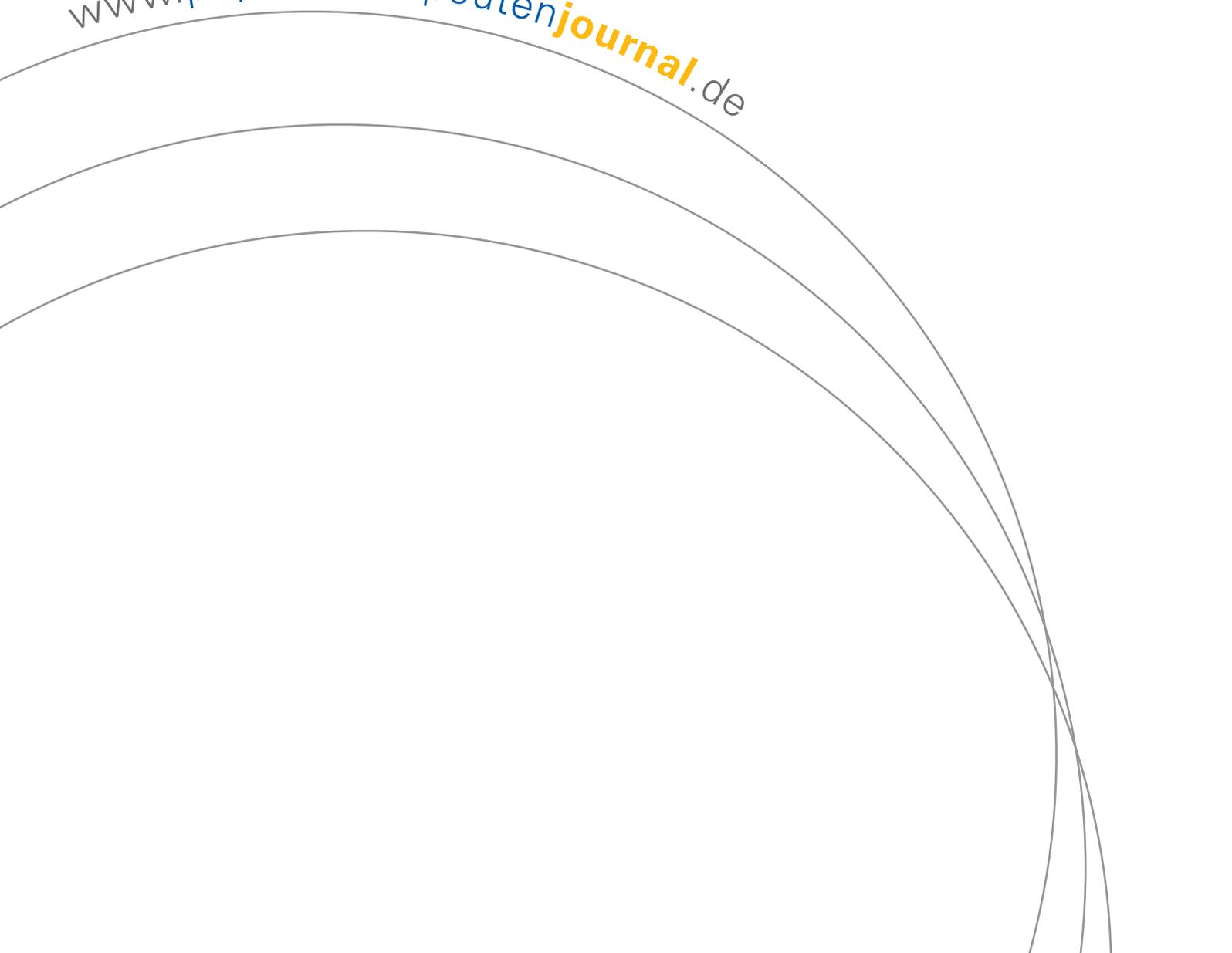


# Psychotherapeuten journal

- Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie
- Neue Kommunikationstechnologien im Patientenkontakt
- Wann ist Trauer eine psychische Erkrankung?
- Fortsetzung: Die Ausbildungsreform in der Diskussion
- Berufsrechtliche Fragestellungen zu Audio- und Videoaufzeichnungen
- Zur Problematik der Legaldefinition der Psychotherapie

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



# Editorial

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor Ihnen liegt eine Ausgabe des Psychotherapeutenjournals, in der wir uns schwerpunktmäßig berufs- und gesellschaftspolitischen Themen stellen. Wir hoffen, dass wir Ihr Interesse wecken können, in dieses Heft zu blicken.

Gespannt haben wohl alle niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen auf die neue Psychotherapie-Richtlinie gewartet. Die meisten von Ihnen haben sich sicherlich schon ein Bild gemacht, welche Veränderungen diese für die eigene Praxis bringen wird. Timo Harfst und Alessa von Wolff von der Bundespsychotherapeutenkammer erläutern in diesem Heft den aktuellen Stand. Vieles, aber nicht alles wird jetzt von der Anpassung der Honorare im Bewertungsausschuss abhängen. Unabhängig von der Honorierung der neu hinzugekommenen psychotherapeutischen Leistungen sollten wir Praktikerinnen und Praktiker aber auch überlegen, wie diese Leistungen (z. B. Sprechstunde, Akutpsychotherapie) inhaltlich ausgestaltet werden können und welche ethischen Fragestellungen aufgeworfen werden. Nicht zuletzt lebt unser Beruf von der Gestaltung von Beziehungen. Und ein wenig Bauchschmerzen verursacht es mir schon, wenn ich mir das Szenario vorstelle, einem Patienten, dem ich nach mehreren Kontakten mit ausführlicher Befunderhebung attestiere, dass er dringend psychotherapeutischer Behandlung bedarf, gleichzeitig mitteilen zu müssen, dass bei mir leider kein Psychotherapieplatz frei sei und er sich diesbezüglich an die Terminservicestelle wenden müsse. Ist das wirklich eine Verbesserung der Versorgungsstruktur oder nicht vielleicht ein weiterer Mei-

lenstein auf dem Leidensweg von Menschen mit psychischen Erkrankungen? Letztendlich wird nur eine Erhöhung der Zahl der Psychotherapieplätze eine wirkliche Verbesserung bringen.

Zu den weiteren Inhalten in diesem Heft: Der Beitrag von Michel und Klaus Fröhlich-Gildhoff beschäftigt sich mit einem zukunftsweisenden Thema: der Veränderung von therapeutischen Kommunikationswegen durch die neuen elektronischen Medien. Die empirische Untersuchung birgt überraschende Ergebnisse und zeigt auf, mit welchen berufsrechtlichen Fragen wir uns in naher Zukunft auseinandersetzen sollten.

Mit einer weiteren gesellschaftlich aktuellen Frage, nämlich ob und wann Trauer eine psychische Erkrankung darstellt, beschäftigt sich der Beitrag von Birgit Wagner (in populärwissenschaftlichen Zeitschriften wird dieser Punkt bereits aufgegriffen und führt zur Kritik an unserer Zunft, Geo 7/2016, S. 59).

Mit Spannung darf man auch der Novelisierung des Psychotherapeutengesetzes und der Neustrukturierung der Ausbildung entgegensehen. Das PTJ greift die Thematik in dieser Ausgabe mit zwei Beiträgen auf: Marie Drüge und Sandra Schladitz diskutieren den Änderungsbedarf aus Sicht der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer, der sich vor allem (aber nicht ausschließlich) auf die Rahmenbedingungen der Praktischen Tätigkeit richtet. Eine Arbeitsgruppe zur Weiterbildung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Ausbildungsträgerverbände (BAG) setzt sich für den Erhalt bewährter Ausbildungsstrukturen ein. Mit beiden Beiträgen hoffen wir, die Diskussion zu befruchten.

Die beiden Beiträge in der Rubrik Recht: aktuell veranschaulichen, dass mit der



Etablierung und Weiterentwicklung unseres Berufsstandes auch immer (vielleicht zunehmend) juristische Fragestellungen verknüpft sind.

Einen Appell von Lea Dohm möchten wir Ihnen nicht vorenthalten: Ihr Diskussionsbeitrag fordert dazu auf, sich in der gegenwärtigen politischen Situation gesellschaftspolitisch zu engagieren.

Erstmals veröffentlichen wir in der Rubrik Rezensionen eine Filmbesprechung („Wie die anderen“, ein Dokumentarfilm über ein österreichisches Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie). Wir sind auf Ihre Reaktionen zu diesem Novum gespannt.

Zuletzt in eigener Sache: Gelegentlich kommt es zu Umbesetzungen unseres Redaktionsbeirates. Auf unserer vorletzten Sitzung haben wir uns von Ulrich Wirth verabschieden müssen, der über viele Jahre Form und Inhalt des Psychotherapeutenjournals entscheidend mitgeprägt hat. Auf unserer letzten Sitzung durften wir Torsten Michels begrüßen, der zukünftig die Psychotherapeutenkammer Hamburg vertreten wird. Wir freuen uns auf eine fruchtbare und erfolgreiche Zusammenarbeit.

*Andrea Dinger-Broda  
(Rheinland-Pfalz)  
Mitglied des Redaktionsbeirates*

# Inhalt

## Originalia 232

*Timo Harfst & Dr. Alessa von Wolff*

### **Schneller Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung – die Reform der Psychotherapie-Richtlinie**

Der Artikel stellt die Hintergründe der Reform der Psychotherapie-Richtlinie und die wesentlichen Änderungen dar, gibt eine Übersicht über die zentralen Inhalte und diskutiert die damit verbundenen Herausforderungen und Chancen für die psychotherapeutische Versorgung.

242

*Michel Fröhlich-Gildhoff & Klaus Fröhlich-Gildhoff*

### **Die Bedeutung der neuen Informations- und Kommunikationstechnologie für die Gestaltung des Patientenkontakts in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

Der Beitrag referiert eine Fragebogenuntersuchung zur Frage, wie neue elektronische Kommunikationsmedien den Kontakt zwischen Patientinnen und Patienten im Kindes- und Jugendalter und Psychotherapeutinnen und -therapeuten beeinflussen.

250

*Birgit Wagner*

### **Wann ist Trauer eine psychische Erkrankung? Trauer als diagnostisches Kriterium in der ICD-11 und im DSM-5**

Die anhaltende Trauerstörung als neues diagnostisches Kriterium für die neue Ausgabe der ICD-11 wird aktuell diskutiert. Der Artikel beschreibt den aktuellen Forschungsstand zum Thema Trauer als psychische Erkrankung in Abgrenzung zu normalen Trauerreaktionen.

256

*Marie Drüge & Sandra Schladitz*

### **Die psychotherapeutische Ausbildung aus Sicht der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer. Eine Befragung zu Veränderungsvorschlägen und der Einstellung zum Direktstudium.**

Aus den Ergebnissen der vorgestellten Onlineumfrage lassen sich ein akuter Änderungsbedarf der Praktischen Tätigkeit sowie eine Ambivalenz der Befragten gegenüber dem geplanten Direktstudium erkennen.

263

*Lea Dohm*

### **Wir sind Vorbilder**

Ein Appell für Zivilcourage und gesellschaftliches Engagement

## Recht aktuell

264

*Bianca Paar & Thomas Schmidt*

### **Berufsrechtliche Fragestellungen bezüglich Audio- und Videoaufzeichnungen von Psychotherapiesitzungen**

266

*Johann Rautschka-Rücker*

### **Zur Problematik der Legaldefinition der Psychotherapie – Überlegungen zum Reformbedarf im Psychotherapeutengesetz**

## Kommentare

269

### **Die Ausbildungsreform in der Diskussion**

*Jürgen Tripp, Georg Schäfer, Günter Ruggaber, Bettina Meisel, Hinrich Bents & Norbert Schrauth*

### **Warum „Weiterbildung aus einer Hand“? – Institute garantieren hohe Weiterbildungsqualität**

## Rezensionen

272

### „Wie die anderen“ – Dokumentarfilm aus einer Kinder- und Jugendpsychiatrie

Eine Filmrezension von Kristiane Göpel: „Wie die anderen“. Regie & Buch: Constantin Wulff. Kamera: Johannes Hammel.

273

### Wie wir unser Verstehen vertiefen können

Eine Rezension von Johanna Naumann: Bozetti, I., Focke, I. & Hahn, I. (Hrsg.) (2014). Unerhört – Vom Hören und Verstehen.

274

### Über die kulturellen Aspekte des Verständnisses psychischen Leidens

Eine Rezension von Philipp Victor: Watters, E. (2016). Crazy like us: Wie Amerika den Rest der Welt verrückt macht.

## Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

278

Bundespsychotherapeutenkammer

283

Baden-Württemberg

287

Bayern

292

Berlin

295

Bremen

299

Hamburg

303

Hessen

308

Niedersachsen

312

Nordrhein-Westfalen

316

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

319

Rheinland-Pfalz

322

Saarland

326

Schleswig-Holstein

229

Editorial

275

Leserbriefe

329

Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

330

Impressum Psychotherapeutenjournal

A1

Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

A18

Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

### Hinweise:

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

Der Teilaufgabe NRW sind in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen beigeheftet:

■ Änderung der Weiterbildungsordnung der PTK NRW

# Schneller Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung – die Reform der Psychotherapie-Richtlinie

Timo Harfst & Alessa von Wolff

**Zusammenfassung:** Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden umfassende Reformen der psychotherapeutischen Versorgung angestoßen. Eine wesentliche Reform betrifft die Psychotherapie-Richtlinie, die durch neue Versorgungsangebote einen schnelleren Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung ermöglichen soll. Der folgende Artikel stellt die Hintergründe der Reform und die wesentlichen Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie dar. Es wird eine Übersicht über die zentralen Inhalte im Hinblick auf die Auswirkungen für die psychotherapeutische Praxis gegeben. Dazu gehören, neben der Einrichtung der psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung, Änderungen bezüglich der probatorischen Sitzungen, im Antrags- und Gutachterverfahren, bei der Gruppenpsychotherapie, Regelungen zur Rezidivprophylaxe und die Festlegung einer Standarddokumentation. Diskutiert werden die damit verbundenen Herausforderungen und Chancen für die psychotherapeutische Versorgung.

Am 16. Juni 2016 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine umfassende Reform der Psychotherapie-Richtlinie beschlossen, die insbesondere mit der Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung für psychisch Kranke eine wesentliche Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung bewirken dürfte. Zugleich vergab der G-BA Chancen, die Versorgungsangebote für schwer chronisch kranke Patientinnen und Patienten<sup>1</sup> weiterzuentwickeln, Gruppenpsychotherapie substanziell zu fördern und bürokratische Hemmnisse im Antrags- und Genehmigungsverfahren abzubauen. Im Gegenteil, ungeachtet der vorliegenden Evidenz wurde die Kurzzeittherapie in zwei Abschnitte à zwölf Sitzungen unterteilt und eine Standarddokumentation eingeführt, die jeder wissenschaftlichen Evidenz spottet. Viele Aspekte der aktuellen Reform haben bei niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen Kopfschütteln oder Empörung ausgelöst – und dies sicherlich an vielen Stellen zu Recht. Insgesamt bietet sie jedoch für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten langfristig die Chance, ihre zentrale Rolle in der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen weiter zu etablieren und umfassender auszugestalten.

*„Wir wollen in der psychotherapeutischen Versorgung Wartezeiten reduzieren und mehr Betroffenen ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie eröffnen. Hierzu werden wir das Antrags- und Gutachterverfahren entbürokratisieren, die Gruppentherapie fördern und den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, in einer gesetzlich definierten Frist die Psychotherapierichtlinie zu überarbeiten. Die bestehenden Befugnisbeschränkungen für Psychotherapeuten werden wir*

*überprüfen.“* (S. 75 des Koalitionsvertrags von CDU, CSU und SPD in der 18. Legislaturperiode)

Mit diesen drei Sätzen haben CDU, CSU und SPD im Jahr 2013 ihre Eckpunkte für die Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Koalitionsvertrag umrissen. In den drei Seiten des Koalitionsvertrags, die sich mit der ambulanten Gesundheitsversorgung befassen, nimmt die psychotherapeutische Versorgung erstaunlich viel Raum ein und die Detailtiefe überrascht. Die langen Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung waren offensichtlich von der Politik als ein zentraler Engpass in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen identifiziert worden. Einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zufolge warteten Patienten im Jahr 2011 im bundesweiten Durchschnitt circa drei Monate auf ein erstes Gespräch beim niedergelassenen Psychotherapeuten, in ländlichen Regionen und im Ruhrgebiet nochmals deutlich länger (BPtK, 2011). Bis zum Beginn der eigentlichen Richtlinienpsychotherapie vergingen dann durchschnittlich nochmals drei Monate.

Die letzte große Reform der Bedarfsplanung 2012 hatte insbesondere in ländlich geprägten Regionen eine deutliche Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung geschaffen, allerdings auch ausgehend von einer extrem schlechten Versorgungsdichte. In anderen Regionen und insbesondere auch im Ruhrgebiet hatte sich dagegen kaum etwas getan. Somit stand auch die Bedarfsplanung weiter-

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

hin auf der Agenda der Gesundheitspolitik. Dabei zeichnete sich allerdings frühzeitig ab, dass es nicht nur um zusätzliche Kapazitäten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gehen kann. Es würde auch um die qualitative Frage gehen, innerhalb welcher Strukturen und mit welchen Angeboten die psychotherapeutische Versorgung der Zukunft organisiert werden soll (Harfst & Tophoven, 2013). Als ein zentrales gemeinsames Merkmal der verschiedenen Reformvorschläge und -modelle kristallisierte sich frühzeitig die Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde heraus, die einen schnellen Zugang für die Patienten mit psychischen Beschwerden bzw. Erkrankungen zur psychotherapeutischen Versorgung ermöglichen und eine bessere Koordination und Steuerung der Versorgung von Patienten gewährleisten sollte. Während Modelle einzelner Krankenkassen auf die Einführung unabhängiger, sogenannter „intelligenter Koordinierungsstellen“ für Psychotherapie setzen (Janssen & Malinke, 2013), welche den Erstzugang von Patienten zum Psychotherapeuten durch zentrale Zuweisungsstellen ersetzen, oder die zentrale Koordinationsfunktion bei den Fachärzten für Psychiatrie oder Psychosomatik verorten wollten, zielten die Vorschläge der BPTK und der psychotherapeutischen Berufsverbände auf eine umfassende Stärkung der Rolle der Psychotherapeuten in der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen ab (BPTK, 2014; Best & Schäfer, 2013).

Dieser Richtung folgte dann auch der Gesetzgeber mit seinen Aufträgen an den G-BA im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2015. Darin erhielt der G-BA in § 92 Absatz 6a SGB V den Auftrag, bis zum 30. Juni 2016 in der Psychotherapie-Richtlinie „Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens“ zu beschließen.

Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang aber auch weitere zentrale Aufträge an den G-BA, die ebenfalls der Verbesserung der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen dienen. Dies betrifft die Aufhebung von Befugniseinschränkungen von Psychotherapeuten in § 73 Absatz 2 SGB V, die Vergrößerung des Praxisumfangs für psychotherapeutische Praxen bei Jobsharing und Anstellung in § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V und schließlich die Überarbeitung der Bedarfsplanungs-Richtlinie insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten in § 101 Absatz 1 Satz 7 SGB V.

Die neuen Befugnisse der Psychotherapeuten, die voraussichtlich bis Ende 2016/Anfang 2017 in den entsprechenden

Richtlinien des G-BA umgesetzt werden, stärken die Rolle von Psychotherapeuten als Versorger von Patienten mit psychischen Erkrankungen. Dazu gehören die Einweisung ins Krankenhaus, die Verordnung von medizinischer (psychotherapeutischer) Rehabilitation zu Lasten der GKV, die Verordnung von Soziotherapie sowie die Verordnung von Krankentransporten. Damit wird das Aufgabenspektrum von Psychotherapeuten deutlich breiter definiert, als es der bisherige Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie hergegeben hat. Bei der Bedarfsplanungs-Richtlinie wurde am 16. Juni 2016 zu-

### — Mit der psychotherapeutischen Sprechstunde wird der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung neu strukturiert. —

nächst eine Änderung beschlossen, die es Psychotherapeutischen Praxen, die bislang einen unterdurchschnittlichen Praxisumfang hatten, ermöglicht, ihre Behandlungskapazitäten durch Jobsharing und Anstellung deutlich zu erhöhen (BPTK, 2016). Die umfassende Reform der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten steht dagegen noch aus und wird voraussichtlich nicht in der dafür vorgesehenen Frist bis zum 1. Januar 2017 beschlossen werden, da zuvor umfangreiche Gutachten beauftragt werden sollen.

Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie wurde vom G-BA fristgerecht am 16. Juni 2016 beschlossen. Dabei werden die bedeutsamsten Neuerungen zum 1. April 2017 in Kraft treten. Die wesentlichen Änderungen des Beschlusses des G-BA zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie betreffen folgende Punkte, die in den nachfolgenden Abschnitten ausführlich vorgestellt werden:

- I. Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden,
- II. Einführung einer neuen Leistung der Akutbehandlung, die direkt im Anschluss an die Sprechstunde begonnen werden kann und lediglich anzeigepflichtig ist,
- III. Definition der Aufgaben, Inhalte und Umfänge von probatorischen Sitzungen,
- IV. Änderungen im Antrags- und Gutachterverfahren einschließlich Bewilligungsschritten,
- V. Regelungen zur Durchführung der Rezidivprophylaxe als Bestandteil von Langzeittherapie,
- VI. Änderungen zur zulässigen Gruppengröße in der Gruppenpsychotherapie und weiterer Detailregelungen, die der Förderung der Gruppenpsychotherapie dienen sollen, und schließlich die
- VII. Festlegung einer Standarddokumentation einschließlich obligatorischer psychometrischer Verfahren.

## I. Psychotherapeutische Sprechstunde

Mit Einfügung eines neuen § 11 der Psychotherapie-Richtlinie (PTR) wurde als neue Leistung die psychotherapeutische Sprechstunde eingeführt und der Zugang der Patienten zur psychotherapeutischen Versorgung neu strukturiert. Künftig müssen Patienten regelhaft vor Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung (sowohl als Richtlinien-therapie wie auch als Akutbehandlung) die Diagnostik und Indikationsstellung im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde durchlaufen haben, ehe sie probatorische Sitzungen oder eine Akutbehandlung erhalten können. Eine Ausnahme hiervon stellen lediglich diejenigen Patienten dar, die zuvor in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus oder einer Rehabilitationsklinik behandelt wurden und bei denen dort die Indikation für eine psychotherapeutische Weiterbehandlung gestellt wurde. Dafür muss eine psychische Erkrankung vorliegen, die in der Liste der Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie in der PTR enthalten ist. Bei Überweisung eines Patienten von einem niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten kann nur dann direkt mit einer probatorischen Sitzung begonnen werden, wenn dieser den Patienten im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde gesehen und die Indikation für eine ambulante Psychotherapie gestellt hat. Obwohl dies im G-BA bis zum Schluss intensiv diskutiert und insbesondere von den Patientenvertretern gefordert wurde, sind Psychotherapeuten nicht verpflichtet, Sprechstunden anzubieten. Die Einrichtung von Sprechstunden ist freiwillig, jedoch bietet sie Psychotherapeuten die Möglichkeit, Patienten einen direkten Zugang in die eigene Praxis zu verschaffen, eine umfassende Rolle in der Versorgung auszufüllen und nicht auf die Zuweisung von Patienten durch stationäre Einrichtungen oder durch andere Psychotherapeuten und Psychiater angewiesen zu sein.

### Wer kann die psychotherapeutische Sprechstunde anbieten?

Grundsätzlich kann jeder Vertragspsychotherapeut und Vertragsarzt, der über eine Abrechnungsgenehmigung für die Behandlung mit einem Richtlinienverfahren verfügt, eine psychotherapeutische Sprechstunde anbieten. Auch in diesem Punkt gab es im Vorfeld der G-BA-Entscheidung ein intensives Ringen, insbesondere wurde eine Verknüpfung der Sprechstunde mit einer gleichzeitigen somatischen Abklärung diskutiert, was bedeutet hätte, dass der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu einem Nadelöhr verkommen wäre und nicht zum schnellen, niederschweligen Zugang zum Psychotherapeuten.

Psychotherapeuten, die eine psychotherapeutische Sprechstunde anbieten wollen, sind verpflichtet, Sprechstunden im Umfang von mindestens 100 Minuten (bzw. 50 Minuten bei halbem Versorgungsauftrag) pro Woche anzubieten. Darüber hinaus sind Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag, die Sprechstunden anbieten, verpflichtet, eine telefonische Erreichbarkeit der Praxis von 250 Minuten (in Einheiten

von mindestens 25 Minuten) zu gewährleisten. Da künftig generell eine telefonische Erreichbarkeit im Umfang von mindestens 150 Minuten von allen Psychotherapeuten gewährleistet werden muss, bedeutet dies für Psychotherapeuten, die Sprechstunden anbieten wollen, dass sie zusätzlich weitere 100 Minuten telefonische Erreichbarkeit sicherstellen müssen. Für Psychotherapeuten mit halbem Versorgungsauftrag halbieren sich die Umfänge dieser Verpflichtungen jeweils entsprechend. Dabei müssen Psychotherapeuten nicht persönlich telefonisch erreichbar sein, sondern können dies auch über Praxispersonal oder entsprechende Dienstleister gewährleisten. Zur Terminkoordination müssen Psychotherapeuten ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) spätestens bis zum 1. April 2017 mitteilen, ob sie Sprechstunden anbieten und zu welchen Zeiten sie bzw. ihre Praxen telefonisch erreichbar sind.

### Rolle der Terminservicestellen der KVen

Ab dem 1. April 2017 werden die Terminservicestellen der KVen auch für die Psychotherapeuten die Aufgabe der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine übernehmen. Hierzu sollen ergänzende Regelungen zur „Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Facharztterminen“ getroffen werden (Anlage 28 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte). Dabei bedarf es bei den Psychotherapeuten, wie bereits auch bei den Frauenärzten und den Augenärzten, keiner Überweisung durch einen Hausarzt, damit die Terminservicestelle einen Behandlungstermin vermittelt. Die Patienten werden sich direkt zur Terminvermittlung an die Terminservicestellen wenden können. Nach der aktuellen Vereinbarung wäre es dann die Aufgabe der Terminservicestellen, den gesetzlich Versicherten innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Psychotherapeuten zu vermitteln. Dabei darf die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin bzw. der Termin für ein Erstgespräch in der Sprechstunde vier Wochen ab Anfrage nicht überschreiten. Gelingt es der Terminservicestelle nicht, dem Versicherten innerhalb von einer Woche einen Termin innerhalb der Vier-Wochen-Frist zu vermitteln, hat sie den Versicherten innerhalb einer weiteren Woche einen Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten. Bedeutsam bei dieser Regelung ist, dass die Versicherten weder einen Anspruch auf Vermittlung eines Termins bei einem bestimmten Psychotherapeuten noch auf Vermittlung eines zeitlich passenden Termins haben. Wenn der Versicherte einen angebotenen Termin nicht wahrnehmen kann und dies der Terminservicestelle sofort bzw. am selben Tag mitteilt, soll ihm ein weiterer Termin angeboten werden. Danach erlischt der Vermittlungsanspruch der Versicherten gegenüber der Terminservicestelle. Die zumutbare Entfernung zum Facharzt, bei dem ein Termin vermittelt wird, ist für die allgemeine fachärztliche Versorgung, zu der auch die Psychotherapeuten zu rechnen wären, definiert als maximal 30 Minuten Fahrtzeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) zusätzlich

zur Entfernung zum nächstgelegenen Facharzt (Anlage 8 zum BMV-Ä).

## Umfang der Sprechstunde

Erwachsene können in der Sprechstunde bis zu sechs Mal 25-minütige Termine erhalten. Bei Kindern und Jugendlichen können bis zu zehn Mal 25-minütige Termine durchgeführt werden, davon können bis zu 100 Minuten mit den Eltern auch ohne die betroffenen Kinder oder Jugendlichen durchgeführt werden. Bei Kindern und Jugendlichen ist vor dem Hintergrund einer Änderung des § 9 der PTR (Einbeziehung des sozialen Umfeldes) hier auch die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, z. B. von Lehrern und Erziehern, möglich. Die Einheiten von mindestens 25 Minuten ermöglichen für die Psychotherapeuten eine flexible Ausgestaltung des Sprechstundenangebotes, da die Einheiten nach Bedarf auch in größeren Einheiten (à 50 Minuten) zusammengefasst werden können. So könnte beispielsweise das Erstgespräch im Rahmen einer 25-minütigen Einheit erfolgen, während für diejenigen Patienten, die danach einer umfangreicheren diagnostischen Abklärung bedürfen, in der Folge 50-minütige Termine angeboten werden könnten. Vor einer Akutbehandlung oder der Probatorik müssen bei einem Patienten in jedem Fall Sprechstunden im Umfang von insgesamt mindestens 50 Minuten durchgeführt worden sein.

Die Sprechstunde kann mit oder ohne Terminvergabe – also ggf. auch als offene Sprechstunde – erfolgen, dabei sind die KVen jedoch über die gewählte Organisationsform und die Zeiten zu informieren. Das System der Terminvergabe in einer psychotherapeutischen Praxis für die Sprechstunde soll dabei so gestaltet sein, dass ein zeitnaher Zugang zur Sprechstunde gewährleistet wird. Bei der Terminvergabe soll auch berücksichtigt werden, dass akute Behandlungsfälle schnell identifiziert werden können.

Auch wenn die weiteren Detailregelungen zur Psychotherapeutischen Sprechstunde in der Psychotherapie-Vereinbarung und im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) noch abzuwarten sind, laufen die Regelungen in der Richtlinie darauf hinaus, dass Psychotherapeuten, wenn sie sich dafür entscheiden, in dem definierten Mindestumfang von 100 Minuten Sprechstunden anzubieten, die Möglichkeit haben, flexibel zusätzliche Sprechstundentermine anbieten zu können. Zu beachten ist weiterhin, dass auch die zweiten, dritten und ggf. weiteren Sprechstundentermine, die ein Patient zur diagnostischen Abklärung und Indikationsstellung erhält, im Rahmen des wöchentlichen Mindestumfangs von 100 Minuten pro vollem Versorgungsauftrag erbracht werden. Unter der Annahme, dass z. B. erwachsene Patienten durchschnittlich Sprechstunden im Umfang von 100 Minuten erhalten, ehe sie probatorische Sitzungen bzw. eine Akutbehandlung erhalten oder auf andere Angebote innerhalb oder außerhalb der GKV-Versorgung weitervermittelt werden, würde dies für eine psychotherapeutische Praxis bedeuten, dass pro

Monat etwa vier „neue“ Patienten im Rahmen der Sprechstunde diagnostiziert, beraten und ggf. behandelt werden können. Legt man zusätzlich zugrunde, dass nach den Daten der KVen bislang fast 40 Prozent der Patienten nach den probatorischen Sitzungen keine ambulante Psychotherapie beginnen und die durchschnittliche Therapiedauer bei 70 Prozent der Behandlungen 20 Sitzungen beträgt, dann übertrifft ein Sprechstundenangebot von 100 Minuten pro Woche nur geringfügig den erforderlichen Umfang, um in der eigenen Praxis freiwerdende Behandlungsplätze mit neuen Patienten, bei denen eine Indikation für eine ambulante Psychotherapie besteht, zu besetzen.

## Inhalte der Sprechstunde

Die Sprechstunde dient der zeitnahen Abklärung, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt oder nicht. Bei Verdacht auf eine psychische Erkrankung soll im Rahmen der Sprechstunde eine orientierende diagnostische Abklärung erfolgen, die nicht verfahrensbezogen ausgestaltet sein soll, sondern eine Diagnosestellung nach ICD-10 ermöglichen soll. Bei Bedarf soll im Rahmen der Sprechstunde auch die differenzialdiagnostische Abklärung erfolgen. Diese wird in der Richtlinie nicht näher definiert, bezieht sich aber offensichtlich auf die erforderliche Differenzialdiagnostik bei Patienten mit komplexeren, komorbiden psychischen Störungsbildern. Der Richtlinienentwurf kann an dieser Stelle so interpretiert werden, dass hierbei auch bereits Aspekte der Prüfung der Eignung für ein Psychotherapieverfahren zum Tragen kommen können, eine Aufgabe, die im Weiteren insbesondere für die probatorischen Sitzungen vorgesehen ist. Bei beiden Formen der diagnostischen Abklärung sind laut Richtlinie (§ 10 Abs. 2) in der Regel standardisierte diagnostische Instrumente einzusetzen. Hierunter lassen sich neben psychometrischen Verfahren u. a. auch Diagnosechecklisten, strukturierte klinische Interviews oder Teile von Diagnosesystemen, z. B. aus der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD), fassen. Die Ergebnisse der Diagnostik sollen dann auch Gegenstand der Beratung des Patienten über eine ggf. vorliegende Erkrankung, den Behandlungsbedarf und die entsprechenden Behandlungsempfehlungen sein. Liegt bei einem Patienten eine Indikation für eine ambulante Psychotherapie vor, soll der Patient eingehend über die unterschiedlichen Psychotherapieverfahren und Anwendungsformen (Einzel-/Gruppentherapie) und den Ablauf einer Psychotherapie informiert werden, um dessen Entscheidungsfindung zu unterstützen. Bei Bedarf soll der Patient aber auch über andere Hilfsmöglichkeiten informiert werden, nicht zuletzt auch dann, wenn (noch) keine krankheitswertige psychische Störung vorliegt oder aus anderen Gründen alternative Unterstützungsangebote z. B. einer Beratungsstelle oder der Selbsthilfe zielführender erscheinen.

Eine weitere relevante Neuerung stellt in diesem Zusammenhang die sogenannte „individuelle Patienteninformation“ dar, mit der der Patient eine schriftliche Rückmeldung der Ergebnisse der Sprechstundenleistung erhält. Welche exakten In-

halte in dieser Patienteninformation schriftlich zu dokumentieren und dem Patienten auszuhändigen sind, soll im Nachgang des Beschlusses von den Partnern des Bundesmantelvertrags in der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt werden. Viele der inhaltlichen Vorgaben zur Sprechstunde entsprechen in gewisser Weise den ohnehin geltenden berufsrechtlichen Anforderungen (z. B. der Aufklärungspflicht) oder korrespon-

Fremdgefährdung der Patienten zu legen, damit die ggf. erforderlichen weiteren Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden können. Die Akutbehandlung wird dabei in der Richtlinie nicht verfahrensspezifisch definiert. Vielmehr können im Rahmen der Akutbehandlung zur „Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände“ geeignete psychotherapeutische Interventionen aus den verschiedenen Richtlinienverfahren angewandt werden.

## — Durch die psychotherapeutische Akutbehandlung kann psychisch Kranken mit sofortigem Behandlungsbedarf unmittelbar geholfen werden.

dieren mit gängigen Leitlinienempfehlungen (z. B. Einsatz standardisierter Verfahren in der Diagnostik). Dennoch stellen diese Vorgaben, die Ergebnisse der Sprechstundenleistungen einschließlich der Behandlungsempfehlungen dem Patienten schriftlich mitzuteilen und damit dessen Entscheidungsfindung zu stärken, eine Veränderung der bisher gelebten Kultur in der psychotherapeutischen Versorgung dar. Eine Veränderung allerdings, die nicht zuletzt mit der Stärkung der Patientenrechte im Patientenrechtegesetz schon seit längerem Fahrt aufgenommen hat. Dass diese Detailregelungen zur individuellen Patienteninformation an Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) delegiert wurden und nun ohne Beteiligung von Patientenvertretern, Kammern und Datenschützern getroffen werden sollen, hat bei den Betroffenen für erhebliche Kritik am Beschluss des G-BA gesorgt. Problematisch ist in diesem Zusammenhang auch, dass damit die Entwicklung und Umsetzung eines systematischen Konzepts zur Verschränkung von individueller Patienteninformation und der neu eingeführten Standarddokumentation im Kontext der Qualitätssicherung nicht mehr möglich erscheint.

## II. Psychotherapeutische Akutbehandlung

Eine weitere wichtige Veränderung ist die Möglichkeit, psychisch Kranken mit sofortigem Behandlungsbedarf unmittelbar und ohne vorheriges Antragsverfahren helfen zu können. Diese psychotherapeutische Akutbehandlung ist gedacht für Patienten, die rasch psychotherapeutische Hilfe benötigen und ohne diese möglicherweise schwerer erkranken würden, nicht mehr arbeiten oder zur Schule gehen könnten oder in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssten. Durch eine frühzeitige Behandlung soll die Chronifizierung der psychischen Symptomatik vermieden werden. Die psychotherapeutische Akutbehandlung „strebt dabei keine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren an, sondern dient der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände“. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf die Einschätzung der Selbst- und

Die psychotherapeutische Akutbehandlung kann im Umfang von bis zu 24 Gesprächseinheiten à 25 Minuten durchgeführt und kurzfristig nach der Sprechstunde begonnen werden. Diese Leistung ist gegenüber der Krankenkasse

lediglich anzeigepflichtig, d. h., dass im Vorfeld der Krankenkasse lediglich der Beginn der Akutbehandlung mitzuteilen ist. Als zeitliche Voraussetzung hat der G-BA in den Tragenden Gründen zum Beschluss formuliert, dass die Akutbehandlung bis spätestens 14 Tage nach Indikationsstellung begonnen werden muss. Längere Pausen zwischen Indikationsstellung und Beginn der Akutbehandlung entsprächen nicht mehr dem Zweck dieser Versorgungsmöglichkeit. Im Gegensatz zur Richtlinienpsychotherapie sind hier somit zwar keine probatorischen Sitzungen vor Behandlungsbeginn erforderlich, dennoch muss auch hier vor Behandlungsbeginn eine somatische Abklärung erfolgen. Der Konsiliarbericht sollte in diesen Fällen direkt nach der ersten Sprechstundeneinheit eingeholt werden, damit dieser in der gesetzten zeitlichen Frist noch vor Beginn der Behandlung vorliegen kann.

Wenn nach Beendigung der Akutbehandlung eine Indikation für eine anschließende Richtlinienpsychotherapie besteht, sind allerdings vor Beginn der antragspflichtigen Kurzzeit- oder Langzeittherapie mindestens zwei probatorische Sitzungen durchzuführen. Dies kann in der Folge zu einer Therapieunterbrechung von drei bis fünf Wochen führen, da Krankenkassen in diesem Fall die Möglichkeit haben, einen Therapieantrag nach dem Modell der Genehmigungsfiktion zu bearbeiten, d. h. die Bewilligung der Psychotherapie erfolgt nicht durch einen expliziten Genehmigungsbescheid, sondern durch Verstreichen der zeitlichen Fristen. Dies erscheint gerade mit Blick auf die gewünschte zeitnahe und unterbrechungsfreie Versorgung von Patienten mit akutem Behandlungsbedarf besonders widersinnig. Wenn bei einem Patienten eine Wartezeit nicht vertretbar erscheint, kann daher aus pragmatischen Gründen überlegt werden, die Indikation für eine psychotherapeutische Akutbehandlung erst nach den probatorischen Sitzungen zu stellen. Durch rechtzeitiges Stellen des Antrags während der laufenden Akutbehandlung kann dann gerade auch bei denjenigen Patienten, bei denen absehbar ist, dass sie wegen der Komplexität des Krankheitsbildes auch nach der Akutbehandlung eine weitere ambulante psychotherapeutische Behandlung benötigen, eine Wartezeit verhindert werden.

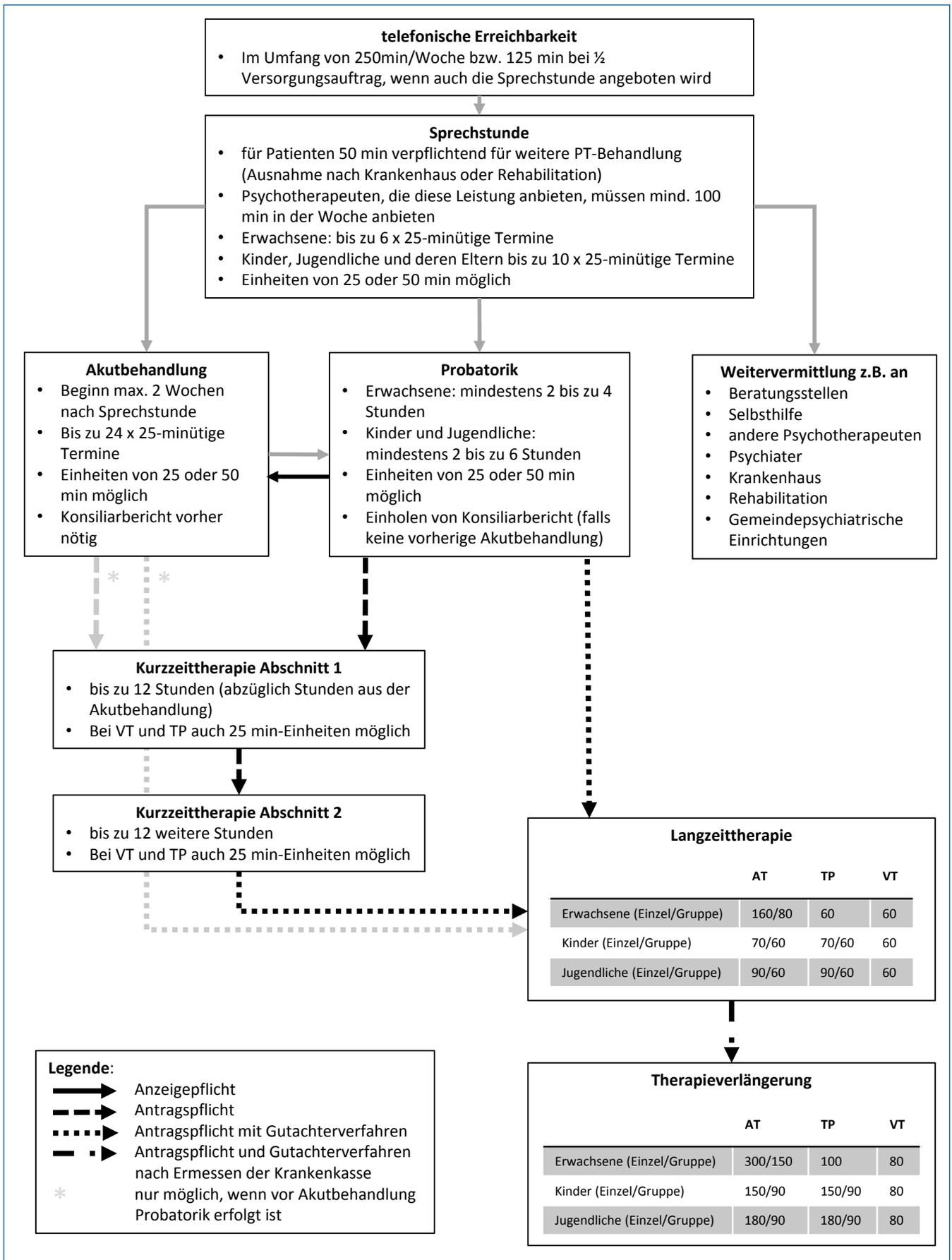


Abbildung: Ablaufschema Psychotherapeutische Behandlung

### III. Probatorik

Bislang sind die Aufgaben der probatorischen Sitzungen lediglich rudimentär in einem Absatz der Psychotherapie-Vereinbarung beschrieben worden. Auch nach Einführung der Sprechstunden bleiben die Leistungen der probatorischen Sitzungen erhalten und werden in einem eigenen Paragraphen der PTR definiert.

Wie bisher dient die Probatorik der Einleitung einer Richtlinienpsychotherapie. Hierbei kann über die Sprechstunde hinausgehend eine weitere diagnostische Abklärung des Krankheitsbildes erfolgen, die Indikationsstellung präzisiert und die Eignung eines Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren geprüft werden. Dabei soll eine Klärung der Therapiemotivation, der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit des Patienten erfolgen und geprüft werden, ob eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufgebaut werden kann.

Künftig sind vor Beginn einer Richtlinienpsychotherapie mindestens zwei und maximal vier probatorische Sitzungen à 50 Minuten durchzuführen. Bei Kindern und Jugendlichen können bis zu sechs probatorische Sitzungen durchgeführt werden. Diese Gespräche können Eltern eines Kindes zum Teil auch alleine nutzen.

Der ursprüngliche Vorschlag der Krankenkassen zur Probatorik sah vor, den Durchschnitt in der Versorgung zur Norm zu machen und für alle Patienten exakt drei probatorische Sitzungen festzuschreiben. Hier konnte im Zuge der Stellungnahme der BPTK zum ursprünglichen Beschlussentwurf des G-BA zur Änderung der PTR noch eine gewisse Flexibilisierung erreicht werden, auch wenn die neue Regelung immer noch eine verzichtbare Überregulierung darstellt, die patientenindividuelle Spielräume unnötig einschränkt (siehe auch BPTK, 2016b). Unter Berücksichtigung der Leistungen der Sprechstunde stehen damit für die diagnostische Phase vor Beginn einer Richtlinienpsychotherapie insgesamt mehr Stunden zur Verfügung. Eine Ausnahme bildet die analytische Psychotherapie, bei der bislang bis zu acht probatorische Sitzungen vor Beginn der Psychotherapie durchgeführt werden konnten, hier kommt es zu einer Einschränkung. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen wurde ein zusätzlicher Spielraum geschaffen, der den besonderen Erfordernissen durch zusätzliche Stunden für die Einbeziehung von Bezugspersonen Rechnung trägt. Hier stehen unter Einbezug der Sprechstundenleistungen künftig für diese Phase bis zu elf Einheiten à 50 Minuten zur Verfügung.

### IV. Änderungen im Antrags- und Genehmigungsverfahren einschließlich der Therapieansätze

Der gesetzliche Auftrag zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens wurde nur rudimentär umgesetzt. Neben der bereits beschriebenen Anzeigepflicht für die Akut-

behandlung wurde insbesondere die Berichtspflicht für die Kurzzeittherapie aufgehoben. Da bereits bisher die meisten Psychotherapeuten von der Berichtspflicht für die Kurzzeittherapie befreit waren, ergibt sich hieraus keine spürbare Verbesserung. Von Bedeutung ist dagegen eher die Zusammenführung des ersten und zweiten Bewilligungsschrittes der Langzeittherapie in einen Bewilligungsschritt. Dieser umfasst in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei Erwachsenen und in der Verhaltenstherapie insgesamt künftig 60 Stunden. Dagegen haben sich die Bewilligungsschritte bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen und in der analytischen Psychotherapie insgesamt nicht verändert (siehe Abbildung). Darüber hinaus liegt es bei einem sich daran anschließenden Therapieverlängerungsantrag künftig im Ermessen der Krankenkassen, ob diese hierzu einen Gutachter einschalten. Eine Ablehnung der Verlängerung ohne Gutachterverfahren ist allerdings ausgeschlossen, es sei denn, es besteht offensichtlich keine Indikation für eine Fortführung der Psychotherapie. Darüber hinaus wird es künftig jeweils eigene Gutachter für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie geben.

Diese geringfügigen Vereinfachungen im Antrags- und Genehmigungsverfahren werden durch die neu eingeführte Teilung der Kurzzeittherapie in zwei Einheiten à zwölf Sitzungen konterkariert. Beide Abschnitte der Kurzzeittherapie sind künftig antrags-, aber nicht berichtspflichtig. Leistungen der Akutbehandlung werden dabei auf die Therapiekontingente der Kurzzeittherapie angerechnet.

Die Zweiteilung der Kurzzeittherapie entbehrt jeder Evidenz und ist erkennbar ein reines Relikt des vormaligen Modells des GKV-Spitzenverbandes, welches zwischen den beiden Abschnitten der Kurzzeittherapie noch eine obligatorische Therapiepause von sechs Wochen vorsah. Die Daten der KBV hatten gezeigt, dass die überwiegende Zahl der Kurzzeittherapien vor der 25. Behandlungsstunde beendet und die Therapiedauer offensichtlich an den individuellen Bedarf der Patienten und den Therapieverlauf angepasst wird (Multmeier, 2014). Auch die von den Krankenkassen angeführten Ergebnisse der Dosis-Wirkungsforschung eignen sich gerade nicht, eine spezifische Zäsur in der Kurzzeittherapie nach der zwölften Sitzung vorzusehen. Doch alle fachlichen Argumente hierzu, die im Stellungnahmeverfahren vorgetragen wurden, blieben vor dem Hintergrund der schwierigen Kompromissbildungen im G-BA ungehört. Dabei kann diese Zweiteilung angesichts des festgelegten Antrags- und Genehmigungsverfahrens in der Kurzzeittherapie keine steuernde Wirkung im Sinne der Krankenkassen entfalten, wenn man einmal von überflüssigen Therapieunterbrechungen absieht. Denn das Antrags- und Genehmigungsverfahren in der Kurzzeittherapie sieht keine eigentliche Prüfung der Therapieanträge vor, sondern im Modell der Genehmigungsfiktion erfolgt die Genehmigung einer beantragten Psychotherapie regelhaft über das Verstreichen der gesetzlichen Frist von drei Wochen ab Antragstellung (bzw. fünf Wochen bei Einschalten eines

Gutachters). In der Folge resultieren vermeidbare Therapieunterbrechungen und es wird ein sinnfreier, hochfrequenter Versand von Antragsformularen induziert.

Gerade zwischen den probatorischen Sitzungen und dem Beginn der Richtlinienpsychotherapie könnten dreiwöchige Unterbrechungen nur dann vermieden werden, wenn serviceorientierte Krankenkassen dennoch ihren Versicherten zeitnah einen Bewilligungsbescheid zukommen lassen.

## V. Rezidivprophylaxe

Bezüglich der Rezidivprophylaxe hatte der G-BA den Auftrag erhalten, einen eigenen Leistungsbereich zu schaffen, um die Versorgung von chronisch kranken Patienten zu optimieren und erneute Erkrankungen besser zu verhindern. Wünschenswert wäre ein flexibles Behandlungsangebot nach Abschluss einer Psychotherapie gewesen, das insbesondere den längerfristigen Behandlungsbedarfen von chronisch und schwer psychisch kranken Patienten stärker Rechnung trägt. Leider hat der G-BA diesen Auftrag nicht erfüllt und eine Regelung beschlossen, die gegenüber dem Status quo keine Verbesserung darstellt, sondern im Gegenteil bestehende Möglichkeiten unnötig bürokratisiert und einschränkt.

So können künftig Stunden aus dem Kontingent der bewilligten Stunden explizit für die Rezidivprophylaxe umgewandelt werden. Diese Umwandlung von Stunden des Gesamtkontingents zur Rezidivprophylaxe ist dabei nur im Rahmen einer Langzeittherapie möglich, für Patienten in der Kurzzeittherapie ist diese Möglichkeit nicht vorgesehen. Dazu muss bei Antragsstellung angegeben werden, wie viele Stunden des bewilligten Gesamtkontingents nach Beendigung der eigentlichen Behandlung zur Rezidivprophylaxe eingesetzt werden sollen. Diese können dann bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden. Die Beantragung einer alleinigen Rezidivprophylaxe ist dagegen nicht zulässig. Falls ein möglicher Einsatz der Rezidivprophylaxe bei Beantragung der Langzeittherapie noch nicht absehbar ist, muss dies im Bericht an den Gutachter begründet werden. Eine Übersicht, welche Anteile vom bewilligten Stundenkontingent für die Rezidivprophylaxe umgewandelt werden können, ist in der Tabelle dargestellt.

## VI. Förderung der Gruppenpsychotherapie

Wie bei der Rezidivprophylaxe ist auch der gesetzliche Auftrag aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zur Förderung von Gruppentherapie nur unzureichend umgesetzt worden. So wurde zwar eine Flexibilisierung der Gruppengröße in den psychoanalytisch begründeten Verfahren auf drei bis neun Patienten und der Wegfall der Berichtspflicht in der Kurzzeittherapie beschlossen. Die Erhöhung der Mindestgruppengröße für die kleine VT-Gruppe auf mindestens drei

	Langzeittherapie mit ≤ 60 Stunden	Langzeittherapie mit > 60 Stunden
Erwachsene	max. 8 Stunden	max. 16 Stunden
Kinder und Jugendliche	max. 10 Stunden	max. 20 Stunden

*Tabelle: Umwandlungskontingente für die Rezidivprophylaxe*

Gruppenmitglieder und die Unterteilung der Kurzzeittherapie in zwei antragspflichtige Abschnitte wirken jedoch diesen Erleichterungen entgegen. Letzteres stellt gerade bei der Durchführung von Gruppentherapie einen erheblichen bürokratischen Aufwand dar, zumal im Zusammenhang mit der Genehmigungsfiktion stets beachtet werden muss, ob die gesetzlichen Fristen bereits verstrichen sind und die Anträge bei den Krankenkassen nachweisbar angekommen sind. Erfahrungen aus Selektivverträgen, bei denen auf das Gutachterverfahren für die Gruppenpsychotherapie verzichtet wurde, zeigen, dass durch solche Maßnahmen der Anteil gruppenpsychotherapeutischer Leistungen ganz erheblich gesteigert werden kann (Schütz, 2013). Die BpTK hatte daher im Stellungnahmeverfahren gefordert, für die Gruppentherapie zumindest beim ersten Bewilligungsschritt der Langzeittherapie auf das Gutachterverfahren zu verzichten. Stattdessen setzt der Beschluss des G-BA auf die Kraft der Richtlinienlyrik. Durch die stärker gleichberechtigte Beschreibung der Anwendungsform der Gruppenpsychotherapie im Text der Psychotherapie-Richtlinie soll ein Impuls für ein stärkeres Angebot von Gruppentherapien gesetzt werden. Ob dies einer Evidenzprüfung Stand hält, erscheint äußerst fraglich.

## VII. Standarddokumentation

Schließlich hat der G-BA eine Standarddokumentation für die ambulante Psychotherapie eingeführt. Der Auftrag an die Partner des Bundesmantelvertrags, ein Verfahren zur Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen und zur Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität zu vereinbaren, fand sich bereits in der PTR in der Fassung vom 11. Dezember 1998. Umso erstaunlicher mutet es an, dass nach einem Vorlauf von mehr als 17 Jahren der G-BA Dokumentationsbögen beschlossen hat, ohne sie in ein systematisches Konzept zur sektorspezifischen Qualitätssicherung einzubetten, ohne darzulegen, welche Informationen zu welchen Zwecken erhoben werden sollen und ohne dass auch nur rudimentär die Evidenz für den Nutzen der künftig obligatorisch einzusetzenden diagnostischen Verfahren, auch im Vergleich zu anderen Methoden, dargelegt wird. Dabei hat der G-BA die Qualitätssicherungskonzepte ignoriert, die er selbst 2014 bei der Institution nach § 137a SGB V in Auftrag gegeben hat.

Künftig müssen zu Beginn und am Ende einer Richtlinienpsychotherapie von Patient und Psychotherapeut gemeinsam Dokumentationsbögen ausgefüllt werden. Im Falle

einer Langzeittherapie sind die Dokumentationsbögen dem Bericht an den Gutachter beizufügen. Dazu gehört auch die verpflichtende Verwendung von psychometrischen Testverfahren für alle Patienten. Insbesondere der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), der als Standardverfahren zur Unterstützung der Diagnostik und zur Evaluation der ambulanten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden soll, ist für diese Zwecke ungeeignet.

## — Verpflichtende Dokumentation ist weder patientenorientiert noch evidenzbasiert.

Trotz ausführlicher fachlicher Kritik im Stellungnahmeverfahren hat der G-BA diesbezüglich weder Änderungen im Beschlussentwurf vorgenommen noch begründet, warum die Änderungsvorschläge der BPTK nicht berücksichtigt wurden (siehe auch BPTK, 2016b). Ferner sehen die Dokumentationsbögen bei Kindern und Jugendlichen grundsätzlich eine Erfassung der Intelligenz vor, unabhängig davon, ob dies bei der jeweiligen psychischen Erkrankung überhaupt erforderlich ist. Somit muss die Intelligenz losgelöst von der Indikation mit einigem zeitlichen Aufwand *lege artis* gemessen werden oder es kann in dem Bogen eine fachlich fragwürdige Schätzung des IQ dokumentiert werden oder es wird im Bogen vermerkt, dass das Intelligenzniveau nicht bekannt ist.

Kritisch erscheint auch, dass einige der vorgeschriebenen Fragen und Antwortmöglichkeiten in einer zum Teil verletzenden und stigmatisierenden Sprache verfasst sind und erkennbar nicht für die Verwendung in einem gemeinsam mit dem Patienten auszufüllenden Dokumentationsbogen entwickelt worden sind. Als Faktoren, die eine Erkrankung gefördert haben, müssen Eltern gemeinsam mit dem Psychotherapeuten zum Beispiel „abnorme Erziehungsbedingungen“ ankreuzen oder „abnorme intrafamiliäre Beziehungen“ angeben.

Insgesamt ist diese verpflichtende Dokumentation für alle Patienten in psychotherapeutischer Behandlung weder patienten- oder nutzenorientiert noch evidenzbasiert. Die Testverfahren sind zum Teil ungeeignet, um die Diagnostik psychischer Erkrankungen zu unterstützen und können insbesondere bei Kindern und Jugendlichen den Behandlungserfolg nicht abbilden. Vor dem Hintergrund einer vollständig fehlenden fachlichen Begründung der Inhalte und diagnostischen Verfahren der Dokumentationsbögen, hat die BPTK daher das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als Rechtsaufsicht des G-BA um Beanstandung des Beschlusses gebeten. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Beitrags war die zweimonatige Beanstandungsfrist des BMG noch nicht abgelaufen und das BMG hatte sich zu diesem Beschluss des G-BA noch nicht geäußert.

## Ausblick

Bevor die Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie zum 1. April 2017 in Kraft treten, sind von den Partnern des Bundesmantelvertrags, also der KBV und dem GKV-SV, noch weitere Detailregelungen zu treffen, die die Umsetzung der Richtlinienänderungen in der Praxis deutlich beeinflussen werden. Hierzu zählen u. a. die Regelungen zur individuellen Patienteninformation, aber auch weitere Präzisierungen zu den neuen Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunden, der psychotherapeutischen Akutbehandlung, den probatorischen Sitzungen, der Rezidivprophylaxe und zum Antrags- und Genehmigungsverfahren. Schließlich werden die Beratungen zur Vergütung der neuen Leistungen im Bewertungsausschuss folgen, die innerhalb von sechs Monaten nach Nichtbeanstandung und Veröffentlichung des Richtlinienbeschlusses abzuschließen sind. Im Kontext der Entscheidung über die neuen EBM-Ziffern zur Sprechstunde und zur Akutbehandlung wird dann auch wieder die Konstruktion der Berechnungsgrundlage für Strukturzuschläge für Leistungen aus dem Kapitel 35.2 auf der Tagesordnung stehen. Hier ist zu wünschen, dass eine Neukonstruktion der Strukturzuschläge künftig die gesetzlichen Vorgaben des § 87 Absatz 2c Satz 6 SGB V umfassender berücksichtigen, wonach die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten haben und auch die nicht-genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen hierbei mit einbezogen werden. Bis zum zweiten Quartal 2017 sollten auch die Beschlüsse des G-BA zur Umsetzung der Befugnisse der Psychotherapeuten in der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie, Reha-Richtlinie, Soziotherapie-Richtlinie und Krankentransport-Richtlinie gefasst worden sein, sodass mit Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde Psychotherapeuten ihre Rolle in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen umfassender wahrnehmen können.

Die beschlossene Richtlinie enthält eine Reihe von Evaluationsklauseln. Nicht zuletzt die Sprechstunde soll innerhalb von fünf Jahren nach Beschlussfassung evaluiert werden. Ein zentraler Aspekt dieser Evaluation wird dabei sein, inwieweit es gelingt, über die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde das Problem der Wartezeiten auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten erfolgreich anzugehen. Unabhängig von diesem längerfristigen Evaluationsauftrag des G-BA sollte jedoch zeitnah geprüft werden, ob flächendeckend ein ausreichendes Angebot an Sprechstunden entsteht, welche Unterstützungsbedarfe für die psychotherapeutischen Praxen bestehen und inwieweit es gelingt, Patienten, bei denen im Rahmen der Sprechstunde ein Behandlungsbedarf festgestellt wurde, auch frühzeitig einen Behandlungsplatz anzubieten. Bei auftretenden Problemen in der Versorgung sollte dann zeitnah an geeigneter Stelle nachgebessert werden.

