

ISSN 1611-0773  
D 60843  
10. Jahrgang

# Psychotherapeuten- journal

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

Organ der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

4/2011

15. Dezember 2011 (S. 329-416)

- Humanistische Psychotherapie als Verfahren
- Psychotherapeutin/Psychotherapeut – Motive für die Berufswahl
- Langzeitfolgen des Zweiten Weltkrieges
- Burnout: Depression der Erfolgreichen?
- Psychotherapeutenausbildung – Zeit für die Reform



## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

2011 neigt sich dem Ende zu: für unsere berufspolitischen Vertreter ein Jahr des harten Ringens um die Reform der Berufsplanung im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes. Auch ein Jahr des Wartens auf Bewegung in der Politik bzgl. der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und der immer dringlicher werdenden Reform der Ausbildung. Der hier anstehende Handlungsbedarf wird in dem Beitrag von Johannes Klein-Heßling und Johannes Schopohl einmal mehr deutlich aufgezeigt.

Das vorliegende Heft lenkt unser Augenmerk aber zunächst auf ein anderes fachpolitisches Thema. Jürgen Kriz plädiert in seinem Beitrag dafür, „Humanistische Psychotherapie“ als *ein* (umfassendes) Verfahren in seiner theoretischen Gemeinsamkeit und praktisch-methodischen Differenziertheit zu definieren und damit für die verschiedenen humanistischen Psychotherapierichtungen eine Anpassung an die neuen rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der Psychotherapie zu vollziehen. Bei den drei anderen Verfahren – Verhaltenstherapie, Psychodynamische und Systemische Therapie mit ihren jeweils unterscheidbaren, aber dem Verfahren zugeordneten Ansätzen – sei dies längst gegeben. Steht uns damit ein neues langwieriges Anerkennungsverfahren bevor? Wie steht die Profession zu diesem Vorschlag? Wir freuen uns über Diskussionsbeiträge!

Der Beitrag von Yvette Barthel et al. gibt Aufschluss über die Entscheidungskriterien zukünftiger Psychotherapeuten. Die Untersuchung zur „Berufswahl Psychotherapeut“ ergab bedeutsame Unterschiede bei der Wahl des Psychotherapieverfahrens: Zentrales Motiv für eine tiefenpsychologisch/analytische Ausbildung war die persönliche (psychotherapeutische) Erfahrung, während eine verhaltenstherapeutische Ausbildung eher aus pragmatischen Gründen (Erfolgsorientierung, das Image

wissenschaftlich besser begründeter Effizienz) gewählt wurde. Interessant auch, dass die Darstellung psychotherapeutischer Verfahren im Rahmen des Hochschulstudiums als unausgewogen und unzureichend kritisiert wird – ein Ergebnis, das einmal mehr auf die Notwendigkeit verweist, an den Hochschulen wieder alle wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren in die Lehre aufzunehmen.

Was wissen wir über die psychischen Langzeitfolgen des Zweiten Weltkriegs? Heide Glaesmer und Elmar Brähler stellen epidemiologische Befunde und deren klinische Relevanz zu den Belastungen der deutschen Kriegskinder vor. Kriegsbedingte Traumatisierungen wie auch die psychosozialen Belastungen in den Kriegs- und Nachkriegsjahren haben, wie belegt wird, deutliche Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit der heute Älteren. Im zweiten Teil des Beitrags werden spezifische Behandlungsansätze für diese Zielgruppe vorgestellt und die Besonderheiten des psychotherapeutischen Vorgehens schon bei der Anamnese verdeutlicht. Insgesamt ein Plädoyer dafür, der historisch-biografischen Perspektive und den Spezifika posttraumatischer Beschwerden bei älteren Patienten mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Burnout als Krankheitsbild liegt ganz im Trend der Zeit. Ein Grund mehr, die Brauchbarkeit und Grenzen dieses Konzepts zu hinterfragen. Wolfgang Schmidbauer stellt in seinem Kommentar „Burnout: Depression der Erfolgreichen?“ den historischen Wandel in der Verwendung dieses Begriffs dar und setzt sich kritisch mit dem aktuellen Trend auseinander.

Last but not least finden Sie in der Rubrik „Aktuelles aus der Forschung“ u. a. einen Bericht über eine große epidemiologische Studie von Wittchen et al. (2011). Es handelt sich um die weltweit erste Studie, die in allen EU-Staaten und drei weite-



ren Ländern durchgeführt wurde und das Spektrum psychischer und neurologischer Störungen nahezu vollständig erfasst. Die Studie belegt ein erhebliches Ausmaß an Unter-, Fehl- und Mangelversorgung, das einhergeht mit verbreiteter Unwissenheit und einer gesellschaftlich-politischen Tendenz, psychische und neurologische Erkrankungen zu marginalisieren und zu stigmatisieren. Beides spiegelt sich auch in den Entwürfen zu dem eingangs erwähnten GKV-Versorgungsstrukturgesetz wider. Daher ein dringendes Votum, dieser Studie umfassende Beachtung zu schenken. Ziel unser aller Bemühungen muss es sein, weiter politisch einzufordern, psychische Störungen als große gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen und gesetzliche Regelungen zu treffen, mit denen eine Behandlung in der Trias „früh, schnell und ambulant“ möglich wird.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre!

*Mareke de Brito Santos-Dodt  
(Baden-Württemberg)  
Mitglied des Redaktionsbeirates*

# Inhalt

<b>Editorial</b> . . . . .	329
----------------------------	-----

## Originalia

<i>Jürgen Kriz</i> <b>„Humanistische Psychotherapie“ als Verfahren. Ein Plädoyer für die Übernahme eines einheitlichen Begriffs</b> . . . . .	332
--	-----

Der Beitrag schildert Rahmenbedingungen und Hintergründe, die es notwendig machen, ein einheitliches Verfahren „Humanistische Psychotherapie“ offiziell in Deutschland zu etablieren. Hierfür wurde die „Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie“ (AGHPT) Ende 2010 gegründet. Argumente für einen solchen Schritt werden dargestellt und mögliche Einwände diskutiert.

<i>Yvette Barthel, Judith Lebiger-Vogel, Rüdiger Zwerenz, Manfred E. Beutel, Marianne Leuzinger-Bohleber, Gerd Rudolf, Reinhold Schwarz f, Helmut Thomä &amp; Elmar Brähler</i> <b>Motive zur Berufswahl Psychotherapeut</b> . . . . .	339
---	-----

Der Beitrag beschäftigt sich mit den Motiven von Studierenden der Psychologie, Medizin und Pädagogik sowie von Ausbildungsteilnehmern zur Berufswahl Psychotherapeut. Hauptmotiv für die Ausbildung war den Ergebnissen der vorgestellten Untersuchungen zufolge bei Studierenden und Ausbildungsteilnehmern in tiefenpsychologischer/analytischer Therapie die persönliche (therapeutische) Erfahrung. Bei den künftigen Verhaltenstherapeuten standen hingegen eher pragmatische Gründe wie wissenschaftliche Begründetheit und Akzeptanz im Gesundheitswesen im Vordergrund.

<i>Heide Glaesmer &amp; Elmar Brähler</i> <b>Die Langzeitfolgen des Zweiten Weltkrieges in der deutschen Bevölkerung: Epidemiologische Befunde und deren klinische Bedeutung</b> . . . . .	346
---	-----

Die traumatischen Erfahrungen aus der Zeit des Zweiten Weltkrieges haben auch über 60 Jahre danach noch einen negativen Einfluss auf die psychische und körperliche Gesundheit der heutigen Älteren. Befunde zur Häufigkeit von traumatischen Erfahrungen und deren gesundheitlichen Folgen sowie mögliche Behandlungsansätze für diese Zielgruppe werden vorgestellt.

<i>Wolfgang Schmidbauer</i> <b>Burnout: Depression der Erfolgreichen? Die merkwürdige Karriere eines Begriffs</b> . . . . .	354
--	-----

Der Kommentar setzt sich kritisch mit dem Wandel in der Verwendung des Begriffs Burnout und dem aktuellen „Trend“ der Burnout-Diagnosen auseinander. Brauchbarkeit und Grenzen des Konzepts werden hinterfragt.

<i>Johannes Klein-Heßling &amp; Johannes Schopohl</i> <b>Die gravierenden Mängel der Psychotherapeutenausbildung und das Reformkonzept der Profession</b> . . . . .	356
--	-----

Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist dringend reformbedürftig. Die beiden wesentlichen Probleme sind die Zugangsvoraussetzungen zur postgradualen Ausbildung und der Ausbildungsabschnitt der Praktischen Tätigkeit. Der Beitrag gibt einen Überblick über den Stand des Reformprozesses.

## Aktuelles aus der Forschung

<i>Manfred Ruoß</i> . . . . .	361
-------------------------------	-----

## Buchrezensionen

<i>Ralf Vogt</i> <b>Breitenbach, G. (2011). Innenansichten dissoziierter Welten extremer Gewalt. Ware Mensch – die planvolle Gestaltung der Persönlichkeit. Kröning: Asanger</b> . . . . .	365
---	-----

<i>Ulfried Geuter</i> <b>Stern, D. (2011). Ausdrucksformen der Vitalität. Die Erforschung dynamischen Erlebens in Psychotherapie, Entwicklungspsychologie und den Künsten. Frankfurt am Main: Brandes &amp; Apsel</b> . . . . .	366
--	-----

## Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer . . . . .	368
Baden-Württemberg . . . . .	371
Bayern . . . . .	374
Berlin . . . . .	380
Bremen . . . . .	383
Hamburg . . . . .	386
Hessen . . . . .	389
Niedersachsen . . . . .	394
Nordrhein-Westfalen . . . . .	397
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer . . . . .	400
Rheinland-Pfalz . . . . .	402
Saarland . . . . .	405
Schleswig-Holstein . . . . .	408
<b>Leserbriefe . . . . .</b>	<b>411</b>
<b>Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern . . . . .</b>	<b>413</b>
<b>Artikelverzeichnis 2011 . . . . .</b>	<b>414</b>
<b>Impressum . . . . .</b>	<b>416</b>

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

# „Humanistische Psychotherapie“ als Verfahren

## Ein Plädoyer für die Übernahme eines einheitlichen Begriffs

Jürgen Kriz

Universität Osnabrück

**Zusammenfassung:** Gut zehn Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes sind durch Entscheidungen des „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“ (WBP), des „Gemeinsamen Bundesausschusses“ (G-BA) sowie von Bundesgerichten wesentliche Strukturen der Psychotherapie im ambulanten Bereich in Deutschland geklärt. Es ist sinnvoll, nun die begriffliche Nomenklatur diesen strukturellen Fakten anzupassen. Besonders der Verfahrensbegriff des WBP erfordert, nicht so sehr die Unterschiedlichkeiten vieler spezifischer Ansätze, sondern die jeweiligen Gemeinsamkeiten innerhalb eines umfassenderen Verfahrens zu betonen. Psychodynamische Therapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie haben dies konzeptionell vollzogen. Um dies auch für die Humanistische Psychotherapie einzuleiten, wurde Ende 2010 die „Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie“ (AGHPT) gegründet. Dieser Beitrag zeigt die Notwendigkeit für eine „Humanistische Psychotherapie“ als ein einheitliches Verfahren auf und diskutiert das Für und Wider eines solchen Schrittes sowie einige sich daraus ergebende Konsequenzen.

### Strukturelle Rahmenbedingungen für Psychotherapieverfahren in Deutschland

Kurz nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) erschien in der Zeitschrift *Psychotherapeut* ein weitsichtiger Beitrag des damaligen Vorsitzenden des WBP, Sven Olaf Hofmann, mit dem Titel „*Psychodynamische Therapie und Psychodynamische Verfahren. Ein Plädoyer für die Übernahme eines einheitlichen und international gebräuchlichen Begriffs*“ (Hofmann, 2000). Dieser Vorschlag war insofern für manche überraschend, als in Deutschland ja explizit „*Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*“ von einer „*Analytischen Psychotherapie*“ in den Psychotherapierichtlinien unterschieden wurde (und derzeit noch wird). Man hatte sich hierzulande an die Bezeichnungen und damit vorgenommene Differenzierung gewöhnt, auch wenn

deren Einführung vorwiegend kassenrechtlichen Aspekten geschuldet war.

Doch Hofmann trug mit seinem Plädoyer für eine „*Psychodynamische Therapie*“ nicht nur dem internationalen wissenschaftlichen Gebrauch Rechnung. Sondern dies passte sich in die veränderten rechtlichen und organisationellen Strukturen der deutschen Psychotherapieprofession ein. So schreibt Hofmann am Anfang seines Beitrags zu den einsetzenden Umbrüchen:

„*Hintergrund ist das Psychotherapeutengesetz (PsychThG), mit seinen Konsequenzen vor allem für die Versorgung und deren Finanzierung. Dabei gewinnen nomenklatorische Unterschiede plötzlich eine Bedeutung, die ihnen von der Sache her kaum zusteht.*“ (Hofmann, 2000, S. 52)

Inzwischen hat auch der WBP in diesem Sinne klar Stellung bezogen, indem er 2004 beschloss, die tiefenpsychologische

fundierten und die psychoanalytischen Therapien als *ein* Verfahren mit dem Begriff *Psychodynamische Psychotherapie* zu definieren.<sup>1</sup> Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat sich dem in zwei Stellungnahmen an den für die sozialrechtliche Zulassung zuständigen G-BA explizit angeschlossen (BPtK, 2009a, 2009b). Auch wenn das *Verwaltungsgremium* G-BA (noch) keinen entsprechenden formellen Beschluss gefasst hat – es wäre bisher für den sozialrechtlichen Bereich auch nicht von Belang gewesen –, ist so zumindest für die *psychotherapeutische Profession* und die *Fachwissenschaftler* berufsrechtlich relevante Klarheit geschaffen worden.

In der Tat sind nun, gut zehn Jahre nach Inkrafttreten des PsychThG, durch Entscheidungen des WBP (u. a. das „*Methodenpapier*“) sowie des G-BA und von Bundesgerichten (u. a. im Zuge der Auseinandersetzungen um die sozialrechtliche Aufnahme der Gesprächspsychotherapie) wesentliche Strukturen der Psychotherapie im ambulanten Bereich in Deutschland geklärt. Gleichgültig wie man zu den einzelnen Beschlüssen stehen mag: Sie sind nun zunächst einmal als Rahmenbedingungen für weitere Entscheidungen und Entwicklungen fest vorgegeben. Ob, wann und was sich im Zuge einer Reform des

<sup>1</sup> Nicht an der Definition als *ein* Verfahren, wohl aber an dessen Namensgebung hat die „*Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie*“ (DGPT) 2005 in einem Kommentar Kritik geübt ([www.dgpt.de/news/wissenschaft.html](http://www.dgpt.de/news/wissenschaft.html) vom 31.1.2005) und plädierte stattdessen für „*Psychoanalytische Psychotherapie*“.

PsychThG daran ändern wird, ist derzeit völlig unklar.

Unter diesen Rahmenbedingungen macht es nun aber wenig Sinn, die historische Diversifikation in kleine „Richtungen“, „Ansätze“, „Verfahren“ (engl. „approaches“) nomenklatorisch mit dem neuen Verfahrensbezug des WBP – und entsprechend den Richtlinien-„Verfahren“ des G-BA – gleichzusetzen. Ganz anders als beispielsweise in Österreich, wo im *Psychotherapiegesetz* konkrete Ausbildungsgänge und ihre Institutionen nach wissenschaftlichen und Qualitätskriterien zugelassen werden und derzeit 22 psychotherapeutische Verfahren anerkannt sind, haben wir in Deutschland ein *Psychotherapeutengesetz*, das auf Verfahren und deren Anerkennung fokussiert. Pate für das PsychThG standen natürlich die bis dahin geltenden Psychotherapierichtlinien, die vor allem den Zugang zum Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Auge hatte.

### **Verfahrensbreite bedeutendes Kriterium für ein Verfahren**

Vor diesem Hintergrund kristallisierte sich z. B. die Verfahrensbreite – d. h. die breite psychotherapeutische Abdeckung wichtiger Störungsbilder nach ICD mit dem jeweiligen Verfahren – als ein zentraler Aspekt bei der Entwicklung des Methodenpapiers zur Anerkennung von Verfahren des WBP heraus. Und auch der G-BA argumentiert wesentlich mit dem Aspekt der Verfahrensbreite.

Im Zuge der Diskussion um die Evidenzbasierung – vor allem mit randomisierten kontrollierten Studien (*randomized controlled trials*, RCT) und der in den USA großen Bedeutung von störungsspezifischen Vorgehensweisen mit RCT-bewiesener Wirksamkeit (*empirically-supported treatment*, EST) – wurde auch in Deutschland die Zahl an wissenschaftlichen Studien mit spezifischen Merkmalen für ein Verfahren im Laufe der letzten Jahre deutlich erhöht (Näheres siehe Methodenpapier, WBP, 2010).

Keines der in Österreich zugelassenen Verfahren würde diese deutschen Kriterien wissenschaftlich nachgewiesener Wirk-

samkeit für ein „Verfahren“ erfüllen können – mit Ausnahme der „Systemischen Familientherapie“ und der „Verhaltenstherapie“. Dies aber schlicht deshalb, weil die sog. „Systemische Orientierung“ und die „Verhaltenstherapeutische Orientierung“ nicht weiter untergliedert sind – also jeweils nur ein einziges Verfahren ausweisen – während die sog. „Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung“ und die „Humanistisch-existenzielle Orientierung“ eben elf bzw. acht Verfahren ausweisen.

Dieser Vergleich der österreichischen mit der deutschen Systematik macht aber auch sofort deutlich, dass in Deutschland unter den gegebenen Rahmenbedingungen nur umfassende Verfahren, mit entsprechender Indikationsbreite und Studienlage, sinnvoll als „Verfahren“ im neuen Sinne des WBP-Methodenpapiers oder des G-BA auftreten können. Ein historischer Verfahrensbezug macht unter diesen Rahmenbedingungen hingegen keinen Sinn mehr.

### **Anpassungen an einen umfassenden Verfahrensbezug**

Es zeigt sich nochmals die Weitsicht des Beitrags von Hofmann, dies bereits 2000 richtig eingeschätzt zu haben. Damit konnte frühzeitig – eben 2004 – für die *Psychodynamische Psychotherapie* vom WBP nomenklatorisch sauber und den Erfordernissen Rechnung tragend ein Verfahren mit einem Begriff festgelegt werden.

Ebenso hat das Verfahren *Verhaltenstherapie* diese Passung zu den Rahmenbedingungen längst vollzogen. Auch neuere Ansätze wie die *Schematherapie* nach Young oder die *dialektisch-behaviorale Therapie* (DBT) nach Linehan – die beide in den USA und international „selbstverständlich“ jeweils als eigene „approaches“ klar abgegrenzt gegenüber anderen auftreten – wurden eben in Deutschland sinnvollerweise nun nicht als eigenständige Verfahren, sondern als Methoden bzw. Techniken unter dem einen Verfahren *Verhaltenstherapie* subsumiert (vgl. BPTK, 2009c).

Letztlich stand auch bei der Erörterung und Anerkennung der *Systemischen Therapie* durch den WBP im Dezember 2008 bereits der neue Verfahrensbezug im Zentrum. Auch hier wurden unterscheidbare

Richtungen (etwa strukturelle-, entwicklungsorientierte- oder strategische Therapie) sinnvoll *einem* Verfahren zugeordnet.

Lediglich eine „Humanistische Psychotherapie“ hat sich in Deutschland als Verfahren in diesem Sinne bisher nicht konstituiert. Obwohl ein Blick in die internationalen Fachdiskurse ebenso wie in die deutschen Lehrbücher deutlich macht, dass man fast durchgängig auf die Vierer-Einteilung in *Psychodynamische, Verhaltenstherapeutische, Systemische und Humanistische Psychotherapie* stößt, wenn man von (umfassenderen) Verfahren spricht.

Ein historischer Grund für diese Verspätung der Humanistischen Psychotherapie liegt sicherlich mit daran, dass bereits vor Gründung des WBP ein zentraler Ansatz, die „Gesprächspsychotherapie“, als „Verfahren“ (im alten Sinne) zur Anerkennung angetreten war. Dies machte damals Sinn, weil sich die Kriterien und nomenklatorischen Definitionen, was überhaupt unter einem Verfahren zu verstehen sei, erst im Laufe der nächsten Jahre in der Arbeit des WBP herauschälten. Andere Verfahren (im alten Sinne) der Humanistischen Psychotherapie – wie etwa die Gestalttherapie – warteten verständlicherweise erst einmal die Entwicklung der Kriterien ab bzw. – wie die Psychodramatherapie – scheiterten bereits 2000 daran, dass sie gar kein Verfahren (im neuen umfassenden Sinne) sein konnten und somit natürlich auch nicht die Kriterien erfüllten.

### **Der Diskurs um die Abgrenzung zwischen den Verfahren**

Inzwischen ist es aber an der Zeit für die Humanistische Psychotherapie, den strukturellen Bedingungen Rechnung zu tragen und sich wie die anderen drei als ein einheitliches Verfahren zu definieren. Dabei besteht für eine solche Definition die grundsätzliche Schwierigkeit, dass heutzutage eine allzu scharfe Abgrenzung aus mehreren Gründen obsolet geworden ist: Wie Umfragen zeigen (z. B. Schindler & v. Schlippe, 2006), ist der allergrößte Teil approbierter niedergelassener Psychotherapeuten (PP und KJP) verfahrensübergreifend orientiert – und zwar sowohl in der eigenen Ausbildung als auch in der Praxis sowie in ihrer Identität als Psychotherapeu-

ten. Nicht nur stationär, sondern auch ambulant ist die Psychotherapie daher in der Praxis längst weit mehr auf pragmatische Effizienz und entsprechende Pluralität ausgelegt als auf die Einhaltung einer abstrakten Verfahrenseinheit – wie sie noch von den Funktionären des G-BA vertreten wird.

Aber auch in den theoretischen und wissenschaftlichen Diskursen ist die Vorstellung gegeneinander abgeschotteter Verfahren kaum noch zu finden. Dies liegt allein schon daran, dass die Verfahren sich in den letzten Jahrzehnten in gemeinsamer Koevolution innerhalb des biopsychosozialen Feldes weiterentwickelt haben. Das heißt, dass diese Entwicklungen natürlich nicht unabhängig davon erfolgten, wie die jeweils anderen Richtungen mit den ja ohnedies weitgehend gleichen Patienten arbeiten. Psychotherapeutische Beziehung, Bindungstheorie, Einflüsse sozialer Interaktion etc. sind heute als wichtige Themen in allen Ansätzen zu finden – und zwar sowohl in den jeweils internen verfahrensspezifischen Diskursen als auch als übergreifende Aspekte. Entsprechend hat dies sowohl zu je unterschiedlichen Ausdifferenzierungen als auch zu großen Gemeinsamkeiten geführt (je nachdem, ob der Beobachter eher die Unterschiede oder eher die Gemeinsamkeiten in den Blick nimmt). Kurz: Die Entwicklung der Psychotherapie geht – bei allen spezifischen Ausdifferenzierungen – eher in eine Richtung vieler gemeinsamer Konzepte, was aus einem gestiegenen Verständnis für die gemeinsamen Fragen und Phänomene bei einem ohnedies gemeinsamen Patientenkreis resultiert.

### **Übergreifende Kompetenzen und spezifische „Heimat“**

So fragten beispielsweise Kuhr und Vogel im *Psychotherapeutenjournal (PTJ)*, „ob das ‚Prokrustesbett‘ der Richtlinienverfahren nunmehr nicht wirklich in der Rumpelkammer landen kann“ (Kuhr & Vogel, 2009, S. 375). Ausgehend vom Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Strauß et al., 2009) diskutieren auch Kuhr und Vogel Alternativen zur klassischen Verfahrensorientierung. Diese laufen alle eher auf eine Orientierung an

verfahrenübergreifendem Wissen und an entsprechenden Kompetenzen hinaus. Zu Recht verweisen Kuhr und Vogel darauf, dass ihr Zweifel an der Zukunft der Verfahrensorientierung von vielen anderen geteilt wird – u. a. Grawe (1998, 2005), Kächle und Strauß (2008), Kriz (2005, 2006, 2009) und vor allem auch international u. a. von Lambert (2004) oder Norcross und Goldfield (2005). Wobei allerdings zu beachten gilt, dass damit keineswegs der Beliebigkeit oder auch nur einem theorieleeren Eklektizismus das Wort geredet wird (wovon u. a. – ebenfalls zu Recht – in derselben Ausgabe des *PTJ* Walz-Pawlita, Lackaus-Reitter und Loetz, 2009, warnen).

Ebenso ist in den Diskursen unbestritten, dass sich in den psychotherapeutischen Richtungen auch die Pluralität der Gesellschaft und der Wissenschaft mit ihren unterschiedlichen Menschenbildern, Wert- und Zielvorstellungen widerspiegeln. Diese sollen auch bei verfahrenübergreifenden Kompetenzen in der Ausbildung keineswegs eliminiert oder gleichgeschaltet werden, sondern als wichtige Identität bildende Grundorientierungen erhalten bleiben. Selbst in der klassischen Physik besteht ja keineswegs ein Widerspruch zwischen dem Bemühen, die Phänomene auf möglichst wenige zentrale Größen und Zusammenhänge zurückzuführen, und einer gleichzeitigen sehr großen Heterogenität in den Anwendungsbereichen der Technik, die sich nicht allein durch die Gegenstandsbereiche selbst ergibt, sondern auch durch die unterschiedlichen Fertigkeiten und Vorlieben der Anwender. Insofern wird es nicht nur unterschiedliche Verfahren, sondern auch innerhalb der Verfahren unterschiedliche spezifische Ansätze bzw. „Psychotherapiemethoden“ (s. u.) geben, mit denen sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als ihre „Heimat“ auch dann identifizieren, wenn die übergreifenden Kompetenzen in der Ausbildung noch deutlich zunehmen.

Wie immer man zu diesen Diskursen und Entwicklungen stehen mag: Es sei nochmals betont, dass zwar in der gegenwärtigen Situation niemand an der Ausrichtung an (umfassenden) „Verfahren“ in Deutschland vorbeigehen kann, dass dieser gesundheitspolitischen Struktur aber

durchaus sowohl hierzulande als auch international die Unterscheidung in die vier Richtungen bzw. Grundorientierungen *Psychodynamische, Verhaltenstherapeutische, Systemische und Humanistische Psychotherapie* zugeordnet werden kann.

### **Besonderheiten des humanistischen Ansatzes**

Bei allen oben betonten Gemeinsamkeiten mit anderen Ansätzen zeichnet sich der humanistische Ansatz nun durch eine besondere Betonung folgender Aspekte aus: Dem Bedürfnis des Menschen nach Sinn sowie seiner Intentionalität, Kreativität zur schöpferischen Lebensgestaltung und Zukunftsorientierung wird ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Damit sind insbesondere auch existenzielle Fragen verbunden, die sich aus der Vielfältigkeit ergeben, sein Dasein – selbst noch unter eingeschränktesten somatischen oder materiellen Randbedingungen – definieren zu können und zu müssen. Die psychotherapeutische Beziehung ist hier nicht nur eine *Basisbedingung* (oder gar *-variable*), sondern selbst *Agens*, weil weniger Techniken angewendet, sondern eher Prinzipien entfaltet werden. Dies geschieht in einer dynamischen Passung zwischen den Beschwerden des Patienten, der Situation (u. a. dem Hier und Jetzt im Psychotherapieprozess) und den Kompetenzen der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten. Bei dem großen Spektrum an konkreten Vorgehensweisen der Humanistischen Psychotherapie geht es im Kern um eine einladende Förderung von Erkundung und Selbsterkundung des Fühlens, Denkens, Wollens und Handelns und besonders der Beziehungs- und Einstellungsmuster des Patienten. Dabei werden die biografischen Bezüge, Lerngeschichten und interaktive Muster der Vergangenheit ebenso wie die Zukunftsorientierungen mit einer Haltung der Achtsamkeit in einen Fokus genommen, der vor allem durch experimentelle Prozesse gekennzeichnet ist. Dem körperlichen Geschehen und den dortigen Verfestigungen der (Er-)Lebensprozesse wird somit ebenfalls eine hohe Aufmerksamkeit gewidmet und der Tatsache Rechnung getragen, dass manches dieser (Er-)Lebensprozesse erst in der psychotherapeutischen Arbeit dem Bewusstsein zugänglich und symbolisierbar



werden kann. Daher ist körperpsychotherapeutisches Vorgehen ein wichtiger Teil der humanistisch-psychotherapeutischen Arbeitsweise.