Die Einführung der Sprechstunde wird das grundsätzliche Kapazitätsproblem in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nicht lösen können. Mehr Behandlungskapazitäten können aber entstehen, wenn psychotherapeutische Praxen die verbesserten Möglichkeiten nutzen, über Jobsharing und Anstellung ihren Praxisumfang auszubauen und mehr Behandlungsplätze anzubieten. Die Sprechstunde kann dafür den Zugang zur Psychotherapie verbessern und gerechter gestalten und zugleich zu einer stärkeren Vernetzung in der ambulanten Versorgung beitragen. Darüber hinaus bietet diese Reform auch die Chance, regional den Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung besser zu objektivieren und zu quantifizieren und damit zusätzliche Grundlagen für eine nächste Reform der Bedarfsplanung zu schaffen.

## Literatur

- Best, D. & Schäfer, S. (2013). Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. *Psychotherapie Aktuell*, 5 (4), 16-19.
- BPTK (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Verfügbar unter: [http://www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/BPTK-Studien/belastung\\_moderne\\_arbeitswelt/Wartezeiten\\_in\\_der\\_Psychotherapie/20110622\\_BPTK-Studie\\_Langfassung\\_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf) [17.07.2016].
- BPTK (2014). BPTK-Standpunkt: Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern. Konzept einer differenzierten psychotherapeutischen Versorgung. Verfügbar unter: [http://www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/BPTK-Standpunkte/differenziertes\\_Versorgungskonzept/20140613\\_bptk-standpunkt\\_differenziertes\\_versorgungskonzept.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Standpunkte/differenziertes_Versorgungskonzept/20140613_bptk-standpunkt_differenziertes_versorgungskonzept.pdf) [17.07.2016].
- BPTK (2016a). BPTK-Pressemitteilung: Gemeinsam arbeiten und mehr Behandlungen anbieten. G-BA erleichtert Jobsharing und Anstellung in psychotherapeutischen Praxen. Verfügbar unter: <http://www.bptk.de/presse/pressemitteilungen/einzelseite/artikel/gemeinsam-ar.html> [17.07.2016].
- BPTK (2016b). Stellungnahme der BPTK zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie. Verfügbar unter: <http://www.bptk.de/presse/pressemitteilungen/einzelseite/artikel/psychotherap-93.html> [17.07.2016].
- CDU, CSU und SPD (2013). Deutschlands Zukunft gestalten. Der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. Verfügbar unter: [https://www.bundesregierung.de/Content/DE/\\_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile) [17.07.2016].
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie. Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen. Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 27. November 2013. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier\\_GKV-SV\\_Ambulante\\_Psychotherapie.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_GKV-SV_Ambulante_Psychotherapie.pdf) [15.07.2016].
- Harfst, T. & Tophoven, C. (2013). Gute psychotherapeutische Versorgung – gesundheitspolitische Herausforderung für Schwarz-Rot. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 5, 24-28.
- Janssen, B.-I. & Malinke, S. (2013). Intelligente Koordinierungsstellen. *Ambulante Psychotherapie: Versorgung verbessern*. Ersatzkasse Magazin, 7/8. Verfügbar unter: <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2013-0708/fokus-ambulante-psychotherapie.html> [17.07.2016].
- Multmeier, J. (2014). *Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland – eine Kohortenbetrachtung der KBV*. Projekt Psychotherapie, 2, 12-22.
- Schütz, A. (2013). Mehr Gruppentherapie. *MEDITIMES*, 15 (3).



### Dipl.-Psych. Timo Harfst

Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
harfst@bptk.de

Dipl.-Psych. Timo Harfst, Psychologischer Psychotherapeut, ist stellvertretender Geschäftsführer und wissenschaftlicher Referent bei der Bundespsychotherapeutenkammer.



### Dr. phil. Alessa von Wolff

Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
wolff@bptk.de

Dr. phil. Alessa von Wolff, Psychologische Psychotherapeutin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Bundespsychotherapeutenkammer.

# Die Bedeutung der neuen Informations- und Kommunikationstechnologie für die Gestaltung des Patientenkontakts in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Michel Fröhlich-Gildhoff & Klaus Fröhlich-Gildhoff

**Zusammenfassung:** Der Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, wie neue elektronische Kommunikationsmedien den Kontakt zwischen Patientinnen und Patienten<sup>1</sup> im Kindes- und Jugendalter und Psychotherapeuten beeinflussen. Hierzu wurde eine Fragebogenuntersuchung mit 170 Psychotherapeuten durchgeführt, die sich unter anderem mit der Nutzung der verschiedenen elektronischen Kommunikationskanäle zu verschiedenen Zeitpunkten im therapeutischen Kontakt beschäftigt. Zudem wurden die neuen Möglichkeiten der Kontaktgestaltung bezüglich ihrer Nützlichkeit im Patientenkontakt bewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass die neuen elektronischen Medien in der Kommunikation zwischen Psychotherapeuten und Patienten eine zentrale Rolle spielen. Die Bewertung der neuen Kommunikationsformen zeigt kein eindeutiges Ergebnis, jedoch konnte festgestellt werden, dass die neuen elektronischen Kommunikationsmedien bei den Psychotherapeuten die Grenze zwischen Arbeit und Freizeit zunehmend verschwimmen lassen.

Neue elektronische Medien bzw. Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) – vom Smartphone über das Tablet bis zum Notebook – und die damit verbundenen Nutzungs- und Kommunikationsformen, insbesondere die sogenannten „Sozialen Netzwerke“ wie Facebook u. a. sowie die Kommunikation über die Nachrichtendienste, haben eine sehr große Bedeutung im Alltag und generell im Leben von Kindern und Jugendlichen.

So besitzt die große Mehrheit der Jugendlichen in Deutschland Mediengeräte und ist dadurch bei der Nutzung des Internets autonom. Nach eigenen Angaben haben 73% der 12- bis 19-jährigen Mädchen und 78% der Jungen einen eigenen Computer bzw. Laptop. Noch höher ist die Zahl der Smartphone-Besitzer (Mädchen: 90%, Jungen: 87%, mpfs, 2014a, S. 8). Unabhängig vom eigenen Gerätebesitz nutzen laut Klingler, Feierabend & Turecek (2015) 100% der 12- bis 20-Jährigen zumindest gelegentlich das Internet. Für diese Altersgruppe ist das Internet das Medium, auf das sie nach eigenen Angaben am wenigsten verzichten könnten (ebd. S. 201, 208). Ähnliche Tendenzen finden sich schon bei jüngeren Kindern: Der Anteil der Kinder, die das Internet täglich nutzen, liegt bei den 6- bis 7-Jährigen bei 15%, bei den 12- bis 13-Jährigen sind es schon viermal so viele (60%, mpfs 2014b, S. 33).

Zu den Auswirkungen der Mediennutzung ist ein heftiger Diskurs entbrannt, bei dem es im Wesentlichen um die Frage geht, ob durch die Medien-/Internetnutzung die Lernfähigkeit ab- sowie Lese- und Aufmerksamkeitsstörungen zunehmen, ob und wie sich die realen sozialen Kontakte verändern und

wie hoch das Suchtpotenzial der Mediennutzung ist. Dieser Diskurs kann an dieser Stelle nicht aufgearbeitet werden – einen guten Einblick gibt die Kontroverse um das provokativ formulierte Konstrukt der (drohenden) „Digitalen Demenz“ (Spitzer, 2012) in der „Psychologischen Rundschau“ (Appel & Schreiner, 2014, 2015; Spitzer, 2015); eine sorgfältige Betrachtung des Themas aus jugendpsychotherapeutischer Sicht finden sich etwa bei Labatzki (2013), Lehmkuhl und Fröhlich (2013) oder Appel (2016).

Der vorliegende Beitrag fokussiert die Frage, wie sich der Kontakt zwischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) und ihren (potenziellen) Patienten angesichts dieser hohen Bedeutung der Informationstechnologie gestaltet. Hierzu wird – nach einem kurzen Überblick über die Informationstechnologien im Feld der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Allgemeinen – eine Befragung von niedergelassenen KJP vorgestellt und diskutiert. Der Fokus des Beitrags liegt also auf den Behandelnden.

## Stand der Diskussion: Neue Medien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Das Thema „Neue Medien“ oder genauer „IKT und Psychotherapie“ wird in verschiedener Weise wissenschaftlich be-

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

handelt, wobei die meisten Publikationen die Zielgruppe der Erwachsenen fokussieren: Ott und Eichenberg (2003) unterteilen die gesundheitsbezogenen und gesundheitspsychologischen Aspekte der IKT aus psychologischer Sicht generell in (1) Information, (2) Intervention, (3) Beziehungsänderung, (4) (Unerwünschte) Nebeneffekte und (5) Forschung.

Das Internet bietet die Möglichkeit, schneller an *Informationen* über psychische – und natürlich auch körperliche – Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten zu gelangen, laut Berger (2009) geben 80% der Internetnutzer an, gesundheitsrelevante Informationen über das Internet bezogen zu haben. Eichenberg und Kienzle (2013) referieren eine Studie, bei der mittels Onlinefragebögen in NRW 234 Psychotherapeuten verschiedener Richtungen befragt wurden. Dabei gaben 64,4% an, dass Patienten heutzutage informierter seien, vor allem bezüglich potenzieller Diagnosen und Erfahrungen anderer Patienten. Nach Stetina & Krypsin-Exner (2009) sind „informierte PatientInnen aufwendiger, wollen aktiv an ihrer Behandlung teilnehmen und verlangen mehr Zeit, noch mehr Informationen und einen größeren Aufwand“ (ebd., S. 15).

In den Überblicken zur Mediennutzung bei *Interventionen* im Rahmen von Psychotherapie bei Eichenberg (2011), Eichenberg und Ott (2012) oder Kordy (2013) werden die Chancen, Risiken und Grenzen abgewogen, ohne dass es zu einer klaren Positionierung kommt; es fehlen hierzu insbesondere Daten von Langzeitstudien. Nach Wilhelm und Pfaltz (2009) ist der begleitende Einsatz von IKT eher im Rahmen von Verhaltenstherapien zu finden; computergestützte Psychotherapie gehört demnach bei vielen Verhaltenstherapeuten zum Alltag (E-Mail, Skype, Programme für „Hausaufgaben“). Moessner et al. (2008, S. 277) konstatierten gar, dass „dank der spezifischen Eigenschaften neuer Medien (...) Versorgungslücken erfolgreich gefüllt werden“ können.

Eine größere Zahl evaluierter Interventionsprojekte findet sich zum – begleitenden – Einsatz der IKT im Rahmen der Psychotherapie bei umschriebenen Störungsbildern, z. B. bei Essstörungen (Bauer & Moessner, 2013; Moessner et al., 2013; Zimmer et al., 2015). Wilhelm und Pfaltz (2009) führen in ihrem Übersichtsartikel Programme für weitere Störungsbilder auf. Die Evaluationen der Studien sind eher positiv, wenngleich fast ausnahmslos lediglich kleine Stichproben untersucht wurden.

Weitere Publikationen befassen sich mit Folgen der IKT-Nutzung – im Besonderen mit exzessivem Computerspielen, das als Abhängigkeitserkrankung verstanden wird – als Gegenstand bzw. Inhalt von Psychotherapien (z. B. Wölling & Müller, 2013; Lehmkuhl & Fröhlich, 2013).

Sehr wenige Informationen stehen zur Frage zur Verfügung, wie sich der *Kontakt* zwischen Psychotherapeut und Patient mittels IKT gestaltet. Lediglich in der schon zitierten Studie von Eichenberg und Kienzle (2013) gaben 92,4% der in NRW befragten Psychotherapeuten an, E-Mail-Kontakt anzubieten, welcher von 94% der Patienten genutzt wird, vor allem für

Formalitäten und als unterstützender Kontakt zwischen den Sitzungen; dies wurde größtenteils positiv bewertet. In dieser Studie korreliert die Nutzung der Medien mit der psychotherapeutischen Ausrichtung: Psychoanalytisch bzw. tiefenpsychologisch ausgebildete Psychotherapeuten nutzen die IKT zum Kontakt mit ihren erwachsenen Patienten deutlich seltener als Kollegen anderer Psychotherapierichtungen. Die Einstellung der Psychotherapeuten zu *Onlineberatungsangeboten* insgesamt konnte in der Summe als neutral betrachtet werden (je älter, desto negativer die Einstellung, je vertrauter mit dem Computer, desto positiver); hier zeigt sich kein Zusammenhang zwischen psychotherapeutischer Ausrichtung und Einstellung zu Onlineberatung.

Es ließen sich keine Untersuchungen identifizieren, die spezifisch die Kontaktgestaltung zwischen Kindern/Jugendlichen und Psychotherapeuten zum Gegenstand haben – wobei Seiffge-Krenke (2013, S.179) unspezifisch konstatiert, dass „die neuen Medien (...) als drittes Objekt sowohl in die Diagnostik als auch in die Behandlungstechnik eingreifen“. Vor dem Hintergrund des hohen Nutzungsgrades der IKT durch Jugendliche ist es von Interesse zu wissen, *wie* mit dieser Zielgruppe Kontakte im Rahmen von Psychotherapie mithilfe der neuen Medien gestaltet werden. Dies betrifft folgende Themen: (a) Kontaktaufnahme/Anbahnung Erstkontakt, (b) Kontakte während der Psychotherapie, (c) Vereinbarungen bei Krisen, (d) Bedeutung für das Erleben des Behandelnden und (e) mögliche Auswirkungen auf das Beziehungsgeschehen. Darüber hinaus ist die Frage interessant, ob sich der o. g. Zusammenhang zwischen Kontaktgestaltung und psychotherapeutischer Ausrichtung auch bei KJP wiederfinden lässt.

## Forschungsfragen

Wesentliches Ziel der hier vorgestellten Untersuchung war es, einen breiteren Einblick in die Kontaktgestaltung zwischen jugendlichen und jungen erwachsenen Patienten (Altersgruppe 13 bis 21 Jahre) und KJP zu gewinnen. Dies führte zu folgenden Einzelfragestellungen:

- A) Welche Kommunikationskanäle werden bei der *Kontaktaufnahme* genutzt?
- B) Welche Kommunikationskanäle werden im *Verlauf* der Psychotherapie genutzt? Werden die IKT-Medien in besonderer Weise in der Psychotherapie genutzt?
- C) Wie verändern sich *Kontaktverhalten* und *Kontaktintensität* bei Nutzung der IKT? Werden von den KJP Zusammenhänge zwischen Mediennutzung und bestimmten Patiententypen beobachtet?
- D) Wie werden die erweiterten Formen der Kontaktgestaltung mittels IKT von den Psychotherapeuten *erlebt und bewertet*?
- E) Welche Auswirkungen ergeben sich auf die *Arbeitszeiten* und *-gestaltung*?

F) Gibt es *Zusammenhänge* zwischen soziobiografischen Daten bzw. therapeutischer Orientierung der Psychotherapeuten einerseits und der Nutzung der IKT andererseits?

Ziel der Untersuchung war es also *nicht*, in differenzierter Weise zu erfassen, ob und welche inhaltlichen Aspekte der Nutzung der IKT – z. B. der Umgang mit Computerspielen oder die Art der Selbstdarstellung in den Netzwerken – zum Gegenstand in psychotherapeutischen Prozessen werden und wie damit umgegangen wird.

## Untersuchungsdesign

Um einen breiteren Überblick über die Formen der Kontaktgestaltung zu erlangen, wurde ein quantitatives Untersuchungsdesign gewählt. Es wurde – orientiert an den Forschungsfragen und den wenigen Hinweisen aus Studien in der Erwachsenenpsychotherapie – ein Fragebogen mit zunächst 18 Items (14 geschlossene, vier offene Fragen) entwickelt. Dieser Fragebogen wurde in einem Pretest mit elf erfahrenen Psychotherapeuten unterschiedlicher theoretischer Orientierung erprobt und nach deren Rückmeldungen überarbeitet. So entstand die Endfassung mit insgesamt 20 Items (17 geschlossene Fragen, von denen drei die Möglichkeit zu weiteren inhaltlichen Angaben boten; drei offene Fragen), einer Möglichkeit, weitere Anmerkungen zu formulieren und Fragen zur Erfassung der wesentlichen soziobiografischen Daten (Alter, Berufserfahrung, Umfang der Tätigkeit mit Jugendlichen, therapeutische Grundorientierung(en)).

Die Fragebögen wurden über die „großen“ Berufsverbände im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie<sup>2</sup> verteilt. Dazu wurden die Vorstände angeschrieben und gebeten, die Informationen zum Fragebogen an die jeweiligen Mitglieder weiterzugeben. Es wurden auch drei regionale Psychotherapeutenkammern angeschrieben mit der Bitte zur Weitergabe der Fragebögen – nach klaren Absagen (als Gründe wurden Arbeitsbelastung und Datenschutz angegeben) wurden hier keine weiteren Versuche unternommen.

Es gab die Möglichkeit, die Fragebögen in Papierform auszufüllen (schriftliches Anfordern beim Forschungsinstitut [Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg, ZfKJ] oder Herunterladen von der ZfKJ-Homepage) und ausgefüllt an das ZfKJ per Post zu senden, einen ausgefüllten Fragebogen per E-Mail an das ZfKJ zu schicken oder den Bogen in einer Onlineversion zu bearbeiten. Die (potenziellen) Teilnehmer hatten drei Monate Zeit, den Fragebogen zu beantworten; dann wurde das Onlineportal geschlossen.

Die geschlossenen Fragen wurden deskriptiv mit dem Statistikprogramm SPSS 19.0, die offenen Fragen wurden inhaltsanalytisch nach der Methode von Mayring (2010) ausgewertet.

Die **Stichprobe** bestand aus 170 KJP, die den Fragebogen verwertbar ausfüllten. Von diesen 170 Fragebögen wurden 106 (62,3%) online ausgefüllt, 54 (31,8%) als Papierversion bearbeitet und weitere 10 (5,9%) wurden als E-Mail-Anhang geschickt. In der Onlineversion hatten weitere 43 Personen den Fragebogen angefangen auszufüllen, jedoch nach ein oder zwei Seiten abgebrochen; dies sind 20,2% der Ursprungstichprobe von n = 213.

Das durchschnittliche Alter der Antwortenden (im Folgenden: Teilnehmende, TN, der Untersuchung) betrug 50,63 Jahre (n = 170 Befragte). Dabei war der/die jüngste TN (Minimum) 29 Jahre alt und der/die älteste (Maximum) 74 Jahre. 70,4% der TN waren weiblich, 39,6% männlich.

Die durchschnittliche Berufserfahrung der Befragten betrug 16,45 Jahre. Die minimale Berufserfahrung eines TN wies ein Jahr auf und die maximale 40 Jahre.

Die durchschnittliche Stundenanzahl an wöchentlichen Psychotherapien mit Jugendlichen betrug 15,73 Stunden pro Woche (Spanne: eine bis 40 Stunden).

Die Frage nach der Psychotherapierichtung ergab folgendes Bild (Mehrfachantworten waren möglich, da eine Reihe von Psychotherapeuten ja mehrere Therapieausbildungen absolviert hat oder auch mehrere Verfahren anwendet, 62% der Befragten gaben mehr als eine Psychotherapierichtung an):

■ Psychoanalyse	41,8% (71 Antworten von 170)
■ Tiefenpsychologisch fundierte Therapie	65,3% (111 Antworten)
■ Verhaltenstherapie	42,7% (42 Antworten)
■ Personenzentrierte Therapie	8,2% (14 Antworten)
■ Systemische Therapie	12,9% (22 Antworten)
■ Anderes (z. B. Gestalttherapie, Traumatherapie)	10,6% (18 Antworten)

Die TN gaben weiterhin an, privat folgende Kommunikationskanäle bevorzugt zu nutzen:

■ E-Mail:	29,7%
■ Telefon: <sup>3</sup>	40,6%

<sup>2</sup> Berufsverband der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (bkj), Ki-Ju-Therapiegruppe der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), Vereinigung der analytischen Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (VaKJP), Verband der deutschsprachigen Personenzentrierten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Für die vierte zentrale Psychotherapierichtung, die Systemische Therapie, konnte kein entsprechender Verband recherchiert werden. Die Angeschriebenen machten Zusagen, die Fragebögen weiterzugeben, dies konnte z. T. durch entsprechende Rundschreiben rückverfolgt werden. Da keine Zahlen zu den Mitgliedern der Verbände vorlagen, konnte die potenzielle Grundgesamtheit auch nicht präzise bestimmt werden; diese dürfte geschätzt bei 1.500 liegen.

<sup>3</sup> Bei dieser Frage wurde nicht zwischen der Festnetz- und Mobiltelefonnutzung differenziert.

■ Facebook:	0,5%
■ WhatsApp:	15,3%
■ SMS:	9,6%
■ Twitter:	0,1%
■ Anderes:	2,9%

## Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich im Wesentlichen an den o. g. Fragen (A bis F).

### A) Erstkontakt

Von den Befragten gaben 79,4% an, dass in der Regel der Erstkontakt per Festnetztelefon stattfindet, gefolgt von E-Mail (8,8%) und persönlicher Begegnung (3,6%); Facebook (0,6%) und Homepage sind nahezu bedeutungslos. „Andere Wege“ der Kontaktaufnahme gaben 6,3% an; 14 von 170 TN machten keine Angaben.

Auf die Frage, ob und welche Auswirkungen das Medium auf die Antwortzeit habe, beantworteten 150 TN der Studie (dies entspricht 88,2% aller TN): 119 von ihnen (79,3% – als valide Prozent<sup>4</sup>) gaben an, die Art der Kontaktaufnahme hätte keine Auswirkungen auf die Antwortzeit, 31 (20,7%) der Befragten antworteten mit Ja.

Diesen mit Ja antwortenden TN wurde weitergehend die Frage gestellt, *welche Auswirkung* dies habe (bei der Analyse wurden Mehrfachnennungen berücksichtigt). Zwei Drittel dieser Gruppe gaben dabei an, dass die Kontaktaufnahme allgemein schneller erfolgt, jeweils spielen E-Mails eine besondere Rolle (15 Befragte betonten hier Vorteile: „es geht schneller“, „Mails kann man auch mal zwischendurch beantworten“, „SMS und Mails beantworte ich eher schneller, weil ich da die Antwortzeit besser timen kann“). Die anderen Antworten zeigten eine Präferenz der „klassischen“ Medien: So wurde betont, dass mit dem Telefon eine „prompte“ Antwort gegeben würden, der Anrufbeantworter würde stündlich bzw. „täglich mehrfach“ abgehört. Vier Befragte äußerten, die Kommunikation sei „langsamer“ geworden, dies liege vor allem daran, dass E-Mails nicht regelmäßig abgerufen würden. Ebenso wurde in dieser Gruppe die Bedeutung der (telefonischen) Sprechzeiten hervorgehoben.

### B) Formen des Kontakts während des laufenden Therapieprozesses (außerhalb der Psychotherapiestunden)

#### Bevorzugte Formen des Kontakts

Die Psychotherapeuten wurden zunächst befragt, wie sie selbst bevorzugt mit den jugendlichen Patienten außerhalb der Psychotherapiestunden Kontakt aufnehmen und wie dies

Kontaktmedium	Bevorzugt von Psychotherapeuten (Angaben in %) (N = 155 gültige Antworten)	Bevorzugt von jugendlichen Patienten (Angaben in %) (N = 155 gültige Antworten)	Kontakt-aufnahme-Angebote der Psychotherapeuten bei Krisen (Mehrfachnennungen möglich!) (Angaben in %)
Telefon	57,4	52,6	83,5 (Diensttelefon) 38,8 (Handy privat) 16,5 (Privattelefon)
E-Mail	10,2	14,2	53,5
SMS	11,2	20,3	50,6
WhatsApp	5,8	12,4	22,4
Facebook	0,3	0,1	
Skype	0,1	0,1	
Persönlich	14,7		27,6
Anderes	1,1	0,7	2,9

Tabellen: Bevorzugte Kontaktaufnahme während des Therapieprozesses.

seitens der Jugendlichen erfolgt. Dies lässt wie in der Tabelle aufgeführt gegenüberstellen:

Bei der Analyse möglicher Zusammenhänge bevorzugter Kontaktformen von Psychotherapeuten und Patienten fand sich allein eine signifikante Korrelation (jeweils: Pearson Korrelationskoeffizient) ( $r = .592$ ;  $p < .0001$ ) beim Medium E-Mail.

Erwartungsgemäß sind die Kontaktangebote der Psychotherapeuten bei Krisen deutlich vielfältiger und es werden Zugangswege eröffnet, die professionell bedeutsam sind und eine Ausweitung des psychotherapeutischen Angebots darstellen, zugleich in den Bereich privater Zeitgestaltung hineinragen.

#### Ermöglichung des Kontakts außerhalb der regelmäßigen Psychotherapiestunden

Von den Befragten (152 gültige, also vollständig ausgefüllte Antworten von 170) gaben 59,2% an, ihren Patienten die Möglichkeit zu geben, außerhalb der regelmäßigen Psychotherapiestunde Fragen, Probleme, Erlebnisse über neue Medien (E-Mail, SMS, Facebook, WhatsApp) mitzuteilen; 40,8% ermöglichen dies nicht.

Diese Möglichkeit des inhaltlichen Austauschs würden zu meist „nie“ (8,6%) oder „selten“ (74,3%) genutzt; lediglich 15,2% der TN berichteten, dass ein solcher Austausch „häufig“ (15,2%) bzw. „sehr häufig“ (1,9%) vorkomme.

<sup>4</sup> „Valide Prozent“ bedeutet, dass die Anzahl der Befragten, die die jeweilige Frage auch beantwortet haben, als 100% genommen wird.

Die Psychotherapeuten antworten – zumeist mittels des gleichen Mediums – „am selben Tag“ (53,6%) oder „innerhalb der nächsten 2-3 Tage“ (35,1%). Nur 11,3% der Befragten beantworten die Themen dann ausschließlich „in der nächsten Therapiestunde“. Die Antwortzeit wird vor allem von der Dringlichkeit des Problems (40,2% der Antworten) bzw. der eigenen verfügbaren Zeit (47,1%), weniger vom Patienten (10,8%) beeinflusst.

### C) Veränderungen des Kontaktverhaltens und der Kontaktintensität bei Nutzung der IKT

Durch die Nutzung der IKT werden von 88,2% der Befragten (n = 150) Veränderungen im *Kontaktverhalten* erlebt, lediglich 11,8% (n = 20) beantworteten die entsprechende Frage mit Nein.

Folgenden Veränderungsformen wurde zugestimmt (prozentualer Anteil der Zustimmungen in der Gruppe derjenigen, die angeben, allgemein Veränderungen zu erleben [n = 150]; Mehrfachnennungen möglich):

■ schnellere Kommunikation	58,2%
■ Kommunikation ohne Eltern ist erleichtert	38,2%
■ Hemmschwelle zur Kommunikation verringert	31,8%
■ Gefühl dauerhafter Verfügbarkeit	28,2%
■ erschwerte Abgrenzung zum Patienten	22,4%
■ intensivere Kommunikation	9,4%
■ Sonstiges	9,8%

Die befragten Psychotherapeuten nehmen zudem tendenziell eine quantitative Zunahme der *Kontaktintensität* wahr, wie in der Abbildung dargestellt:

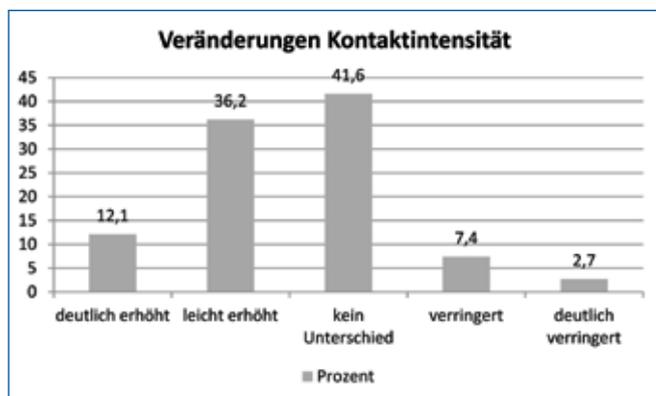


Abbildung: Veränderungen der quantitativen Kontaktintensität im Zusammenhang mit der IKT.

Die TN wurden zudem gefragt, ob es *bestimmte Patiententypen* („*Störungsbilder*“)/*Alterstypen* gibt, die in bestimmter Weise kommunizieren. Diese Frage wurde von 82,4% aller TN beantwortet. Von diesen 140 TN antwor-

teten 74 mit Nein (52,9%; valide Prozent) und 66 mit Ja (47,1%).

Bei der Antwortalternative „Ja“ wurde weitergehend gefragt, welche besonderen Alters- bzw. Patiententypen in bestimmter Weise kommunizieren. Zusammengefasst zeigten sich folgende Tendenzen:

- **Alter:** Je älter die Patienten werden, desto öfter werden die neuen Medien genutzt.
- **Geschlecht:** Das Geschlecht spielt in der Regel bei der Nutzung im Zusammenhang mit Jugendlichenpsychotherapie keine besondere Bedeutung.
- **Störungsbild:** Fast die Hälfte der Antwortenden gab an, dass Patienten mit „Frühen Störungen“, „Strukturstörungen“ oder „Grenzstörungen“ – unter diesen Kategorien wurden auch Bindungsstörungen, Borderline-Störungen, dissoziative Störungen sowie emotionale instabile Persönlichkeitsstörungen genannt – in besonderer Weise mit und über die elektronischen Medien kommunizieren würden. Es würde stark getestet, ob das Kontaktangebot wirklich stimme, ob man sich auf den Psychotherapeuten verlassen könne. In einigen Äußerungen wurde betont, dass die neuen Medien „mehr Agierfeld“ bieten würden: *„Ich gehe davon aus, dass neue Medien mehr Agierfeld bieten. Jugendliche und strukturschwache Patienten könnten sich verstärkt angesprochen fühlen.“*

### D) Erleben der Möglichkeiten der Kontaktgestaltung mit den neuen Kommunikationsmedien

*Generell* erleben 20,5% der Antwortenden (n = 151) die Möglichkeiten der erweiterten Kontaktgestaltung als „sehr hilfreich“, 45,7% sehen sie als „hilfreich“ an – 17,2% beschrieben „keinen Unterschied“. Demgegenüber empfinden 15,9% die neuen Formen als „erschwerend“ oder „sehr erschwerend“ (0,7%); auf der fünfstufigen Skala (sehr hilfreich = 1; sehr erschwerend = 5) entspricht dies einem Mittelwert von 2.01 (SD = 0.993). Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Nutzung der einzelnen Medien zur Kontaktgestaltung außerhalb der regelmäßigen Psychotherapiesitzungen und dem Erleben der Kontaktgestaltung fällt auf, dass eine hohe signifikante Korrelation zwischen positivem Erleben der Kontaktgestaltung und der Nutzung des Mediums Telefon besteht ( $r = .586$ ;  $p > 0.05$ ).

Die *Möglichkeiten der Terminvereinbarung* mittels der neuen IKT werden von 21,5% der Befragten als „deutlich erleichtert“ bzw. von 43,6% „erleichtert“ erlebt. Eine deutliche Minderheit sieht dies „erschwert“ (13,4%) bzw. „sehr erschwert“ (0,7%); 20,8% erleben „keinen Unterschied“. Auf der fünfstufigen Skala (deutlich erleichtert = 1; deutlich erschwert = 5) ergibt sich ein Mittelwert von 2.28 (SD = 0.973).

Zusammenfassend wird aufgrund der quantitativen Daten deutlich, dass eine große Mehrheit der Befragten, nahezu

zwei Drittel, die neuen Medien als „hilfreich“ oder „erleichternd“ bei der Kontaktgestaltung ansehen.

Die *Termineinhaltung* wird von 2,6% der TN als „deutlich schlechter“ bzw. „schlechter“ (17,2%) erlebt. Während 53,6% „keinen Unterschied“ wahrnehmen, äußerten 22,5%, die Termineinhaltung sei „zuverlässiger“ bzw. „viel zuverlässiger“ (4%). Auf der fünfstufigen Skala („deutlich schlechter“ = 1; „viel zuverlässiger“ = 5) ergibt sich ein Mittelwert von 3.08 (SD = 0.813).

Auf die anschließende offene Frage, *warum die erweiterten Möglichkeiten der Kontaktgestaltung die Terminvereinbarung erschweren oder erleichtern*, antworteten 59 TN der Studie, dies sind 34,7% der Gesamtgruppe. Es kam zu einer Reihe von Mehrfachnennungen; insgesamt ließen sich fünf Kategorien differenzieren:

- (1) Eine *generell positive Einschätzung* der erweiterten Möglichkeiten der Kontaktgestaltung gab die große Mehrheit derjenigen ab, die die offenen Fragen bearbeiteten: Es wurde eine Reihe von Vorteilen beschrieben – so wurde betont, man sei „jederzeit und kurzfristig erreichbar“, „die eigene Flexibilität ist gestiegen“, „Absprachen sind möglich auch wenn man nicht direkt erreichbar ist“.
- (2) *Veränderung der eigenen Arbeitsweise*: „E-Mails werden tendenziell etwas eher beantwortet, da ich die auch zwischen Therapiepausen oder beim Warten auf (verspätete) Patienten schnell beantworten kann. Rückrufe am Tel. sind zeitaufwändiger und werden eher in Phasen geschoben, in denen ich mehr als 10 min. Pause habe, um dann auch mit den Pat. ggf. länger sprechen zu können“. Dies bezieht sich auch auf die wechselseitige Erreichbarkeit, so würden „vergebliche Telefonate entfallen“.
- (3) *Vorteile für die Patienten*: Die digitale Kommunikation über verschiedene Kanäle sei *das* Medium der Jugendlichen, diese fühlten sich dadurch auch „persönlich angesprochen“. Es sei zudem einfacher als per Telefon, schriftlich den Kontakt zu gestalten, manche hätten Angst vor dem Anrufbeantworter; das Schreiben von E-Mails, SMS oder WhatsApp bedeutet eine niedrigere Hemmschwelle.
- (4) *Probleme der Kommunikation* über die neuen Medien beschrieb eine Minderheit der Befragten: Es ergäbe sich eine „erhöhte Anzahl von Absprachen“, es käme zu einem „oft unproduktiven Hin-und-her-Schreiben“ und die „viel größere Anzahl an Kommunikationskanälen“ würde mehr Aufwand bringen. Um damit umzugehen, brauche es entweder klare Regeln oder Rahmenbedingungen.
- (5) *Bedeutung des „klassischen“ Festnetztelefons*: Ein geringer Teil der Studienteilnehmer betonte die Bedeutung dieses Kontaktmediums; so berichteten fünf Befragte, dass Anmeldungen nur telefonisch erfolgen sollten, und vier beschrieben, dass sie nur den Festnetzanschluss der Praxis nutzen, „Terminabsprachen laufen nur telefonisch“.

## E) Erlebte Auswirkungen auf die persönliche Zeit(gestaltung) der Psychotherapeuten

Die Zunahme der Kontaktintensität durch die erweiterten Möglichkeiten der IKT und die von einem Teil der Psychotherapeuten geschilderte „erschwerete Abgrenzung“ sowie das Sinken der „Hemmschwelle zur Kommunikation“ haben Auswirkungen auf die persönliche Zeit(gestaltung) der Psychotherapeuten. Von den 150 TN der Studie (88,2% der Gesamtstichprobe), die die entsprechende Frage bearbeiteten, antworteten 74 mit Nein (49,3%) – sie würden keine Auswirkungen erleben – und 76 mit Ja (50,7%).

Diejenigen, die mit Ja geantwortet hatten, wurden gebeten, mögliche Auswirkungen zu beschreiben. Hierzu gab es insgesamt 97 Äußerungen: 18 Befragte beschrieben eine *Erleichterung*, so sei die Zeitznutzung effektiver („keine langen Telefonate“, „weniger Ausfallzeiten“) und mehr Flexibilität gegeben („ich kann SMS und WhatsApp von überall senden“, es gäbe „weniger Stress durch Rückrufe“). Dies wird als positive Auswirkung erlebt und korrespondiert mit dem statistisch signifikanten Zusammenhang, in dem das „klassische“ (Festnetz)Telefon als „nicht schnelle“ Kommunikationsmöglichkeit beschrieben wird (Korrelation zwischen Festnetztelefonnutzung und bewerteter „Schnelligkeit“ der Kommunikation:  $r = -.406$ ;  $p < .001$ ).

Insgesamt 16 Befragte sahen *gleichermaßen Vor- und Nachteile* durch die Kommunikation über die neuen Medien. So gäbe es eine „geringe Mehrbeanspruchung“, die aber „in Ordnung“ sei, „man könne bei Krisen schneller in Kontakt kommen“, auch wenn dies zeitweilig belastend wäre.

Insgesamt 46 Äußerungen der Befragten hatten *negative Aspekte* zum Gegenstand, davon beschrieben drei Viertel, dass die Verfügbarkeit erhöht sei: So würde man „zu Zeiten kommunizieren, zu denen man nicht telefonieren würde“, dies sei „außerhalb der normalen Arbeitszeit“, es käme zu „Unterbrechungen im Privaten“, „man ist mehr oder weniger gezwungen, immer mal aufs Handy zu schauen“. Zugleich wird erlebt, dass eine „schnelle Antwort erwartet“ wird; die Ansprüche der Patienten würden steigen. Einige Befragte äußerten, dass es aufwendig sei, alle Medien („viel mehr Kommunikationskanäle“) zu bedienen, dies würde mehr Zeit kosten. Ebenso wurde beschrieben, dass die „Abgrenzung mehr Mühe kostet“. Das sei in Krisen akzeptabel, aber insgesamt sei damit ein bewusstes Umgehen nötig.

Die Befragten wurden weitergehend gebeten, die erlebten *Auswirkungen zu bewerten*. Dies taten 63 TN (das sind 37% der Befragten insgesamt bzw. 82,9% derjenigen, die die Frage nach den Auswirkungen mit Ja beantwortet hatten). Auch dabei zeigten sich drei unterscheidbare Antwortrichtungen:

- (1) Die Auswirkungen wurden *positiv bewertet*: Die Vorteile würden überwiegen – „dies kommt den Jugendlichen entgegen“, es sei „entlastend wegen der Zeitersparnis“.

Ein Teil der Befragten meinte, dies „gehört zum Job“, man müsse es mitmachen, weil das für die Jugendlichen die normale Kommunikation sei.

- (2) Die Auswirkungen wurden *ambivalent* erlebt. So müsse man einen „Mittelweg finden bzgl. der Verfügbarkeit“, die Abgrenzung sei wichtig, „der Erreichbarkeitsfilter bleibt ein Problem“.
- (3) Ebenso wurden die *negativen Auswirkungen* betont; dies betraf die „permanente Abgrenzung“, auch würden „Missverständnisse leicht entstehen“, drei Befragte gaben an, dass diese Zeit „nicht bezahlt wird“.

## F) Zusammenhänge zwischen Psychotherapeutenmerkmalen, der Kontaktgestaltung und dem Belastungserleben

Entsprechend der Forschungsfragen wurde versucht, aus den Daten korrelative Zusammenhänge zwischen der Kontaktgestaltung und Psychotherapeutenvariablen – also den im Fragebogen erhobenen soziobiografischen Daten – abzuleiten. Die Korrelationsanalysen erbrachten folgende Resultate:

- Es konnte kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen psychotherapeutischer Grundorientierung und Mediennutzung im Kontakt mit den jugendlichen Patienten festgestellt werden.
- Ebenso gibt es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter der Psychotherapeuten und erlebten Auswirkungen durch die veränderte Kontaktgestaltung über die IKT.
- Es fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der persönlichen Nutzung der IKT und den erlebten Auswirkungen auf die persönlichen Zeitressourcen.
- Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der persönlichen Nutzung/Präferenz unterschiedlicher Medien (Telefon, E-Mail, SMS, Facebook, WhatsApp) einerseits und der Nutzung dieser Medien im Kontakt mit den Patienten insbesondere außerhalb der Psychotherapiesitzungen konnten keine eindeutigen, statistisch relevanten Korrelationen festgestellt werden. Allerdings zeigen sich tendenziell drei „Kommunikationsmuster“ in der Gruppe der Psychotherapeuten, die sich im persönlichen wie beruflichen Bereich in gleicher Weise identifizieren lassen: Eine Gruppe bevorzugt privat wie beruflich das Telefon, eine weitere bevorzugt die Kommunikation per E-Mail und eine dritte nutzt besonders häufig WhatsApp bzw. Facebook. Korrespondierend wird die entsprechende Kommunikationsform mit den jugendlichen Patienten präferiert. Die beschriebenen Kommunikationsmuster sind als erste qualitative Hinweise für weitere Untersuchungen zu verstehen, sie ließen sich jedoch als Cluster statistisch nicht eindeutig abbilden.

## Zusammenfassende Diskussion

Die referierte Untersuchung befasste sich mit der Frage, wie sich der Kontakt zwischen KJP und ihren (potenziellen) Patienten angesichts der hohen Bedeutung der IKT im Jugendalter – aus der Perspektive der Behandelnden – gestaltet. Dazu wurde ein Fragebogen entwickelt, KJP wurden über die Berufsverbände unterschiedlicher Psychotherapierichtungen zur Beteiligung an der Studie angesprochen. Die Stichprobe umfasste 170 Teilnehmer (70,4% weiblich, 29,6% männlich) mit differierenden psychotherapeutischen Orientierungen und einer breiten Altersspanne.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Kommunikation mittels der IKT zwischen KJP und ihren jugendlichen Patienten eine große Bedeutung gewonnen hat. Zwar findet der Erstkontakt in der Regel immer noch per Festnetztelefon (79,4% der Fälle) statt, aber bei fast einem Drittel der Psychotherapeuten und nahezu der Hälfte der Patienten sind E-Mail, SMS und WhatsApp die bevorzugten Kommunikationsformen außerhalb der regelmäßigen Psychotherapiesitzungen.

Die befragten Psychotherapeuten bewerteten die Möglichkeiten der neuen Medien insbesondere zur Terminabsprache in weitaus überwiegender Zahl als positiv, bei Krisen sind diese Medien neben dem Telefon ein sehr etabliertes Kommunikationsmittel.

Die Kommunikation per IKT zwischen den Sitzungen wird unterschiedlich genutzt und bewertet: Knapp 60% der Psychotherapeuten bieten ihren Patienten diese Möglichkeit grundsätzlich an, allerdings würden vier Fünftel der Patienten dies nicht oder nur selten nutzen. Wenn die Patienten sich melden, erfolgt zumeist eine schnelle Antwort am selben Tag (53,6%) oder innerhalb der nächsten zwei bis drei Tage (35,1%).

Die Psychotherapeuten erleben die Gestaltung der Kontakte mittels der neuen IKT überwiegend positiv, v. a. weil dadurch eine leichtere Terminvereinbarung möglich sei. Zugleich gibt die Hälfte der Befragten an, dass die Kontaktintensität gestiegen ist und eine erhöhte zeitliche Belastung erlebt wird. Die Nutzung der IKT zu Beginn, aber stärker noch im Verlauf einer Psychotherapie erweitert also einerseits das psychotherapeutische Kontakt- und Beziehungsangebot. Andererseits kann diese Ausweitung zu einer Vermischung von berufsbezogener Zeit und Privatzeit führen: Es ist mehr (innerpsychischer) „Aufwand“ nötig, um sich abzugrenzen und Berufliches und Privates zu trennen. Dies gilt im Besonderen in der Arbeit mit Patienten mit „Frühen Störungen“, „Strukturstörungen“ oder „Grenzstörungen“.

In der Untersuchung konnten keine Zusammenhänge zwischen soziobiografischen Daten bzw. psychotherapeutischer Orientierung der Psychotherapeuten einerseits und der Nutzung der IKT andererseits festgestellt werden – dies ist ein Unterschied zu den Daten einer vergleichbaren Studie im Erwachsenenbereich (Eichenberg & Kienzle, 2013).

Die deutlich gestiegene Nutzung der IKT hat berufsrechtliche Implikationen, die im Rahmen der hier referierten Studie nicht untersucht wurden, allerdings von Bedeutung sind: Die Kommunikation über E-Mail, SMS und besonders WhatsApp sowie Facebook ist unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes bedenklich und muss in Aus- wie Weiterbildungen (und im Fachdiskurs!) sorgfältig reflektiert werden. Ebenso betrifft die Nutzung der IKT auch vertragliche Fragen wie etwa: Ist die Absage eines Termins per SMS ausreichend? (Wie) sind die häufigeren „Zwischenkontakte“ – z. B. per E-Mail – abrechenbar?

Die vorliegende Untersuchung vermittelt einen ersten Einblick in die Kontaktgestaltung per IKT in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Sie ist allerdings in dreifacher Weise limitiert:

- Die Zahl der Befragten ist relativ gering – auch wenn ein breiteres Spektrum von Psychotherapeuten beteiligt war. Die meisten Studienteilnehmer haben den Onlinefragebogen beantwortet – hier kann eine Verzerrung durch die „Online-Affinität“ der Antwortenden erfolgt sein.

- Es wurde nur die Sicht der Psychotherapeuten erhoben – interessant wäre eine „Spiegelung“ durch die Erfahrungen der Jugendlichen.
- Es wurden nur quantitative Daten erhoben, die zwar einen breiten Überblick ermöglichen, aber eben keine tieferen Analysen des Erlebens der Psychotherapeuten. Erste interessante Hinweise hierzu lieferten die offenen Fragen, die qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet wurden.

Vor diesem Hintergrund können Folgestudien sinnvoll sein, die mit qualitativen Methoden auch das Erleben – und die Wünsche – der jugendlichen Patienten erfassen; ebenso könnte man die Nutzung der IKT im Verlauf des psychotherapeutischen Prozesses – auch in seiner Wirkung auf das Beziehungsgeschehen – tiefergehend analysieren.

Nicht zuletzt erscheint es angesichts der breiten Nutzung der IKT nötig, diese in psychotherapeutischen Ausbildungszusammenhängen regelhaft zu thematisieren und in Supervisions- wie Reflexionszusammenhänge deutlich einzubeziehen.

## Literatur

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



**Michel Fröhlich-Gildhoff**

[mfgildhoff@gmail.com](mailto:mfgildhoff@gmail.com)

Michel Fröhlich-Gildhoff, B. Sc. in Sport- und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen und B. Sc. in Psychologie an der FU Berlin, ist aktuell neben seinem Masterstudium der Psychologie an der Universität Innsbruck als Pädagoge in der Kinder- und Jugendpsychiatrie „Klinik Haus Vogt“ in Titisee-Neustadt tätig.



**Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff**

### Korrespondenzadresse:

Evangelische Hochschule Freiburg  
Bugginger Str. 38  
79114 Freiburg  
[froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de](mailto:froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de)

Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, ist seit 2002 hauptamtlicher Dozent für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der Evangelischen Hochschule (EH) Freiburg und Co-Leiter des Zentrums für Kinder- und Jugendforschung an der EH Freiburg. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Jugendhilfe, Pädagogik der Frühen Kindheit, Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen.

# Wann ist Trauer eine psychische Erkrankung?

Trauer als diagnostisches Kriterium in der ICD-11 und im DSM-5

Birgit Wagner

**Zusammenfassung:** Der Verlust einer nahestehenden Person hat in der Regel einen normalen und nicht pathologisch verlaufenden Trauerprozess zur Folge. Die Reaktionen auf einen Verlust können sowohl kulturell als auch individuell sehr unterschiedlich erlebt werden und nur ein kleiner Teil der Trauernden zeigt eine pathologische Symptomatik, welche zu einer Einschränkung in sozialen und anderen wichtigen Lebensbereichen führt. Die Aufhebung der Trauer als Exklusionskriterium bei der Depression im DSM-5 hat eine kritische Diskussion initiiert. Für die neue Ausgabe der ICD-11 wird aktuell die Aufnahme der lang anhaltenden Trauer als eigenständiges Krankheitsbild geplant, welches sich von der Depression, posttraumatischen Belastungsstörung oder Anpassungsstörung unterscheidet. Dennoch stellen eine Reihe von offenen Fragen wichtige Beiträge in der Debatte für eine anhaltende Trauerstörung als Diagnose. Ab wann ist Trauer eine psychische Erkrankung? Inwieweit unterscheiden sich normale von pathologischen Trauerverläufen? Der Artikel beschreibt den aktuellen Forschungsstand zum Thema Trauer als psychische Erkrankung in Abgrenzung zu normalen Trauerreaktionen.

## Einführung

Der Tod einer nahestehenden Person kann eine erschütternde Lebenserfahrung sein, welche unter Umständen einen langfristigen oder lebenslangen Adaptionsprozess zur Folge haben kann. Die wahrgenommene Trennung von der verstorbenen Person ist eine der intensivsten Trauerreaktionen, welche nicht nur psychisch, sondern auch körperlich von den Trauernden erlebt werden kann. Dieser intensive Trennungsschmerz wird häufig von einer starken Sehnsucht nach der verstorbenen Person begleitet. Physiologische Untersuchungen konnten aufzeigen, dass insbesondere in den ersten Tagen und Wochen nach dem Tod die Trauerreaktionen einem Stress-Reaktions-Modell zugeordnet werden können (O'Connor & Arizmendi, 2013) und sich nicht von anderen belastenden Lebensereignissen (z. B. traumatischer Stress) unterscheiden. Sowohl eine erhöhte Herzrate und erhöhte Kortisolwerte als auch erhöhte Blutdruckwerte konnten in den ersten zwei Wochen nach dem Verlust nachgewiesen werden (Buckley et al., 2011; O'Connor, 2012). Erst in den Wochen und Monaten nach dem Tod normalisiert sich das Stresserleben und nimmt über den Verlauf des Trauerprozesses kontinuierlich ab.

Der normale Trauerprozess wurde in einer Reihe von Theorien beschrieben. Insbesondere wurden in der Vergangenheit Phasenmodelle, die einen bestimmten systematischen Verlauf des Trauerprozess zugrunde legten, als häufige Erklärungsansätze genannt. Kübler-Ross (1969) beschrieb in ihrem Phasenmodell die folgenden fünf Trauerphasen: (1) Nichtwahrhabenwollen („Das ist nicht mein Kind ...“); (2) Wut; (3) Feilschen („Wenn ... dann ...“); (4) Depression und (5) Akzeptanz. Spätere Phasenmodelle (Bowlby, 1980; Worden, 1991) wurden in Anlehnung an das Phasenmodell von Kübler-Ross

(1969) entwickelt. Der empirische Nachweis, inwieweit diese einzelnen Trauerphasen so klar voneinander zu trennen sind oder chronologisch aufeinander folgen, wurde bisher nur in einer Studie („Yale Bereavement Study“) unternommen (Maciejewski, Zhang, Block & Prigerson, 2007). Die Ergebnisse der Studie zeigten zwar, dass eine normale Trauer tatsächlich einen systematischen Verlauf aufweist, dennoch wurden die Symptome (z. B. Nichtwahrhabenwollen, Sehnsucht, Wut) nicht phasenweise durchlebt, sondern zeigten ihre höchste Ausprägung überlappend innerhalb der ersten sechs Monate nach dem Verlust. Hingegen nahm die Akzeptanz des Verlustes graduell während der dem Verlust folgenden 24 Monate zu. Ein Theorieansatz der modernen Trauertheorien stellt das *Duale-Prozess-Modell* dar (Stroebe & Schut, 1999). Stroebe und Schut (1999) integrierten mit ihrem *Dualen-Prozess-Modell* sowohl den Aspekt der Verarbeitung der Trauer als auch die Bewältigung des zukünftigen Lebens ohne die verstorbene Person. Trauerarbeit wird in diesem Modell als dynamischer Prozess verstanden, in welchem sich das verlustorientierte Verarbeiten mit dem wiederherstellungsorientierten Bewältigen immer wieder zeitweise abwechselt.

Trotz der starken Negativsymptomatik ist Trauer Teil eines normalen Lebenszyklus, der zu einem Leben gleichermaßen dazugehört wie die Geburt oder andere wichtige Lebensabschnitte. Das heißt, Trauer ist an sich keine psychische Erkrankung, sondern Teil des normalen Lebensverlaufes eines jeden Menschen. Insgesamt zeigten in Prävalenzstudien 65-99% der Trauernden einen normalen nicht pathologischen Trauerverlauf (Wagner, 2013a). Dennoch ist es für eine spezifische Gruppe von Trauernden nicht möglich, einen normalen Trauerprozess zu durchlaufen. Anstelle einer graduellen Abnahme der Trauersymptomatik im Verlauf der Zeit wird der Trauerprozess „komplizierter“ und langanhaltender von den Betroffenen durchlebt.

Die Trauernden bleiben in ihren intensiven Trauergefühlen haften und zeigen Schwierigkeiten mit der Akzeptanz des Todes. Häufig wird die anhaltende Trauerstörung von komorbiden psychischen Erkrankungen wie beispielsweise der Depression,

früheren Jahren wurde die fehlende bzw. schwache Trauer als eine pathologische Trauerreaktion eingeordnet (Bowlby, 1980). Die betroffenen Personen erlebten beispielsweise nur in den ersten Tagen und Wochen nach dem Tod Gefühle von Trauer und Verlust. Die fehlende Trauer wurde früher als behandlungswürdig eingestuft. Inzwischen wurden eine Reihe von Längsschnittstudien mit Trauernden durchgeführt, die den pathologischen Charakter einer gering ausgeprägten oder fehlenden

## — Trauer ist Teil eines normalen Lebenszyklus und gehört zu einem Leben gleichermaßen dazu wie die Geburt oder andere wichtige Lebensabschnitte.

posttraumatischen Belastungsstörung oder von Substanzmissbrauch begleitet. In einer deutschen Repräsentativbefragung ( $N = 2.520$ ) lag die bedingte Wahrscheinlichkeit, eine Diagnose einer anhaltenden Trauerstörung zu erhalten bei 6.7% und die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung betrug 3.7% (Kersting, Brähler, Glaesmer & Wagner, 2011). Risikofaktoren, eine anhaltende Trauerstörung zu entwickeln, waren weibliches Geschlecht, geringeres Einkommen, höheres Lebensalter und der Verlust eines Kindes oder Partners.

Obwohl inzwischen empirische Evidenz dafür vorliegt, dass es Unterschiede zwischen einer normalen und einer pathologischen Trauerreaktion gibt (Prigerson et al., 2009), bleibt die Skepsis nach wie vor bestehen, inwieweit die anhaltende Trauerstörung als eigenständiges diagnostisches Kriterium valide gegenüber der normalen Trauer abzugrenzen ist. Die anhaltende Trauerstörung als diagnostisches Kriterium wird mitunter kritisch sowohl von Wissenschaftlern<sup>1</sup> als auch von praktisch tätigen Psychotherapeuten, Psychiatern und Berufsverbänden diskutiert. Die beherrschende Fragen in der Diskussion um die Aufnahme einer pathologischen Form von Trauer in die diagnostischen Klassifikationssysteme ist: Kann Trauer eine psychische Erkrankung sein? Inwieweit unterscheidet sich ein normaler Trauerprozess von einem pathologischen Prozess? Der Artikel beschreibt den aktuellen Forschungsstand der anhaltenden Trauerstörung als eigenständiges diagnostisches Kriterium in Abgrenzung zu normalen Trauerreaktionen.

## Was ist eine normale Trauer?

Die Trauer um eine verstorbene Person verläuft individuell und wird von multifaktoriellen Einflussfaktoren mitbestimmt. Der Versuch, eine allgemeingültige Normierung der nicht pathologischen Trauer empirisch zu definieren, fällt nach wie vor schwer. Der normale Trauerprozess nach dem Tod einer nahestehenden Person beinhaltet eine Reihe von meist als belastend empfundenen Symptomen wie beispielsweise Trennungsschmerz, Traurigkeit und sozialer Rückzug. Der normale Trauerprozess wird durch die Todesumstände, die Beziehung zur verstorbenen Person und durch intrapsychische und soziale Faktoren beeinflusst.

Diese Ausprägungen können sich durch gesellschaftliche und kulturelle Normen stark unterscheiden (Wagner, 2013a). In

Trauer nicht belegen konnten (Bonanno et al., 2002; Bonanno, Wortman & Nesse, 2004).

## Trauerstörung – ein Ringen um den richtigen Begriff

Während man sich auf der einen Seite uneinig ist, inwieweit sich eine pathologische Trauerreaktion von einer normalen Trauer abgrenzt, zeigt die mühevoll Suche nach einem Terminus für einen nicht normalen Trauerverlauf, wie schwierig es ist, die Diagnose in richtige Begrifflichkeiten zu fassen. Die Trauer als Störungsbild wurde in den vergangenen Jahren von verschiedenen Arbeitsgruppen und Denkschulen mit unterschiedlichen Termini beschrieben. Horowitz et al. benannten das Phänomen zunächst *pathologische Trauer* (Horowitz, Bonanno & Holen 1993). Prigerson et al. nutzten in den 1990er-Jahren zunächst die Definition *komplizierte Trauer* (Prigerson et al., 1995) und später (1997-2001) wurde in den Veröffentlichungen vor allem von *traumatischer Trauer* gesprochen (Prigerson et al., 1997). Durch die traumatischen Ereignissen des 11. September 2001 in New York entschied sich die Forschergruppe von Prigerson et al., wieder zu dem Begriff der *komplizierten Trauer* zurückzukehren, da die Terminologie „traumatisch“ zu sehr mit der posttraumatischen Belastungsstörung in Verbindung gebracht worden sei. Im Jahre 2007 entschied sich die Forschergruppe von Prigerson und Kollegen erneut zu einer Umbenennung der Terminologie (Prigerson et al., 2009). In neueren Veröffentlichungen wurde der Begriff der „*prolonged grief*“ (*prolongierten Trauer*) verwendet. Im deutschsprachigen Raum hat sich seit Kurzem der Begriff der *anhaltenden Trauerstörung* etabliert. Die häufigen Wechsel der Begrifflichkeit waren der Findung eines einheitlichen Diagnosekriteriums nicht förderlich und verursachten Verwirrung sowohl bei Wissenschaftlern und Praktikern als auch bei Betroffenen.

## Trauer im DSM-5

Entgegen der vorangegangenen Erwartung wurde die vorgeschlagene Diagnose der anhaltenden Trauerstörung (Priger-

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

son et al., 2009) im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) letztendlich nicht mit in das Klassifikationssystem aufgenommen. Als Begründung wurde eine nicht ausreichende empirische Evidenz angegeben, dass die anhaltende Trauerstörung eine eigenständige klinische Diagnose darstelle. Der damalige Diagnosevorschlag wurde als unzureichender Kompromiss bewertet. In den Medien fand parallel eine öffentliche Diskussion statt, inwieweit trauernde Menschen psychisch krank seien. Als Konsequenz aller Bedenken wurde der Diagnosevorschlag für die Edition des DSM-5 (APA, 2013) schließlich verworfen. Hingegen wurden einschneidende Veränderungen im Hinblick der Diagnose einer Depression nach einem Todesfall hinzugefügt. Seit der Ausgabe des DSM-III beinhaltet die Diagnose der Depression ein Ausschlusskriterium für Trauer. Eine Depression konnte demzufolge nicht diagnostiziert werden, wenn die Symptome durch eine Trauerreaktion erklärt werden konnten. In den folgenden Revisionen des DSM-III-R und DSM-IV wurde das Ausschlusskriterium ausgeweitet, indem eine Depressionsdiagnose auch dann bei einer Trauerreaktion gegeben werden konnte, sofern die Symptomatik länger als zwei Monate vorhanden war. Dieses Ausschlusskriterium sollte den normalen Trauerverlauf berücksichtigen, um Trauernde nicht zu pathologisieren. Im DSM-5 wurde indessen das Ausschlusskriterium von Trauer bei der Depressionsdiagnose aufgehoben und der Trauerreaktion somit ein neuer Platz im DSM-5 zugeordnet. Anstelle einer eigenständigen Diagnose einer Trauerstörung wurde die Diagnose für die Depression erweitert. Das bedeutet, dass Trauernde nun gemäß der DSM-5-Diagnosekriterien für eine Major Depression bereits zwei Wochen nach dem Tod einer nahestehenden Person eine Depressionsdiagnose erhalten können. Die Aufhebung des Exklusionskriteriums der Depression ist in vielerlei Hinsicht problematisch. Zum einen ist das Risiko, relativ früh im Trauerprozess die Fehldiagnose einer Depression zu erhalten, sehr hoch. Die Gefahr der Vergabe von ausufernden falsch positiven Diagnosen wurde von vielen Kritikern erwähnt und diskutiert (Fox & Jones, 2013).