Resümierend und noch stärker abstrahiert könnte man sagen, dass es in der Humanistischen Psychotherapie um die Förderung von Selbstregulations- und Organisationsprozessen auf körperlichen, psychischen und sozialen Prozessebenen geht, die auf diese Weise wieder an die jeweiligen Entwicklungsaufgaben der biopsychosozialen Umwelt re-adaptierbar werden; wobei aber der zentrale Fokus die Sinnorientierung, Selbstdefinition und Intentionalität des Subjekts ist.

Diese in der hier notwendigen extremen Kürze sehr stark abstrahierte Kennzeichnung der Humanistischen Psychotherapie (in Anlehnung an Eberwein, 2009; Quitmann, 1996; Revenstorf, 1983; Kriz, 2007 u. a.) sollte zumindest deutlich machen, dass hier der Fokus eindeutig anders gesetzt ist als bei den drei übrigen Verfahren. Mit einer Humanistischen Psychotherapie würde das Spektrum zentraler Orientierungen in der Psychotherapie auch in Deutschland endlich offiziell komplettiert werden. Die längst stattgefundenen Bereicherung psychotherapeutischer Sicht- und Vorgehensweisen um Aspekte einer Humanistischen Psychotherapie in den anderen drei Verfahren (und vice versa) würde konstruktiv in die Koevolution aller vier Grundrichtungen eingebracht werden können, wenn der Weg einer wissenschaftlichen Anerkennung durch den WBP (und dann auch einer sozialrechtlichen Anerkennung durch den G-BA) besritten worden ist. Diskurse im Bereich der Psychotherapie könnten auch in Deutschland endlich vom faktischen Spektrum der vier Orientierungen und ihrer jeweils zahlreichen Vorgehensweisen ausgehen, was die Möglichkeiten vergrößern würde, Fragen einer weiteren Verbesserung der Psychotherapeutenausbildung anzugehen, ohne ein bestimmtes Teilspektrum ausblenden zu müssen oder die darin vorhandenen effizienten Vorgehensweisen lediglich als Steinbruch für „Eigenes“ zu behandeln.

Ende 2010 wurde daher die „Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychothera-

pie“ (AGHPT) gegründet, die zentral auch das Anliegen verfolgt, entsprechende Schritte für die Konstituierung eines einheitlichen Verfahrens „Humanistische Psychotherapie“ einzuleiten.

## Gründe für ein Verfahren „Humanistische Psychotherapie“ – Darstellung mit kritischer Diskussion des Für und Wider

### Die Frage der Begrifflichkeit

Wie oben bereits erwähnt wurde, findet man bei Durchsicht zusammenfassender Werke, Übersichtsdarstellungen in Lehrbüchern oder in den internationalen Diskursen über Ausrichtungen – also überall dort, wo nicht entweder nur ein Ansatz spezifisch und differenziell entfaltet wird oder eben eine Aufzählung sehr vieler kleiner Psychotherapieformen erfolgt – eine Vierer-Systematik mit *Psychodynamischer, Verhaltenstherapeutischer, Systemischer und Humanistischer Psychotherapie*. Diese Systematik findet man in Deutschland durchgehend, beispielsweise von den vier Bänden „Psychotherapeutische Verfahren“ (Revenstorf, 1982a, 1982b, 1983, 1985) über Kriz (1. Aufl. 1985, 6. Aufl. 2007) bis zu Senf und Broda (4. Aufl. 2007, 5. Aufl. 2011) oder auch in der Zeitschrift *Psychotherapie im Dialog (PiD)* – um nur wenige Belege anzuführen.

Kritisch könnte man einwenden, dass es doch auch viele einzelne Werke und Lehrbücher gibt – etwa zur „Gesprächspsychotherapie“, „Gestalttherapie“, „Psychodrama“, „Transaktionsanalyse“ usw., die sich zudem selbst teilweise als „Verfahren“ bezeichnen.

Dies ist richtig, entspricht aber auch genau der Situation der anderen drei Verfahren: So gibt es selbst noch bei dem „Teilbereich“ der *Psychodynamischen Psychotherapie*, der in den Richtlinienverfahren als „B 1.1.2 Analytische Psychotherapie“ aufgeführt ist, die „Psychoanalyse“ nach Freud, die „Individualpsychologie“ nach Adler oder die „Analytische Psychologie“ nach Jung. Auch diese werden in zahlreichen Texten und Büchern als „Verfahren“

bezeichnet und/oder bezeichnen sich selbst so (natürlich sind im Sinne dieser Ausführungen „Verfahren alter Art“ gemeint – aber außerhalb Deutschlands lässt sich die Nomenklatur des WBP und G-BA schwerlich durchsetzen). Und ebenso natürlich gibt es zu jedem der Genannten eigene Darstellungen und Lehrbücher, es gibt Ausbildungsinstitute unter diesen Namen usw. Über das Ausmaß an Heterogenität innerhalb dieser einzelnen „Psychotherapiemethoden“ (als Teil des Verfahrens „Psychodynamische Psychotherapie“) kann man sich exemplarisch in der Selbstdarstellung der DGPT informieren ([www.dgpt.de](http://www.dgpt.de)), wo es heißt: „Die DGPT ist das berufspolitische Dach von vier weiteren psychoanalytischen Fachgesellschaften: der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG), der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV), der Deutschen Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP) und der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP)“ – mit Verweis auf die Internetseiten dieser jeweiligen Fachgesellschaften, die sehr deutlich ihren jeweiligen Ansatz darlegen. Es mag daher dahingestellt bleiben, wie sehr ein dort Ausgebildeter seine Identität als „Psychodynamischer Psychotherapeut“ und wie sehr er sich als Psychoanalytiker nach Freud, Adler oder Jung sieht (wie z. B. Bezeichnungen wie „Freudianer“, „Adlerianer“ oder „Jungianer“ nahelegen).

Auch für die *Verhaltenstherapie* und die *Systemische Therapie* wird in Teilen der Fachliteratur auch weiterhin eine Vielzahl von „Verfahren“ aufgeführt. So legt beispielsweise im angelsächsischen Bereich jede Variante Wert darauf, ein eigenständiger „approach“ zu sein. Wie bereits bemerkt, kann man schwerlich von der internationalen Forschergemeinschaft erwarten, dass sie sich am deutschen Richtlinienverfahren-Modell orientiert.

Historisch wurde ohnedies sehr uneinheitlich von Verfahren, Ansätzen, Richtungen, Methoden usw. gesprochen. Und selbst die deutschen Psychotherapierichtlinien sprechen – bis hinein in die allerneuesten Veränderungen (in Kraft getreten am 08. Juli 2011) – recht uneinheitlich von *Psychotherapieverfahren* (im neuen Sinne), von *Psychotherapieformen* oder von

Psychotherapieverfahren (im alten bzw. „österreichischen“ Sinne) – etwa in dem Satz: „Die Verhaltenstherapie als Krankheitsbehandlung umfasst Therapieverfahren, die ...“ (§ 15 der Psychotherapierichtlinie – siehe G-BA, 2011). Auch eine aktuelle Stellungnahme der BPTK an den G-BA zur Verhaltenstherapie verwendet den Verfahrensbegriff uneinheitlich – etwa, wenn sie die Schematherapie als „Verfahren“ bezeichnet wie in der folgenden Formulierung: „... schemafokussierten Therapie nach Young (die eine Weiterentwicklung der kognitiven Therapie der Persönlichkeitsstörungen nach Beck und somit ein in der Tradition von kognitiver Verhaltenstherapie stehendes Verfahren darstellt)“ (BPTK, 2009c, S. 8).

Dies alles belegt die Schwierigkeiten, einen einheitlichen neuen Verfahrensbegriff in Texten konsistent durchzuhalten. Man wird also damit leben müssen, jenseits berufsrechtlicher und sozialrechtlicher Zulassungsprozeduren neben der von WBP und G-BA bestimmten Verfahrensdefinition auch andere Verfahrensbegriffe in den weiteren psychotherapeutischen Diskurskontexten zu finden. Das ist kein gravierendes Problem: Viele Fachtermini sind kontextspezifisch. Aber es wäre unredlich, wenn man dies einem einzigen Verfahren als Nachteil ankreiden würde.

### Die Frage der Zuordnung von Studien

Da also *ein* Verfahren „Humanistische Psychotherapie“ gerade für den Kontext der berufs- und sozialrechtlichen Anerkennungsprozeduren relevant ist, stellt sich sogleich die Frage nach der Zurechenbarkeit von Studien als Wirksamkeitsnachweise.

Auch hier liegen zwei Vorteile *eines* Verfahrens auf der Hand: Zum ersten wird die Zurechenbarkeit deutlich klarer und reliabler. Ein Beispiel ist die „Emotionsfokussierte Therapie“ des Kanadiers Leslie Greenberg: Seine Vorgehensweisen sind sowohl Bestandteil der „Gesprächspsychotherapie“ als auch der „Gestalttherapie“ (zumal beide letztgenannten Richtungen wiederum eine ihrer gemeinsamen theoretischen Wurzeln in der Gestalttheorie der Berliner Schule haben – besonders in dem organismischen Konzept der „Aktualisierungs-

tendenz“ des ehemals Frankfurter und dann nach New York emigrierten Physiologen und Psychologen Kurt Goldstein). Der WBP hatte bei der Anerkennung der „Gesprächspsychotherapie“ folgerichtig einige Wirksamkeitsstudien Greenbergs diesem Ansatz zugerechnet. Genauso folgerichtig würde aber auch die „Gestalttherapie“ Greenbergs Studien für sich reklamieren.

### Wirksamkeit vor Reinheit

Diese Situation zeigt allerdings auch die „Merkwürdigkeit“ des deutschen Systems – die Wissenschaftlern aus anderen Ländern nur sehr schwer vermittelbar ist: Greenbergs Vorgehensweise ist eben einfach „Emotionsfokussierte Therapie“ und als solche für bestimmte Patientengruppen nachgewiesen hoch wirksam – egal in welche nomenklatorische Schachtel man diese einordnet. Ein Streit, ob diese nun der „Gesprächspsychotherapie“ oder der „Gestalttherapie“ zugerechnet werden darf, ist absurd und nur unter den deutschen strukturellen Rahmenbedingungen möglich.

Nach meiner Einschätzung wird diese Kritik auch von den meisten Fachwissenschaftlern – egal welche Richtung sie selbst vertreten – geteilt. Das deutsche Reinhaltungsgebot abstrakter Verfahren, das in einem explizit mehrfach ausgesprochenen „Kombinationsverbot“ in den Psychotherapierichtlinien gipfelt, wird von vielen als anachronistisch, forschungsfeindlich und mit dem Stand der Wissenschaft nicht vereinbar gesehen (auch wenn eine Bremse gegenüber beliebigem Eklektizismus bedenkenswert ist). Gerade in Zeiten zunehmender Evidenzbasierung und störungsspezifischem Denken sollte die nachgewiesene Wirksamkeit von Vorgehensweisen im Zentrum stehen und nicht so sehr die „richtige Schublade“.

Schon Hofmann hat in jenem Plädoyer (2000) die richtlinienbasierte Zergliederung *einer* psychodynamischen Therapie mit diesen Worten gegeißelt: „Mit psychotherapeutischen Notwendigkeiten, mit wissenschaftlichen Begründungen oder auch nur mit Vernunft hat das alles nichts zu tun. Eher handelt es sich um einen Ausdruck deutscher Provinzialität.“ (S. 52). Und Klaus Grawe hat in einem

Beitrag, der 2005 im *PTJ*, unmittelbar vor seinem Tod, erschienen ist, ähnlich kritisch kommentiert: „Es entbehrt nicht einer gewissen Pikanterie, dass Therapieausbildungen und Therapien, die im besten Sinne als empirisch validiert anzusehen wären, weil sie sich am wirklichen und ganzen Forschungsstand orientieren, gegenwärtig in Deutschland verboten wären.“ (Grawe, 2005, S. 10). Übrigens hat er als einen Ausweg aus dieser Misere gefordert, was auch eindeutig vom Autor dieses Beitrags vertreten wird: „Nicht Therapiemethoden müssen empirisch validiert werden, nicht Therapieformen anerkannt werden, sondern Ausbildungsprogramme.“ (ebenda).

Da allerdings nicht erkennbar ist, dass sich die strukturellen Rahmenbedingungen für Psychotherapie in Deutschland bald dahingehend ändern werden, brauchen wir zumindest große, umfassende „Verfahren“ – innerhalb derer dann zumindest „Kombinationen“ (die dann nomenklatorisch gar keine wären) offiziell möglich werden. (Der überwiegende Teil der Praktiker auch in der deutschen Profession hält sich sowieso nicht an irgendwelche Reinheitsgebote, sondern nutzt das, was effektiv ist. Und auch der Weg der Verhaltenstherapie, nomenklatorisch möglichst alles Wirksame unter ihr „Verfahren“ zu reihen, geht in dieselbe Richtung.)

Mit *einem* Verfahren „Humanistische Psychotherapie“ würde zumindest ein möglicher Streit über die „richtige“ Zuordnung der Greenberg-Studien im deutschen Verfahrenssystem gar nicht erst aufkommen. Dieses Beispiel ist freilich nur exemplarisch zu sehen. Denn selbstverständlich gibt es unter und zwischen den Vorgehensweisen einer „Humanistischen Psychotherapie“ viele weitere Gemeinsamkeiten und „Kombinationen“.

### Große Indikationsbreite von Vorteil

Ein zweiter, unmittelbar damit verbundener Vorteil für die Profession und die Patienten ist die größere Indikations- bzw. Verfahrensbreite *eines* Verfahrens „Humanistische Psychotherapie“: Aus Sicht des heute weitgehend akzeptierten Passungsmodells von Orlinsky und Howard (1987) können unterschiedliche Humanistische Psychothera-

peuten bei unterschiedlichen Patienten mit unterschiedlichen Störungen und in unterschiedlichen Situationen differenziell über ein größeres Vorgehensspektrum verfügen, je umfangreicher der Ansatz ist (das genau war auch die o. a. Kritik von Hofmann und von Grawe und ist z. B. auch die Intention der modernen Verhaltenstherapie). Aus dem Spektrum der Vorgehensweisen einer „Humanistische Psychotherapie“ kann unter der einen Passung z. B. ein körperorientiertes, bei einer anderen ein existenzanalytisches und bei einer dritten ein gestalttherapeutisches Arbeiten angesagt sein.

Hier freilich könnte der kritische Einwand kommen – den ich in der Tat bei der Diskussion mit Fachkollegen auch als erste Reaktion bisweilen gehört habe: Kann denn eine Wirksamkeitsstudie z. B. zur „Gesprächspsychotherapie“ als Wirksamkeitsnachweis auch für z. B. „Psychodrama“ gelten – und vice versa?

Diese Reaktion zeigt m. E., wie schwer wir uns in der Tat mit dem oben diskutierten Verfahrensbegriff tun: Denn man kann die Frage nur mit einem klaren „Nein!“ beantworten.

Allerdings kann, ganz analog, eine Wirksamkeitsstudie zur Psychoanalyse nach Freud auch nicht als Wirksamkeitsnachweis für Psychoanalyse nach Jung gelten – und vice versa. Ebenso wenig kann eine Wirksamkeitsstudie zur operanten Konditionierung als Wirksamkeitsnachweis für Methoden des Modelllernens oder für die Youngsche Schematherapie gelten – und vice versa.

Dies macht deutlich, dass die Frage auf einer Vermischung von „altem“ und „neuem“ Verfahrensbegriff beruht: Der Sinn des „neuen“, umfassenden Verfahrensbegriffs liegt genau darin, dass die zuletzt genannten Wirksamkeitsstudien eben nicht für irgendeine „Unter-Vorgehensweise“ als Nachweis gelten, sondern für „die Psychodynamische Therapie“ bzw. für „die Verhaltenstherapie“. Ebenso würden entsprechende Wirksamkeitsstudien für „die Humanistische Psychotherapie“ gelten.

Freilich setzt eine solche Logik – die aber genau den bisher anerkannten Verfahren

zugrunde liegt – voraus, dass entsprechend ausgebildete Psychotherapeuten auch tatsächlich über dieses Interventionspektrum ihres Verfahrens verfügen. Es muss und wird daher Aufgabe entsprechender Ausbildungsprogramme einer „Humanistische Psychotherapie“ sein, dies zumindest so sicherzustellen, wie dies in den drei anderen Verfahren gewährleistet ist.

Es sei angemerkt, dass diese Überlegungen nochmals die o. a. Forderung Grawes unterstreichen, vor allem Ausbildungsprogramme empirisch zu validieren und zu evaluieren. Allerdings wäre dies eben eine andere Diskussion.

### **Explizites Votum des WBP erforderlichlich**

Es soll aber nochmals betont werden, dass dieses Plädoyer für ein einheitliches Verfahren „Humanistische Psychotherapie“ nicht meint, dass diverse bisherige humanistische Verfahren („alter“ Art) nun unter einem neuen Dach versammelt werden sollen. Vielmehr zeigt die o. a. Logik, dass ein neues Verfahren „Humanistische Psychotherapie“ aus sich heraus theoretisch hinreichend konsistent und differenziell zu den anderen drei Verfahren definiert werden muss. In dieses neue Verfahren können dann die beteiligten Verbände humanistischer Psychotherapie der AGHPT<sup>2</sup> das Spektrum adäquat passender Vorgehensweisen einbringen.

Der Antrag auf Feststellung eines Verfahrens „Humanistische Psychotherapie“ soll seitens der AGHPT noch Ende 2011 an den WBP gehen. Darin wird dieses neue Verfahren in seiner theoretischen Einheit und praktisch-methodischen Differenziertheit (Indikationsbreite) dargestellt werden. Dies wird auch eine Zuordnung von Studien ermöglichen.

Andererseits wird diese Feststellung des WBP benötigt, damit bei den weiteren Anerkennungsprozeduren für diese Verfahren geklärt ist, welche Studien überhaupt infrage kommen können. Denn die Vergangenheit hat gezeigt, wie überaus wichtig eine solche Klärung ist. So hat bekanntlich der G-BA seinem Beschluss, dass die „Gesprächspsychotherapie“ nicht

die Erfordernisse der Psychotherapie-richtlinien erfülle (vgl. BAnz Nr. 118, vom 07.08.2008, S. 2902), gar nicht eine Prüfung der „Gesprächspsychotherapie“ zugrunde gelegt – so wie sie in Lehrbüchern, in Universitätskursen und Ausbildungen in Deutschland vermittelt und in der Praxis durchgeführt wird. Vielmehr hat der G-BA sich über die gemeinsame Definition der rund 20 in Deutschland dieses Verfahren vertretenden Professorinnen und Professoren und die damit übereinstimmenden fachwissenschaftlichen Publikationen einfach hinweggesetzt und sich selbst eine Definition ausgedacht, nach der er dann die Wirksamkeitsstudien willkürlich zusammenstellte. Neben anderen gravierenden methodischen Mängeln des G-BA-Bewertungsverfahrens (Strauß, Hautzinger, Freyberger, Eckert & Richter, 2010) führte diese falsche Definition und die inadäquate Selektion der Studien zum ablehnenden Ergebnis. Ein solcher Vorgang sollte sich tunlichst nicht wiederholen.

Dass diese „unzutreffende Definition“ des Verfahrens und die „gravierenden methodischen Mängel“ im Vorgehen des G-BA scharf von Wissenschaftlern öffentlich kritisiert wurden, die sich bezüglich ihrer eigenen psychotherapeutischen Orientierung überwiegend einem der beiden Richtlinienverfahren zuordnen und von denen drei dem derzeitigen WBP angehören, lässt Sensibilität für diese Problematik und wissenschaftliche Redlichkeit beim WBP erwarten. Mit einer explizit ausgesprochenen definitorischen Feststellung zum Verfahren „Humanistische Psychotherapie“ kann der Weg der Anerkennung dieses Verfahrens beschritten werden.

Es ist zu hoffen, dass dieser Schritt dazu beiträgt, dass auch in Deutschland in absehbarer Zeit für die Patienten das gesamte Spektrum wirksamer Psychotherapie – in den Verfahren *Psychodynamischer, Verhaltenstherapeutischer, Systemischer und Humanistischer Psychotherapie* – bereitgestellt werden kann.

<sup>2</sup> Es handelt sich um zehn Verbände humanistischer Therapie, die der Homepage der AGHPT zu entnehmen sind: [www.aghpt.de](http://www.aghpt.de).

## Literatur

- BPTK. (2009a). Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13 bis 15 der Psychotherapie-Richtlinie „Psychoanalytisch begründete Verfahren“. *Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 10.11.2009*. Verfügbar unter: [http://www.bptk.de/uploads/media/20091113\\_stellungnahme\\_bptk\\_091110\\_g-ba\\_pr%C3%BCft\\_richtlinienpsychth.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20091113_stellungnahme_bptk_091110_g-ba_pr%C3%BCft_richtlinienpsychth.pdf) [20.10.2011].
- BPTK. (2009b). G-BA prüft Richtlinienpsychotherapie erneut. *Stellungnahme der BPTK vom 13.11. 2009*. Verfügbar unter: [www.bptk.de/stellungnahmen/einzelansicht/artikel/g-ba-prueft.html](http://www.bptk.de/stellungnahmen/einzelansicht/artikel/g-ba-prueft.html) [20.10.2011].
- BPTK. (2009c). Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß §§ 13 bis 15 der Psychotherapie-Richtlinie, Verhaltenstherapie. *Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 10.11.2009*. Verfügbar unter: [http://www.bptk.de/uploads/media/20091113\\_stn\\_bptk\\_richtlinienverfahren\\_vt\\_091110\\_g-ba\\_pr%C3%BCft\\_richtlinienpsychth.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20091113_stn_bptk_richtlinienverfahren_vt_091110_g-ba_pr%C3%BCft_richtlinienpsychth.pdf) [20.10.2011].
- Eberwein, W. (2009). *Humanistische Psychotherapie. Quellen, Theorien und Techniken*. Stuttgart: Thieme.
- G-BA. (2011). Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). *Zuletzt geändert am 14. April 2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 100 (S. 2424) vom 07. Juli 2011, in Kraft getreten am 08. Juli 2011*. Verfügbar unter: [www.g-ba.de/downloads/62-492-544/PT-RL\\_2011-04-14.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-544/PT-RL_2011-04-14.pdf) [21.10.2011].
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 5 (1), 4-11.
- Hofmann, S. O. (2000). Psychodynamische Therapie und Psychodynamische Verfahren. Ein Plädoyer für die Übernahme eines einheitlichen und international gebräuchlichen Begriffs. *Psychotherapeut*, 45 (1), 52-54.
- Kächele, H. & Strauß, B. (2008). Brauchen wir Richtlinien oder Leitlinien für psychotherapeutische Behandlungen? *Psychotherapeut*, 53, 408-413.
- Kriz, J. (2005). Von den Grenzen zu den Passungen. *Psychotherapeutenjournal*, 4 (1), 12-20.
- Kriz, J. (2006). *Methodenintegration auf der Basis des 4-Säulen-Modells. Ein Plädoyer zur Erhöhung therapeutischer Passungskompetenz*. Leitvortrag am 2. Berliner Landespsychotherapeutentag „Einheitliches Berufsbild und Vielfalt des Vorgehens“. Dokumentation der Berliner Landeskammer (S. 6-13), Berlin.
- Kriz, J. (2007). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Kriz, J. (2009). Vielfalt in der Psychotherapie: Das Vier-Säulen-Modell. Plädoyer, die internationale und stationäre Verfahrenspluralität auch in deutschen Praxen wieder zuzulassen. *VPP-aktuell*, 2009 (4), 3-5.
- Kuhr, A. & Vogel, H. (2009). Verfahrensorientierung im PsychThG – ist die Zeit reif für eine integrative psychotherapeutische Ausbildung? *Psychotherapeutenjournal*, 8 (4), 373-376.
- Lambert, M. J. (Ed.). (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.). New York: Wiley.
- Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal Of Integrative and Eclectic Psychotherapy* (6), 6-27. (Deutsch: 1988. Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Therapie* (4), 281-308.)
- Quitmann H. (1996). *Humanistische Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Revenstorf, D. (1982-85): *Psychotherapeutische Verfahren*. Bd. 1: Tiefenpsychologische Therapie (1982a), Bd. 2: Verhaltenstherapie (1982b), Bd. 3: Humanistische Therapien (1983), Bd. 4: Gruppen-, Paar- und Familientherapie (1985). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schindler, H. & v. Schlippe, A (2006). Psychotherapeutische Ausbildungen und psychotherapeutische Praxis kassenzugelassener Psychologischer PsychotherapeutInnen und Kinder- und Jugendlichen. *Psychotherapie im Dialog*, 7 (3), 334-337.
- Senf, W. & Broda, M. (2011). *Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch* (5. neubearbeitete Aufl.). Thieme: Stuttgart.
- Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H. J., Goldbeck, L., Leuzinger, Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. *Berlin: Bundesministeriums für Gesundheit*. Verfügbar unter: [www.mpsy.uniklinikum-jena.de/mpsy\\_media/Downloads/Endfassung\\_Forschungsgutachten\\_Psychotherapieausbildung.pdf](http://www.mpsy.uniklinikum-jena.de/mpsy_media/Downloads/Endfassung_Forschungsgutachten_Psychotherapieausbildung.pdf) [20.10.2011].
- Strauß, B., Hautzinger, M., Freyberger, H. J., Eckert, J. & Richter, R. (2010). Wie wissenschaftlich fundiert sind Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 9 (2), 160-168.
- Walz-Pawlita, S., Lackus-Reitter, B. & Loetz, S. (2009). Plädoyer für eine verfahrensbezogene Ausbildung und Praxis: Zur „methodenspezifischen Eigengesetzlichkeit therapeutischer Prozesse“. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (4), 352-365.
- WBP. (2010). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie*. Verfügbar unter: [www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.78&ts=1](http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.78&ts=1) [21.10.2011].



Prof. Dr. Jürgen Kriz

Universität Osnabrück  
 FB Humanwissenschaften  
 49069 Osnabrück  
[juergen.kriz@uni-osnabrueck.de](mailto:juergen.kriz@uni-osnabrueck.de)

# Motive zur Berufswahl Psychotherapeut

Yvette Barthel<sup>1</sup>, Judith Lebiger-Vogel<sup>2</sup>, Rüdiger Zwerenz<sup>3</sup>, Manfred E. Beutel<sup>3</sup>, Marianne Leuzinger-Bohleber<sup>2</sup>, Gerd Rudolf<sup>4</sup>, Reinhold Schwarz†<sup>5</sup>, Helmut Thomä<sup>6</sup>, Elmar Brähler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, <sup>2</sup>Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt/Main, <sup>3</sup>Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, <sup>4</sup>Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Psychosomatische Klinik, <sup>5</sup>Universität Leipzig, Abteilung Sozialmedizin, <sup>6</sup>Leipzig, Prof. em.

**Zusammenfassung:** Warum wird jemand Psychotherapeut? Im Rahmen von drei Untersuchungen wurden Studierende der Psychologie, Medizin und Pädagogik, Teilnehmer in Psychotherapieausbildung und ältere Psychoanalytiker zu ihren Motiven bei der Berufswahl und ihren individuellen Ausbildungserfahrungen befragt. Hauptmotiv für die psychotherapeutische Ausbildung war bei Studierenden und Ausbildungsteilnehmern in tiefenpsychologischer/analytischer Psychotherapie die persönliche Erfahrung. Bei den künftigen Verhaltenstherapeuten standen hingegen Karrieremöglichkeiten und die Akzeptanz im Gesundheitswesen im Vordergrund. Die Darstellung der einzelnen Psychotherapieverfahren im Studium wurde von vielen Befragten als inadäquat empfunden. Die Autoren fordern eine ausgewogenere und an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierte Darstellung.

## Einleitung

Wer eine Psychotherapie in Anspruch nehmen will, muss in der Regel mit Wartezeiten von mehreren Wochen oder gar Monaten rechnen (Bundespsychotherapeutenkammer BPTK, 2011). Für Menschen in akuten Belastungssituationen stehen immer noch zu wenige ambulante Angebote zur Verfügung (Zepf, Mengele & Hartmann, 2003; BPTK, 2011).

Ausreichende und an die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patienten angepasste psychotherapeutische Versorgungsangebote sind gefragt. Dies ist aber nur möglich, wenn genügend Menschen sich im Rahmen der sozialrechtlich zugelassenen Richtlinienverfahren ausbilden lassen wollen (Neitscher, Loew & Bodenstein, 2006). Wer also die Quantität der psychotherapeutischen Versorgung bei Wahrung des Qualitätsstandards verbessern will, sollte der Ausbildung künftiger Psychotherapeuten ein Interesse zukommen lassen.

Wie Psychotherapeuten auszubilden sind, regelt seit 1999 das Psychotherapeutengesetz (PsychThG). Unter den gesetzlichen Bedingungen stellt die Ausbildung für künftige Psychotherapeuten eine intellektuelle, organisatorische und nicht zuletzt auch finanzielle Herausforderung dar. Zehn Jahre nach dem Inkrafttreten des PsychThG hat ein Forschernetzwerk unter der Leitung von Professor Bernhard Strauß vom Universitätsklinikum Jena ein Gutachten zur Ausbildungssituation vorgelegt. In diesem von der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in Auftrag gegebenen Forschungsgutachten wurden eine umfassende Bilanz der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gezogen und Veränderungsvorschläge für eine Novellierung des PsychThG erarbeitet. Die Zugangsbedingungen zum Beruf *Psychotherapeut* sollten präzisiert bzw. den aktuellen Studienabschlüssen angepasst werden, weiterhin sei eine Überarbeitung der Ausbildungsinhalte erforderlich (vgl. Strauß et al., 2009). Inwieweit diese Vor-

schläge vom Gesetzgeber umgesetzt werden, ist derzeit noch offen.

## Lang und teuer

Die Ausbildung ist in der Regel sehr zeit- und kostenintensiv. Psychologen absolvieren sie häufig nebenberuflich in einem Zeitraum von fünf bis sieben Jahren, die Kosten belaufen sich auf ca. 20.000 bis 30.000 Euro (vgl. u. a. Strauß & Kohl, 2009). Darum wurden vor allem mit Blick auf die zeitliche und finanzielle Belastung notwendige Veränderungen vorgeschlagen. Zwar wählen immer weniger Mediziner eine psychotherapeutische Ausbildung, ein absoluter Schwund an Ausbildungswilligen ist dennoch nicht zu verzeichnen (BPTK, 2008). Das sollte aber nicht über die schwierigen Bedingungen der Ausbildung hinwegtäuschen. Zugleich ist es Anlass herauszufinden, aus welchen Gründen Psychologen so viel Zeit und Geld in eine Psychotherapieausbildung investieren.

## Wer entscheidet sich wofür?

In Abgrenzung zum Psychotherapiegutachten steht in diesem Artikel die Frage im Mittelpunkt, wer welche Psychotherapieausbildung wählt und welche Motive dabei eine Rolle spielen. Berücksichtigt wurden dabei ausschließlich solche Ausbildungen, deren Vertiefungsverfahren von den gesetzlichen Krankenversicherungen vergütet wird. Das

sind im Einzelnen die drei Verfahren Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie Analytische Psychotherapie, jeweils für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene. Die beiden letztgenannten Verfahren werden vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) unter dem Begriff „Psychodynamische Psychotherapie“ zusammengefasst.

Dass die Blickrichtung eher aus der Seite der psychodynamischen Verfahren erfolgt, dient keineswegs einer Bewertung der Verfahren, sondern ist vielmehr eine Folge der ursprünglichen Fragestellung und des Zugangswegs der Erstautorin.

### Mangel an Attraktivität und Akzeptanz

Aktuelle Ausbildungszahlen zeigen, dass wesentlich weniger angehende Psychotherapeuten die psychodynamischen Verfahren wählen als die Verhaltenstherapie. So gibt es derzeit entsprechend einer bundesweiten Erhebung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK, 2008) 1.500 Ausbildungsteilnehmer in Analytischer und Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie gegenüber 4.500 in Verhaltenstherapie. Im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie waren 2008 von ca. 2.500 Ausbildungsteilnehmern nur 900 (36%) in tiefenpsychologisch fundierter/analytischer Ausbildung. Dies kann als Akzeptanzkrise oder Attraktivitätsproblem dieser Ausbildung bzw. des psychoanalytischen Paradigmas ausgelegt werden. So ist die Frage, wie angehende Psychotherapeuten die Entscheidung für einen bestimmten Ausbildungsgang treffen, auch vor dem Hintergrund der geringer werdenden Nachfrage an einer Ausbildung in analytischen Ausbildungsinstituten zu stellen. Wenn es keinen Nachwuchs mehr gibt, stirbt die Psychoanalyse über kurz oder lang als psychotherapeutisches Behandlungsverfahren aus und lebt nur noch als philosophische Disziplin weiter.

### Empirischer Zugang

Einen empirischen Zugang zum Thema bieten mehrere Untersuchungen einer ge-

mischten Arbeitsgruppe der Universitäten Mainz und Leipzig sowie des Sigmund-Freud-Institutes in Frankfurt/Main über die Beweggründe bei der Entscheidung für eine bestimmte Ausbildungsrichtung. Darin wurden zum einen Studierende der Fächer Psychologie, Medizin und Pädagogik/Sozialwissenschaft nach ihren Erwartungen und Plänen hinsichtlich einer psychotherapeutischen Ausbildung befragt (vgl. Lebiger-Vogel et al., 2009; Lebiger-Vogel, 2011). Zum anderen wurden Ausbildungsteilnehmer in Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Analytischer Psychotherapie rückblickend nach den Gründen für ihre Wahl und ihre Erfahrungen mit der Ausbildung befragt (vgl. Barthel et al., 2010). Über die Befragungen künftiger Psychotherapeuten hinaus wurden ältere Psychoanalytiker nach den Gründen ihrer vor vielen Jahren getroffenen Entscheidung befragt (Barthel, Ullrich, Thomä & Schwarz, 2009). Die Ergebnisse der Befragung Älterer im Forschungsprojekt „ReForm – Erfahrungen älterer Psychoanalytiker“ zeigen Möglichkeiten und Herausforderungen der Generation der heute über 70-Jährigen auf ihrem damaligen Weg zum Analytiker. Sie repräsentieren eine Auf- und Umbruchsgeneration, die vor allem die sich oft lang hinziehende Formalisierung der Ausbildung und Patientenversorgung direkt miterlebte und prägte (vgl. Barthel et al., 2009). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung dient diese Befragung der Ergänzung der Befunde der Studierenden und Ausbildungsteilnehmer.

Alle Untersuchungen fanden in den Jahren 2006 bis 2008 statt und wurden als retrospektive quantitative Querschnittstudie konzipiert. Als Messinstrument wurde ein in einer Vorstudie zusammengestellter und für die jeweilige Befragungsgruppe angepasster Fragebogen eingesetzt (vgl. Zwerenz et al., 2007). Dieser umfasst spezifisch für den Forschungsgegenstand formulierte offene und geschlossene Fragen zu den Themen Einstellungen gegenüber Psychotherapie und psychotherapeutischer Tätigkeit, Wahrnehmung der verschiedenen Psychotherapierichtungen, Fragen zu beruflichen Zielen und Plänen und zur Zufriedenheit mit der Ausbildung.

### Die Untersuchungsgruppe

Im Einzelnen setzt sich die Gesamtuntersuchungsgruppe wie folgt zusammen: Zunächst wurden 679 Studierende der Studiengänge Psychologie (N=221), Medizin (N=371) sowie Pädagogik (N=87) an zehn Universitäten befragt (vgl. Lebiger-Vogel et al., 2009; Lebiger-Vogel, 2011). Diese Ortsverteilung wurde gewählt, um einen direkten Einfluss durch die psychotherapeutische Ausrichtung des jeweiligen Lehrstuhles zu berücksichtigen. Einbezogen wurden sowohl Universitäten mit einer eher verhaltenstherapeutischen Ausrichtung als auch solche mit einer eher psychodynamischen Ausrichtung. Die Verteilung der Fragebögen erfolgte weitestgehend in Pflichtveranstaltungen der jeweiligen Studiengänge im letzten Studienabschnitt. Dadurch konnte davon ausgegangen werden, dass relevante Studieninhalte zu Psychotherapie/Psychosomatik bzw. Psychiatrie bereits vermittelt worden waren. Die Verteilung der Fragebögen erfolgte im Anschluss an eine Lehrveranstaltung. Der Gesamtrücklauf von 50% (45% bei Psychologiestudierenden, 62% bei Medizinstudierenden und 32% bei Pädagogikstudierenden) blieb leicht unter den Erwartungen.

Für die Befragung der Ausbildungsteilnehmer wurde der Fragebogen an alle Ausbildungsteilnehmer in den Instituten der psychoanalytischen Fachgesellschaften Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV), Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG) und eines freien Ausbildungsinstituts deutschlandweit sowie an die Ausbildungsteilnehmer verhaltenstherapeutischer Ausbildungen in Leipzig, Mainz und Gießen zum größten Teil postalisch versandt. 343 Fragebogen konnten in die Untersuchung einbezogen werden. Die Rücklaufquote der Untersuchungsgruppe der Ausbildungsteilnehmer lag bei 38%. In dieser Gruppe überwogen die Teilnehmer in analytischer (N=210) bzw. tiefenpsychologischer Ausbildung (N=45) gegenüber den Teilnehmern in verhaltenstherapeutischer Ausbildung (N= 88).

Zur Befragung der „älteren Analytiker“ wurden alle Mitglieder der psychoanalytischen Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft

für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT), DPG und DPV angeschrieben, welche vor dem Stichtag 1. Januar 1937 geboren wurden. Von den 352 versendeten Fragebögen konnten 144 in die Auswertung einbezogen werden. Die Rücklaufquote betrug 41% und kann wegen des recht hohen und damit möglicherweise einschränkenden Alters der Befragten (im Mittel 77 Jahre) als zufriedenstellend bezeichnet werden. Unter den Befragten waren 79 Mediziner (55%) und 53 Psychologen (37%). 8% der Befragten hatten ein geistes- und sozialwissenschaftliches Fach studiert (v. a. Theologie und Philosophie).

Einschränkend muss bemerkt werden, dass die befragten Studierenden nicht gleichverteilt in den Studienfächern waren, so wurden vergleichsweise wenige Pädagogikstudierende befragt, weswegen auf differenzierte Auswertung nach Studiengängen weitestgehend verzichtet wurde. In der Gruppe der Ausbildungsteilnehmer waren in der Untergruppe der Ausbildungsteilnehmer in psychodynamischer Psychotherapie N=74 (37%) Mediziner enthalten, in der Untergruppe derjenigen in Verhaltenstherapie jedoch gar keine Mediziner. Weiterhin konnten nicht gleich viele Ausbildungsteilnehmer in den jeweiligen Ausbildungsrichtungen befragt werden. Die älteren Berufspraktiker sind dagegen alle Psychoanalytiker, welches die Verallgemeinerbarkeit der Aussagen limitiert.

## Psychologen bevorzugen Verhaltenstherapie

Die Befunde der Untersuchungsgruppe der Studierenden weisen deutlich darauf hin, dass die Entscheidung für eine Ausbildung sehr von der Studienrichtung abhängt. Psychologiestudierende bevorzugen demnach die Verhaltenstherapie, Studierende pädagogischer Studienrichtungen eher tiefenpsychologische Ansätze. Medizinstudierende hingegen zeigen weniger eindeutige Präferenzen für eines der Richtlinienverfahren. Das könnte besonders bei den Medizinstudierenden auf ein generelles Differenzierungsproblem hinweisen – aber auch auf Defizite in der

Tabelle 1: Defizite in der Kenntnisvermittlung PT-Verfahren

Item	Ausb.Tn AT/TP		Ausb.Tn VT		F	p
	MW	N	MW	N		
„Wie gut hat Sie Ihr Studienfach auf Ihre momentane Ausbildung vorbereitet?“ <sup>1</sup>	2,68	253	3,31	88	3,006**	<,001
„Wurden psychotherapeutische Verfahren und Inhalte in Ihrem Studium in angemessenem Umfang dargestellt?“ <sup>2</sup>	1,74	253	1,91	88	14,645*	,038
	Mediziner		Psychologen			
	MW	N	MW	N		
„Wie gut hat Sie Ihr Studienfach auf Ihre momentane Ausbildung vorbereitet?“ <sup>1</sup>	2,39	93	3,02	244	0,544**	<,001
„Wurden psychotherapeutische Verfahren und Inhalte in Ihrem Studium in angemessenem Umfang dargestellt?“ <sup>2</sup>	1,45	93	1,92	244	0,884**	<,001

ANOVA; \* signifikant auf 5%-Niveau; \*\* signifikant auf 1%-Niveau

MW: Durchschnittlicher Skalenwert der fünfstufigen Items

AT/TP: Analytische Therapie/Tiefenpsychologisch fundierte Therapie, VT: Verhaltenstherapie

<sup>1</sup> 1 = „gar nicht“ bis 5 = „sehr“

<sup>2</sup> 1 = „viel zu wenig“ bis 5 = „viel zu viel“

Vermittlung der Verfahren im Studium (vgl. Zwerenz et al., 2007; Lebigier-Vogel et al., 2009; Lebigier-Vogel, 2011).

## Unzureichend vorbereitet?

Insgesamt geben 74% aller Studierenden an, dass psychotherapeutische Verfahren in ihrem Studium zu knapp dargestellt werden, 61% geben ein Wissensdefizit in diesem Bereich zu (vgl. Lebigier-Vogel et al., 2009). Von den Ausbildungsteilnehmern gaben 85,1% an, dass psychotherapeutische Verfahren im Studium nicht ausreichend („eher zu wenig“ oder „viel zu wenig“) dargestellt wurden.

Von den Ausbildungsteilnehmern wurde besonders die inhaltliche Unausgewogenheit in der Darstellung der Verfahren im Studium kritisiert. Die Frage „Wurden die verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren in Ihrem Studium inhaltlich ausgewogen dargestellt?“ wurde von drei Vierteln (75,5%) der befragten Ausbildungsteilnehmer mit „nein“ und von nur 23,9% mit „ja“ beantwortet. Bei den Studierenden waren es 37%, welche die Frage mit „nein“ beantwortet haben. De-

fizite bei der Kenntnisvermittlung („Sehen Sie rückblickend in Ihrem Studium Probleme oder Defizite bei der Vermittlung psychotherapeutischer Verfahren?“) werden von 77,8% der befragten Ausbildungsteilnehmer explizit bejaht, die Studierenden bejahten mit 61,2%. Tabelle 1 illustriert, inwieweit diese Defizite in der Untersuchungsgruppe der Ausbildungsteilnehmer differenziert betrachtet werden können.

Je nach Ausbildungsrichtung bewerteten die Ausbildungsteilnehmer die Kenntnisvermittlung im Studium sehr unterschiedlich. So gaben Teilnehmer in tiefenpsychologischer/analytischer Ausbildung häufiger an, keinerlei Informationen über andere Psychotherapieverfahren erhalten zu haben (28,1%), als ihre Kollegen in verhaltenstherapeutischer Ausbildung. Teilnehmer in tiefenpsychologischer/analytischer Ausbildung schätzten sowohl die Vorbereitung auf die Ausbildung durch das Studium als auch die Ausgewogenheit bei der Darstellung der Verfahren im Studium erheblich schlechter ein als Teilnehmer in verhaltenstherapeutischer Ausbildung.

Spezifische und ausgewogene Informationen bildeten eine wichtige Grundlage bei der Entscheidung für eine Ausbildung. Die-

se Entscheidungsgrundlage wird nach den vorliegenden Ergebnissen durch das Studium nicht gewährleistet. Der größte Teil aller befragter Studierenden und Ausbildungsteilnehmer kritisierte die Darstellung psychotherapeutischer Verfahren während ihres Studiums als sachlich unausgewogen und nicht ausführlich genug (vgl. Barthel et al., 2010; Lebiger-Vogel et al., 2009). Bekannt ist, dass durch eine qualitativ und quantitativ verbesserte Darstellung psychotherapeutischer Verfahren im Studium das Interesse und die Einstellungen der Studierenden zur Psychotherapie positiv beeinflusst werden können (vgl. Eichenberg, Müller & Fischer, 2007).

Bezüglich der Wahrnehmung verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Verfahren bei den Studierenden sind signifikante Unterschiede zu verzeichnen. Studierende beurteilten die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie eher als wissenschaftlich belegt. Zudem ist sie aus ihrer Sicht besser klinisch einsetzbar und auch besser mit der Karriere vereinbar als psychodynamische Verfahren. Dagegen schätzen die Studierenden die psychodynamischen Verfahren so ein, dass diese eher die Selbsterkenntnis fördern und stärker zum Verständnis seelischer Störungen beitragen. Weiterhin stellten sie fest, dass die Ausbildung aufwendiger und länger sei. Bezüglich eines Beitrages zum Verständnis der Gesellschaft waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studierenden vorhanden (vgl. Lebiger-Vogel et al., 2009), siehe Abbildung 1.

### Materielle Bedürfnisse und idealistische Wünsche

Auch persönliche Zielstellungen und Rahmenbedingungen spielen bei der Wahl der Ausbildung eine Rolle. Auf die Frage an die Ausbildungsteilnehmer, welche Wünsche mit der Wahl ihrer persönlichen Ausbildung verbunden waren, zeigte sich bei denjenigen in tiefenpsychologischer/analytischer Ausbildung, dass pragmatische oder materielle Gründe, wie ein sicherer Arbeitsplatz, Karrieremöglichkeiten, ein gutes Einkommen oder die Vereinbarkeit mit der Familie, gegenüber idealistischen Wünschen, wie persönliche Weiterentwick-

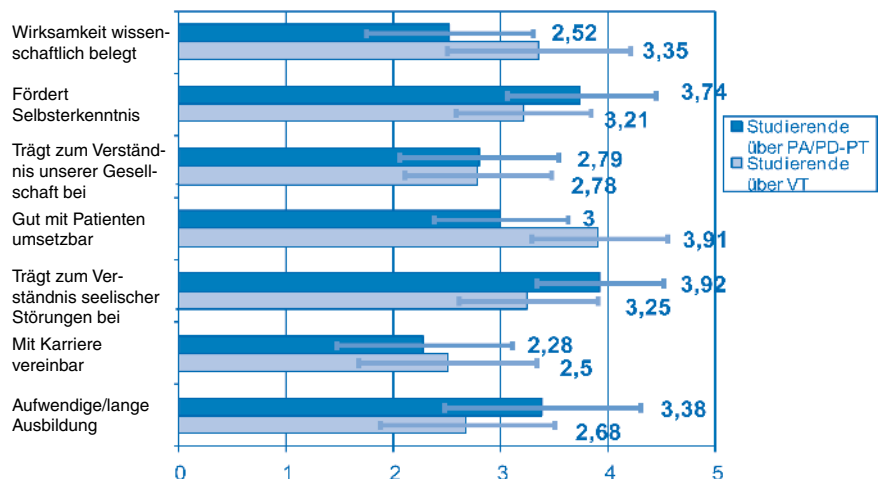


Abbildung 1: Unterschiede in der Einschätzung von Verhaltenstherapie (VT) und Psychoanalyse (PA/PD-PT) durch Studierende

t-Tests für abhängige (zur Korrektur kumulierter Wahrscheinlichkeiten) Untersuchungsgruppen: Unterschiede:  $p^{**}$ ; Verständnis unserer Gesellschaft: n. s.; verzeichnet sind Mittelwerte und Streuungen auf einer Skala von 1=„gar nicht“ bis 5=„sehr“; einbezogen sind diejenigen Studierenden, denen die Verfahren bekannt sind (VT bekannt: N= 505; PA/PD-PT bekannt: N= 504)

Tabelle 2: Kategorien für Interesse an einer Ausbildung bzw. Berufswahl

Kategorie	Inhalte
Persönliche Erfahrung	■ eigene Therapie, Erfahrungen mit Patienten
Neugier/Interesse	■ Wunsch nach Erkenntnisgewinn, Verständnis, persönliche Weiterentwicklung, intellektuelle Herausforderung
Identifikation	■ Idole, Vorbilder
Effektivität, Effizienz Verfahren	■ wissenschaftliche Fundierung, Strukturiertheit der Behandlung
Karriere, Akzeptanz	■ Selbständigen Arbeit, Aufstiegsmöglichkeiten, Anerkennung im Gesundheitswesen, Einkommen
Informiertheit	■ Input im Studium, Literatur
Kosten, Dauer Ausbildung	■ Aufwand und Nutzen, Vereinbarkeit mit Familie und Privatleben

Tabelle 3: Verteilung der Interessen an einer Ausbildung bzw. Berufswahl

Kategorien	Studierende mit Interesse in		Ausbildungsteilnehmer in			ältere Analytiker N= 36
	AP/TP N= 100	VT N= 137	AP N= 204	TP N= 42	VT N= 85	
Persönliche Erfahrung						
Neugier/Interesse	67%*	35%*	86%	77%	36%	86%
Identifikation						
Effektivität, Effizienz Verfahren						
Karriere, Akzeptanz	19%*	47%*	14%	23%	64%	14%
Informiertheit						
Kosten, Dauer Ausbildung						

AP = Analytische Psychotherapie; TP= Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; VT= Verhaltenstherapie

\*hier gab es nicht kategorisierbare Aussagen



lung oder intellektuelle Herausforderung, in den Hintergrund treten. Dieser Befund zeigt sich auch in der Untersuchungsgruppe der älteren Analytiker.

Große Unterschiede lassen sich beim Vergleich der Ausbildungsteilnehmer untereinander finden. Besonders deutlich wird das bei ihren Antworten auf die Frage „*In welchem Ausmaß haben pragmatische Gründe (z. B. Arbeitsmarktsituation, Länge, Kosten der Ausbildung) für die Wahl Ihrer Ausbildungsrichtung eine Rolle gespielt?*“ Die Ausbildungsteilnehmer in Verhaltenstherapie erreichten auf einer fünfstufigen Likert-Skala (1 = „gar nicht“ bis 5 = „sehr“) den höchsten Mittelwert (3,48), gefolgt von Ausbildungsteilnehmern in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (2,73) und Ausbildungsteilnehmern in Analytischer Psychotherapie (1,88). Ergänzend soll erwähnt werden, dass nahezu 90% der älteren Analytiker diese Frage mit „gar nicht“ oder „kaum“ beantworteten.

Aus offenen Antworten auf die Frage „*Bitte geben Sie stichwortartig an, welche fachlichen oder auch persönlichen Gründe bei Ihren Präferenzen für eine eventuelle bzw. für Ihre psychotherapeutische Ausbildung eine Rolle spielen bzw. gespielt haben*“, wurden mittels Kategorisierung offener Antworten (Cohens  $\kappa$ : 0,82) in allen drei Untersuchungsgruppen Gründe zusammengefasst, die für das Interesse an einer Ausbildung (Studierende), für die Wahl der jeweiligen Richtung (Ausbildungsteilnehmer) und für die Berufswahl (ältere Analytiker) entscheidend waren.

Die gebildeten Kategorien zeigen die Tabellen 2 und 3.

Bei allen psychoanalytisch orientierten Befragten überwiegt das Motiv „*Persönliche Erfahrung*“, unter welchem eigene psychotherapeutische Erfahrungen oder die Erfahrungen von nahestehenden Personen mit Psychotherapie subsumiert sind. Als zweitstärkstes Motiv wurde „*Neugier/Interesse*“ identifiziert. In dieser Kategorie sind Angaben zusammengefasst, die den Wunsch nach Erkenntnisgewinn bzw. einem tieferen Verstehen des Menschen ausdrücken. Als drittstärkstes Motiv konnte „*Identifikation*“ ausgemacht werden. Da-

runter sind Beschreibungen zusammengefasst, die eine bestimmte Person zum Inhalt haben, einen Mentor, ein Ideal, ein Vorbild oder Identifikation mit der Verfahrensrichtung. Die eher pragmatischen Gründe (Kosten, Effektivität des Verfahrens, Karrieremöglichkeiten) wurden häufiger von Interessenten an und Ausbildungsteilnehmern in verhaltenstherapeutischer Ausbildung genannt. Sie scheinen sich bei der Wahl eines Verfahrens eher an beruflichen Erfolgsaussichten und wissenschaftlich begründeter Effizienz zu orientieren. Ebenso spielt das Motiv einer „*kürzeren, kostengünstigeren Ausbildung*“ im Bereich der Richtlinienverfahren für Ausbildungsteilnehmer in Verhaltenstherapie (alles Psychologen) eine größere Rolle.

## Welche Rolle spielt die Vorerfahrung?

Unter allen Befragten fanden sich Personen, die psychotherapeutische Vorerfahrungen außerhalb der zur Ausbildung gehörenden Selbsterfahrung mitbringen. Dabei war der Anteil bei den psychodynamischen Richtungen stets größer als bei der Verhaltenstherapie. Bei den Studierenden waren es 32% der Interessenten an tiefenpsychologischer/analytischer Psychotherapie gegenüber 17% bei den Verhaltenstherapie-Interessenten. 69% der Ausbildungsteilnehmer in einem psychodynamischen Verfahren und 32% der Ausbildungsteilnehmer in Verhaltenstherapie gaben psychotherapeutische Vorerfahrungen außerhalb der Selbsterfahrung an. Bei den älteren Analytikern waren es 45% der Befragten, die bereits vor der Ausbildung eine Psychotherapie absolviert hatten. Der Großteil der Befragten beurteilte die Erfahrungen in diesen Psychotherapien positiv.

Ausbildungsteilnehmer in psychodynamischer Ausbildung lassen sich somit weniger von Informationen über die Ausbildung als von ihren persönlichen Zielen und Werten leiten. Die persönliche Erfahrung mit dieser Psychotherapie war für die Wahl sehr bedeutsam, was heißt, dass persönlich erworbene Informationen an die Stelle von im Studium erworbenen Informationen treten. Persönlich positive Erfahrung mit einer Psychotherapie war

und ist somit ein wichtiger Beweggrund für die Wahl dieser Ausbildung. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Motivation zum Ergreifen des Berufes Psychoanalytiker in einem stärkeren Maß als bei anderen Psychotherapierichtungen von einem tiefen Interesse an Erkenntnissen über das eigene Selbst und das Selbst anderer geprägt ist. Damit besteht ein enger Bezug zum Konzept der Bedeutung der eigenen Heilung und des Einflusses einer eigenen Psychotherapie auf eine spätere Berufswahl. Aufgrund der vorliegenden Befunde kann angenommen werden, dass die Ausprägung dieses Motives für Psychotherapeuten psychodynamischer Richtungen stärker als für Psychotherapeuten verhaltenstherapeutischer Ansätze ist. Rudolf (2010) weist darauf hin, dass eine eigene Psychotherapieerfahrung der Ausbildungsteilnehmer einerseits die Chance birgt, eigene positive Erfahrungen als Psychotherapeut weiterzugeben. Andererseits besteht damit auch ein Risiko für zukünftige Psychotherapeuten, ungelöste Konflikte zu behalten oder in bewundernder Abhängigkeit von ihren Psychotherapeuten festzustecken, welches zu Problemen der psychotherapeutischen Identität führen könnte.

Die verhaltenstherapeutische Ausbildung wird entsprechend dieser Untersuchung häufiger aus sachlichen Gründen, aufgrund der nachgewiesenen Wirksamkeit oder aus Kosten- und Karrieregründen gewählt. Die Tendenz Studierender hin zur verhaltenstherapeutischen Ausbildung kann demnach auch mit einem zunehmenden Kostenbewusstsein und einer Orientierung an evidenzbasierter Psychotherapie in Verbindung gebracht werden. Die schwierigen finanziellen und persönlichen Rahmenbedingungen angehender und niedergelassener Psychotherapeuten spielen eine immer stärkere Rolle. Insbesondere die psychoanalytischen Ausbildungsinstitute haben auf die veränderten Rahmenbedingungen offenbar nicht ausreichend reagiert. So erscheinen die zahlreich vorliegenden Wirksamkeitsstudien und Studien neuropsychologischer Art, besonders die psychodynamischen Verfahren betreffend, wenig bekannt bzw. orientiert sich die Ausbildung weniger an evidenzbasierten Kriterien.