Trauer und Depression sind sehr komplexe psychische Phänomene, die sich zum Teil in ihren Symptomen überlappen, aber auch deutlich voneinander unterscheiden. Der wesentliche Unterschied zwischen einer anhaltenden Trauerstörung und einer Depression liegt in der Zeitdauer einer normalen Trauerreaktion. Während bei den meisten Trauernden die Schwere der Trauersymptomatik nach einiger Zeit graduell abnimmt, werden bei der Depression mitunter ein längerer Verlauf der depressiven Episoden beobachtet (Fox & Jones, 2013). Typische Symptome der Depression wie beispielsweise negative Selbstabwertung, motorische Verlangsamung, Gefühle von Wertlosigkeit werden bei Trauernden deutlich seltener gefunden. Allerdings sind die empirischen differentialdiagnostischen Befunde zur Trauer und Depression uneinheitlich. Während die Arbeitsgruppe von Boelen und Kollegen (Boelen, van de Schoot, van den Hout, de Keijser & van den Bout, 2010; Boelen, van den Bout & de Keijser, 2003; Boelen & van den Bout, 2005) deutliche Unterschiede zwischen der Trauer und der Depression in ih-

ren Studien fanden, konnten andere Forschergruppen keine diagnostischen Unterschiede nachweisen (Zisook & Kendler, 2007). Des Weiteren kann eine falsche Diagnose einer Depression zu einer inkorrekten Verschreibung von Antidepressiva führen, im Versuch, die eigentlichen Trauersymptome zu behandeln. Das ist dahingehend problematisch, da es kaum nachgewiesene Wirksamkeit für Antidepressiva bei einer Trauerstörung gibt (Bui, Nadal-Vicens & Simon, 2012; Reynolds et al., 1999).

## Forschungsdiagnose „persistierende komplexe Trauerstörung“

Ergänzend wurde im DSM-5 als Appendix die „*persistierende komplexe Trauerstörung*“ als Forschungsdiagnose aufgenommen. Der Begriff wurde explizit als Forschungsdiagnose neu geschaffen, um sich bewusst nicht an vorangegangene Konstrukte und Denkschulen (z. B. prolongierte Trauer, komplizierte Trauer, traumatische Trauer) anzulehnen. Diese neue Forschungsdiagnose berücksichtigte sowohl Symptomcluster aus der vorgeschlagene Validierungsstudie für die ICD-11 (Prigerson et al., 2009) als auch Symptome aus einer Validierungsstudie mit einer klinischen Studienpopulation, welche bereits an einer Form der pathologischen Trauer litten (Simon et al., 2011). Einen wesentlichen Unterschied im Vergleich zum ICD-11-Diagnosevorschlag stellt das Zeitkriterium dar. Während bei dem Vorschlag der ICD-11 mindestens sechs Monate nach dem Verlust vergangen sein sollten (Prigerson et al., 2009), liegt das Zeitkriterium bei der Forschungsdiagnose des DSM-5 bei zwölf Monaten nach dem Verlust.

## Diagnosevorschlag für die ICD-11

In der bisherigen Edition der ICD-10 sind Diagnosen aufgrund einer pathologischen Trauerreaktion nur begrenzt möglich, und die meisten Diagnosen im Symptompektrum der Trauer wurden bisher als Anpassungsstörung, Depression oder posttraumatische Belastungsstörung vergeben (siehe Infokasten 1).

Vergleichbar mit der Diskussion um die Aufnahme der anhaltenden Trauer im DSM-5 gibt es derzeit parallele Bestrebungen, die anhaltende Trauerstörung in der kommenden ICD-11 zu inkludieren (Maercker et al., 2013a; Maercker et al., 2013b). Die anhaltende Trauerstörung als neuer Diagnosevorschlag der ICD-11 legt einen Schwerpunkt auf zeitlich länger andauernde Trauerreaktionen (Boelen & Prigerson, 2007; Prigerson et al., 2009). Die Trauernden erleben starkes Verlangen und Sehnsucht nach der verstorbenen Person, welches über einen längeren, mindestens sechs monatigen Zeitraum anhält (Prigerson et al., 2009). Der Übergang von der akuten Trauerphase zur integrierten Trauer gelingt bei dieser Betroffenen-gruppe nicht, und die trauernden Personen bleiben dauerhaft in der akuten Trauerphase haften (Zisook et al., 2014). Der bisherige Vorschlag für die anhaltende Trauerstörung entspricht

### Infokasten 1: Trauerreaktionen in der ICD-10

Bisher wurden pathologische Trauerreaktionen in der ICD-10 vorwiegend unter der Anpassungsstörung (F43.28) diagnostiziert. Bei der Anpassungsstörung werden implizit Trauerfälle mit eingeschlossen. Des Weiteren konnten mit der Z-Kodierung diejenigen Fälle berücksichtigt werden, in denen Probleme und Schwierigkeiten des Patienten gegeben sind (z. B. durch Trauerfälle) und den Gesundheitszustand negativ beeinflussen. Die ICD-10 hat mit der Kodierung „Z63.4 Verschwinden oder Tod eines Familienangehörigen, Vermuteter Tod eines Familienangehörigen“ eine Möglichkeit der Klassifizierung geschaffen, die allerdings keinen Krankheitswert im Sinne einer psychischen Störung darstellt.

weitestgehend den diagnostischen Kriterien des ursprünglichen Diagnosevorschlags von Prigerson et al. (2009) (siehe Infokasten 2).

### Vorteile einer Diagnose einer anhaltenden Trauerstörung

Die Argumente für die Aufnahme einer anhaltenden Trauerstörung in die ICD-11 richten sich insbesondere auf die frühe Identifizierung derjenigen aus, welche an einer anhaltenden Trauerstörung leiden. Dieser Trauergruppe sollte entsprechende psychologische Unterstützung angeboten werden, um eine chronische Entwicklung der Trauersymptomatik zu verhindern. Nicht verarbeitete Trauer kann nicht nur langfristige psychische Störungen zur Folge haben, sondern auch somatische Erkrankungen (z. B. Herzerkrankungen) (Rostila, Saarela & Kawachi, 2013a) oder eine erhöhte Mortalität aufweisen (Stroebe, 1994). Insbesondere Hinterbliebene von Suizid haben ein vielfach höheres Risiko, ebenfalls an Suizid zu sterben (Rostila, Saarela & Kawachi, 2013b). Weitere wichtige Aspekte eines einheitlichen diagnostischen Kriteriums wäre die Verbesserung von diagnostischen Messinstrumenten und Psychotherapieangeboten. Seit 1999 wurden insgesamt fünf Metaanalysen und systematische Reviews veröffentlicht, welche die Wirksamkeit von Trauerinterventionen untersuchten. Tatsächliche Behandlungseffekte konnten nur eingeschränkt nachgewiesen werden (Wagner, 2013b). Die Ergebnisse zeigten, dass unspezifische Trauerinterventionen nur einen schwachen bis keinen Behandlungseffekt erzielen konnten. Das heißt, aus wissenschaftlicher Sicht konnte keine generelle Wirksamkeit von Trauerinterventionen nachgewiesen werden. Dagegen erzielten Interventionen dann mittelstarke Behandlungseffekte, wenn sie sich spezifisch an Trauernde richten, welche bereits an einer anhaltenden Trauerstörung litten. Präventionsinterventionen und Trauerinterventionen, die sich an alle Trauernden ausrichteten, zeigen hingegen keine Therapiewirksamkeit (Schut, Stroebe, van den Bout & Terheggen, 2001; Currier, Neimeyer & Berman, 2008; Wittouck, van Autreve, de Jaegere, Portzky & van Heeringen, 2011) bis hin zu einem negativen Behandlungseffekt (Neimeyer, 2000).

### Infokasten 2: Diagnosevorschlag für die ICD-11 – Anhaltende Trauerstörung

- A. Das Diagnostische Kriterium für die anhaltende Trauerstörung ist dann erfüllt, wenn die Trauersymptomatik sich durch den Tod einer nahestehenden Person entwickelt hat.
- B. Eine anhaltende Trauerstörung kann nur dann diagnostiziert werden, wenn die Trauerreaktion außerhalb der normativen Erwartungen des kulturellen Kontextes der Person liegen (mindestens also sechs Monate nach dem Tod).
- C. Trennungsschmerz: das Gefühl von starker Sehnsucht und Suchen nach der verstorbenen Person, welches sowohl körperliches als auch emotionales Leiden fast täglich hervorruft.
- D. Psychosoziale Schwierigkeiten: Die Belastungen haben klinischen Krankheitswert und behindern die betroffene Person in allen wichtigen Lebensbereichen.
- E. Zusätzlich sollten fünf oder mehr der folgenden Symptome täglich oder zu einem beeinträchtigenden Ausmaß auftreten
  - Unsicherheit bezüglich der eigenen Gefühle oder der Rolle im Leben
  - Schwierigkeiten, den Verlust zu akzeptieren
  - Vermeidung von Erinnerungen an den Verlust
  - Unfähigkeiten, anderen Menschen seit dem Verlust zu vertrauen
  - Gefühl von Verbitterung und Wut im Bezug auf den Verlust
  - Schwierigkeit, mit dem Leben voranzugehen
  - Emotionale Taubheit
  - Einsamkeitsgefühle und Sinnlosigkeit seit dem Tod
  - Gefühl von Schock und Erstarrung seit dem Verlust

(Jordan & Litz, 2014; Maercker et al., 2013a; Prigerson et al., 2009)

### Kritik an der anhaltenden Trauerstörung als psychische Erkrankung

Obwohl inzwischen eine Reihe von Studien aufzeigen konnte, dass sich die anhaltende Trauerstörung differentialdiagnostisch von anderen Störungsbildern unterscheidet, gibt es auch Kritik an einer zukünftigen Diagnose in der ICD-11. Ein Aspekt, über den es nach wie vor Unklarheit gibt, betrifft den qualitativen Unterschied zwischen der normalen Trauer und einer anhaltenden Trauerstörung. Obwohl immer wieder die Aussage gemacht wird, dass sich die anhaltende Trauerstörung durch ein einzigartiges Symptomcluster von anderen Störungsbildern unterscheidet (Lichtenthal, Cruess & Prigerson, 2004), gibt es dennoch Einigkeit darüber, dass sich die anhaltende Trauerstörung qualitativ nicht von der normalen Trauer unterscheidet (Wagner, 2013a; Wakefield, 2013). Alle Symptome, welche in den vorgeschlagenen diagnostischen Kriterien aufgelistet sind (Holland, Currier & Gallagher-Thomp-

son, 2009), können auch in den ersten Wochen und Monaten nach dem Tod einer nahestehenden Person auftreten. Der einzige Unterschied scheint tatsächlich das vorgegebene Zeitkriterium von mindestens sechs Monaten nach dem Tod zu sein. Zwar wird eine Berücksichtigung der sozialen und kulturellen Normen eingeräumt (Maercker et al., 2013a), dennoch stellt sich hier die Frage, inwieweit ein solcher kultureller und sozialer Kontext quantifiziert werden kann. Eine Fallvignetten-Feldstudie der WHO untersuchte mit Studienteilnehmern aus verschiedenen internationalen Berufsgruppen aus dem Bereich Mental Health ( $N = 1.789$ ), inwieweit eine anhaltende Trauerstörung von einer normaler Trauer durch die Teilnehmer diagnostiziert werden konnte (Keeley et al., 2015). Die Teilnehmer zeigten deutliche Schwierigkeiten bezüglich der Diagnosevergabe, inwieweit in der dargestellten Fallvignette die Trauerreaktion eine kulturell bedingte normale Trauerreaktion war oder eine klinisch relevante anhaltende Trauerstörung präsentierte.

Das Zeitkriterium von mindestens sechs Monaten nach dem Verlust stellt in vielen Diskussionen einen wesentlichen Kritikpunkt der anhaltenden Trauerstörung dar. Dieses Zeitkriterium impliziert die Annahme, dass einem länger andauernden Trauerprozess ein Störungsprozess zugrunde liegt. Bedeutet ein längerer Trauerprozess deswegen eine dysfunktionale Anpassung an die veränderte Lebenssituation? Die Trauerverarbeitung kann ein langwieriger Prozess sein, der mit einem wissenschaftlichen *Cut-off-Wert* von sechs Monaten nicht alle Trauergruppen repräsentiert. Obwohl die meisten Trauernden eine deutliche Abnahme der Trauersymptomatik innerhalb der ersten sechs Monate bei sich wahrnahmen (Prigerson et al., 2009), basiert dieses Zeitkriterium vorwiegend auf der Validierungsstudie, welche mit älteren Witwern und Witwen (84%) durchgeführt wurde, die im Durchschnitt 62 Jahre alt waren. Nicht berücksichtigt wurden traumatische Todesfälle, jüngere Altersgruppen, der Verlust eines Elternteils oder Geschwisters in der Kindheit oder der Tod eines Kindes. Zahlreiche Studien zu spezifischen Trauergruppen verdeutlichen, dass der Verlust eines Kindes oder Elternteils langfristige Trauerreaktionen bedeuten kann (siehe Tabelle). Dies wirft generell die Frage auf, inwieweit eine Diagnose einer anhaltenden Trauerstörung unter Berücksichtigung des Zeitkriteriums zu rechtfertigen ist, wenn die Mehrheit der Betroffenen eine solche Diagnose erhalten würde. Oder wäre es nicht eher ein Beleg dafür, dass für bestimmte Trauergruppen ein normaler langfristiger Trauerprozess zu erwarten ist, ohne dass dieser pathologisiert werden sollte? Bei dem derzeitigen Diagnosevorschlag besteht die Gefahr, dass zu viele falsch positive Diagnosen vergeben werden. Dies betrifft insbesondere spezifische Trauergruppen – wie beispielsweise trauernde Eltern, trauernde Geschwister und Trauernde, die traumatische Todesfälle erlebt haben.

Einen weiteren Kritikpunkt an einer Diagnose einer anhaltenden Trauerstörung stellen methodische Aspekte dar, welche bisher nur begrenzt berücksichtigt wurden. Die diagnostischen Kriterien für die anhaltende Trauerstörung wurden maßgeblich durch ein Messinstrument, dem *Inventory of*

Autoren	Trauergruppe	Zeit seit Verlust	Trauerverarbeitung
Lannen et al. (2008)	Trauernde Eltern	4-9 Jahre	26% Tod nicht verarbeitet 23% ein wenig verarbeitet
Dyregrov et al. (2003)	Trauernde Eltern nach Verlust durch gewaltsame und unerwartete Todesfälle	18 Monate	57-78% traumatische Trauer
Dijkstra (2000)	Trauernde Eltern	20 Monate	komplizierte Trauer: 50% Väter 75% Mütter
Lin & Lasker (1996)	Trauernde Eltern nach pränatalem Verlust	2 Jahre	59% chronische Trauer
Melhem et al. (2011)	Trauernde Jugendliche nach dem Verlust eines Elternteils	12 Monate 3 Jahre	31% langsame Abnahme der Trauersymptomatik 10% anhaltende Trauersymptomatik
Bylund-Grenklo et al. (2016)	Trauernde Jugendliche nach dem Verlust eines Elternteils	6-9 Jahre	49% unverarbeitete Trauer
Herberman Mash et al. (2013)	Trauernde Geschwister	3 Jahre	57% komplizierte Trauer
Dyregrov et al. (2014)	Trauernde Geschwister	18 Monate	75% komplizierte Trauer

Tabelle: Zeitkriterium nach spezifischen Trauerfällen

*Complicated Grief* (Prigerson et al., 1995) erfasst. Das bedeutet, dass diese limitierte Zusammenstellung von Symptomen eventuell wichtige andere Bereiche einer Trauerstörung vernachlässigt hat (Shear et al., 2011). Dies betrifft beispielsweise Berücksichtigung der Todesumstände oder die Beziehung zur verstorbenen Person. In der Vergangenheit wurden zahlreiche Denkschulen von nicht normalen Trauerreaktionen beschrieben (z. B. „traumatische Trauer“, „komplizierte Trauer“, „pathologische Trauer“), dennoch scheint eine theoriebasierte Herangehensweise, welche spezifische Todesumstände, den Zusammenhang von Trauer und posttraumatischer Belastungsstörung, altersbezogene Traueraspekte sowie die Beziehung zur verstorbenen Person berücksichtigt, noch nicht entwickelt worden zu sein (Kaplow, Layne & Pynoos, 2014).

## Diskussion

Die Entscheidung, dass im DSM-5 vor drei Jahren die anhaltende Trauerstörung nicht als eigenständige Diagnose aufgenommen wurde, kann sowohl als Weckruf, aber auch als Neustart

bewertet werden. Auf der einen Seite wurde ein deutliches Signal gegeben, dass die empirische Evidenz für ein eigenständiges diagnostisches Kriterium nicht ausreichend zufriedenstellend gewesen ist. Mit der Aufnahme der „*persistierenden komplexen Trauerstörung*“ in den Appendix als Forschungsdiagnose wurde zeitgleich eine neue Aufforderung formuliert, das Konzept der „*pathologischen Trauerreaktion*“ neu zu überdenken und empirisch abermals zu überprüfen. Was kann aus der Erfahrung des DSM-5 im Hinblick auf die ICD-11 gelernt werden? Das diagnostische Kriterium der anhaltenden Trauerstörung beruht zunächst auf der gleichen Validierungsstudie wie seinerseits der Diagnosevorschlag für den DSM-5 (Prigerson et al., 2009). Das heißt, einige der unbeantworteten Fragestellungen, welche beim DSM-5 zur Ablehnung führten, sind nach wie vor nicht ausreichend empirisch belegt.

Zwar zeigen die empirischen Daten, dass sich die anhaltende Trauerstörung von anderen psychischen Erkrankungen (z. B. Depression, posttraumatische Belastungsstörung und Anpassungsstörung) differentialdiagnostisch unterscheidet, dennoch fehlt nach wie vor eine ausreichende empirische Grundlage für die Differenzierung zwischen einer intensiven normaler Trauersymptomatik und einer anhaltenden Trauerstörung. Der einzige Unterschied ist, dass sich bei der anhaltenden Trauerstörung die Symptome im Lauf der Zeit weniger abschwächen (Wakefield, 2012). Dennoch sollte das Zeitkriterium von sechs bis zwölf Monaten als *Cut-off* für eine psychische Störung nach wie vor diskutiert werden. Wakefield (2012) ist einer der prominentesten Kritiker der Diagnose einer anhaltenden Trauerstörung. Er argumentiert, dass Trauererläufe auch langsamer (mehr als zwölf Monate) verlaufen können, ohne dass dies als pathologisch zu bezeichnen wäre. Er bestreitet das Vorhandensein der „*Unabänderlichkeits-Hypothese*“. Die „*Unabänderlichkeits-Hypothese*“ geht davon aus, dass Trauersymptome, welche nach sechs bis zwölf Monaten noch intensiv erlebt werden, nicht mehr von selbst graduell abnehmen und somit zu einem *Cut-off* für eine psychische Störung werden. Dennoch zeigten Studien, dass auch bei den meisten der langsamen Trauererläufe die Symptome im Laufe der Monate langsam abnehmen können (Bonanno et al., 2002; Horowitz, Siegel, Holen, Bonnano, Milbrath & Stinson, 1997; Maciejewski et al., 2007). Wakefield (2012) sieht es als problematisch an, dass die anhaltende Trauerstörung letztendlich Schwellenwerte für die Trauerzeit einschließt, welche noch innerhalb unserer kulturellen und traditionellen Vorstellung von einer intensiven Trauerzeit liegen (Wakefield, 2012). Die Diskussion um das Zeitkriterium wirft generell die Frage auf, wie lange Trauer in unserer modernen Gesellschaft dauern darf? Viele Rituale haben in der heutigen Zeit ihre Bedeutung verloren und Trauernden wird immer weniger Zeit gegeben, ihren Verlust zu verarbeiten. So ist der Anspruch auf Sonderurlaub nach einem Todesfall häufig von Verwandtschaftsgraden und dem Arbeitgeberverhältnis abhängig. In der Regel stehen Betroffenen nach dem Verlust eines Kindes oder Ehepartners zwei Tage Sonderurlaub zu. Längere Fehlzeiten werden meistens durch die ärztliche Krankschreibung geregelt. Dies zeigt auch das Dilemma

in der Diskussion um eigenständige diagnostische Kriterien für die Trauer auf.

Weitere wichtige Aspekte sollten in der zukünftigen Forschung der anhaltenden Trauerstörung als eigenständiges Kriterium Berücksichtigung finden. Dazu gehört die Differenzierung der Forschung in altersentsprechende und gruppenspezifische Kategorien und entsprechende Testverfahren. Ein 17-jähriger Jugendlicher, der seine Mutter durch einen Verkehrsunfall oder Suizid verliert, hat unter Umständen einen anderen entwicklungsbedingten Trauerprozess als eine 65-jährige Witwe nach 30 Ehejahren. Bisher gibt es nur sehr wenige Langzeitstudien, die sich differenziert mit den spezifischen Trauergruppen und deren Trauerverläufen beschäftigen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Forschungsbestrebungen in den vergangenen 20 Jahren wichtige Arbeiten im Hinblick auf Trauerprozesse und Konzeptualisierung von Trauer hervorgebracht haben. Es sind sich die meisten darüber einig, dass es betroffene Trauernde gibt, welche selbst nach vielen Jahren nach wie vor in ihrer intensiven Trauersymptomatik verhaftet sind. Häufig sind dies Patienten, welche schon vor dem Tod eine konfliktreiche Beziehung zur verstorbenen Person aufzeigten oder bei denen unverarbeitete traumatische Aspekte eine graduelle Trauerverarbeitung verhinderten. Für diese Patienten ist es wichtig, geeignete Messinstrumente und verbesserte Behandlungsoptionen zu entwickeln. Der aktuelle Forschungsstand zeigt allerdings auch die Lücken auf, für die es noch weiteren Forschungsbedarf gibt. Dies betrifft insbesondere das Zeitkriterium von sechs bis zwölf Monaten und die Normierung von normaler Trauer abhängig vom soziokulturellen Hintergrund.

## Literatur

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



### Prof. Dr. Birgit Wagner

Medical School Berlin  
Villa Siemens  
Calandrellistraße 1-9  
12247 Berlin  
[birgit.wagner@medicalschooll-berlin.de](mailto:birgit.wagner@medicalschooll-berlin.de)

Prof. Dr. phil. Birgit Wagner ist Professorin für Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie an der Medical School Berlin und Psychologische Psychotherapeutin. 2007 erhielt sie für ihre Arbeit den Forschungspreis der Deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Ihre Forschungs- und Therapieschwerpunkte sind die Traumafolgestörungen mit einem Schwerpunkt auf die anhaltende Trauerstörung und internet-basierter Psychotherapie. Sie ist im wissenschaftlichen Beirat des Bundesverbandes verwaiste Eltern und trauernde Geschwister Deutschland e. V.

# Die psychotherapeutische Ausbildung aus Sicht der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Eine Befragung zu Veränderungsvorschlägen und der Einstellung zum Direktstudium

Marie Drüge & Sandra Schladitz

**Zusammenfassung:** Die psychotherapeutische Ausbildung gerät derzeit einerseits aufgrund der Umstrukturierung der Ausbildung (Planung eines Direktstudiums) und andererseits durch berichtete Missstände während der Ausbildung vielfach in den Fokus. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Angaben von  $N = 903$  Psychotherapeuten und -therapeutinnen in Ausbildung<sup>1</sup> (Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) zu Änderungsbedarf und Veränderungsvorschlägen in der derzeitigen Ausbildung sowie zu einer Stellungnahme zum Direktstudium ausgewertet. In den Ergebnissen sind ein akuter Änderungsbedarf in der Praktischen Tätigkeit sowie eine Ambivalenz gegenüber dem geplanten Direktstudium zu erkennen. Es wird deutlich, dass sich die größte Unzufriedenheit auf die Rahmenbedingungen bezieht, auf die in der Umstrukturierung entsprechend besonderes Augenmerk gelegt werden sollte.

## Problemstellung

Die Ausbildung zum Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin (Psychologische Psychotherapeuten, PP; Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, KJP) blickt derzeit im Zusammenhang mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) großen Veränderungen entgegen. Besonders das Modell des Direktstudiums wird stark diskutiert (z. B. Krämer, 2015; Siegel, 2015; Abele-Brehm & Rief, 2016; Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, 2016). Interessant dabei ist, dass die Debatte sowohl aufseiten der Wissenschaftler als auch aufseiten der Praktiker vielfach auch von Personen geführt wird, welche die Ausbildung zu PP oder KJP nach dem PsychThG nicht durchlaufen haben. Gleichzeitig wird derzeit in den Medien von einem Missstand in der Ausbildung berichtet, Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) nennen sich häufig „Psychotherapeuten in Ausbeutung“ (z. B. Hütten, 2014; Spanner, 2015). Die Sicht der derzeitigen PiA auf Änderungsbedarf, Veränderungsvorschläge sowie das Direktstudium wird bislang allerdings wenig berücksichtigt. Wie empfinden PiA ihre derzeitige Ausbildungssituation? Mit welchen Aspekten der Ausbildung sind sie zufrieden bzw. wo sehen sie Veränderungsbedarf? Welche konkreten Änderungsvorschläge haben PiA? Wie stehen sie dem Direktstudium gegenüber? Der vorliegende Beitrag versucht, sich dieser wichtigen Perspektive anzunähern.

## Theoretische und Empirische Grundlagen

Die Überarbeitung des PsychThG sowie die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung wurden im Koalitionsvertrag von 2013 festgelegt. Die Reform soll sowohl die durch die Umstellung auf Bachelor-/Master-Studium entstandenen Schwierigkeiten in den Zugangsvoraussetzungen lösen als auch weitere Probleme (z. B. angemessene Vergütung in der Praktischen Tätigkeit) der Ausbildung aufgreifen. In diesem Zusammenhang wird vielfach auch ein Direktstudium diskutiert.

Der 25. Deutsche Psychotherapeutentag hat mit einer Mehrheit von 67,2% (Siegel, 2015) verschiedene Eckpunkte zur Reform der psychotherapeutischen Ausbildung beschlossen (Deutscher Psychotherapeutentag, 2015). In einer ersten Qualifizierungsphase an einer wissenschaftlichen Hochschuleinrichtung, die sich bis einschließlich Master-Studium erstreckt, sollen alle vier Grundorientierungen (psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch, humanistisch, systemisch) sowie Inhalte bezogen auf die gesamte Altersspanne gelehrt werden. Diese Phase soll mit einem Staatsexamen mit einer Approbation abgeschlossen werden. In einer anschließenden zweiten Qualifizierungsphase in Weiterbildungsstätten (ehemalige Ausbildungsstätten) sollen eine Vertiefung in den wis-

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

senschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren und eine Qualifizierung für eine Altersspanne erfolgen. Dieser Abschluss wiederum stellt die Voraussetzung für die eigenständige Behandlung Krankenversicherter dar.

Stimmen, die sich für den Erhalt der postgradualen Ausbildung aussprechen, betonen die Wichtigkeit der Koppelung der Grundlagenwissenschaft (Psychologie) an die Psychotherapie, die Wichtigkeit von supervidierter Praxiserfahrung und Selbsterfahrung sowie die hohen Umsetzungskosten für Einzelne und Bundesländer (Krämer, 2015). Zudem sehen kritische Stimmen aufgrund der kürzeren Ausbildung die Versorgungsqualität in Gefahr. Gleichzeitig fordern sie eine einheitliche Zugangsvoraussetzung und klare Vergütungsregeln (ebd.). Auf der anderen Seite gibt es positive Stimmen, die die Implementierung des Direktstudiums an den psychologischen Instituten der Universitäten als prinzipiell günstig erachten (z. B. Benecke, 2013) und von verschiedenen bereits bestehenden Konzepten der Lehrerfahrungen an den Universitäten (z. B. Fallseminare) berichten (Rief, Abele-Brehm, Fydrich, Schneider & Schulte, 2014). Im Folgenden werden die Argumente beider Seiten ausführlicher dargestellt und anschließend weitere empirische Befunde zur Situation der PiA präsentiert.

Das Psychotherapeutenjournal befragte Vertreter von Ausbildungsinstituten (Corman-Bergau & Pichler, 2016), die Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs; Vogel, 2015), Psychologiestudierende (Corman-Bergau & Wirth, 2015) sowie Professoren, die im Ausland tätig sind (Springer & Vogel, 2015). Auf die staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute käme eine komplette Umstellung der bisherigen postgradualen Ausbildung zu Weiterbildungsinstituten zu. Vorteile sehen die Vertreter in der strukturellen Verbesserung für die PiA, z. B. in der ökonomischen Verbesserung oder dem professionellen Selbstverständnis (Corman-Bergau & Pichler, 2016). Nachteile sehen sie in der bisherigen starken Fokussierung der klinisch-psychologischen Lehrstühle auf das Verfahren der Verhaltenstherapie, in der Gefahr, dass die psychotherapeutische Ausbildung nicht (über Ausbildungsinstitute) zentral koordiniert und gesteuert werden und außerdem die Legaldefinition von Psychotherapie bedroht sein könne. Zudem wird betont, dass jegliche empirische Evidenz für eine allgemeine, verfahrensfreie Psychotherapie fehle (ebd.). Die Präsidentin der DGPs (Vogel, 2015) betonte die therapeutische Vielfalt der Verfahren und Behandlungsmethoden, die im Direktstudium berücksichtigt werden sollten, und mahnte zudem an, dass das Direktstudium nicht zu Lasten der anderen psychologischen Teildisziplinen führen dürfe. Als Vorteil wird die engere Verknüpfung von Psychotherapieforschung mit der Praxis beschrieben (ebd.). Die Psychologiestudierenden stehen der Umstrukturierung ambivalent gegenüber: Einerseits befürchten die Studierenden, die Umstrukturierung könne – ähnlich der Bologna-Reform – ihre vielen Versprechungen nicht halten und andererseits könne sich die derzeitige Fokussierung der Lehrstühle auf die Verhaltenstherapie fortsetzen und die Verfahrensvielfalt somit eingrenzen. Die

Studierenden empfinden eine Wahl zum Direktstudium nach dem Abitur als sehr früh und fordern „Umwege und Brüche“, die neben der „Autobahn“ Direktstudium bestehen können sollen (ebd.). Andererseits könne man sich frühzeitiger spezialisieren (Corman-Bergau & Wirth, 2015), was als Vorteil eines Direktstudiums betrachtet wird. In der Außenperspektive betonen im Ausland tätige Professoren, wie einmalig der freie Zugang zur Psychotherapie, das PsychThG und, damit verbunden, wie hochqualifizierend die Ausbildung zum Psychotherapeuten in Deutschland sei (Springer & Vogel, 2015). Allerdings wird die Psychotherapie-Richtlinie, die zu den zwei Klassen der Verfahrenslandschaft (Richtlinienverfahren und weitere wissenschaftliche Verfahren) führt, auch als Behinderung der Integration und des schulenübergreifenden Denkens gesehen (ebd.). Kritisiert wurde am derzeitigen System, dass die Ausbildung an den Instituten zu weit entfernt von der Forschung stattfände, wohingegen das Direktstudium sehr „vollgestopft“ wirke (ebd.). Die Qualität der Ausbildung bis zur Approbation könne sich verringern, ebenso die Spezialisierung in Forschung und Praxis auf die KJP (ebd.). Einerseits sollten Reformen nur behutsam vorgenommen werden im Sinne von „*never change a winning team*“, andererseits sehen die im Ausland tätigen Professoren die überstarke Verfahrensorientierung sowie die Ausbeutung der PiA als veränderungsbedürftig (ebd.).

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurde von Strauß und Kollegen (2009) ein Forschungsgutachten zur psychotherapeutischen Ausbildung verfasst, in dem in einer umfangreichen Befragung auch die Perspektive der PiA berücksichtigt wurde. Es zeigte sich, dass die Ausbildungsteilnehmer die einzelnen Abschnitte unterschiedlich beurteilten: Während die Praktische und die Theoretische Ausbildung, die Selbsterfahrung und die Supervision eher positiv bewertet wurden, fiel die Bewertung für die Praktische Tätigkeit negativer aus und es wurden viele Verbesserungen genannt (z. B. Vergütung oder Betreuung). Die bisherige empirische Forschung zu PiA fokussierte zudem auch spezielle Aspekte, wie beispielsweise die geringe Vergütung der Praktischen Tätigkeit (Hölzel, 2006), die psychische Gesundheit im Vergleich zu approbierten Psychotherapeuten (Schröder & Reis, 2015) oder zur Allgemeinbevölkerung (Grundmann, Sude, Löwe & Wingenfeld, 2013). Hölzel (2006) bestätigte die starke finanzielle Belastung, die in Diskussionen immer wieder berichtet wird: In der Praktischen Tätigkeit gaben über die Hälfte der Probanden an, kein Gehalt zu beziehen. Dies ist besonders unter Berücksichtigung der durch die Ausbildung entstehenden Kosten zu beachten: 55,9% finanzierten sich die Ausbildung durch das Gehalt aus einer nicht psychologischen Nebentätigkeit. Schröder und Reis (2015) fanden, dass PiA mehr psychische Belastung sowie stärkere Erschöpfung und ein geringeres Wohlbefinden berichteten als approbierte Psychotherapeuten. Gleichzeitig nahmen sie Ressourcen in ähnlichem Maß wahr. Grundmann, Sude, Löwe und Wingenfeld (2013) zeigten, dass PiA häufig ein Schonungs- oder Erschöpfungsmuster in Zusammenhang mit ihren arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster aufwiesen, die beide durch

geringes Arbeitsengagement gekennzeichnet waren, sich aber im Ausmaß der Distanzierungsfähigkeit unterschieden. Es zeigten sich allerdings keine Unterschiede in der Unzufriedenheit mit der alltäglichen Arbeit oder dem Mangel an sozialer Anerkennung, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung (ebd.).

Benecke und Eschstruth (2015) befragten 430 Studierende im Master-Studium Psychologie zur wahrgenommenen Verfahrensvielfalt und dem Praxisbezug in ihrem Studium. Rund ein Drittel der Studierenden gab an, dass psychodynamisches (34,0%), humanistisches (32,4%) und systemisches (33,4%) Wissen in ihrem Studium „gar nicht“ vermittelt wurden und die kognitive Verhaltenstherapie bei Erwachsenen den Großteil der Wissensvermittlung einnahm (ebd.). Die Studierenden gaben weiterhin an, sich nicht gut auf die praktisch-therapeutische Tätigkeit vorbereitet zu fühlen (ebd.). Aus den Ergebnissen ergaben sich für Benecke und Eschstruth (2015) die Forderungen nach 1. einer stärkeren Verfahrensausgewogenheit, 2. einer stärkeren Berücksichtigung von Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie 3. einer stärkeren Vermittlung praktischer Kompetenzen.

## Ziele der Untersuchung

Basierend auf den dargestellten theoretischen und empirischen Grundlagen soll die vorliegende Untersuchung dazu dienen, die bisherige psychotherapeutische Ausbildung aus Sicht der PiA zu beurteilen. Dabei soll ein besonderes Augenmerk sowohl auf dem Änderungsbedarf der einzelnen Ausbildungsabschnitte als auch auf Veränderungsvorschlägen seitens der PiA liegen. Des Weiteren stellt ein Ziel der Untersuchung dar, zu überprüfen, welche Einstellung die PiA zur Einführung des Direktstudiums haben und welche Begründungen sie für ihre Entscheidung geben.

## Methodisches Vorgehen

### Fragebogen

Zur Beantwortung der leitenden Forschungsfragen wurden Fragen ausgewertet, die in eine größere Online-Erhebung eingebunden waren. Neben demografischen Angaben und Angaben zur Ausbildung wurden auch Anforderungen, Ressourcen und psychische Beanspruchung in der psychotherapeutischen Ausbildung erfasst. Die für die vorliegende Untersuchung relevanten Fragen werden im Folgenden vorgestellt.

Zur Abfrage des Änderungsbedarfs waren die Bereiche Praktische Tätigkeit I, Praktische Tätigkeit II, Praktische Ausbildung, Theoretische Ausbildung, Selbsterfahrung und Supervision vorgegeben, die von den Probanden in eine Reihenfolge gebracht werden sollten. Dabei sollten die Bereiche von 1 (mit dem stärksten Änderungsbedarf) bis 6 (mit dem geringsten Änderungsbedarf) angeordnet werden. Anschließend an diese Aufgabe sollten in einem offenen Format Än-

derungsvorschläge für die psychotherapeutische Ausbildung angegeben werden.

Bezogen auf das Direktstudium wurden die Probanden gebeten anzugeben, ob sie sich eher für oder gegen ein Direktstudium aussprechen. Um von den Befragten eine eindeutige Aussage zu erhalten, wurde auf eine „Unentschieden“-Kategorie verzichtet und die Frage musste mit „eher ja“ oder „eher nein“ beantwortet werden. Anschließend sollte in einem offenen Format die Wahl begründet werden.

### Stichprobe

Um eine möglichst große Stichprobe zu erhalten, wurden zum einen Ausbildungsinstitute gebeten, den entsprechenden Link über ihre E-Mail-Verteiler zu verbreiten, zum anderen wurde über Gruppen in sozialen Netzwerken darauf aufmerksam gemacht. Insgesamt nahmen  $N = 945$  Personen an der Onlinebefragung teil. Datensätze, in denen nur die erste Seite bearbeitet wurde, wurden anschließend aussortiert, wodurch sich die endgültige Stichprobe für die folgenden Analysen auf  $N = 903$  belief. Die Antwortenden waren zu 83,9% weiblich und im Durchschnitt  $M = 30,63$  Jahre alt ( $SD = 5,58$ ). Die wöchentliche Arbeitszeit im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung umfasste durchschnittlich  $M = 27,16$  Stunden ( $SD = 13,60$ ), zählten weitere nebenberufliche Tätigkeiten hinzu, arbeiteten die Teilnehmenden im Durchschnitt  $M = 43,10$  Stunden ( $SD = 11,63$ ). 74,6% der Stichprobe befanden sich in der Ausbildung zu PP und 23,9% in der zu KJP. Die verbleibenden Personen gaben beide Spezialisierungen an. Bezüglich der Verfahren befanden sich 79,2% in einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung und 17,0% in einer psychoanalytischen oder tiefenpsychologischen Ausbildung. Die restlichen 3,8% gaben mehrere Verfahren oder eine Ausbildung zu systemischen Psychotherapeuten an.

### Datenanalyse

Zur Beantwortung der beiden quantitativen Fragen (Änderungsbedarf in den Ausbildungsbereichen sowie Meinung zur Einführung eines Direktstudiums) wurden die Häufigkeiten ausgezählt. Im ersten Fall, wie häufig der jeweilige Ausbildungsbereich an den jeweiligen Rangplatz sortiert wurde, und im zweiten Fall, wie häufig dafür und dagegen gestimmt wurde. Die qualitativen Daten wurden angelehnt an die Qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2003) ausgewertet. Die übergeordneten Kategorien wurden induktiv gebildet, d. h. von den vorhandenen Daten abgeleitet. Die Auswertung folgte der zentralen Vorgehensweise der inhaltlichen Strukturierung. In einem ersten Materialdurchlauf wurden die Kategorien definiert und Ankerbeispiele markiert; hierbei wurden die Kategorien fortlaufend adaptiert, um eine bestmögliche Passung zu den Daten zu gewährleisten. In einem zweiten Materialdurchlauf wurde das Material den Kategorien inhaltlich zugeordnet und im letzten Schritt quantitativ ausgewertet (ebd.).

## Ergebnisse

### Änderungsbedarf

Die Tabelle gibt einen Überblick darüber, wie häufig der jeweilige Ausbildungsbereich den Rangplätzen 1 bis 6 zugeordnet wurde.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Analyse der konkreten Änderungsvorschläge dargestellt. Es konnten sechs übergeordnete Kategorien identifiziert werden, die jeweils in weitere Kategorien unterteilt werden konnten.

Die erste übergeordnete Kategorie bezieht sich auf Änderungen in den **Rahmenbedingungen** der psychotherapeutischen Ausbildung. Hierunter fallen folgende Kategorien:

- Verbesserung (und gesetzliche Regelung) der Vergütung der Praktischen Tätigkeit (449 Nennungen)
- Verbesserung der Finanzierungsmöglichkeiten (89 Nennungen)
- Einführung von Arbeitsverträgen mit geklärtem rechtlichen Status und einheitlichen Arbeitsbedingungen (67 Nennungen)
- Abschaffung des Praktikantenstatus während der Praktischen Tätigkeit (18 Nennungen)
- Qualitätssicherung/stärkere Kontrolle der Institute und Kliniken (17 Nennungen)
- Approbation direkt nach dem Studium (15 Nennungen)

Die zweite übergeordnete Kategorie umfasst Änderungsvorschläge in der **Praktischen Tätigkeit**:

- Verbesserung der Betreuung während der Praktischen Tätigkeit (108 Nennungen)
- Verkürzung der Praktischen Tätigkeit (45 Nennungen)
- Bereitstellung ausreichender Plätze für Praktische Tätigkeit und Vereinfachung der Platzvergabe (30 Nennungen)

In einer dritten übergeordneten Kategorie finden sich Änderungen bezogen auf die **Theoretische Ausbildung**:

- bessere Anpassung der Theorieinhalte an Praxisanforderungen (58 Nennungen)
- Theoriestunden in der Arbeitszeit (dafür Freistellung von den Kliniken), freie Wochenenden (21 Nennungen)

Die vierte übergeordnete Kategorie beinhaltet Änderungsvorschläge zur **Supervision**:

- Verbesserung der Rahmenbedingungen der Supervision (z. B. flexiblere Gestaltung, bessere Erreichbarkeit, kleinere Gruppen, regelmäßige Termine) (40 Nennungen)
- mehr Supervision (23 Nennungen)
- günstigere Supervision (17 Nennungen)

In der fünften übergeordneten Kategorie finden sich Änderungsvorschläge, die sich auf die **Selbsterfahrung** beziehen:

- Erhöhung der Selbsterfahrung (36 Nennungen)
- Einführung von bzw. Erhöhung der Einzelselbsterfahrung (15 Nennungen)

Die sechste übergeordnete Kategorie umfasst Änderungen, die sich auf die mit der Ausbildung verbundenen **psychischen Belastungen** beziehen:

- Verbesserung der Work-Life-Balance & von Vereinbarkeit von Familie und Beruf/Verringerung der Doppelbelastung (37 Nennungen)
- Erhöhung der Anerkennung für PiA und Reduzierung der Ausbeutung (36 Nennungen)

Fasst man die Anzahl der Nennungen ( $N_{\text{ges}} = 1120$ ) in den übergeordneten Kategorien zusammen, wird deutlich, dass sich die Mehrzahl der Änderungsvorschläge auf die Rahmenbedingungen der Ausbildung (58,5%) bezieht. Gefolgt wird dies von Änderungsvorschlägen für die Praktische Tätigkeit (16,3%). Etwa ein Viertel der Nennungen entfällt auf die anderen Kategorien (siehe Abbildung).

Ausbildungsbereich	N	Rangplatz					
		1	2	3	4	5	6
Praktische Tätigkeit I	715	<b>81,8</b>	10,2	3,1	1,5	1,7	1,7
Praktische Tätigkeit II	709	6,1	<b>70,0</b>	11,6	6,1	3,8	2,5
Praktische Ausbildung	673	5,2	7,4	<b>36,3</b>	26,6	16,0	8,5
Theoretische Ausbildung	678	3,2	5,6	24,8	<b>27,0</b>	18,6	20,8
Supervision	666	0,5	3,5	10,4	23,0	<b>33,9</b>	28,8
Selbsterfahrung	673	3,6	4,3	15,6	15,9	25,0	<b>35,7</b>

Tabelle: Relative Häufigkeiten der gewählten Rangplätze zu den Ausbildungsbereichen mit dem größten (Rangplatz 1) und geringsten (Rangplatz 6) Änderungsbedarf

Anmerkung: Der jeweils meistgewählte Rangplatz ist fett hervorgehoben.

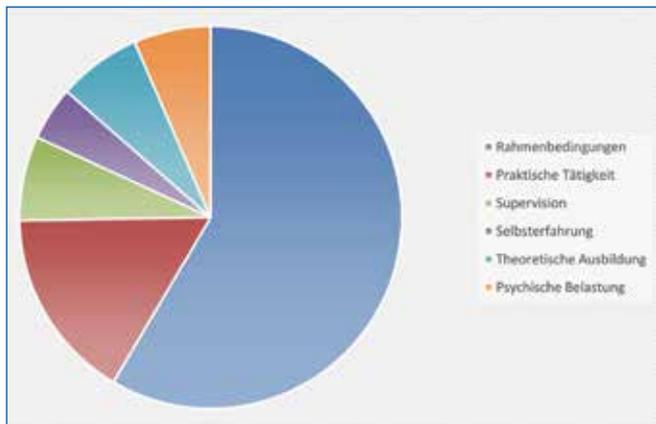


Abbildung: Häufigkeiten der Nennung der übergeordneten Kategorien

## Einstellung zur Einführung eines Direktstudiums

Von den  $N = 707$  Probanden, die die Frage beantworteten, waren 56,2% gegen und 43,8% für die Einführung eines Direktstudiums. Explorative Analysen deuteten teilweise auf Zusammenhänge der Entscheidung zu Merkmalen der Personen bzw. der Ausbildung hin. Es bestand beispielsweise ein signifikanter Zusammenhang zum Alter ( $r = -0,10$ ;  $p < 0,01$ ), was bedeutet, dass ältere Ausbildungsteilnehmer sich eher gegen die Einführung aussprachen. Was die Verfahren angeht, zeigte sich ein ebenfalls signifikanter Zusammenhang ( $\chi^2(2) = 11,18$ ,  $p < 0,01$ ): In der Gruppe der PiA in verhaltenstherapeutischer Ausbildung war die Entscheidung wesentlich knapper (293 dagegen und 259 dafür) als in den Gruppen der psychoanalytischen/tiefenpsychologischen PiA (73 dagegen und 33 dafür) und der verbleibenden Personen (17 dagegen und 7 dafür). Es bestanden keine Zusammenhänge zu den Variablen Geschlecht und Spezialisierung.

Die qualitativen Daten zur Begründung der Entscheidung werden im Folgenden nach Argumenten, die eher dagegen, und Argumenten, die eher dafür sprechen, aufgeführt. Aufgrund der großen Datenmenge werden nur Kategorien berichtet, in denen mehr als 30 Nennungen vorlagen.

Die am häufigsten genannten Argumente gegen die Einführung eines Direktstudiums beziehen sich auf die Problematik von Theorie und Praxis in der psychotherapeutischen Praxis. Viele Befragte befürchteten, dass im Rahmen einer universitären Ausbildung zu wenig praktische Erfahrungen gesammelt werden könnten (79 Nennungen), da die Praxis für diese Ausbildung als sehr wichtig angesehen wird (37 Nennungen). Von einem Studium erwarten einige eine zu starke Theorie- bzw. Forschungsorientierung (43 Nennungen).

Der zweite größere Bereich in den Argumenten gegen ein Direktstudium bezieht sich auf das noch junge Alter der angehenden Psychotherapeuten. Hier wird vor allem angezweifelt, dass die Ausbildungsteilnehmer die nötige persönliche Reife

bzw. Lebenserfahrung besitzen, um therapeutisch zu arbeiten (68 Nennungen). Ebenso wurden Bedenken bezüglich des Alters allgemein geäußert, da die fertig ausgebildeten Psychotherapeuten dann unangemessen jung in den Beruf einsteigen würden (39 Nennungen). In diesem Kontext wurde auch erwähnt, dass die Entscheidung für den Beruf des Psychotherapeuten zu früh im Leben getroffen werden müsste (34 Nennungen).

Viele der Befragten äußern generell die Sorge, dass sich die Ausbildung in einem Direktstudium qualitativ verschlechtern würde, verglichen mit der aktuellen Situation an den Instituten (59 Nennungen). Die Verkürzung der Ausbildungszeit wird teilweise negativ bewertet, da sie als nicht ausreichend für die Komplexität des Feldes angesehen wird (37 Nennungen). In diesem Zusammenhang merken auch viele der Befragten an, dass sie die Inhalte aus dem allgemeinen Psychologiestudium als wertvoll und bereichernd und einen Wegfall dieser Inhalte als nachteilig empfänden (78 Nennungen).

Die letzte größere Kategorie der Argumente gegen ein Direktstudium umfasst die Sorge, dass die Vielfalt in der Zulassung zum Studium geringer werden würde. Durch die erwartete hohe Zahl an Interessenten würden eventuell nur noch Abiturienten mit weit überdurchschnittlichen Noten zugelassen werden und den bisher zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zugelassenen Pädagogen würde der Zugang verwehrt bleiben (30 Nennungen).

Ein Großteil der genannten Argumente für die Einführung eines Direktstudiums bezieht sich auf die Rahmenbedingungen der Ausbildung. Vor allem werden eine potentielle Senkung der Kosten (76 Nennungen) sowie eine kürzere und vereinfachte Ausbildung (72 Nennungen) genannt. Bezogen auf finanzielle Aspekte wird ebenfalls erwartet, dass die Vergütung sowohl während als auch nach der Ausbildung besser wird (47 Nennungen), da ein klarer Status und staatliche Anerkennung gewährleistet ist (30 Nennungen). Die Einführung eines Direktstudiums wird von einigen als eine vorteilhafte Angleichung an die medizinische Ausbildung angesehen (38 Nennungen). Schließt sich direkt an das Studium die Approbation an, wird dadurch eine Verbesserung der beruflichen Situation nach Ausbildungsende erwartet (47 Nennungen).

Bezüglich der Inhalte wird häufiger genannt, dass durch den Wegfall anderer Themenbereiche aus der Psychologie eine gezieltere Vorbereitung auf das therapeutische Arbeiten möglich ist (51 Nennungen).

## Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse unter Berücksichtigung der theoretischen und empirischen Grundlagen diskutiert.

Die Ergebnisse zum Änderungsbedarf der einzelnen Bereiche der psychotherapeutischen Ausbildung spiegeln den derzeiti-

gen Diskurs wider: Der größte Änderungsbedarf wird in der Praktischen Tätigkeit I und der zweitgrößte in der Praktischen Tätigkeit II gesehen. Möglicherweise sind diese Ergebnisse auf die von Hölzel (2006) empirisch belegte schwierige Finanzierung zurückzuführen. Eine andere Erklärung könnte allerdings sein, dass die Praktischen Tätigkeiten mit insgesamt mindestens 1.800 Stunden den zeitaufwändigsten Teil der Ausbildung umfassen, der den PiA dadurch präsenter ist. Zudem ist anzumerken, dass ein Teil der Antwortenden die Praktische Ausbildung noch nicht begonnen hatte, daher ist fraglich, inwieweit sie sich hierzu ein fundiertes Urteil basierend auf eigenen Erfahrungen bilden konnten. In der Theoretischen Ausbildung, der Supervision und der Selbsterfahrung wird verhältnismäßig am wenigsten Änderungsbedarf gesehen, dies könnte als weitestgehende Zufriedenheit interpretiert werden, wie es sich auch in Ergebnissen im Forschungsbericht zur psychotherapeutischen Ausbildung (Strauß et al., 2009) zeigte. Allerdings sollte an dieser Stelle erwähnt werden, dass die Reihung der einzelnen Ausbildungsbereiche erzwungen wurde, woraus folgt, dass Änderungsbedarfe nicht gleich hoch eingeschätzt werden konnten. Für weitere Studien wäre die einzelne Abfrage der Änderungsbedarfe zu empfehlen.

Allerdings zeigte sich auch in der offenen Frage zu Veränderungsvorschlägen, dass knapp Dreiviertel der Vorschläge den Kategorien Rahmenbedingungen und Praktische Tätigkeit zuzuordnen sind. Auch hier spiegeln sich die berichteten Missstände in der Praktischen Tätigkeit wider, beispielsweise bezüglich Vergütung und Betreuung, wie sie auch schon im Forschungsgutachten zur psychotherapeutischen Ausbildung (Strauß et al., 2009) gefordert wurden. Veränderungsvorschläge in den anderen Bereichen der Ausbildung (Theoretische Ausbildung, Supervision und Selbsterfahrung) sind eher gering. Die Reduzierung der psychosozialen Belastung und daraus resultierenden Erschöpfung der PiA, die von Grundmann et al. (2013) sowie Schröder und Reis (2015) berichtet wurde, wird hingegen eher selten genannt. Dieser Befund wurde an derselben Stichprobe auch in Fragebogenmaßen gefunden (Schladitz & Drüge, in Begutachtung). Gerade im Bereich der Supervision und Selbsterfahrung ist der meistgenannte Vorschlag nach einer Erhöhung der Häufigkeit, was auch als Ausdruck der Zufriedenheit mit diesen Aspekten gedeutet werden kann.

Knapp über die Hälfte der Stichprobe sprach sich gegen ein Direktstudium der Psychotherapie aus. Eine Vielzahl der Befragten zeigt sich ambivalent und nennt sowohl Gründe, die dafür als auch solche, die dagegen sprechen. Einige beklagen das Fehlen eines Unentschieden-Buttons oder nennen statt einer Begründung eher Alternativvorschläge. Möglicherweise könnte dies auch damit zusammenhängen, dass nicht alle PiA gleichermaßen den Diskurs um das Direktstudium differenziert verfolgt hatten. Viele der Befragten heben die Wichtigkeit der Praxis hervor, egal ob sie sich für oder gegen die Einführung eines Direktstudiums aussprechen. In diesem Zusammenhang sei auf die Studie von Benecke und Eschstruth

(2015) hingewiesen, aus der hervorging, dass sich eine Vielzahl an Studierenden durch das Studium nicht gut auf die Praxis vorbereitet fühlt. Interessanterweise wird der Verlust der Verfahrensbreite nur von wenigen Befragten als Begründung angegeben. Benecke und Eschstruth (2015) zeigten empirisch, was auch von Studierenden der Psychologie im Interview (Corman-Bergau & Wirth, 2015) berichtet wurde: Die Verfahrensvielfalt ist derzeit an den deutschen Universitäten stark auf die Verhaltenstherapie beschränkt. Daher ist es verwunderlich, dass nur wenige der Befragten den Verlust der Verfahrensbreite nennen. Eine mögliche Begründung hierfür könnte das vorherrschende Ausbildungsverfahren der Befragten sein: 79,2% befinden sich derzeit in einer Ausbildung der Verhaltenstherapie. Die Studierenden im Interview (ebd.) forderten zudem, dass Studienfachwechsel und Brüche in Biographien möglich sein müssten, dies spiegelt sich in den Antworten der Befragten wider, welche der „Autobahn“ Direktstudium sowohl in den Zugangsvoraussetzungen als auch in dem jungen Alter der Entscheidung kritisch gegenüberstehen. Zudem drückt sich in den Ergebnissen auch die Sorge der Antwortenden um die Zugangsvoraussetzungen für Pädagogen aus, die derzeit noch nicht klar geregelt scheinen.

Insgesamt betrachtet hat die Auswertung gezeigt, dass die PiA trotz des recht langen Fragebogens ausführliche Antworten zu den offenen Fragen schrieben, was ein große Bereitschaft widerspiegelt und vielleicht auf die Aktualität des Themas, das große Interesse oder aber die Notwendigkeit des Wahrnehmens dieser wichtigen Perspektive zurückzuführen ist. Aufgrund der starken Ambivalenz, die in den Antworten mitschwang, war die Zuordnung zu einzelnen Kategorien teilweise schwierig. Methodisch wäre auch ein deduktiver Zugang interessant gewesen, in dem zunächst qualitative Interviews oder Diskussionsrunden geführt und ausgewertet worden wären, um im Anschluss Kategorien abzuleiten, deren Ausmaß in einer weiteren Umfrage quantifiziert werden könnte.

Fazit: Die vorliegende Studie zeigt, dass Änderungsbedarfe in den einzelnen Abschnitten der psychotherapeutischen Ausbildung differenziert zu betrachten sind. Besonders für die Praktischen Tätigkeiten gaben die Befragten einen großen Änderungsbedarf an und nannten zahlreiche Veränderungsvorschläge, vor allem bezogen auf die Rahmenbedingungen. Trotz der geplanten großen Umstrukturierung im Sinne eines Direktstudiums geht aus dieser Studie ein akuter Änderungsbedarf für die Praktische Tätigkeit hervor. Die schon im Koalitionsvertrag (2013) beschlossenen Änderungen zum PsychThG (insbesondere Zugangsvoraussetzungen und angemessene Vergütung der Praktischen Tätigkeit) drängen aus Sicht der PiA. Neben der Berücksichtigung vieler anderer Perspektiven (u. a. BDP, 2016; BPTk, Deutscher Psychotherapeutentag, 2015; DGPs, Abele-Brehm & Rief, 2015) wäre es für die Umstrukturierung der psychotherapeutischen Ausbildung wünschenswert, auch die Sichtweise der PiA miteinzubeziehen. Hierbei könnte an Bewährtem, das aus Sicht der PiA geringen Veränderungsbedarf hat, festgehalten und

sich an den Änderungsvorschlägen und -forderungen der PiA orientiert werden, um diese in ein Gesamtkonzept zu integrieren. Das allgemeine Stimmungsbild zur Einführung eines Direktstudiums erwies sich unter den Ausbildungsteilnehmern als uneindeutig, mit einer knappen Mehrheit, die sich gegen die Einführung aussprach. Betrachtet man das Gesamtbild aus den hier ausgewerteten vier Fragen, zeigt sich eine generelle Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen und der Praktischen Tätigkeit. Ob diese nur oder überhaupt mit der Einführung eines Direktstudiums verbessert werden können, schätzen offensichtlich auch die PiA als fraglich ein. Bei der detaillierten Planung der Neuerungen sollte daher auch auf diese Aspekte geachtet werden, sodass die Zufriedenheit der direkt Betroffenen erhöht werden und die Unterstützung in den Reihen der zukünftigen Therapeuten gestärkt werden kann.

## Literatur

- Abele-Brehm, A. & Rief, W. (2016). Standpunkte der DGPs zum Studium zur Approbation in Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 67 (1), 56-58.
- Benecke, C. (2013). Direktstudium Psychotherapie – Warum überhaupt und wenn ja wie? *Psychotherapeutenjournal*, 12 (4), 356-357.
- Benecke, C. & Eschstruth, R. (2015). Verfahrensvielfalt und Praxisbezug im derzeitigen Psychologiestudium – Eine Online-Umfrage unter Studierenden. *Psychotherapeutenjournal*, 14 (1), 23-29.
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (2016). Reform des Psychotherapeutengesetzes – Ein Zwischenbericht. *Psychologische Rundschau*, 67 (2), 143-148.
- Corman-Bergau, G. & Pichler, A. (2016). „Wir wollen Weiterentwicklung, aber Bewährtes nicht gefährden“ – Das PTJ im Gespräch mit zwei Vertretern der Ausbildungsinstituten, Dipl.-Psych. Georg Schäfer und Dr. Christian Alte. *Psychotherapeutenjournal*, 15 (1), 49-57.
- Corman-Bergau, G. & Wirth, U. (2015). Geplantes Studium Psychotherapie: Eine Strukturveränderung mit Chancen und Risiken – Das PTJ im Gespräch mit Özlem Kayali, Meret Seelbach und Carolin Rabe, Studierende des Faches Psychologie. *Psychotherapeutenjournal*, 14 (4), 361-368.
- Deutscher Psychotherapeutentag (2015). Beschlusstext des 25. Deutschen Psychotherapeutentages. *reportpsychologie*, 40 (1), 3.
- Hözel, H. (2006). Zur finanziellen Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung: Ergebnisse einer internetgestützten Fragebogenstudie. *Psychotherapeutenjournal*, 5 (3), 232-237.
- Hütten, F. (24.09.2014). Mit Praktikanten gegen Depression. *Süddeutsche Zeitung*. Verfügbar unter: <http://www.sueddeutsche.de/politik/psychotherapeuten-in-deutschland-mit-praktikanten-gegen-depression-1.2134915> [13.06.2016].
- Grundmann, J., Sude, K., Löwe, B. & Wingenfeld, K. (2013). Arbeitsbezogene Stressbelastung und psychische Gesundheit: Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung. *Psychotherapie Psychosomatische Medizinische Psychologie*, 63, 145-149.
- Krämer, M. (2015). Positionspapier BDP e. V. zum Direktstudium. Plädoyer für eine schnell realisierbare Weiterentwicklung der Psychotherapeutenausbildung: Die Verengung des Studiums ist keine Lösung! *reportpsychologie*, 40 (4), 168-169.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Rief, W., Abele-Brehm, A., Fydrich, 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.
- Schladitz, S. & Drüge, M. (in Begutachtung). Anforderungen, Ressourcen und psychische Beanspruchung in der psychotherapeutischen Ausbildung.
- Schröder, A. & Reis, D. (2015). Wie belastet erleben sich Psychotherapeutinnen und & Psychotherapeuten in ihrem Berufsalltag? *Psychotherapeutenjournal*, 14 (3), 240-247.
- Siegel, R. (2015). Brechen jetzt wirklich bessere Zeiten an? Beschluss des 25. Deutschen Psychotherapeutentages zur Reform des Psychotherapeutengesetzes. *reportpsychologie*, 40 (1), 2-3.
- Spanner, E. (24.02.2015). Junge Psychotherapeuten: Was soll der Geiz? *Spiegel online*. Verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/karriere/berufstart/psychotherapeuten-ausbildung-pia-klagen-wegen-ausbeutung-a-1018803.html> [13.06.2015].
- Springer, A. & Vogel, H. (2015). Das Psychotherapeutengesetz – erhaltungswürdig? reformbedürftig? Blicke von außen. Das PTJ im Gespräch mit Prof. Franz Caspar (Bern) und Prof. Stephan Hau (Stockholm). *Psychotherapeutenjournal*, 14 (4), 328-337.
- Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H.J., Goldbeck, L., Leuzinger-Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). Unter Mitarbeit von Judith Lebiger-Vogel u. a. Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Verfügbar unter: <http://www.mpsy.uniklinikum-jena.de/Rm9yc2NodW5nc2d1dGFjaHRlbg%3D%3D.html> [06.07.2016].
- Vogel, H. (2015). Wie stehen die Psychologischen Hochschulen in Deutschland zur Reform der Psychotherapeutenausbildung? *Psychotherapeutenjournal*, 14 (3), 226-230.