Die allgemeine Zufriedenheit mit der Ausbildung ist bei einem Großteil der Ausbildungsteilnehmer sehr hoch, wenngleich sich auch hier in spezifischen Bereichen Unterschiede zeigen (vgl. Tabelle 4). Möglicherweise sind Teilnehmer in psychodynamischen Ausbildungsgängen zufriedener, weil bei ihnen persönliche Wertvorstellungen und die Ausbildung offenbar am besten zusammenpassen (vgl. dazu auch Ambühl et al., 1995). Teilnehmer in verhaltenstherapeutischer Ausbildung zeigten sich am unzufriedensten mit dem Teilbereich der Selbsterfahrung, was darauf verweist, dass dieser Aspekt den Teilnehmern wichtig und möglicherweise zu wenig in der verhaltenstherapeutischen Ausbildung verankert ist (vgl. auch Strauß et al., 2009). Innerhalb der Befragung zum Psychotherapiegutachten (Strauß et al., 2009) beurteilten die Ausbildungsteilnehmer in psychodynamischen Ausbildungsgängen die Einzelselbsterfahrung als hilfreicher und nützlicher für die Entwicklung einer psychotherapeutischen Kompetenz als die Ausbildungsteilnehmer in Verhaltenstherapie, welche einen Mangel an Selbsterfahrung im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Ausbildung beklagten (vgl. Kämmerer, Kapp & Rehahn-Sommer, 2011).

### Anregungen für die Zukunft

Die inadäquate Darstellung der einzelnen Psychotherapieverfahren in medizinischen, psychologischen und auch pädagogischen Studiengängen sollte zugunsten einer inhaltlich ausgewogeneren Darstellung korrigiert werden. Auch in der Bewertung der zukünftigen Gestaltung der Ausbildung im „Forschungsgutachten“ wird auf eine Notwendigkeit der Lehre aller wissenschaftlich fundierten Verfahren im Rahmen des Hochschulstudiums hingewiesen (Strauß et al., 2009). Inwieweit diesem Gesichtspunkt in den Gegenstandskatalogen für das zweistufige Bachelor-Master-Studien-system Aufmerksamkeit geschenkt werden kann, bleibt an dieser Stelle offen. Es stellt sich die Frage, inwieweit die Begrenzung auf die derzeit als sozialrechtlich anerkannten Verfahren Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Tabelle 4: Zufriedenheit der Ausbildungsteilnehmer mit der Wahl des Ausbildungsganges

Zufriedenheit	AP		TP		VT		F	P
	MW	N	MW	N	MW	N		
Gesamt	4,45	205	3,93	45	3,97	88	20,580**	<,001
Theoretische Ausbildung	3,82	201	3,40	43	3,58	88	5,751**	,004
Supervision	4,26	189	4,22	36	3,96	70	4,051*	,018
Selbsterfahrung	4,47	205	4,40	40	3,09	87	70,412**	<,001

\* signifikant auf 5%-Niveau; \*\* signifikant auf 1%-Niveau

AP= Analytische Psychotherapie; TP= Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; VT= Verhaltenstherapie

MW= Durchschnittlicher Skalenwert der fünfstufigen Items (1= „trifft gar nicht zu“ bis 5= „trifft sehr zu“) N= Anzahl der Antworten

und Analytische Psychotherapie haltbar ist. Kritiker weisen schon heute auf die Komplexität der psychotherapeutischen Situation hin, die von der Forschung und Ausbildungspraxis bisher jedoch nur ansatzweise erfasst wird.

Ausgewogene Informationen stellen die Basis dar, welche die Entscheidung für eine bestimmte Ausbildung in Einklang mit individuellen Zielen und Werten erst ermöglicht. Analytische Institute und Analytiker an den Universitäten sind angesichts der häufig vor allem die psychologischen Fakultäten in klinischer Psychologie dominierenden verhaltenstherapeutischen Sichtweise gefordert, fundierte Informationen über Psychoanalyse und vor allem über psychoanalytische Forschung einzubringen, um auch für diese Psychotherapierichtung Wirksamkeitsstudien vorzulegen bzw. bekanntzumachen. Aktuell ist zu beobachten, dass an einzelnen Universitäten, besonders an medizinischen Fakultäten (z. B. Universität Freiburg, Universität Mainz, Universität Heidelberg), psychodynamische Ausbildungsinstitute neu entstanden sind. Möglicherweise wäre es im Hinblick auf die Ausbildung an den psychologischen Fakultäten wichtig, die berufspolitische Arbeit aus den Reihen psychodynamisch arbeitender Psychotherapeuten zu intensivieren. Die Berücksichtigung finanzieller Kriterien bei der Wahl verweist einmal mehr auf die schwierigen Bedingungen, unter denen Psychologen in Deutschland eine Psychotherapieaus-

bildung absolvieren. Eine Anpassung der Ausbildungen unter stärkerer Beachtung dieser Rahmenbedingungen ist dringend wünschenswert.

### Literatur

Ambühl, H., Orlinsky, D., Cierpka, M., Buchheim, P., Meyerberg, J., Willutzki, U. & SPR Collaborative Research Network. (1995). Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von PsychotherapeutenInnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 45, 109-120.

Barthel, Y., Ullrich, P., Thomä, H. & Schwarz, R. (2009). Ausbildungs- und Berufserfahrungen älterer Psychoanalytiker. *Forum der Psychoanalyse*, 25 (2), 185-198.

Barthel, Y., Lebigier-Vogel, J., Zwerenz, R., Beutel, M. E., Leuzinger-Bohleber, M., Rudolf, G., Brähler, E. & Schwarz, R. (2010). Kandidaten in Psychotherapeutischer Ausbildung – Zugang und Zufriedenheit. *Forum der Psychoanalyse*, 26, 87-100.

BPTK. (2008). *Zukunft der Psychotherapieausbildung*. Symposium vom 9.4.2008 in Berlin.

BPTK (2011). Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. *Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK*. Verfügbar unter: [http://www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/BPTK-Studien/Wartezeiten\\_in\\_der\\_Psychotherapie/20110622\\_BPTK-Studie\\_](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Studien/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPTK-Studie_)

- Langfassung\_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf [20.10.2011].
- Eichenberg, C., Müller, K. & Fischer, G. (2007). Die Motivation zur Berufswahl Psychotherapeut/in: Ein Vergleich zwischen Schülern, Studierenden und (angehenden) Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 5 (2), 83-97.
- Kämmerer, A., Kapp, F. & Rehahn-Sommer, S. (2011). Selbsterfahrung in der modernen Verhaltenstherapieausbildung. *Psychotherapeutenjournal*, 10 (2), 146-151.
- Lebiger-Vogel, J. (2011). „Gute Psychotherapie“. *Psychoanalyse und Verhaltenstherapie im soziokulturellen Kontext*. (Schriften des Sigmund-Freud-Instituts, Reihe 2: Psychoanalyse im interdisziplinären Dialog, Bd. 15). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lebiger-Vogel, J., Barthel, Y., Beutel, M. E., Rudolf, G., Schwarz, R., Zwerenz, R. & Leuzinger-Bohleber, M. (2009). „Da wirst du ja auch bekloppt bei.“ Zum psychotherapeutischen Weiterbildungsinteresse Studierender. *Forum der Psychoanalyse*, 25 (3), 283-297.
- Neitscher, F., Loew, T. & Bodenstein, D. (2006). Schwerpunkt Psychosomatik auf dem Deutschen Ärztetag 2006. Wachsendes Bewusstsein der Ärzte. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52, 434-436.
- Rudolf, G. (2010). Therapeutische Identität: Der Beitrag der Lindauer Psychotherapiewochen. *Vortrag am 23. April im Rahmen der 60. Lindauer Psychotherapiewochen*. Verfügbar unter: [http://www.lptw.de/archiv/vortrag/2010/rudolf\\_g.pdf](http://www.lptw.de/archiv/vortrag/2010/rudolf_g.pdf) [03.07.2011].
- Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H. J., Goldbeck, L., Leuzinger, Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Strauß, B. & Kohl, S. (2009). Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 54, 411-426.
- Zepf, S., Mengele, U. & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 152-162.
- Zwerenz, R., Barthel, Y., Leuzinger-Bohleber, M., Schwarz, R., Vogel, J. & Beutel, M. E. (2007). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren und Weiterbildungen in der Medizin. Über die Einstellungen und Berufsinteressen von Studierenden der Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57 (2), 113.



**Dr. rer. med. Dipl.-Psych.**  
**Yvette Barthel**

Universität Leipzig  
Medizinische Fakultät  
Abteilung Medizinische Psychologie und  
Medizinische Soziologie  
Philipp-Rosenthal-Str. 55  
04103 Leipzig  
[yvette.barthel@medizin.uni-leipzig.de](mailto:yvette.barthel@medizin.uni-leipzig.de)

# Die Langzeitfolgen des Zweiten Weltkrieges in der deutschen Bevölkerung: Epidemiologische Befunde und deren klinische Bedeutung

Heide Glaesmer, Elmar Brähler

Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

**Zusammenfassung:** 40-50% der heutigen Älteren und damit der Generation, die bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges geboren wurde, berichten traumatische Erfahrungen – überwiegend aus der Zeit des Zweiten Weltkrieges. Auch über 60 Jahre nach Kriegsende gehen diese traumatischen Erlebnisse mit Einschränkungen der psychischen und körperlichen Gesundheit einher und führen zu einer erhöhten medizinischen Inanspruchnahme. Dennoch finden die traumatischen Erfahrungen oft zu wenig Beachtung oder werden nicht im Zusammenhang mit aktuellen psychischen Beschwerden gesehen. Aus diesem Grund sollte der historisch-biographischen Perspektive und den Spezifika der posttraumatischen Beschwerden bei älteren Patienten mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Mit der Lebensrückblicktherapie und der Integrativen Testimonial Therapie stehen vielversprechende Behandlungsansätze speziell zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörungen bei älteren Patienten zur Verfügung, wenngleich weitere Wirksamkeitsstudien benötigt werden.

## Hintergrund

Es ist heute unbestritten, dass traumatische Erfahrungen langfristige und schwerwiegende Folgen für die betroffenen Personen haben können. Diese sind in den letzten Jahren zunehmend Gegenstand des wissenschaftlichen Interesses geworden, vor allem bei jüngeren Menschen. Im Gegensatz dazu wurden Ausmaß und Konsequenzen traumatischer Erfahrungen bei Älteren bislang kaum systematisch untersucht. Die wenigen bisher verfügbaren Untersuchungen deuten darauf hin, dass altersspezifische Entwicklungsaufgaben und Stressoren, aber auch kollektive, generationentypische Traumatisierungen zu einer spezifischen Ausprägung und Verarbeitung von Traumafolgestörungen im höheren Lebensalter beitragen.

Der Zweite Weltkrieg war das wohl erschütterndste und schwerwiegendste zeitgeschichtliche Ereignis des letzten

Jahrhunderts, welches gemeinsam mit weiteren Verbrechen des Dritten Reiches, wie dem Holocaust, 55 Millionen Opfer forderte. Er ging mit einem erheblichen Ausmaß traumatischer Erfahrungen einher und stellt eine wesentliche generationentypische Entwicklungsbedingung der heutigen älteren Bevölkerung in Deutschland, aber auch in den anderen an diesem Krieg beteiligten Ländern, dar. Die Forschung zu den Holocaustüberlebenden und deren Kindern hat relativ früh begonnen. Dagegen war die öffentliche Auseinandersetzung mit den psychosozialen Folgen des Krieges in Deutschland lange Zeit tabuisiert. Die wenigen Studien aus der Nachkriegszeit vermittelten der Öffentlichkeit, dass sich die sogenannten „Kriegskinder“ weitgehend unauffällig weiterentwickelten (Brähler, Decker & Radebold, 2003). Die häufig sehr ausgeprägte Identifizierung mit der deutschen Schuld am Zweiten Weltkrieg und seinen Folgen trug dazu bei, die eigenen Beeinträchtigungen und

Belastungen zu verdrängen oder zu bagatellisieren. Jahrzehntlang wurde ein Bild „anormaler Normalität“ aufrechterhalten. In Deutschland hat vermutlich das lange anhaltende kollektive Schweigen über den Krieg und die Fragen von Schuld, Scham und Verantwortung eine Auseinandersetzung mit den Belastungen der Kriegsgeneration lange verhindert. Zudem standen die unvorstellbare Dimension des an den Juden begangenen Massenmordes und die Folgen für die Überlebenden im Mittelpunkt der Betrachtung. Erst seit einigen Jahren scheint es möglich, sich unter Anerkennung der Unvergleichlichkeit des Holocausts den Folgen für andere Gruppen von Traumatisierten zu widmen, ohne in den Verdacht der Bagatellisierung des Holocausts zu geraten. Mit der Gründung der Forschergruppe *Weltkrieg2Kindheiten* im Jahr 2002 wurde die Erforschung der Folgen des Zweiten Weltkrieges deutlich vorangetrieben. Inzwischen liegen empirische Befunde aus Betroffenengruppen, aber auch aus Bevölkerungsstudien vor. Spezifische Behandlungsansätze wurden entwickelt und werden derzeit praktisch erprobt.

## Die Folgen kriegsbezogener Traumatisierungen in Deutschland

Im Rahmen klinischer Erfahrungen und in der Psychotherapie wurde in den vergangenen Jahren deutlich, dass die im Krieg erlittenen traumatischen Erlebnisse bei vielen Betroffenen nicht ohne Folgen blieben. Die meisten der heute noch Leben-

den erfuhren diese Traumata in Kindheit und Jugend und damit in einer Entwicklungsphase mit erhöhter Vulnerabilität und noch nicht voll ausgereiften Bewältigungs- und Anpassungsfähigkeiten (Maercker, 2002a). Die Folgen des Aufwachsens im Krieg für die Persönlichkeitsentwicklung, die Gestaltung sozialer Beziehungen oder die Ausdifferenzierung von Bewältigungsfähigkeiten spielen dabei eine große Rolle für die Ressourcen, die später bei der Bewältigung des Alternsprozesses mobilisiert werden müssen (Schneider, Driesch, Kruse, Nehen & Heuft, 2006). Klinische Beobachtungen zeigten, dass die Folgen der traumatischen Erfahrungen häufig erst im höheren Alter artikuliert und im Zusammenhang mit aktuellen psychischen Belastungen gesehen werden (Radebold, 2005; Radebold, 2006). Darüber hinaus wird diskutiert, dass im höheren Alter die Bewältigungskräfte und damit die Fähigkeit, traumabezogene Erinnerungen und Gefühle abzuwehren, nachlassen. Kommen weitere altersbedingte Stressoren dazu (z. B. Pensionierung, chronische Erkrankungen, Verlust von Freunden und Angehörigen), ergibt sich insgesamt eine Kumulation von Verlusten, die nicht mehr gut bewältigt werden können. Heuft (2004) führte in Abgrenzung zur Retraumatisierung den Begriff der *Traumareaktivierung* im Alter ein. Folgende Umstände werden für die späten Auswirkungen der Traumata ins Feld geführt (Heuft, 2004):

- Ältere Menschen haben mehr Zeit, bisher Unbewältigtes wahrzunehmen, da sie vom Druck anderer Lebensanforderungen befreit sind.
- Ältere Menschen spüren einen unbewussten Druck, sich einer unerledigten Aufgabe noch stellen zu wollen oder zu müssen.
- Der Alternsprozess selbst kann als narzisstische Kränkung erlebt werden und so traumatische Inhalte reaktivieren (z. B. Beängstigung durch drohende Abhängigkeit und Hilflosigkeit).

### **Befunde aus verschiedenen Betroffenenengruppen**

In den letzten Jahren sind einige Studien in verschiedenen Betroffenenengruppen durchgeführt worden, wie zum Beispiel an Op-

fern von Flucht und Vertreibung (Beutel, Decker & Brähler, 2007; Fischer, Struwe & Lemke, 2006; Kuwert, Brähler, Glaesmer, Freyberger & Decker, 2009; Teegen & Meister, 2000), an ehemaligen Kindersoldaten (Kuwert, Spitzer, Rosenthal & Freyberger, 2008), bei ehemaligen Frontkrankenschwestern (Teegen & Handwerk, 2006), bei Opfern von Vergewaltigungen während des Krieges (Kuwert & Freyberger, 2007) oder von Bombenangriffen (Heuft, Schneider, Klaißer & Brähler, 2007; Lamparter et al., 2010; Maercker, Herrle & Grimm, 1999). Fasst man die Befunde zusammen, so zeigen sich in den verschiedenen Betroffenenengruppen hohe Prävalenzen posttraumatischer Belastungsstörungen und anderer psychopathologischer Symptome. Insbesondere aufgrund von mehrfachen Traumatisierungen kam es zu kumulativen Effekten, die Lebensbedingungen während des Krieges und in der direkten Nachkriegszeit spielten bei der Bewältigung der Belastungen eine große Rolle. Gerade für die Betroffenen, die während des Krieges noch Kinder waren, stellten die Lebensbedingungen oft eine weitere Belastung dar, weil die Mütter der Kriegskinder als verlässliche Bezugspersonen nicht uneingeschränkt zur Verfügung standen, da sie durch Abwesenheit oder Tod des Vaters vielfältige Aufgaben zu bewältigen hatten und durch eigene Traumatisierungen belastet waren. Studien zu vaterlos aufgewachsenen Kriegskindern belegen deren Belastetheit (Decker, Brähler & Radebold, 2004; Franz, Lieberz, Schmitz & Schepank, 1999; Franz, Hardt & Brähler, 2007). Die aufgeführten Befunde belegten eindrucksvoll die Langzeitfolgen des Zweiten Weltkrieges, ließen aber dennoch Fragen offen, weil es an bevölkerungsrepräsentativen Aussagen zu den verschiedenen Traumata und insbesondere zum Auftreten posttraumatischer Symptome lange fehlte.

### **Psychosoziale Folgen in der älteren Bevölkerung**

In bevölkerungsbasierten Studien berichten 40-50% der älteren Deutschen mindestens ein traumatisches Ereignis (Glaesmer, Gunzelmann, Brähler, Forstmeier & Maercker, 2010; Hauffa et al., im Druck; Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Brähler, 2008b), in der *Study of Health in Pomerania* (SHIP-Studie) in Mecklenburg-

Vorpommern berichten sogar 76,5% der ab 65-Jährigen mindestens ein traumatisches Ereignis (Spitzer et al., 2008). Die Kriegsgeneration ist damit deutlich stärker belastet als die nachfolgenden Generationen. Kriegsbezogene Traumatisierungen machen dabei den weitaus größten Teil aus (Glaesmer et al., 2010; Maercker et al., 2008b). In einer Studie aus dem Jahr 2005 gaben in der Gruppe der ab 60-Jährigen 23,7% von ihnen an, direkte Kriegshandlungen erlebt zu haben, 20,6% hatten Ausbombung erlebt, 17,9% waren vertrieben worden und 4,4% waren in Gefangenschaft gewesen (Maercker et al., 2008b). Innerhalb der Kriegsgeneration nehmen die Prävalenzen kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen deutlich zu: Während in der jüngsten Altersgruppe 19,2% mindestens ein kriegsbezogenes Trauma berichten, steigt dieser Anteil auf fast 60% in der höchsten Altersgruppe an (Glaesmer et al., 2010). Vergleicht man diese Befunde mit einer Studie an älteren Schweizern, und damit mit einem Land, welches nicht direkt am Zweiten Weltkrieg beteiligt war, wird deutlich, dass diese mit einer Lebenszeitprävalenz von 36,3% in der gleichen Altersgruppe deutlich weniger belastet sind (Maercker et al., 2008a). Dies unterstreicht die Bedeutung des Zweiten Weltkrieges als generationstypische Erfahrung für die Kriegsgeneration in Deutschland. Interessanterweise finden sich kaum Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der berichteten Kriegstraumata, nur für Gefangenschaft sind die Prävalenzen bei den Männern höher, was sich aus dem historischen Kontext gut erklären lässt.

In Anbetracht des Ausmaßes der traumatischen Erfahrungen in der deutschen Kriegsgeneration stellt sich zwangsläufig die Frage, wie häufig diese Erfahrungen auch zu posttraumatischen Belastungsstörungen führen. Zwischen 3,0% und 4,0% der Älteren erfüllen heute die Kriterien eines Vollbildes einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Glaesmer, Kaiser, Brähler & Kuwert, im Druck; Glaesmer et al., 2010; Spitzer et al., 2008). Zur Frage, ob die Älteren damit auch häufiger eine PTBS haben als die nachfolgenden Generationen, finden sich widersprechende Befunde (Maercker et al., 2008b; Spitzer et al., 2008), bezieht man partielle PTBS

mit ein, ist von einer erhöhten posttraumatischen Belastung der Älteren auszugehen (Hauffa et al., im Druck). Innerhalb der Gruppe der Älteren findet sich zudem ein Anstieg der posttraumatischen Symptomatik über die Altersgruppen – jedoch nicht des Vollbildes einer PTBS –, was auf die steigenden Traumaprävalenzen zurückzuführen ist (Glaesmer et al., im Druck).

Da die Forschung zu den Kriegsfolgen erst so spät begonnen hat, liegen praktisch keine Studien zu den Langzeitverläufen der posttraumatischen Symptomatik vor. Dies ist auch damit zu begründen, dass die PTBS als Diagnose erst seit 1980 beschrieben ist. Die Älteren berichten aus ihrer Selbstbeobachtung häufig, dass die Symptome nach Jahrzehnten der Störungsfreiheit auftreten. In einigen retrospektiven Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die Symptome im Rahmen des Alternsprozesses vermehrt auftraten (Kruse & Schmitt, 1999; Solomon & Ginzburg, 1999). Das Konzept der Traumareaktivierung (Heuft, 2004) spricht ebenfalls für eine Verschlechterung des psychischen Befindens im Alter. Eine amerikanische Arbeitsgruppe hat ein breiter angelegtes Konzept für einen derartigen Verlauf vorgestellt, in dem normative Faktoren des Alterns sowie individuelle Risiko- und Schutzfaktoren die Symptomatik lang zurückliegender Traumatisierungen modulieren (*Late onset stress symptomatology*, LOSS) (Davison et al., 2006). Mit Blick auf die Befunde zu den Langzeitverläufen in anderen Altersgruppen kann angenommen werden, dass es sowohl chronisch-persistierende beziehungsweise fluktuierende Verläufe, aber ebenso Ältere gibt, die in früheren Lebensphasen eine posttraumatische Symptomatik hatten, aktuell aber nicht mehr betroffen sind. Wie groß die einzelnen Untergruppen sind, lässt sich nicht präzise sagen, weil eine Erfassung vorangegangener Verläufe nur noch retrospektiv möglich ist und damit zwangsläufig mit Validitätsproblemen einhergeht. Zieht man die vermehrte Traumareaktivierung im Alter in Betracht, leitet sich ein relevanter Behandlungs- und Hilfsbedarf ab, dem derzeit nicht ausreichend begegnet wird.

Neben posttraumatischen Symptomen spielen auch weitere psychische Be-

schwerden als Traumafolgestörungen oder Komorbiditäten der PTBS eine Rolle. Aus den bereits erwähnten bevölkerungsrepräsentativen Studien in der deutschen Altenbevölkerung ist bekannt, dass eine aktuelle PTBS mit erhöhten Raten an depressiven und somatoformen Beschwerden einhergeht. Bereits das Vorliegen einer Traumatisierung erhöht die Wahrscheinlichkeit für somatoforme Beschwerden und unterstreicht damit deren Bedeutung als Traumafolgestörung. Depressive Beschwerden sind hingegen eher als Komorbidität oder Risikofaktor für das Auftreten einer PTBS zu verstehen (Glaesmer et al., im Druck).

### **Körperliche Erkrankungen als Folge traumatischer Erfahrungen**

In den vergangenen Jahren rückte die Bedeutung traumatischer Erfahrungen für das Auftreten körperlicher Erkrankungen in den Blickpunkt des Interesses. Ihren Beginn nahm die Erforschung in den Arbeiten zu körperlichen Folgen frühkindlicher Traumatisierungen, für die sich Zusammenhänge mit dem Auftreten verschiedener körperlicher Erkrankungen, wie etwa Autoimmunerkrankungen, Lungenerkrankungen und kardiovaskuläre Erkrankungen, zeigen ließen (Dong, Dube, Felitti, Giles & Anda, 2003; Dong et al., 2003; Goodwin & Stein, 2004). Erst in letzter Zeit wurden diese Forschungsansätze auf die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen und PTBS im Erwachsenenalter übertragen. Die meisten der bisherigen Studien wurden an Betroffenenengruppen (z. B. Kriegsveteranen, Opfer sexueller Gewalt) durchgeführt. Spitzer et al. (2009) konnten erstmals in einer bevölkerungsbasierten Studie zeigen, dass sowohl traumatische Erfahrungen als auch eine aktuelle PTBS mit dem Auftreten verschiedener körperlicher Erkrankungen einhergehen. Um den Zusammenhang von traumatischen Erfahrungen und PTBS mit körperlichen Erkrankungen zu erklären, wird meist das *Allostatic Load Model* (Schulkin, 2004) herangezogen. Dieses geht davon aus, dass durch die Exposition mit sozialen, psychologischen und umweltbedingten Stressoren physiologische Regulationsmechanismen aus dem Gleichgewicht geraten, die für die Stressverarbeitung notwendig sind (Heim & Ne-

meroff, 2009). Kommt es aufgrund von Stressoren zu einer Dysregulation, entsteht ein physiologisches Risiko für verschiedene Erkrankungen. Insbesondere für die PTBS sind Veränderungen der Stressachse inzwischen gut belegt, weshalb sich das *Allostatic Load Model* gut anwenden lässt (McFarlane, 2010). Für die deutsche Kriegsgeneration wurde inzwischen gezeigt, dass sowohl traumatische Erfahrungen als auch eine aktuelle PTBS mit erhöhten Raten körperlicher Erkrankungen (z. B. kardiovaskuläre Risikofaktoren und Erkrankungen, Asthma, Schilddrüsenerkrankungen) einhergehen (Glaesmer, Brähler, Gündel & Riedel-Heller, 2011). Dieser Befund unterstreicht, dass die Kriegstraumatisierungen nicht nur psychische Folgen nach sich ziehen, sondern sich auch negativ auf die körperliche Gesundheit auswirken und die Folgen damit wesentlich komplexer als üblicherweise angenommen sind.

Geht man davon aus, dass die traumatischen Erfahrungen in relevantem Ausmaß zu psychischen und körperlichen Folgeerkrankungen führen können, so ist auch mit einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen zu rechnen. Wie auch von anderen psychischen Störungen bekannt, führen diese nicht nur zu erhöhter Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen, sondern meist auch zu einer allgemein erhöhten Inanspruchnahme, die mit erhöhten Versorgungskosten einhergeht. Dies ist einerseits durch die komplexen Folgen körperlicher und psychischer Natur, aber auch durch Fehldiagnostik und -versorgung zu erklären (Bramsen & van der Ploeg, 1999; Cohen et al., 2010). Für die deutschen Älteren konnte in einer bevölkerungsrepräsentativen Studie gezeigt werden, dass sowohl traumatische Erfahrungen als auch eine aktuelle PTBS mit erhöhter Inanspruchnahme in einigen der untersuchten Indikatoren einherging. Personen mit traumatischen Erfahrungen gingen innerhalb der letzten 12 Monate eher zu Fachärzten (77,2% vs. 89,0%) oder Psychiatern/Psychotherapeuten (3,2% vs. 5,7%) und waren eher im Krankenhaus (6,8% vs. 15,2%) als Personen ohne traumatische Erfahrungen. Personen mit einer aktuellen PTBS gingen eher zu Psychiatern/Psychotherapeuten (3,2%

vs. 28,7%), waren eher im Krankenhaus (6,8% vs. 37,8%), gingen in den vergangenen 12 Monaten häufiger zum Hausarzt (5,5 vs. 9,8 Besuche), zu Fachärzten (4,1 vs. 11,1 Besuche) und zu Psychiatern/Psychotherapeuten (6,8 vs. 7,7 Besuche) als Personen ohne PTBS. Nur 28,4% der Personen mit einer aktuellen PTBS hatten in den letzten 12 Monaten einen Psychiater oder Psychotherapeuten kontaktiert (Glaesmer, Brähler, Riedel-Heller, Freyberger & Kuwert, 2011). Die Befunde dieser Studie weisen auf die Bedeutung der traumatischen Erfahrungen der Kriegsgeneration für die medizinische Versorgung hin, zeigen aber auch, dass nur ein kleiner Teil der Betroffenen mit posttraumatischen Symptomen psychotherapeutisch versorgt wird. Spezifische Angebote und Behandlungsansätze für ältere Patienten mit Kriegstraumatisierungen sind noch immer sehr selten, auch wenn alle bisher dargestellten Befunde auf einen hohen Bedarf hinweisen. Im Folgenden werden deshalb Besonderheiten der PTBS im Alter und altersspezifische Behandlungsmöglichkeiten dargestellt.

## Spezifische Charakteristika der PTBS im Alter

Für die heutigen Älteren und damit für die deutsche Kriegsgeneration sind Längsschnittstudien zu posttraumatischen Symptomen nicht verfügbar. Aus der internationalen Forschung gibt es jedoch Hinweise, dass der Zeitpunkt der Traumatisierung eine wichtige Rolle spielt. Traumata, die in Kindheit und Jugend erlebt wurden, scheinen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit mit der Entwicklung einer PTBS verbunden zu sein als Traumata, die später erlebt wurden (Böttche, Kuwert & Knaevelsrud, 2011). Die heutigen älteren Deutschen sind im Zweiten Weltkrieg überwiegend Kinder und Jugendliche gewesen, haben die kriegsbezogenen Traumatisierungen sehr früh erlebt und hatten damit möglicherweise ein erhöhtes Risiko, eine PTBS zu entwickeln. Auch wenn die kriegsbezogenen Traumatisierungen den größten Anteil an den erlebten Traumata ausmachen, sind später erlebte Traumatisierungen und deren Bedeutung für die Entwicklung, Auf-

rechterhaltung oder Verschärfung einer posttraumatischen Symptomatik dennoch von Bedeutung. Insgesamt ist sehr wenig über die Langzeitverläufe der PTBS bekannt. Die wenigen international verfügbaren Studien zeigen überwiegend, dass die posttraumatische Symptomschwere über die Zeit meist abnimmt beziehungsweise die PTBS bei einem Teil der Betroffenen verschwindet. Nichtsdestotrotz gibt es Personen, deren PTBS auch 30 bis 40 Jahre nach dem Trauma fortbesteht (Böttche et al., 2011; Shlosberg & Strous, 2005). Neben diesen chronischen Verläufen finden sich Personen mit langsam zunehmender Symptomschwere über die Zeit oder einem zeitlich verzögerten Beginn der PTBS. Auch zeigte sich in einigen Studien, dass es Veränderungen in den Symptomprofilen über die Zeit gibt. Die bisherigen Befunde sind inkonsistent, deuten aber darauf hin, dass das schmerzhaftes Wiedererleben eher abnimmt, während die Vermeidung von traumarelevanten Reizen zunimmt (Böttche et al., 2011). Yehuda et al. (2009) betonen, dass nicht die Veränderungen in der Symptomschwere, sondern die veränderten Symptomprofile von Bedeutung sind. Möglicherweise ist gerade darin eine wesentliche Besonderheit in dieser Zielgruppe zu sehen, die in der Diagnostik und Behandlung Beachtung finden sollte. Da von Langzeitverläufen mit fluktuierendem Schweregrad auszugehen ist, spielt auch die *partielle oder subsyndromale PTBS* eine wichtige Rolle. Diese geht ebenso wie das Vollbild einer PTBS mit relevanten Beeinträchtigungen einher (Schützwohl & Maercker, 1999) und ist mit erhöhten Raten komorbider Störungen assoziiert (Hauffa et al., im Druck).

## Diagnostik der PTBS im Alter

Traumatische Erfahrungen werden aufgrund von Vergessensprozessen oder der Angst vor Stigmatisierung von den Betroffenen nicht immer berichtet (Böttche et al., 2011). Gerade weil die kriegsbezogenen Traumata schon so lange zurückliegen, werden diese von den Betroffenen zum Teil nicht mehr aktiv erinnert, nicht berichtet und damit in der Anamneseerhe-

bung nicht selten übersehen. Häufig schildern Patienten Symptome, die sie – aus Scham oder mehr oder weniger bewusster Vermeidung – nicht in Zusammenhang mit zurückliegenden Traumatisierungen bringen (Flatten et al., 2011). Fragt man in der betreffenden Altersgruppe nicht gezielt nach den Erlebnissen während des Krieges und in der direkten Nachkriegszeit, besteht also die Gefahr, dass diese nicht berichtet werden. Speziell in der Kriegsgeneration ist zudem zu beachten, dass es den Betroffenen zum Teil nicht bewusst ist, dass sie „traumatisiert“ sind, oder dass es ihnen schwerfällt, sich hilfsbedürftig zu definieren, weil die Erlebnisse während des Krieges aus ihrer Sicht keine „außergewöhnlichen“ Erfahrung darstellen, sondern mehr oder weniger eine ganze Generation betreffen. Es ist also zu empfehlen, die historisch-biographische Perspektive (Radebold, 2005) bei dieser Generation ganz gezielt einzunehmen und die Erlebnisse während des Krieges und mögliche Trauma-folgesymptome aktiv zu erfragen.

## Behandlungsansätze der PTBS im Alter

Es gibt inzwischen verschiedene, auch empirisch gut überprüfte Behandlungsansätze für die PTBS bei (jüngeren) Erwachsenen. Diese lassen sich schulenübergreifend in *Konfrontationstherapien* (vor allem In-Sensu-Konfrontation, selten In-Vivo-Konfrontation, Imaginationen zur Stabilisierung und Traumaexposition), *kognitive Therapien* und *narrative Verfahren/Schreibtherapien* unterscheiden (Tagay, Gunzelmann & Brähler, 2009). Bei älteren Patienten mit posttraumatischen Beschwerden sind altersspezifische somatische und kognitive Beeinträchtigungen, aber auch die vermuteten spezifischen Symptomprofile und die häufig begrenzte Lebenszeit zu beachten (Knaevelsrud, Böttche & Kuwert, 2011). In der *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen* sind die verfügbaren Erkenntnisse zu Anwendung und Wirksamkeit der verschiedenen therapeutischen Interventionen zusammengefasst (Flatten et al., 2011). Spezifische beziehungsweise adaptierte Verfahren für ältere Patienten mit lebensgeschichtlich frühen Traumati-

sierungen sind kaum verfügbar oder empirisch kaum überprüft (Knaevelsrud et al., 2011).

Mit der *Lebensrückblicktherapie (LRT)* steht ein therapeutisches Vorgehen zur Verfügung, welches narrative Elemente nutzt, um die Lebensgeschichte chronologisch zu erinnern, zu strukturieren und zu bewerten. Lebensrückblickinterventionen wurden bei älteren Patienten in den vergangenen Jahren auch bei anderen Störungen (z. B. Depressionen) erfolgreich eingesetzt. Maercker (2002c) hat die LRT für ältere Patienten mit PTBS adaptiert. Der Lebensrückblickansatz dient der Vergegenwärtigung positiver und negativer Erinnerungen, aber auch der Bewertung früherer Lebensabschnitte, Errungenschaften und Fertigkeiten.

Der Ansatz basiert auf drei Grundannahmen (nach Maercker, 2002c):

1. *Lebensbilanzannahme*: Das traumatische Erlebnis überschattet andere, positive Erinnerungen und verhindert eine ausgeglichene Lebensbilanz.
2. *Traumagedächtnisannahme*: Die Erinnerung an das Trauma ist im Gedächtnis nicht elaboriert, sondern fragmentiert.
3. *Sinnfindungsannahme*: Bei älteren Menschen gibt es eine altersbezogene Reifung von Bewältigungskompetenzen einschließlich der Fähigkeit zu Sinnfindung und -gebung. Diese sollen durch die Therapie verstärkt werden.

Ziel der LRT ist es, eine ausgewogene Bilanzierung von positiven und negativen Erinnerungen zu erreichen, die Traumaerinnerungen so zu elaborieren, dass sie zu einer erzählbaren Geschichte werden, und dem Erlebten einen Sinn zu geben (Maercker, 2002c). Eine LRT-Behandlung ist für etwa 10 bis 15 Sitzungen konzipiert, in denen die einzelnen Lebensabschnitte und wichtige Stationen besprochen werden und an deren Ende eine Integration und Bewertung steht. Das Trauma wird dort besprochen, wo es chronologisch richtig eingeordnet ist (Maercker, 2002c).

Auch die *Zeugnistherapie (Testimony Therapy)* (Cienfuegos & Monelli, 1983) und die *Narrative Expositionstherapie (NET)*

(Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara & Elbert, 2004) nutzen biographische Rekonstruktion mit einem Schwerpunkt auf der Bearbeitung des Traumas. Ziel ist es, mit der Erarbeitung einer kohärenten Lebensgeschichte das traumatische Erlebnis zu integrieren. Die NET nutzt zudem verhaltenstherapeutische Expositionsverfahren (Knaevelsrud et al., 2011).

Speziell für die Behandlung kriegstraumatisierter Älterer wurde die *Integrative Testimonial Therapy (ITT)* entwickelt (Knaevelsrud et al., 2011). Damit liegt ein erster spezifischer Behandlungsansatz für die Zielgruppe vor. Es handelt sich bei der ITT um eine internetgestützte Schreibtherapie, die biographische Ansätze aus der LRT mit der Zeugnistherapie kombiniert. Darüber hinaus werden traumabezogene dysfunktionale Kognitionen durch kognitive Interventionen bearbeitet. Die ITT wird über die Internetseite [www.lebenstagebuch.de](http://www.lebenstagebuch.de) angeboten. Ziel der ITT ist es, die traumatischen Erinnerungen in das autobiographische Gedächtnis einzuordnen, Interpretationen und Bewertungen zu den traumatischen Erfahrungen zu modifizieren und die Lebensqualität zu verbessern. Die Patienten schreiben über sechs Wochen elf Texte in Schreibsitzungen von jeweils 45 Minuten. Sie erhalten innerhalb von 24 Stunden eine Rückmeldung von ihrem Therapeuten und Instruktionen für den nächsten Text. Die Behandlung gliedert sich in drei Phasen: (1) ressourcenorientierte biographische Rekonstruktion, (2) Konfrontation und (3) kognitive Neubewertung (Knaevelsrud et al., 2011). Das therapeutische Vorgehen wird anhand eines Fallbeispiels bei Knaevelsrud et al. (2011) genauer erklärt.

Inzwischen liegen erste Evaluationsergebnisse zur ITT von 30 Patienten aus einem Prä-Post-Vergleich vor. Es zeigen sich signifikante Verbesserungen in der posttraumatischen Symptomatik, aber auch in der Lebensqualität und der Selbstwirksamkeit zwischen Behandlungsbeginn und -abschluss sowie drei Monate nach Ende der Behandlung. Darüber hinaus zeigten sich eine sehr gute therapeutische Beziehung, eine hohe Behandlungszufriedenheit und eine niedrige Abbruchrate (Knaevelsrud, Böttche, Freyberger, Renneberg & Kuwert, Manuskript eingereicht zur Publikation).

Diese ersten Ergebnisse weisen darauf hin, dass mit der ITT ein effektiver und gut akzeptierter Behandlungsansatz für kriegstraumatisierte Ältere entwickelt wurde, auch wenn weitere Forschung dazu nötig ist.

Internetbasierte psychotherapeutische Behandlungen haben in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen (Berger & Andersson, 2009). Gerade für ältere Traumatisierte birgt dieses Vorgehen einige Vorteile. Es erleichtert die Versorgung von Betroffenen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind oder die keinen wohnortnahen Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung haben. Darüber hinaus werden die zeitliche Flexibilität, aber auch die Möglichkeit, ein niedrigschwelliges Behandlungsangebot zu machen, von den Autoren hervorgehoben. Gerade weil im Kontext posttraumatischer Beschwerden Schuld- und Schamgefühle häufig sind, stellt die internetbasierte Therapie einen leichter zu akzeptierenden Zugang dar (Knaevelsrud et al., Manuskript eingereicht zur Publikation). Inzwischen ist etwa ein Drittel der ab 65-Jährigen Internetnutzer (Statistisches Bundesamt, 2011). Eine internetgestützte Therapie stellt damit auch für diese Zielgruppe einen Zugangsweg dar. Es ist aber auch davon auszugehen, dass viele Betroffene den direkten Therapiekontakt suchen. Aus diesem Grund ist zu hoffen, dass das therapeutische Vorgehen der ITT in naher Zukunft auch für den direkten psychotherapeutischen Kontakt adaptiert und evaluiert wird. Mit der speziell für ältere Patienten adaptierten LRT steht zudem ein narratives Verfahren für die psychotherapeutische Praxis zur Verfügung (Maercker, 2002c). Auch wenn es erste Wirksamkeitsnachweise für die LRT (Maercker, 2002b) und die ITT (Knaevelsrud et al., Manuskript eingereicht zur Publikation) gibt, werden Therapiestudien zur Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Ansätze speziell bei älteren Patienten benötigt.

## Schlussbemerkungen

Die im Zweiten Weltkrieg und der direkten Nachkriegszeit erfahrenen Traumatisierungen stellen für die Kriegsgeneration und damit die heutigen älteren Patienten



eine wichtige historisch-biographische Bedingung dar, die in der Anamnese und Diagnostik dieser Zielgruppe unbedingt beachtet werden sollte, weil diese nicht selten auch heute noch zu relevanten psychopathologischen Beeinträchtigungen führen. Neben den typischen posttraumatischen Symptomen spielen die Traumatisierungen auch für andere psychische Erkrankungen wie depressive und somatoforme Beschwerden, aber auch Suchterkrankungen, eine große Rolle. Häufig werden diese von den Patienten nicht von selbst berichtet. Es ist deshalb zu empfehlen, mögliche traumatische Erfahrungen und posttraumatische Symptome gezielt zu erfragen, auch wenn diese nicht der von den Patienten geäußerte Behandlungsanlass sind. Auch wenn es bisher nur wenige speziell für Ältere adaptierte Behandlungsansätze gibt und insbesondere empirisch gut abgesicherte Wirksamkeitsnachweise für diese Verfahren ausstehen, sind mit der LRT und der ITT Vorgehen verfügbar, welche vielversprechende Ergebnisse zeigen. Unter Berücksichtigung der oben angesprochenen Besonderheiten der Zielgruppe bietet es sich derzeit ansonsten an, die bekannten und evaluierten Verfahren zur Behandlung der PTBS bei Erwachsenen zu nutzen.

Die heute in der psychotherapeutischen Versorgung tätigen Psychotherapeuten sind überwiegend nach Ende des Zweiten Weltkrieges geboren. Die Erfahrungen des Krieges sind ihnen dennoch meist vertraut aus Erzählungen der Eltern oder Großeltern. Um die historisch-biographische Perspektive der Patienten berücksichtigen zu können, bedarf es des Wissens über die spezifischen Entwicklungs- und Lebensbedingungen anderer Generationen. Erfahrungen aus dem eigenen familiären Kontext sind dabei ebenso nützlich wie das interessierte Nachfragen in der Anamneseerhebung und in der Behandlung von älteren Patienten.

Auch bei den Patienten, die aktuell keine posttraumatische Belastungsstörung aufweisen, sollten die Erfahrungen während des Krieges und in der Nachkriegszeit für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik in Diagnostik und Behandlung berücksichtigt werden. Nicht zuletzt

soll darauf hingewiesen werden, dass neben der hier dargestellten eher defizitorientierten Sichtweise auf die Kriegstraumatisierungen und ihre Folgen auch die positiven Aspekte und Erlebnisse aus dieser Zeit nicht zu vergessen sind.

### Literatur

- Berger, T. & Andersson, G. (2009). Internet-Based Psychotherapies: Characteristics and Empirical Evidence. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 59 (3-4), 159-166.
- Beutel, M. E., Decker, O. & Brähler, E. (2007). Welche Auswirkungen haben Flucht und Vertreibung auf Lebensqualität und Befindlichkeit? Repräsentative Erhebung mit den vor 1946 Geborenen in Deutschland. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 203-215.
- Böttche, M., Kuwert, P. & Knaevelsrud, C. (2011). Posttraumatic Stress Disorder in older adults: an overview of characteristics and treatment approaches. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, online first, doi:10.1002/gps.2725.
- Brähler, E., Decker, O. & Radebold, H. (2003). Ausgebombt, vertrieben, vaterlos – Langzeitfolgen bei den Geburtsjahrgängen 1930-1945 in Deutschland. *Psychosozial*, 26 (92/2), 111-136.
- Bramsen, I. & van der Ploeg, H. M. (1999). Use of medical and mental health care by World War II survivors in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 12 (2), 243-261.
- Cienfuegos, A. J. & Monelli, C. (1983). The Testimony of Political Repression As A Therapeutic Instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53 (1), 43-51.
- Cohen, B. E., Gima, K., Bertenthal, D., Kim, S., Marmar, C. R. & Seal, K. H. (2010). Mental Health Diagnoses and Utilization of VA Non-Mental Health Medical Services Among Returning Iraq and Afghanistan Veterans. *Journal of General Internal Medicine*, 25 (1), 18-24.
- Davison, E. H., Pless, A. P., Gugliucci, M. R., King, L. A., King, D. W., Salgado, D. M., Spiro, A. & Bachrach, P. (2006). Late-life emergence of early-life trauma – The phenomenon of late-onset stress symptomatology among aging combat veterans. *Research on Aging*, 28 (1), 84-114.
- Decker, O., Brähler, E. & Radebold, H. (2004). Kriegskindheiten und Vaterlosigkeit. Indizes für eine psychosoziale Belastung nach fünfzig Jahren. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin*, 2, 33-42.
- Dong, M., Dube, S. R., Felitti, V. J., Giles, W. H. & Anda, R. F. (2003). Adverse childhood experiences and self-reported liver disease – New insights into the causal pathway. *Archives of Internal Medicine*, 163 (16), 1949-1956.
- Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V. J., Williams, J. E., Dube, S. R., Chapman, D. P. & Anda, R. F. (2003). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: An adverse childhood experiences study. *American Journal of Epidemiology*, 157 (11), 111.
- Fischer, C. J., Struwe, J. & Lemke, M. R. (2006). Long-term effects of traumatic experiences on somatic and psychic complaints of German World War Two refugees. *Nervenarzt*, 77 (1), 58-63.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Reddemann, L. & Wöller, W. (2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 3, 202-210.
- Franz, M., Hardt, J. & Brähler, E. (2007). Vaterlos: Langzeitfolgen des Aufwachsens ohne Vater im Zweiten Weltkrieg. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 216-227.
- Franz, M., Lieberz, K., Schmitz, N. & Schempank, H. (1999). Wenn der Vater fehlt. Epidemiologische Befunde zur Bedeutung früher Abwesenheit des Vaters für die psychische Gesundheit im späteren Leben. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 45, 260-278.
- Glaesmer, H., Gunzelmann, T., Brähler, E., Forstmeier, S. & Maercker, A. (2010). Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder among elderly Germans: results of a representative population-based survey. *International Psychogeriatrics*, 22 (4), 661-670.
- Glaesmer, H., Kaiser, M., Brähler, E. & Kuwert, P. (im Druck). Posttraumatische Symptomatology in the elderly and its comorbidity with depression and somatization – A German population based study. *Aging and Mental Health*.

- Glaesmer, H., Brähler, E., Gündel, H. & Riedel-Heller, S. (2011). The association of traumatic experiences and Posttraumatic Stress Disorder with physical morbidity in old age – A German population based study. *Psychosomatic Medicine*, 73, 401-406.
- Glaesmer, H., Brähler, E., Riedel-Heller, S., Freyberger, H. J. & Kuwert, P. (2011). The association of traumatic experiences and Posttraumatic Stress Disorder with health care utilization in the Elderly – A German population based study. *General Hospital Psychiatry*, 33, 177-184.
- Goodwin, R. D. & Stein, M. B. (2004). Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychological Medicine*, 34 (3), 509-520.
- Hauffa, R., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R. & Glaesmer, H. (im Druck). Lifetime traumatic experiences and posttraumatic Stress disorder in the German Population – Results of a representative population sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Heim, C. & Nemeroff, C. B. (2009). Neurobiology of Posttraumatic Stress Disorder. *CNS Spectrums*, 14 (1), 13-24.
- Heuft, G. (2004). Traumatisierung im Lebenslauf und Trauma-Reaktivierung im Alter. *Psychotherapie im Alter*, 3 (3), 23-35.
- Heuft, G., Schneider, G., Klaiber, A. & Brähler, E. (2007). Ausgebombt – Psychische und psychosomatische Spätfolgen des Zweiten Weltkrieges bei den vor 1946 Geborenen im Jahre 2004. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 228-243.
- Knaevelsrud, C., Böttche, M., Freyberger, H. J., Renneberg, B. & Kuwert, P. (Manuskript eingereicht zur Publikation). Integrative Testimonial Therapy (ITT) – a therapist-assisted internet-based writing therapy for traumatized child survivors of the 2nd World War with posttraumatic stress. *British Medical Journal*.
- Knaevelsrud, C., Böttche, M. & Kuwert, P. (2011). Integrative Testimonial Therapy (ITT): eine biographisch-narrative Schreibtherapie zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung bei ehemaligen Kriegskindern des Zweiten Weltkrieges. *Psychotherapie im Alter*, 8 (1), 27-40.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1999). Reminiscence of Traumatic Experiences in (Former) Jewish Emigrants and Extermination Camp Survivors. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Post-Traumatic-Stress Disorder – A lifespan developmental perspective* (pp. 155-176). Göttingen: Hogrefe.
- Kuwert, P., Brähler, E., Glaesmer, H., Freyberger, H. J. & Decker, O. (2009). Impact of forced displacement during World War II on the present-day mental health of the elderly: a population-based study. *International Psychogeriatrics*, 21 (4), 748-753.
- Kuwert, P. & Freyberger, H. J. (2007). Sexuelle Kriegsgewalt – Ein tabuisiertes Verbrechen und seine Folgen. (Wartime Rape: A Hidden Crime and its consequences). *Trauma & Gewalt*, 2, 10-16.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Rosenthal, J. & Freyberger, H. J. (2008). Trauma and posttraumatic stress symptoms in former German child soldiers of World War II. *International Psychogeriatrics*, 20 (5), 1014-1018.
- Lamparter, U., Holstein, C., Thiessen, M., Wierling, D., Wiegand-Grefe, S. & Moller, B. (2010). 65 years later Witnesses of the Hamburg Firestorm (1943) in biographical interviews. *Forum der Psychoanalyse*, 26 (4), 365-387.
- Maercker, A. (2002a). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin: Springer.
- Maercker, A. (2002b). Life-Review technique in the Treatment of PTSD in elderly patients: Rationale and three single case studies. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8 (3), 239-249.
- Maercker, A. (2002c). Posttraumatische Belastungsstörungen und komplizierte Trauer. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 245-282). Berlin: Springer.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krusi, G., Horler, E., Maier, C. & Ehlert, U. (2008a). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 49 (2), 113-120.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008b). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 79 (5), 577-586.
- Maercker, A., Herrle, J. & Grimm, I. (1999). Dresdner Bombennachtsopfer 50 Jahre danach: Eine Untersuchung patho- und salutogenetischer Variablen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 12, 157-167.
- McFarlane, A. C. (2010). The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*, 9 (1), 3-10.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (4), 579-587.
- Radebold, H. (2005). Zeitgeschichtliche Erfahrungen und ihre Folgen – notwendige weitere Perspektive in der Psychotherapie Älterer. *Psychotherapie im Alter*, 4, 75-87.
- Radebold, H. (2006). Während des Alterns anzutreffende Folgen: aktueller Kenntnisstand. In H. Radebold, G. Heuft & I. Fooker (Hrsg.), *Kriegserfahrungen und deren Folgen aus psychohistorischer Perspektive* (S. 139-148). Weinheim/München: Juventa.
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Nehen, H. G. & Heuft, G. (2006). Old and ill and still feeling well? Determinants of subjective well-being in  $\geq 60$  year olds: The role of the sense of coherence. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (10), 850-859.
- Schützwohl, M. & Maercker, A. (1999). Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 12 (1), 155-165.
- Schulkin, J. (2004). *Allostasis, Homeostasis, and Costs of Physiological Adaptation*. Oxford: Oxford University Press.
- Shlosberg, A. & Strous, R. D. (2005). Long-term follow-up (32 years) of PTSD in Israeli Yom Kippur War veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (10), 693-696.
- Solomon, Z. & Ginzburg, K. (1999). Aging in the shadow of war. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Post-*

- Traumatic Stress Disorder – A lifespan developmental perspective* (pp. 137-154). Göttingen: Hogrefe.
- Spitzer, C., Barnow, S., Volzke, H., John, U., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: findings from a German community study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (5), 693-700.
- Spitzer, C., Barnow, S., Volzke, H., John, U., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2009). Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population. *Psychosomatic Medicine*, 71 (9), 1012-1017.
- Statistisches Bundesamt. (2011). *Private Haushalte in der Informationsgesellschaft – Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie*. (Fachserie 15, Reihe 4 ed.).
- Tagay, S., Gunzelmann, A. & Brähler, E. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen alter Menschen. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 14 (2), 334-342.
- Teegen, F. & Handwerk, U. (2006). Deutsche Frontkrankenschwestern im II. Weltkrieg: Traumatische Erfahrungen, patho- und salutogenetische Entwicklungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 19, 127-138.
- Teegen, F. & Meister, V. (2000). Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II. Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 13, 112-124.
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Labinsky, E., Bell, A., Morris, A., Zelman, S. & Grossman, R. A. (2009). Ten-year follow-up study of PTSD diagnosis, symptom severity and psychosocial indices in aging holocaust survivors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119 (1), 25-34.



**Dr. Heide Glaesmer**

Universität Leipzig  
Abteilung für Medizinische Psychologie  
und Medizinische Soziologie



**Prof. Dr. Elmar Brähler**

Universität Leipzig  
Abteilung für Medizinische Psychologie  
und Medizinische Soziologie

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Heide Glaesmer  
Universität Leipzig  
Abteilung für Medizinische Psychologie  
und Medizinische Soziologie  
Philipp-Rosenthal-Str. 55  
04103 Leipzig  
Heide.Glaesmer@medizin.uni-leipzig.de

# Burnout: Depression der Erfolgreichen? Die merkwürdige Karriere eines Begriffs

## Ein Kommentar

Wolfgang Schmidbauer

Psychotherapeutische Praxis, München

Vielleicht werden Historiker einmal die beiden in den 1970er-Jahren geprägten Begriffe „Helfersyndrom“ und „Burnout“ als Signale werten, dass damals der Reformoptimismus der 68er an äußere und innere Grenzen stieß. Beiden Begriffen ist gemeinsam, dass sie schon lange nicht mehr in ihrem Ursprungszusammenhang zitiert werden, sondern Teil der Umgangssprache und sozusagen Multifunktionswerkzeuge geworden sind.

Wörtlich heißt Burnout „Ausbrennen“, es entspricht dem Verlöschen einer Lampe, wenn das Öl verbraucht ist, oder dem Zustand eines „ausgebrannten“ Gebäudes. Unter Motorradfahrern bedeutet Burnout den Verschleiß eines Reifens, wenn bei festgehaltener Vorderradbremse so viel Gas gegeben wird, dass das Hinterrad durchdreht und der Pneu sich so stark erhitzt, dass er raucht oder Feuer fängt. So lässt sich ein Reifen in wenigen Minuten „abfahren“, ohne dass der Fahrer einen Meter vorwärts kommt.