**Dr. phil. Dipl.-Psych. Marie Drüge**

**Korrespondenzadresse:**  
Pädagogische Hochschule Freiburg  
Kunzenweg 21  
79117 Freiburg im Breisgau  
Marie.Druege@ph-freiburg.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Marie Drüge arbeitet als Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) in einer Ambulanz sowie als akademische Mitarbeiterin der Pädagogischen Hochschule Freiburg mit den Forschungsschwerpunkten Supervision und psychosoziale Belastung in pädagogischen Berufen.



**Dipl.-Psych. Sandra Schladitz**

sandra.schladitz@ph-freiburg.de

Dipl.-Psych. Sandra Schladitz ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Pädagogischen Hochschule Freiburg sowie der Philipps-Universität Marburg tätig. Sie forscht im Bereich empirischer Forschungsmethoden zu Kompetenzen im Hochschulbereich und im arbeits- und organisationspsychologischen Bereich zu Arbeitsbedingungen von Psychologieabsolventen und PiA.

# Wir sind Vorbilder

## Ein Appell für Zivilcourage und gesellschaftliches Engagement

Lea Dohm

*„Wir sind alle aufgerufen, unsere Gesellschaft so zu bewahren, dass wir auf sie stolz sein können: nicht diese Gesellschaft der in die Illegalität Gedrängten, der Abschiebungen, des Misstrauens gegen Zuwanderer“*  
(Stéphane Hessel „Empört Euch!“, Ullstein 2011)

In Idomeni sehen wir Menschen, deren Lebensbedingungen mit Menschenwürde und unseren ethischen Grundvorstellungen nicht mehr zu vereinbaren sind. In Syrien scheinen die Genfer Konventionen völlig in Vergessenheit geraten. Dennoch schickte Deutschland 2014 offiziell unter anderem 16.000 Sturmgewehre, 8.000 Pistolen, 10.000 Handgranaten und 106 Militärfahrzeuge in diese Krisenregion. 2015 reisten über eine Millionen Geflüchtete nach Deutschland ein. Die Diskussionen um die Verteilung dieser Menschen, deren Integration und gesundheitliche Versorgung sind in den Medien täglich zu verfolgen.

Wir werden täglich Zeugen von Menschenrechtsverletzungen und Retraumatisierungen oder treffen im politischen Alltag auf angstgeleitete Entscheidungen und Handlungen, fehlgeleitete Kommunikation und missglückte Konfliktlösung. So viele gesellschaftliche Themen begegnen uns im therapeutischen Kontext – und können durch eine psychotherapeutische Brille noch von wichtigen anderen Seiten betrachtet werden, als dies medial der Fall ist. Was hält uns davon ab, uns als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten lauter in gesellschaftliche Fragen einzumischen?

In der Vergangenheit waren angehende Ärzte spätestens über den „Hippokratischen Eid“ mit Fragen der Medizinethik konfrontiert – aber auch unsere Berufsgruppe sollte sich immer wieder aufs Neue mit Gewissensfragen beschäftigen, die über das engere Behandlungssetting hinausgehen. Die Berührungspunkte des Zeitgeschehens mit unserer Profession sind mal kleiner und mal größer – aber sie sind allgegenwärtig.

Kontroverse Politik erscheint „schmuddelig“ im Vergleich zur sicheren, guten Arztrolle. Aber ist es wirklich eine gute Alternative, sich auf das Behandlungssetting zurückzuziehen? Aktuell sind es zu häufig andere Wissenschaften, Experten und Pseudo-Experten, die ihren Einfluss auf die Medien und damit die öffentliche Meinung nutzen.

Und die Möglichkeiten, sich einzubringen, sind vielfältig: Im engeren beruflichen Sinne beginnen sie mit der Fortbildung und Reflexion der eigenen Ängste in der Selbsterfahrung.

Die Vernetzung mit anderen Institutionen des Gesundheitswesens ist gewinnbringend und immer ergänzungswürdig, ebenso die Auseinandersetzung mit der Behandlung schwer erkrankter, traumatisierter oder fremdsprachiger Patientinnen und Patienten.

Einige Kolleginnen und Kollegen sind bereits aktiv geworden: Im konkreten Umgang mit Rechtsextremen rät zum Beispiel der Politikpsychologe Prof. Dr. Thomas Kliche im Interview mit dem ZDF im Februar 2016: „Geduld haben, die Blödsinnigkeit ignorieren, das Vernünftige dagegensetzen“ (ZDF heute, 05.02.2016). In einem offenen Brief an die Bundeskanzlerin weist der Sozialpsychologe der Universität Marburg, Prof. Dr. Ulrich Wagner, gemeinsam mit 140 unterzeichnenden Kolleginnen und Kollegen auf den Zusammenhang zwischen Gefühlen und Vorurteilen bzw. Gewalt hin (15.09.2015). Am 15. März 2016 veröffentlichte der psychotherapeutische Kollege Richard Brouillette in der New York Times einen lesenswerten Beitrag „Why Therapists Should Talk Politics“. In dem Kongress „Migration und Rassismus“, der Anfang März 2016 an der Freien Universität Berlin stattfand, äußerten sich z. B. Prof. Dr. Annette Schulze und Milena Schmitz über die psychologische Wirkung von Überschriften („Flüchtlingsstrom“, ...), die Wirklichkeiten konstruieren und Naturkatastrophen assoziieren lassen.

Die Abstinenzpflicht – und damit das wertfreie Auftreten des Psychotherapeuten – bezieht sich auf den psychotherapeutischen Kontext im engeren Sinne, nicht auf uns als Bürgerinnen und Bürger. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können und sollten es wagen, gesellschaftlich und politisch Stellung zu beziehen.



**Dipl.-Psych. Lea Dohm**

Rathauspassage 3  
31655 Stadthagen  
leadohm@gmx.de

Dipl.-Psych. Lea Dohm, Psychologische Psychotherapeutin, ist als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeutin in eigener Praxis tätig.

# Recht: aktuell

## Berufsrechtliche Fragestellungen bezüglich Audio- und Videoaufzeichnungen von Psychotherapiesitzungen

Bianca Paar & Thomas Schmidt

Als Bestandteil einer psychotherapeutischen Sitzung oder auch im Rahmen der in der Ausbildung zur Psychotherapeutin/zum Psychotherapeuten<sup>1</sup> vorgesehenen praktischen Ausbildung, die unter Supervision stattfindet, kann die Erstellung von Audio- oder Videoaufnahmen der Sitzungen relevant werden. Hierdurch kann eine Vielzahl von rechtlichen Fragestellungen berührt sein. In der folgenden Darstellung haben wir uns insbesondere auf die berufsrechtliche Seite der Thematik konzentriert.

### 1) Welche Voraussetzungen müssen aus rechtlicher Sicht vorliegen, um Audio- oder Videoaufzeichnungen von psychotherapeutischen Sitzungen zu erstellen?

Grundvoraussetzung für die Zulässigkeit der Anfertigung von Audio- und Videoaufzeichnungen ist die Einholung einer vorab wirksam erklärten Zustimmung des Patienten in die Erstellung dieser Aufzeichnungen. Dabei ist zu beachten, dass sich die Einverständniserklärung auch auf den Verwendungszweck der Audio- oder Videoaufzeichnung beziehen sollte (beispielsweise zu Supervisionszwecken im Rahmen der praktischen Ausbildung). Darüber hinaus ist zu beachten, dass der Psychotherapeut die Zustimmung seitens des Patienten auch dokumentieren sollte. Im Zweifel empfiehlt es sich, die Zustimmung des Patienten schriftlich einzuholen.

### 2) Umfasst das Recht auf Einsichtnahme des Patienten in die Patientenakte auch das Recht auf Anhören bzw. Ansehen der Audio- und Videoaufzeichnungen?

Der Patient hat gemäß § 630g Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) einen Anspruch auf Einsichtnahme in die vollständige Patientenakte. Daher ist der

Psychotherapeut auch berufsrechtlich dazu verpflichtet, dem Patienten die Einsicht in die Akte zu ermöglichen, siehe § 11 Abs. 1 der Musterberufsordnung (MBO).<sup>2</sup> Der Begriff der „Patientenakte“ ist dabei umfassend aufzufassen, sodass im Zweifel auch im Rahmen der Psychotherapie gefertigte Audio- oder Videoaufzeichnungen dazugehören (siehe auch Begründung der Bundesregierung zum Entwurf des Patientenrechtegesetzes vom 15.08.2012, S. 26). Daher ist davon auszugehen, dass sich das Einsichtsrecht in der Regel auch auf im Rahmen der Psychotherapie angefertigte Audio- oder Videoaufzeichnungen bezieht. Das Einsichtsrecht des Patienten in die Patientenakte ist gemäß § 630g Abs. 1 BGB eingeschränkt, soweit der Einsichtnahme erhebliche psychotherapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen.

Als Bestandteil der Patientenakte gilt zudem auch für die Audio- oder Videoaufzeichnungen die zehnjährige Aufbewahrungspflicht im Sinne von § 630f Abs. 3 BGB und § 9 Abs. 3 MBO. Es ist hier allerdings die Besonderheit zu beachten, dass der Patient nach § 8 Abs. 7 MBO über das Recht zu informieren ist, jederzeit die Löschung der Audio- oder Videoaufzeichnung verlangen zu können. Hintergrund ist, dass durch Audio- oder Bildaufnahmen das Persönlichkeitsrecht des Patienten besonders betroffen ist. Daher sollte der Psychotherapeut darauf achten, dass er die Inhalte der per Audio oder Video aufgezeichneten Psychotherapiesitzungen auch schriftlich dokumentiert, soweit die Dokumentationspflicht gemäß § 9 Abs. 1 MBO dies gebietet. Sollte der Patient eine Löschung der Audio- oder Videoaufzeichnungen verlangen,

wären jedenfalls die schriftlichen Aufzeichnungen gemäß § 630f Abs. 3 BGB und § 9 Abs. 3 MBO aufzubewahren.

### 3) Kann der Patient von dem Psychotherapeuten eine Kopie der Audio- oder Videoaufzeichnung verlangen?

Neben der Einsicht in die Patientenakte, die in der Regel gemäß § 630g Abs. 1 S. 3 BGB i. V. m. § 811 Abs. 1 BGB am Aufbewahrungsort der Akte stattfindet, hat der Patient nach § 630g Abs. 2 S. 1 BGB auch einen Anspruch auf Erhalt einer Kopie der Patientenakte. Das würde grundsätzlich bedeuten, dass der Psychotherapeut gemäß § 11 Abs. 1 S. 3 MBO verpflichtet ist, auch eine Kopie der Tonaufzeichnung bzw. des Videos an den Patienten herauszugeben. Problematisch ist bei einer Audio- und Videoaufzeichnung von einer therapeutischen Sitzung jedoch, dass regelmäßig auch das Persönlichkeitsrecht des Psychotherapeuten durch die Ton- und Bildaufnahmen betroffen sein wird, soweit er zu hören bzw. zu sehen ist und eine Unkenntlichmachung dieser Passagen mit einem erheblichen technischen Aufwand verbunden wäre. Es ist davon auszugehen, dass in einem solchen Fall eine Abwägung zwischen dem Persönlichkeitsrecht des Psychotherapeuten und dem Recht des Patienten auf Herausgabe einer Kopie der Aufzeichnungen stattzufinden hat, wenn der Patient die Herausgabe einer

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

<sup>2</sup> Aus Gründen der Einheitlichkeit der Darstellung haben wir hier auf die Muster-Berufsordnung (MBO) abgestellt. Bitte beachten Sie jeweils auch die für Sie relevanten Regelungen der Berufsordnung Ihrer Landeskammer.

Kopie fordert (siehe entsprechend die Abwägung bei der Einschränkung der Pflicht zur Gewährung der Einsichtnahme gemäß § 11 Abs. 2 S. 2 MBO). Falls das Ergebnis der Abwägung die Rechte des Psychotherapeuten als höherrangig einstuft, würde dies bedeuten, dass eine Herausgabe nicht verlangt werden könnte. Leider gibt es zu dieser Frage jedoch bislang keine Rechtsprechung. Der Psychotherapeut sollte dann aber auf jeden Fall den Patienten gemäß dem bereits oben genannten § 8 Abs. 7 MBO darüber informieren, dass er die Löschung der betreffenden Audio- oder Videoaufzeichnungen verlangen kann. Dies würde auch keinen Konflikt mit der Dokumentationspflicht darstellen, soweit – wie oben bereits erwähnt – die schriftliche Dokumentation in der Patientenakte auch die gemäß § 9 Abs. 1 MBO zu dokumentierenden Inhalte aus den per Audio bzw. Video aufgezeichneten Sitzungen umfasst. In diese schriftliche Dokumentation kann der Patient weiterhin Einsicht nehmen.

Es erscheint daher in Bezug auf diesen Sonderfall möglich und im Zweifel auch empfehlenswert, mit dem Patienten eine Vereinbarung bezüglich des späteren Löschens der Audio- oder Videoaufzeichnungen bereits vor deren Anfertigung zu treffen. Der Patient hätte jedenfalls weiterhin die Möglichkeit – wie oben bereits erwähnt – eine Kopie der Patientenakte mit den darin auch enthaltenen Notizen über die per Audio oder Video aufgezeichneten Psychotherapiesitzungen (soweit sie gemäß § 9 Abs. 1 MBO dokumentiert wurden) zu verlangen. Die Erstattung der Kosten, die bei der Anfertigung einer Kopie der Patientenakte angefallen sind, kann der

Psychotherapeut jedenfalls von dem Patienten gemäß § 630 g Abs. 2 S. 2 BGB (und auch § 11 Abs. 1 S. 4 MBO) fordern.

#### 4) Darf der Patient eine Audio- oder Videoaufzeichnung ohne Einverständnis des Psychotherapeuten veröffentlichen?

Hat der Patient eine Kopie der Audio- oder Videoaufzeichnung erhalten, ist die Veröffentlichung der Aufzeichnung ohne das Einverständnis des Psychotherapeuten nicht zulässig, soweit durch die Veröffentlichung sein allgemeines Persönlichkeitsrecht betroffen ist. In einem solchen Fall ist an Unter-

lassungsansprüche zu denken. Darüber hinaus ist zu beachten, dass neben der Geltendmachung entsprechender Ansprüche im Wege einer Klage auch das Einreichen eines Antrages auf Erlass einer einstweiligen Verfügung im vorläufigen Rechtsschutz sinnvoll sein kann, da das Verfahren den Vorteil hat, dass schnell eine zumindest vorläufige Regelung erzielt wird.

Da die Thematik aufgrund ihrer besonderen Komplexität eine Vielzahl an Fragestellungen aus unterschiedlichen rechtlichen Bereichen berühren kann, ist im Konfliktfall die Hinzuziehung eines Rechtsanwaltes zu empfehlen.



#### Bianca Paar

Bayerische Landeskammer der  
Psychologischen Psychotherapeuten  
und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
Birketweg 30  
80639 München  
Paar@ptk-bayern.de

Bianca Paar, Rechtsassessorin, ist als Juristin in der Rechtsabteilung der PTK Bayern tätig.



#### Thomas Schmidt

Bayerische Landeskammer der  
Psychologischen Psychotherapeuten  
und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
Birketweg 30  
80639 München  
Schmidt@ptk-bayern.de

Thomas Schmidt, Rechtsassessor, ist Justitiar der PTK Bayern.

# Zur Problematik der Legaldefinition der Psychotherapie – Überlegungen zum Reformbedarf im Psychotherapeutengesetz

Johann Rautschka-Rücker

Man könnte meinen, die Legaldefinition des § 1 Abs. 3 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) nehme eine abschließende und zweifelsfreie Klärung vor, was denn unter Psychotherapie zu verstehen sei. Im Zusammenhang mit der kontroversen Diskussion um „Online-Interventionen“ wird deutlich, dass neue Entwicklungen zu neuen Herausforderungen führen und nach Klärung verlangen.

Zudem geben die Diskussion um die Ausbildungsreform und die gewünschte Änderung des PsychThG Anlass, über Sinn und Nutzen der Legaldefinition in der heutigen Fassung nachzudenken.

Unter diesen Prämissen möchte ich einzelne Elemente der Legaldefinition beleuchten und zwar nicht allein, um das geltende Recht darzustellen, sondern auch um Anregungen für Veränderungen zu geben. Hervorheben will ich, dass dieser Artikel nur einen thematisch eingegrenzten Beitrag zu der Diskussion um „Onlinetherapie“ leisten soll. Umfassendere rechtliche Erwägungen finden Interessierte im Psychotherapeutenjournal Heft 2/2011.<sup>1</sup>

## Heilkundliche Psychotherapie

Die Legaldefinition des PsychThG lautet: „Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist.“ Sie knüpft an der Legaldefinition des Begriffes der „Heilkunde“ an. Der Begriff der Heilkunde wird auch in § 1 Abs. 3 Satz 3 PsychThG benutzt. Dabei setzt das PsychThG den Begriff der Heilkunde voraus. Im PsychThG hat

er die Funktion, die Psychotherapie (im Sinne des PsychThG) auf die Zwecke der Heilkunde zu beschränken.

Auch in der Bundesärztleordnung findet man zwar an mehreren Stellen den Begriff „Heilkunde“, aber ebenfalls keine Definition oder nähere Erläuterung. Was Heilkunde ist, regelt § 1 Abs. 2 Heilpraktikergesetz mit folgender Legaldefinition: „Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.“

## Merkmal „Tätigkeit“

Die Legaldefinition des PsychThG bezieht sich auf eine „... Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert ...“. Psychotherapie wird **ausgeübt**. Das erfordert meines Erachtens eine Person, die aktives Tun entfaltet und zwar eine Tätigkeit mit Kontakt zum konkreten Patienten.<sup>2</sup>

Wenn es also vollautomatisierte Programme ohne jegliche therapeutische Begleitung, ohne jeglichen therapeutischen Kontakt zu dem „Programmnutzer“ gibt, handelt es sich meines Erachtens nicht um Psychotherapie, obwohl sie auf die Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert zielen und möglicherweise auf der Grundlage wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren entwickelt wurden. Die fachliche Konzeptionierung und Realisierung eines Computerprogrammes oder sein Vertrieb stellen keine Ausübung von Psychotherapie im Sinne des PsychThG dar.

Die Bewertung ändert sich sogleich, wenn eine behandelnde Person – mi-

nimalen therapeutischen Kontakt vorausgesetzt – mittels eines derartigen Computerprogramms therapeutisch interveniert, dessen Nutzung also zum Element ihrer Behandlung macht.

Nun mag man sowohl unter fachlichem als auch unter rechtlichem Aspekt trefflich über „Onlinetherapie“ streiten. Die Legaldefinition hilft dabei nicht weiter, denn sie trifft zur Art der Kommunikation zwischen Therapeut und Patient keine Aussage. Diese kann face-to-face erfolgen, über Bildtelefonie, nur telefonisch oder asynchron über E-Mail oder andere Nachrichtensysteme.

Welche Art therapeutischer Kommunikation hingegen berufsrechtlich **zulässig** ist, muss anhand der Berufsordnung beurteilt werden. Das Ergebnis dieser Beurteilung lässt aber keinen Rückschluss darauf zu, ob es sich um Psychotherapie handelt oder nicht.

Wenn von vollautomatisierten Programmen ohne jegliche therapeutische Begleitung die Rede ist, die nicht Psychotherapie sind, stehen sie gleichwohl in einem heilkundlichen Kontext, denn ihre Zweckbestimmung besteht darin, psychische Störungen zu heilen oder zu lindern. Damit unterfallen sie dem Medizinproduktegesetz: Nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 gehört Software, die der Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten dient, zu den Medizinprodukten. Für diese Produkte gelten Ge- und Verbote, zum Beispiel das Erfordernis einer zustimmenden Bewertung der zuständigen Ethik-Kommission und einer klinischen Prüfung und Bewertung.

<sup>1</sup> Rautschka-Rücker, J. (2011). Internetpsychotherapie: Rechtslage, Einordnung, Regelungsbedarfe. Psychotherapeutenjournal 10 (2), 169-172.

<sup>2</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden nicht beide Geschlechtsformen durchgehend genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

## Wissenschaftlichkeitsklausel

Die Legaldefinition erfordert den Einsatz eines **wissenschaftlich anerkannten** psychotherapeutischen Verfahrens. Die Begründung des Gesetzentwurfes zum PsychThG (BTDrucks 13/8035, Seite 14) lässt nicht erkennen, was der Gesetzgeber als wissenschaftlich anerkannte Verfahren ansieht oder nach welchen Kriterien die Beurteilung zu erfolgen hätte. Ausdrücklich hebt sie hervor, dass Weiterentwicklungen nicht ausgeschlossen werden sollen.

In der juristischen Literatur besteht soweit ersichtlich Übereinstimmung, dass es sich nicht um eine qualifizierte, sondern lediglich eine einfache Anerkennung in der Wissenschaft handeln soll. Teilweise wird sogar die Auffassung vertreten, dass der Gesetzgeber dabei lediglich Scharlatanerie verhindern wollte (vgl. Jerouschek, § 1 Rn. 30 ff, mit weiteren Nachweisen).

Das Bundesverwaltungsgericht kam in einem Rechtsstreit, in dem es um die Anerkennung als Ausbildungsstätte mit dem Vertiefungsgebiet Gesprächspsychotherapie ging, zu einer anderen Auslegung (BVerwG 3 C 4.08, Urteil vom 30. April 2009). Es bezog sich dabei ausdrücklich auf die Kommentarliteratur zu § 1 Abs. 3 PsychThG und gab dadurch zu erkennen, dass es die Wissenschaftlichkeitsklauseln nach §§ 1 Abs. 3 und 6 PsychThG einheitlich auslegt.

Nach seiner Auffassung erfordert wissenschaftliche Anerkennung den Nachweis in Form eines nachprüfbaren Beleges, dass das gewählte Verfahren geeignet ist, den Zweck einer Heilbehandlung zu erfüllen. Es reiche nicht aus, dass ein Verfahren in der Fachdiskussion breite Resonanz hat oder in der Praxis verbreitet angewendet oder womöglich nur durch eine Minderheit der Berufspraktiker befürwortet wird.

Die Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP) zur Anerkennung von Vertiefungsverfahren in der Ausbildung lautet: „Therapieverfahren, die für mindestens fünf

Indikationsbereiche der Psychotherapie (1-11 der Indikationsliste) oder mindestens vier der „klassischen“ Indikationsbereiche (1-8) als wissenschaftlich anerkannt gelten können, sollten alleine als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden.“

Meines Erachtens können die Voraussetzungen an die Zulassung eines Vertiefungsverfahrens nach § 6 PsychThG nicht den Maßstab abgeben für die Qualifizierung einer konkreten Diagnostik oder Intervention als Ausübung von Psychotherapie. Es handelt sich dabei um Sachverhalte unterschiedlicher Zielsetzung, Komplexität und Tragweite, die Wissenschaftlichkeitsklausel müsste in jedem Kontext spezifisch ausgelegt werden.

Letztlich halte ich aber die Wissenschaftlichkeitsklausel in der Legaldefinition für einen Irrweg, den der Gesetzgeber wahrscheinlich aus Sorge gewählt hat, sich auf ein neues Gebiet vorzuwagen, das er noch nicht so recht überschauen konnte, dem er noch nicht recht traute. Denn der Arztberuf kommt ohne jede Legaldefinition aus. In § 1 Abs. 1 der Bundesärzteordnung heißt es lapidar: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.“ Warum lässt man den Psychotherapeuten nicht einfach der psychischen Gesundheit dienen?

## Krankheitswert und Indiziertheit

Nicht jede Diagnostik oder Behandlung mittels eines wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahrens erfüllt die Voraussetzungen, die die Legaldefinition an „Psychotherapie“ stellt. Notwendig ist weiterhin eine Störung mit Krankheitswert, deren Behandlung mittels psychotherapeutischer Verfahren indiziert ist.

Nähme man dieses Merkmal wörtlich, müsste man eigentlich schon vor der

Diagnostik wissen, was deren Ergebnis sein wird. Denn die Falsifikation einer Verdachtsdiagnose führt womöglich dazu, dass eine Störung mit Krankheitswert nicht vorliegt oder die Diagnose belegt eine Störung mit Krankheitswert, deren psychotherapeutische Behandlung nicht indiziert ist. Legt man dieses Merkmal nicht wörtlich, sondern teleologisch, also nach dem Zweck der Norm aus, wird man die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit unabhängig vom Ergebnis der „Psychotherapie“ zu rechnen können.

Schwierig wird es beim folgenden Beispiel: Nach § 22 Abs. 2 der Psychotherapierichtlinie besitzt die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen Krankheitswert und Psychotherapie ist indiziert, aber nur wenn Suchtmittelfreiheit besteht oder parallel zur Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann. Ist die elfte Behandlungsstunde des therapeutischen Bemühens bei einem fortgesetzt Abhängigen wirklich keine Psychotherapie mehr – und wenn nein, was dann? Da versagt selbst jede juristische Kunst.

Darüber hinaus existieren im Hinblick auf die Psyche Störungen, die psychotherapeutischen Interventionen zugänglich sind, wie z. B. die Legasthenie, denen im Krankenversicherungsrecht ein Krankheitswert nicht zuerkannt wird. Welche der Sache immanente Logik vermag den Rückgriff auf sozialrechtlich geprägte Elemente zu begründen, wenn es um die Definition eines Heilberufes und seines Interventionsinstrumentariums geht? Muss das Interventionsinstrumentarium überhaupt definiert werden, wo man beim Arztberuf völlig ohne Definition auskommt und der Bezug zu Krankheitswert und Indiziertheit die ärztliche Tätigkeit im Regelfall wohl prägt, aber nicht definitorisch begrenzt?

Das Bundesverfassungsgericht (1 BvR 2383/10, Beschluss vom 01. Februar 2011) behandelt zum Beispiel die Durchführung von „Schönheitsoperationen“ ohne weitere Darlegungen als ärztliche Berufsausübung, obwohl es

sich um einen chirurgischen Eingriff ohne Vorliegen einer Indikation handelt und eine Erkrankung oder Störung mit Krankheitswert nicht vorliegt.

## Qualität und berufsrechtliche Zulässigkeit

Gerade in Bezug auf psychotherapeutische Behandlungen, die nicht face-to-face, sondern unter Nutzung von Medien durchgeführt werden, höre ich oft das Argument, das sei nicht fachgerecht, mithin keine Psychotherapie, sondern Beratung. Es gibt aber nicht nur fach- und kunstgerechte Psychotherapie, sondern auch Psychotherapie, die mit Kunstfehlern behaftet ist. Die Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht wegen Kunstfehlern füllt viele Bände und niemand würde behaupten, es habe sich in diesen Fällen nicht um ärztliche Tätigkeit gehandelt.

Insbesondere mit dem Argument einer behaupteten, settingbedingt notwendig unzureichenden Diagnostik wird begründet, dass es sich bei „Onlinetherapie“ nicht um Psychotherapie handeln könne. Eine unzureichende Diagnostik und eine darauf beruhende Intervention nehmen der Diagnostik und Behandlung jedoch nicht die Qualifizierung als Psychotherapie, sondern stellen einen Kunstfehler dar. Der Bundesgerichtshof (VI ZR 48/78, Urteil vom 20.02.1979) hatte einen Fall zu entscheiden, in dem ein behandelnder Arzt eine Medikation aufgrund telefonisch durchgegebener

Symptomschilderungen anordnete. Selbstverständlich war es eine ärztliche Behandlung, sie entsprach aber nicht dem Sorgfaltsmaßstab, der einzuhalten gewesen wäre.

Ebenso verhält es sich, wenn eine Behandlung gegen Vorgaben einer Berufsordnung verstößt. Die Berufsordnungen definieren nicht, was Psychotherapie ist, sondern statuieren Sorgfaltspflichten, die einzuhalten sind.

## Reform des Psychotherapeutengesetzes

Im Rahmen der Reformdebatte, die im Berufsstand geführt wird, spielt auch die Legaldefinition eine Rolle. Die Arbeitsgruppe von Länderrat und Bundes-

kammervorstand fordert dazu: „Die Reform des Psychotherapeutengesetzes führt eine Legaldefinition der psychotherapeutischen Tätigkeit ein, die – analog der ärztlichen Tätigkeit – nicht auf umschriebene Behandlungsverfahren oder -methoden beschränkt ist.“

Dieser Ansatz ist auch aus juristischer Sicht zu begrüßen, weil dadurch die beschriebenen Auslegungsprobleme vermieden werden könnten. Unabhängig davon zu regeln ist die berufliche Qualifizierung (Aus- und Weiterbildung) und die Anforderungen, die an die Lehrgegenstände und deren wissenschaftliche Fundierung zu stellen sind.

### Literatur:

Jerouschek, G. (Hrsg.). (2004). Psychotherapeutengesetz, Kommentar. München: C.H.Beck.



### Johann Rautschka-Rücker

Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten  
Frankfurter Str. 8  
65189 Wiesbaden  
JRautschka-Ruecker@ptk-hessen.de

Johann Rautschka-Rücker ist Jurist und seit 2003 Geschäftsführer und Justitiar der Psychotherapeutenkammer Hessen.

## Die Ausbildungsreform in der Diskussion

### Redaktionelle Vorbemerkung:

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Debatte innerhalb der Profession zur Novellierung der Ausbildung hat viele Facetten und bewegt daher sehr verschiedene Akteure. Auch einige Mitglieder einer Arbeitsgruppe zur Weiterbildung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Ausbildungsträgerverbände (BAG) haben Argumente zusammengestellt, warum aus ihrer Sicht die geplante Weiterbildung „aus einer Hand“ zentral in den Weiterbildungsinstituten verortet werden soll. Die Autoren wollen ihre Sichtweise hier einbringen und zur Diskussion stellen.

Auch hier gilt wieder: Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen!

Der Redaktionsbeirat

### Warum „Weiterbildung aus einer Hand“? – Institute garantieren hohe Weiterbildungsqualität

Jürgen Tripp, Georg Schäfer, Günter Ruggaber, Bettina Meisel, Hinrich Bents & Norbert Schrauth<sup>1</sup>

Es gibt eine lange Tradition der psychotherapeutischen Qualifizierung an Instituten, in denen sich erfahrene Psychotherapeutinnen<sup>2</sup> mit dem Ziel der Weitergabe ihrer Kenntnisse und Erfahrung an den psychotherapeutischen Nachwuchs zusammengeschlossen haben. Mit dem Psychotherapeutengesetz von 1998 wurde diesen Instituten als staatlich anerkannten Ausbildungsstätten eine zentrale Rolle in der Psychotherapeutenausbildung zuerkannt und sie wurden ermächtigt, eigene Ausbildungsambulanzen zu betreiben.

In den Instituten haben sich in dieser Zeit Strukturen etabliert, die sich für eine psychotherapeutische Qualifizierung als besonders geeignet erwiesen haben. Es besteht nicht nur langjährige Erfahrung und Expertise in der Kompetenzvermittlung, sondern auch in der Planung und Koordinierung der Ausbildung und der Betreuung und Anleitung der Ausbildungsteilnehmer. Zudem wurden mit den Instituten und ihren Ambulanzen Organisationsstrukturen entwickelt, die über die personellen und materiellen Ressourcen verfügen, um notwendige Rahmenbedingungen für die Ausbildung zu schaffen.

Im Folgenden beschreiben wir sechs Punkte, die dafür sprechen, die bestehenden psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute in einer zukünftigen Weiterbildung nach einem Psycho-

therapiestudium als Weiterbildungsinstitute zu etablieren und ihnen eine zentrale Rolle in der Weiterbildung zuzuweisen.

### Weiterbildungsinstitute als notwendige Bedingung für eine qualitativ hochwertige Weiterbildung

Begründungen im Überblick:

- Psychotherapeutische Kompetenzentwicklung durch reflektierte Praxis
- Strukturierte curriculare Kompetenzvermittlung durch Weiterbildungsinstitute
- Kontinuierliche Begleitung, Anleitung und Feedback über den gesamten Weiterbildungsverlauf
- Die professionelle Community am Weiterbildungsinstitut als optimale Lernumgebung
- Vermittlung des psychotherapeutischen Verfahrensbezugs durch Weiterbildungsinstitute
- Ambulanzen von Weiterbildungsinstituten bieten ein besonderes Lernumfeld für die ambulante Weiterbildung

### 1. Psychotherapeutische Kompetenzentwicklung durch reflektierte Praxis

Fachkundige Psychotherapeuten sind hochspezialisierte Experten, die umfassende Kenntnisse und Fertigkeiten in neuen und komplexen beruflichen Situationen professionell anwenden. Die Forschung zur Expertise und Kompetenzentwicklung bei Psychotherapeuten zeigt, dass zur Entwicklung solcher Kompetenzen ein langfristiger komplexer Lernprozess notwendig ist, in dem eine reflektierte Praxis (engl. „*deliberate practice*“) vermittelt wird (Ericsson, 2008; Sachse, Fasbender & Hammelstein, 2014; Skovholt, Ronnestad & Jennings, 1997). In diesem Training ist das Wissen handlungsorientiert zu vermitteln und Erfahrungen im Praxisfeld sind permanent durch die Rückmeldung von Expertinnen zu begleiten. Die

<sup>1</sup> Die Autoren sind Mitglieder einer Arbeitsgruppe zur Weiterbildung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Ausbildungsträgerverbände (BAG) und haben in diesem Rahmen den Artikel verfasst.

<sup>2</sup> Um einen Kompromiss zwischen Gender-gerechter Schreibweise und guter Lesbarkeit zu erreichen, verwenden wir wechselnd die weibliche und männliche Schreibweise. Gemeint sind jedoch immer beide Geschlechter.

praxisorientierte Wissensvermittlung wird heute von den Ausbildungsstätten in Form von Theorievermittlung im Workshop-Format (kleine Gruppen, in der die Beteiligten gemeinsam aktiv ein Thema erarbeiten) durch ausgewiesene Expertinnen mit umfassender Praxiserfahrung in den jeweiligen Themen umgesetzt. Diese Form der Wissensvermittlung, Selbsterfahrung sowie Supervision als Anleitung und Feedback durch Experten, muss auch in Zukunft den praktischen Teil der Weiterbildung in den Ausbildungsstätten kontinuierlich begleiten und trägt wesentlich zu einem vertieften Verständnis der therapeutischen Prozesse bei (Kahl-Popp, 2007). Genauso wie in der jetzigen Psychotherapeutenausbildung sind auch in einer zukünftigen Weiterbildung solche Institute als organisatorischer Rahmen notwendig, um die Begleitung des praktischen Erfahrungserwerbs in den Ausbildungsstätten und somit für die Umsetzung einer reflektierten Praxis zu gewährleisten. Institutsgebundene Psychotherapieweiterbildung bildet deshalb auch international den Leitstandard.

## 2. Strukturierte curriculare Kompetenzvermittlung durch Weiterbildungsinstitute

Neben der reflektierten Praxis ist für eine qualitativ hochwertige Weiterbildung ein strukturierter curriculärer Ablauf notwendig. Dadurch wird garantiert, dass alle obligatorischen Inhalte und Erfahrungen im Rahmen der Weiterbildung abgedeckt werden und dass dies in einer sinnvollen Abfolge geschieht, die auf eine optimale Kompetenzentwicklung abzielt. Hierzu ist es notwendig, dass ein strukturiertes Curriculum aus Theorie, Supervision und Selbsterfahrung vom Weiterbildungsinstitut organisiert wird, welches sich über den gesamten Verlauf der Weiterbildung erstreckt („aus einer Hand“). Gerade die zeitliche Parallelstellung von Lernerfahrungen in Theorievermittlung, supervidierter Behandlungspraxis und Selbsterfahrung kann in bestimmten Weiterbildungsphasen besondere Lernfortschritte ermöglichen, die in einem separierten sukzessiven Angebot von Weiterbildungsbestandteilen nicht realisiert werden könnten. So sorgt das Weiterbildungsinstitut dafür, dass auch alle anderen Weiterbildungsbestandteile auf das Curriculum abgestimmt und in den strukturierten Ablauf eingebunden sind. Hierzu sind Kooperationen aller beteiligten Ausbildungsstätten mit dem Weiterbildungsinstitut notwendig. Das Weiterbildungsinstitut sorgt auch bei einem Übergang von einer Ausbildungsstätte zur nächsten (z. B. von stationär zu ambulant) für Konstanz und Stringenz im Weiterbildungsverlauf. Die meisten Institute haben zudem bereits Qualitätssicherungssysteme implementiert, sodass durch kontinuierliche Evaluation die Qualität der curricularen Angebote geprüft und gesichert wird.

## 3. Kontinuierliche Begleitung, Anleitung und Feedback über den gesamten Weiterbildungsverlauf

Es hat eine besondere Bedeutung im Weiterbildungsverlauf, dass das Institut – wie bislang in der Psychotherapeutenausbildung – die individuellen Weiterbildungsverläufe der Teilnehmer

kontinuierlich begleitet, ihren Kompetenzfortschritt evaluiert, bewertet und hierzu Feedback gibt. Daran angepasst wird gemeinsam mit dem Teilnehmer und den beteiligten Weiterbildungsbefugten und Supervisorinnen der individuelle Weiterbildungsverlauf geplant. Eine optimale Kompetenzentwicklung wird insbesondere dann erreicht, wenn die Erfahrungen in der psychotherapeutischen Arbeit auf das jeweilige Kompetenzniveau der Lernenden abgestimmt sind und ein passendes Level der Herausforderung darstellen (vgl. Ronnestad & Orlinsky, 2005; Kahl-Popp, 2007). Daher ist, neben der Koordination und der Strukturierung des Ablaufs, die kontinuierliche Begleitung der Teilnehmer durch die Institute ein wesentliches Qualitätsmerkmal der jetzigen Ausbildung (vgl. Strauß et al., 2009), das auch in der zukünftigen Weiterbildung unbedingt erhalten bleiben sollte. Das Institut ist der Ort, an dem die Eindrücke der Dozenten, der Supervisoren, des Ambulanzleiters und weiterer an der Weiterbildung mitwirkender Personen zusammenlaufen können. Dadurch ist es möglich, dass persönliche Entwicklungshemmnisse sowie -fortschritte der Weiterbildungsteilnehmer sichtbar werden. Nur der Austausch der an der Weiterbildung beteiligten Personen ermöglicht einen validierten Eindruck zum Verlauf der Weiterbildung des Teilnehmers. In den Instituten finden sich oft Einrichtungen und Gremien, die speziell zur Wahrnehmung dieser Aufgaben vorgesehen sind (z. B. Dozentenkonferenzen, Weiterbildungsausschüsse etc.). Eine unkoordinierte und fragmentierte Weiterbildung in mehreren Ausbildungsstätten kann diese Möglichkeit einer auf validierte Eindrücke gestützten Weiterbildungsorganisation nicht bereitstellen.

## 4. Die professionelle Community am Weiterbildungsinstitut als optimale Lernumgebung

Wesentlich für die Entwicklung einer professionellen Identität und einer professionellen Haltung ist es, mit beruflichen Rollenvorbildern in Kontakt zu kommen und sich mit diesen auseinandersetzen und identifizieren zu können (Ronnestad & Skovholt, 2001; Boswell & Canstonguay, 2007). Bei diesen beruflichen Rollenvorbildern sollte es sich um langjährig erfahrene Berufsangehörige handeln, die Experten in ihrem Feld sind. Die Weiterbildung in einem Institut, welches einen Zusammenschluss erfahrener Berufsangehöriger darstellt, bietet einen Rahmen für die berufliche Sozialisation in einer professionellen Community. Diese wird ergänzt durch die kollegiale Gemeinschaft im Rahmen von Fachgesellschaften (in welchen die meisten Institute organisiert sind) und die Identifikation und kritische Auseinandersetzung mit einem psychotherapeutischen Verfahren als professionellen Bezugsrahmen (Ronnestad & Orlinsky, 2005; Boswell & Canstonguay, 2007). Dies alles trägt entscheidend zum persönlichen Entwicklungsprozess auf dem Weg zum erfahrenen Psychotherapeuten und zur Entwicklung einer professionellen psychotherapeutischen Haltung bei (Kahl-Popp, 2007). Ronnestad und Orlinsky (2005) identifizieren die soziale Unterstützung in der professionellen Community durch sowohl Ausbilder und Supervisorinnen als auch durch die Peergroup der Lernenden als wesentlichen Faktor für eine gelingende psychotherapeutische Kompetenzentwicklung. In den Weiterbildungsinstituten finden die Weiterbildungsteilnehmer einen

Ort für Kontakt und Austausch, gegenseitige Unterstützung für die Organisation von Lerngruppen (z. B. zur Prüfungsvorbereitung), aber auch für ihre Interessenvertretung gegenüber der Institutsleitung. Der kollegiale Kontakt am Lernort Weiterbildungsinstitut ist auf dem langen Weg der Weiterbildung auch ein wichtiger, die Motivation stärkender Faktor. Auch hier ist somit die Anbindung an einem Institut mit einer konstanten Lerngruppe und konstanter Begleitung durch die Ausbilder ein wesentlicher Faktor der sozialen Unterstützung im Prozess der psychotherapeutischen Kompetenzentwicklung.

## 5. Vermittlung des psychotherapeutischen Verfahrensbezugs durch Weiterbildungsinstitute

Die wissenschaftlichen psychotherapeutischen Verfahren werden wesentlich durch die Fachgesellschaften und die mit ihnen verbundenen Institute tradiert und auch weiterentwickelt. Wenn in der Weiterbildung eine verfahrensbezogene Schwerpunktbildung erfolgen soll, dann ist das auf einem hohen Niveau nur über die Institute und Fachgesellschaften möglich. Dort sind die Experten für die wissenschaftlichen psychotherapeutischen Verfahren und für deren Vermittlung organisiert, die sich intensiv theoretisch, praktisch und in Selbsterfahrung mit dem Verfahren auseinandergesetzt haben, es praktizieren und sich damit identifizieren. Zudem kommen die Erfahrungen aus verschiedenen ambulanten, stationären und komplementären Anwendungsfeldern des Psychotherapieverfahrens an einem Ort zusammen. Diese Expertise ist in keinem anderen institutionellen Rahmen in dieser Form vorhanden.

## 6. Ambulanzen von Weiterbildungsinstituten bieten ein besonderes Lernumfeld für die ambulante Weiterbildung

In der psychotherapeutischen Weiterbildung werden obligatorisch Erfahrungen in verschiedenen Settings und Versorgungsbereichen gesammelt und es wird ein breites Spektrum an Störungsbildern und Behandlungsformen kennengelernt. Es ist unverzichtbar, dass neben Erfahrungen in der stationären Versorgung vor allem auch umfassende Erfahrungen in der ambulanten Patientenversorgung gesammelt werden, da nur in diesem Setting Erfahrungen mit längeren Therapieverläufen möglich sind. Hinzu kommt, dass der ambulante Sektor ein wesentliches Berufsfeld für Psychotherapeuten darstellt, für welches spezifische Kompetenzen erworben werden müssen.

Als Weiterbildungsstätten kommen im ambulanten Sektor grundsätzlich die Praxen von niedergelassenen Psychotherapeutinnen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie die Ambulanzen der bisherigen Ausbildungsstätten infrage. Letztere bieten dabei den bestmöglichen Lernort für die ambulante Weiterbildung. Anders als in Einzelpraxen oder MVZ werden die Behandlungsleistungen hier überwiegend von den Weiterbildungsteilnehmern erbracht. Hauptamtliche Ambulanzeleiterinnen

stehen für Anleitung, Rücksprache und Unterstützung zur Verfügung und stellen dadurch eine hochwertige Versorgung, wie auch eine kontinuierliche Qualifizierung der Weiterbildungsteilnehmerinnen sicher. Auch ist ein hauptamtlicher Ambulanzeiter für die Weiterbildungsteilnehmer niedrigschwellig erreichbar. Im Regelfall sind innerhalb der Ambulanz auch Teambesprechungen organisiert, in denen über neu aufgenommene Patienten und die Übernahme von Behandlungen beraten wird. Hinzu kommt, dass durch die Einbindung der Ambulanz in das Institut die Lernfortschritte, aber auch die Lernschwierigkeiten der Weiterbildungsteilnehmer bei der weiteren Organisation ihrer Weiterbildung unmittelbar berücksichtigt werden können. Bei einer ambulanten Weiterbildung in Einzelpraxen oder MVZ würden der Austausch und die Teambesprechungen unter Weiterbildungskollegen fehlen, auch ist es kaum denkbar, dass eine Praxisinhaberin, die selbst in der Versorgung tätig ist, eine vergleichbare Rücksprachemöglichkeit bereitstellen kann, wie dies einem hauptamtlichen Ambulanzeiter, der eine Gruppe von Weiterbildungsteilnehmern betreut, möglich ist.

## Fazit

Um auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige psychotherapeutische Versorgung zu sichern, darf die Weiterbildung von Psychotherapeuten nicht in unverbundene Module zerfallen, sondern muss „aus einer Hand“ von Weiterbildungsinstituten koordiniert und konzeptionalisiert werden. In den bisherigen Ausbildungsinstituten sind die notwendigen Strukturen für die komplexen und effektiven Lernprozesse bereits vorhanden, sodass es sinnvoll ist, die Ausbildungs- in Weiterbildungsinstitute zu überführen. Hierfür müssen die rechtlichen und finanziellen Grundlagen geschaffen werden.

## Literatur

- Boswell, J. & Canstonguay, L. (2007). *Psychotherapy Training: Suggestions for Core Ingredients and Future Research*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (4), S. 378-383.
- Ericsson, K. (2008). *Deliberate Practice and Acquisition of Expert Performance: A General Overview*. *Academic Emergency Medicine*, 15 (11), S. 988-994.
- Kahl-Popp, J. (2007). *Lernen und Lehren psychotherapeutischer Kompetenz am Beispiel der Psychoanalytischen Ausbildung*. Würzburg: Ergon.
- Rønnestad, M. & Orlinsky, D. (2005). *Clinical Implications: Training, Supervision, and Practice*. In D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad, *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington: American Psychological Association.
- Rønnestad, M. & Skovholt, M. (2001). *Learning Arenas for Professional Development: Retrospective Accounts of Senior Psychotherapists*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32 (2), S. 181-187.
- Sachse, R., Fasbender, J. & Hammelstein, P. (2014). *Wie Psychotherapie-Ausbildung sein sollte – Eine psychologische Analyse didaktischer Erfordernisse*. In S. Sulz (Hrsg.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft – Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (S. 15-37). München: CIP-Medien.
- Skovholt, T., Rønnestad, M. & Jennings, L. (1997). *Searching for Expertise in Counseling, Psychotherapy, and professional Psychology*. *Educational Psychology Review*, 9 (4), S. 361-369.
- Strauß, B. et al. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*. Verfügbar unter: [http://www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Themen/AusFort\\_und\\_Weiterbildung/Ausbildung/20090401\\_Forschungsgutachten\\_Ausbildung\\_PP\\_und\\_KJP.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Themen/AusFort_und_Weiterbildung/Ausbildung/20090401_Forschungsgutachten_Ausbildung_PP_und_KJP.pdf) [18.06.2013].

# Rezensionen

## „Wie die anderen“ – Dokumentarfilm aus einer Kinder- und Jugendpsychiatrie

„Wie die anderen“. Regie & Buch: Constantin Wulff. Kamera: Johannes Hammel. 95 Minuten. Österreich 2015.

Seit dem 9. Juni 2016 ist der Film „Wie die anderen“ in den deutschen Kinos zu sehen, er war 2015 der erfolgreichste Dokumentarfilm in Österreich. Der Film beabsichtigt, dem Laienpublikum einen Eindruck in die ärztliche- und psychotherapeutische Arbeit zu vermitteln, und ist im Direct Cinema Modus gedreht – das bedeutet: keine Inszenierung, keine Kommentare, keine Interviews, keine Musik, keine Stimmen aus dem Off, sondern nur alltägliche Arbeitsabläufe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der österreichischen Stadt Tulln. Dies ist ein meines Erachtens sehr gewagtes Experiment, denn diese Darstellungsweise läuft Gefahr, die Stigmatisierungsgefühle zu erhöhen, die ein Laie für psychiatrische Therapie und Psychotherapie empfinden mag. Interessant wäre der Film für Inter- oder Supervisionsgruppen. Aufgrund dieser beiden Aspekte möchte ich empfehlen, den Film kritisch anzuschauen. Er zeigt beispielhaft die auch Psychotherapeuten bekannte Schwierigkeit der Vernetzung zwischen stationärer und ambulanter Psychiatrie und Psychotherapie; nur der Weg zurück in die Klinik oder Gesundsein scheinen möglich – die ambulante Psychotherapie wird nicht erwähnt. Der Film zeigt das Beispiel einer Patientin im Entlassungsgespräch mit dem behandelnden Arzt – ihr Widerstand gegen eine evtl. Wiederaufnahme ist sichtbar und überträgt sich auf den Zuschauer.

Dem Filmteam um Constantin Wulff ist es gelungen, während der Dreharbeiten unauffällig zu wirken, sodass sich die Patienten fast „unbeobachtet“ zu fühlen scheinen. Eine Verpixelung zumindest der Patientengesichter wäre je-

doch trotz Einverständniserklärung der Patienten aufgrund des Datenschutzes und der Schweigepflicht wünschenswert. Es bleibt an dieser Stelle die unbeantwortete Frage, weshalb psychisch kranke Kinder in ihrer Not „real“ gefilmt werden.

Mich hat dieser Film vor allem mit dem Blick auf die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Eltern interessiert. Die Klinikstation wird wie eine von der übrigen Welt abgetrennte Welt gezeigt, es gibt kein Außen, sogar die Rutsche im Hof wird kein einziges Mal benutzt. Die Bilder des Klinikgebäudes empfangen den Betrachter mit Aufnahmen von langen weißen Fluren kühl. Die Station vermittelt mit ihrem farblosen Äußeren wenig Geborgenheit, eher geschäftige Unruhe. Es irritiert, dass neben den Ärzten und Psychotherapeuten noch andere Personen auch während der Behandlung anwesend sind und die Intimität der Beziehung im therapeutischen Raum dadurch gestört zu sein scheint. Die Atmosphäre während der Behandlungsstunden ist gedämpft, eher depressiv. Die verbalen Erklärungen sind oft „stereotyp-therapeutisch“, Empathie ist in der Mimik der Psychotherapeuten wenig erkennbar; oftmals sind im Gespräch verwendete Begriffe fachspezifisch, sodass man sich eine Erklärung für den Patienten wünscht. Die Arbeit mit den Eltern findet kaum Erwähnung. Während des Zuschauens entwickelt sich ein unbehagliches, zunehmend depressives Gefühl. Bei mir persönlich gipfelte das in der Mitte des Films, als zu sehen ist, wie eine Jugendliche ans Bett fixiert und anschließend lediglich über einen in einem anderen Raum befindlichen Monitor beobachtet wird. Die Hoffnung, dass eine der beiden Betrachterinnen hinübergehen würde, um mit dem jungen Menschen zusammen zu sein, erfüllte sich nicht. Da der Film die Praxis in Ös-

terreich zeigt, hoffte ich, dass Fixierung von Kindern in Deutschland nicht mehr üblich ist. Ich habe die Befürchtung, dass die in diesem Film gezeigte reale Fixierung eines Jugendlichen klaustrophobische Gefühle und heftige Abwehr im Betrachter weckt, anders als bei Darstellungen „richtiger Filme“ (Fiktionen) mit Schauspielern. Ein paar Behandlungsfälle werden im Filmverlauf mitverfolgt und kleine therapeutische Interventionen, auch Musiktherapie u. ä. gezeigt, aber so kurz, dass ein Verstehen des therapeutischen Ansatzes zu kurz kommt und Fragen zurückbleiben. Hautnah vermittelt werden dann jedoch einige Teambesprechungen besonders zum Thema Suizid, in denen endlich die menschliche Anteilnahme direkt erlebbar wird.

Die gefilmten verfolgbareren Behandlungsfortschritte sind für Kollegen verständlich, für einen Laienbetrachter vielleicht zu gering. Man kann den gewonnenen Eindruck der Klinik nicht als einen wünschenswerten und in der Not zu suchenden Ort mit nach Hause nehmen. Eindrucksvoll sind die Teambesprechungen, in denen das große Problem der Finanzierung des Gesundheitssystems in Österreich zum Ausdruck kommt. Der Zuschauer empfindet sich ratlos und aufgefordert zu helfen; der Eindruck der therapeutischen Arbeit des Filmes verblasst dadurch.

Neben aller Kritik finde ich die Kolleginnen und Kollegen der Kinder- und Jugendpsychiatrie um den Leiter Prof. Dr. Hochgatterer mutig, sich dem Betrachter auszusetzen. Der Film gibt Anlass, die Außendarstellung psychotherapeutischer Behandlungen durch die Augen eines Laienbetrachters kritisch zu reflektieren.

Kristiane Göpel,  
Tübingen

## Wie wir unser Verstehen vertiefen können

Bozetti, I., Focke, I. & Hahn, I. (Hrsg.) (2014). *Unerhört – Vom Hören und Verstehen*. Stuttgart: Klett-Cotta, 285 Seiten, 39,95 €

Die Sammlung der auf der Jahrestagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft gehaltenen Vorträge verdient es aufgrund ihrer Qualität und Inspirationskraft, als ein eigenständiges Buch behandelt zu werden. Das gestellte Thema „Unerhört – Vom Hören und Verstehen“ ist ein zentraler Dreh- und Angelpunkt jedes therapeutischen Prozesses. Obgleich von Analytikern verfasst, ist der Band eine Bereicherung für jeden Kliniker, der an der therapeutischen Beziehung interessiert ist und danach strebt, sein „Werkzeug des Hörens“ zu vertiefen. Er bietet Analytikern wie Psychotherapeuten anderer Ausrichtungen eine Fülle von anwendungsbezogenen Eröffnungen und Anregungen, die für die tägliche Arbeit relevant sind: Wer seine Wahrnehmungen und Möglichkeiten, dem Patienten zu antworten, verfeinern möchte, dem sei die Lektüre empfohlen. Gleich, welche konzeptuellen Ansätze bevorzugt werden, jeder auf das Verstehen ausgerichtete therapeutische Prozess wird erst durch ein auf vielen Registern empfängliches Zuhören einzigartig und therapeutisch wirkungsvoll. Diese zugrundeliegende Dimension des therapeutischen Prozesses wird dem Leser lebendig nachvollziehbar gemacht. Die ganz unterschiedlichen Perspektiven auf das Thema sensibilisieren für eine „Arbeit des Hörens“, zeigen aber auch, wie bedroht es durch abwehrbedingte Verengung oder emotionale Taubheit ist. Hier können nur einige Beiträge skizziert werden, die anderen sind nicht weniger interessant und geben ein breites Spektrum psychoanalytischen Nachdenkens und Forschens wieder.

Fünf theoretisch illustrative und klinisch anregende Bereiche gliedern das Buch: Im ersten, *Kultur des Hörens*, nähert Wellendorf das psychoanalytische Hören den Wahrnehmungen beim Lesen

von poetischen Texten an und lässt überraschende Parallelen hören. Anhand seiner Lektüre von Mayröcker lässt er uns beim Lesen miterleben, wie wir dem „Unvorherhörbaren“ ausgeliefert sind, wenn wir es in uns zulassen. Der zweite Bereich, *Hören auf das Zuhören*, stellt Konzepte der international bekannten französischen Analytikerin Faimberg vor („Dem Zuhören zuhören“) ebenso wie ihr Nachdenken darüber, wie Missverstehen in der analytischen Situation fruchtbar gemacht werden kann. Hier kommt auch Bolognini (der Präsident der International Psychoanalytic Association) zu Wort, der dem Leser etwas von der italienischen psychoanalytischen Kultur vermittelt, aber auch hörbar macht, wie etwa das Schweigen des Analytikers vom Patienten erlebt werden kann und was das jeweils bedeutet. Im dritten Bereich, *Hören und Zuhören verstehen*, liegt der Schwerpunkt darauf, was dem „analytischen Paar“ widerfährt: So etwa ist die „Passivierung“ des Analytikers beim Zuhören die Bedingung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit, diese ist das Gegenstück zur „freien Assoziation“ des Analysanden. Welche Schwierigkeiten uns dabei zu schaffen machen, aber vor allem, welche weitreichende Möglichkeiten zum Tragen kommen, wenn wir uns auf diese „Passivierung“ einlassen, zeigt Grabska anhand eines Erstinterviews. Der vierte Bereich, *Hören im psychoanalytischen Prozess*, fokussiert die klinische Situation zwischen Patient und Therapeut und untersucht deren Beziehung. Günter zeigt anhand einer berührenden Fallgeschichte, wie im aufmerksamen Hören auf das kindliche Spiel und auf das Vorsprachliche sehr früher Entwicklungsphasen durch die Verarbeitung des Analytikers Bedeutung gewonnen werden kann. Bringmann veranschaulicht, wie die Spannung, die beim Zuhören im Analytiker zwischen dem Streben nach gleichschwebender Aufmerksamkeit einerseits und Kohärenz andererseits entsteht, dazu führen kann, beunruhigende Widersprüche und als Ich-Bedrohung

erlebte Inkohärenzen unbewusst durch eine Verengung des emotionalen Verstehens abzuwehren. Weitere Beiträge zeigen, wie übersetzte Sprengsel fremder Sprachen dem Patienten bisher Unsagbares hör- und annehmbar machen oder wie das für die Überlebenden traumatische Schweigen eines Suizids die unerhörte Aggression im nachträglichen Verstehen nachhallen lässt. Das fünfte Kapitel, *Hören in Forschung und Supervision*, gibt Einblicke in die Konversationsanalyse (Buchholz) und deren Anwendung und stellt eine Forschungsstudie vor (Fissabre und Steinmetzer), die die Bedingungen untersucht, unter denen Ausbildungskandidaten sich in Supervisionsprozessen kognitiv und emotional öffnen können bzw. welche Umstände dies eher verhindern.

Als leise Kritik ließe sich anmerken, dass der schöne, vielsagende Titel „Unerhört“ einen klassischen Vorläufer in Lucien Israels „Die unerhörte Botschaft der Hysterie“ (1993) hat. Bei ihm und in der durch Lacan geprägten französischen Psychoanalyse wird sehr grundlegend das Hören auf die Sprache und das Gesprochene ausgearbeitet. Wie bisher Unerhörtes doch erhört werden kann, dazu hätten diese Theoretiker viel beizutragen gewusst, aber leider findet sich kein Bezug darauf.

Der Band ist in seiner Gesamtheit ein überzeugendes Plädoyer dafür, erneut über die Tätigkeit des Hörens nachzudenken und sie – auch gegenüber anderen Konzepten – zu sensibilisieren: Vorsprachliches, Szenisches Verstehen, Handlungsdialog, Embodiment etc. sind hilfreich, aber können auch verhindern, dass wir unser „drittes Ohr“ (Theodor Reik), d. h. unseren inneren Raum des empathischen Zuhörens von Unbewusst zu Unbewusst, wirklich nutzen. Sehr lesenswert für alle Kliniker, die ein vertiefendes Nachdenken über die vielfältigen Register dessen interessiert, was sie täglich zu hören bekommen.

Dipl.-Psych. Johanna Naumann,  
Hamburg

## Über die kulturellen Aspekte des Verständnisses psychischen Leidens

**Watters, E. (2016). Crazy like us: Wie Amerika den Rest der Welt verrückt macht. Tübingen: dgvt-Verlag, 240 Seiten, 19,99 €**

Der Journalist Ethan Watters lädt mit seinem Buch „Crazy like us“ dazu ein, die kulturspezifischen Aspekte psychischer Erkrankungen zu betrachten, insbesondere die Auswirkungen westlicher Diagnose- und Behandlungsverfahren im historischen und gesellschaftlichen Kontext. Mit Reiseberichten und Forschungsergebnissen eröffnet Watters den Leserinnen und Lesern<sup>1</sup> tiefe Einblicke in durch diagnostische Konzepte ausgelöste kulturelle Veränderungen: Es geht um die urplötzliche Verbreitung der Anorexie in Hongkong, die Schwierigkeiten der Bevölkerung Sri Lankas mit westlichen PTBS-Behandlungsmethoden, die familiären und rituellen Veränderungen in Sansibar nach dem Import der psychiatrisch-biologischen Herangehensweise an Schizophrenie sowie um die durch Pharmaunternehmen vorangetriebene Veränderung und Vermarktung des Depressionskonzeptes in Japan.

Watters beginnt seine Reise in Hongkong, wo es in den 1980er-Jahren nur sehr wenige dokumentierte Fälle der Anorexia nervosa gab. Vereinzelt Patienten, die Nahrung verweigerten, benannten oft Flatulenz oder Blockaden im Hals als Ursache, berichteten aber nie von der Angst, zu dick zu werden. Als eine Schülerin auf offener Straße nach langer Nahrungsrestriktion starb und dies ein großes Medienecho hervorrief, wurden Erklärungen für dieses seltsame Phänomen gesucht und im Diagnosesystem DSM gefunden. Das Konzept der Anorexia nervosa mit der typischen Angst vor Übergewicht etablierte sich auch in Hongkong als anerkannte Form

des Leidens, was zu einem rasanten Anstieg der Betroffenzahlen führte.

Die Rolle diagnostischer Experten und der als gegeben vorausgesetzten Allgemeingültigkeit insbesondere US-amerikanischer wissenschaftlicher Erkenntnisse wird anhand der Tsunami-Katastrophe 2004 in Sri Lanka verdeutlicht. Den im Westen verbreiteten Annahmen über Auswirkungen schrecklicher Ereignisse entsprechend, prognostizierten Experten dem Land eine Welle von Traumafolgestörungen und initiierten umgehend Hilfsmaßnahmen zu deren Linderung. Die Vorstellungen der Einheimischen weichen jedoch eklatant von denen der Diagnosesysteme ab: Leid nach Katastrophen hatte in Sri Lanka immer eine auf die Gemeinschaft bezogene Bedeutung gehabt. Im Gegensatz dazu fokussiert die ursprünglich für Vietnam-Soldaten gedachte PTBS-Diagnose auf individuelles Leid und Symptome wie Wut. Die traumatisierten Einheimischen und die herbeigeeilten Forscher und Psychotherapeuten müssen einander missverstehen.

Aus Sansibar berichtet Watters vom Umgang mit Schizophrenie-Patienten in ihren Familien: Der Glaube an eine nur vorübergehende dämonische Besessenheit, eine gute Integration Betroffener in das Familienleben und niedrige „expressed emotions“ zeichneten die Kultur aus. Watters zeigt, wie mit den modernen Antipsychotika und dem biologischen Verständnis von Schizophrenie auch eine Stigmatisierung der Betroffenen in Sri Lanka Einzug hält.

Wie depressive Symptome in Japan historisch verschiedene Namen und Bedeutungen bekamen, berichtet der vierte Abschnitt des Buches. Ursprünglich galten in Japan Fleiß und Melancholie

als miteinander verwoben und gesellschaftlich erstrebenswert, Antidepressiva waren wenig populär. Zur Zeit der wirtschaftlichen Krise in den 1990er-Jahren kam es zu einer Veränderung dieser Sichtweise. Watters berichtet über seine Gespräche mit Beteiligten der Pharmaindustrie und Forschern, von denen er erfuhr, wie der Depression unter der Überschrift „Schnupfen der Seele“ zu kultureller Akzeptanz verholfen wurde. SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) verbreiteten sich in der Folge rasant.

Über den eingängigen Erzählstil des Buches sollte man nicht die vielen Interview- und Forschungsbelege vergessen, die Watters vorlegt. Selbst mit einer Psychiaterin verheiratet, berichtet er als anerkannter Journalist aus wechselnden Perspektiven und überlässt zum Schluss dem Leser selbst die Entscheidung, wie er die Ausbreitung standardisierter Diagnosen und deren Diskrepanz zu regionaler Lebensrealität und Krankheitskonzeption bewerten möchte.

Watters regt dazu an, über die eigene diagnostische Praxis und den kulturellen Zusammenhang von psychischem Leiden vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Veränderungen und zunehmender kultureller Vielfalt in Europa nachzudenken. Er hinterfragt die Universalität unserer Definition von psychischen Störungen. „Crazy like us“ ist ein relevantes und interessantes Buch. Es wirft einen Blick auf die kulturellen Aspekte psychischen Leidens. Es ist spannend geschrieben und wissenschaftlich fundiert.

Philipp Victor,  
Hagen

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

# Leserbriefe

## Spiritualität und Psychotherapie – Entgegnung, Ergänzung und Anregung

Zu M. Utsch: Spiritualität: Bewältigungshilfe oder ideologischer Fanatismus. Umgang mit religiös-spirituellen Ressourcen und Bedürfnissen in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* 4/2015, S. 347 ff. – Teil I, *Psychotherapeutenjournal* 1/2016, S. 6 ff. – Teil II.

In den Ausgaben 4/2015 und 1/2016 des *Psychotherapeutenjournal*s hat sich Herr Dr. Utsch dankenswerterweise des Themas „Spiritualität: Bewältigungshilfe oder ideologischer Fanatismus“ angenommen und hat den diesbezüglich kontroversen Stand empirischer Forschung dargestellt.

Diese Darstellung ist m. E. zu einseitig, sowohl in der Verwendung der Begriffes Spiritualität als auch in der Auswahl von Autoren, die sich profunde Gedanken und Konzepte zum Thema Spiritualität und Psychotherapie gemacht haben. So ist es unverständlich, dass so namhafte und einflussreiche Vertreter unseres Faches wie William James („Die Vielfalt religiöser Erfahrungen“), Erich Fromm („Zen-Buddhismus und Psychoanalyse“), Carl Rogers in seinem Spätwerk und last not least C. G. Jung nicht erwähnt werden und auch neuere Autoren wie Peter Levine („Sprache ohne Worte“), Wolfgang Mertens („Psychoanalyse im 21. Jahrhundert“) u. a. vollkommen unberücksichtigt bleiben.

Einen Sinn ergibt diese Unterlassung nur dann, wenn man von einer sehr engen und einseitigen Definition des Begriffes Spiritualität ausgeht und die zitierte Forschung darauf beschränkt.

Bedauerlicherweise bleibt dieser zentrale Begriff bei Herrn Utsch ohne klare Definition (die zitierten Autoren legen dem Begriff offensichtlich unterschiedliche Definitionen zugrunde); meistens verwendet Dr. Utsch den Begriff im Sinne von „religiöser Überzeugung“, „Glaube“, „Weltanschauung“ u. ä.

Dies mag durchaus *eine* Definition bzw. *ein* Aspekt von Spiritualität sein; im allgemeinen Sprachgebrauch hingegen ist Spiritualität aber eben nicht gleich Religion, sondern umfasst auch und vor allem subjektives Erleben und Erfahrungen der Transzendenz, die von unseren Patientinnen und Patienten manchmal theistisch im Rahmen tradierter Religion erlebt und verstanden werden, mitunter aber auch jeden bisherigen subjektiven Bedeutungsrahmen übersteigen und dann oft beängstigend oder auch sehr beglückend erlebt werden (Alleinheitserfahrungen, existenzielle Verzweiflung, Nahtod-Erfahrungen, Ich-Transzendenz etc.).

Solche Begegnungen unserer Patientinnen und Patienten mit dem Numinosen unsererseits angstfrei zu begleiten, die damit oft einhergehenden Ängste und Gefahren zu kennen und auffangen zu können und die Menschen hierbei nach Möglichkeit fördernd zu unterstützen, ist eine wertvolle psychotherapeutische Kompetenz.

Um diese Kompetenz zu entwickeln, müssten sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vornehmlich auf dem Weg der Selbsterfahrung vertieft mit den Grundfragen menschlicher Existenz (Vergänglichkeit, Sinnhaftigkeit, Identität, u. a.) auseinandersetzen, um an diesen Fragen nicht zu verzweifeln, sondern daran reifen und sich vertiefen.

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. Wir weisen ferner darauf hin, dass der Abdruck von Leserbriefen nur erfolgen kann, sofern diese eindeutig als solche gekennzeichnet und zumindest der Redaktion Name und Ort der Verfasserin oder des Verfassers bekannt sind.

Als Leserinnen und Leser beachten Sie bitte, dass die Diskussionsbeiträge die Meinung der Absender und nicht unbedingt die der Redaktion wiedergeben.

Konzeptionell und auch methodisch bräuchte man hierzu „das Rad nicht neu zu erfinden“, sondern könnte anschließen an eine große Tradition innerhalb der Psychotherapie (Autoren: s. o.) wie auch der Spiritualität (z. B. Karl Rahner, Paul Tillich, Eugen Drewermann, u. a.).

Wenn es gelingt, den Begriff Spiritualität davor zu bewahren, auf ein Synonym für Religion reduziert zu werden, und es gleichermaßen gelingt, Psychotherapie wieder als einen umfassenden Heilungsweg zu begreifen, der den Menschen in den Tiefen seines Seins unterstützend begleitet, dann kann man zwei Heilungswege mit langer Tradition und aktuellen Fragestellungen erkennen, die zwar hinsichtlich ihrer Zielsetzung und Methoden nicht identisch sind, sich aber wechselseitig sehr bereichern können.

Andreas Kahlo,  
Markdorf

## Die alten Grabenkämpfe zwischen Psychotherapie und Religion/Spiritualität beenden

Replik des Autors Michael Utsch zum obenstehenden Leserbrief von Andreas Kahlo

Sehr geehrter Herr Kahlo,

ich bedanke mich für Ihre präzisen Rückfragen an meinen zweiteiligen Aufsatz, auf die ich gerne antworte. Aus Platzgründen wurde die (schwierige) Abgrenzung von Religiosität und Spiritualität weggelassen, was Sie mit Recht bemängeln. Deshalb folgt eine knappe Ergänzung. Die drei existenziellen Grundfragen Sinn („Wozu?“), Schuld („Warum?“) und Tod („Wohin?“) können psychologisch nicht hinreichend beantwortet werden. Deshalb interessieren sich immer mehr Professionelle, die Menschen in Grenzsituationen begleiten, für die Psychologie der Spiritualität. Wie soll auf die religiösen und spirituellen Fragen der Patienten eingegangen werden, die gerade in einer akuten Notlage um Sinnggebung ringen? Wie kann mit existenziellen Lebensfragen, Sinnkrisen und „Schicksalsschlägen“ professionell umgegangen werden? Welche Glaubensüberzeugungen sind dabei Ressourcen, welche Belastungen? Wie verhalten sich Psychotherapeuten gegenüber fremden Sinn- und Lebensdeutungen, die Patienten aus anderen Kulturen, Prägungen und Milieus mitbringen? Ganz pragmatisch ist für die WHO jeder Mensch spirituell, weil er sich spätestens angesichts des Todes existenziellen Fragen stellen

muss. Spiritualität wird bei der WHO als die Reflexion der Erfahrungen im Umgang mit existenziellen Fragen definiert. Das Konzept Spiritualität dient als anthropologische Kategorie, um die existenzielle Lebenshaltung insbesondere in Grenzsituationen der Bedrohung des Lebens zu beschreiben. Unter Spiritualität verstehe ich die Bezogenheit auf ein größeres Ganzes, das entweder religiös („Gott“), spirituell („Energie“) oder säkular („Natur“) gedeutet wird.

Dem begrenzten Platz der Zeitschrift ist auch geschuldet, dass ich nur eine (subjektive) Auswahl von Psychotherapeuten genannt habe, in deren Ansatz Spiritualität eine wichtige Rolle spielt. Anfangen müsste man hier vielleicht noch vor William James und Carl Gustav Jung bei der Hypnose und dem Autogenen Training. In dem klassischen, immer noch lieferbaren Lehrbuch des Berliner Psychiaters Johannes Heinrich Schultz gibt es eigenes Kapitel über religionspsychologische Aspekte der konzentrativen Selbstentspannung. Neben den wichtigen, von Ihnen genannten weiteren Ergänzungen ist es überaus spannend, die wachsende Aufmerksamkeit für die spirituelle Dimension in den hypnotherapeutisch-systemischen Verfahren (Tom Holmes) oder der Traumatherapie (Luise Reddemann) zu verfolgen – ganz abgesehen von der Überfülle achtsamkeitsbasierter Verfahren.

Ihr Plädoyer der angstfreien Begleitung numinoser Erfahrungen unterstütze ich sehr! Völlig richtig betonen Sie dafür die Bedeutung die Selbsterfahrung und Weiterbildung mit existentiellen und spirituellen Themen. Wie wir jetzt durch die Befragung von Freund &

Gross (2016) wissen, die in der letzten Ausgabe (2/2016) des PTJ abgedruckt wurde, fühlen sich dafür die wenigsten Psychotherapeuten kompetent genug ausgebildet. Um Patienten, die an Sinnkrisen leiden, kompetent begleiten zu können, sind Selbsterfahrungsseminare zu existenziellen Themen unverzichtbar.

Religiöse und spirituelle Krisen werden zunehmend klinisch relevant. Die Begegnung unterschiedlichster Weltbilder und Religionen in unserer Gesellschaft verläuft nicht ohne Spannungen. Viele Konflikte sind auszuhalten, und häufiger als früher kommt es bei einzelnen sogar zu einem kompletten Glaubenswechsel. Deshalb ist der psychiatrische Krankheitsschlüssel mit dem Erscheinen von DSM-4 im Jahr 1994 um die Diagnose „religiöses oder spirituelles Problem“ (V 62.89) ergänzt worden. Diese Kategorie soll verwendet werden, wenn im Vordergrund der klinischen Aufmerksamkeit ein religiöses oder spirituelles Problem steht. Dazu zählen belastende Erfahrungen, die den Verlust oder die Kritik von Glaubensvorstellungen nach sich ziehen, Probleme im Zusammenhang mit der Konversion zu einem anderen Glauben oder das Infragestellen spiritueller Werte, auch unabhängig von einer organisierten Kirche oder religiösen Institution.

Die Zeit ist reif dafür, alte Grabenkämpfe zwischen Psychotherapie und Religion/Spiritualität zu beenden. Danke für Ihre Anregungen, sich als Psychotherapeut aufmerksamer mit der spirituellen Dimension unserer Existenz zu beschäftigen.

Michael Utsch,  
Berlin

## In der Gruppe Verständnis für den eigenen psychischen Zustand entwickeln

Zu S. Demir, H. Reich & R. Mewes: Psychologische Erstbetreuung für Asylsuchende. Entwicklung und erste Erfahrungen mit einer Gruppenpsychoedukation für Geflüchtete. *Psychotherapeutenjournal* 2/2016, S. 124-131.

Es besteht großer Bedarf für professionelle Interventionen, die die psychische Verarbeitung der nicht selten traumatischen Erfahrungen von Flüchtlingen erleichtern. Ihre Vermittlung erscheint jedoch u. a. durch sprachliche wie auch interkulturelle Verständigungsprobleme z. B. durch unterschiedliche Erwartungen in Bezug auf die Behandlung schwierig. Niederschwellige Gruppenarbeit mit psychoedukativen Elementen wie von Demir et al. vorgestellt, ist dafür ein geeigneter Lösungsansatz.

Im Institut für Traumabearbeitung und Weiterbildung in Frankfurt am Main wird dazu seit 2014 in Zusammenarbeit mit der Frankfurt University of Applied Sciences das Konzept der „Netzgruppen – beziehungsbasierte Psychoedukationsgruppen über Traumafolgen bei

Flüchtlingen“ entwickelt und umgesetzt. Die Erfahrungen bestätigen die Vermutung von Demir et al. zu erhöhter Wirksamkeit von Interventionen, wenn die Gruppenmitglieder an mehr als zwei Sitzungen teilnehmen. Der erweiterte Ansatz erlaubt eine intensive Informationsvermittlung und das gemeinsame Erleben vertieft die Erfahrung von Selbstermächtigung bei den Gruppenmitgliedern.

Die strukturierten, dabei auf die Bedürfnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zugeschnittenen „Netzgruppen“ umfassen mindestens zehn gemeinsame wöchentliche Sitzungen à 1,5 Stunden. Zu Beginn der Gruppenarbeit liegt der Schwerpunkt auf dem Aufbau einer tragfähigen Beziehungsebene z. B. durch Bewusstmachen und Stärkung von Ressourcen. Auf der Basis einer vertrauensvollen Gruppenatmosphäre gelingt dann die – z. B. durch Symbolkarten und gemeinsame Aktivitäten – stabilisierende und möglichst sprachfreie Bearbeitung von typischen Traumafolgen wie erhöhte Aggressivität, Schlaf- und Konzentrationsprobleme, Dissoziationen, Flashbacks, psychosomatischen Reaktionen etc. Das Verständnis für den eigenen psychischen Zustand als „normale Reaktion auf eine

anormale Situation“, der emotionale Austausch unter den Gruppenmitgliedern und die Erarbeitung von Selbsthilfestrategien intensiviert sich im Verlauf der Gruppenarbeit, ohne dass es zu Überforderungen kommt. Auch emotional hoch besetzte Themen wie „Unsicherheit“ und „Abschied“ können von den Gruppenmitgliedern hilfreich bewältigt werden.

Das Konzept bewährt sich bei homogenen und bei inhomogenen (z. B. mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen) Gruppen aus (unbegleiteten) minderjährigen wie auch erwachsenen weiblichen und männlichen Flüchtlingen. Die Gruppenleitung wird im Institut für Traumabearbeitung und Weiterbildung in Seminaren gelehrt und supervidiert. Die Rückmeldungen der Anwender und Anwenderinnen sind positiv, u. a. weil sie eine Erweiterung ihrer subjektiven Handlungsspielräume im Umgang mit potenziell traumatisierten Menschen mit Fluchterfahrungen erleben. Weitere Informationen dazu sind unter [orga@institut-fuer-traumabearbeitung.de](mailto:orga@institut-fuer-traumabearbeitung.de) erhältlich.

Dr. Marianne Rauwald,  
Dr. Regina Rettenbach,  
Frankfurt

## BPtK-Symposium: Anforderungen an eine Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung

Am 8. Juli 2016 veranstaltete die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) ein Symposium zu den im Projekt Transition erarbeiteten Vorschlägen zur Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung. „Das Psychotherapeutengesetz ist 1998 ein Meilenstein für die ambulante psychotherapeutische Versorgung gewesen und dennoch muss es reformiert werden“, stellte Dr. Dietrich Munz, Präsident der BPtK, einleitend fest.

Als Folge des Bologna-Prozesses gibt es keinen bundeseinheitlichen Berufszugang mehr. Unzureichende Regelungen haben zu einer prekären finanziellen Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) geführt. PiA arbeiten jahrelang als Akademiker im Praktikantenstatus in der Versorgung – ohne Anspruch auf Vergütung. Und schließlich bereitet die Ausbildung nicht ausreichend auf die heutige Breite der psychotherapeutischen Versorgung vor.



*Dr. Dietrich Munz, Präsident der BPtK*

### Kompetenzerwerb im Approbationsstudium

„Psychotherapeuten brauchen eine Qualifikationsstruktur, die sich an denjenigen

anderer akademischer Heilberufe orientiert“, forderte BPtK-Vizepräsident Dr. Nikolaus Melcop, der den Vorschlag eines psychotherapeutischen Approbationsstudiums vorstellte. Zu einem Studium, das zur Approbation führt und auf Masterniveau abschließt, gehören demnach eine angemessene wissenschaftliche Infrastruktur und ausreichende – auch klinische – praktische Ausbildungsanteile. Zur Sicherung eines bundeseinheitlichen Kompetenzprofils steht am Ende ein Staatsexamen. Nach einer anschließenden Weiterbildung können Psychotherapeuten eigenverantwortlich Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen. „Ein Approbationsstudium ist der richtige Weg für einen vollwertigen Heilberuf“, stellte Dr. Matthias Gruhl, Amtsleiter in der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, fest. Es dürfe aber kein Schmalspurstudium werden. Gruhl gab zu Bedenken, dass mit einer Öffnung für die Bachelor-/Mastersystematik im Vergleich zu den anderen akademischen



*Dr. Nikolaus Melcop, Vizepräsident der BPtK*

Heilberufen Neuland betreten werden könnte. Das empfehle sich nicht unbedingt, wenn man politisch schnell zu Ergebnissen kommen wolle. Prof. Dr. Markus Bühner stellte für den Fakultätentag Psychologie die hohe Kompatibilität mit den Vorstellungen der psychologischen Fakultäten heraus. Allerdings könne, so Bühner, ausreichende Praxiskompetenz auch ohne ein Praxissemester vermittelt werden. Wie bei anderen akademischen Heilberufen auch, sollte das Studium grundsätzlich an einer Universität angesiedelt sein. Prof. Dr. Michael Borg-Laufs für den Fachbereichstag Soziale Arbeit und den erziehungswissenschaftlichen Fakultätentag hielt dem entgegen, dass alle Hochschulen eine Zulassung für ein Approbationsstudium erhalten sollten, die die in einer Approbationsordnung festgelegten Studieninhalte vermitteln können. Erziehungswissenschaftliche Fachbereiche und sozialpädagogische Fachbereiche an Fachhochschulen seien für die psychotherapeutische Ausbildung unverzichtbar.

### Die psychotherapeutische Weiterbildung

Dr. Andrea Benecke, Mitglied im BPTK-Vorstand, und Peter Lehndorfer, Vizepräsident der BPTK, stellten den Stand der Überlegungen zu einer künftigen Weiterbildung vor. Ziel ist, die Breite der Kompetenzanforderungen aus der



*Peter Lehndorfer, Vizepräsident der BPTK*

Versorgung in der Weiterbildung abzubilden – mit einer alters- und verfahrensbezogenen Spezialisierung während einer mindestens fünf Jahre währenden Berufstätigkeit. Für den gesamten Indikationsbereich der Psychotherapie soll qualifiziert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Psychotherapie heute bei den meisten psychischen Erkrankungen zu den durch Leitlinien empfohlenen Behandlungen gehört. Außerdem haben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Vergleich zu 1998 ein breiteres Aufgabenfeld, z. B. mit der Befugnis zur Krankenhauseinweisung.

Tätigkeiten in der ambulanten und stationären Versorgung werden obligatorisch sein, Weiterbildungszeiten in weiteren psychotherapeutischen Arbeitsfeldern, wie der Jugendhilfe, Suchthilfe oder Gemeindepsychiatrie, sollen möglich sein. Trotz dieser Anforderungen soll Weiterbildung ausreichend flexibel gestaltet sein, um Promotion oder Familienzeiten zu ermöglichen.

### Organisations- und Finanzierungsmodelle der Weiterbildung

Zur Organisation und Finanzierung der ambulanten und stationären Weiterbildung stellten das Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) und das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) den Stand ihrer Arbeiten vor. Prof. Dr. Jürgen Wasem und Dr. Anke Walendzik (EsFoMed) erläuterten Grundmodelle der Koordinierung von Weiterbildungsteilen als Grundlage der Entwicklung von Betriebsmodellen der ambulanten Weiterbildung. Dr. Petra Steffen (DKI) zeigte exemplarisch Daten, mit denen der personelle und finanzielle Aufwand einer psychotherapeutischen Weiterbildung im Krankenhaus prognostiziert werden kann. Die abschließenden Ergebnisse der Expertisen sollen bis zum 29. Deutschen Psychotherapeutenkongress Mitte November vorliegen und auf einem Symposium am 8. November 2016 vertieft diskutiert werden.



*Dr. Andrea Benecke, Mitglied des BPTK-Vorstandes*

## Weiterbildung für eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen

In der Podiumsdiskussion unterstrich Dr. Iris Hauth, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, die Notwendigkeit einer hochwertigen psychotherapeutischen Weiterbildung und sah mit dem neuen Psych-Entgeltsystem und der stärker psychotherapeutisch ausgerichteten Versorgung in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik gute Chancen für entsprechende Weiterbildungskapazitäten. Dr. Ulrike Worrigen, Leitende Psychologin bei der Deutschen Rentenversicherung Bund, wies auf das Stellenpotenzial der Rehakliniken hin.

Hier werde durch eine Weiterbildung ein Impuls gesetzt für eine verbesserte Positionierung und Vergütung der Psychotherapeuten. Warum eine Weiterbildung fünf Jahre dauern müsse, erläuterte Barbara Lubisch als Vertreterin der Psychotherapeuten in den Kassenärztlichen Vereinigungen mit Verweis auf die Anforderungen aus der Versorgung. Zur Qualität der Weiterbildung forderte Dr. Walter Ströhm aus Sicht der psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute, die grundsätzlich gute Qualität der Ausbildung an den Institutsambulanzen zu erhalten. Deren Leistungen würden bereits heute finanziert. Zusätzlicher Finanzierungsbedarf entstehe durch den Anspruch der Weiterbildungsassistenten auf ein angemessenes Einkommen. Zum Abschluss des Symposiums erin-

nete Herr Dr. Munz an das Ziel der Reform des Psychotherapeutengesetzes. Es gehe darum, Lücken und Engpässe in der aktuellen Versorgung zu schließen und dem psychotherapeutischen Nachwuchs adäquate Rahmenbedingungen für die Qualifizierungsphase zu bieten. „Wir haben viele Diskussionen hinter verschlossenen Türen geführt“, erklärte Herr Dr. Munz. „Wir werden nun beginnen, sie zu öffnen, und werden das Gespräch mit allen Beteiligten suchen, um noch in dieser Legislaturperiode eine Reform des Psychotherapeutengesetzes zu erreichen.“

Ein ausführlicher Bericht zum Symposium findet sich auf der Homepage der BPtK ([www.bptk.de](http://www.bptk.de)).

## Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie vom G-BA beschlossen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16. Juni 2016 in Umsetzung der gesetzlichen Aufträge aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eine umfassende Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie beschlossen. Von besonderer Bedeutung waren dabei die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde als neuer verpflichtender Zugang für Patienten zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und die Etablierung einer Akutbehandlung, die bei Patienten mit besonders dringendem Handlungs-

bedarf unmittelbar nach der Sprechstunde und ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse erbracht werden kann.

Mit der Novellierung der Psychotherapie-Richtlinie wurde auch die telefonische Erreichbarkeit der psychotherapeutischen Praxen erstmals geregelt. Die telefonische Erreichbarkeit kann durch den Psychotherapeuten persönlich, über Praxispersonal oder einen Dienstleister sichergestellt werden. Einerseits ist es für die Patienten hilf-

reich zu wissen, wann sie eine Praxis direkt erreichen können, andererseits ist dies mit erheblichen Veränderungen im strukturellen Praxisalltag verbunden. Es ist darauf zu dringen, dass bei den Regelungen zur konkreten Umsetzung dieses Beschlusses der entstehende Mehraufwand so gering wie möglich bleibt.

Weitere Gesetzaufträge wurden nur unzureichend umgesetzt. So sind die Regelungen zur Rezidivprophylaxe nicht geeignet, eine bessere Versor-

### G-BA erleichtert Jobsharing und Anstellung in psychotherapeutischen Praxen Mehr psychotherapeutische Behandlungen möglich

Psychotherapeutische Praxen können künftig leichter einen Praxissitz teilen (Jobsharing) oder einen Psychotherapeuten anstellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit einer entsprechenden Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie den Auftrag des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes umgesetzt, den Psychotherapeuten zu ermöglichen, über Jobsharing und Anstellung mehr Behandlungsplätze anzubieten, um so die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. Über diese Formen der gemeinsamen Berufsausübung können psychotherapeutische Praxen, die bislang einen unterdurchschnittlichen Praxisumfang hatten, künftig ihre Praxis auf bis zu 125 Prozent des Fachgruppendurchschnitts steigern. Dadurch können in der ambulanten Psychotherapie zusätzliche Behandlungsplätze geschaffen und Wartezeiten verringert werden. Eine Praxis, die beispielsweise im letzten Jahr circa 20 Behandlungsstunden pro Woche geleistet hat, kann künftig durch Jobsharing oder Anstellung eines Psychotherapeuten ihr Angebot auf rund 30 Therapiestunden ausweiten (bei einem Durchschnitt der Berufsgruppe von circa 24 Stunden pro Woche).

Die neue Regelung gilt allerdings nur für Praxen, die bisher unterdurchschnittlich viele Behandlungsstunden angeboten haben. Für Praxen, die über dem Durchschnitt der Berufsgruppe liegen, bestehen die bisherigen Obergrenzen pro Quartal fort, die aus den Leistungen einer Praxis in den letzten vier Quartalen plus drei Prozent des Fachgruppendurchschnitts berechnet werden. Diese Psychotherapeuten dürfen auch künftig, wenn sie sich z. B. eine Praxis teilen, nicht mehr Stunden anbieten, als der alleinige Inhaber bislang abgerechnet hat. Der neue Spielraum entsteht also ausschließlich für Praxen mit vergleichsweise wenigen Behandlungen im Vorjahr. Nach Ablauf der Beanstandungsfrist des Bundesministeriums für Gesundheit und einer Veröffentlichung des Beschlusses im Bundesanzeiger wird diese Regelung voraussichtlich im September 2016 in Kraft treten.

gung von schwer chronisch Kranken zu ermöglichen, die nach Abschluss einer Psychotherapie einen weiteren psychotherapeutischen Unterstützungsbedarf haben. Vielmehr wurde die bereits bestehende Möglichkeit, über ein Ausschleichen der Behandlung unter Nutzung des bewilligten Therapiekontingents zu einer weiteren Stabilisierung des Therapieerfolgs beizutragen und Rückfällen vorzubeugen, bürokratisiert und unnötig eingeschränkt. Auch die Maßnahmen zur Förderung der Gruppenpsychotherapie blieben deutlich hinter den Erwartungen zurück und dürften kaum zu einem substanziellen Anwachsen des Anteils gruppenpsychotherapeutischer Leistungen an der Versorgung führen. Die Vereinfachung

des Antrags- und Gutachterverfahrens beschränkt sich auf die Aufhebung der Gutachterpflicht für Kurzzeittherapie und die Zusammenführung der ersten beiden Bewilligungsschritte der Langzeittherapie in einen gutachterpflichtigen Bewilligungsschritt.

Neu eingeführt wurde eine Unterteilung der Kurzzeittherapie in zwei Abschnitte von jeweils 12 Stunden. Diese Stückerlegung der Kurzzeittherapie entbehrt jeder Evidenz und erhöht die Bürokratie zu Lasten der Patienten und Psychotherapeuten. Schließlich führt der G-BA eine Standarddokumentation ein, die nicht in ein Qualitätssicherungskonzept eingebettet ist und in der konkreten Auswahl der verpflichtend anzuwendenden Test-

verfahren und der zu erhebenden Dimensionen fachlich fragwürdig ist. Hierzu hat die BPTK das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aufgefordert, den Beschluss des G-BA aus rechtlichen Gründen zu beanstanden. Die Beanstandungsfrist des BMG dauert bis Ende August 2016. Bis zum Inkrafttreten des Beschlusses zum 1. April 2017 sind noch weitere Detailregelungen in der Psychotherapie-Vereinbarung und insbesondere auch zur weiteren inhaltlichen Definition und Vergütung der neuen Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung nach EBM zu treffen. Die Entscheidungen werden einen wesentlichen Einfluss auf diese Strukturreform der ambulanten Psychotherapie haben.

## PsychVVG soll Weichen für eine bessere Versorgungsqualität stellen – BPTK-Symposium „Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen (PsychVVG) beendet Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe die kontrovers geführte Debatte um die Einführung eines neuen Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik. Seine Pläne hat der Bundesgesundheitsminister am 23. Juni 2016 auf dem BPTK-Symposium „Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ mit der Fachöffentlichkeit diskutiert.

### Reform überfällig

„Die Reform ist längst überfällig“, so BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz in seiner Begrüßung. Nur drei von vier Kliniken in der Allgemeinpsychiatrie erfüllen noch die veralteten Personalvorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung

(Psych-PV) nach den Ergebnissen der BPTK-Studie „Qualität der Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik“. Insbesondere der im PsychVVG vorgesehene Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), verbindliche Personalvorgaben für eine leitlinienorientierte Versorgung zu erarbeiten und deren Umsetzung auch zu überprüfen, wird von der BPTK begrüßt.

### Empirische und normative Elemente des neuen Vergütungssystems

Ihm sei es ein besonderes Anliegen, erläuterte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, die Versorgung psychisch kranker Menschen rund 40 Jahre nach der Psychiatrie Enquete nach modernen Standards weiterzuentwickeln. An der empirischen Ermittlung

eines Entgeltkatalogs als Basis für die Leistungsvereinbarung halte er fest. Gleichzeitig seien im Gesetz normative Elemente, insbesondere verbindliche Vorgaben für eine angemessene Personalausstattung, zur Sicherung der Versorgungsqualität vorgesehen. Die Einführung einer Krankenhausbehandlung zu Hause (stationsäquivalente Behandlung) sei zudem ein erster Impuls in Richtung einer stärker sektorenübergreifenden Versorgung. Die BPTK fordere an diesem Punkt jedoch weitergehende Lösungen, wie die Einführungen einer ambulanten Komplexleistung für schwer psychisch kranke Menschen, erläuterte Dr. Munz.

### Budget- statt Preissystem

Die Abkehr vom ursprünglich vorgesehenen PEPP-Preissystem und die Rück-

### Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen vom 3. August 2016 – wichtigste Regelungen:

- Ausgestaltung des Entgeltsystems als Budgetsystem: Grundlage für die krankenspezifische Budgetvereinbarung sollen die Leistungen eines Krankenhauses unter Berücksichtigung regionaler und struktureller Besonderheiten sein
- Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Erarbeitung verbindlicher Personalvorgaben für eine leitlinienorientierte Versorgung
- Einführung eines leistungsbezogenen Krankenhausvergleichs als Transparenzinstrument und zur Orientierung für die Budgetfindung
- Einführung von Hometreatment durch das Krankenhaus zur Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung

kehr zu einem Budgetsystem wurde auf dem BPtK-Symposium sowohl von Leistungserbringern als auch Kostenträgern grundsätzlich begrüßt. Während Dr. Stefan Rutz von der Barmer GEK jedoch steigende Budgets und Ausgaben befürchtete, sah Urban Roths von der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Gefahr, dass der geplante Krankenhausvergleich in den Budgetverhandlungen einen „Kellertreppeneffekt“ bewirken werde. Die psychiatrischen Fachverbände forderten weiterhin eine strikte Trennung von Budgetfindung und Abrechnungssystem. Das Maß für das Budget müssten die regionalen Versorgungsstrukturen und der Aufwand für die Versorgung und nicht die Leistungen eines Krankenhauses sein, forderte Prof. Dr. Arno Deister, Präsident Elect der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.

### Vom Referenten- zum Kabinettsentwurf

In der abschließenden Podiumsdiskussion nahmen Bundestagsabgeordnete aller Fraktionen zum PsychVVG Stellung. An den verbindlichen Vorgaben für die Personalausstattung in Kombination mit einer Nachweispflicht sei nicht zu rütteln, stellte Dirk Heidenblut, MdB, SPD, klar. Birgit Wöllert, MdB, DIE LINKE, ergänzte, dass aber auch Transparenz über die damit realisierten Leistungen notwendig sei, um die Versorgungsqualität in den Krankenhäusern beurteilen zu können. Nach Ansicht von Ute Bertram, MdB, CDU/CSU, ist der G-BA der richtige Ort, um neue Personalvorgaben zu erarbeiten. Auch eine Überarbeitung der PsychPV führe nicht zu anderen Ergebnissen. Unterschiedlich blieb die Einschätzung der stationsäquivalenten Behandlung.

Maria Klein-Schmeink, MdB, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hielt diese neue Leistung nur für einen Einstieg in eine umfassende Reform der Versorgung psychisch kranker Menschen. Eine wirklich sektorenübergreifende Weiterentwicklung müsse den ambulanten Sektor mit einbeziehen. BPtK-Vorstandsmitglied Dr. Andrea Benecke machte darauf aufmerksam, dass ein Abbau von Betten und eine stärkere ambulante Ausrichtung der Versorgung psychisch kranker Menschen nicht ohne eine Reform der Bedarfsplanung zu stemmen sei. Bisher fehlten ambulant ausreichende Kapazitäten, aber auch geeignete Rahmenbedingungen, um Krankenhausbehandlungen zu vermeiden.

### Ausschuss Psychotherapeuten in Institutionen der BPtK

Unterschriften für facharztäquivalente TVöD-Einstufung – überwältigende Resonanz

Ende April 2016 einigten sich ver.di und die Vereinigung der Kommunalen Arbeitgeberverbände auf die lange erwartete neue Entgeltordnung, die auch endlich eine Eingruppierung der Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen umfasst. Ihre Zuordnung zur Entgeltgruppe 14 TVöD ist jedoch völlig unakzeptabel. Die angestrebte facharztäquivalente Eingruppierung wurde, je nach Tarifstufe, um 750 bis 1.350 € deutlich verfehlt. Als spontane Reaktion auf das Ergebnis wurde Anfang Juni eine Unterschriftenaktion unter angestellten PsychotherapeutInnen gestartet. Sie erbrachte bis Ende Juli einen unerwartet hohen Rücklauf: 750 Briefe mit über 4.800 Unterschriften! Viele KollegInnen versahen die Listen mit Kommentaren, aus denen man ersehen kann, wie sehr das Problem, 17 Jahre nach Schaffung der neuen Heilberufe, auf den Nägeln brennt.

Mit diesen Ergebnissen traf sich eine Gruppe von PsychotherapeutInnen am 28. Juli mit ver.di-Bundesvorstandsmitglied Sylvia Bühler. Sie zeigte sich beeindruckt von der Mobilisierungsbereitschaft der Berufsgruppe, wies aber darauf hin, dass man bei den Verhandlungen mit den Arbeitgebern auf Unverständnis und betonierte Abwehr bezüglich der verständlichen Forderungen der PsychotherapeutInnen gestoßen sei. Ver.di habe das Gesamtergebnis nicht riskieren wollen. In dem Gespräch wurde deutlich, dass die jetzige Lösung viele neue Fragen aufwirft. So wurde auf logische Brüche in der Eingruppierungssystematik hingewiesen sowie auf die Gefahr, dass der TVöD als Maßstab für weitere Flächen-, Verbands- oder Konzerntarife genommen würde. Vielerorts seien heute schon bessere Lösungen zur Eingruppierung von PsychotherapeutInnen Praxis, die jetzt gefährdet wären. Man war sich einig, dass ver.di für weitere Tarifverhandlungen auch politische Unterstützung von außerhalb brauche. Es bedarf bei den anstehenden TV-L-Verhandlungen einer umfassenderen Aufklärung der Arbeitgeberseite – auch vonseiten der Kammern und Verbände.

Den ausführlichen Bericht zu der Unterschriftenaktion finden Sie auf der BPtK-Homepage unter folgendem Link: [www.bptk.de/bptk/gremien/psychotherapeuten-in-institutionen.html](http://www.bptk.de/bptk/gremien/psychotherapeuten-in-institutionen.html) (Allgemeine Informationen).

Heiner Vogel, Sprecher des Ausschusses Psychotherapie in Institutionen der BPtK  
Klaus Thomsen, Mitglied des Ausschusses Psychotherapie in Institutionen der BPtK

### Geschäftsstelle

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



## Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Mai wurde die neue grün-schwarze Landesregierung vereidigt. Neuer Gesundheitsminister, korrekt „Minister für Soziales und Integration“ wurde Manfred Lucha (Grüne). Lucha ist vom Fach, als ausgebildeter Krankenpfleger war er in der Psychiatrie tätig, studierte Sozialarbeit und Management im Sozial- und Gesundheitswesen und war verantwortlich an der Einführung der gemeindepsychiatrischen Dienste beteiligt.

Die Landesregierung hat sich im Koalitionsvertrag in der Gesundheitspolitik unter der Überschrift „qualitativ hochwertig, zuverlässig, sektorenübergreifend“ viel vorgenommen. Mit den regionalen Gesundheitskonferenzen soll sich die Gesundheitspolitik am regionalen Bedarf und den dortigen Besonderheiten orientieren. Politisches Ziel der Gesundheitspolitik sei eine verbesserte sektorenübergreifende Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung. In der Krankenhausplanung und -finanzierung sollen zusätzliche Mittel bereitgestellt werden. Die medizinische Versorgung soll in allen Gebieten, vor allem auch in ländlichen Regionen, flächendeckend sichergestellt werden. Mit Entwicklung und Ausbau telemedizinischer Möglichkeiten sollen unter Beachtung des Datenschutzes in allen medizinischen Bereichen Verbesserungen angestrebt werden. Weiterhin steht die Förderung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Forschung in der Komplementärmedizin auf

der Agenda der neuen Landesregierung. Neben dem Ausbau der Prävention soll die geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung besondere Beachtung finden. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen niedrigschwellige Angebote in der gemeindepsychiatrischen Versorgung bedarfsgerecht gestaltet werden.

Vermisst haben wir im Koalitionsvertrag Vereinbarungen zur elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge. Hier bestehe, so der Minister, in der Koalition die Befürchtung, dass dadurch ein Sog zu einer übermäßigen Nutzung des Gesundheitssystems durch Geflohene entstehen könne.

Wir, die Kammer, werden uns weiter aktiv an der Gestaltung der Gesundheitspolitik im Land engagieren und im Interesse der Menschen mit psychischer Erkrankung aktiv mitwirken. Wir würden uns sehr freuen, wenn sich Kolleginnen und Kollegen in die von der Landespolitik geförderte regionale Gesundheitspolitik in den Landkreisen einbringen würden, und sind gerne bereit, Sie hierbei zu unterstützen.

Ihr Kammervorstand,

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

## Wir trauern um Elisabeth Noeske, ...

### ... eine beliebte und engagierte Kollegin und Freundin

Am 14. Juli 2016, kurz nach ihrem 73. Geburtstag, verstarb nach einem tragischen Unfall unser Kammermitglied Elisabeth Noeske. Sie gehörte zu den Gründungsmitgliedern der Kammer und war lange Jahre Mitglied der Vertreterversammlung. Sie war zwar eine „unserer Kammerältesten“, aber in den Gremien noch voll aktiv. Sie wurde als „Urgestein“ mit reicher Erfahrung geschätzt und war trotz gesundheitlicher Einschränkungen eine unermüdlich engagierte Kämpferin für die Belange der Patienten, Kolleginnen und Kollegen. Wir haben überhaupt nicht mit ihrem Tod gerechnet und sind tief betroffen.

Als Delegierte vertrat sie den BDP und engagierte sich dort und in der Kammer vielfältig. Dabei hatte sie insbesondere die Anliegen von Menschen mit Benachteiligungen im Blick. Die Behindertenhilfe im Kontext psychischer Störungen und die Verbesserung des psychotherapeutischen Zugangs für diese Menschen lagen ihr ganz besonders am Herzen.

Sie begann ihr Engagement für die LPK, als sie noch Leiterin der Einrichtung „Haus Landwasser“ im Freiburger Westen war, einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch erkrankte junge Menschen. Damit war sie eine der ersten Psychologinnen, die in diesem Bereich eine Leitungsfunktion wahrnahm und so mit den Problemen angestellter Psycho-



Elisabeth Noeske

therapeuten gut vertraut war. Von daher war sie prädestiniert, im Ausschuss

„Psychotherapie in Institutionen“ mitzuarbeiten, in welchem sie seit Gründung der Kammer Mitglied war. Bis zuletzt versuchte sie, an jeder Sitzung teilzunehmen, um in der Diskussion und Bearbeitung die angestelltenrelevanten Themen mit gestalten zu können.

Neben der Kammerarbeit war sie unermüdlich in Verbänden und auch in regionalen Initiativen aktiv. So u. a. als Sprecherin der Freiburger Arbeitsgemeinschaft „Miteinander leben“, einer Initiative, die sich um die Belange behinderter und beeinträchtigter Menschen in Freiburg kümmert. Vor allem für die Inklusion von Menschen mit Behinderung, mit Migrationshintergrund und anderer Menschen, die am „Rande unserer Gesellschaft stehen“, wie sie es formuliert hat, wollte sie sich weiter einsetzen.

Der Beschluss der LPK-Vertreterversammlung, im Herbst 2012 einen Ar-

beitskreis von Experten einzuberufen, der Vorschläge zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzmindering erarbeiten soll, war wesentlich durch ihre Beharrlichkeit und ihre Initiativkraft zustande gekommen. In der letzten Arbeitskreissitzung, an der sie teilnahm, berichtete sie von ihrem Engagement für Flüchtlinge. Sie erzählte ganz berührt und stolz, dass sie eine junge Frau mit deren Tochter aus Kamerun in ihre Familie aufgenommen habe und wie toll es sei, dass sie für diese nun „Oma“ sein könne. Zuletzt hatte sie noch sehr bedauert, dass sie wegen ihrer Rehabilitation die nächste Sitzung des Arbeitskreises nicht wahrnehmen konnte. Ein großer Verlust, dass sie nun nicht mehr dabei sein kann. Sie wird fehlen.

Elisabeth Noeske war und ist für uns in vielerlei Hinsicht Vorbild. Sie hat sich mit ihrer durch Mut, Optimismus und Humor geprägten überzeugenden

Menschlichkeit – verbunden mit der Kompetenz einer psychologischen Psychotherapeutin – vorbildlich engagiert und eingemischt. Ihr Tod schmerzt und hinterlässt große Lücken. Wir werden sie sehr vermissen und wir trauern um sie.

Die Trauerfeier fand am 28.07.2016. in Freiburg statt, der Vizepräsident der LPK, Martin Klett, sprach dort einen Nachruf.

Wir wünschen ihrem Mann, ihren Angehörigen und Freunden viel Kraft, um diesen so plötzlichen und großen Verlust zu bewältigen.

**Der Kammervorstand,  
der Ausschuss Psychotherapie in  
Institutionen, der Arbeitskreis Psycho-  
therapie für Menschen mit geistiger  
Behinderung, und die Geschäftsstelle  
der Landespsychotherapeutenkammer  
Baden-Württemberg**

## Treffen Schulpsychologie und Psychotherapie

Wie verschiedentlich berichtet (u. a. PTJ 1/2015 und 1/2016), hat die LPK gemeinsam mit den Schulpsychologischen Beratungsstellen bzw. den Staatlichen Schulämtern Backnang, Aalen und Tübingen sowie mit Beratungslehrern im Dezember 2014 und November/Dezember 2015 drei Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Schulpsychologie und Psychotherapie“ durchgeführt. Übergreifendes Ziel dieser Initiativen ist die Verbesserung der Vernetzung zwischen den beteiligten Professionen sowie damit auch der Versorgung psychisch belasteter bzw. beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher.

Nach den sehr gut besuchten und erfolgreichen Veranstaltungen wurden in einem Arbeitstreffen mit den Psychologen (Heike Hufnagel, Eva Schwämmlein und Thomas Hönig) der drei Schulpsychologischen Beratungsstellen Möglichkeiten der weiteren Zusammenarbeit diskutiert. Die LPK wurde dabei vertreten durch Kristiane Göpel und Rüdiger Nübling.

Im Vordergrund standen die Rückmeldungen der Teilnehmer der Veranstaltungen, z. B. deren Bedürfnis nach stärkerer wechselseitiger Information und Kooperation. So war ein häufiger Wunsch der Beratungslehrer und Schulpsychologen, mehr Einblick in die konkreten Therapien der von ihnen vermittelten Kinder und Jugendlichen bekommen zu können, um Ergebnisse bzw. Erkenntnisse aus der psychotherapeutischen Behandlung auch für den schulischen Alltag besser nutzen zu können. Da dies im Einzelfall vor allem für den entsprechenden Jugendlichen u. a. aus Datenschutz-, aber auch aus gruppendynamischen Gründen meist nicht realisierbar ist, wurde vorgeschlagen, dass Psychotherapeuten z. B. anonymisierte Fallvorstellungen zu häufigen psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen in Schulen machen könnten, um so die Lehrer und ggf. auch Eltern entsprechend zu informieren bzw. zu sensibilisieren. Es wird überlegt, ein solches Konzept in ausgewählten Schulen zu erproben. Weiterhin diskutierte Fragen waren u. a.: Wie finde ich ei-

nen Psychotherapeuten? Wie können Therapiezeiten, insbesondere bei sich ausweitemdem Nachmittagsunterricht, so organisiert werden, dass sie auch während des Unterrichts, also nicht nur in den späten Nachmittags- oder frühen Abendstunden stattfinden können? Wie kann bei Einbindung der Lehrer und Schulpsychologen der Datenschutz für die Kinder und Jugendlichen gewährleistet werden? Wie kann das Thema Psychotherapie und Schule besser vernetzt werden, z. B. in den regionalen Gesundheitskonferenzen eingebracht werden?

Es wurde festgehalten, dass die bisherigen Erfahrungen mit den drei Veranstaltungen systematisch zusammengefasst und nach außen hin dokumentiert werden sollen. So werden Beiträge sowohl in pädagogischen Zeitschriften als auch für das Psychotherapeutenjournal geplant. Zudem sollen sie bei einer der nächsten Jahrestagungen der Schulpsychologen vorgestellt werden. Schließlich soll ein direkter Kontakt zum Kultusministerium aufgebaut werden,



*Dr. Rüdiger Nübling, Dr. Eva Schwämmlein, Kristiane Göpel, Heike Hufnagel und Thomas Hönig*

was hinsichtlich einer verbesserten Vernetzung als notwendig erachtet wird, aber auch dazu dienen soll, im Ministerium für mehr Aufmerksamkeit für dieses Thema zu

werben. Eine Mitteilung aus den Stuttgarter Nachrichten vom 13.06.2016 zum geplanten Stellenabbau der Schulpsychologen hat in diesem Zusammenhang Beunruhigung ausgelöst. Unserer Meinung nach werden sie u. a. auch wegen der zukünftigen Integration von jugendlichen Flüchtlingen in die Schulen nicht weniger, sondern mehr gebraucht.

## Sommer-Empfang der Heilberufekammern

Großer Andrang herrschte beim Sommerfest der Heilberufekammern, das jedes Jahr im Juli Akteure aus der baden-württembergischen Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen zusammenführt. Die Festansprache im Haus der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg wurde von Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz gehalten. Mit Spannung erwartet wurde auch das Grußwort des neuen Ministers für Soziales und Integration Manfred Lucha.



*Dr. Ute Maier (KZV), Dr. Udo Lenke (LZK), Manfred Lucha, Dr. Ulrich Clever (LÄK), Dr. Norbert Metke (KV BaWü), Dr. Dietrich Munz*

In seiner Ansprache ging Dietrich Munz zunächst auf den Koalitionsvertrag der neuen Regierung ein, unter anderem auch darauf, dass eine verbesserte sektorenübergreifende Versorgung immer von beiden Seiten, also von allen Leistungserbringern (z. B. Ärzte und Psychotherapeuten) gedacht werden sollte und eine einseitige staatliche Regelung nicht zielführend sei. Insbesondere die Freiberuflichkeit, die ja einige Angriffe und Eingriffe seitens der EU erfahre, müsse geschützt werden. Die Kammern würden durch ihre Selbstverwaltung den Staat und das Land entlasten. Es sollte auch überlegt werden, wie

dies weiter möglich sein könnte, zum Beispiel dadurch, dass Kammern auch Approbationsbehörde werden.

Manfred Lucha, keine 100 Tage als Sozialminister im Amt, betonte den von seiner Partei bereits in der letzten Legislatur eingeleiteten Politikstilwechsel, der mehr Bürgerbeteiligung fordere und ermögliche. Er könne „aufsatteln“ auf das, was schon auf dem Weg war, z. B. die Fortsetzung der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg u. a. mit den

nun in allen Landkreisen eingeführten Gesundheitskonferenzen, die Professionen und Bürger an einen Tisch bringen. Lucha war in der letzten Regierung im Ausschuss Soziales und gestaltete u. a. das Anfang 2015 in Kraft getretene Psychisch-Krankenhilfe-Gesetz mit. Er hob dabei die bisherige Zusammenarbeit auch mit der LPK bzw. mit LPK-Vorstandsmitglied Dr. Roland Straub hervor, der die Kammer in den zugehörigen Arbeitsgruppen des Ministeriums vertreten hatte.

## 3. Veranstaltung Psychotherapie für traumatisierte Flüchtlinge in Freiburg

Am 21.06.2016 fand eine weitere sehr gut besuchte Tagung zum Thema „Psychotherapie für traumatisierte Flüchtlinge“ statt. Wie bereits bei den Veranstaltungen in Stuttgart und Karlsruhe gaben die Referenten Jama Maqsudi, Dieter

David und Katrin Bonn eine Übersicht zu den rechtlichen Rahmenbedingungen, zu Spezifika der psychotherapeutischen (Früh-)Behandlung sowie dem Umgang und der Einbeziehung von Dolmetschern in die Behandlung. LPK-Vor-

standsmitglied und Flüchtlingsbeauftragte Birgitt Lackus-Reitter sowie Dr. Ingrid Rothe-Kirchberger (LÄK), moderierten die Veranstaltung. Das Grußwort der örtlichen KV Bezirksdirektion sprach Dr. Peter Baumgartner.

Die Diskussion der über 100 Teilnehmer zeigte, dass es in Südbaden schon sehr viele regionale Netzwerke zur psychotherapeutischen Betreuung von Flüchtlingen inkl. der wichtigen Dolmetscherpools gibt, die allerdings wiederum insgesamt wenig untereinander ver-

netzt sind. Als ein Ergebnis der Tagung wurde vorgeschlagen, zum Beispiel auf der Homepage der Landespsychotherapeutenkammer oder auch der KV entsprechende Seiten mit Informationen und Links zur Verfügung zu stellen. Die LPK hat hierzu schon einige Infos ge-

sammelt, sie sind für Interessierte auf [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de) unter Fachportal/Traumatisierte Flüchtlinge abrufbar. Diese Seite wird ständig ergänzt bzw. aktualisiert, gerne nehmen wir auch Ihre Informationen mit auf.

## Berufshaftpflichtversicherungen

Aus gegebenem Anlass möchten wir alle Kolleginnen und Kollegen, die den Beruf ausüben, bitten, sich ausreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern. Nach § 21 der Berufsordnung ist der Abschluss einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung eine Berufspflicht, die aber auch Ihrem eigenen wirtschaftlichen Schutz dient, denn im Falle eines schadenersatzbegründenden Ereignisses können durch einen Patienten oder Angehörigen hohe finanzielle Forderungen gestellt werden. Die erforderliche Mindestsumme zur Absicherung von Personen-, Sach- und

Vermögensschäden beträgt eine Million Euro, ggf. empfiehlt sich eine höhere Deckungssumme. Aufgrund einer Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes (§ 117 Abs. 2 VVG) informieren die Versicherungen die Kammer, wenn ein Kammermitglied das Versicherungsverhältnis kündigt oder dieses aus anderen Gründen beendet wird und die Kammer muss dann prüfen, ob das Mitglied sich anderweitig versichert hat. Die Ausübung des Berufs ohne das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung stellt nicht nur ein Verstoß gegen Berufspflichten dar, sondern kann zur Anordnung des Ru-

hens der Approbation führen, solange, bis ausreichender Versicherungsschutz nachgewiesen wird. Auch Kolleginnen und Kollegen, die im Angestelltenverhältnis tätig sind, müssen ausreichend gegen Haftpflichtansprüche abgesichert sein, können sich jedoch nach Absprache und Vereinbarung mit dem Arbeitgeber über diesen versichern lassen (bspw. Gruppenversicherung). Angestellte Kolleginnen und Kollegen, die einer nebenberuflichen selbständigen Tätigkeit nachgehen, müssen für diese selbständige Tätigkeit jedoch einen eigenen Versicherungsvertrag abschließen.

## Bekanntmachung über die Auslage des Prüfberichtes 2015 sowie des Haushaltsplanes 2017 der LPK BW zur kammeröffentlichen Einsichtnahme

Gemäß §§ 27 Abs. 4, 28 Abs. 3 der Hauptsatzung werden der Prüfbericht über den Jahresabschluss 2015 und der prospektive Haushaltsplan 2017 in der Zeit vom 23. September bis zum

21. Oktober 2016 für alle Kammermitglieder in der Geschäftsstelle, Jägerstrasse 40, 70174 Stuttgart zur kammeröffentlichen Einsichtnahme ausgelegt. Falls Sie diese Dokumente einsehen

möchten, bitten wir Sie um vorherige Terminabstimmung per Telefon (0711-674470-0) oder per E-Mail ([info@lpk-bw.de](mailto:info@lpk-bw.de)).

### Berichtigung der Beitragstabelle 2016 der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

vom 18. Juli 2016

Die Beitragstabelle 2016 der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg vom 14. Dezember 2015 (Psychotherapeutenjournal 4/2015, Seite 384) ist in Abschnitt A Nr. 5 wie folgt zu berichtigen:

Die Angabe „200,00 Euro“ wird ersetzt durch die Angabe „220,00 Euro“.

Stuttgart, den 18. Juli 2016

*Gez. Dr. Dietrich Munz*

*Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg*

## Veranstaltungen

**Psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen – Fachliche und rechtliche Rahmenbedingungen.** Die vierte und vorerst letz-

te Veranstaltung findet am 20.10.2016 in Reutlingen statt. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter Fortbildung/Veranstaltungen.

## 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](mailto:info@lpk-bw.de); [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de)



morbiditätsorientierte Grundlage für eine Neuberechnung der Verhältniszahl

len in der Bedarfsplanung“, betonte er. Weitere Informationen zum Fachtag fin-

den Sie in unserer Homepagemeldung vom 15.06.2016.

## Nach den Anschlägen in München und Ansbach: Rund 150 Mitglieder bieten kurzfristig freie Psychotherapieplätze an

In Bayern ereigneten sich im Juli dieses Jahres drei Gewaltanschläge mit vielen unmittelbaren und mittelbaren Opfern. In München wurden dabei neun Menschen getötet. Nach Angaben der Münchener Polizei haben rund 100 Augenzeugen den Amoklauf unmittelbar erlebt, viele wurden auch selbst bedroht. Bei dem Anschlag in Ansbach wurden 15 Personen verletzt und es gab ebenfalls viele Augenzeugen.

Unmittelbar nach den Anschlägen in München und Ansbach hat sich die Kammer an ihre niedergelassenen Mitglieder in den betroffenen Orten mit der Bitte gewandt, kurzfristig zusätzliche Behandlungsplätze für Betroffene bereitzustellen. Rund 150 Mitglieder aus München und Ansbach haben positiv zurückgemeldet, dass sie – auch

während der Ferienzeit – zusätzliche freie Plätze anbieten können und einverstanden sind, dass ihre Kontaktdaten an Betroffene und an Behörden, Rettungsorganisationen, Kriseninterventionsteams, Krankenhäuser und gesetzliche Unfallversicherungen übermittelt werden. Gleichzeitig wurde in der Kammergeschäftsstelle eine eigene Telefonnummer freigeschaltet, unter der erfragt werden konnte, welche Psychotherapeut/innen kurzfristig Termine anbieten können. Diese Telefonnummer wurde in einer unverzüglichen Presseinformation, mit der die PTK Bayern zu den Ereignissen Stellung genommen hat, bekanntgegeben. Die Presseinformation wurde in den lokalen Zeitungen, Hörfunksendern und zahlreichen Onlinemedien veröffentlicht. In der Folgezeit wurde das Angebot von mehreren

Betroffenen und von verschiedenen Organisationen der Versorgung genutzt.

In der Pressemitteilung hat die Kammer u. a. die Symptome einer akuten Belastungsreaktion bzw. der Posttraumatischen Belastungsstörung erläutert und empfohlen, sich professionelle Hilfe bei Psychotherapeut/innen zu holen, wenn die Beschwerden zu belastend sind bzw. nicht von alleine wieder abklingen. Hervorgehoben wurden auch Informationen über die seelischen Auswirkungen schrecklicher Erlebnisse und Empfehlungen zu deren Bewältigung. Es wurde auch betont, dass psychisch erkrankte Menschen generell nicht gefährlicher sind als gesunde und eher besonders häufig Opfer von Gewalttaten werden.