Herbert Freudenberger, der zuerst von Burnout sprach, beschränkte den Begriff auf die sozialen Berufe, vor allem auf Ehrenamtliche und sozial Engagierte, in deren Arbeitsmotivation Ideale eine größere Rolle spielen als Verdienstmöglichkeiten. Wenn jemand plötzlich vermehrt an Geld dachte und sich angesichts seines Einsatzes unterbezahlt erlebte, war das zu der Zeit, als der Begriff entstand, ein Signal für den Beginn eines Burnout. Heute wird der Burnout-Begriff querbeet für alle Störungen der Stressbewältigung und Motivation im Beruf verwendet. Auch ausgesprochen gut bezahlte

und reichlich mit Prestige belohnte Personen des öffentlichen Lebens wie jüngst Ralf Rangnick, der Trainer von Schalke 04, sprechen von ihrem Burnout und begründen so, dass sie eine Pause brauchen. Andere, wie Miriam Meckel, die Lebensgefährtin der TV-Moderatorin Anne Will, machen aus ihrer Burnout-Story eine Zusatzqualifikation, die flugs in einem Buch („Brief an mein Leben“) verwertet wird. In den Talkshows zum Burnout tauchen inzwischen immer mehr Spitzensportler auf, die ihre Erschöpfungen beschreiben – viele Fußballer, aber auch der Skispringer Sven Hannawald.

Wissenschaftler können in aller Ruhe beklagen, dass Begriffe unscharf und daher für ihre Arbeit unbrauchbar werden. Praktiker hingegen werden die neueren Wandlungen des Burnout-Begriffs mit gemischten Gefühlen zur Kenntnis nehmen. Einerseits ist es ja nicht schlecht, wenn Prestigeträger gestehen, dass sie seelische Probleme haben. Das kann dazu führen, dass sich auch weniger erfolgreiche Menschen nicht mehr schämen, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Auf der anderen Seite geht in der öffentlichen Debatte vollständig unter, dass es einen Unterschied zwischen einer depressiven Entwicklung und beruflicher Überlastung gibt. Der Burnout-Begriff wird zum Mythos, die in ihm steckende Poesie von Feuer und Flamme, Glut und Asche wird nicht nur zum Verhängnis für seine präzise Verwendung, sondern auch zum Hindernis für eine gründliche Therapie.

In einer Berufswelt, in der Motivations-trainer schreien, „Ihr müsst brennen!“,

verwandelt sich Burnout von der ganzen Ernsthaftigkeit und Gefahr, die jeder depressiven Entwicklung zugeschrieben werden muss, zu einer Art Verwundetenabzeichen. Man hat etwas übertrieben, man braucht Erholung, vielleicht das eine oder andere Kräfigungsmittel (wer im Internet recherchiert, dem werden alsbald Johanniskraut und diverse „Stärkungsmittel“ rezeptfrei angeboten). Eine Erholungskur ist smart und schick. Von einer professionell durchgeführten Psychotherapie, welche die Über-Erwartungen an die narzisstische Bestätigung durch die Arbeitswelt zurecht-rücken hilft, ist nicht die Rede.

## Gladiatoren der Konsumgesellschaft

Wenn im Geschichtsunterricht die Gladiatorenspiele der römischen Antike durchgenommen werden, meinen die Gymnasiasten, doch Trost im Heute zu finden. Ist es heute nicht undenkbar, dass Menschen mit Peitschen getrieben werden, Leib und Leben in der Arena zu riskieren? Wer aber die Dynamiken des Profisports studiert, an die Doping-Skandale denkt und zur Kenntnis nimmt, wie oft Aktive schwere Verletzungen auskurieren müssen, ist sich des Fortschritts nicht mehr sicher.

Vor einigen Jahren schrieb der frühere Trainer und damalige „Alpindirektor“ der deutschen Ski-Frauen seinen Schützlingen eine Hysterie zu, weil sie nur allzu berechnete Ängste zeigten: „Das ist hausgemacht, sie steigern sich in etwas rein, was gar nicht existent ist. Das ist der Verletzungswahn.“

So wie sie zuletzt fuhren, muss man sagen: Die haben die Hosen voll. Dabei haben sie keinen Grund, so defensiv Ski zu fahren. (...) Es gibt keine Verletzungsserie aufzuarbeiten wie 2003 oder 2004, als von acht unserer Starterinnen vier im Krankenhaus lagen. Es gibt nur eine Psycho-Hysterie.“<sup>1</sup>

Der Experte am sicheren Rand der Piste hat den Begriff der „Psycho-Hysterie“ seiner Sportlerinnen erfunden, um eine sozusagen doppelte Hysterie zu brandmarken, eine ganz besonders wenig ernst zu nehmende Willens- und Mutschwäche, welche durch die Androhung einer Rückstufung in Rennen der zweiten Garnitur behoben werden kann. Die Suada des „Alpindirektors“ gegen die „Feigheit“ seiner Kämpferinnen beweist, wie ungebrochen sich militaristische Traditionen im Leistungssport halten.

Man sollte nicht über Burnout von Spitzensportlern nachdenken, ohne zu berücksichtigen, wie sehr die Einsicht in die Grenzen menschlicher Belastbarkeit in den letzten Jahrzehnten einer mehr und mehr enthemmten Siegesgeilheit zum Opfer fällt. Sie prägt nicht nur die Trainer und Funktionäre, sondern auch die Berichterstattung in den Medien. Sollte nicht Sport ein Spiel sein, der Sinn darin liegen, teilzunehmen – nicht aber, um jeden Preis zu siegen? Das wirkt angesichts einer wachsenden nationalistischen und militaristischen Tendenz in der Sportindustrie wie ein Ammenmärchen. Der Traum von „fair play“ und gesunder Seele im gesunden Körper ist vergessen, wo Siege zum Triumph und Niederlagen zur Schmach werden.

„Und zurück bleibt die Erinnerung an eines der größten Talente, das der deutsche Fußball je hatte.“ So kommentierte die Presse Sebastian Deislers Rückzug vom Profisport – mit 27 Jahren selbst in diesem hektischen Gewerbe sehr früh. Von dem Spieler wurde gesagt, er habe das Rüstzeug zu einem deutschen Zidane, er spiele elegant wie ein Brasilianer, lasse seine Gegner im Dribbling wie Statisten aussehen und könne Bälle auf Flugbahnen befördern wie sonst nur wenige.

Sebastian Deisler hatte möglicherweise sehr viel weniger seelische Schutzmechanismen als andere Profispieler. Vermutlich wirkten Ehrgeiz und das militaristische Kli-

ma im Kampf der Bundesliga-Gladiatoren zusammen. Zwischen dem 19. und dem 26. Lebensjahr litt Deisler an nicht weniger als 15 Verletzungen, die in fünf Operationen (die meisten am rechten Knie) behandelt wurden – diese Krankheitsgeschichte lässt darauf schließen, dass der junge Fußballer viel zu viel riskierte, sich nicht richtig erholte.

2003 überzeugte der Münchner Neurologe Florian Holzboer Sebastian Deisler, sich als Depressionspatient zu outen. „Es tut mir sehr leid“, sagte der Nationaltrainer Joachim Löw auf die Frage eines Reporters zu Deislers Rücktritt, „dass ein Fußballer mit solchen herausragenden Qualitäten auf diese Weise seine Karriere beenden muss. Aber er kennt seinen Körper am besten ...“

Ein Profisportler darf seinen Körper gar nicht kennen. Trainer sind gnadenlos, wenn sie den Eindruck haben, dass sich jemand „schont“. Natürlich gibt es Ausnahmetalente wie einst Franz Beckenbauer, selbstbewusste Spieler, die sich von niemandem in ihrer körperlichen Risikobereitschaft beeinflussen lassen. Man kann sich vorstellen, wie wenig ein hochbegabter Spieler mit einer depressiven Persönlichkeitsstruktur seinem Trainer widersprechen kann, der ihn auffordert, Schmerzen zu ignorieren und endlich wieder die Leistung zu bringen, die von ihm verlangt wird. Je mehr ihn die erste Verletzung gekränkt und verunsichert hat, desto heftiger wird er alles dranzusetzen, den Eindruck auszulöschen, dass er versagt hat.

Wer sich mit der seelischen Komponente von Sportverletzungen auseinandersetzt, findet sehr oft, dass den Betroffenen vorher durchaus bewusst war, dass sie eine Grenze überschritten haben, die sich vielleicht als körperliches Sicherheitsgefühl beschreiben lässt. Ich erinnere mich an einen 40-jährigen Patienten, einen hervorragenden Skifahrer, der an einem schönen Wintertag zunächst sehr stolz war, dass er ebenso schnell wie früher die schwarze Piste bewältigen konnte.

Dann überholte ihn ein junger Mann. Der 40-Jährige fühlte sich herausgefordert, wollte dem anderen zeigen, dass er besser war, ignorierte die warnenden Stimmen in

seinem Erleben – und landete mit einem komplizierten Bruch im Krankenhaus. Die noch kompensierte Depression, welche ihn in die Psychotherapie gebracht hatte, wurde durch dieses Ereignis manifest, die manische Abwehr durchschaubar.

Vielen Depressionen geht eine Szene von Selbstüberschätzung und Selbstüberforderung voraus. Diese fällt dem Betroffenen ebenso wenig auf wie seiner sozialen Umwelt; „gesunde“ Depressive sind meist besonders angenehme, scheinbar belastbare und begabte Menschen. Dass sie Hilfe brauchen, wird erst deutlich, wenn der Überschwang zusammenbricht. Die Gefahr im Burnout-Begriff liegt darin, dass ein gründliches Verständnis der Vorgeschichte und der Entwicklung in die Krise hinein durch ein plakatives Modell ersetzt wird.

## Literatur

- Burisch, M. (2006) *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. Heidelberg: Springer.
- Freudenberger, H. J. (1975). The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 12 (1), 72-83.
- Schmidbauer, W. (2002). *Helfersyndrom und Burnoutgefahr*. München: Urban und Fischer.



**Dr. Wolfgang Schmidbauer**

Psychologischer Psychotherapeut, Autor,  
Kolumnist des ZEIT-Magazins  
Ungererstraße 66  
80805 München  
info@wolfgang-schmidbauer.de

<sup>1</sup> Süddeutsche Zeitung, Sportteil vom 19.1.2007, Seite 30.

# Die gravierenden Mängel der Psychotherapeutenausbildung und das Reformkonzept der Profession

Johannes Klein-Heßling, Johannes Schopohl

Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin

**Zusammenfassung:** Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist dringend reformbedürftig. Die beiden wesentlichen Mängel sind die unzureichend geregelten Zugangsvoraussetzungen zur postgradualen Ausbildung und der Ausbildungsabschnitt der Praktischen Tätigkeit. Darin besteht weitgehend Einigkeit zwischen der Psychotherapeutenchaft, dem psychotherapeutischen Nachwuchs und dem zuständigen Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Weniger Einigkeit besteht über die Breite einer Reform und das erforderliche Reformtempo. Die Psychotherapeutenchaft schlägt eine umfassende Reform der postgradualen Ausbildung vor, das BMG prüft weiter die Direktausbildung. Zugleich lässt die Mehrzahl der Bundesländer Bachelorabsolventen pädagogischer Studiengänge zur KJP-Ausbildung zu, mit unabsehbaren Folgen für die Qualität der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und die Zukunft der beiden Berufe. Der Beitrag gibt einen Überblick über den Stand des Reformprozesses.

Seit zwölf Jahren erfreuen sich die postgradualen Ausbildungen zu den Berufen „Psychologischer Psychotherapeut/Psychologische Psychotherapeutin“<sup>1</sup> (PP) und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin“ (KJP) großer und wachsender Beliebtheit bei Hochschulabsolventen. 2011 legten rund 1.650 Ausbildungsteilnehmer erfolgreich die schriftliche Abschlussprüfung zum PP oder KJP ab – doppelt so viele wie vor fünf Jahren. Grob geschätzt lässt sich heute jeder dritte Psychologe nach dem Studium zum PP oder KJP ausbilden, bei den Sozialpädagogen und Sozialarbeitern qualifiziert sich etwa jeder dreißigste zum KJP weiter.<sup>2</sup> Zugleich wurden bereits wenige Jahre nach dem Start dieser neuen Ausbildungen auch im *Psychotherapeutenjournal* (PTJ) Forderungen nach Veränderungen laut (Alpers & Vogel, 2004; Gröger, 2006; Hoelzel, 2006 und PTJ, Ausgaben 4/2009 und 2/2010).

## Dringender Reformbedarf

Tatsächlich ist die Psychotherapeutenausbildung nach nur zwölf Jahren dringend reformbedürftig. Zum einen sind die Zugangsvoraussetzungen zu den Ausbildungen nicht mehr ausreichend geregelt, mit der Folge eines bundesweiten Flickentepichs bei den Zulassungsvoraussetzungen und einer Gefährdung des heute hohen Qualifikationsstandards von PP und KJP. Zum anderen weist der Ausbildungsabschnitt der Praktischen Tätigkeit große Mängel auf, unter denen vor allem die Ausbildungsteilnehmer unmittelbar leiden.

## Föderales Chaos bei den Zulassungsvoraussetzungen

1999 hat der Gesetzgeber auf Basis von Diplom- und Masterstudiengängen und bundesweiten Rahmenstudienordnungen die Zugangsvoraussetzungen eindeutig geregelt. Zum PP kann ausgebildet wer-

den, wer an einer Universität oder gleichstehenden Hochschule erfolgreich den Studiengang Psychologie abgeschlossen hat, mit Klinischer Psychologie als Teil der Abschlussprüfung. Zur KJP-Ausbildung kann darüber hinaus zugelassen werden, wer an einer (Fach-)Hochschule erfolgreich einen Studiengang Pädagogik oder Sozialpädagogik (heute Soziale Arbeit) abgeschlossen hat.

Im Zuge der zur gleichen Zeit in Bologna beschlossenen Reformen zur Harmonisierung der europäischen Hochschullandschaft werden die Diplom- und Magisterstudiengänge jedoch durch gestufte Bachelor- und Masterprogramme ersetzt. Zugleich verlieren Rahmenstudienordnungen ihre Gültigkeit. Dadurch ist heute, anders als 1999, nicht mehr klar, was ein Hochschulabsolvent konkret an einer Hochschule gelernt hat und ob das ausreicht, um postgradual zum PP oder KJP ausgebildet zu werden. Die Bezeichnung eines Bachelor- oder Masterstudienprogramms lässt heute keinen verlässlichen Schluss mehr darauf zu, welche konkreten Kompetenzen ein Absolvent erworben hat.

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden die weiblichen und männlichen Formen nicht durchgehend beide genannt, selbstverständlich sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

2 Schätzung auf Grundlage der in der Hochschulstatistik des Statistischen Bundesamtes veröffentlichten Absolventenzahlen und den vom Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) berichteten Anteilen unterschiedlicher Berufsangehöriger bei den schriftlichen Prüfungen.

Ohne klare bundeseinheitliche Vorgaben lösen die Bundesländer die Anerkennung der neuen Studiengänge und -abschlüsse unterschiedlich. Einige lassen Teilnehmer zu, wenn die Bezeichnung eines Studienprogrammes den im Psychotherapeutengesetz genannten Studiengängen entspricht. Andere prüfen dagegen die Äquivalenz der Inhalte mit den Rahmenordnungen der ehemaligen Diplomstudiengänge.

### **Unterschiedliche Qualifikationsniveaus von PP und KJP**

Infolge der Bologna-Reformen ist insbesondere die hohe Qualität in der Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen gefährdet. Ergebnis eines Forschungsgutachtens im Auftrag des BMG war, dass etwa in der Hälfte der Bundesländer der niedrigere Bachelorabschluss ausreicht, um sich für die Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ausbilden zu lassen (Strauß et al., 2009). Für die Behandlung Erwachsener ist dagegen grundsätzlich ein Studienabschluss auf Masterniveau erforderlich. Die Zulassung von Bachelorabsolventen wird damit gerechtfertigt, dass nach dem Psychotherapeutengesetz bei (sozial-)pädagogischen Studiengängen ein Fachhochschulabschluss ausreicht, um eine KJP-Ausbildung zu beginnen, und nach Beschluss der Kultusministerkonferenz Bachelorabschlüsse den (alten) Fachhochschuldiplomen formal gleichwertig seien.

Rechtlich ist diese Argumentation mehr als fragwürdig. Die Beschlüsse der Kultusministerkonferenz sind lediglich Absichtserklärungen, wie zukünftig insbesondere die Hochschullandschaft durch entsprechende Änderung von Studienordnungen und Gesetzen gestaltet werden soll. Ein Beschluss von Landesministern kann aber kein Bundesgesetz aushebeln. Wenn zukünftig andere Voraussetzungen für die Zulassung geschaffen werden sollen, ist das Aufgabe des Bundesgesetzgebers. Bedenklich ist vor allem die von einigen Landesbehörden vorgenommene Absenkung des erforderlichen Abschlussniveaus gegenüber der bundesgesetzlichen Regelung, indem sie einen Bachelorabschluss für ausreichend erachten. Es ist nämlich keineswegs so, dass Bachelorabschlüsse

automatisch den ehemaligen Fachhochschulabschlüssen entsprechen. Das ist einerseits eine Frage von Inhalten, zeigt sich andererseits aber auch daran, dass nach der damals geltenden Rahmenstudienordnung das Fachhochschuldiplom erst nach vier Jahren erreicht wurde, ein Bachelorstudium heute aber in der Regel drei Jahre dauert.

Mit dem Psychotherapeutengesetz wollte der Gesetzgeber im Interesse des Patientenschutzes „eine möglichst hohe Qualifikation der Berufsangehörigen“<sup>3</sup> sicherstellen. Er hat für die Ausbildung von KJP nicht etwa deshalb Fachhochschulabschlüsse als ausreichend angesehen, weil es für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen einer geringeren Qualifikation bedarf als für die von Erwachsenen. Vielmehr gab es schlicht die Studiengänge der Sozialpädagogik an Universitäten nicht. Der Gesetzgeber wollte die Ausbildung auf Grundlage dieser Studiengänge aber zulassen, weil auch diese Studiengänge für den Umgang mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen qualifizierten.<sup>4</sup>

Eine Auslegung, die den Bachelor als ausreichend ansieht und damit das Qualifikationsniveau gegenüber dem vom Gesetzgeber gewählten Niveau absenkt, ist weder mit dem Willen des Gesetzgebers noch mit dem Sinn und Zweck des Gesetzes vereinbar.

Dennoch akzeptiert etwa die Hälfte der Bundesländer den Bachelorabschluss als ausreichende Qualifikation von (Sozial-)Pädagogen für die Ausbildung zum KJP. Von Psychologen wird dagegen grundsätzlich ein Abschluss auf Masterniveau verlangt, weil der im Gesetz geforderte Universitätsabschluss einem Masterabschluss entsprechen. Für diese unterschiedlichen Niveaus verschiedener Studiengänge und für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen einerseits oder Erwachsenen andererseits gibt es keinen sachlichen Grund, da Masterabschlüsse auch an Fachhochschulen möglich sind. Außerdem wollte der Gesetzgeber mit dem Psychotherapeutenberuf – so das Bundesverfassungsgericht – einen neuen Heilberuf auf akademischem Niveau schaffen, der durch die berufs- und sozialversicherungsrechtli-

che Gleichstellung mit den Ärzten besonders herausgehoben ist,<sup>5</sup> was „den allgemein akzeptierten gesundheitspolitischen Grundentscheidungen des Gesetzgebers“<sup>6</sup> entspricht. Es ist nicht zu erwarten, dass der Gesetzgeber von dieser akzeptierten Grundentscheidung abrückt. In der Psychotherapeutenchaft herrscht weitestgehend Einigkeit, dass eine postgraduale Ausbildung zu einem Heilberuf nur fachlich hinreichend qualifiziert, wenn die Hochschulausbildung wissenschaftliche Qualifikationen auf Masterniveau vermittelt hat, die die eigenständige Interpretation neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse erlaubt.

Mittlerweise sind alle Betroffenen verunsichert: Abiturienten wissen nicht mehr, was sie studieren sollen, um später zum PP oder KJP ausgebildet zu werden, Ausbildungsinstituten ist unklar, wen sie mit welcher Qualifikation aufnehmen dürfen, und die Landesprüfungsämter haben keine eindeutigen Entscheidungsgrundlagen mehr für die Zulassung zur Ausbildung.

In anderen Bereichen gibt es diese Unsicherheit nicht. Beispielsweise ist keine Behörde auf die Idee gekommen, wegen eines Beschlusses der Kultusministerkonferenz, Fachhochschulabsolventen im höheren Dienst einzustellen, solange die gesetzliche Voraussetzung ein Universitätsabschluss war. Vielmehr haben Bund und Länder vor dem Hintergrund des Bologna-Prozesses ihre Beamtenengesetze geändert, sodass nunmehr Voraussetzung für die Einstellung im höheren Dienst ein Masterabschluss ist – unabhängig davon, ob dieser an einer Universität oder Fachhochschule erworben wurde.<sup>7</sup>

### **Prekäre finanzielle Situation während der Praktischen Tätigkeit**

Das Forschungsgutachten dokumentiert eindrücklich die prekäre finanzielle Situati-

<sup>3</sup> Bundestagsdrucksache 13/8035, S. 18

<sup>4</sup> Bundestagsdrucksache 13/8035, S. 18

<sup>5</sup> BVerfG, B. v. 16.03.2000, 1 BvR1453/99, Rn. 26 – zitiert nach juris

<sup>6</sup> BVerfG, a. a. O.

<sup>7</sup> Vgl. dazu § 17 Absatz 5 Bundesbeamtenengesetz: „Für Laufbahnen des höheren Dienstes sind mindestens zu fordern ... ein mit einem Master abgeschlossenes Hochschulstudium“.

on von Ausbildungsteilnehmern während ihrer mindestens einjährigen Praktischen Tätigkeit in psychiatrischen Einrichtungen. 36 Prozent der Ausbildungsteilnehmer geben an, von den Kliniken in dieser Zeit keinen einzigen Cent erhalten zu haben, zehn Prozent bekamen eine monatliche Vergütung von maximal 500 Euro brutto. Unter den Absolventen einer KJP-Ausbildung sind es sogar über 60 Prozent, die angeben, überhaupt keine Vergütung erhalten zu haben. Dabei erbringen die Ausbildungsteilnehmer umfangreiche Versorgungsleistungen von der Diagnostik bis zur Einzel- und Gruppentherapie unter Supervision. Weitere Mängel der Praktischen Tätigkeit sind fehlende curriculare Vorgaben. Mit welchen Aufgaben und Tätigkeiten Ausbildungsteilnehmer betraut werden und welchem Krankheitsspektrum sie dabei begegnen, ist sehr unterschiedlich und ins Belieben der Einrichtung gestellt.

Die Ausbildungsteilnehmer und die Psychotherapeutenkammern machen seit Jahren auf diese Problematik aufmerksam. Die 5. Bundeskonferenz der Psychotherapeuten in Ausbildung forderte Ende September zum wiederholten Mal, dass diese Missstände rasch durch eine Reform der Psychotherapeutenausbildung behoben werden. Möglichkeiten einer gesetzlichen Lösung sieht das BMG allerdings ohne Veränderung der bisherigen Ausbildungsstruktur und des Status der Ausbildungsteilnehmer nicht. Solche Änderungen wären die Voraussetzung, damit Vergütungen – wie bei der Ausbildung in den Pflegeberufen – generell im Rahmen der Krankenhausfinanzierung refinanziert werden können.

### Diskutierte Lösungen

Die Mängel bei den Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung und der Praktischen Tätigkeit müssen dringend behoben werden. Darin besteht weitgehend Einigkeit innerhalb der Psychotherapeutenchaft und zwischen dem psychotherapeutischen Nachwuchs, dem für eine Änderung des Psychotherapeutengesetzes zuständigen BMG und den zuständigen Landesministerien. Der 17. Deutsche Psychotherapeutentag hat im November 2010 im Anschluss an einen mehrjährigen Diskussionsprozess

Details zur Reform der Psychotherapeutenausbildung beschlossen, mit dem die bestehenden Probleme gelöst werden. Auf dem Weg dorthin hat die Profession andere Reformoptionen intensiv geprüft und verworfen.

### **Kleine Lösung: Nur die Zugangsvoraussetzungen regeln**

Eine der scheinbar naheliegendsten Lösungen ist es, unabhängig von einer weitreichenden Reform zunächst die Zugangsvoraussetzungen gesetzlich zu ändern und in Bezug auf das Zugangsniveau für die KJP- und die PP-Ausbildung das Master-niveau festzuschreiben. Diese Forderung wird seit 2005 immer wieder erhoben. Das BMG weist diese Forderung mit der Begründung zurück, dass sich eine gesetzliche Regelung nicht auf das Abschlussniveau beschränken kann, sondern wegen des Wegfalls von Rahmenordnungen ebenso inhaltliche Mindestanforderungen in Bezug auf die infrage kommenden Studienprogramme festlegen muss. Auf dem 19. Deutschen Psychotherapeutentag am 12. November 2011 hat der Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr betont, dass er keine isolierten Änderungen der Zugangsvoraussetzungen plane.

Selbst wenn gegen den Willen des BMG ein Gesetzgebungsverfahren mit dem Ziel auf den Weg gebracht werden sollte, nur die Zugangsvoraussetzungen zu ändern, ist nicht sicher, ob am Ende das fachlich erforderliche Masterniveau festgeschrieben werden würde. Es gibt nämlich sehr unterschiedliche Vorstellungen der Kultus- und Gesundheitsminister der Länder. Die Kultusseite argumentiert, dass ein Bachelor als berufsqualifizierender Abschluss für die Aufnahme einer Ausbildung ausreichen müsse und sich eine gesetzliche Regelung auf notwendige Studieninhalte ohne Festlegung des Abschlussniveaus beschränken könne. Die Gesundheitsseite hingegen verlangt, eine durch den Master nachgewiesene wissenschaftliche Kompetenz als Voraussetzung festzuschreiben.

Mit einer nur punktuellen Änderung läuft die Profession Gefahr, dass am Ende nicht das fachlich gewünschte Ergebnis steht, sondern sich die Position der Kultusseite durchsetzt. Das Ergebnis eines Gesetzge-

bungsverfahrens mit dem Minimalziel als Maximalforderung ist kaum abzusehen. Möglicherweise wäre sogar das Masterniveau für alle, PP und KJP, gefährdet. Darüber hinaus bliebe auch mit einer solchen Lösung das Problem der Gestaltung und der Finanzierung der Praktischen Tätigkeit weiter ungelöst. Viele weitere Jahre würden Ausbildungsteilnehmer als kostenlose oder zumindest sehr billige Arbeitskräfte ausgenutzt und Gestaltung sowie Qualität der Praktischen Tätigkeit blieben weiter ohne Standards. Es ist nämlich nicht damit zu rechnen, dass der Gesetzgeber sich die Zeit nimmt, das Psychotherapeutengesetz innerhalb kurzer Zeit erneut zu ändern.

### **Direktausbildung: Psychotherapeutenausbildung an Ärzteausbildung orientieren**

Mit dem Forschungsgutachten hat das BMG den Auftrag gegeben, die Möglichkeiten einer Direktausbildung zu prüfen. Danach würden Psychotherapeuten – vergleichbar mit der Ausbildungsstruktur der Mediziner – im Rahmen eines Studiums jene Kompetenzen erwerben, die für die Erteilung einer Approbation erforderlich sind. Damit ließen sich eine Reihe rechtlicher Probleme vermeiden, die sich heute aus der besonderen Struktur der Qualifikation von PP und KJP ergeben.

Genauere Vorstellungen für ein solches, bisher rein theoretisches Qualifikationsmodell, sind nicht bekannt, von einem evaluierten oder gar einem evidenzbasierten Konzept ganz abgesehen. Offen sind daher zurzeit u. a. Art, Umfang und Modalitäten des Erwerbs praktischer Behandlungserfahrungen an einer Hochschule (einschließlich Selbsterfahrung und Supervision), die Sicherstellung der Vermittlung von Kenntnissen in allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren sowie Stellenwert und Reichweite einer mit Abschluss des Studiums erteilten Approbation. Die Einführung einer Direktausbildung als Regelfall ist wegen ihres experimentellen Status heute nur eine theoretische Alternative, mit der die drängenden Probleme nicht rasch gelöst werden können. Das Forschungsgutachten empfiehlt daher, an einer postgradualen Ausbildung festzuhalten und die Perspektive für eine weitere Veränderung der Psychotherapeutenausbildung



zu einem integrierten Ausbildungsgang („Direktausbildung“) zunächst in Modell-ausbildungsgängen zu prüfen.