## Erweiterung und Spezialförderung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im ländlichen Raum

Die Bayerische Staatsregierung hat ihr Förderprogramm zum Erhalt und zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum Ende 2014 u. a. auch auf Psychotherapeut/innen erweitert. 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 €. Die Förderung setzt des Weiteren voraus, dass sich Psychotherapeut/

innen oder Ärzt/innen in einer bayerischen Gemeinde mit höchstens 20.000 Einwohner/innen niederlassen oder dort eine Filiale bilden. In der konsolidierten Förderrichtlinie hat der Gesetzgeber eine Ausnahmeregelung bzw. Ergänzung platziert, die insbesondere die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen verbessern soll. Förderungen sind auch in Planungsbereichen, für die Zulassungsbeschränkungen festge-

stellt worden sind – also ab einem Versorgungsgrad von 110% – für Psychotherapeut/innen und psychotherapeutisch tätige Ärzt/innen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, möglich. Die konsolidierte Förderrichtlinie und das Antragsformular finden Sie auf der Website des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) in der Rubrik „Förderprogramme des StMGP beim LGL“.

## Fortbildung „Update Psychosentherapie“

Psychotherapie ist bei Patient/innen mit den Diagnosen Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen sowie bei bipolar-affektiven Störungen in vielen Fällen wirksam. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) passte 2014 die Psychotherapie-Richtlinie dem aktuellen Forschungsstand an, sodass psychotische Störungen ambulant und in allen Phasen der Erkrankung psychotherapeutisch behandelt werden können. Leider werden Patient/innen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ambulant erst selten psychotherapeutisch behandelt. Um die Versorgung von Menschen mit psychotischen Erkrankungen zu verbessern und Mitglieder über den aktuellen Forschungsstand zu informieren, hat die Kammer am 04.06.2016 in München die Fortbildungsveranstaltung „Update Psychosentherapie“ angeboten. Expert/innen vermittelten den Teilnehmer/innen Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und der psychodynamischen Verfahren in diesem Indikationsbereich. Auch die psychotherapeutische Angehörigenarbeit in der Schizophreniebehandlung sowie



*Vorstandsmitglied Benedikt Waldherr (rechts) mit Fachreferent/innen der Veranstaltung (v. l.): Dr. Günter Lempa, Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e. V., München, Prof. Stefan Klingberg, Universitätsklinikum Tübingen und Dr. Gabriele Pitschel-Walz, Technische Universität München. Foto: Astrid Petersdorff*

eine Einführung in den aktuellen Stand und eine kritische Reflexion der Leitlinie „Schizophrenia“ des National Institutes for Health and Clinical Excellence (NICE) und der S3-Leitlinie Schizophrenie waren Inhalte der Fortbildung. Basis der Behandlung ist nicht die Medi-

kation, sondern die Beziehungsarbeit. Insbesondere Rehabilitation, die Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen sowie die langfristige Verbesserung der „Kern“-Symptome oder der bessere Umgang damit müssen Hauptziele der Psychotherapie sein.

## Treffen der leitenden Psychotherapeut/innen in Kliniken, der Vertreter/innen der Ausbildungsinstitute und der Hochschullehrer/innen

Ein gemeinsames Schwerpunktthema der drei Treffen, die am 30.05.2016 bzw. am 22.06.2016 stattfanden, war die Reform der Psychotherapeutenausbildung. Kammerpräsident Nikolaus Melcop referierte jeweils zum aktuellen Stand und informierte über die in der Bund-Länder-AG „Transition“ abgestimmten Papiere, die den Bundesdelegierten auf dem 28. DPT im April 2016 präsentiert worden sind. Einen ersten Entwurf für das novellierte Psychotherapeutengesetz hat das Bundesgesundheitsministerium für Herbst 2016 angekündigt. Die Fragen der Teilnehmer/innen bei den drei Treffen bezogen sich insbesondere auf die Ausgestaltung der Weiterbildung, die Finanzierung der neuen Studienplätze sowie auf die Funktionen und Aufgaben der zukünftigen Weiterbildungsinstitute. Beim Treffen der leitenden Psychotherapeut/innen

und Psycholog/innen in Kliniken berichtete Vorstandsmitglied Heiner Vogel über die aktuellen Entwicklungen in den Tarifverhandlungen des öffentlichen Dienstes sowie über die Neufassung der Entgeltordnung, speziell der Eingruppierungsordnung im öffentlichen Dienst (TVöD). In der Diskussion wiesen die Kammervorteiler/innen – Nikolaus Melcop, Vorstandsmitglied Birgit Gorgas und Vizepäsident Bruno Waldvogel – darauf hin, dass ein Mitwirken bzgl. Tarifverhandlungen die Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft erfordert. Heiner Vogel informierte des Weiteren über die aktuellen Entwicklungen des neuen Finanzierungssystems für Psychiatrie und Psychosomatik, wie es im Gesetzesentwurf zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vorgesehen ist.

Der letzte Abschnitt des Treffens diente dem gemeinsamen Austausch der Vertreter/innen der Ausbildungsinstitute und der leitenden Psychotherapeut/innen in Kliniken.

Beim Treffen der Hochschullehrer/innen im Juni wurde u. a. die aktuelle Situation hinsichtlich der Studiengänge an den Universitäten und Hochschulen, die den Zugang zur Ausbildung zur/zum Psychotherapeut/in/en in Bayern gewähren, sowie die psychotherapeutische und psychosoziale Versorgungsforschung thematisiert. Heiner Vogel informierte über das Präventionsgesetz, in welchem festgehalten wurde, dass Krankenkassen verpflichtet sind, Präventionsprojekte, ggf. auch mit Begleitforschung, zu fördern und hierfür auch entsprechende Fördergelder bereitzustellen.

## Schulvermeidung und Schulangst: Fachtag der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern



*Kammer-Vorstandsmitglied Heiner Vogel (links) ist Mitglied des Vorstands der LZG. Dr. Norbert Kurz, Gesundheitsamt Nürnberg, und Sabine Kurrer, Institut für Pädagogik und Schulpsychologie der Stadt Nürnberg, erläuterten Präventionsmöglichkeiten von Schulvermeidung durch systematische Früherkennung und Reaktion auf gehäufte entschuldigte Fehlzeiten.*

*Foto: Laura Blum*

Die Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (LZG), ein Zusammenschluss von Einrichtungen und Einzelpersonen in Bayern, die sich im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung engagieren, hat am 29.06.2016 in Nürnberg einen Fachtag mit dem Titel „Schulvermeidung – Schulangst“ veranstaltet. Unter den rund 120 Teilnehmer/innen waren auch zahlreiche Kammermitglieder.

Im Rahmen des Jahresschwerpunkts „Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“ des Bayerischen Gesundheitsministeriums widmete die LZG ihre diesjährige Fachtagung daher einem wichtigen Teilgebiet psychischer Gesundheit in dieser Altersgruppe, dem Themenbereich „Schulangst und Schulvermeidung“.

In der Veranstaltung haben zunächst Impulsvorträge zu den Grundlagen einen

übergreifenden Einblick in die Thematik gegeben. Metaanalysen zufolge ist von etwa 200.000 bis 300.000 betroffenen Schülern auszugehen. Hinter Schulabsentismus stehen häufig sehr individuell gestaltete Problematiken: Persönliche, familiäre und schulische Faktoren spielen eine Rolle und sind auch mögliche Ansatzpunkte für Therapie und Beratung. Anschließend stellten Expert/innen aus den verschiedenen Settings einzelne praxisnahe Projekte und Perspektiven bei Schulangst und Schulvermeidung vor, wie u. a. das Pilotprojekt Schulabsentismus des Klinikums Nürnberg, die Unterstützungsmöglichkeiten der staatlichen Schulberatung für Schwaben und das Projekt „Die 2. Chance bei Schulverweigerung“ der Stadt Würzburg und der Landkreise Kitzingen, Main-Spessart und Würzburg. Ausführlich wurden auch psychotherapeutische Ansätze auf der einen Seite und setting-/schulbezogene Interventionen vorgestellt und sowohl im Plenum als auch in einer Posterpräsentation diskutiert.

Die Präsentationen der Fachvorträge der Referent/innen finden Sie im Veranstaltungsbereich der Website der LZG ([www.lzg-bayern.de](http://www.lzg-bayern.de)).

## Kurznachrichten

### Treffen der Heilberufekammern

In dem Gespräch am 20.06.2016 hielten die Vertreter/innen der Heilberufekammern die Wichtigkeit des Einbezugs in bereichs- und berufsspezifische Gesetzesvorhaben fest, um sich fachlich einbringen und die Interessen der Berufsstände wahren zu können. Die weiteren Themen waren auf Landesebene u. a. das Krebsregister-, Notfall-E-Government-Gesetz und die Einführung des Heilberufeausweises. Auf Bundesebene wurden die Positionen insbesondere zum Antikorruptions- und E-Health-Gesetz sowie zur GOÄ ausgetauscht.

### Fortbildung „Rechtliche Rahmenbedingungen der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“

Vor dem Hintergrund der ausdrücklichen Regelungen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der novellierten Kammer-Berufsordnung sowie der rechtlichen Gesichtspunkte, die sich durch das Bundeskinderschutzgesetz und das Patientenrechtegesetz ergeben, informierten am 25.06.2016 Vizepräsident Peter Lehndorfer, Kammer-Justitiar Thomas Schmidt und Theresa Kruß aus der Rechtsabteilung die 35 Teilnehmer/innen der Fortbildung über

rechtliche Fragestellungen und gaben Hinweise für die Handhabung in der Praxis. Die Schwerpunkte waren die Grundzüge des Rechts der elterlichen Sorge, Aufklärung und Einwilligung in die Behandlung, die Schweigepflicht, Dokumentation sowie die Einsichtnahme in die Patientenakte.

### Treffen mit Direktoren der bayerischen psychiatrischen Kliniken

Am 30.06.2016 fand das jährliche Treffen der Kammer mit den Sprechern der bayerischen Direktorenkonferenz der psychiatrischen Krankenhäuser statt.

Nikolaus Melcop und Heiner Vogel konnten Prof. Dr. Peter Brieger (Bezirkskrankenhaus Kempten, demnächst kbo-Isar-Amper-Klinikum) und Priv.-Doz. Dr. Albert Putzhammer (Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren) in der Geschäftsstelle der PTK begrüßen.

Im Mittelpunkt des sehr offenen Meinungsaustauschs stand einmal mehr die Situation der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und die Einschätzung der Entwicklung, vor dem Hintergrund der gerade verabschiedeten Reform der Psychotherapie-Richtlinie, der geplanten Veränderung der Psychiatriefinanzierung (PsychVVG), der vereinbarten Tarifierungen im TvöD für PP/KJP und der geplanten Reform des Psychotherapeutengesetzes und auch des seit Langem überfälligen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes für Bayern. Dabei zeigten sich ähnliche Einschätzungen zu vielen Punkten und insbesondere auch, dass es für unseren gemeinsamen Versorgungsbereich wichtig ist, dass Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychiater/innen und Psychotherapeut/innen eng und konstruktiv zusammenarbeiten.

### Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervertreter/innen teilgenommen haben: 3. Sitzung der Landes-AG für Prävention und des Bündnisses für Prävention in Bayern am 02.06.2016; Arbeitsausschuss „Sektorenübergreifende Ansätze zur medizinischen Versorgung von Asylbewerbern“ des Gemeinsamen

Landesgremiums nach § 90a SGB V am 13.06.2016; 11. Sitzung des Landesgesundheitsrates am 13.06.2016; Arbeitskreis für Gesundheit und Pflege der CSU-Fraktion im Bayerischen Landtag; Fraktionsinterne Anhörung „Wege zur Einrichtung eines bayerischen Gesundheitsdatenzentrums“ am 16.06.2016; BPtK-Workshop „Vorbereitung der Ausgabe des ePtA (elektronischer Psychotherapeutenausweis) im Wirkbetrieb“ am 23.06.2016; Präsentation des Gutachtens zur Notwendigkeit einer regionalen Komponente im Morbidity-RSA (Vertretung des Freistaates Bayern beim Bund) am 23.06.2016; BPtK-Symposium „Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ am 23.06.2016; Abschiedssymposium Prof. Michael Zaudig, Psychosomatische Klinik Windach, am 02.07.2016; Bericht der Vertreter/innen der zuständigen Ministerien zum PsychKHG im Ausschuss für Gesundheit und Pflege des Bayerischen Landtags am 05.07.2016; 44. Sitzung des AK Versorgung des Gesundheitsbeirates der Landeshauptstadt München am 06.07.2016; BPtK-Symposium „Die Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung“ am 08.07.2016; Sommerempfang der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse am 13.07.2016; „Gespräche in der Rotunde: Demenz und Selbstbestimmung – gibt es das?“ (StMGP) am 14.07.2016; Sommerempfang des Bayerischen Landtags am 19.07.2016; Sommergespräch der Bayerischen Landesärztekammer am 22.07.2016; Gespräch mit KVB-Vorstand am 26.07.2016; KVB-Fachtagung „Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“ am 27.07.2016; Ge-

sundheitspolitisches Oktoberfest der KZVB und KVB am 14.09.2016.

### Bevorstehende Veranstaltungen

**Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen II. Dermatologische und gastrointestinale Erkrankungen:** Eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **15.10.2016** in München.

**15. Suchtforum** „Schmerz(medizin) trifft Sucht(medizin) – Schmerzmittel zwischen Fluch und Segen?!“ in Kooperation mit der BAS, BLÄK und BLAK. Termin: **02.12.2016** in Nürnberg.

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

### Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK Bayern.

### Geschäftsstelle

Birketweg 30  
80639 München  
Post: Postfach 151506  
80049 München  
Tel. 089/51 55 55-0, Fax -25  
Mo – Fr 9.00 – 13.00 Uhr  
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)

## Psychotherapie im betrieblichen Kontext: Chancen und Fallstricke für PsychotherapeutInnen

Bei der Behandlung von psychisch Erkrankten gilt Erwerbsarbeit als wichtige, stabilisierende Gesundheitsvariable und wird zunehmend als Ressource im therapeutischen Prozess gesehen. Daraus folgt, dass die Arbeitsfähigkeit erhalten oder rasch wieder hergestellt werden sollte. Psychotherapie im betrieblichen Umfeld widmet sich diesem Ziel. Sie steht jedoch in einem bedeutsamen Spannungsfeld: Zunächst geht es um die Sicherung bzw. Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der betrieblichen Belange. Dies ist aber nicht immer mit dem „Wohl“ des Patienten und dessen individuellen Vorstellungen eines gelingenden Lebens in Übereinstimmung zu bringen. Schließlich sind die fachlichen Standards der PsychotherapeutInnen und der Psychotherapie zu wahren. Vor diesem Hintergrund stehen die psychotherapeutischen BehandlerInnen vor der besonderen Herausforderung, ihre Rolle zu finden, in der angemessene Distanz und Neutralität gewahrt werden. Unterstützt der Betrieb Behandlungen oder deren Vermittlung finanziell, verschärft sich der Konflikt, weil das Interesse an messbaren „Erfolgen“ im Sinne des Unternehmens weiter ansteigt.

Auf einem **Symposium zur betrieblichen Psychotherapie am 14. April 2016 in der Psychotherapeutenkammer Berlin** wurden in mehreren Vorträgen und in regem Austausch mit den ca. 70 TeilnehmerInnen **mögliche Tätigkeiten und Rollen für PsychotherapeutInnen im betrieblichen Setting ausgelotet:**

### Behandlung

Insbesondere im Rahmen von Kooperationsverträgen übernehmen Psychologische PsychotherapeutInnen die Versor-

gung von Mitarbeitern eines Betriebes. Sie sichern einen schnellen Ersttermin zu und führen bei Indikation eine „normale Behandlung“ durch. Häufig wird der Versorgungsvertrag mit der Betriebskrankenkasse abgeschlossen. Der Datenschutz ist gewährleistet, allerdings sind die Namen derjenigen, die über diesen Vertrag einen Behandler aufsuchen, meistens im Betrieb bekannt. In einigen Betrieben gibt es Modelle, welche die Anonymität in vollem Umfang wahren. Beratung oder Kurzinterventionen können in Einzelfällen auch auf dem Werksgelände stattfinden, wenn geeignete Räume, z. B. im Rahmen des werksärztlichen Dienstes, vorhanden sind und Betrieb, Betriebsrat und Behandler sich auf ein solches Setting verständigen.

### Betriebliche Gesundheitsförderung, Prävention und Sozialberatung

Größere Betriebe haben **eigene Abteilungen, die sich mit den verschiedenen Aspekten von psychosozialer und gesundheitlicher Prävention und Beratung beschäftigen** und diese auch durchführen, oft in enger Kooperation mit Kliniken und anderen niedergelassenen Leistungserbringern. Eine lange Tradition hat in diesem Kontext die Suchtberatung. Als Leitung solcher Abteilungen, als Teamleitung oder auch als BeraterIn sind zukünftig neben anderen Berufsgruppen auch PsychotherapeutInnen hier vermehrt denkbar, zumal die psychischen Belastungen und Krankheiten ständig zunehmen.

### Beratung und Schulung von Betrieben und Führungskräften

In diesem Feld sind in Berlin schon einige Mitglieder tätig. Infoveranstaltungen

für Betriebe über die häufigsten psychischen Erkrankungen, Beratung zum Umgang mit betroffenen Mitarbeitern, Workshops für Führungskräfte und Beratung im Einzelsetting bis hin zur Erarbeitung von Konzeptionen für Betriebe zur Prävention von besonderen betriebsspezifischen Belastungen sind mögliche Arbeitsschwerpunkte. Der Zusammenschluss mehrerer PsychotherapeutInnen zu einem Beraterverbund, der Angebote für Sprechstunden in Betrieben macht, war ein mögliches Zukunftsmodell, welches während des Symposiums diskutiert wurde.

### Arbeitsschutz und Gefährdungsanalyse

Das Arbeitsschutzgesetz sieht vor, dass in jedem Betrieb eine **Gefährdungsanalyse zu psychischen Belastungsfaktoren** durchgeführt wird und daraus Schlüsse für die Prävention gezogen werden. Hierzu gibt es erste Leitfäden („Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen“, GDA-Arbeitsprogramm Psyche, c/o Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 4. Januar 2016). Angesichts des erheblichen Beratungsbedarfs bietet sich hier für Psychologische PsychotherapeutInnen ein weiteres Handlungsfeld.

### Tätigkeiten in der Rehabilitation

Der gesamte Rehabilitationsbereich widmet sich im Kern der Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit. Hier sind bereits viele PsychotherapeutInnen tätig, allerdings werden angesichts des stark angestiegenen Behandlungsbedarfs weitere Fachkräfte gesucht.

Die Konzepte werden ständig weiterentwickelt (s. auch den Artikel von PD Dr. D. Benninghoven „Verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation“ in diesem Heft).

„Als Ergebnis der Veranstaltung kann festgehalten werden, dass dieser Beschäftigungsbereich für Psy-

chologische PsychotherapeutInnen bislang wenig erschlossen ist und großes Potential bietet. Mehr noch als in anderen Feldern ist es hier von zentraler Bedeutung für unsere KollegInnen, von vornherein die eigene Rolle mit ihren Abhängigkeiten und möglichen Zielkonflikten zu analysieren und zu reflektieren. Die PTK

Berlin wird dieses herausfordernde, chancenreiche Berufsfeld weiter im Blick behalten, über die Entwicklungen informieren und zu weiteren Veranstaltungen einladen.“

Prof. Dr. Dr. Armin Kuhr  
(ibt, Institut für Beratung und Therapie)  
Brigitte Kemper-Bürger  
(Geschäftsführerin der PTK Berlin)

## Verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation (VMO)

Seit 2001 hat die Deutsche Rentenversicherung begonnen, für die Gruppe der Patienten mit Erkrankungen der Bewegungsorgane ein neues Konzept zu erproben, die verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation. Hintergrund war die Erfahrung, dass Patienten mit orthopädischen Erkrankungen und gleichzeitiger psychischer Beeinträchtigung mit der klassischen orthopädischen Heilbehandlung nur begrenzt geholfen werden konnte. Außerdem lagen aus anderen Bereichen der medizinischen Versorgung ermutigende Ergebnisse neuer Behandlungskonzepte für Patienten mit z. B. chronischen Rückenschmerzen vor (Hildebrandt et al., 2003). Wesentliches Kennzeichen dieser neuen Therapiekonzepte war die Betonung der Interdisziplinarität. Die psychologische Perspektive sollte dabei besondere Berücksichtigung finden. Das Setting der Rehabilitation in Deutschland bietet für eine interdisziplinäre Behandlung komplexer Störungen sehr gute Voraussetzungen. Es lag nahe, diese Konzepte für die medizinische Rehabilitation weiter zu entwickeln. Der aktuelle Stand der Konzeptbildung wurde 2013 in einem Anforderungsprofil für die VMO dokumentiert (DRV-Bund, 2013).

Die Zielgruppe der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation bilden Patienten mit Funktionseinschränkungen sowohl im orthopädischen als auch im psychischen und/oder sozialen Bereich. Die orthopädischen Beschwerden sollten dabei im Vordergrund stehen. Typische Patientenprofile in der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation sind also Erkrankungen des Bewegungsapparates mit häufig

chronischen Schmerzen in Kombination mit psychischer Beeinträchtigung in Form von Überlastungserleben, depressiven Symptomen und somatoformen Beschwerden.

**Das Behandlungskonzept favorisiert eine am biopsychosozialen Krankheitsmodell orientierte interdisziplinäre Herangehensweise. Dabei stehen die psychologisch/psychotherapeutische Perspektive und die Bewegungs- und Sporttherapie im Vordergrund.** Das gesamte Behandlungsteam sollte für die Behandlung der oben beschriebenen Zielgruppe geschult sein. Im psychologischen Bereich ist damit vor allem die Qualifikation als psychologischer Psychotherapeut aber auch die Weiterbildung in psychologischer Schmerztherapie gemeint. Die Behandlung findet in geschlossenen Gruppen von im Durchschnitt 10 Patienten statt. Neben einer standardisierten psychometrischen Diagnostik erfolgt mit jedem Patienten ein ausführliches psychologisches Aufnahmegespräch mit der entsprechenden psychologischen Diagnostik. Die psychologische Behandlung umfasst psychoedukative Gruppengespräche zu den Themen Schmerzbewältigung und -akzeptanz, ein Entspannungstraining sowie bei Bedarf ergänzende psychotherapeutische Einzelgespräche, in welchen individuelle Krankheitsmodelle erarbeitet und daraus Veränderungsmöglichkeiten abgeleitet werden. Das psychologische Angebot ist dabei zunächst niedrigschwellig. Damit wird den bei den Patienten häufig anzutreffenden Ambivalenzen gegenüber der Bedeutung psychologischer Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung der körperlichen Be-

schwerden Rechnung getragen. Neben der Psychologie, der Bewegungs-/ Sporttherapie und der ärztlichen Behandlung sind weitere Berufsgruppen an der Behandlung beteiligt: Pflege, Sozialdienst, Ergotherapie, Ernährungsberatung etc. Regelmäßig finden interdisziplinäre Besprechungen und Supervisionen statt. Hier werden die Einzelinformationen zu ganzheitlichen und kohärenten Bildern zusammengesetzt und die Interventionen aufeinander abgestimmt. Für die Zeit nach der Rehabilitation werden häufig Nachsorgemaßnahmen der Rentenversicherung verordnet und/oder es wird weiterführende ambulante Psychotherapie empfohlen.

Die Wirksamkeit einer solchen Behandlung wurde in einigen Studien überprüft. Es ergab sich einige Evidenz, dass eine intensivierte und erweiterte Rehabilitation hilft, den subjektiven Gesundheitszustand und den Umgang mit chronischen Schmerzen zu verbessern und die Schmerzintensität zu reduzieren (Bethge & Müller-Fahrnow, 2008; Mangels et al., 2009)

Die positiven Erfahrungen mit der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation gaben Anlass, das verhaltensmedizinische Konzept auch auf andere reharelevante körperliche Erkrankungen anzuwenden. Beispiele sind die Onkologie und die Kardiologie. **Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat inzwischen ein Rahmenkonzept für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) vorgelegt (DRV Bund, 2014), an dem sich weitere inhaltliche Ausgestaltungen der VOR in Zukunft werden orientieren können.**

Für eine bei Bedarf stärkere Berücksichtigung psychosozialer Faktoren in der Rehabilitation körperlicher Erkrankungen wurde damit eine

gute konzeptuelle Grundlage geschaffen.

Dieter Benninghoven  
dieter.benninghoven@drv-nord.de

PD Dr. D. Benninghoven, Dipl.-Psych.,  
Ltd. Psychologin Mühlenbergklinik –  
Holsteinische Schweiz, Frahmsallee 1-7,  
23714 Bad Malente-Gremsmühlen

## „Integrierte Psychotherapie im Rahmen der Eingliederungshilfe“ – Jour fixe des Ausschusses „Psychotherapie in der institutionellen Versorgung“

Am 15. Juni fand in den Räumen der Berliner Psychotherapeutenkammer der erste Jour fixe zum Thema „Integrierte Psychotherapie im Rahmen der Eingliederungshilfe“ statt. Der Ausschuss „Psychotherapie in der institutionellen Versorgung“ möchte mit dem Format „Jour fixe“ über alternative Tätigkeitsbereiche für PsychotherapeutInnen informieren und den Fachaustausch unterschiedlicher Arbeitsfelder befördern.

Integrierte Psychotherapie ist Teil der Komplexleistung der Personenzentrierten Hilfen der Eingliederungshilfe für Menschen mit einer seelischen Behinderung, die im Betreuten Wohnen, Beschäftigungstagesstätten und Übergangwohnheimen der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Berlin unterstützt werden. Ziel ist es, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern in den Lebensfeldern Krankheitsbewältigung, Selbstversorgung, Tagesgestaltung und Kontaktfindung sowie im Bereich Förderung von Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung. Integrierte Psychotherapie wird vom Sozialhilfeträger bewilligt, wenn der psychisch kranke und suchtkranke Mensch nicht in der Lage ist, das Setting der krankenkassenfinanzierten Psychotherapie einzuhalten und wenn er gleichzeitig Unterstützung in den o. g. Lebensfeldern benötigt. Begutachtet wird die Gesamtleistung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst. Integrierte Psychotherapie kann 60 bis 120 Minuten Einzelbehandlung pro Woche umfassen und wird durch approbierte Psychotherapeuten, die in der Einrichtung arbeiten, erbracht.

PsychotherapeutInnen von gemeindepsychiatrischen Trägern stellten ihre

alltägliche Arbeit mit jungen psychisch kranken Menschen, mit Suchtkranken und mit chronisch psychisch Kranken vor: Integrierte Psychotherapie wird durchgeführt nach Psychiatrieaufenthalten, als Krisenintervention für Menschen, bei denen eine Compliance erst hergestellt werden muss, die ihre häusliche Umgebung nicht verlassen können und für die eine stützende Begleitung über Jahre erfolgen muss, um Krankheitsbewältigung oder Verbesserung zu ermöglichen. Setting und psychotherapeutische Verfahren sind bei den Trägern unterschiedlich. Angewandt werden neben Verhaltenstherapie, Psychoanalyse und Tiefenpsychologisch fundierter Therapie auch humanistische und systemische Verfahren. Die Aufgabe der anwesenden PsychotherapeutInnen beschränkt sich nicht allein auf die Behandlung der Klienten, sondern beinhaltet auch die Fachleitung einer Einrichtung, die Beratung multiprofessioneller Teams, die Begleitung psychotherapeutischer Gruppen und die Beratung von Angehörigen.

Christian Reumschüssel-Wienert, Fachreferent für Psychiatrie und Queere Lebensweisen beim Berliner Paritätischen Wohlfahrtsverband, berichtete, dass es bisher vom Berliner Psychiatriereferat keine Zahlen über die Bewilligung integrierter Psychotherapien gibt. Die Träger ergänzten, dass die Bewilligungspraxis dieser Teilleistung in den Berliner Bezirken sehr unterschiedlich gehandhabt wird und ausführlich begründet werden muss. Bei Geflüchteten und Menschen mit Traumaerfahrungen wird die Integrierte Psychotherapie meist befürwortet. In der anschließenden Diskussion unter 30 KollegInnen entstand der Wunsch nach einem trägerübergrei-

fenden fachlichen Austausch anhand von Fallvignetten und über die Rolle von PsychotherapeutInnen in multiprofessionellen Teams.

Durch das Ende Juni 2016 im Bundestag verabschiedete Bundesteilhabegesetz werden Eingliederungshilfeleistungen zur gesellschaftlichen Teilhabe für Menschen mit Behinderungen, so auch seelischen Behinderungen, mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe an Bildung und der Teilhabe am Arbeitsleben in einem Gesetz zusammengeführt, was auch für seelisch behinderte Menschen neue Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe eröffnet. Unklar ist, ob die Behandlungsmöglichkeit der Integrierten Psychotherapie, die für viele Patienten den einzigen Zugangsweg zur Psychotherapie darstellt, weiterhin so erfolgreich und flexibel durchgeführt werden kann oder im Dschungel neuer Vor- und Nachrangdiskussionen verloren geht.

Auf dem Landespsychotherapeutenstag am 24.09.2016 werden wir die Diskussion um fachliche Standards der Integrierten Psychotherapie und Möglichkeiten und Risiken durch das Bundesteilhabegesetz fortsetzen. Hierzu möchten wir Sie herzlich einladen!

Ute Meybohm Ausschusssprecherin  
„Psychotherapie in der institutionellen  
Versorgung“

### Geschäftsstelle

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

## Was sind psychotherapeutische Leistungen in Kliniken wert? Zur Vergütung angestellter Psychotherapeuten im Land Bremen

Über die Gleichstellung von Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu ihren ärztlichen Kollegen wird seit vielen Jahren intensiv diskutiert. Während im ambulanten Bereich mit Ausnahme von wenigen Befugnissen die Gleichstellung weitgehend vollzogen wurde, wird dies im institutionellen Bereich durch eine Reihe von Hindernissen erschwert. Insbesondere hinsichtlich der Vergütung gibt es deutliche Unterschiede zu den Ärzten: Für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wäre hier mindestens eine tarifliche Eingruppierung in die Entgeltstufe 15 des Tarifvertrags des öffentlichen Dienstes (TVöD) angemessen, um zumindest eine Annäherung an ärztliche Gehälter zu erreichen.

In den letzten Tarif-Verhandlungen zwischen ver.di und dem Verband kommunaler Arbeitgeber konnte zwar erstmals erreicht werden, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als eigenständige Berufsgruppe in die Entgeltordnung aufgenommen wurden; allerdings wurde im Leit-Tarifvertrag nur eine Eingruppierung in die Entgeltstufe 14 erzielt.

In der Praxis kommt erschwerend hinzu, dass viele private Träger sich nicht an Tarifverträge gebunden fühlen, eigene Hausrate entwickeln oder durch Outsourcing von Service-Bereichen eine tarifliche Eingruppierung ganz umgehen. Somit kann nicht davon ausgegangen werden, dass im Bereich angestellter Psychotherapeuten eine einheitliche Vergütung vorherrscht.

Um einen Eindruck zu erhalten, wie die Vergütungssituation Bremer Psy-

chotherapeuten in Anstellung aussieht, führte die Kammer eine Befragung unter den Mitgliedern durch, die in Krankenhäusern angestellt sind. Etwa ein Drittel der angeschriebenen Mitglieder beantworteten den kurzen Fragebogen (davon 66% PP). Der Großteil der Teilnehmer (76%) gab eine Beschäftigung bei einem kommunalen Arbeitgeber an; zwei Teilnehmer waren bei kirchlichen Trägern beschäftigt und vier Teilnehmer bei freien Trägern. Während die kommunalen Träger die psychotherapeutische Tätigkeit gemäß des TVöD vergüteten, war dies bei den freien Trägern nur bei einer Person der Fall. Mit einer Ausnahme wurden ansonsten Hausrate gezahlt. Große Unterschiede gab es jedoch in den Entgeltstufen, auch innerhalb der kommunalen Träger und sogar innerhalb derselben Klinik. Unter den Befragten mit einer Bezahlung

nach TVöD waren 56% in der Entgeltstufe 14 eingruppiert; 38% erhielten ein Gehalt entsprechend der Entgeltstufe 13. Nur eine Person gab an, gemäß Entgeltstufe 15 bezahlt zu werden. Damit bleibt die Vergütung angestellter Psychotherapeuten in Bremen hinter den Forderungen der Berufsverbände und Gewerkschaften zurück.

Interessanterweise gab es hinsichtlich der Art der Approbation keine deutlichen Unterschiede in der Eingruppierung: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten waren zu 38% in der geringsten Entgeltstufe; bei Psychologischen Psychotherapeuten lag dieser Satz bei 31%.

Insgesamt schätzt die PK Bremen die Vergütungssituation der angestellten Psychotherapeuten als unbefriedigend



*Auch bei kommunalen Trägern unterscheidet sich die tarifliche Eingruppierung.*

ein: Zum einem werden in Abhängigkeit der Institution sehr unterschiedliche Entgelte gezahlt, zum anderen entspricht die tarifliche Eingruppierung häufig nicht den Forderungen der Berufsverbände. Die Bremer Kammer ist diesbezüglich mit ver.di, der Bremer Angestelltenkammer und dem Bremer

Verband kommunaler Arbeitgeber im Gespräch und unterstützt laufende Initiativen zur Überarbeitung der Entgeltordnungen. Darüber hinaus wird die Kammer das Gespräch mit freien Trägern in Bremen suchen, um die Ungleichbezahlung von Psychotherapeuten bei gleicher Qualifikation zu problematisieren.

Auch die Bremer Psychotherapeuten sind aufgefordert, sich gewerkschaftlich zu engagieren, um die längst überfällige Gleichstellung zwischen Ärzten und Psychotherapeuten zumindest im Hinblick auf die Vergütung weiter voranzutreiben.

## Begrüßung neuer Kammermitglieder der PK Bremen

Alle zwei Jahre lädt der Vorstand der PK Bremen die neuapprobierten Mitglieder der Kammer zu einem Treffen ein. Dieses Jahr fand die Veranstaltung in den Räumen der Geschäftsstelle statt. Von 87 geladenen Neumitgliedern nahmen 19 Kolleginnen und ein Kollege die Möglichkeit wahr, die Kammer kennenzulernen und sich untereinander zu vernetzen.

Karl Heinz Schrömgens erläuterte in gut verständlichen Worten zunächst die zentralen Aufgaben der Kammer: Die Übernahme staatlicher Aufgaben und die Selbstorganisation für die Mitglieder. Nach einer Vorstellung der Vorstandsmitglieder und einigen Fragen in der Gesamtgruppe fanden bald rege Gespräche in Kleingruppen mit einzelnen Vorstandsmitgliedern statt.

Dabei kreisen die Gespräche immer wieder um die gleichen Themen: Wie kann frau an eine Kassenzulassung



*Beim Empfang neuer Mitglieder in den Räumen der Geschäftsstelle*

kommen? Wie findet frau eine Kollegin für ein Jobsharing? Wie sind die Chancen für eine Sonderzulassung im Umland von Bremen? Kann man von einer Privatpraxis leben? Ist es sinnvoll, noch eine weitere Fachkunde zu erwerben?

Der Informationsbedarf war groß. Auch wenn nicht alle Fragen abschließend beantwortet werden konnten, wurde doch deutlich, dass sich der Kontakt zur Kammer und der Zusammenschluss mit anderen Kolleginnen gelohnt hat.

## Gemeinsames Gespräch der Vorstände von Ärztekammer und Psychotherapeutenkammer Bremen

Nach einer längeren Pause kam es auf Anregung der Psychotherapeutenkammer wieder zu einem Treffen der beiden Vorstände. Die Ärztekammer hatte Anfang August zu einer gemeinsamen Tagung in die neuen Räumlichkeiten des Veranstaltungszentrums der Ärztekammer eingeladen. Das Treffen wurde mit einem schmackhaften Imbiss eröffnet, so dass die Teilnehmer vor der eigentlichen Sitzung schon Zeit hatten, sich persönlich kennenzulernen.

Auf der Agenda der Sitzung standen als Themen die Einheit der ärztlichen und

psychologischen Psychotherapie, die Auswirkungen der bevorstehenden Reform der Psychotherapie-Richtlinie auf die Berufsausübung kassenzugelassener Psychotherapeuten, die schnellere Vermittlung in dringenden Fällen in Psychotherapie sowie die Reform der Psychotherapieausbildung.

Zum Thema „Einheit der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie“ sprach die PK Bremen ihre Sorge über Stimmen von ärztlicher Seite aus, die die Kompetenzen von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten stark

voneinander abgrenzen und eine Überlegenheit der ärztlichen Psychotherapie akzentuieren. Die Präsidentin der Ärztekammer Heidrun Gitter sah dies eher als Missverständnis. Allerdings gebe es Unterschiede, z. B. in der Verordnung von Medikamenten. Über den Charakter der obligatorischen Konsiliaruntersuchung zur somatischen Abklärung vor Beginn einer Psychotherapie fand ein längerer Austausch statt, in dem Missverständnisse geklärt werden konnten.

Die Vertreter der Ärztekammer, die sich eine schnellere Überleitung von Pati-

enten an Psychotherapeuten wünsch- ten, nahmen mit großem Interesse die Erläuterungen zur Reform der Psychotherapierichtlinie entgegen, die ab 01.04.2017 wirksam wird. Beide Seiten drückten ihre Hoffnung aus, dass mit der psychotherapeutischen Sprechstunde und der Möglichkeit der zeitnahen Akutbehandlung ein schnellerer Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung geschaffen wird. Allerdings verwies der Präsident der PK Bremen Karl Heinz Schrömgens darauf, dass zwar ein schnellerer Erstkontakt zu er-

warten sei, aber es letztlich an den unzureichenden Behandlungskapazitäten nichts ändern würde.

Hans Schindler erläuterte im Anschluss die Vorstellungen zur Reform der Psychotherapieausbildung. Auch hier zeigte sich, wie hilfreich das direkte Gespräch ist, um missverständliche Wahrnehmungen klarzustellen.

Es bestand Einigkeit zwischen den Vorständen darüber, eine flexiblere Bedarfsplanung zu erreichen, die flexible-

re Arbeitszeitmodelle und damit eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen ermögliche. Eine weitere Überlegung war, Netzwerke zwischen Haus-, Fachärzten und Psychotherapeuten zu fördern, um über eine engere Zusammenarbeit adäquatere Versorgungsmodelle entwickeln zu können.

Alle Beteiligten äußerten sich zufrieden über den interessanten Austausch und sprachen sich für ein erneutes Treffen in kürzerem Abstand aus.

## „Vielfältige Aufgaben“ – Im Gespräch mit den Vorstandsmitgliedern Wiebke Rappen und Amelie Thobaben

Wiebke Rappen (WR) und Amelie Thobaben (AT) wurden auf der letzten Vorstandswahl der PK Bremen zu neuen Beisitzerinnen im Vorstand gewählt und arbeiten mittlerweile seit über einem Jahr aktiv im Vorstand mit. Wir haben sie zu ihren Erfahrungen mit der Vorstandsarbeit befragt.

### Was genau sind Eure Aufgaben als Beisitzerinnen im Vorstand?



Amelie Thobaben

**AT:** Die Aufgaben sind sehr vielfältig. Im Alltag sind viele Mails zu lesen und sich einen Überblick zu verschaffen über das, was berufspolitisch passiert und dann zu entscheiden, ob und wie darauf zu reagieren ist. Geht es darum, eine Stellungnahme zu verfassen, mit jemandem oder einer Institution in Kon-

takt zu treten oder Wissen an Mitglieder weiterzugeben? Dazu gehört es z. B. Veranstaltungen zu planen und den Bericht des Vorstands zu verfassen. Die Verantwortung trägt i. d. R. der Präsident und meistens macht er auch die Textvorschläge, aber wir sind am Meinungsaustausch beteiligt, diskutieren die Texte, die verschickt werden, steuern eigene Texte bei und gehen mit zu Terminen. Natürlich schauen wir, dass möglichst jemand einen Termin wahrnimmt, der zu dem Themenbereich schon Wissen mitbringt. So war ich z. B. bei Gesprächen mit Krankenkassenvertretern, dem KV-Vorstand, dem Selbsthilfenetzwerk und einem Symposium zur Ausbildungsreform dabei und ich bin Mitglied im Forum Frauengesundheit.

Es gibt aber auch vieles, das eher zur Verwaltung gehört. Wir müssen z. B. die Ausgabe eines elektronischen Psychotherapeutenausweises organisieren. Das Thema ist sehr komplex und es gilt sowohl zu verstehen, wozu die Kammer gesetzlich verpflichtet ist und wie das technisch umgesetzt werden kann als auch welche Lösung für uns als vergleichsweise kleine Kammer praktisch und finanziell am sinnvollsten ist. Außerdem habe ich mich für die Überarbeitung der Homepage eingesetzt, da mir eine gute Information von Kollegen und ratsuchenden Bürgern wichtig ist. Zur Kammerarbeit gehören auch so re-

präsentative Aufgaben wie die Teilnahme am Neujahrsempfang im Rathaus oder eine Veranstaltung zur Woche der seelischen Gesundheit anzubieten.

**WR:** Amelie hat unsere Arbeitsgebiete schon sehr gut beschrieben. Da bleibt mir nur zu ergänzen, dass wir uns intern im Vorstand die Aufgabenbereiche aufteilen, aber dennoch jeder in jedem Bereich bei Bedarf einspringt, mit zu einem Termin geht oder Unterstützung bei der Meinungsbildung bietet. Wichtig sind dafür unsere alle zwei bis drei Wochen stattfindenden Vorstandssitzungen.

### Habt Ihr Euch die Tätigkeit so vorgestellt? Oder hat Euch etwas überrascht an der Arbeit des Vorstands?

**AT:** Es ist viel mehr Arbeit als ich erwartet habe.

**WR:** Überrascht hat mich, dass es neben all den Pflichtaufgaben auch immer möglich ist eigene Schwerpunkte zu setzen. Außerdem hätte ich nicht erwartet, dass man beim persönlichen Gespräch mit Politikern eigentlich immer Verständnis erlebt. Natürlich heißt Verständnis noch längst nicht, dass auch Veränderungen eintreten, aber ich hatte mit rauerem und ablehnenderem Haltungen gerechnet.

### Wie viel Zeit investiert Ihr für Eure Vorstandstätigkeit?

**WR:** Dazu kann ich keine konkrete Zahl nennen. Ich integriere die Vorstandsarbeit in meinen sonstigen Alltag – da wird die Bahnfahrt genutzt, um noch eben eine Pressemitteilung Korrektur zu lesen oder ich verbinde den Psychotherapeutentag in Berlin mit einem Besuch bei Freunden. Je nachdem wie meine sonstige Belastung aussieht, schaffe ich es mich intensiver am Austausch und der Meinungsbildung zu beteiligen oder eben auch manchmal nicht – genauso schwankt auch mein zeitliches Engagement.



Wiebke Rappen

**AT:** Bei mir ist das sehr unterschiedlich. Wenn eine Sitzung in Berlin dazu gehört, dann sind es auch mal 25 Stunden in der Woche. In anderen Wochen, wo es nur um Austausch per E-Mail geht, sind es vielleicht auch mal nur drei Stunden. Meine vorsichtige Schätzung liegt bei durchschnittlich sieben Stunden.

**Gibt es etwas bei der Vorstandsarbeit, was Euch besonderen Spaß macht oder etwas, dass Euch nicht gefällt?**

**WR:** Ich finde an der Arbeit besonders bereichernd, dass so unterschiedliche Menschen im Vorstand tätig sind. Ich habe im letzten Jahr viel dazugelernt u. a. durch die Diskussionen mit den Kollegen. Sehr angenehm finde ich, dass wertschätzend miteinander umgegan-

gen wird, auch immer mal ein humorvolles Wort fällt und jeder Aufgaben nach seinen Interessen und Fähigkeiten übernehmen kann. Nach einem Jahr Vorstandsarbeit kann ich mich nicht mit allen Themen perfekt auskennen und da erlebe ich immer Verständnis für meine Nachfragen.

Ernüchternd finde ich, dass es Themenbereiche zu geben scheint, in denen das Engagement der Kammermitglieder eher gering ist. Ich würde mir persönlich wünschen, dass sich viel mehr Kammerangehörige berufspolitisch engagieren. In Bremen sind die Wege kurz und man kennt sich – wir könnten in unserem Stadtstaat noch viel mehr von den Stärken untereinander profitieren, wenn sich noch mehr Leute beteiligen würden.

**AT:** Es ist spannend für mich, noch mal viel mehr von der Stadt, in der ich lebe, mitzubekommen. Politische Strukturen zu erleben und dadurch mehr zu verstehen und viele politische Akteure persönlich kennen zu lernen. Das gleiche trifft natürlich auch für die Bundesebene zu. Es gibt so viele Themen und Interessengruppen überhaupt erst einmal zu verstehen. Spaß macht es mir, wenn Netzwerke entstehen. Wenn ich auf Sitzungen, Delegiertenversammlungen und Konferenzen mit Kolleginnen und Kollegen ins Gespräch komme, Infos ausgetauscht werden und sich Kooperationen entwickeln lassen. Klasse ist es natürlich, wenn Kollegen mit einem konkreten Thema auf mich zu kommen, ein Anliegen oder Angebot haben.

**Welche Vorstandsaufgaben sind in Euren Augen besonders zentral?**

**AT:** Die wichtigste Aufgabe für uns in der Berufspolitik allgemein ist aus meiner Sicht die Position der Behandlung psychischer Erkrankungen in unserem Versorgungssystem und die Rolle der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten darin zu stärken. Dazu gehört es, an der Entwicklung von Konzepten

in Gremien und Arbeitsgruppen beteiligt zu sein, Befugnisse für die Versorgung zu haben und ein angemessenes Honorar zu erhalten, aber auch die Ausbildungsreform. Wir bringen uns ein, suchen das Gespräch, stellen unser Wissen zur Verfügung und machen auf Missstände aufmerksam. Sichtbar wird die Notwendigkeit, sich einzubringen derzeit ganz konkret an den Reformen von Psychotherapierichtlinie, Bedarfsplanungsrichtlinie, Psychotherapievereinbarung und des Bewertungsmaßstabs.

**WR:** Schwierige Frage, ich denke, zentral erscheint mir, dass wir als Psychotherapeutenkammer immer und immer wieder auf Landes- aber auch auf Bundesebene in Erscheinung treten, um die Interessen der PP und KJP, aber auch der psychisch Erkrankten kundzutun. Niemand von Außen wird sich für die Interessen unseres Berufsstandes einsetzen – das müssen wir selbst tun!

*Vielen Dank für das Gespräch!*

#### Redaktion

Sylvia Helbig-Lang, Hans Schindler,  
Karl Heinz Schrömgens

#### Geschäftsstelle

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

## Bewertet – und nun? Bewertungsportale und die Folgen

In letzter Zeit haben sich die Rückmeldungen von Kammermitgliedern zu Bewertungsportalen erhöht. Auch die Umfrage der Stiftung Gesundheit und FOCUS-GESUNDHEIT des Focus-Magazin Verlages nach dem besten Behandler<sup>\*)</sup> vor Ort sorgte für große Irritation unter unseren Mitgliedern. Hier scheint ein Privatunternehmen Daten zu sammeln, die als Ergebnisse in die Arzt-Auskunft der Stiftung Gesundheit einfließen und auf der FOCUS-GESUNDHEIT Arztsuche (App und Webseite) veröffentlicht werden sollten. Welches Ziel damit verfolgt wird, lässt sich bisher nur phantasieren. Dass damit reale Qualität abgebildet wird, kann aber in Zweifel gezogen werden. Denn dazu müssten zunächst Kriterien definiert werden. Und das scheint auch ein zentrales Problem von Bewertungsportalen zu sein. Es stellt sich die Frage, was in den Portalen wirklich bewertet wird.

Die Bewertungsportale betonen, dass es sich bei den Bewertungen um subjektive Bewertungen handelt. Was sagen diese nun eigentlich aus? Es ist sicher unstrittig, dass auch wir Psychotherapeuten in der Lage sind, schlecht zu arbeiten, Fehler zu machen und zu scheitern. Aber kann das über Bewertungsportale erfasst werden? In Bewertungsportalen besteht immer die Gefahr, dass subjektive Erfahrungen, die auch aus spezifischen Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen rühren können, verallgemeinert werden. Im Zweifel lässt sich das sehr schwer von z. B. einem schlechten oder unfreundlichen Umgang und Eindruck trennen. Zumal ein Behandler für Patient A sehr geeignet und für Patient B ungeeignet sein kann. Nicht umsonst weisen wir Patienten immer wieder auf die notwendige Passung hin, die für eine gelingende Psychotherapie sehr

wichtig ist. Daraus grundsätzlich auf die Qualität des einzelnen Psychotherapeuten schließen zu wollen, wäre sicher vermessen. Dennoch geschieht das natürlich, wenn in den Bewertungsportalen Entsprechendes veröffentlicht wird.

Auch wenn sich die Bewertung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Verhältnis zu Ärzten noch in Grenzen hält, können solche Einträge durchaus Ärger und tiefes Unbehagen auslösen, in Einzelfällen sogar praxisschädigend sein. Darüber hinaus wird etwas aus der intimen und vertraulichen psychotherapeutischen Beziehung ohne Einverständnis veröffentlicht, was sehr verunsichernd sein kann. Da die Bewertungen anonym stattfinden, fragen wir uns natürlich sofort, welcher Patient das gewesen sein kann. Wir gehen die Patienten durch, überlegen, welche Situation gemeint sein könnte, und versuchen, den Patienten der Anonymität zu entreißen. Aber was dann?

Für beide Seiten, und das versuchen wir als Psychotherapeuten immer, wäre es sicher hilfreich, solche Konfliktlagen thematisieren und klären zu können. Dies kann bei großer Verwicklung zwischen den Betroffenen manchmal durchaus nur noch mit externer Hilfe möglich sein. Die Landeskammern bieten dazu in der Regel Schlichtungsmöglichkeiten an, die einen Raum zur Differenzierung eröffnen können, wenn man sich sehr miteinander verhakt hat. Aber wir Psychotherapeuten tun uns manchmal ebenfalls schwer, uns mit solchen Verwicklungen zu zeigen und Unterstützung zu suchen. Aus meiner Sicht wäre das für beide Betroffenen besser, als einen Kommentar in einem Bewertungsportal zu veröffentlichen und lesen zu müssen.

Aber die Bewertungsportale bieten auch uns Behandlern Möglichkeiten zur Reaktion. Dabei ist besonders darauf zu achten, dass unsere Reaktionen keinen Verstoß gegen das Berufsrecht darstellen dürfen. Denn wir unterliegen unseren Patienten gegenüber u. a. der Schweigepflicht.

Gerichte haben festgelegt, dass Bewertungsportale den Bewerteten die Möglichkeit einräumen müssen, ihre Bewertungen prüfen zu lassen. Wenn jemand auf einer Plattform Falschbehauptungen aufstellt, kann der Betroffene diese beim Portal-Betreiber melden. Der umstrittene Eintrag muss dann geprüft und – gegebenenfalls immer wieder – zeitnah gelöscht werden. Ergibt die Überprüfung keinen Verstoß gegen geltende Gesetze, darf der Beitrag aber wieder online gehen.

Man kann den anonymen Kommentator jedoch auch anzeigen – etwa wegen Beleidigung, wenn sich diese aus dem Eintrag ergibt. Sobald ein entsprechender richterlicher Beschluss vorliegt, muss der Betreiber die Daten des anonymen Bewerbers mitteilen. Sehen Sie dazu auch die Urteile (z. B. BGH: AZ VI ZR 345/13; BGH: AZ VI ZR 34/15). Darüber hinaus findet man unter „BGH Spick mich“ weitere Informationen, die sich auf die Bewertung von Lehrern bezogen hatten.

Die rechtliche Einordnung einer Bewertung in so einem Prüfprozess bewegt sich immer im Spannungsfeld zwischen der freien Meinungsäußerung und dem Persönlichkeitsrecht des Behandlers, das zum Beispiel durch Beleidigungen oder falsche Tatsachenbehauptungen verletzt würde. Meinungen sind rechtlich geschützt (§ 5 GG), auch kritische Meinungen, solange sie nicht z. B. durch Beleidigungen das Persönlich-

keitsrecht (§ 1 und 2 GG) des Behandlers verletzen. Tatsachenbehauptungen dagegen müssen im Zweifel beweisbar sein. Das bedeutet aber nicht, dass Tatsachenbehauptungen per se untersagt sind. Im Streitfall sind sie im Unterschied zu Meinungsäußerungen jedoch angreifbar. In den meisten Fällen ist es Patienten nicht möglich, Tatsachenbehauptungen ausreichend zu belegen, sodass einzelne Sätze, die eine strittige Tatsache beschreiben, oder aber ganze Bewertungen in Folge eines Prüfprozesses manchmal gelöscht werden müssen.

Grundsätzlich müssen Bewertungen ausgehalten werden, solange sie das Persönlichkeitsrecht nicht verletzen und keine falschen Aussagen treffen. Das ist im Einzelfall schwer nachweisbar. Das Bewertungsportal Jameda bietet z. B. unter „FAQ Ärzte“ dazu nähere Informationen.

Unstrittig ist, dass Bewertungsportale haften, wenn sie nachweislich falsche Äußerungen nicht löschen.

In solcher Situation sollten Sie sich rechtlichen Beistand suchen. Die entsprechenden Juristen sollten sowohl im Medienrecht wie auch im Berufsrecht

qualifiziert sein bzw. sollten Sie diese auf unser Berufsrecht hinweisen. Einen qualifizierten Anwalt können Sie über die Rechtsanwaltskammer bzw. den Anwaltssuchdienst des HAV (Hamburger Anwaltsverein) finden.

Leider können Behandler ihre Daten nicht aus einem Bewertungsportal streichen lassen. Auch dazu gibt es vom BGH im September 2014 ein Urteil, in dem einem Gynäkologen untersagt wurde, sich aus dem Portal streichen zu lassen. Das öffentliche Interesse sei höher zu bewerten als das Recht des Arztes auf informelle Selbstbestimmung.

Aber was bedeutet solch ein Eintrag für einen laufenden therapeutischen Prozess, wenn wir nicht wissen, welcher Patient es war? Was passiert, wenn der Patient über den Eintrag spricht, er den Eintrag aber nicht löschen lassen will? Hier stellen sich besondere psychotherapeutische Herausforderungen, die mitunter auch der Supervision bedürfen können. Neben der Frage, ob mit dem Patienten weiter ein Arbeitsbündnis aufrecht erhalten bleiben kann oder sich dieses als so angegriffen zeigt, dass eine psychotherapeutische Arbeit nicht mehr möglich ist, stellt sich genauso die Frage, was der Patient damit bezweckt,

die in der Bewertung ausgedrückten Spannungen nicht mehr in, sondern außerhalb der Psychotherapie zur Sprache zu bringen. Handelt es sich z. B. um bestimmte Patientengruppen oder eher spezifische Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen? Wird versucht, ein Unterlegenheitsgefühl auszugleichen oder sogar sich zu rächen für etwas, das als unpassend oder gemein empfunden wurde? Aus meiner Sicht ist es in jedem Fall ein tragisches Dilemma, dass hier etwas außerhalb der Psychotherapie ausagiert wird, was nicht mehr im Schutzraum der Psychotherapie gehalten werden kann. Neben der teilweise nachvollziehbaren Empörung betroffener Kollegen erscheint es mir für unsere Behandlungen eine wichtige Überlegung, wie wir für Patienten den Raum offen halten können, auch kontroverse, aggressive und schambesetzte Empfindungen uns gegenüber als zugehörig zur Sprache bringen zu können. Aber auch das kann natürlich scheitern.

So werden uns Bewertungsportale sicher in Zukunft in zunehmendem Maß beschäftigen und neben den rechtlichen Fragen besonders psychotherapeutisch herausfordern. Hierzu wären gewiss auch differenzierte wissenschaftliche Untersuchungen hilfreich. (TM)

## Treffen mit Präsidium und Geschäftsführer der Ärztekammer Hamburg

Am 30.05.2016 fand ein Gespräch der Präsidien von Ärztekammer (ÄK) und Psychotherapeutenkammer (PTK) und den jeweiligen Geschäftsführern statt. Neben dem Kennenlernen diente das Treffen dem Austausch über beide Berufsgruppen betreffende Themen. So wurden die Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Versorgung von geflüchteten Menschen thematisiert.

Weiterhin wurden die Bedenken in Teilen der Ärzteschaft gegenüber der Reform der Psychotherapieausbildung und des Psychotherapeutengesetzes sowie das Scheitern der Verhandlungen über eine neue Gebührenordnung (GOÄ/GOP) diskutiert.

Außerdem wurde über verschiedene Möglichkeiten der Kooperation ge-

sprochen. So soll eine Verlinkung der Übersichten über die jeweiligen Fortbildungsangebote auf den Homepages erfolgen. Die Mitarbeit der PTK im Arbeitskreis „Häusliche Gewalt“ der ÄK wird fortgesetzt. Darüber hinaus sollen anlassbezogen gemeinsame Aktionen und Veranstaltungen durchgeführt werden (siehe übernächste Seite). (HP)

## Bericht von der 62. Delegiertenversammlung in Hamburg

Am 15.06.2016 fand die 62. Delegiertenversammlung im Haus des Sports in Hamburg statt.

Nach Begrüßung der Delegierten sowie der Gäste wurde der Nachtragshaus-

halt für 2016 vorgestellt, erläutert und von der Delegiertenversammlung beschlossen. Im Bericht des Vorstandes wurde über die aktuellen Aktivitäten informiert, u. a. zu folgenden Themen: Reform der Psychotherapieausbildung,

Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Fachsprachenprüfung, Erweiterung der Weiterbildungsordnung sowie die Umfrage zur Notfallversorgung. Ein längerer Berichts- und Diskussionspunkt stellte die Versorgung von psychisch kranken

geflüchteten Menschen in Hamburg dar. So wurde in diesem Zusammenhang über ein geplantes Gespräch mit dem Projekt SEGEMI (Seelische Gesundheit, Migration und Flucht e. V.) berichtet.

Es folgten die Berichte der Ausschüsse und Kommissionen, der Arbeitskreise und der Geschäftsstelle.

Die anschließenden Diskussionen zu den Änderungen der Kammer-Ordnungen waren lebhaft und engagiert. Die Delegiertenversammlung diskutierte in erster Lesung intensiv den vorliegenden Entwurf zur Änderung der Beitragsordnung

und brachte weitere Empfehlungen und Verbesserungsvorschläge ein, die der Vorstand in den Entwurf einarbeiten wird.

Außerdem wurde die Überarbeitung der Satzung der Ethikkommission in erster Lesung diskutiert. Hierbei handelte es sich um geringe Änderungen, die darauf abzielen, die Zuständigkeit der Ethikkommission der PTK Hamburg klarer zu definieren.

Auch die Haushalts- und Kassenordnung sowie die Entschädigungsordnung werden derzeit überarbeitet und wurden auf der Delegiertenversammlung

besprochen. Die diskutierten Änderungen der Ordnungen sollen innerhalb der nächsten Delegiertenversammlungen verabschiedet werden.

Den Abschluss der Versammlung bildete eine kleine Umfrage in der Delegiertenversammlung zu der Frage welche fachlichen, berufspolitischen sowie berufsrechtlichen Themen für die Mitglieder der Delegiertenversammlung aktuell wichtig sind. Der Vorstand wird die Auswertung dieser Umfrage dazu nutzen, die vorgeschlagenen Themen in die Veranstaltungsplanung für das Jahr 2017 aufzunehmen. (BW)

## Regelmäßiger Jour fix zwischen PTK und Aufsichtsbehörde

Das neue regelmäßige Gesprächsformat des „Jour fix“, an dem Präsidium und Geschäftsführer der Kammer und Vertreterinnen der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz teilnehmen, soll dazu dienen, rechtliche Fragen, die sich bei der Umsetzung der Kammeraufgaben ergeben, zeitnah mit der Aufsichtsbehörde zu klären.

Am 20.06.2016 nahm auch der Justiziar der Kammer Dr. Stelling am Jour fix teil, um Fragen, die sich aus der Überarbeitung der Beitragsordnung sowie der Ethiksatzung ergeben hatten, zu erörtern. Außerdem wurden Themen aus dem Beschwerdemanagement diskutiert, u. a. Fragen des Datenschutzes und des Akteneinsichtsrechts.

In einem weiteren Treffen am 10.08.2016 folgte die Beratung zur Überarbeitung weiterer Ordnungen der Kammer, zur Berufsaufsicht bei der Weiterführung von Ausbildungstherapien sowie bei angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. (HP)

## Runder Tisch zur Weiterbildungsordnung

### Gesprächspsychotherapie – Systemische Psychotherapie

Zur Vorbereitung einer möglichen Erweiterung der Hamburger Weiterbildungsordnung (WBO) um die Regelungsbereiche Gesprächspsychotherapie und Systemische Psychotherapie kam am 06.07.2016 in den Räumen der Geschäftsstelle eine Gesprächsrunde zusammen, in der Vertreter<sup>\*)</sup> des Kammervorstands, der Fachgesellschaften bzw. Ausbildungsinstitute in diesen Verfahren und des Ausschusses für Fort- und Weiterbildung über das weitere Vorgehen berieten.