## Vom Deutschen Psychotherapeutentag verabschiedete Lösung: Nachhaltige Reform der postgradualen Ausbildung

In einem langen und breiten Diskurs mit acht Workshops und Symposien bot die BPTK in den Jahren 2008 bis 2010 der Profession die Plattform für eine strukturierte Debatte zur Reform der Psychotherapeuten-ausbildung. Auch im *PTJ* nahm die Diskussion zu zentralen Fragestellungen mit einer Vielzahl von Beiträgen über Jahre einen breiten Raum ein. Parallel zur Erstellung des Forschungsgutachtens (Strauß et al., 2009) wurden Reformoptionen diskutiert, damit die Psychotherapeuten-schaft der Politik nach Vorlage des Gutachtens einen Reformvorschlag präsentieren kann. Dabei hat sich gezeigt, dass die mit einer Ausbildungsreform verbundenen beiden vorrangigen Ziele kurzfristig erreichbar sind, ohne einen derart starken Eingriff in die Hochschullandschaft, wie ihn die Direktausbildung erfordert. Am Ende dieses Prozesses, in dem alle Argumente ausgetauscht und abgewogen wurden, hat der Deutsche Psychotherapeutentag ein umfassendes Reformkonzept beschlossen. Damit gibt es keine fachlichen Gründe mehr, die notwendige Reform weiter aufzuschieben.

### Eckpunkte einer umfassenden Reform

Der 16. Deutsche Psychotherapeutentag votierte im Mai 2010 mit überwältigender Mehrheit – über 80 Prozent – für eine grundlegende Reform der postgradualen Psychotherapeuten-ausbildung, mit der beide Probleme, der Zugang zur Ausbildung und die Praktische Tätigkeit, gelöst werden. Dazu wurden Eckpunkte beschlossen, nach denen die beiden Berufe PP und KJP zu einem neuen gemeinsamen Beruf „Psychotherapeut“ weiterentwickelt werden.

Alle Psychotherapeuten sollen dazu über die gleiche, hohe akademische Grundqua-

lifikation verfügen, unabhängig davon, ob sie Kinder, Jugendliche oder Erwachsene behandeln. Deshalb soll ein Masterabschluss die Zugangsvoraussetzung zur postgradualen Ausbildung sein. Die Kompetenzen, über die Studierende beim Masterabschluss verfügen müssen, um die Ausbildung zu beginnen, werden über Studieninhalte definiert. Damit alle Ausbildungsteilnehmer tatsächlich über die erforderlichen Kompetenzen verfügen, wird eine schriftliche Prüfung vor Aufnahme der Praktischen Ausbildung eingeführt. Auf ihrer Grundlage wird für die Zeit der Ausbildung eine eingeschränkte Behandlungsbefugnis erteilt, die Ausbildungsteilnehmer ausdrücklich dazu berechtigt, während ihrer Ausbildung unter Supervision oder Aufsicht psychotherapeutisch zu behandeln.

Am Ende der Ausbildung soll eine Approbation stehen, die berufsrechtlich die Behandlung für alle Altersgruppen erlaubt. Im sozialrechtlichen Bereich sollen die spezifischen Qualifikationen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen einerseits und zur Behandlung von Erwachsenen andererseits erhalten bleiben. Die Ausbildung soll in Zukunft in Schwerpunkten erfolgen, mit denen auch die Fachkunde für die Behandlung entweder von Erwachsenen oder von Kindern und Jugendlichen erworben werden kann. Diese berechtigt Psychotherapeuten zur Behandlung der jeweiligen Patientengruppe im Rahmen der vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Gleichzeitig soll die Ausweitung dieser Qualifikationen auf den jeweils anderen Altersbereich allen Psychotherapeuten im Rahmen einer Weiterbildung möglich werden. Für KJP gibt es diese Option heute nicht.

Zur Behebung der Defizite während der Praktischen Tätigkeit wird die heutige Praktische Tätigkeit zu einer echten Praktischen Ausbildung im stationären Bereich weiterentwickelt. Zugleich wird ein Curriculum für die gesamte Praktische Ausbildung vorgeschrieben. Durch die Praktische Ausbildung werden die Ausbildungsteilnehmer für die psychotherapeutische Versorgung in unterschiedlichen Versorgungsbereichen und Settings qualifiziert. Damit eine Vergütung dieser Tätigkeiten gesetzlich vorgeschrieben werden kann, sollen Aus-

bildungsteilnehmer einen formalen Status erhalten.

### Der Gesetzesvorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer

Über zwei Drittel der Delegierten des 17. Deutschen Psychotherapeutentages stimmten für die Details dieser Reform der Psychotherapeuten-ausbildung, die unter Mitwirkung von Berufs- und Fachverbänden, Hochschulvertretern sowie Vertretern von Ausbildungsteilnehmern und -stätten ausgearbeitet worden waren. Die Vorschläge waren zuvor einem schriftlichen Stellungnahmeverfahren unterzogen und auf einem Ausbildungsgipfel am 26. Oktober 2010 erörtert worden. Die Delegierten forderten den Vorstand auf, sich für eine entsprechende Novellierung des Psychotherapeutengesetzes noch in dieser Legislaturperiode einzusetzen.

Im Dezember 2010 legte die BPTK Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler auf dieser Grundlage ihren Gesetzesvorschlag zur Reform der Psychotherapeuten-ausbildung mit dem Entwurf einer Approbationsordnung vor.<sup>8</sup> Der Vorstand der BPTK hat das Konzept zudem allen Fraktionen im Deutschen Bundestag vorgestellt und in Gesprächen erläutert. Die SPD-Fraktion führte vor diesem Hintergrund am 10. November 2011 ein Fachgespräch zur Reform der Psychotherapeuten-ausbildung durch.

### Ausblick

Vor allem aber setzte sich der jetzige Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr auf dem 19. Deutschen Psychotherapeutentag am 12. November 2011 mit dem Thema auseinander und kündigte an, dass bis zum Ende der Legislaturperiode eine Reform der Psychotherapeuten-ausbildung erfolgen soll. Dabei gehe es um eine umfassende Reform und nicht um eine isolierte Veränderung der Zugangsvoraussetzungen. Bei der Reform der Psychotherapeuten-ausbildung plane er eine Novellierung, die diesen Namen verdiene.

<sup>8</sup> Der Gesetzesvorschlag kann von der Homepage der BPTK heruntergeladen werden: [www.bptk.de/themen/aus-fort-und-weiterbildung.html](http://www.bptk.de/themen/aus-fort-und-weiterbildung.html)

Das Konzept der Profession erfüllt diese Ansprüche des Bundesgesundheitsministers an eine Reform. Es kommt jetzt darauf an, dass sich die Profession weiter aktiv, überzeugend und im Einklang für ihr Konzept einsetzt. Eine neue Diskussion ohne neue Fakten wird zu keinen neuen Erkenntnissen führen. Sie birgt allerdings die Gefahr, eine dringend notwendige gesetzliche Lösung auf Jahre hinaus zu verzögern.

### Literatur

Alpers, G. W. & Vogel, H. (2004). Bachelor oder Master, wer wird Psychotherapeut? Was die Neufassung der Studienabschlüsse für die Psychotherapieausbildung bedeutet. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 315-319.

Hölzel, H. H. (2006). Zur finanziellen Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung: Ergebnisse einer internetgestützten Fragebogenstudie. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 232-237.

Gröger, W. M. (2006). Psychotherapieausbildung im Rahmen der Bachelor-/Masterstudienreform. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 340-352.

Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H. J., Goldbeck, L., Leuzinger-Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. *Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Verfügbar unter: [http://www.mpsy.uniklinikum-jena.de/mpsy\\_media/Downloads/Endfassung\\_Forschungsgutachten\\_Psychotherapieausbildung.pdf](http://www.mpsy.uniklinikum-jena.de/mpsy_media/Downloads/Endfassung_Forschungsgutachten_Psychotherapieausbildung.pdf) [14.11.2011].



**Dr. Johannes Klein-Heßling**

Referent der  
Bundespsychotherapeutenkammer



**Johannes Schopohl**

Referent der  
Bundespsychotherapeutenkammer

### Korrespondenzadresse:

Dr. Johannes Klein-Heßling  
Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
[klein-hessling@bptk.de](mailto:klein-hessling@bptk.de)

# Aktuelles aus der Forschung

Manfred Ruoß

PTK Bayern

## A Controlled Comparison of the Effectiveness and Efficiency of Two Psychological Therapies for Posttraumatic Stress Disorders

### **Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs. Emotional Freedom Techniques**

Karatzias, T., Power, K., Brown, K., McGoldrick, T., Begum, M., Young, J., Loughran, P., Choulirara, Z. & Adams, S. (2011). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 372-378.

Die Studie evaluiert eine psychotherapeutische Technik (Emotional Freedom Technique – EFT), die auch im deutschsprachigen Raum zunehmend Anhänger gewinnt, aber bisher als umstritten gilt, und für deren Wirksamkeit keine wissenschaftlich seriösen empirischen Belege vorgelegt werden konnten. In Deutschland wird diese Technik beispielsweise als „Klopfen“, „Energetische Psychotherapie“ oder „Prozess- und embodimentfokussierte Psychologie“ propagiert. Ein Anwendungsschwerpunkt dieser Technik wird in der Behandlung von Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen gesehen (PTBS).

Als besonders relevant für die Psychotherapie und die Psychotherapieforschung werden von den Autoren dieser Studie die hohe Lebenszeitprävalenz der PTBS und epidemiologische Schätzungen gesehen,

die davon ausgehen, dass bis 2020 psychische Traumen zu den wichtigsten Ursachen für Behinderung gehören werden.

Als wissenschaftlich abgesicherte effektive psychotherapeutische Behandlungen dieser Störung gelten bisher – so die Autoren – Exposition (imaginativ oder in vivo), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Stressimpfungstraining, Trauma Managementtherapie und kognitive Therapie. Die zu diesen therapeutischen Strategien vorhandenen Metaanalysen werden referiert. Als nicht geklärt gelte, ob es Wirksamkeitsunterschiede zwischen diesen Ansätzen gibt. Es scheint – als Fazit der bekannten Metaanalysen – eine gewisse Einigkeit darin zu bestehen, dass Interventionen, die nicht direkt die Arbeit an traumatischen Erinnerungen (imaginativ oder in vivo) einschließen, weniger effektiv sind oder noch nicht genügend untersucht wurden (z. B. schwerpunktmäßig supportive Therapien).

Die hier evaluierte „Emotional Freedom Technique (EFT)“ wird als „meridianbasierte Therapie“ charakterisiert. Sie sei leicht auszuüben, leicht selbst anzuwenden und zur Behandlung von emotionalen Störungen geeignet, die als

Störungen im Energiefeld des Körpers (Meridiansystem) zu verstehen seien. Die Anwendung erfolge durch manuelle Stimulation der Endpunkte der Akupunkturmeridiane, während gleichzeitig die traumatischen Ereignisse möglichst lebhaft imaginiert werden. Bisher bekannte Studien zu EFT konnten wegen großer methodischer Mängel nicht als Beleg für eine gesicherte Wirksamkeit dieser Technik herangezogen werden. Auch wird die theoretische Fundierung dieser Technik als inkompatibel mit einer wissenschaftlich fundierten Psychotherapie gesehen.

Die Autoren postulieren, die erste kontrollierte Vergleichsstudie zwischen EFT und EMDR zur Behandlung von PTBS vorzustellen.

Die teilnehmenden Patienten hatten beim staatlichen schottischen Gesundheitsdienst um Behandlung nachgesucht. Die Diagnosestellung erfolgte durch einen erfahrenen Psychiater. Die Zuweisung in die Behandlungsgruppen (EFT vs. EMDR) erfolgte zufällig. Unterschiede zwischen den Gruppen gab es bei soziodemografischen und traumabezogenen Werten nicht. Drei erfahrene Psychotherapeuten, die für die Anwendung beider Interventionen ausgebildet waren, boten

beide Techniken in Einzeltherapien an. An Maßen und Daten wurden erhoben: demografische Grunddaten, ein klinisches Expertenurteil (der Fremdbeurteiler war blind gegenüber der Intervention), mehrere Selbstberichtsmaße (Checklist für PTBS Symptome, Angst und Depression, Lebenszufriedenheit). Es wurde eine Baseline erhoben, nach einer Wartephase (acht Wochen) erfolgte die Behandlung. Vor und nach der Behandlung wurden die Maße erhoben. Eine Kattamnese fand nach drei Monaten statt. Während der Sitzungen wurden die aktuelle Belastung durch die Vorstellungen und die Bedeutsamkeit der traumatischen Vorstellungen erfasst.

Insgesamt 46 Patienten wurden zufällig auf die beiden Behandlungsbedingungen verteilt. Bei beiden Interventionen gab es eine hohe Rate an Abbrechern (10 posttreatment und 2 follow up bei EMDR, 9 posttreatment und 2 follow up bei EFT). Die Sitzungszahl bei EMDR betrug 3,7 ( $s = 2,3$ ), bei EFT 3,8 ( $s = 2,6$ ). Für alle Outcome-Maße gab es statistisch signifikante Zeiteffekte. Es gab keine Gruppeneffekte und keine Effekte für Interaktionen (Zeit x Gruppe). Es wurden relativ große Effektstärken (EMDR = 1,1; EFT = 1,0) be-

rechnet. Beide Interventionen ergeben signifikante therapeutische Resultate nach der Behandlung und bei der Katamnese. Dies bei einer unwesentlich unterschiedlichen Zahl von Sitzungen. Geringfügig größere Effektstärken ergaben sich bei EMDR, verglichen mit EFT.

**Kommentar:** Diese Studie erfüllt in einigen – jedoch längst nicht in allen – Belangen die Anforderungen, die an eine methodisch saubere Psychotherapiestudie zu stellen sind. Daher sollte dieses Ergebnis mit Aufmerksamkeit zur Kenntnis genommen werden.

Bei beiden Interventionen tritt eine hohe Drop-out-Rate auf (vor allem bei Patienten, die die Behandlung nicht beendeten), sodass wir es hier mit einer hochselektierten Patientengruppe zu tun haben. Von ursprünglich 59 Patienten (Beginn der Wartephase) liegen nach der Katamnese in beiden Gruppen nur noch Daten von 23 Patienten vor. Zu diesen kleinen Gruppengrößen kommt das Fehlen einer Kontrollgruppe. Dies zusammen lässt es nicht zu, weitreichende Schlussfolgerungen aus dieser Studie zu ziehen. Speziell bei PTBS ist bekannt, dass es eine hohe Rate von Spontanremissionen gibt, sofern die Patienten nicht

zusätzlich belastet sind. Es hätte unbedingt eine Kontrollgruppe ohne spezifische psychotherapeutische Behandlung einbezogen werden müssen. Bei der Höhe der Effektstärken fällt auf, dass diese deutlich kleiner sind, als sonst in Studien zu EMDR und zu traumafokussierter kognitiver Verhaltenstherapie berichtet werden.

Erstaunlich ist die durchschnittliche Therapiedauer, die bei beiden Interventionen unter vier Sitzungen liegt. Dies entspricht nicht den Sitzungszahlen, die sonst bei der Behandlung von PTBS zu finden sind. So berichtet eine aktuelle naturalistische Studie aus Deutschland (s. u.) eine durchschnittliche Sitzungszahl von 34 bei einer Stichprobe von 126 Patienten mit PTBS. Hier wurde bei einer spezifisch ausgewählten selektierten Gruppe von Patienten ausschließlich eine isolierte therapeutische Technik angewendet, ohne dass umfassendere psychotherapeutische Belange (z. B. biografische Anamnese, supportive Maßnahmen, Problemanalyse, Beziehungsgestaltung, Behandlung von Komorbiditäten) berücksichtigt wurden. Daher wäre eine weitere Interventionsgruppe, die neben der „reinen Technik“ bei EMDR

und EFT auch originär psychotherapeutische Inhalte berücksichtigt, erforderlich.

Die bei EFT konzeptualisierten Vorstellungen über eine „Energie“, ihre Verteilung im menschlichen Körper und ihre Störung bei psychischen Erkrankungen sind nicht vereinbar mit westlichem Denken und einer wissenschaftlich begründeten Psychotherapie. Dennoch sprechen die jetzt vorliegenden Ergebnisse (bei den ausgesprochenen Vorbehalten) dafür, dass sich mit dieser Intervention vergleichbare Effekte erzielen lassen wie mit einer wissenschaftlich anerkannten Intervention wie EMDR.

Typisch für PTBS ist eine sehr hohe Komorbiditätsrate (besonders prägnant: Borderline Störungen). Dazu finden sich in der vorliegenden Studie keinerlei Angaben. Diese Komorbiditäten müssen diagnostisch abgeklärt und in einer Psychotherapie entsprechend gewürdigt und behandelt werden. Dies ist in der Studie nicht geschehen.

Eine Möglichkeit, die Studienergebnisse zu interpretieren, besteht darin, die Wirkung von EFT mit Mechanismen zu erklären, die aus bekannten und gut untersuchten psychothe-

rapeutischen Techniken stammen und eine Erklärung durch Energieflüsse, Akupunktur und Meridiane obsolet machen. So wie in der Studie beschrieben und praktisch durchgeführt, weist EFT viele Parallelen zu Expositionsverfahren auf. Es erfolgt eine in sensu Exposition (etwa wie in der systematischen Desensibilisierung) mit der traumatischen Erinnerung. Das Klopfen wirkt entspannend und Trance induzierend. In der Entspannung/Trance erfolgt die Exposition, graduiert oder massiv. So gesehen ist EFT lediglich eine Variation bekannter Expositionsverfahren. Bei EMDR werden im Prinzip auch diese Elemente imaginative Exposition, Desensitization durch optische Reize und eine damit verbundene Entspannung/Trance eingesetzt. Reduziert auf die „reine Technik“ wurden also zwei sehr ähnliche Interventionen untersucht. Darüber hinaus gab es bei beiden Techniken kein weiteres psychotherapeutisches Vorgehen. Daher ist ein ähnlicher Effekt bei beiden Verfahren wahrscheinlich und nicht in besonderem Maße bemerkenswert. Die hinter der Technik EFT stehende Theorie bleibt damit nach wie vor äußerst fragwürdig, die Ergebnisse stützen diese Theorie nicht.

## The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H.-C. (2011).

*European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.

Psychische Störungen sind in Europa zur größten gesundheitspolitischen Herausforderung geworden, dies ist das Hauptergebnis dieser Studie. Als besonderer Missstand wird die

absolut unzulängliche Versorgung von Patienten mit diesen Erkrankungen herausgestellt. Die Ergebnisse basieren auf einer über drei Jahre durchgeführten Studie und beziehen sich auf alle 27 EU-Staaten sowie die Schweiz, Island und Norwegen mit einer Einwohnerzahl von

insgesamt 514 Millionen Menschen. Es handelt sich um die weltweit erste Studie, die ein nahezu vollständiges Spektrum von psychischen und neurologischen Störungen umfasst.

Die Zusammenfassung der wichtigsten Hauptergebnisse:

Die Jahresprävalenz klinisch bedeutsamer psychischer Störungen in der EU liegt bei 38,2 Prozent. Psychische Störungen sind in allen Altersstufen ähnlich häufig und bereits unter Kindern und Heranwachsenden weit verbreitet. Die häufigsten Erkrankungen (jeweils die Jahresprävalenzen) sind Angststörungen (14,0 Prozent der Gesamtbevölkerung), Schlafstörungen (7,0 Prozent), unipolare Depressionen (6,9 Prozent), psychosomatische Störungen (6,3 Prozent), Alkohol- und Drogenabhängigkeit (> 4,0 Prozent), Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (5,0 Prozent aller Kinder und Jugendlichen) und Demenzen (1,0 Prozent bei 60- bis 65-Jährigen bis 30,0 Prozent bei über 85-Jährigen). Häufigkeit und Rangreihe der psychischen Störungen sind mit Ausnahme von Suchterkrankungen in allen europäischen Ländern ähnlich. Im Vergleich zu 2005 ergeben sich keine Hinweise auf eine Zu- oder Abnahme der Häufigkeit psychischer Störungen. Eine Ausnahme bildet, aufgrund der angestiegenen Lebenserwartung, eine Zunahme der Demenzerkrankungen. Der in verschiedenen EU-Ländern – speziell in Deutschland – gerade in den letzten Jahren postulierte Anstieg ist nach den Ergebnissen dieser Studie nicht auf eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit, sondern auf ein verändertes Hilfesuch- und Therapieverhalten der betroffenen Patienten bzw. der Behandler zurückzuführen. Hinsichtlich der extrem niedrigen Behandlungsraten psychischer Störungen hat sich im Vergleich zu 2005 keine Veränderung gezeigt. Höchstens ein Drittel aller Betroffenen in der EU erhalten irgendeine Form

professioneller Aufmerksamkeit oder eine Therapie. Therapien starten meist erst Jahre nach Krankheitsbeginn und entsprechen oft nicht den minimalen Anforderungen an eine adäquate Psychotherapie. Insgesamt ist die Belastung der Gesellschaft durch psychische Störungen – erfasst durch den Indikator „disability-adjusted life years (DALYs)“ der Weltgesundheitsorganisation – bei Weitem größer als die durch irgendeine andere Krankheitsgruppe (größer auch als die Belastungen durch Herz-Kreislauferkrankungen und Krebs). Die Studie legt erstmals spezifisch für die EU entsprechende Zahlen vor und zeigt, dass psychische Störungen für 26,6 Prozent der gesellschaftlichen Gesamtbelastung durch Krankheiten in der EU verantwortlich sind. Die vier am stärksten belastenden Erkrankungen sind dabei Depression, Demenzen, Alkoholabhängigkeit und Schlaganfall.

Die Studie identifiziert auch drei entscheidende Faktoren, die für den Status quo mitverantwortlich sind und in Hinblick auf eine verbesserte Forschung und Praxis verändert werden müssen: Erstens die disziplinäre Fragmentierung in Forschung und Praxis hinsichtlich unterschiedlicher Berufsgruppen (z. B. Psychiater, Neurologen, Psychotherapeuten, Psychologen), daraus resultierend verschiedene und teilweise inkompatible Konzepte in Forschung und Praxis sowie Diagnostik und Therapie. Zweitens die gesellschaftliche und politische Tendenz, psychische und neurologische Erkrankungen zu marginalisieren und zu stigmatisieren. Drittens das weitverbreitete Unwissen in der Bevölke-

rung und in der Gesundheitspolitik bezüglich der verschiedenen Formen psychischer Störungen, ihrer Ursachen und Therapiemöglichkeiten.

Zwei Kernaussagen der Studie sind, dass psychische Störungen allgegenwärtig und kein seltenes Schicksal oder eine zu vernachlässigende Randerscheinung sind. Und dass das Gehirn als komplexestes Organ des Körpers genauso häufig wie der Rest des Körpers von Erkrankungen betroffen ist.

Insbesondere zwei Schlussfolgerungen ziehen die Autoren aus der Studie: Erstens müsse das immense Ausmaß an Unter-, Fehl- und Mangelversorgung für die meisten psychischen Störungen beseitigt werden. Da viele psychische Störungen früh im Leben beginnen und – unbehandelt – massive negative Langzeiteffekte auf alle Lebensbereiche der Betroffenen haben können, seien psychische Störungen früher und schneller bei ihrem erstmaligen Auftreten zu behandeln. Nur mit gezielter und umfassender Frühintervention sei einem exponentiell beschleunigten Anstieg der Häufigkeit Schwerstkranker und multimorbider Fallzahlen in Zukunft zu begegnen. Zweitens seien die komplexen Beziehungen der psychischen und neurologischen Erkrankungen untereinander zu beachten und zu erforschen. Anfänglich isolierte, relativ unkomplizierte psychische und neurologische Störungen führten unbehandelt oft zu vielfachen sekundären Erkrankungen.

**Kommentar:** Die Studie ist einzigartig in der Forschungslandschaft und liefert einen

sehr guten und fundierten epidemiologischen Überblick für psychische Störungen. Bei allen künftigen gesundheitspolitischen Diskussionen sollten diese Ergebnisse gewürdigt werden.

Die Studie widerspricht aus epidemiologischer Sicht der in jüngster Zeit von vielen Kassen, Verbänden und Institutionen verbreiteten Aussage über die „Zunahme psychischer Störungen“. Vielmehr kommt die Studie zum Schluss, dass diese Störungen unverändert eine extrem hohe Belastung für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft darstellen. Und dies habe sich nicht erst im letzten Jahrzehnt oder Jahrzehnt entwickelt, sondern sei schon länger manifest. Auch die Fixierung auf einzelne Störungsbilder, wie z. B. auf die gegenwärtige „Modediagnose“ Burnout, ist aus der Perspektive der Studie kontraproduktiv. Dadurch werde die Gesamtbelastung durch psychische Störungen, die eben nicht erst im letzten Jahrzehnt und durch ein einzelnes Störungsbild entstanden ist, eher verschleiert. Und es werde davon abgelenkt, dass in der Regel bereits vor der Manifestation eines Burnout Störungen vorlagen, die möglicherweise bis in die Kindheit zurückverfolgt werden können, die aber nicht erkannt und adäquat behandelt wurden.

Es ist zu wünschen, dass diese Studie umfassend rezipiert und beachtet wird. Ein ganz entscheidendes Ziel sollte es sein, psychische Störungen als große gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen und die Behandlung früh, schnell und ambulant anzugehen.

## Versorgungsrealität bei der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung

### Eine Umfrage unter psychotraumatologisch erfahrenen Psychotherapeuten

Kröger, Ch., Kliem, S., Sarma, N. B. & Kosfelder, J. (2010). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39 (2), 116-127.

Der volle Umfang individueller und gesamtgesellschaftlicher Belastungen durch Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) wird in zunehmendem Maße erkannt. Die hier vorgestellte naturalistische Studie liefert eine Momentaufnahme der realen psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit einer PTBS in Deutschland. Die Arbeit fasst den Forschungsstand (Prävalenzen, Traumtypen, Komorbiditäten etc.) zu PTBS sehr gut zusammen. Internationale und deutsche Behandlungsleitlinien werden referiert, Metaanalysen zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen werden dargestellt. Wirksamkeitsnachweise gibt es für Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) und für Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), die in internationalen Behandlungsleitlinien empfohlen werden. In Deutschland (durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen

Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF) ist die psychodynamische Behandlung (z. B. die Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie, PITT, nach Reddemann) den erstgenannten Interventionen in den Leitlinien gleichgestellt.

Der hier gewählte Studienansatz wird als „naturalistisch“ bezeichnet, da er direkte Erfahrungen aus dem Therapiealltag widerspiegelt. In Niedersachsen wurden 2.149 Fragebögen an Kammermitglieder verschickt. Ziel war es, eine Liste mit psychotraumatologisch qualifizierten Psychologischen Psychotherapeuten zu erstellen. 272 (Rücklaufquote von 12,7%) beantworteten die Fragebögen. Bei 130 gab es auch Angaben zur konkreten Behandlung eines Patienten. Bei 74 beantworteten Bögen wurde als therapeutische Grundorientierung VT angegeben, bei 52 Bögen Tiefenpsychologie oder Psychoanalyse. Diese 126 Bögen wurden weiter analysiert. Im Fokus stand die Häufigkeit des Einsatzes Trauma fokussierender Interventionen im Sinne von TF-KVT, EMDR und PITT.

Aus den Selbstauskünften zur Praxisroutine ergibt sich, dass die antwortenden Psychotherapeuten zu einem eklek-

tischen Vorgehen tendieren. Wenige der Befragten sind in den international empfohlenen Verfahren vollständig ausgebildet. Nur 31 (26,0%) der Befragten machten Angaben zu Fortbildungen im Bereich Psychotraumatologie. Exposition wird nach den Selbstberichten nicht durchgeführt wegen unzureichender Erfahrung der Psychotherapeuten. Im Kontrast zu den wenigen wissenschaftlichen Belegen stand die große Beliebtheit stabilisierender und imaginativer Interventionen (nach PITT), die von Psychotherapeuten aller Orientierungen sehr häufig (36,5% der Befragten) eingesetzt wurden. Eine Grundüberzeugung bei Psychotherapeuten scheint zu sein, dass eine zu schnelle bzw. zu intensive Konfrontation mit dem Trauma zu einer Dekompensation oder „Retraumatisierung“ führt. Diese Überzeugung basiert nicht auf empirischen Belegen. Es wurden hohe Raten an Komorbidität berichtet (64,0% der Patienten mit mindestens einer komorbiden Störung).