Nach kurzer Vorstellung der Beteiligten informierte der Kammervorstand über die bundesweiten Entwicklungen im Bereich psychotherapeutischer Weiterbildung. In Hamburg ist derzeit lediglich der Bereich „Neuropsychologische Therapie“ in der Weiterbildungsordnung

geregelt, die sich eng an die Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) anlehnt.

Vor einer ausführlicheren Diskussion um Detailfragen ergab ein Meinungsbild auch unter den beteiligten Instituts- und Verbandsvertreter, dass eine kammerseitige Regelung der Weiterbildung in Gesprächspsychotherapie und Systemischer Psychotherapie durch ihre Weiterbildungsordnung erwünscht ist und unterstützt wird.

Orientierungsrahmen sollen hier die Musterweiterbildungsordnung der BPtK und das Hamburgische Kammergesetz sein. Diskutiert wurden im Anschluss unter anderem Fragen der Übergangsregelung und einer mündlichen Prüfung. Die Musterweiterbildungsordnung der BPtK schreibt diese zwingend vor, das Hamburgische Kammergesetz nicht. In diesem Zusammenhang wur-

den die Lehrinstitute nach ihrem jeweiligen Vorgehen bezüglich der Abschlussprüfungen befragt. Diese sind in den Instituten unterschiedlich gestaltet, prüfen aber nach Einschätzung der Verbandsvertreter die Kompetenzen der Weiterbildungsteilnehmer in dem gelernten Verfahren in einem ausreichenden Maß ab. Die Option, auf eine kammerseitige weitere Prüfung verzichten zu können, wurde für eine zu erstellende Weiterbildungsordnung in dieser Runde überwiegend für wünschenswert gehalten.

Die anwesenden Institutsvertreter boten der Psychotherapeutenkammer an, Prüfungen in ihrem Hause beizuwohnen, um sich ein Bild über deren Ablauf zu machen. Beschlossen wurde schließlich, dass Anregungen zur Gestaltung der WBO-Erweiterung von den Vertretern der Gesprächspsychotherapie und der systemischen Therapie bis

zum Ende dieses Jahres der Kammer vorliegen sollten, damit Einarbeitung

und Implementierung der neuen Regelungsbereiche der WBO möglichst An-

fang des nächsten Jahres auf den Weg gebracht werden können. (TB)

## Neuer Leiter des Landesprüfungsamtes

Am 25.05.2016 fand ein Gespräch des Präsidiums mit Herrn Henning Plagge, dem neuen Leiter des Landesprüfungsamtes der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, statt. Das Landesprüfungsamt ist für die Aufsicht über die Ausbildungsinstitute und für die Erteilung von Approbation und Berufs-

erlaubnis zuständig. Der langjährige Leiter Herr Dr. Schönwälder war zum Ende des Jahres 2015 in den Ruhestand getreten.

Im Gespräch mit Herrn Plagge wurden die aktuellen Probleme in der Psychotherapieausbildung sowie die geplante Aus-

bildungsreform erörtert. Weiterhin wurde über die Umsetzung der Fachsprachprüfung diskutiert, die vor Erteilung einer Berufserlaubnis für diejenigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorgeschrieben ist, die ihre Qualifikation im Ausland erworben haben und deren Muttersprache nicht Deutsch ist. (HP)

## 4. Tag der seelischen Gesundheit in Kooperation mit der Ärztekammer geplant

Am 20.07.2016 fand das erste Vorbereitungstreffen für den 4. Tag der seelischen Gesundheit statt. Der Tag der seelischen Gesundheit wird von Ärztekammer und Psychotherapeutenkammer als ganztägige Fortbildungsveranstaltung gemeinsam ausgerichtet und soll dazu dienen, die Kooperation und

den fachlichen Austausch zwischen den Berufsgruppen zu fördern. Nach den bisherigen Schwerpunktthemen „Seelische Gesundheit im Berufsalltag“, „Chancen und Grenzen der Psychotherapie im Alter“ und „Wenn die Seele Schaden nimmt – Folgen von Traumatisierungen“ soll es in der für 2017 ge-

planten Veranstaltung um seelische Erkrankungen im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter gehen. Die Veranstaltung ist für Ende März 2017 angedacht (der genaue Termin stand bei Redaktionsschluss leider noch nicht fest) und wird in den Räumen der Akademie der Ärztekammer stattfinden. (HP)

### 6. Hamburger Psychotherapeutentag am 10.9.2016 „Zwischen Empathie und Abgrenzung“

Psychotherapie im Kontext von Flucht- und Migrationsbewegungen und gesellschaftlichen Polarisierungstendenzen

Einen ausführlichen Bericht, Fotos und Präsentationen vom Hamburger Psychotherapeutentag sowie Informationen und Links zum Thema finden Sie ab Mitte September auf unserer Homepage unter [www.ptk-hamburg.de](http://www.ptk-hamburg.de).



### Redaktion

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

### Geschäftsstelle

Hallerstraße 61  
20146 Hamburg  
Tel. 040/226 226 060  
Fax. 040/226 226 089  
[www.ptk-hamburg.de](http://www.ptk-hamburg.de)  
[info@ptk-hamburg.de](mailto: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.*



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Alfred Krieger

zur Psychotherapie, statt die ursprüngliche Absicht des Gesetzgebers zu erfüllen, Wartezeiten abzubauen und die Versorgung zu stärken.

Das BMG hat denn auch mit nicht zu überlesendem Stirnrunzeln dem G-BA mahrende Fragen gestellt und scheint mit der bisherigen Umset-

zung der Gesetzesvorgaben unzufrieden zu sein. Für die wenigen Monate, die dem G-BA bleiben, sollten neben den Berufsverbänden auch die Kammern ihren Einfluss geltend machen, damit psychisch kranke Menschen vor Behandlungsbeginn nicht zu Hürdenläufern werden. Für Kolleginnen und Kollegen, die auf ganzen Sitzen tätig sind, dürfte wie schon nach der ungerechten Zuschlagsregelung der Druck zur Abgabe eines halben Sitzes steigen. Durch die weitere Zunahme halber Versorgungsaufträge wird sich ein Großteil der Wartezeitenproblematik erledigen, weil dadurch insgesamt mehr Patienten versorgt werden. Da wäre ein Abwarten der Politik sinnvoller gewesen, als der vorliegende Aktionismus. Was hier als „Flexibilisierung“ verkauft wird, hat wohl doch eher mit der Ursprungsbedeutung des Wortes zu tun: dem Zurechtbiegen von Patient und Psychotherapeut nach den Vorstellungen der Krankenkassen.

Es grüßt Sie herzlich

Ihr Alfred Krieger,  
Kammerpräsident

## Reform der Psychotherapeutenausbildung – Gemeinsames Positionspapier DGPPN, DGKJP, DGPs, Fakultätentag Psychologie

Welche Anforderungen sind an die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu stellen, sodass aus ihnen gut ausgebildete Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden? Mit dieser Frage haben sich die drei großen Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und der Fakultätentag Psychologie (FTPs) in ihrem gemeinsamen Positionspapier zur Reform des Psychotherapeutengesetzes beschäftigt und Forderungen an die Reform des PTG abgeleitet (im Netz: Gemeinsame Positionen DGPPN). Sie fordern, dass sowohl die notwendigen wissenschaftlichen als auch praktischen Kompetenzen erworben werden müssen, die zur

verantwortungsvollen Ausübung des Berufes nötig sind. Dies beinhaltet sowohl diagnostische Kompetenzen als auch Kompetenzen in der Anwendung wissenschaftlich anerkannter Behandlungsverfahren bei allen relevanten Krankheitsbildern mit unterschiedlichen Schweregraden und in unterschiedlichen Behandlungssettings. Dabei seien im Sinne des biopsychosozialen Modells psychologische und medizinische Kompetenzen erforderlich, um eine umfassende Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie von Menschen mit psychischer Erkrankung sicherzustellen. Der Weg zu solcherart kompetent ausgebildeten Psychotherapeuten solle auch in Zukunft über das universitäre Studium der Psychologie und der Medizin erfolgen, dem eine fachspezifische Weiterbildung folgt. Im Zuge einer Kooperation beider Fächer soll die Verbesserung der Versorgung im Rahmen der Forschung sowie in der Aus-

und Weiterbildung gefördert und ermöglicht werden. Psychotherapie sei ein Fach, das sowohl durch aktive wissenschaftliche Weiterentwicklung als auch durch praktische Erfahrung gekennzeichnet sei. Das setze eine universitäre Ausbildung von mindestens fünf Jahren Dauer auf EQR-7-Level (Masterniveau) voraus. Die Trias von Forschung, Lehre und praktischer Versorgung werde aber fast ausschließlich an Universitäten und gleichstehenden Hochschulen geleistet, weil nur hier Forschung zur Weiterentwicklung und Evaluation von Psychotherapie stattfinde, wie die Statistiken zur Psychotherapieforschung



Dr. Heike Winter

(z. B. Portal GEPRIIS der DFG) belegt. Die zu stellenden Anforderungen an die Hochschuleinrichtungen seien a) selbst aktiv im Bereich der Erforschung psychischer Erkrankungen zu sein, b) über eine ambulante Behandlungseinrichtung zur Vermittlung einer praxisnahen Ausbildung zu verfügen und c) im Besitz der strukturellen Voraussetzungen für die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses zu sein (Promotionsrecht, Habilitationsmöglichkeiten, Qualifikationsstellen, wissenschaftlicher Mittelbau).

Für die anschließende Weiterbildung, die zu einer sozialrechtlichen Zulassung führt, bedürfte es ausreichender Weiterbildungsmöglichkeiten im Rahmen von Assistenzstellen für ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, die entsprechend dem akademischen Niveau entlohnt werden müssen. Alle notwendigen Teile der Weiterbildung (Theorie, Selbsterfahrung, Supervision) müssen strukturell und finanziell gesichert sein.

Erfreulicherweise decken sich diese Forderungen sehr stark mit denen der Profession, sie konkretisieren aber im Bereich der strukturellen Anforderungen zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Warum sollte man der Forschung in der Ausbildung angehender Psychotherapeutinnen und

Psychotherapeuten so großes Gewicht geben? Reicht es nicht, einfach gute Praktiker auszubilden? Dazu im Folgenden einige Überlegungen. Um neue Studienergebnisse verstehen, einordnen, bewerten und dann in der Praxis umsetzen zu können, müssen die angehenden Psychotherapeuten und -therapeutinnen hinreichende forschungsmethodische Kenntnisse erwerben. Diese Kompetenzen erlangt man am besten, indem eigene kleinere und größere Forschungsarbeiten angefertigt werden, wie dies im Rahmen von Experimentalpraktika, Bachelor- und Masterarbeiten geschieht. Neben diesem Ausbildungsaspekt gibt es die Anforderungen seitens des Fachgebietes, dass zur eigenen Weiterentwicklung essentiell auf Forschungsarbeiten angewiesen ist. Nur über eine kontinuierliche Forschungsarbeit ist eine Weiterentwicklung und Evaluation von Psychotherapie und ihren Indikationsgebieten möglich, die damit die Versorgung psychisch kranker Menschen verbessert. Darüber hinaus wird eine kontinuierliche Evaluation der Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen benötigt, um auch zukünftig Effektivität und Effizienz psychotherapeutischer Behandlung gegenüber Patienten, Politik und Gesundheitssystem belegen zu können. In Deutschland geschieht diese Forschungsarbeit sehr häufig im Rahmen

von Qualifikationsarbeiten: Promotionen und Habilitationen. Empirische Qualifikationsarbeiten sind arbeits- und zeitintensiv und sie zahlen sich ökonomisch oft nicht aus. Promovierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten verdienen in niedergelassener Praxis nicht mehr als ihre nicht promovierten Kolleginnen und Kollegen. Um junge Kolleginnen und Kollegen zu motivieren, sich dennoch diesem Aufwand zu unterziehen, braucht es ein forschungsbegeistertes Umfeld, andere Doktoranden, Habilitanden und Anleiter, die alle mit Leidenschaft ihren Forschungsarbeiten nachgehen. Es braucht die Unterstützung einer ganzen Gruppe, empirische Forschung lässt sich nicht allein im stillen Kämmerlein absolvieren. Und es braucht ein Weiterbildungssystem, das es ermöglicht, Promotion und Habilitation und Aus- bzw. Weiterbildung miteinander zu vereinbaren. Nur wenn es gelingt, dass auch weiterhin in Deutschland die Psychotherapie intensiv beforscht wird, kann sich der Beruf positiv weiterentwickeln. Dieser Aspekt muss in der Debatte um eine gute Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten und -therapeutinnen dringend berücksichtigt werden, von daher kann man die Forderungen des Gemeinsamen Positionspapiers auch in diesem Punkt nur unterstützen.

Dr. Heike Winter,  
Vizepräsidentin

## Das Arbeitsverständnis des Beschwerde- und Schlichtungsausschusses der Psychotherapeutenkammer Hessen

Im Jahr 2003 hat die hessische Psychotherapeutenkammer den Ausschuss für Beschwerde und Schlichtung ins Leben gerufen. Bei Streitigkeiten zwischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Patientinnen/Patienten, die aus dem Behandlungsverhältnis resultieren, haben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, sich mit ihrem Anliegen an den Beschwerdeausschuss zu wenden. Voraussetzung ist, dass der/die Psychotherapeut/Psychotherapeutin – PP oder KJP – Mitglied der Psychotherapeutenkammer Hessen ist und somit der Berufsordnung der Kammer unterliegt. Der Ausschuss kann aber auch bei Streitigkeiten zwi-

schen Kammermitgliedern eingeschaltet werden. Die Bearbeitung von Beschwerden d. h. die Schlichtung von Streitigkeiten aus der Berufsausübung, zwischen Kammerangehörigen sowie zwischen Kammerangehörigen und Dritten, ist eine den Heilberufekammern gesetzlich zugewiesene Aufgabe im Rahmen der Berufsaufsicht (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 und 3 und § 6 c des Heilberufsgesetzes).

Der Beschwerdeausschuss der Psychotherapeutenkammer Hessen verfügt mittlerweile über eine 13-jährige Erfahrung im Beschwerdemanagement. In den Ausschuss wurden fünf Kammer-

mitglieder aus den beiden Heilberufen PP und KJP berufen, dabei wurde darauf geachtet, dass alle Richtlinienverfahren (AP, TP und VT) vertreten sind. Ergänzt und unterstützt werden die Ausschussmitglieder von zwei Richtern aus der Schlichtungsstelle der Psychotherapeutenkammer. Die Schlichtungsstelle der Psychotherapeutenkammer Hessen setzt sich zusammen aus einem vorsitzenden Mitglied, das über die Befähigung zum Richteramt verfügt, und zwei beisitzenden Mitgliedern. Eines der beisitzenden Mitglieder muss Kammermitglied sein, das andere beisitzende Mitglied muss als Vertretung

der Patientenschaft berufen worden sein. Die Einleitung eines Schlichtungsverfahrens setzt voraus, dass alle Beteiligten ihr Einverständnis hierzu erklärt haben. Die Schlichtungsstelle versucht zwischen den Beteiligten einen Vergleich herbeizuführen.

Für die konkrete Beschwerdebearbeitung wurde auf eine personelle Trennung zwischen dem Ausschuss und Mitgliedern des Kammervorstands Wert gelegt. Der Vorstand wird über den Stand der Bearbeitung einer Beschwerde informiert, wenn der Ausschuss Vorschläge für das weitere Vorgehen macht, wie beispielsweise die Empfehlung zur Einleitung berufsrechtlicher Ermittlungen durch unabhängige Ermittlungsführer/innen, dem Aussprechen von Rügen ggf. mit Bußgeld oder auch der Anschuldigung vor dem Berufsgericht.

Das zugrundeliegende Selbstverständnis sowohl des Beschwerdeausschusses als auch der Schlichtungsstelle ist die Beilegung von Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Berufsausübung durch eine neutrale Instanz. Es handelt sich hierbei um ein kammerinternes, nicht öffentliches Verfahren. Ziel ist es, zu einer Lösung beizutragen, die von den beteiligten Seiten akzeptiert werden kann. Wenn es die Schwere des Berufspflichtverstößes erfordert, wird ein berufsgerichtliches Verfahren herbeigeführt. Das Vorgehen der Beschwerdebearbeitung erfolgt konzeptionell analog der Handhabung von Dienstaufsichtsbeschwerden.

Für eine erste niedrigschwellige Kontaktaufnahme ist es Ratsuchenden

möglich, sich anonym an den Ausschuss zu wenden, um sich in einem Konflikt informieren und beraten zu lassen. Die Beschwerde sollte in Schriftform eingereicht werden, zusammen mit einer eingegrenzten Schweigepflichtentbindung für die die Beschwerde betreffenden Inhalte. Die bisherigen Beschwerdegründe lassen sich in verschiedene Kategorien einteilen: Missachtung des Abstinenzgebotes allgemein sowie sexuelle Grenzverletzungen bzw. Übergriffe im Besonderen, Konflikte um Honorare und Abrechnungen, Verletzung der Schweigepflicht, Fragen nach der persönlichen oder fachlichen Eignung des/der Therapeuten/Therapeutin, negative Auswirkungen der Psychotherapie auf Partner/innen und Kinder sowie weitere Verstöße gegen die Berufsordnung.

Das Beschwerdeschreiben wird dem/der betroffenen Psychotherapeuten/Psychotherapeutin in Kopie zur Kenntnis gegeben mit der Bitte um eine schriftliche Stellungnahme zu dem vom Beschwerdeführer geschilderten Sachverhalt. In dem ersten Anschreiben zur Klärung werden die Kammermitglieder darauf hingewiesen, dass sie zur Mitwirkung an der Aufklärung des Sachverhalts verpflichtet sind, ohne sich dabei selbst belasten zu müssen. Die hessische Berufsordnung enthält einen Passus (§ 33 Abs. 1), in dem Kammerangehörige nach entsprechender Aufforderung verpflichtet sind, zur Aufklärung des Sachverhalts bei Beschwerden über sie beizutragen. Zur Mitwirkung gehört auch, der Einladung in den Beschwerdeausschuss zu einer persönlichen Anhörung zu folgen. Sobald von den Beteiligten alle notwendigen Informationen und Stellungnah-

men vorliegen, wird der Beschwerdevorgang im Ausschuss berufsrechtlich bewertet. Der Ausschuss prüft, ob die Beschwerde mit einem Verstoß gegen die Berufsordnung oder gesetzliche Bestimmungen einhergeht. Nach der Prüfung und abschließenden Würdigung des Sachverhaltes durch den Ausschuss werden die betroffenen Kammermitglieder und die Beschwerdeführer über den Ausgang ihres Beschwerdeverfahrens informiert.

In den 13 Jahren seit der Einrichtung des Ausschusses in Hessen sind 313 Beschwerden gegen Kammermitglieder eingegangen. In acht Fällen wurden Mitglieder vor dem Berufsgericht angeschuldigt. Darüber hinaus erfolgte in zwei Fällen die Einstellung von Ermittlungsverfahren mit Zustimmung des Berufsgerichts nach § 59 Abs. 6 Heilberufsgesetz gegen (fühlbare) Geldauflagen. In einem dieser Fälle wurde zusätzlich eine Wiedergutmachung auferlegt. Der Schlichtungsstelle wurden in diesem Zeitraum 15 Verfahren übertragen, in sieben Fällen erfolgte eine Schlichtung, vier Fälle wurden zurückgenommen bzw. es wurde auf eine weitere Durchführung verzichtet, die Zustimmung zum Verfahren wurde bei zwei weiteren Fällen widerrufen, ein Fall endete durch Ausscheiden aus der Psychotherapeutenkammer und ein Fall ist noch nicht gänzlich abgeschlossen. Somit konnten alle Schlichtungsverfahren bereits im nicht-förmlichen Vorverfahren durch den jeweiligen Vorsitzenden erledigt werden.

Dipl.-Psych. Yvonne Winter,  
Vorstandsmitglied

## Psychotherapie bei Psychosen

Anhand der Geschichte von dem „Wunder in der Schuhsohle“, in dem ein Patient eine Bedeutung in den Abdrücken in seiner Schuhsohle sah, führte Alfred Krieger, Präsident der Psychotherapeutenkammer Hessen, in die Thematik „Psychosen“ ein. Am Freitagabend des 1. Juli 2016 fand die fachöffentliche Vorveranstaltung „Psychotherapie bei Psychosen“ statt. Dr. Thomas Röske,

Leiter der Sammlung Prinzhorn in Heidelberg, stellte die „Freie Kreativität in psychiatrischen Anstalten seit 1900“ vor. Anhand zahlreicher Beispiele aus der Sammlung illustrierte er Ästhetik und Originalität der Werke, von der sich einige bekannte Künstler inspirieren ließen. Insbesondere wurde der kommunikative Aspekt der Werke deutlich, der „Sinn hinter scheinbar Sinnlosem“,

wenn wir uns als Betrachter jenseits vorschneller Pathologisierung auf zunächst befremdlich Erscheinendes einlassen.

Die Hauptveranstaltung wurde am Samstag von Staatsminister Stefan Grüttner eröffnet, der in seinem Grußwort auf den Verbesserungsbedarf in der Versorgung psychotischer Patien-



Alfred Krieger &amp; Stefan Grüttner

ten hinwies, den erforderlichen Abbau von Vorbehalten und Überlegungen, wie die nötigen Hilfen hergestellt werden können, darstellte. Darüber hinaus ging er auf die anstehende Reform des Psychotherapeutengesetzes ein, für die im Herbst ein Referentenentwurf vom BMG erwartet werde.

Obwohl seit 2014 durch die Änderung der Psychotherapierichtlinien eine Psychotherapie von Psychosekranken in allen anerkannten Verfahren möglich sei, werden bislang nur sehr wenige im Rahmen der Richtlinientherapie behandelt, so Dr. Hildegard Wollenweber, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytikerin, Wiesbaden. Die Referentin stellte psychoanalytische Konzepte der Entstehung und Behandlung von Psychosen dar, anschaulich auf die Praxis bezogen durch entsprechende Fallvignetten. Sie ging auf das Konzept des psychotischen Dilemmas von Prof. Mentzos ein, nachdem zwei normalerweise vorhandene bipolare Tendenzen – Selbstbezogenheit versus Objektbezogenheit – auf dem Hintergrund fehlender Integration

als unvereinbar erlebt werden. Die psychotische Symptomatik wird in diesem Konzept als Bewältigungsversuch verstanden. Des Weiteren gab sie einen Überblick zu Theorien der „Britischen Schule“, erläuterte die Entstehung der Symbolisierungsstörung und stellte das Konzept G. Benedettis vor. Zuletzt verwies sie auf das Frankfurter Psychoseprojekt und die Möglichkeit zur spezifischen Supervision.

Im Anschluss erläuterte Prof. Dr. Stefan Klingberg, Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, verschiedene (leitliniengerechte) Behandlungsansätze aus verhaltenstheapeutischer Sicht. Ziel sei, beim Patienten ein Verständnis der Beschwerden und eine dauerhaft stabile psychische Verfassung zu erreichen. Als Motor der Gesamtbehandlung diene dabei immer die wahnsensible, nicht konfrontative Beziehungsarbeit. Die Kognitive Verhaltenstherapie gehe bei psychotischen Patienten von einer Störung der Informationsverarbeitung und bestimmten emotionalen Triggern aus. Dabei seien die Veränderungen im Denken quantitativer Art. In der Behandlung haben sich vor allem kognitiv behaviorale Strategien als wirksam erwiesen. Unter der Voraussetzung einer guten Beziehungsgestaltung gelinge es im Rahmen kognitiver Interventionen, Möglichkeiten des Zweifels an den eigenen wahnhaften Überzeugungen zu schaffen, die dann eine Neubewertung zuließen. Prof. Klingberg stellte darüber hinaus eine spezifische Familienintervention vor, bei der Möglichkeiten des

Zusammenlebens erarbeitet werden, sowie Methoden der Rückfallverhütung. Trotz vielfältiger evidenzbasierter Ansätze gebe es nach wie vor Verbesserungsbedarf und große Implementierungsprobleme.

Der Großteil der Patientinnen und Patienten mit Psychosen wird nach wie vor medikamentös behandelt. Prof. Dr. Matthias Müller, Ärztlicher Direktor Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen-Marburg, ging differenziert auf die Wirksamkeit von Psychopharmaka ein und warnte grundsätzlich vor der Überschätzung der Wirksamkeit medikamentöser Behandlungen. Auch könne man von der Wirksamkeit nicht auf Kausalzusammenhänge schließen. Er plädierte für eine individuelle Indikation angesichts des heterogenen Verlaufs psychotischer Erkrankungen. Bezüglich möglicher Nebenwirkungen seien v. a. bei Ersterkrankten atypische Antipsychotika zu bevorzugen.

Am Nachmittag boten verschiedene Workshops mit in der Behandlung psychotischer Erkrankungen erfahrenen Referentinnen und Referenten den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit, verfahrensspezifische Therapie-Konzepte für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche kennenzulernen und vertieft zu diskutieren.

Die Vorträge sowie eine ausführliche Darstellung der Workshops finden Sie im Mitgliederbereich auf unserer Homepage unter [www.lppkjp.de](http://www.lppkjp.de).

## Öffentliche Bekanntmachung der Psychotherapeutenkammer Hessen Änderung der Weiterbildungsordnung

**Am 18. März 2016 hat die Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten die folgende Änderung der Weiterbildungsordnung (zuletzt geändert am 27. April 2013) beschlossen:**

Es wird eine Ziffer 9 in Abschnitt B, Klinische Neuropsychologie der Weiterbildungsordnung eingefügt

### 9. Anrechnungsmöglichkeiten nach § 3 Abs. 6 WBO

#### Weiterbildungsteil Theorie

Theoretische Weiterbildungsinhalte können im Umfang von maximal 200 Stunden auf die

Weiterbildung angerechnet werden, sofern sie den Anforderungen nach Abschnitt B, Ziffer 5.1 entsprechen und an einer anerkannten Weiterbildungsstätte erworben wurden.

Nachzuweisen sind

- die Inhalte und deren Umfang nach Ziffer 5.1., wobei sicherzustellen ist, dass im Rahmen der Weiterbildung die komple-

mentären Gegenstände vermittelt worden sind,

- Vermittlung der theoretischen Weiterbildungsinhalte durch Personen, die die Anforderungen nach Ziffer 7.3 erfüllen.

#### Weiterbildungsteil Klinische Tätigkeit

Klinische Tätigkeit kann im Umfang von bis zu 12 Monaten in Vollzeit oder in Teilzeittätigkeit

entsprechend längerer Dauer anerkannt werden. Davon muss mindestens ein halbes Jahr in einer nach §6 Satz 2 als Weiterbildungsstätte anerkannten Klinik abgeleistet werden. Ein weiteres halbes Jahr kann in einer anerkannten Klinik oder in einer nach §6 Satz 2 zur Weiterbildung zugelassenen Praxis oder Ambulanz abgeleistet werden.

100 ambulante Behandlungsstunden in einer zur Weiterbildung zugelassenen Praxis oder Ambulanz entsprechen hierbei einer klinischen Tätigkeit im Umfang von 6 Monaten. Die klinische Tätigkeit muss den Anforderungen von Ziffer 5.2 entsprechen.

Nachzuweisen sind Dauer, Umfang und Inhalte der klinischen Tätigkeit, sowie begleitende Supervision.

#### Weiterbildungsteil Supervision

Fallbezogene Supervision kann im Umfang von bis zu 25 Supervisionsstunden auf die Weiterbildung angerechnet werden, sofern diese den Anforderungen von Abschnitt B, Ziffer 5.3 entsprechen.

Im Rahmen der Weiterbildung können in allen Weiterbildungsteilen nur solche Tätig-

keitszeiten/Tätigkeitsinhalte anerkannt werden, die zeitlich nach der Aufnahme einer Approbationsausbildung stattgefunden haben.

#### Approbationsvorbehalt

Die nach Ziffer 6 differenziert zu dokumentierenden fünf Fälle, bei denen die weiterzubildende Person die Behandlungsführung hat, sind erst nach Erteilung der Approbation zu beginnen.

#### Abschluss der Weiterbildung

Der Abschluss der Weiterbildung kann erst nach der Erteilung der Approbation unter Nachweis aller in der WBO geforderten Nachweise und der Prüfung erfolgen.

Wiesbaden, den 4. April 2016

gez. Alfred Krieger  
Präsident

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

V2-18b2420-0003/2008/010

Die von der Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in ihrer Sitzung am 18. März 2016 beschlossene Änderung der Weiterbildungsordnung wird von mir gemäß § 35 Abs. 1 Heilberufsgesetz genehmigt.

Wiesbaden, den 22. Juni 2016

Im Auftrag  
gez. Dr. Stephan Hölz

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten am 18. März beschlossene und am 22. Juni 2016 genehmigte Änderung der Satzung wird hiermit ausgefertigt und im Psychotherapeutenjournal verkündet.

Wiesbaden, den 27. Juni 2016

gez. Alfred Krieger  
Präsident

## Ende der 3. Wahlperiode und Neuwahlen zur Delegiertenversammlung

Nach fünf Jahren endet die dritte Wahlperiode der Delegiertenversammlung und des Vorstands. Die geleistete Kamerarbeit der Ausschüsse, Arbeitsgruppen und des Vorstands wurde in einem anschaulichen Tätigkeitsbericht dargestellt, der unter [www.lppkjp.de](http://www.lppkjp.de) heruntergeladen werden kann.

Im Juni 2016 fanden die Wahlen statt. Die knapp 5000 Mitglieder waren aufgerufen, ihre beiden Stimmen an eine oder, im Fall von Stimmensplitting, an zwei der angetretenen 10 Listen zu vergeben. Die Wahlbeteiligung lag bei erfreulichen 58%, die damit zwar um vier Prozent unter der Wahlbeteiligung von 2011 blieb, aber immer noch ein gutes Ergebnis darstellt.

Die 32 Sitze der Delegiertenversammlung verteilten sich wie folgt auf die verschiedenen Listen:

Liste	Sitze
VT-AS Verhaltenstherapie – Angestellte, Selbständige, AusbildungsteilnehmerInnen	9
DPtV – Gemeinsam Zukunft sichern	6
Psychodynamische Liste – PP	5
QdM – Qualität durch Methodenvielfalt	3
IL – Integrative Liste PP/KJP	3
KJP – Hessen	2
VAIR Verhaltenstherapie – Ambitioniert, Innovativ, Realistisch	2
Psychodynamische Liste Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Hessen	2

Am Samstag, den 3. September 2016 findet im Rahmen der Delegiertenversammlung die konstituierende Sitzung statt, auf der Vorstand und Ausschüsse gewählt werden, am Samstag, den 26.

November wird in einer weiteren Delegiertenversammlung der Haushalt 2017 eingebracht. Die Delegiertenversammlungen sind wie immer mitgliederöffentlich.

#### Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kolleginnen und Kollegen:

Hans Loser, Hanau  
Christa Schrimpf-Köppeler,  
Fronhausen  
Hans Rüdiger Föhr, Hünstetten

#### Redaktion

Alfred Krieger, Dr. Heike Winter,  
Yvonne Winter, Judith Naujoks

#### Geschäftsstelle

Frankfurter Straße 8  
65189 Wiesbaden  
Tel.: 0611/53168-0  
Fax: 0611/53168-29  
E-Mail: [post@ptk-hessen.de](mailto:post@ptk-hessen.de)  
[www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)



Psychotherapeutenkammer  
Niedersachsen

# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

## Im Gespräch: Roman Rudyk, Präsident der PKN – „Ich bin kein Mensch von schnellen Antworten“

Der Vorstand der PKN befindet sich seit über einem Jahr im Amt. Diesmal hatte sich durch die Wahl ein größerer personeller Umbruch ergeben, als in den bisherigen Amtszeiten, denn vier der fünf Vorstandsmitglieder sind erstmalig in ihr Amt gewählt worden. Zeit für ein Gespräch mit dem Präsidenten der Kammer, die zurückliegende Amtsübernahme und Einarbeitung zu resümieren sowie die aktuellen und zukünftig anstehenden Themen und Aufgaben zu beleuchten. Das Interview mit dem Präsidenten führte Vorstandsmitglied Jörg Hermann.

**Zur Person:** Roman Rudyk ist 1958 in Erlangen geboren. Er ist verheiratet, hat zwei erwachsene Kinder und lebt in Ritterhude bei Bremen. Dort hat er seit 1996 auch seine psychotherapeutische Praxis, in der er Jugendliche und Erwachsene behandelt.

Er hat in Trier, Osnabrück und Bremen Psychologie studiert. Studienschwerpunkte waren Klinische Psychologie und Wissenschaftstheorie. Seine Ausbildung in tiefenpsychologischer und psychoanalytischer Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene

erfolgte am Psychoanalytischen Institut Bremen.

Roman Rudyk war 15 Jahre in der Jugendhilfe in Bremen und Bremerhaven und ein Jahr in einem Allgemeinkrankenhaus in Bremen tätig. Er ist Lehranalytiker, Dozent und Supervisor am Psychoanalytischen Institut Bremen und war bis zu seiner Wahl als Präsident der Kammer auch Dozent am Norddeutschen Institut für Verhaltenstherapie.

Seine berufspolitischen Aktivitäten begannen vor 15 Jahren in Bremen für die

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT). Heute ist er der Vorsitzende des Landesverbandes Niedersachsen der DGPT. 2010 wurde er in die Kammerversammlung der PKN gewählt und übernahm bald verschiedene Funktionen. So war er Sprecher der Psychodynamischen Liste und Vorsitzender der Ausschüsse Berufsordnung und Berufsethik sowie Nachwuchsförderung. Im Mai 2015 wurde Roman Rudyk zum Präsidenten der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen gewählt.

### Lieber Roman, wie hast Du als Präsident das erste Viertel der Amtsperiode erlebt?

Es war arbeitsreich und vielschichtig. Ein bisschen wie wenn man ein Kind bekommt: Man weiß vorher nie, wie es wird. Ich konnte mir vorher kein wirkliches Bild machen und bin beeindruckt von der Vielschichtigkeit der Themen und der großen Anzahl der Player, die am Geschehen mitwirken. Wenn von fünf Vorstandsmitgliedern vier neu in das Amt gewählt werden, muss sich zudem eine neue Kultur herausbilden und Wege der Zusammenarbeit entwickeln. Auch die Vernetzung auf Bundesebene spielt eine ganz wichtige Rolle und ist eine Herausforderung. Hier ging es zunächst um das Kennenlernen und Hineinkommen in die Zusammenarbeit.

### Ein paar kurze Fragen daran anknüpfend: Was war wie erwartet?

Die Erwartungen, die ich damit möglicherweise mal verbunden habe, sind so



Roman Rudyk

(Fotos: Jörg Hermann)

in den Hintergrund gerückt, dass ich sie gar nicht mehr erinnere.

### Und was war deutlich anders als gedacht?

Dass man in der Anfangsphase mit so viel Neuem konfrontiert wird. Nach 15 Jahren Berufspolitik hatte ich das so nicht erwartet.

### Gab es Überraschendes?

Die Anzahl der guten Kooperationsstrukturen sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene, die bereits bestehen und in denen wichtige Arbeit geleistet wird.

### Gibt es besondere Herausforderungen und Ansprüche an Dein Amt?

Die Handhabung der spezifischen Stellung des Präsidenten. Die zu gestalten und zu finden war und ist eine wichtige Aufgabe.

### Gucken wir mal auf die inhaltlichen Aufgabenbereiche. Welche wesentlichen Themen und Ziele siehst Du in der derzeitigen Kammerarbeit?

Nach wie vor ist die Etablierung der noch jungen Profession eine zentrale Herausforderung. Das macht die Kooperation mit all den anderen Playern sehr wichtig.

### In welchen Feldern und in welchen wesentlichen Themen findet dieser Prozess statt?

Auf dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung der psychischen Erkrankungen ist unsere Profession aus der Behandlung dieser Erkrankungen nicht mehr wegzudenken. Gleichzeitig müssen wir trotzdem immer wieder bei Reformen und Gesetzgebungsverfahren deutlich machen, dass es uns gibt. Wir stellen auch fest, dass es bei der Etablierung einige Webfehler gegeben hat. Die Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung ist äußerst unbefriedigend. Auch die Aufsicht der Profession über die Ausbildung ist nicht sinnvoll geregelt. Sie ist viel zu gering. Nicht zuletzt dadurch hat die derzeit diskutierte Ausbildungsreform einen hohen Stellenwert. Weitere ganz aktuelle Herausforderungen kommen hinzu, z. B. die brisante Situation der Flüchtlinge und

die Behandlungen von traumatisierten Flüchtlingen.

### Zum Thema zunehmende psychische Erkrankungen wird ja auch öffentlich immer mal wieder spekuliert, ob das Angebot nicht die Nachfrage erzeugt. Wie sieht da Deine Antwort aus?

Die Antwort ist, dass die Erklärung nur sehr komplex sein kann, weil es viele Aspekte gibt, die dort hineinspielen. Ein wirklich komplexes Thema. Ich will die verschiedenen Aspekte, die eine Rolle spielen, mal mit ein paar Schlagworten anreißen: Die Enttabuisierung psychischer Erkrankungen zum Beispiel. Aber es wächst z. B. auch die Bereitschaft bei körperlichen Symptomen an mögliche seelische Erkrankungen als mit- oder ursächlich zu denken. Doch auch Fragen, für die mehr in Nachbardisziplinen Antworten gesucht werden, wie z. B. die zunehmende Bedeutung des Diskurses über das Psychische auf nahezu allen Ebenen, die etwas mit einer Veränderung des Menschenbildes, mit Veränderungen von gesellschaftlichen Prozessen und so weiter zu tun hat, spielen hier eine Rolle. Heute ist die Aufmerksamkeit für die eigene Seele wie für die seelischen Prozesse im Anderen so hoch wie nie zuvor. Kurzum für eine Annäherung auf Deine Frage sind die Forschungen vieler Nachbardisziplinen, wie z. B. der Soziologie oder der Philosophie mit einzubeziehen.

### Nach diesem kurzen Ausflug zurück zu Deiner Priorisierung der Themen. Also die Ausbildungsreform ist für Dich – nicht ganz überraschend – ein wichtiges Thema. Was macht ihre Bedeutung aus?

Im Grunde war das sogar eine Motivation für mich, in dieses Amt zu gehen. Es steht eine wichtige Weichenstellung an. Einer der Webfehler des bisherigen Ausbildungssystems ist meiner Ansicht nach, dass die derzeitigen Ausbildungszugänge keine heilkundlichen und damit keine auf der psychotherapeutischen Behandlungssituation fußenden Studiengänge sind.

### Warum ist das Deiner Auffassung nach ein Fehler?

Die Prägung der in unserer Disziplin vorherrschenden Wissenschaft, der

Psychologie, findet nicht aus der Psychotherapie heraus statt, sondern die Psychotherapie ist für die akademische Psychologie eine Teildisziplin, die hier nur innerhalb der wissenschaftlichen Paradigmen der Psychologie betrachtet wird. Wenn ich von der Praxis der Psychotherapie ausgehe, also von dem, was ich in der Behandlung durch meinen Patienten und durch den so unmittelbaren Kontakt mit seelischen Prozessen erfahre und dies in eine Wissenschaft einbringen will, kann diese keine Wissenschaft sein, die das gegenwärtige Verständnis von empirischer Wissenschaft nicht auch kritisch hinterfragt und darüber hinaus denkt. Es geht mir also darum, dass die Erfahrung, die ich im psychotherapeutischen Raum mache, in eine Wissenschaft eingebracht werden kann. Darin liegt für mich auch die Bedeutung des Begriffes heilkundlich an dieser Stelle.

### Wie bildet man denn gute Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus?

Das ist eine gute Frage und ich stimme mit Herrn Prof. Körner aus Berlin darin überein, dass wir das noch gar nicht wissen.

Doch ich will hier den Gedanken von eben nochmal aufgreifen, um wenigstens einen Aspekt dieser Frage zu beleuchten. Eine psychotherapeutische Ausbildung bedarf eines wissenschaftlichen Backgrounds, der in der Lage ist, das, was in der Psychotherapie passiert, zu erfassen, oder sich dem zumindest anzunähern, soweit das möglich ist. Hier stellt die empirische Forschung in der akademischen Psychologie eine ganz wichtige Säule dar, aber es bedarf eben auch anderer wissenschaftlicher Paradigmen und anderer wissenschaftlicher Disziplinen, um diesen komplexen Vorgängen gerecht zu werden. Wir brauchen nicht nur ein lineares, sondern auch das dialektische Denken. Wir brauchen auch hermeneutische Forschung. Wir brauchen die Soziologie, die Philosophie, die Pädagogik und natürlich die Medizin mit an Bord. Der gegenwärtige Blick der akademischen Psychologie ist meiner Überzeugung nach für sich genommen zu reduktionistisch. Ich halte

ein Psychotherapiestudium für erforderlich, in dem es vom ersten Tag an, um es plakativ zu formulieren, genauso viele Lehrveranstaltungen gibt, in denen Zahlen und statistisch belegte Forschung im Zentrum stehen, wie Veranstaltungen in denen das theoretische Denken eingeübt und erfahren, der kulturelle Horizont erweitert sowie soziale, kommunikative und emotionale Erfahrungen gemacht und integriert werden können.

In diesem Zusammenhang sehe ich übrigens eine Berechtigung in der immer wieder vorgebrachten Kritik, dass eine Approbation am Ende des Studiums nur dann erteilt werden kann, wenn das Studium von vornherein ein psychotherapeutisches, also heilkundliches ist.

**Diese Überlegungen beziehen sich auf das Psychotherapiestudium. Welche Herausforderungen siehst Du bei der Konzipierung der Weiterbildung, die ja die jetzige Ausbildung ablösen wird?**

Auch zum Studium gäbe es natürlich noch einiges anzumerken, wie z. B. die Bedeutung von gut angeleiteten Praktika, die Notwendigkeit, in vielen Bereichen in Kleingruppen arbeiten zu können, nicht nur bei der geplanten Selbstreflexion, sondern auch beim Einüben von Kommunikationsformen, bei der Reflexion der Erfahrungen in den begleiteten Praktika und so weiter. Ein Studium der Psychotherapie ist nicht zum Preis eines Psychologiestudiums zu bekommen.

Aber nun zur Weiterbildung. Wir haben ja mit der Ausbildung an den Instituten hier in Deutschland ein sehr hohes Niveau. In den Instituten besteht oft über viele Jahrzehnte Erfahrung mit der Weitergabe psychotherapeutischen Könnens. In der psychotherapeutischen Aus- oder dann Weiterbildung spielt die profunde klinische Erfahrung der Dozenten und Supervisoren wie die hohe Qualität der Selbsterfahrung eine zentrale Rolle. Das darf uns auf keinen Fall verloren gehen. Hier geht es auch um die Erhaltung einer Kultur der Institutsausbildung, die nicht vom Himmel gefallen ist, sondern die eben mit enormen

Engagement und hoher Kompetenz über viele Jahrzehnte gewachsen ist. Wenn sich hier die innerhalb der BPtK diskutierten Modelle umsetzen lassen, sehe ich Chancen, dass wir dies in einem ausreichenden Umfang bewahren können. Die Politik wird Weichen stellen müssen, so dass die Finanzierung gesichert ist. Ansonsten ist das ja der Bereich, in denen die Kammern dann die Verantwortung übernehmen, und da setze ich darauf, dass eine Struktur geschaffen wird, die es allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren möglich macht, eine qualitativ hochwertige Weiterbildung anzubieten, in denen die Spezifika der Verfahren ausreichend berücksichtigt werden können.

Ein anderes großes Problem taucht meiner Einschätzung nach an einer anderen Stelle auf. Die rasante Entwicklung unserer Profession hat zu einer deutlichen Erweiterung unserer Aufgabenfelder geführt.

Eine Auswirkung davon ist, dass bereits heute die Einzelpraxis nur zu ca. 50% das Arbeitsfeld unserer Mitglieder darstellt. Hier hat eine Verankerung in Bereichen wie der Psychiatrie, der Psychosomatik, den Krankenhäusern allgemein, den Reha-Kliniken, den Jugendhilfeeinrichtungen, den Gesundheitsämtern, den Erziehungsberatungsstellen, den Schulen und so weiter stattgefunden. Der Bereich der Prävention entwickelt sich gerade zudem. In diesen Bereichen wird zukünftig auch Weiterbildung stattfinden und stattfinden müssen. Die Schwerpunkte werden hier voraussichtlich im stationären psychosomatischen und psychiatrischen Bereich liegen. Dort gibt es schon immer die ärztliche Weiterbildung. Sich an dieser zu orientieren wird für die psychotherapeutische Weiterbildung nur bedingt sinnvoll sein. Dieser Punkt wäre inhaltlich sorgfältig zu betrachten. Die Rolle der Ausbildungsinstitute und ihre Kooperation mit den stationären Weiterbildungsstätten bedarf neuer Lösungen, die nicht aus dem Bereich der ärztlichen Weiterbildung übernommen werden können, weil es da keine solche, für die Weiterbildung zentrale Funktionen übernehmende Institute gibt, wie bei uns.



### Wieviel Einfluss haben die Psychotherapeuten selbst denn wirklich auf den Reformprozess? Oder anders gefragt: was können wir als eher kleiner und neuer Berufsstand tun, um in solchen Konflikten nicht zwischen die Räder zu geraten?

Dass wir zwischen die Räder geraten befürchte ich weniger, als dass am Ende nichts passiert, weil kein Kompromiss erzielt werden kann. Aber es ist schon so, dass viele Player erst nach und nach auf das Spielfeld treten, wie zum Beispiel die Vertreter der Gesundheits- und der Wissenschaftspolitik, die nicht in allem gleiche Interessen haben. Auch die Diskussion mit den Vertretern der Ärzteschaft ist erst in Gang gekommen. Unsere Stärke liegt in der Qualität unserer Argumente. Wir werden versuchen, unseren Teil dazu beizutragen, diesen Prozess mitzugestalten, indem wir das Gespräch mit den Playern auf Landesebene suchen. Dazu bedarf es

im nächsten Schritt eines ersten Entwurfs für die Ausbildungsreform aus dem Bundesgesundheitsministerium, der dann als Diskussionsgrundlage dient. Hier wird sehr wahrscheinlich in diesem Herbst viel Arbeit auf uns zukommen.

Am Ende werden Kompromisse stehen, die allerdings nur dann Bestand haben werden, wenn sie gut inhaltlich fundiert sind und sich nicht nur am Pragmatischen orientieren.

**Der als Transition bezeichnete Prozess der Arbeit an der Ausbildungsreform bindet enorme Ressourcen und stellt eine große Investition in die Zukunft dar. Wie ist das zu rechtfertigen und bleibt dabei nicht auch manches andere in der Kammerarbeit, was in der Gegenwart von Bedeutung ist, auf der Strecke?**

Die Gefahr besteht, glaube ich, in beide Richtungen: Der Alltag der Kammerarbeit könnte ganz selbstverständlich so viel Ressourcen binden, dass diese wichtige Aufgabe zu kurz kommt und das dann künftige Generationen ausbaden müssen. Genauso könnte passieren, was Du als Gefahr siehst, dass andere bedeutende Dinge auf der Strecke bleiben. Ich hoffe, dass wir das durch eine gute Arbeitsteilung im Vorstand und zwischen Vorstand und Geschäftsstelle so hinbekommen, dass sich für alle wichtigen Themen eine oder einer findet, der oder die dieses Thema dann verantwortlich begleitet. Der gute Kontakt zu unseren Mitgliedern soll auf keinen Fall darunter leiden.

**Lieber Roman, vielen Dank für das Gespräch und weiterhin viel Erfolg und Spaß mit Deiner Aufgabe als Präsident der PKN.**

### Breites Interesse an Psychosozialer Notfallversorgung und Interkultureller Psychotherapie in Niedersachsen

Bereits an dieser Stelle bedanken wir uns für die Vielzahl an Rückmeldungen auf unsere Mitgliederumfrage zur Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) und zur Interkulturellen Therapie. Trotz anstehender Sommerferien haben uns zahlreiche Zuschriften, auch zum Forschungsprojekt an der TU Braunschweig, erreicht. Wir freuen uns sehr, dass die Umfrage auf so breite Resonanz in Niedersachsen gestoßen ist. Angesichts der Vielzahl der Zuschriften wird die Auswertung der Rückmeldungen jedoch noch etwas Zeit in Anspruch nehmen. Wir werden Sie informieren, sobald die Ergebnisse vorliegen.

### Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47  
30175 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  
E-Mail-Anschrift: info@pknds.de  
Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“: Akkreditierung@pknds.de  
Internet: www.pknds.de

## 2. Regionalversammlung in Dortmund

Aktuelle berufspolitische Themen und Aktivitäten der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) standen bei der 2. Regionalversammlung in Dortmund auf der Tagesordnung. Über 70 Mitglieder aus dem Regierungsbezirk Arnsberg waren der Einladung der Kammer gefolgt, um Informationen aus erster Hand zu erhalten, einen Einblick in die Kammerarbeit zu gewinnen und sich mit Kolleginnen und Kollegen auszutauschen.



Gerd Höhner

Eingangs informierte Gerd Höhner, Präsident der PTK NRW, über den Stand der Arbeiten zur Reform der Psychotherapeutenausbildung. „Die Entwürfe für ein Approbationsstudium mit zehn Semestern und

einem elften Praxissemester liegen vor. An den Vorschlägen für die Organisation der sich anschließenden Weiterbildung wird intensiv gearbeitet“, erklärte er. Auf Nachfrage zum Zeitrahmen der Umsetzung betonte Wolfgang Schreck,



Wolfgang Schreck

PTK NRW-Vorstandsmitglied und Beisitzer im Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): „Das lässt sich derzeit genau nicht sagen. Fest steht aber: Wenn das Gesetz jetzt verabschiedet wird,

werden alt und neu wahrscheinlich zehn Jahre parallel laufen. Denn die Studierenden, die nach den bisherigen Regularien begonnen haben,

müssen auch danach abschließen können.“

### Engagement für Flüchtlinge

Mit Blick auf die Aktivitäten der Kammer in der Versorgung von Flüchtlingen betonte Gerd Höhner die weiterhin gute Zusammenarbeit mit den Psychosozialen Zentren (PSZ) und das große Interesse von Mitgliedern an den Kammerfortbildungen zur psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturkreisen. „Auch auf politischer Ebene wird unser Engagement gesehen“, so der Präsident. „Auf der vorgezogenen Landesgesundheitskonferenz im Juni dankte die nordrhein-westfälische Gesundheitsministerin Barbara Steffens unserer Profession ausdrücklich für ihren Einsatz.“ In der anschließenden Diskussion wünschten sich Kammermitglieder mehr Förderung vor allem hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Sprachmittlern und für Versorgungsangebote im Rahmen einer Ermächtigung. Ebenso wurde der Wunsch nach stärkerer Vernetzung deutlich. Wolfgang Schreck wies in diesem Zusammenhang auf die Qualitätszirkel-Börse der PTK NRW hin, Gerd Höhner warb dafür, an der Umfrage der Kammer zur Flüchtlingsversorgung in den Regionen teilzunehmen. Beide Angebote finden sich auf der Homepage der Kammer unter [www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de).

### Aktuelles Thema Bedarfsplanung

Im Gespräch über die Bedarfsplanung von 1999, einschließlich der Sonderregion Ruhrgebiet, betonte der Kammerpräsident, dass es notwendig

sei, damit verbundene Probleme sowie konstruktive Vorschläge für eine Verbesserung der Versorgung auf politischer Ebene immer wieder vorzubringen. Ein Teilnehmer der Versammlung beschrieb exemplarisch, wie er als Angestellter einer Koordinationsstelle in einem Gesundheitsamt entsprechende Themen in die kommunale Politik einspeist. Gleichzeitig betonte er die Effizienz von Versorgungsabsprachen und Kooperationen vor Ort. PTK NRW-Vorstandsmitglied Cornelia Beeking begrüßte dieses Engagement ausdrücklich. „Ihr Beitrag ist ein gutes Beispiel dafür, wie wir als Psychotherapeuten in kommunalen Strukturen politisch aktiv sein können. Ich freue mich, wenn dieser Impuls ankommt und sich Nachahmer finden.“



Cornelia Beeking

### Beitragsordnung der PTK NRW

Der Vorstand kam in der Regionalversammlung auch auf die Entwicklung der Beitragsordnung der Kammer zu



Plenum der Regionalversammlung

sprechen. Seit 2015 ist eine einkommensorientierte Beitragsordnung in Kraft, Anfang 2016 wurde ein Grundbeitrag von 70,00 Euro für jedes Mitglied eingeführt. „Die Rückmeldungen hierzu waren nicht immer positiv, aber es haben sich auch Mitglieder gemeldet, die sich nach der neuen Regelung gerechter eingestuft fühlen“, bilanziert Gerd Höhner. „Grundsätzlich haben wir nun wieder das Niveau von vor 2015 erreicht. Der Haushalt ist gedeckt und der durchschnittliche Beitrag hat sich nicht erhöht.“ Im Plenum wurde hierzu unter anderem angesprochen, wie psychotherapeutische Arbeit zu definieren sei. „Alles, was Sie im Zusammenhang mit Ihrer Qualifikation als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut tun, gilt als psychotherapeutische Tätigkeit“, hielt Gerd Höhner fest. „Die Rechtsprechung entspricht damit der für die sogenannte ärztliche Tätigkeit. Wir sind ganz froh, dass die Gerichte so entschieden haben und wir nicht immer wieder neu verhandeln müssen.“

### Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie

Weiterhin standen erste Einschätzungen der Beschlüsse des Gemeinsa-



Hermann Schürmann

men Bundesausschuss (G-BA) zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie auf der Agenda. „Nach schwierigen Verhandlungen liegt ein typischer Kompromiss vor“, urteilte der Kammerpräsident.

„Positiv bewerten lässt sich die Einführung der Sprechstunde und der Akutbehandlung, kritisch erscheinen uns die Zweiteilung der Kurzzeittherapie und die unzureichende Verbesserung für Gruppentherapien.“ Im Gespräch über die Neuerungen wurde kontrovers diskutiert, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Sprechstunde nicht angemessen abrechnen könnten. PTK NRW-Vorstandsmitglied Hermann Schürmann gab zu Bedenken: „Wir haben uns – auch auf Bundesebene – immer wieder stark dafür gemacht, dass wir die ersten Ansprechpartner für Patienten sein wollen. Dementsprechend müssen wir uns auch gesprächsbereit zeigen. Vielleicht ist die unbezahlte Telefonzeit der Preis dafür.“

Schließlich begrüßte der Kammerpräsident die Eingruppierung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TVöD) als einen Schritt in die richtige Richtung. „Die Eingruppierung in die Entgeltstufe 14 stößt zwar auf berechtigten Widerspruch – ver.di hatte für E15 gekämpft. Hier werden wir weitere Gespräche führen. Ein deutlicher Vorteil ist jedoch bereits erreicht: Bisher verschwanden die Leistungen von Psychotherapeuten in den Kliniken immer in irgendwelchen Budgets. Mithilfe der neuen Eingruppierung können wir sie nun erstmals abbilden. Denn im Rahmen von PEPP, dem Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, müssen die Krankenhäuser demnächst festhalten, welcher Mitarbeiter welche Leistungen erbringt und das mit dem jeweiligen Beruf hinterlegen.“

Am Ende der Veranstaltung zogen Teilnehmer und Kammervorstand ein positives Resümee. Besonders hervorgehoben wurde die Gelegenheit, sich auf der Regionalkonferenz kennenzulernen und Ansichten und Erfahrungen austauschen zu können.

## Tag der Neuapprobierten in Dortmund

Am 2. Juli 2016 hatte die PTK NRW ihre neuen Mitglieder zum Tag der Neuapprobierten nach Dortmund eingeladen. Kammerpräsident Gerd Höhner stimmte die rund 70 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem Exkurs in die berufsethischen Prinzipien der Profession auf einen informativen Tag ein. „Wer sich gezielt damit auseinandersetzt, was es zum Beispiel bedeutet, die Autonomie des Patienten zu respektieren, wird keine allgemeingültige Definition finden“, stellte er heraus. „Vielmehr muss sich jeder selbst fragen, was er oder sie darunter versteht.“ Nicht anders sei das hinsichtlich der Grundsätze „Schaden vermeiden“, „Nutzen mehren“ und „Gerechtigkeit anstreben“. Der Prozess, diese Dinge auf seine eigene Weise umzusetzen und sie in seine therapeutische Arbeit einzubringen, könne

durchaus herausfordernd sein, betonte Gerd Höhner. „Was bedeutet Selbstbestimmung im Kontext von psychischer Krankheit? Wie kann ich Gerechtigkeit anstreben, wenn vor mir jemand sitzt, dessen Handeln oder Einstellung in mir negative Gefühle hervorruft? Neben aller Methodik werden Sie in Ihrem Berufsleben auch solche Fragen begleiten.“

### Kompetenzen zeigen und nutzen

Im Folgenden stellte er die PTK NRW als Organ der Selbstverwaltung vor und gab anhand aktueller politischer Aufgaben einen Einblick in die facettenreiche Kammerarbeit. Dabei zeigte Gerd Höhner auf, dass viele Aktivitäten zugleich ein Beitrag dazu sind, die Kompetenzen Psychologischer Psychotherapeu-

ten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten öffentlichkeitswirksam zu vertreten. „Wenn wir als Kammer beispielsweise Sachverständigenlisten bereitstellen oder Auskunft geben, welche unserer Mitglieder bei einem Großschadensereignis vor Ort helfen können, wird darüber in verschiedenen Kontexten sichtbar, welche Kompetenzen wir besitzen und einbringen können.“ Gleichzeitig betonte Gerd Höhner, dass auch die Mitwirkung der Kammer in Gremien, wie der Landesgesundheitskonferenz oder an Prozessen, wie der Entwicklung eines Landespsychiatrieplans NRW dazu beitragen, psychotherapeutische Themen und Haltungen in das Gesundheitssystem und in die Gesellschaft zu bringen. „Es ist wichtig, dass wir uns zeigen und engagieren, auch auf der kommunalen Ebene“, be-



Marc Wittmann

Dr. Horst Bartels



Daniela Krajka

Barbara Lubisch

tonte er. „Niemand kann die Psychotherapie so gut vertreten wie wir selbst –

wir sollten diese Chance nutzen, bevor andere das übernehmen.“

### Praxiswissen für Berufsstarter

Im Verlauf des Tages informierte Marc Wittmann, Justitiar des Versorgungswerks der Psychotherapeutenkammer NRW (PTV), über die Mitgliedschaft und zu Beiträgen und Leistungsarten. Einen Einblick in das System der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Grundsätze der Bedarfsplanung und die Bedingungen der Zulassung als Vertragspsychotherapeut/in vermittelte Daniela Krajka von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Hinweise zur Übernahme einer psychotherapeutischen Praxis und der Tätigkeit in Anstellung erhielten die Neuapprobierten von Dr. Horst Bartels, Justitiar der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Barbara Lubisch aus dem Vorstand der PTK NRW zeigte in ihrer Präsentation die Bedingungen und Perspektiven der

Berufstätigkeit in Anstellung und Niederlassung auf. Sie skizzierte Verdienstmöglichkeiten, informierte über das Kostenerstattungsverfahren und gab Tipps für ein erfolgreiches Praxismarketing. Abschließend legte sie den Neuapprobierten ans Herz, sich zu engagieren und in die politische Arbeit vor Ort einzubringen. „Nutzen Sie zum Beispiel regionale Arbeitskreise, Zusammenschlüsse von Psychotherapeuten und Ärzten oder Arbeitsgemeinschaften von Klinikern und Niedergelassenen. Sie bieten gute Möglichkeiten, die aktuelle Diskussion zu verfolgen, Perspektiven und Argumente kennenzulernen und Politik mit zu gestalten. Letztlich ist auch diese Arbeit eine interessante und wichtige Facette in unserem spannenden Beruf.“

Alle Präsentationen stehen im Anhang einer Webnews zum Tag der Neuapprobierten unter [www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de) zum Download bereit.

## Reform der Psychotherapeutenausbildung

Mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes soll die Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten neu strukturiert werden. Künftig soll sie in einem Psychotherapiestudium mit einem Staatsexamen abschließen. Daran schließt sich die Weiterbildung in den Gebieten Kinder und Jugendliche und Erwachsene mit der Vertiefung in den Verfahren an. Die Entwürfe für das Approbationsstudium mit Staatsexamensabschluss liegen vor, die Entwicklung der Weiterbildung, für deren Ausgestaltung die Länder verantwortlich sind, befindet sich im Prozess. „Im vergangenen Juni sagte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe auf einer Veranstaltung, das Gesetz zur Ausbildungsreform werde noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet“, berichtet PTK NRW-Präsident Gerd Höhner. „Ein Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums ist für den Herbst zu erwarten.“

### Studium und Weiterbildung

Die Reform sieht ein Psychotherapiestu-

dium mit zehn Semestern und einem Praxissemester vor. „Derzeit laufen noch Abstimmungsprozesse mit den Hochschulen, aber wir sind auf einem guten Weg“, urteilt Gerd Höhner. „Für die ersten Studienjahre sind Chancen für Quereinsteiger und die Anerkennung von Qualifikationen aus anderen Bereichen im Gespräch. Auch ein früher Praxisbezug liegt uns am Herzen.“ Das Studium endet mit der Approbation. Sie berechtigt als allgemeine Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde, jedoch nicht zur psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen der Niederlassung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Dem Studium sollen fünf Jahre Weiterbildung folgen. Darin wird in die Gebiete Psychologische

Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unterteilt. Innerhalb eines Gebiets wird die Fachkunde in den Verfahren erworben. Auf diese Weise ausgebildete Fachpsychotherapeuten für Erwachsene oder für Kinder und Jugendliche können selbstständig als Vertragspsychotherapeut oder im Krankenhaus tätig werden.



Neuapprobierte der PTK NRW

Generell ist die Reform darauf angelegt, sich der Struktur der ärztlichen Ausbildung anzugleichen. „Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung wären damit zukünftig zum Beispiel ebenso angestellt wie Assistenzärzte in der Facharztausbildung“, nennt der Kammerpräsident einen Vorteil. „Bisherige Unsicherheiten hinsichtlich ihrer Stellung und Vergütung fallen weg.“ Hinsichtlich der zukünftigen Weiterbildung nach einem Psychotherapiestudium geht man auf Länderebene ebenso wie im Bund davon aus, dass die bestehenden psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute die Weiterbildungsinstitute der Zukunft sein werden. Mit dem Psychotherapeutengesetz von 1998 haben diese staatlich anerkannten Ausbildungsstätten eine zentrale Rolle in der Psychotherapieausbildung erhalten. Ebenso wurden sie ermächtigt, eigene Ausbildungsambulanzen zu betreiben. Entsprechend

besitzen sie eine langjährige Erfahrung und Expertise in der Kompetenzvermittlung, bei der Planung und Koordinierung der Ausbildung sowie in der Betreuung der Ausbildungsteilnehmer. Zudem sind mit den Instituten und ihren Ambulanzen Organisationsstrukturen entstanden, die personell und materiell die notwendigen Rahmenbedingungen für die Weiterbildung schaffen können.

### Weiterbildung aus einer Hand

Mit Blick auf den Übergang der Ausbildungsinstitute in zukünftige Weiterbildungsinstitute hat sich der Begriff „Weiterbildung aus einer Hand“ geprägt. Er bezieht sich unter anderem darauf, dass die Institute alle obligatorischen Inhalte und Erfahrungen im Rahmen der Weiterbildung abdecken können. Sie können ein strukturiertes Curriculum aus Theorie, Supervision und Selbsterfahrung organisieren, das sich über die gesamte Weiterbildung

erstreckt. Bei einem Übergang von einer Weiterbildungsstätte zur nächsten, etwa von stationär zu ambulant, können sie für Konstanz und Stringenz sorgen.

„Auch wenn der Begriff ‚aus einer Hand‘ häufig fällt, dürfen wir jedoch nicht die Frage aus den Augen verlieren, welche Rolle die psychiatrischen Kliniken demnächst spielen werden“, gibt der Präsident der PTK NRW hierzu zu Bedenken. „Sie werden sich nicht von Externen hineinreden lassen wollen. Für den ambulanten Bereich können wir daher sagen: „Am besten machen das die zukünftigen Weiterbildungsinstitute und alles kommt aus einer Hand.“ Für den Bereich der Klinik gilt das nicht ohne Weiteres. Eine ‚Weiterbildung aus einer Hand‘ für die gesamte Weiterbildung wird es daher im Grunde nicht geben. Wir stehen hier vor der Herausforderung, dass wir strukturelle und fachlich-inhaltliche Absprachen treffen müssen.“

## Änderung der Weiterbildungsordnung der PTK NRW vom 15.04.2016

Wie bereits in Ausgabe 2/2016 des Psychotherapeutenjournals dargestellt, hat die Kammerversammlung in ihrer Sitzung am 15. April 2016 eine Änderung der Weiterbildungsordnung beschlossen. Durch die Aufnahme eines neuen Bereiches Gesprächspsychotherapie ist zukünftig eine Weiterbildung auch in diesem Verfahren möglich. Da der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in keinem Anwendungsbereich eine wissenschaftliche Anerkennung festgestellt hat, können nur Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologi-

sche Psychotherapeuten an dieser Weiterbildung teilnehmen. Zudem wurden im Bereich Klinische Neuropsychologie Änderungen, die der Deutsche Psychotherapeutentag im November 2014 in den Bereich Klinische Neuropsychologie der Musterweiterbildungsordnung aufgenommen hatte, in an die Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW angepasster Form beschlossen. Die Kommission Klinische Neuropsychologie hatte dies angeregt, da es Probleme gab, Weiterbildungsstätten zu gewinnen. Grund dafür ist, dass die strukturellen Anforderungen an Wei-

terbildungsstätten, die aus berufspolitischer Sicht in die Weiterbildungsordnung aufgenommen worden sind, sich nur mit erheblichen Problemen umsetzen ließen. Diese Änderungen sind am 30. Juli 2016 in Kraft getreten. Sie können die Änderungen der Weiterbildungsordnung dem Einhefter entnehmen, der den nordrhein-westfälischen Ausgaben des Psychotherapeutenjournals beigelegt ist. Eine konsolidierte Fassung der Weiterbildungsordnung und die entsprechenden Antragsformulare sind auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer NRW eingestellt.

### Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der PTK NRW

Gemäß § 23 Abs. 3 i. V. m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern vom 20. September 2013 gebe ich bekannt:

Frau Katharina Lezoch, Wahlkreis Düsseldorf, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Kooperative Liste“ hat am 21.05.2016 ihr Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt.

Nachgerückt ist Herr Burkhard Ciupka-Schön, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Kooperative Liste“.

Gez.  
Dr. jur. Peter Abels  
Hauptwahlleiter

### Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10  
40549 Düsseldorf  
Tel. 0211/52 28 47-0  
Fax 0211/52 28 47-15  
info@ptk-nrw.de  
www.ptk-nrw.de

## Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: BMG teilt Bedenken der OPK und fordert zusätzliche Informationen vom G-BA



*Das BMG als Rechtsaufsicht des G-BA ist seiner Verpflichtung nachgekommen, die rechtliche Konformität des vorgelegten Beschlusses zu überprüfen. Nun ist der G-BA gefragt, zu einigen kritischen Punkten in der vorgelegten Änderung der Psychotherapie-Richtlinie Stellung zu nehmen.*

Die OPK steht mit ihrem Protest gegen die vorgelegte Änderung der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nicht allein. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat nunmehr den G-BA aufgefordert, zu einigen kritischen Punkten in der vorgelegten Änderung der Psychotherapie-Richtlinie Stellung zu nehmen. Wir begrüßen das Vorgehen des BMG, das auch die wesentlichen Bedenken der OPK aufgreift.

In dem uns vorliegenden Schreiben mahnt das BMG unter anderem an, dass zu Beginn der Einführung der verpflichtenden Sprechstunde keine Ver-

sorgungsengpässe entstehen dürfen. Es gibt zu bedenken, dass sich ein ausreichendes Angebot an Sprechstunden erst entwickeln muss und dass möglicherweise auf eine sofortige verpflichtende Einführung der Sprechstunde für einen gewissen Zeitraum verzichtet werden müsste. Der G-BA soll daher darlegen, ob eine angemessene Übergangsregelung, die eine Inanspruchnahme von Psychotherapie ohne vorherige Sprechstunde regelt, eine sinnvolle Ergänzung darstellt.

Auch aus datenschutzrechtlicher Sicht äußert das BMG einige auch von der OPK vorgebrachten Bedenken. Auf die

scharf kritisierte verpflichtende Standarddokumentation mit konkretem Personenbezug sowie die umfängliche Datenerhebungen zu persönlichen Angaben und fachlichen Bewertungen geht das BMG kritisch ein. Es bittet um Klarstellung, ob der Personenbezug in diesem Kontext tatsächlich notwendig ist. Außerdem muss der G-BA darlegen, welchem genauen Zweck die Standarddokumentation dient. Sollte ein Personenbezug weiter erforderlich sein, kann dieser nicht pauschal geltend gemacht werden, sondern muss für jede einzelne erhobene Auskunft in Verbindung zum angestrebten Zweck gebracht werden.

## OPK fordert Einführung einer Übergangsregelung

Das BMG als Rechtsaufsicht des G-BA ist seiner Verpflichtung nachgekommen, die rechtliche Konformität des vorgelegten Beschlusses zu überprüfen. Nun ist der G-BA gefragt, die angeforderten Stellungnahmen und Klarstellungen dem BMG vorzulegen. Bis diese dort eingegangen sind, wird die vorgesehene Beanstandungsfrist des BMG von zwei Monaten unterbrochen.

Die OPK hält die Einführung einer Übergangsregelung bis zu einer flächendeckenden Etablierung von Sprechstunden für eine absolute Minimalforderung, auf die der G-BA eingehen muss.

Fraglich ist unter diesen Umständen, ob die derzeit vorgesehene Zeitschiene der endgültigen Umsetzung weiter eingehalten werden kann, da eine recht umfassende Auseinandersetzung mit den aufgeworfenen Fragen notwendig

erscheint. Wir werden uns weiter in das Geschehen einmischen und halten Sie über aktuelle Entwicklungen auf dem Laufenden.

Das OPK-Schreiben mit den Forderungen, mit dem sich die Kammer an das BMG wandte, finden Sie zum Nachlesen im OPK-Onlinemagazin unter [www.opk-magazin.de](http://www.opk-magazin.de), im Artikel „Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie“ vom 02. August 2016.

## Wohin entwickelt sich die Psychotherapie und was macht deren Identität aus? – 3. Ostdeutscher Psychotherapeutentag im Reformationsjahr 2017 nähert sich diesen Fragen mit einem abwechslungsreichen Programm

In ganz Deutschland begeht man im Jahre 2017 den 500. Jahrestag von Luthers Thesenanschlag. Das Reformationsjubiläum wird allerorten groß gefeiert, so auch in Leipzig. Hier trat Martin Luther einst zur berühmten Disputation an, die seinen endgültigen Bruch mit der römisch-katholischen Kirche besiegelte. Und auch die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer lässt sich von diesem weltgeschichtlichen Großereignis inspirieren und setzt sich auf dem 3. Ostdeutschen Psychotherapeutentag zwar nicht mit religiösen Fragen, aber doch mit dem auseinander, was man unter „Konfessionen in der Psychotherapie“ verstehen kann. Die Referentinnen und Referenten werden sich am 17. und 18. März 2017 auf ganz unterschiedliche Weise der Frage annähern, wie es derzeit aussieht mit der Psychotherapie als Profession mehr als 20 Jahre nach Grawe. Welche Traditionen sind unverrückbar? Was macht die Identität der Psychotherapie aus? Und was die der Psychotherapeuten? Wie entwickelt sich die Psychotherapie weiter und wohin wird die Reise noch gehen? Das Leitthema „*Konfessionen in der Psychotherapie: Tradition und Evolution*“ bildet den Rahmen für die Annäherung an diese Fragen. In Fachvorträgen und Workshops sollen dabei zwei abwechslungsreiche Tage lang die Tiefen und Untiefen zwischen Tradition und Evolution ausgelotet werden und ein breites Themenspektrum zur Sprache kommen.

### „Was macht Psychotherapeuten eigentlich aus?“

In den Keynote-Vorträgen schlagen wir einen Bogen von der Frage, was Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eigentlich ausmacht und wie man dazu werden kann (Prof. Jürgen Körner: „*Die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenzen*“), über die grundlegende Zusammenschau neurologischer Wirk- und Veränderungsmechanismen (Prof. Gerhard Roth: „*Allgemeine Psychotherapie aus neurologischer Sicht*“), hin zu einem Überblick der Entwicklung verfahrensübergreifender Ansätze (Prof. Frank Jacobi: „*Inte-*

*gration – Eklektizismus – Assimilation? Ein Überblick über Ansätze der letzten 30 Jahre, Psychotherapie schulen- bzw. verfahrensübergreifend zu gestalten*“) und einem Überblick darüber, was in der Psychotherapie eigentlich wirkt (Prof. Jürgen Hoyer: „*Wirkungen und Nebenwirkungen der Psychotherapie: Was passiert, nachdem der Stein ins Rollen kommt? – Eine verfahrenstranszendierende Betrachtung*“).

### OPT richtet sich an praktisch tätige Kollegen

Bereits zum dritten Mal richtet die OPK den Ostdeutschen Psychotherapeuten-



Die OPK ließ sich beim Thema zum 3. OPT vom Reformationsjubiläum inspirieren.



Die Hygieia (griechisch „Gesundheit“) von Gustav Klimt ist das optische Erkennungsbild zum Ostdeutschen Psychotherapeutentag.

tag aus. Dabei wollen wir uns wie in den vergangenen Jahren auch dieses Mal an die praktisch tätigen Kolleginnen und Kollegen wenden. Wir konnten zahlreiche renommierte Vortragende aus dem OPK-Gebiet und aus ganz Deutschland gewinnen, die sich in verschiedenen Formaten ganz unterschiedlichen Themen widmen. In Vorträgen und zahlreichen Workshops wird es viel Raum geben auch eigene Fragen und Fälle zu diskutieren. Die Referentinnen und Referenten legen Wert darauf, neue wissenschaftliche Erkenntnisse unter dem Blickwinkel der täglichen Arbeit mit den Patienten zu beleuchten.

Vertiefende Angebote zu Methoden, speziellen Indikationen und übergreifenden Betrachtungsweisen beschäftigen sich beispielsweise mit „Kulturspezifischer Psychotherapie“ (Dr. Ulrike von Lersner), mit der „psychotherapeutischen Behandlung der Chronischen Depression mit CBASP“ (Günter Drechsel)

oder „Expositionsverfahren: die transdiagnostische Perspektive“ (Dr. Peter Neudeck). Prof. Bernhard Strauß bietet einen Workshop zum Thema „Keine Angst vor Gruppen – Wie kann das Potential von Gruppenpsychotherapien besser genutzt werden?“ an, während Prof. Siegfried Gauggel interessierten Kolleginnen und Kollegen einen ersten Einblick in die „Praxis der neuropsychologischen Therapie“ gibt.

Dass psychotherapeutische Interventionen auch bei somatischen Erkrankungen oder für Angehörige überaus hilfreich sind, zeigen unter anderem die Workshops von Dr. Paul Nilges „Befund und Befinden: Warum das Kernspin bei Schmerzen versagt“, Prof. Dr. Gabriele Wilz „Psychotherapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz“ und von Uwe Hölzel, der sich mit dem „onkologischen Patienten in der Psychotherapie“ beschäftigt.

Ebenso wird es Angebote geben, die sich mit den speziellen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen in der psychotherapeutischen Praxis beschäftigen. So beschäftigen sich Dr. Claudia Ruff mit „Kognitiv-behaviorale Interventionen bei Lern-Leistungsstörungen“ und Dr. Sabine Ahrens-Eipper mit „Psychoedukation bei Kindern mit Traumafolgestörungen nach Gewalt, Katastrophen, Flucht & Vertreibung“.

### Gesellschaftsabend lädt ins Museum der bildenden Künste ein

Neben den Fachthemen werden wir zahlreiche Möglichkeiten zum kollegialen fachlichen Austausch und für persönliche Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen, Referentinnen und Referenten und den Vertreterinnen und Vertretern der OPK haben. Dies gilt besonders für den Gesellschaftsabend, der im Museum der bildenden Künste Leipzig stattfindet. Im Zusammenspiel von Kunst und Architektur bietet das Museum eine einzigartige Atmosphäre und den perfekten Rahmen für den Gesellschaftsabend des 3. Ostdeutschen Psychotherapeutentages. Als Highlight ist die Wechseiausstellung „Nolde und die Brücke“ exklusiv für uns geöffnet. Dort beantworten sachkundige Scouts gerne alle Fragen zur Ausstellung.

Das vollständige Programm sowie die Möglichkeit zur Anmeldung finden Sie ab September unter [www.opt2017.de](http://www.opt2017.de). Wir freuen uns, Sie im Reformationsjahr nach Leipzig einladen zu dürfen!

Dr. Andrea Walter  
Wissenschaftliche Referentin der OPK

### Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16  
04105 Leipzig  
Tel.: 0341-462432-0  
Fax: 0341-462432-19  
[www.opk-info.de](http://www.opk-info.de)  
[info@opk-info.de](mailto:info@opk-info.de)

## Zum Tod des Vorstandsmitgliedes Gisela Borgmann-Schäfer

### NACHRUF

Wir trauern um das Vorstandsmitglied der  
**Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz**

## **Gisela Borgmann-Schäfer**

\* 29.08.1958 † 10.05.2016

Wir verlieren eine sehr freundliche, warmherzige und kluge Kollegin, die sich mit Engagement und Überzeugungskraft für die Belange der Psychotherapeuten eingesetzt hat.  
Wir vermissen sie.

Unsere Gedanken sind bei ihrer Familie.

Der Vorstand, die Vertreterversammlung und die  
Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle der  
Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz



Gisela Borgmann-Schäfer, Vorstandsmitglied der LPK Rheinland-Pfalz, ist am 10. Mai 2016 nach schwerer Krankheit verstorben.

Wir verlieren einen ungewöhnlich freundlichen, humorvollen und liebevollen Menschen. Sie ist mit ihrer überaus gewinnenden Art auf Menschen zugegangen und konnte sie schnell für sich einnehmen. Das gelang ihr nicht nur im privaten, sondern auch im beruflichen Bereich und hat sie zu einer beliebten, fragten und erfolgreichen Psychotherapeutin gemacht.

Gisela Borgmann-Schäfer, die 1958 in Dormagen bei Köln geboren wurde, studierte Psychologie in Bonn und Berlin. Der gesprächspsychotherapeuti-

sche Ansatz hat sie schon im Studium begeistert und sie blieb ihm ein Leben lang treu.

Nach dem Studium arbeitete Frau Borgmann-Schäfer zunächst in einer Suchtberatungsstelle für Alkoholranke. Später war sie in einer Kinderberatungsstelle tätig und gründete dann ihre eigene Praxis.

Im Herbst 2001 wurde Gisela Borgmann-Schäfer erste Präsidentin der neugegründeten Psychotherapeutenkammer Berlin. Mit viel Disziplin und strategischem Weitblick hat sie diese Kammer aufgebaut.

Im Jahr 2005 verließ sie jedoch aus privaten Gründen Berlin, zog nach Mainz

und eröffnete eine Praxis in Bodenheim. Als die Gesprächstherapie nach ihrer Anerkennung als wissenschaftliches Verfahren auch die Anerkennung als Richtlinienverfahren bekommen sollte, setzte sich Frau Borgmann-Schäfer als Landesvorsitzende der Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie (GwG) für dieses Ziel ein.

Sie wurde Mitglied der Vertreterversammlung der LPK RLP und war lange Jahre Vorstandsbeauftragte für den Bereich Öffentlichkeitsarbeit.

Bei der letzten Kammerwahl wurde sie in den Vorstand gewählt. Der Landespsychotherapeutenkammer, dem Vorstand und den Mitstreitern ihrer Liste, auf der sie bei den nächsten Wahlen wieder antreten wollte, wird sie fehlen wegen ihres strategischen Weitblicks, ihrer Klugheit, Freundlichkeit und Klarheit.

Uns bleibt sie als wunderbare, geradlinige, kompetente, kluge und warmherzige Kollegin in Erinnerung.

Der Vorstand, die Vertreterversammlung und die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle der LPK RLP

## Angestellte Psychotherapeuten diskutieren Berufspolitisches beim 2. Tag der Angestellten der LPK Rheinland-Pfalz

Etwa 760 von insgesamt 1737 rheinland-pfälzischen Kammermitgliedern sind in einem Angestelltenverhältnis tätig. Um diesen Kammermitgliedern einen Austausch zu ermöglichen, ist im Jahr 2015 der Tag der Angestellten der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz ins Leben gerufen worden. Nach der ersten erfolgreichen Veranstaltung in 2015 lud die Kammer nun im Juni 2016 zum 2. Tag der Angestellten ein.

65 angestellte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind dieser Einladung gefolgt. Sie wurden von **Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke** und der **Vorsitzenden des Angestelltenausschusses Dr. Birgit Albs-Fichtenberg** im Erbacher Hof in Mainz begrüßt. In diesem Jahr stand der Tag der Angestellten ganz im Zeichen der Berufspolitik.



*Prof. Dr. Rainer Richter hielt den Eröffnungsvortrag*

**Prof. Dr. Rainer Richter, ehemaliger Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, hielt den Eröffnungsvortrag.** Er berichtete aus der Angestelltenbefragung der BPTK. Sein Fazit: Der approbierte angestellte Psychotherapeut ist formal und in Bezug auf seine Vergütung noch nicht gemäß seiner Fachkompetenz strukturell verankert. Er ist „Diplom-Psychologe“ geblieben. Das Tätigkeitsprofil der Psychotherapeuten entspricht zwar weitgehend auch ihrer Qualifikation. Allerdings bildet sich dies in der Regel weder in der beruflichen Position noch

in der Vergütung ab. Offizielle Leitungsfunktionen von Psychotherapeuten finden sich häufiger in der Jugendhilfe und in Beratungsstellen, am seltensten im Krankenhaus. Insbesondere in Krankenhäusern gibt es großen Handlungsbedarf: Psychotherapeuten müssen im Krankenhaus ihrem Qualitätsprofil und ihren Aufgaben entsprechend faktisch in der Organisationsstruktur verankert und entsprechend vergütet werden.

### Deutlich wurden die folgenden politischen Forderungen formuliert:

1. Psychotherapie und der Berufsstand der Psychotherapeuten müssen in den Vorgaben zum Leistungsspektrum und zur Ausstattung der psychiatrischen und psychosomatischen sowie der Rehabilitationseinrichtungen mit therapeutischem Personal verankert werden.

2. In § 107 SGB V und in § 15 SGB VI muss die Leitungsfunktion für Psychotherapeuten in Einrichtungen, die im Schwerpunkt psychisch kranke Menschen versorgen, gesetzlich verankert werden ebenso wie die psychotherapeutische Verantwortung in solchen Einrichtungen.

3. Die tarifliche Eingruppierung von Psychotherapeuten muss gemäß der eines Facharztes erfolgen.

In den anschließenden **Workshops** tauschten angestellte Psychologische Psychotherapeuten Erfahrungen in den drei Tätigkeitsfeldern „Kranken-



*Diskussion nach dem Eröffnungsvortrag*



*Nina Zickermann und Frank Wettengel präsentieren die Ergebnisse ihres Workshops*

haus, Psychiatrie und Psychosomatik“, „Sucht- und Rehabilitationskliniken“ sowie „Beratungsstellen, Jugendhilfe und Sozialpädiatrie, psychosoziale Zentren“ aus. Dabei wurden Handlungsfelder identifiziert und Ziele definiert.

Klar ist – es gibt viel zu tun und nur gemeinsam können wir etwas erreichen.



*Aufmerksame Zuhörer*

Klar wurde auch, dass die Kammer bei berufspolitischen Fragestellungen eine wichtige Rolle als Vertreterin des Berufsstandes und Gesprächspartnerin gegenüber Politik, Institutionen, Kostenträgern u. a. spielt und in dieser Rolle von angestellten KollegInnen erst langsam wahrgenommen wird.

Übereinstimmend wurde es als hilfreich angesehen, dass Psychotherapeuten im Angestelltenverhältnis sich gut vernetzen und sich regelmäßig austauschen, um weiter voranzukommen und die nächsten Schritte festzulegen. Der Tag der Angestellten wurde dabei als wichtiges Veranstaltungsformat erlebt.

## Unser Erfolgsprojekt „Der Depression Beine machen“

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz ist der Initiator des Projektes „Der Depression Beine machen“, das gemeinsam mit dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, der Landeszentrale für Gesundheitsförderung, der Techniker Krankenkasse, der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Behinderter Rheinland-Pfalz, dem Zentrum für Empirische Sozialforschung und dem Rhein Hessischen Turnerbund umgesetzt wird.

**Ziel des Projektes ist es, Menschen mit Depression ein niedrigschwelliges Aktivierungsangebot begleitend zur Psychotherapie anbieten zu können.** Denn: Laufen hat nachgewiesenermaßen positive Auswirkungen auf die Psyche. Besonders Menschen mit einer leichten bis mittleren Depression fühlen sich wohler, wenn sie körperlich aktiv sind: Bewegung führt zu einem besseren Körpergefühl, Erfolgserlebnissen und psychischer Stabilisierung. Patientinnen und Patienten können dadurch die psychotherapeutische und medikamentöse Therapie aktiv und wirksam unterstützen.

An drei Modellstandorten – in Mainz, Koblenz und Landau – wurde erprobt, ob es möglich ist, Menschen mit Depression zur Teilnahme an einer Laufgruppe zu motivieren und sie auch langfristig daran zu binden.



© Halfpoint/shutterstock.com

An den drei Standorten wird die Laufgruppe gemeinsam von einem Psychotherapeuten und einem Übungsleiter geleitet. Seit September 2015 laufen die Gruppen – und sie laufen an allen drei Standorten mit großem Erfolg. Insgesamt sind 57 Personen in Mainz, 30 in Koblenz und 16 in Landau mitgelaufen. Das Projekt wurde evaluiert, zurzeit läuft die Auswertung. Mit den Ergebnissen kann im November 2016 gerechnet werden. Bereits jetzt zeigt sich, dass sich die Mitglieder aller Laufgruppen nach dem Training physisch und psychisch besser fühlen. Zwar kostet es sie große Überwindung, doch hinterher sind sie froh, es geschafft

zu haben. **Die LPK RLP setzt sich nun gemeinsam mit ihren Partnern dafür ein, dass die drei Modell-Laufgruppen für Menschen mit Depression in den Vereinen zum Dauerangebot werden.** Darüber hinaus kümmern wir uns darum, dass strukturelle Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es ermöglichen, Laufgruppen, die gemeinsam von einem Psychotherapeuten und einem Übungsleiter geleitet werden, grundsätzlich zu finanzieren. Alles spricht dafür, Laufgruppen für Menschen mit Depressionen auf eine solide finanzielle und strukturelle Basis zu stellen, so das bisherige Fazit des Modellprojektes.

### Seminar am 5. November 2016: „Austausch rund um die Abgabe und Übernahme von psychotherapeutischen Praxen“

Die LPK RLP organisiert auch in diesem Jahr wieder das Seminar „Austausch rund um die Abgabe und Übernahme von Psychotherapeutischen Praxen“. Herr Diederichs, stellv. Leiter der Abteilung Sicherstellung der Kassenärztlichen Vereinigung, wird unter anderem über aktuelle versorgungspolitische Entwicklungen und das Praxisnachbesetzungsverfahren referieren. Herr Seidel, Geschäftsführer der ADVIMED Steuerberatungsgesellschaft mbH, wird über die steuerrechtlichen Grundlagen informieren.

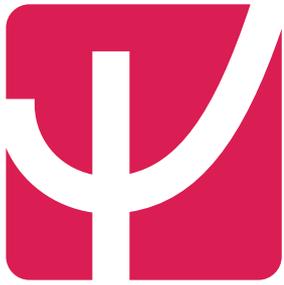
**Zeit:** 05.11.16; 11.00 – 16.30 Uhr

**Ort:** Erlbacher Hof, Grebenstr. 24-26,  
55116 Mainz

**Anmeldung:** über unsere Homepage unter „Aktuelles“

### Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz  
Tel.: 06131/93055-0  
Fax: 06131/93055-20  
service@lpk-rlp.de  
www.rlp-lpk.de



# pks

Psychotherapeutenkammer  
des Saarlandes

## Von Phi nach A: Wege zur Approbation



Am 01.06.2016 lud die Kammer PsychologiestudentInnen sowie andere Interessierte zu einer Informationsveranstaltung „Wege zur Approbation“ ein. Als Veranstaltungsort war zu diesem Zweck die Universität des Saarlandes sehr geeignet, um darüber zu informieren, wie nach abgeschlossenem Studium der Aufbau der Psychotherapieausbildung aussieht und welche Ausbildungsinstitute es im Saarland als Anbieter gibt. Von den fünf Ausbildungsinstituten im Saarland erklärten sich das IVV, Institut für Aus- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, das SIAP, Saarländisches Institut zur Aus- und

Weiterbildung in Psychotherapie, das SIPP, Saarländisches Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie, und das SITP, Saarländisches Institut für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, bereit, die Interessenten über die Qualitäten der jeweiligen Institute zu informieren.

In seinem Grußwort an die Gäste der Veranstaltung betonte Kammerpräsident Bernhard Morsch die Bedeutung, die die Kammer der Vielfalt und Qualität der Psychotherapieausbildung im Saarland beimisst, und bedankte sich bei den Mitgliedern des PiA-Ausschusses, namentlich bei Susanne Münnich-Hes-

sel als Vorstandsmitglied und Vorsitzende des PiA-Ausschusses, der die Veranstaltung vorbereitet und organisiert hatte. Susanne Münnich-Hessel erläuterte die metaphorische Bedeutung der im Einladungsflyer dargestellten Boote, die den Weg zur Approbation als eine Reise von Kontinent Phi (Psychologiestudium) zum Kontinent A (Approbation) abbildeten. Dazu gibt es im Saarland fünf verschiedene Institute, fünf „Boote“ und damit fünf Möglichkeiten, die jeweils ihre Besonderheiten aufweisen.

Im ersten Teil berichteten die PiA-Ausschussmitglieder der Kammer Ulrike Linke-Stillger und Dr. Ernst Kern über den allgemeinen Weg zur Approbation. Rechtliche Grundlagen, die verschiedenen Abschnitte der Ausbildung sowie der Umfang der jeweils zu erbringenden Leistungen wurden dargestellt. Anschließend stellten die vier anwesenden Ausbildungsinstitute ihre jeweiligen Institute vor.

Das IVV wurde von den Institutsleitern Dr. Josef Schwickerath und Rolf Keller vorgestellt, die in einer Präsentation auf die verschiedenen Aspekte der Ausbildung in Berus eingingen. Das Institut wurde als eines der am längsten bestehenden in Deutschland beschrieben.



Susanne Münnich-Hessel, Vorstand und PiA-Ausschuss PKS



Dr. Josef Schwickerath und Rolf Keller, IVV



Ulrike Linke-Stillger und Dr. Ernst Kern, PiA-Ausschuss



Christina Wermer, SIAP



Nicole Berger-Becker (Mitte), SITP



Thomas Anstadt, SIPP



Petra Klein (links), SIPP

Hervorgehoben wurde die gute Zusammenarbeit und Kooperation mit dem anderen verhaltenstherapeutischen Institut, dem SIAP. Beide Institute teilen sich einen gemeinsamen Dozenten- und Supervisorenpool. Anschließend stellte Christina Wermer das SIAP vor. Wermer betonte vor allem die gute Qualität der Ausbildung, die enge Zusammenarbeit mit den kooperierenden Kliniken, von denen einige demselben Träger angehören, sowie die Besonderheit einer kardiopsychologischen Ausbildung.

Im weiteren Verlauf stellte der Institutsvertreter des SIPP, Thomas Anstadt, dar, dass es hier die Möglichkeit gibt, sowohl eine analytische als auch eine tiefenpsychologische Ausbildung zu absolvieren und hob das wissenschaftliche Anliegen des Institutes hervor. Betont wurde auch der große Einfluss, den die Psychoanalyse auf die gesamte Psychologie und Psychotherapie hatte und immer noch hat.

Nicole Berger-Becker, Institutsleitung des SITP, führte anhand von Fotos durch die Räume des SITP. Die bildhafte Darstellung unterstrich den von ihr beschriebenen Charakter des Instituts, das in seiner Lehre und Praxis klassisches psychodynamisches Vorgehen mit kreativen und imaginativen Methoden (KIP) verbindet.

Alle Institute hoben hervor, dass sie mit erfahrenen Dozenten und Supervisoren arbeiten, die in der Praxis tätig sind und

auf langjährige Berufserfahrung zurückgreifen können.

Am Ende der Veranstaltung konnten die etwa 70 Teilnehmerinnen und Teilnehmer noch Fragen an die einzelnen Institutsvertreter stellen, was auch rege genutzt wurde. Wie auf einem Markt bestand die Möglichkeit, zu einzelnen „Ständen“ zu gehen und sich noch einmal gezielt und individuell über die verschiedenen Angebote der einzelnen Institute zu unterhalten und im persönlichen Gespräch Fragen zu stellen und Rat einzuholen.

Die Veranstaltung zeigte die lebendige Vielfalt der im Saarland vertretenen Ausbildungsrichtungen. Insgesamt wurde sichtbar, dass die saarländischen Institute zusammengewachsen sind und kooperieren, was zu einer guten Qualität der Ausbildung beiträgt und Ausbildungskandidaten genug Zeit lässt, sich transparent und offen über die Ausbildungsmöglichkeiten zu informieren.

Fotos: Ulrike Jung

## Neue Homepage ist online

Wir freuen uns, dass die neue Homepage der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes nach gründlicher Planungs- und Realisierungsphase wie geplant Mitte Juni 2016 online gehen konnte. Neben einem neuen und modernen Layout bietet der neue Internetauftritt für unsere Mitglieder klare Vorteile wie z. B.:

- Die Darstellung ist auch für Tablets und Smartphones geeignet („Responsiveness“).
- Neuigkeiten können die Nutzer nun über „Feeds“ abonnieren.
- Über die Suchfunktion kann man nach bestimmten Themen recher-



chieren – in allen Einträgen oder in allen bisher erschienenen Ausgaben des FORUM, dem offiziellen Mittei-

lungsorgan der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes.

■ Alle Inhalte der Homepage können komfortabel im druckergerechten Layout ausgedruckt werden.

## Wechsel in der Leitung der Geschäftsstelle der PKS



Sonja Werner

Nach mehr als fünf Jahren Tätigkeit als Leiterin der Geschäftsstelle der PKS wird sich Maïke Paritong ab September einer neuen beruflichen Herausforderung widmen.

Seit 1. Juli 2016 ist Sonja Werner Mitarbeiterin der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes.

Sie übernimmt ab 1. September die Funktion der Geschäftsstellenleitung der Kammer und wir freuen uns sehr, in ihr eine zuverlässige und erfahrene Kraft gefunden zu haben, die den Vorstand unterstützt und Ansprechpartnerin für Gremien sowie Mitglieder- und Patientenfragen ist.

Frau Werner kann auf einen breit gefächerten Erfahrungsschatz zurückgreifen. Praktische Erfahrungen sammelte sie als Büroleitung, als Assistentin der Geschäftsleitung und Vorstandssekretärin, zuletzt mit Schwerpunkt Qualitätssicherung und Prozessoptimierung bei einer gesetzlichen Krankenkasse.

## Neue Entgeltordnung – Unzureichende tarifliche Einordnung von PP/KJP

Die Tarifpartner im öffentlichen Dienst, die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) auf der Arbeitnehmerseite und die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) auf der Arbeitgeberseite, haben sich am 29. April 2016 in der dritten Verhandlungsrunde auf Tarifsteigerungen sowie die Verabschiedung der Entgeltordnung für Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst der Länder und Kommunen geeinigt. Trotz heftigen Widerstands aus der Profession ist es nicht gelungen, die Verhandlungspartner von einer angemessenen Einordnung von PP und KJP in der neuen Entgeltordnung zu überzeugen. Ver.di hat den Verlautbarungen zufolge bis zuletzt versucht, eine facharztäquivalente Eingruppierung von Psychotherapeuten zu verhandeln. Da die Arbeitgeber mit dem Scheitern der Verhandlungen über die Gesamt-Entgeltordnung gedroht hätten, habe ver.di ihre ursprüngliche Position zu Ungunsten unseres Berufsstandes aufgegeben.

### Hintergrund

Seit Einführung des Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst (TVöD) im Jahr 2005 haben Psychologische Psychotherapeut/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen mit der Gewerkschaft ver.di darum gekämpft, dass die beiden psychotherapeutischen Berufe überhaupt in die Entgeltordnung aufgenommen werden und eine angemessene Eingruppierung erfahren. Bislang standen im TVöD als Folgetarifwerk des Bundesangestelltentarifvertrages (BAT) weiterhin lediglich Psychologen, Sozial-/Pädagogen, keine PP oder KJP, folglich auch keine Merkmale der Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten, die sich durch die Approbation ergaben. Zu Recht hatten gerade in den Anfängen der Kammergründung viele angestellte Kollegen/innen moniert, dass ihnen die Approbation finanziell nichts einbringe.

Die Eingruppierung innerhalb einer Entgeltordnung muss sich also nach

den maßgeblichen Tätigkeitsmerkmalen sowie dem Grad an Verantwortung und der besonderen Schwierigkeit der Aufgaben richten, die ebendort festzuschreiben sind. Eine schlüssige Anwendung dieser Kriterien auf das Leistungsspektrum von PP und KJP kann – so die Position des Berufsstandes, von der ver.di dann auch überzeugt werden konnte – nur die Eingruppierung in die Entgeltstufe 15 und damit eine facharztäquivalente Vergütung zum Ergebnis haben. In der vertragsärztlichen Versorgung sind PP und KJP schon seit 1999 den Fachärzt/innen gleichgestellt.

### Neue Entgeltordnung wird hoher Qualifikation und Anforderungsprofil nicht gerecht

Die Qualifikation wie die ausgeübten Tätigkeiten von PP und KJP in den wichtigen Versorgungsbereichen, wie der stationären Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, der Jugendhilfe, in Beratungsstellen und im Maßregel- und

Strafvollzug oder anderen Institutionen entsprechen qualitativ denen von Fachärzt/innen. Darauf wurde auch in der erst kürzlich vom Deutschen Psychotherapeutentag gefassten Resolution verwiesen (28. Deutscher Psychotherapeutentag vom 23. April 2016).

Während dieser Standpunkt seit Langem auf Arbeitnehmerseite unumstritten ist und u. a. vom Deutschen Psychotherapeutentag, den Landeskammern und ihren Gremien sowie von zahlreichen Berufsverbänden und insbesondere der ver.di Fachkommission für Psychotherapeut/innen unterstützt wird, hat die zuständige Gewerkschaft ver.di nun einer Entgeltordnung zugestimmt, in der PP und KJP lediglich in der Entgeltgruppe 14 eingeordnet werden. Auch wenn das, wie die ver.di-Vertreter auf unsere Anschreibenaktion antworten, bereits für einige, insbesondere KJP eine Verbesserung bedeutet, stellt es für viele eben auch eine Verschlechterung dar und versperrt nicht nur weiter den Weg zu einer angemessenen Vergütung sondern auch Höhergruppierungen entsprechend des Anforderungsprofils u. a. auch aus Leitungsfunktionen, wie sie im ärztlichen Beruf selbstverständlich sind.

### Ver.di opfert die Position von Psychotherapeuten – zu wenig Rückendeckung aus dem Berufsstand

Dies ist gerade deshalb sehr bedauerlich, weil ver.di ebenfalls mit der Forderung nach "facharztäquivalenter Eingruppierung" um die Psychotherapeut/innen geworben hat und diese Forderung kurzfristig ohne angemessene Rücksprache mit den Betroffenen aufgegeben hat. Diese Vorgehensweise ist mit Sicherheit nicht hilfreich, mehr Psychotherapeut/innen zur Mitgliedschaft und gar Mitarbeit in der Gewerkschaft zu bewegen. Auch wenn es für eine angemessene Vertretung unumgänglich ist, da leider immer noch viel zu wenige

Angestellte unserer Berufsgruppe Gewerkschaftsmitglieder sind.

Wir sollten selbstkritisch erkennen: Es reicht nicht aus, wenn sich die Fachkommission PP/KJP engagiert in die innergewerkschaftliche Diskussion einbringt. Sie benötigt eine noch breitere Rückendeckung durch mehr Gewerkschaftsmitglieder unseres Berufsstands. Erfreulich ist, dass offenbar mehr Mitglieder organisiert sind, als bislang angenommen (geschätzt 10% der Angestellten), so das Ergebnis der jüngst abgeschlossenen Unterschriftenaktion zur Entgeltordnung. Wir müssen konstatieren, dass wir andernfalls weiter hinter größeren Interessensgruppen zurückstehen.

### Sorge um Zukunft des Berufsstands in Institutionen

Diese Entscheidung kann problematische Auswirkungen insbesondere auf die stationäre Versorgung, aber auch auf die weiteren genannten Bereiche haben, in denen Psychologische Psychotherapeut/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen in Anstellung tätig sind. Bereits jetzt ist die Tätigkeit in Institutionen für Psychotherapeut/innen wenig attraktiv. Das Verhältnis von Ausbildungsaufwand und anschließender institutioneller Anerkennung ist unstimmtig. Es ist zu befürchten, dass die psychotherapeutische Versorgung in Institutionen auf absehbare Zeit nicht mehr sichergestellt werden kann. Diese Eingruppierung ist somit auch für die Arbeitgeber sowie für das Versorgungssystem langfristig ein großer Nachteil.

Es ist deshalb zu fordern, dass ver.di in den nächsten Tarifrunden mit den öffentlichen und privaten Arbeitgebern die facharztäquivalente Eingruppierung der Psychologischen Psychotherapeut/innen und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen erneut ins Verhandlungspaket aufnimmt.

### Wirksamkeit der Entgeltordnung – Entgelttabellen

Unsere Recherchen ergeben für die Wirksamkeit der Eingruppierungen für „alte“ und „neue“ Arbeitsverträge folgendes Bild: Die neue Entgeltordnung entfaltet unmittelbare Wirkung für ab 1. Januar 2017 neu stattfindende Eingruppierungsvorgänge. Für bereits vor dem 1. Januar 2017 Beschäftigte gilt: Mit der Überleitung in die Entgeltordnung ist kein neuer Eingruppierungsvorgang verbunden. Die Überleitung erfolgt unter Beibehaltung der bisherigen Entgeltgruppe für die Dauer der unverändert auszuübenden Tätigkeit. Ergibt sich jedoch nach der Entgeltordnung eine höhere Entgeltgruppe als bisher, so gilt diese höhere Entgeltgruppe nur auf Antrag. Dieser Antrag ist binnen eines Jahres ab Inkrafttreten der Entgeltordnung zu stellen, also bis zum 31. Dezember 2017 (s. a. [www.haufe.de/oeffentlicher-dienst/personal-tarifrecht/tarifrunde-2016](http://www.haufe.de/oeffentlicher-dienst/personal-tarifrecht/tarifrunde-2016)).

Über die Entgelttabellen können Sie sich online u. a. über die Info des Öffentlichen Dienstes kundig machen unter <http://oeffentlicher-dienst.info/tvoed/tr/2016/>.

(Quellen: BPtK, PTK Bayern, ver.di)

#### Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Bernhard Morsch, Inge Neiser, Maïke Paritong, Michael Schwindling

#### Geschäftsstelle

Scheidter Str. 124  
66123 Saarbrücken  
Tel 0681-9545556  
Fax 0681-9545558  
[kontakt@ptk-saar.de](mailto:kontakt@ptk-saar.de)

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,



unser lange angekündigter Psychotherapeutentag steht nun am 24. September unmittelbar bevor und wir freuen uns auf einen interessanten Austausch.

Von den zahlreichen Themen, die uns in den letzten Monaten beschäftigt haben, möchten wir einige vertiefend darstellen. Wir berichten in dieser Ausgabe über das Treffen mit Frau Prof. Pedersen vom Psychologischen Institut

der CAU und den Änderungen für die Studenten der Psychologie. Mit den VertreterInnen der Schleswig-Holsteinischen Ausbildungsinstitute problematisierte der Vorstand die Situation der Ausbildungskandidaten. Eine Kammerversammlung mit den Schwerpunktthemen „Perspektiven für unsere angestellten Mitglieder“ und „Neuerungen in der Psychotherapierichtlinie“ hat stattgefunden. Die Versammlung endete mit zwei Resolutionen zu diesen Themen. Die obere Altersgrenze in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist hinreichend bekannt. Wie sieht es aber mit einer unteren Grenze aus? Dieser Frage widmen wir uns und schließen mit einem Bericht über den Parlamentarischen Abend der Ärzte- und Zahnärztekammer.

Es begrüßt Sie herzlich im Namen des Vorstandes  
 Dr. Angelika Nierobisch  
 Vizepräsidentin

Es begrüßt Sie herzlich im Namen des Vorstandes  
 Dr. Angelika Nierobisch  
 Vizepräsidentin

## Treffen mit Frau Professor Anya Pedersen

Was verändert sich an der Kieler Uni? Frau Prof. Pedersen berichtete in einem gemeinsamen Treffen mit dem Vorstand ausführlich über die Neuerungen für den Bereich Psychologie. So wird ab dem kommenden Wintersemester ein vierjähriger Bachelorstudiengang eingeführt, der alte Diplomstudiengang läuft aus.

Der darauf aufbauende einjährige Masterstudiengang wird frühestens ab 2019 eingeführt. Eine Ambulanz ist im Aufbau, sodass alle Voraussetzungen für ein zukünftiges Approbationsstudium geschaffen sind. Frau Prof. Pedersen hat seit Oktober 2013 den Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie inne

und ist approbierte Verhaltenstherapeutin mit langjähriger praktischer Erfahrung. Eine zweite Professur für Entwicklungspsychologie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ab dem Wintersemester 2016 geplant. Damit bietet die Kieler Uni gute Bedingungen für die zukünftige Ausbildung der Psychologiestudenten.

## Treffen mit VertreterInnen der Ausbildungsinstitute

Auf Einladung des Kammervorstandes fand am 13. Juli 2016 ein Treffen mit allen sechs schleswig-holsteinischen Ausbildungsinstituten (IFT-Nord, Kiel; IVPM, Bad Bramstedt; JRI, Kiel; NO-KI, Kiel; VTFAW S.-H., Itzehoe; ZAP, Lübeck) statt. Der Vorstand problematisierte die momentan schwierige Situation, einen Praktikumsplatz in einer

stationären Einrichtung zu bekommen. Insbesondere für die (nicht-psychologischen) KJP-KandidatInnen erweist sich dieses Problem als Nadelöhr für die Ausbildung. Zudem diskutierte der Vorstand die Entfernungsregelung zum Ort der praktischen Tätigkeit, die in Schleswig-Holstein auf 200 km beschränkt ist. Hier zeichnet sich eine Veränderung in

Richtung Distanzerweiterung ab. Darüber hinaus ging es um aktuelle Einschätzungen zur Ausbildungsreform. Auf Seiten der Institute bestand Skepsis über deren Umsetzung in dieser Legislaturperiode. Die Refinanzierung der Vergütung der dann approbierten WeiterbildungskandidatInnen in den Kliniken wurde ebenfalls kritisch gesehen.

## Bericht aus der 41. Kammerversammlung

Die 41. Kammerversammlung fand am 08.07.2016 statt und beschäftigte sich im Schwerpunkt mit der Angestell-

tenthematik und der neuen Psychotherapierichtlinie. Im Vorfeld der Kammerversammlung wurde der Antrag gestellt

darzulegen, wie die Perspektiven der angestellten Mitglieder in der PKSH berücksichtigt werden.

Der Vorstand berichtete, sich als politische Vertretung des gesamten Berufsstandes, d. h. für angestellte und niedergelassene Psychotherapeuten gleichermaßen zu sehen. So beträfe z. B. die arbeitsintensive Reform der Psychotherapie-Ausbildung den gesamten Berufsstand. Spezielle weitere Aktivitäten für angestellte Mitglieder seien neben dem Treffen mit Frau Prof. Pedersen und dem Austausch mit den Ausbildungsinstituten, die Zusammenarbeit mit dem Verband der kommunalen Arbeitgeber (KAV). Die PKS SH forderne weiterhin eine bessere Eingruppierung in den TVöD für ihre angestellten Mitglieder. Die kritische Begleitung des Vorstandes bei der Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems würde vorrangiges Ziel sein. Die Psychiatrie-Beauftragte Maria Könemann unterstütze den Vorstand bei dieser Thematik. Die anschließende Diskussion verlief kritisch und die dargestellten Aktivitäten für die Angestellten wurden als unzureichend von Seiten der KamOn Fraktion bewertet. Eine Resolution zur besseren tariflichen Einordnung der Kollegen wurde jedoch einstimmig verabschiedet.

Anschließend wurde durch den Vorstand ausführlich über die neue Psychotherapierichtlinie für niedergelassene KollegInnen informiert. Die Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, wie die Einrichtung einer psychotherapeutischen Sprechstunde, die Akutversorgung, als auch das veränderte Antrags- und Gutachterverfahren wurden dargestellt. Neu sind ebenfalls die geplanten Befugnisserweiterungen

## 4. Norddeutscher Psychotherapeutentag

# Vielfalt in der Psychotherapie

**Sonnabend, 24. September 2016 von 9.00 bis 18.00 Uhr  
im Wissenschaftszentrum Kiel, Fraunhoferstraße 13 (Westring)**

**Die Themen der Workshops sind:**

- Mediales Suchtverhalten
- Psychoanalytische Paartherapie
- Behandlung traumatisierter Flüchtlinge
- Elternschaft – Bedeutung für die Elternarbeit bei Kinderpsychotherapien und Psychotherapien von Eltern
- Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie
- Burn-out bei Patienten und Therapeuten
- Akzeptanz- und Commitment-Therapie
- Empowerment für Angestellte

**Infotische (09.00 – 11.00 Uhr):**

- für PsychotherapeutInnen in Ausbildung
- für Studierende

Weiteren Infos und  
Anmeldung online unter  
[bit.ly/1T91cJH](http://bit.ly/1T91cJH)

Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Alter Markt 2-2, 24103 Kiel,  
Tel. 0431 / 66 11 990, Fax 0431 / 66 11 995, E-Mail [info@pksh.de](mailto:info@pksh.de), [www.pksh.de](http://www.pksh.de)

mit erweiterten Kompetenzen. Eine Resolution, mit dem Appell, die zu erwartenden Erschwernisse für die Kollegen

zu berücksichtigen, wurde ebenfalls einstimmig verabschiedet.

## Untere Altersgrenze in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Vor geraumer Zeit brachten wir an dieser Stelle einen Hinweis zur oberen Altersgrenze, die für die Patientenbehandlung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gilt. Es wurde darauf hingewiesen, dass sich die gesetzliche Grundlage in keiner Weise geändert hat. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr behandeln – mit Ausnahme sogar darüber hinaus. Doch gibt es eigentlich eine untere Altersgrenze?

Im Nachgang ist klarzustellen, dass es eine solche nicht gibt.

### Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern möglich

Zunächst ist festzuhalten, dass weder in den Psychotherapie-Richtlinien (PTR) oder in der Psychotherapie-Vereinbarung (PTV) noch im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder in der Gebührenordnung für Psychologische

Psychotherapeuten und Kinder-Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) eine untere Altersgrenze Erwähnung findet. Es wäre also reine Willkür, wenn hier jemand beiginge, psychotherapeutische Behandlung von Kindern erst für Patienten ab dem 4. Lebensjahr anzuerkennen und vergüten zu wollen. Außerdem stellten Richter des Sozialgerichts Stuttgart vor einiger Zeit längst fest (Az.: S 5 KA 343/01), dass bereits Säuglinge an psychisch bedingten Entwicklungs-

störungen, auf Konflikten beruhenden Verhaltens- und emotionalen Störungen sowie einem gestörten Sozialverhalten als Folge internalisierter Affekte mit psychisch bedingten Symptomen wie bspw. Schlafstörungen, Essstörungen, exzessives Schreien oder Neurodermitis leiden können. Diese Störungen können bereits im Säuglings- und Kleinkindalter auftreten und jedenfalls unter Einschaltung der jeweiligen Bezugspersonen

auch einer psychotherapeutischen Behandlung zugänglich sein. Ist eine unmittelbare, verbale Kommunikation zwischen Patient und Psychotherapeut entwicklungsbedingt noch nicht möglich, kann der Psychotherapeut über die Bezugsperson mit dem kleinen Patienten kommunizieren. Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen eher selbstverständliche Erkenntnisse, nicht so für manche Kassenärztliche Vereini-

gung oder Krankenkasse. Gelegentlich wird auch heute noch die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen von Säuglingen und Kleinkindern verweigert. Allerdings, so unsere Erfahrung, ist in den meisten Fällen ein Hinweis auf die Regelwerke *und* besagtes Urteil mit seinen Klarstellungen meist ausreichend, um hier alle Beteiligten, den jungen Patienten sowie den Psychotherapeuten zu ihrem Recht kommen zu lassen.

## Parlamentarischer Abend von Ärzte- und Zahnärztekammer Schleswig-Holstein



Vizepräsidentin Dr. Angelika Nierobisch und Geschäftsführer Michael Wohlfarth im Gespräch mit G. Ehmen (Mitte links) und F. Jasckowski (Mitte rechts, Präsident und Geschäftsführer der Apothekerkammer)



Dr. F.J. Bartmann (Präsident Ärztekammer) am Rednerpult (beide Fotos: J. Wohlfromm)

Vizepräsidentin und Geschäftsführer haben am 14.07.2016 die PKSH auf dem diesjährigen Parlamentarischen Abend von Ärzte- und Zahnärztekammer vertreten. Die gut besuchte Veranstaltung stand in diesem Jahr unter dem Motto „Versorgungsforschung“. In zwei Kurzvorträgen schilderten Prof. Christof Dörfer und PD Dr. Katja Götz den aktuellen Stand und die zukünftige Bedeutung dieses noch recht jungen Teilgebiets der Gesundheitssystemforschung.

Im anschließenden Austausch bestand die Möglichkeit, mit den Vertretern der anderen Heilberufe, der Gesundheitspolitik und den Verbänden ins Gespräch zu kommen. Für das nächste Jahr ist ein gemeinsamer Parlamentarischer Abend aller schleswig-holsteinischen Kammern der akademischen Heilberufe geplant. Diese haben sich mit der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Apothekerverband in die Interessengemeinschaft der Heilberufe (IDH) zusammengeschlossen.

### 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

# 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

## Hamburg

Hallerstraße 61  
20146 Hamburg  
Tel. 040/226 226 060  
Fax 040/226 226 089  
Mo – Fr 9.30 – 11.00 Uhr  
Mo, Mi, Do 13.00 – 15.00 Uhr  
info@ptk-hh.de  
www.ptk-hh.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

## Bayern

Birketweg 30  
80639 München  
(Post: Postfach 151506  
80049 München)  
Tel. 089/515555-0  
Fax 089/515555-25  
Mo – Fr 9.00 – 13.00 Uhr  
Di – Do 14.00 – 15.30 Uhr  
info@ptk-bayern.de  
www.ptk-bayern.de

## Hessen

Frankfurter Str. 8  
65189 Wiesbaden  
Tel. 0611/53168-0  
Fax 0611/53168-29  
Mo 10.00 – 13.00 Uhr  
Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr  
post@ptk-hessen.de  
www.ptk-hessen.de

## Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz-Weisenau  
Tel. 06131/93055-0  
Fax 06131/93055-20  
Mo – Fr 9.00 – 16.00 Uhr  
service@lpk-rlp.de  
www.lpk-rlp.de

## Berlin

Kurfürstendamm 184  
10707 Berlin  
Tel. 030/887140-0, Fax -40  
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr  
Di 13.00 – 18.00 Uhr  
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de  
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

## Niedersachsen

Leisewitzstr. 47  
30175 Hannover  
Tel. 0511/850304-30  
Fax 0511/850304-44  
Mo, Di, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr  
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr  
Beitragsangelegenheiten:  
Mo, Di, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr  
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr  
info@pknds.de  
www.pknds.de

## 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

## 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

## Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10  
40549 Düsseldorf  
Tel. 0211/522847-0  
Fax 0211/522847-15  
Mo – Do 8.30 – 16.00 Uhr  
Fr 8.30 – 14.00 Uhr  
info@ptk-nrw.de  
www.ptk-nrw.de

## Schleswig-Holstein

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

# Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

## Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
Birketweg 30  
80639 München

## Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Sylvia Helbig-Lang (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Torsten Michels (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Dr. Ulrich Müller (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen), Andreas Pichler (Nordrhein-Westfalen), Dr. Samia Härtling (OPK), Andrea Mrazek (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Dr. Angelika Nierobisch (Schleswig-Holstein).

## Redaktion

Dipl.-Psych. Nina Rehbach, Redakteurin (V.i.S.d.P.)  
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
Birketweg 30  
80639 München  
Tel.: 089/515555-19  
Fax: 089/515555-25  
redaktion@psychotherapeutenjournal.de  
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-

Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

15. Jahrgang, Ausgabe 3/2016

## 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

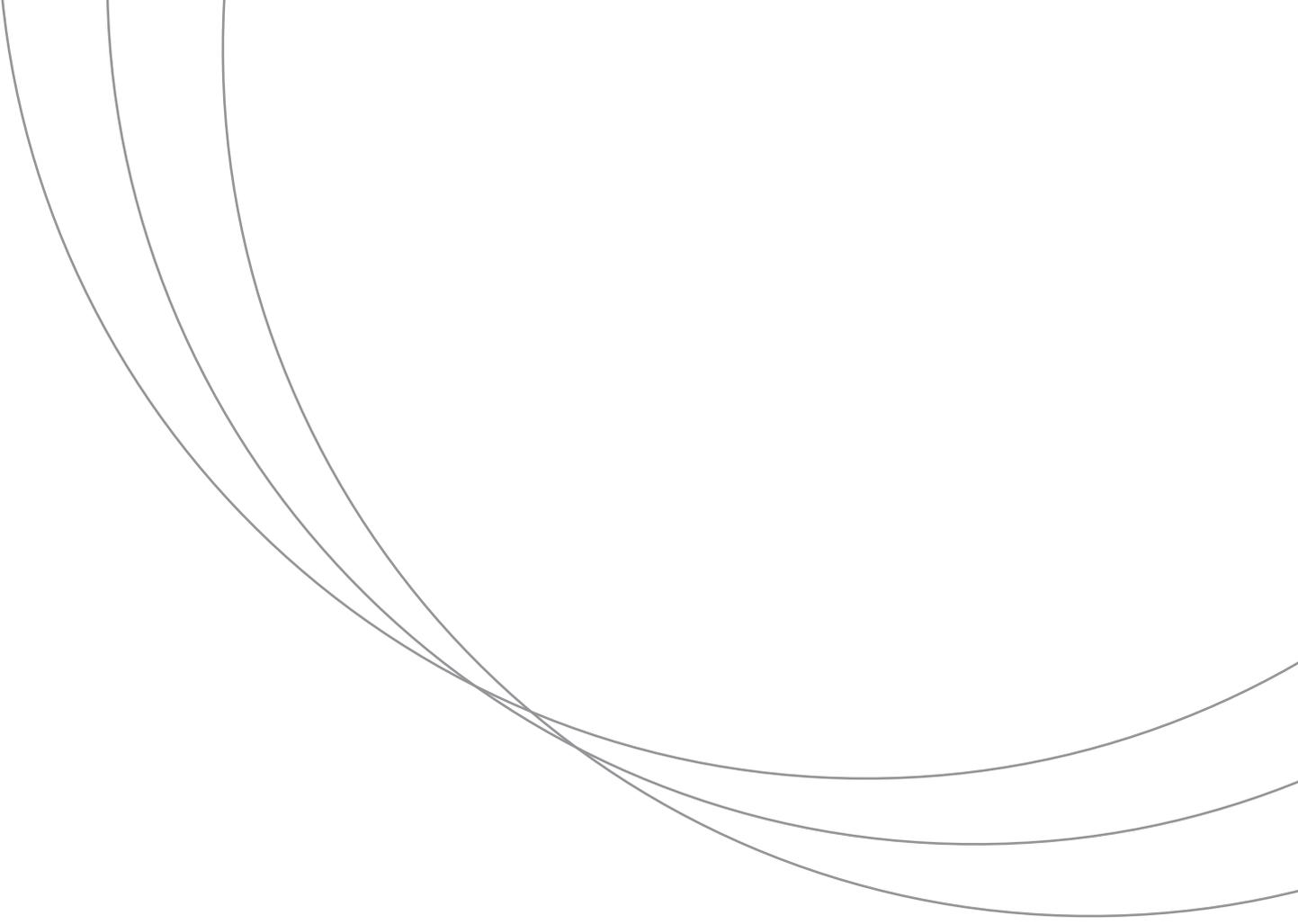
Redaktionsschluss für Ausgabe 4/2016 ist der 23. September 2016. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen/-kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf [www.psychotherapeutenjournal.de](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 für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.





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