**Kommentar:** Die Studie hat sicher nur begrenzte Aussagekraft und die Ergebnisse können nicht generalisiert werden. Sie weist jedoch eine konzeptionelle Anlage auf, die entsprechend elaboriert, einen

Weg weisen könnte, sehr praxisorientiert den psychotherapeutischen Alltag zu evaluieren und zu optimieren. Sollten sich solche Ergebnisse in größerem Umfang (bei anderen Störungsbildern und bei einer repräsentativen Zahl von Psychotherapeuten) bestätigen, ergibt sich daraus möglicherweise ein Handlungsbedarf. Denn offensichtlich folgt das therapeutische Handeln nur zu einem Teil anerkannten Richtlinien und Empfehlungen. Die Zahlen können auch so interpretiert werden, dass der Ausbildungsstand der Psychotherapeuten nicht immer „state of the art“ ist.



PD Dr. Manfred Ruoß

Wissenschaftlicher Referent der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
St.-Paul-Str. 9  
80336 München  
ruoss@ptk-bayern.de

# Buchrezensionen

**Breitenbach, G. (2011). Innenansichten dissoziierter Welten extremer Gewalt. Ware Mensch – die planvolle Spaltung der Persönlichkeit. Kröning: Asanger. 260 Seiten. 29,50 €.**

Ralf Vogt

Wie schon mit ihrem Buch „*Psychotherapie mit entmutigten Klienten*“, das die Autorin mit ihrem Kollegen Harald Requardt vor sechs Jahren verfasste, stellt Gaby Breitenbach wiederum ein Buch für psychotherapeutische Fachleute, Berater und Patientinnen und Patienten<sup>1</sup> vor.

Breitenbach gelingt es, fundierte Wissensvermittlung über komplexe Sachverhalte mit anschaulichen Bildern zu verbinden. Diesen Spagat schaffen nur wenige psychotherapeutisch tätige Autoren – weil sie sich entweder in der Wissenschaftlichkeit absichern oder ihre Patienten nicht überfordern wollen. Das didaktische Geschick Breitenbachs hängt sicherlich mit ihrer systemischen und verhaltenstherapeutischen Ausbildung sowie ihrer 20-jährigen Erfahrung im relevanten beruflichen Feld zusammen.

Während im eingangs erwähnten Buch das Stabilisierungsthema bei komplexetraumatisierten Patienten im Mittelpunkt steht, konfrontiert das neue Werk mit schockierenden Geschichten aus der Therapiearbeit mit Patienten, die unter dissoziativen Störungen leiden. Genau diese schweren Geschichten gehören jedoch zum Praxisalltag eines jeden Psychotraumatheapeuten, der mit komplexetraumatisierten Patienten arbeitet – Personen, die mit chronifizierten Leidenswegen jahrelanger frühkindlicher sexueller Gewalt, rituellen Verführungs- und Folterorgien oder organisierter krimineller Verfügbarmachung in die Therapie kommen.

Ellert Nijenhuis, einer der international bekanntesten Dissoziationsforscher, schreibt in seinem Geleitwort, dass wir oft das

Grauenhafte in der Welt nicht hören wollen, weil es unsere individuelle Vorstellungskraft übersteigt oder weil wir nicht an eigene blinde Erfahrungsflecken erinnert werden wollen.

Psychodiagnostisch ist der Hintergrund einer chronifizierten Traumafolgestörung in den Grundprinzipien erschreckend einfach zu erfassen, andererseits ist es jedoch für die Gesellschaft sehr (kosten)aufwendig, die Patienten mit dissoziativ-komplexen Erkrankungen erfolgreich ins normale Leben zu reintegrieren. Breitenbach verdeutlicht diese Verbindung von Einzelschicksalen und gesellschaftspolitischen Dimensionen sowie deren historische Einbettung. Diese Multiperspektivität ist meines Erachtens ein wichtiges Plus des Buches, weil sie zum komplexen Denken erzieht. Dennoch ist das Buch eher ein Werk für Praktiker als eine theoretische Abhandlung zur Behandlung von dissoziativen Komplextaumatisierten. Leider erläutert Breitenbach hier keine anderen traumatherapeutischen Ansätze.

Breitenbach stellt dar, was sie in ihrer Arbeit für wesentlich hält und bietet dazu ein Begriffsglossar, das für das konkrete Verständnis ihrer Denk- und Arbeitsart sehr nützlich ist. Widersprüche zu anderen Konzepten nimmt sie dabei in Kauf.

Die Autorin argumentiert gegen die „platte Aussagelogik“, wie sie von der False-Memory-Bewegung vertreten wird. Die False-Memory-Bewegung zweifelt die Erlebnisse von komplexetraumatisierten Menschen an und tut sie als Fantasiegebilde ab. Die Verantwortung für das Auftreten von schwerwiegenden Symptomen schiebt sie

dabei auf die suggestiven Methoden von hysterischen Psychotherapeuten. Diesen zum Teil feindseligen, intriganten und widersprüchlichen „Ansätzen“ tritt Breitenbach sachlich und fundiert gegenüber. Sie betont dabei, wie wichtig es sei zu verstehen, dass dieser „Entwertungsstoff“ als störungsbedingtes Symptom auch bei traumatisierten Patienten vorkommt.

Insofern ist die „Koalition“ der Patienten mit den früheren Täterinnen und Tätern eine unbewusst gebahnte alte Bindungserfahrung, die man in der Psychotherapie als solche erkennen muss, um ihr nachdrücklich zu begegnen. Professionell arbeiten heißt hier, in der Sache konsequent zu bleiben, aber veränderungsinteressierten Menschen eine Brücke zu bauen, um die großen inneren Widersprüche in der Genese zu verstehen. Durch den therapeutischen Vertrag wird zugleich eine neue Bindung angeboten, auch wenn die Patienten diese natürlich auch ausschlagen oder vielleicht erst mit erheblicher Zeitverzögerung wahr- bzw. annehmen können.

Breitenbachs fundiertes Verständnis und ihr reicher Vorrat an Erfahrungen gründen nicht nur auf ihrer langjährigen Berufserfahrung: Da sie selbst Gewalt erleben musste, hat sie vielen Kollegen etwas voraus, wenn es darum geht, effektive Therapiemethoden zu entwickeln, weil sie nicht von den „eigenen blinden Erfahrungsflecken“ behindert wird. Die Autorin schlägt daher ein reformiertes Diagnosemodell

<sup>1</sup> Im Folgenden sind aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht immer beide Geschlechtsformen aufgeführt; selbstverständlich sind jeweils männliche und weibliche Personen gemeint.

mit differenzierten Psychotraumastufen vor. Dieses Modell besitzt eine hohe behandlungspraktische Relevanz, da gerade bei zerstörerisch programmierten Patienten, welche hier als „invers-programmiert“ definiert werden, unerfahrene Psychotherapeuten meist entweder mit ihrer Gutmütigkeit oder mit ihrer Regelstarre an die Grenzen ihrer Belastbarkeit stoßen. Die schwer paranoiden, wechselhaften und verräterischen Störungsanteile dissoziativer Patienten lassen, ohne ausreichende

Ausbildung, auch Psychotherapeuten mit den besten Intentionen ins Leere laufen.

Breitenbachs Buch ist zu empfehlen, da es nicht nur Wissen, sondern auch Hoffnung vermittelt, wo andere Autoren häufig nur noch Ressourcenübungen gegen das persönliche Burnout anzubieten haben. Aber auch für Langzeit-Patienten mit chronifizierten Traumafolgestörungen kann das Buch hilfreich sein, um die eigene Welt sowie die Situation und die anstrengenden

Prozesse „auf der anderen Seite“, nämlich ihrer Psychotherapeuten, besser einzuschätzen. Dies kann die gemeinsame therapeutische Arbeit fördern – und langfristig auch dabei helfen, durch eine stärkere therapeutische Bindung die oben beschriebene Täterbindung zu verändern, indem die Patienten ein Beziehungsgegenüber erleben, das sich um ihre Heilung und Entwicklung bemüht – für die Heilung von zersplitterten Innenwelten interessieren sich Täterinnen und Täter nämlich nicht.

Dr. DP Ralf Vogt  
Leipzig

**Stern, D. N. (2011). *Ausdrucksformen der Vitalität. Die Erforschung dynamischen Erlebens in Psychotherapie, Entwicklungspsychologie und den Künsten.* Frankfurt/M.: Brandes & Apsel. 212 Seiten, 24,90 €.**

Ulfried Geuter

In seinem Buch „*Die Lebenserfahrung des Säuglings*“ führte Daniel Stern das Konzept der *Vitalitätsaffekte* ein. Damit meint er, dass Emotionen nicht nur kategorial, z. B. als Wut oder Angst, erlebt werden, sondern auch als anschwellend, verblassend, pulsierend, energisch oder zögerlich. In seinem neuen Buch bezeichnet er diese „Ausdrucksformen der Vitalität“ als einen grundlegenden Aspekt des menschlichen Erlebens, den er in den fünf Kategorien Bewegung, Kraft, Zeit, Raum und Intention beschreiben möchte.

Die Vitalitätsdynamik bezieht sich vornehmlich „auf die Veränderungen der Kräfte, deren Aktivität während eines Bewegungsvorgangs wahrgenommen wird“, schreibt Stern (S. 62). Er koppelt so den Begriff eng an den der Bewegung. Denn Bewegung sei die „primäre Manifestation der Belebtheit“ (S. 9) und die „grundlegendste Erfahrung“ (S. 31) – dass hier „Belebtheit“ für „being animate“ und der in der deutschen Sprache nicht vorhandene Superlativ „grundlegendste“ für „primacy in experience“ steht, sind Beispiele für die unbeholfene Übersetzung. Das „Wie“ einer

Bewegung erfahren wir eher als ihr „Was“, die Form eines Affekts eher als seinen mentalen Inhalt. Beides kann im Bewusstsein voneinander getrennt werden, auch wenn es in einem einheitlichen Prozess in Erscheinung tritt.

Dies verdeutlicht Stern am Beispiel der Kunst. Tanzen wir nach einem Musikstück, zeigen wir dessen Kraft, Gestalt und Tempo in der Art, wie wir uns durch den Raum bewegen. Kunst kann dieselben Formen der Lebendigkeit auf unterschiedliche Weise, in diesem Fall mit Musik oder Tanz, ausdrücken. Daher habe sie diesem Aspekt der Erfahrung mehr Aufmerksamkeit gezollt als die Psychologie.

Die Psychotherapie sollte dies aus zwei Gründen ebenfalls tun. Zum einen, weil Vitalitätsformen in der menschlichen Entwicklung primär sind und schon an den Erregungsprozessen oder Bewegungen der Föten im Mutterleib zu beobachten sind. Auf Babys stimmen sich Mütter ein, indem sie deren Vitaläußerungen in einem anderen Modus spiegeln, z. B. ihr spiessiges Treten in einer Lautäußerung, die den

Rhythmus des Babys aufgreift. Zum anderen, da die Vitalitätsformen Teil des episodischen Gedächtnisses sind und das implizite Wissen eines Menschen enthalten. Eine Mikroanalyse der Gestik kann daher anhand unvermuteter Details persönliche psychische Themen offenbaren, die andere Techniken nicht zutage fördern können, meint Stern. Er zeigt dies am Beispiel der Gesten eines Mannes, deren Kraft und Tempo offenbaren, wie er in seinem Leben Grenzen auszutesten versucht.

Stern schildert auch einen Patienten, der sich nach der Trennung seiner Freundin von ihm in ein undurchdringliches Schweigen zurückzog. Er kam aus diesem Zustand erst heraus, als der Therapeut fragte, wie er das Gewicht seiner Freundin auf den Oberschenkeln empfand, als sie das letzte Mal auf seinem Schoß saß. Körperempfindungen und Gesten zu fokussieren, um verdeckte seelische Inhalte und affektmotorische Schemata zu erkunden, sind aber gebräuchliche Techniken der Körperpsychotherapie. Stern bezieht sich leider weder klinisch noch theoretisch auf diese oder andere psychotherapeutische Konzepte,



sondern allein auf die Tanztherapie. Da sich diese auf die Bewegung konzentriert, entgeht ihm z. B. der Atem als eine weitere grundlegende Äußerung von Vitalität. So erwähnt er zwar das Bauhaus, weil dort die Idee einer künstlerischen Synthese realisiert worden sei. Aber er erwähnt nicht, dass die Malklasse am Bauhaus mit Atemübungen begann. Auch setzt er sich nicht mit den lebensphilosophisch geprägten Traditionen in der Körper- oder Gestalttherapie auseinander, obwohl er Begriffe wie Lebendigkeit benutzt, die er allerdings nicht definiert. Blass

bleibt auch ein Kapitel zur Arousaltheorie, da Stern sich nicht auf psychotherapeutische Diskurse zu diesem Konzept bezieht und Vitalitätsformen wie entspannend, schmelzend oder schwingend nicht aus der Arousaltheorie erklären kann.

Bei der Lektüre bleibt so ein zwiespältiger Eindruck zurück. Das Buch macht klar, dass das Thema der Vitalität und der Ausdrucksformen der Vitalität von theoretischer und klinischer Bedeutung für die Psychotherapie ist. Aber Stern setzt dieses Thema in

Form eines Essays auf die Agenda, der sich, in großem Unterschied zu seinen früheren Büchern, um genaue Begriffe nicht sorgt und mit großem Strich über wissenschaftliche Diskurse hinweggeht. In der Sprache der Vitalitätsaffekte kann man das Buch daher als suchend oder entdeckend beschreiben. Es erkundet ein Terrain, ohne jedoch ein wissenschaftlicher Führer auf dem Weg durch dieses Terrain zu sein.

*Prof. Dr. Ulfried Geuter  
Berlin*

## 19. Deutscher Psychotherapeutentag: Bedarfsplanung überholt und dringend reformbedürftig

**Zentrale Themen des 19. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) in Offenbach waren das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, die Reform der Psychotherapeutenausbildung und die Ergänzung der Muster-Weiterbildungsordnung um den Bereich „Systemische Therapie“. Höhepunkt des DPT war der Besuch von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr. Er versicherte den Delegierten, dass er noch in dieser Legislaturperiode eine umfassende Novellierung des Psychotherapeutengesetzes auf den Weg bringen werde. Außerdem werde er sicherstellen, dass die Option des Praxisaufkaufs durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erst dann genutzt werden könne, wenn es eine sachgerechte Anpassung des Verhältnisses Einwohner je Psychotherapeut in der Bedarfsplanung gegeben habe.**



v. r.: Sozialminister Hessen, Stefan Grüttner; Präsident LPPKJP Hessen, Alfred Krieger

Der Präsident der Hessischen Landespsychotherapeutenkammer, Alfred Krieger, eröffnete den 19. DPT in Offenbach. Er forderte die Delegierten auf, die Entstehungsbedingungen psychischer Erkrankungen beim Namen zu nennen und so in die Gesellschaft hineinzuwirken.

Der Hessische Sozialminister, Stefan Grüttner, betonte in seinen Grußworten, dass mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz die Bundesländer neue Kompetenzen erhalten, die sie im Rahmen der Bedarfsplanung nutzen würden. Er sehe die dringende Notwendigkeit, die Relation von Einwohner je Psychotherapeut zu korrigieren. Er könne allerdings nicht für eine grundsätzliche Neuberechnung der Verhältniszahlen in der Arztgruppe Psychotherapie plädieren, denn aus Sicht des

Bundeslandes Hessen hätten künftig flexible zielgenaue Korrekturen Vorrang vor den alten pauschalen Instrumenten der Bedarfsplanung.

Der Sozialminister umriss die Probleme der psychotherapeutischen Ausbildung, die aus seiner Sicht eine Reform des Psychotherapeuten-

gesetzes dringlich machen. Es werde auf Veranlassung des Hessischen Sozialministeriums als derzeitiges Vorsitzland der Gesundheitsministerkonferenz am 22. November 2011 ein gemeinsames Gespräch mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Vertretern der Kultusministerkonferenz und der AG Berufe des Gesundheitswesens der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) stattfinden. Bei diesem Treffen sei auch eine punktuelle Novellierung der Zugangsvoraussetzungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) Thema.

### Information und Transparenz

Der BPTK-Vorstand skizzierte im Vorstandsbericht die zentralen Themen der Vorstandsarbeit in den nächsten Monaten und

Jahren. Vorstandsmitglied Andrea Mrazek erinnerte daran, dass den Patienten und Versicherten eine zentrale Rolle bei der Neugestaltung des Gesundheitswesens zukomme, insbesondere vor dem Hintergrund seiner zunehmend wettbewerblichen Ausgestaltung. Mehr Patientenautonomie sei ein den Psychotherapeuten besonders am Herzen liegendes Thema. Schließlich sei es für Psychotherapeuten tägliche Arbeit, mit den Patienten Möglichkeiten zur Autonomieentwicklung zu erarbeiten. Zentrale Voraussetzung für selbstbestimmtes Handeln der Patienten seien zuverlässige und verständliche Informationen. Die BPTK werde sich dafür verstärkt engagieren. Frau Mrazek verwies auf die Patientenseiten der BPTK-Homepage, die Entwicklung einer Checkliste zur Bewertung von Psychotherapeutenportalen gemeinsam mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) sowie das Engagement der BPTK im Beirat des Arztnavigators der AOK. Der AOK-Arztnavigator, der mittlerweile auch den Versicherten der BARMER GEK und der TK zur Verfügung stehe, erfülle zentrale Kriterien der Checkliste. Im nächsten Jahr werde unter Mitarbeit der BPTK ein Fragebogen zur Beurteilung von Psychotherapeuten entwickelt.

### Kooperation Gesundheitsberufe

BPTK-Vizepräsident Dr. Dietrich Munz stellte das Projekt „Psychotherapeuten in Krankenhäusern und in Rehabilitationseinrich-

## Weiterbildung in Systemischer Therapie beschlossen

Der 19. Deutsche Psychotherapeutentag hat die Ergänzung der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) der BPTK um den Bereich „Systemische Therapie“ beschlossen. Mit der Systemischen Therapie wurde erstmalig ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren in die Muster-Weiterbildungsordnung aufgenommen, nachdem im Jahr 2006 zunächst die wissenschaftlich anerkannte Psychotherapiemethode „Neuropsychologische Therapie“ als erster Bereich der MWBO beschlossen worden war. Für die Aufnahme war auch eine Änderung des § 2 erforderlich, der bislang eine Weiterbildung in einem Psychotherapieverfahren ausschloss.

Die Kommission Zusatzqualifizierung der BPTK hatte den Beschlussentwurf für die Ergänzung der MWBO um den Bereich Systemische Therapie im Auftrag des 18. DPT erarbeitet. Vorgestellt wurde der Entwurf von Martin Klett. Bei der Erarbeitung des Regelungsentwurfes für die Weiterbildung in Systemischer Therapie und der Festlegung der Umfänge der Weiterbildungsteile hatte sich die Kommission u. a. von der Überlegung leiten lassen, dass

1. die bereits in der Ausbildung erworbene hohe psychotherapeutische Kompetenz und die damit verbundenen Transferleistungen von einem Ausbildungsverfahren zum Verfahren der Weiterbildung zu berücksichtigen sind,
2. Redundanzen zu vermeiden sind,
3. Praktikabilität und Attraktivität der Weiterbildung gewährleistet sind und
4. die Weiterbildung qualitativ und quantitativ über eine Fortbildung deutlich hinausgeht und zu einer belastbaren Kompetenz in dem Verfahren führt.

Die beschlossene Weiterbildung im Bereich Systemische Therapie sieht folgende Umfänge der Weiterbildungsteile vor:

- A) eine Mindestdauer der Weiterbildung insgesamt von zwei Jahren,
- B) Theoretische Weiterbildung im Umfang von 240 Stunden,
- C) Praktische Weiterbildung im Umfang von 280 Stunden bei einem breiten Spektrum von psychischen Störungen und unter begleitender Supervision im Umfang von mind. 70 Stunden,
- D) ausführliche Dokumentation von mind. 5 Behandlungsfällen,
- E) mind. ein Behandlungsfall bezieht sich jeweils auf das Setting Einzeltherapie, Paartherapie und Familientherapie,
- F) zusätzlich behandlungsbegleitend Intervision im Umfang von mind. 60 Stunden,
- G) Selbsterfahrung in Systemischer Therapie im Umfang von mind. 100 Stunden.

Die vollständige Fassung der geänderten MWBO ist auf der BPTK-Homepage abrufbar.

**Mitglieder der Kommission Zusatzqualifizierung:** Dr. Andrea Benecke, Jörg Hein, Martin Klett, Dr. Josef Köning, Barbara Lubisch, Dr. Bruno Waldvogel und für den BPTK-Vorstand Andrea Mrazek.

tungen“ vor. Ziel des Projektes sei es, für eine durch fachliche Aspekte gesteuerte Kooperation der Gesundheitsberufe die Weichen zu stellen. Bisher dominierten aufgrund berufs-, haftungs- und sozialrechtlicher Vorgaben Statusfragen und nicht die fachlichen Aspekte, die sich aus einer zunehmend veränderten Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen ergeben. Ziel des Vorstandes sei es, die Probleme am Beispiel der Psychotherapeuten-

durchzudeklinieren, um dann gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen für eine Korrektur der entsprechenden rechtlichen Rahmenbedingungen einzutreten.

## Psychotherapeutenausbildung

BPTK-Vorstandsmitglied Peter Lehndorfer beschrieb zum Thema „Reform der Psychotherapeutenausbildung“ den wachsenden Problemdruck durch die Zulassung von

Bachelorabsolventen zur KJP-Ausbildung. Trotz unterschiedlicher Auffassungen im Detail sei die Profession sich darin einig, dass der Master Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapeutenausbildung sein solle und dass es eine Reform geben müsse, die Voraussetzungen für die Vergütung der Psychotherapeuten in Ausbildung während der Praktischen Tätigkeit schaffe. Die Profession habe ein Konzept, das diese Probleme löse, mit über 80 Prozent der Stimmen auf dem Deutschen Psychotherapeutentagen verabschiedet und bestätigt. Es komme nun darauf an, mit vereinten Kräften und so schnell wie möglich die Bundespolitik davon zu überzeugen, den Reformprozess in Gang zu bringen. Herr Lehndorfer berichtete von einem Fachgespräch mit SPD-Gesundheitspolitikern, bei dem deutlich wurde, dass es eine politische Bereitschaft gibt, das Thema „Psychotherapeutenausbildung“ aufzugreifen, wenn es der Profession gelingt, mit einer Stimme zu sprechen.

## GKV-Versorgungsstrukturgesetz

BPTK-Vizepräsidentin Monika Konitzer skizzierte die politische Arbeit auf Bundes- und Landesebene zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz. Man habe erreicht, dass die Öffentlichkeit und die Gesundheitspolitik das Problem der psychotherapeutischen Unterversorgung sehe. Den Zahlen der Bedarfsplanung glaube – von einigen Unbelehrbaren abgesehen – niemand mehr. Es gebe einen großen Konsens, dass die Wartezeiten, die man psychisch kranken Menschen zumute, nicht akzeptabel seien. Die einfachste und am schnellsten wirksame Lösung sei die Neuberechnung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe Psychotherapie. Aber auch wenn diese Forderung nicht umgesetzt werde, könne man – so Frau Konitzer – mit den flexibleren Instrumenten der Bedarfsplanung künftig auf Bundes-, aber insbesondere auf Landesebene Verbesserungen für die Versorgung psychisch kranker Menschen erreichen. Sie sei zuversichtlich, dass die Psychotherapeuten-schaft angesichts der politischen Arbeit der letzten Monate diese Aufgabe bewältigen könne.

Auf der Endstrecke der Beratungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes sei es noch einmal wichtig, die Politik dafür zu sensibilisieren, dass es einen Zusammenhang zw-



v. l.: Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr; Präsident der BpTK, Prof. Dr. Rainer Richter

schen Bedarfsplanung und Vergütung gebe. Ohne entsprechende Vorgaben der Politik müsse man davon ausgehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, innerärztliche Verteilungskämpfe durch den Aufkauf von Psychotherapeutenstellen zu entschärfen, konsequent nutzen werden.

### **Kompetenznetz „Beratung und psychotherapeutische Versorgung nach sexuellem Missbrauch“**

Zum Abschluss des Berichts des Vorstandes stellte Prof. Dr. Rainer Richter die Eckpunkte der BpTK für ein Kompetenznetz „Beratung und psychotherapeutische Versorgung nach sexuellem Missbrauch“ vor. Unter Federführung des BMG berate die BpTK gemeinsam mit Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft, Bundesärztekammer und Krankenkassen die Möglichkeiten, Betroffenen von sexuellem Missbrauch ein abgestuftes Angebot von Beratung, Unterstützung und Behandlung anzubieten. Die Initiative gehe auf die Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau Dr. Christine Bergmann, zurück, die gemeinsam mit Betroffenen an den Gesprächen im BMG teilnehme. Es gehe darum, für diese Menschen schnell und unbürokratisch Hilfe zu organisieren. Dabei sei sich die BpTK darüber im Klaren, dass der Vorwurf der Priorisierung einzelner Patientengruppen nicht von der Hand zu weisen sei. In einer strukturellen Mangelsituation, wie die Bedarfsplanung sie produziere, sei dies eine unvermeidbare Konsequenz. In den anstehenden Verhandlungen mache man einerseits auf den grundsätzlichen strukturellen Handlungsbe-

darf aufmerksam, werde aber andererseits die Chance nutzen, für eine Patientengruppe Verbesserungen zu erreichen.

### **Bahr plant Neuregelung des Psychotherapeutengesetzes**

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr erklärte auf dem 19. DPT, dass es bis 2013 keinen Aufkauf psychotherapeutischer Praxen geben werde. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bis dahin neue Vorgaben für das Verhältnis von Einwohner je Psychotherapeut machen, die dem Versorgungsbedarf gerecht werden. Außerdem soll bis zum Ende der Legislaturperiode eine Reform der Psychotherapeutenausbildung erfolgen. Dabei gehe es um eine umfassende Reform und nicht um eine isolierte Veränderung der Zugangsvoraussetzungen. Bei der Reform der Psychotherapeutenausbildung plane er eine Novellierung, die diesen Namen verdiene.

### **Wartezeiten sollen sinken**

Herr Bahr betonte, dass sich die Reform der Bedarfsplanung in sinkenden Wartezeiten niederschlagen solle. Insbesondere müsse etwas für die Patienten in ländlichen Regionen getan werden. Das bisherige Verhältnis von Einwohner/Psychotherapeut kennzeichne eine besondere Ungenauigkeit. In Zukunft sollten vor allem die regionalen Versorgungsbedarfe die Zahl der notwendigen Praxen bestimmen. Er wolle weg von zentralen Vorgaben und hin zu zielgenauer Bedarfsplanung vor Ort.

### **Haushalt 2012**

Neben einer Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung ent-

lastete der DPT den Vorstand für das Haushaltsjahr 2010 und beschloss den Haushaltsplan der BpTK für 2012 so, wie vom Vorstand vorgelegt. Der bisherige Vorsitzende des Finanzausschusses, Hans Bauer (LPPKJP Hessen), präsentierte dem DPT die Empfehlungen des Finanzausschusses zum letzten Mal. Sein Nachfolger ist Rudi Bittner (PTK Bayern).

### **Versammlungsleitung gewählt**

Der DPT wählte turnusmäßig eine neue Versammlungsleitung. Er bestätigte den bisherigen Vorsitzenden, Herrn Wolfgang Schreck (PtK NRW), und seinen Stellvertreter, Herrn Gerd Hoehner (PtK NRW), in ihren Ämtern. Er verabschiedete Frau Bertke Reiffen-Züger (PtK Niedersachsen), die für das Amt nicht mehr zur Verfügung stand, und wählte einstimmig Frau Gabriela Küll (PtK Hamburg) als weitere Stellvertreterin.

### **KJP- und PTI-Ausschuss**

Der DPT wählte die Ausschüsse „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ und „Psychotherapie in Institutionen“ neu und bestätigte die Kommission „Zukunft der Krankenhausversorgung“ in ihrem Amt.

### **Satzung und Geschäftsordnung**

Der DPT beschloss darüber hinaus eine Änderung der Satzung der BpTK in § 5 Absatz 2. Künftig sind Nach- bzw. Ummeldungen der Bundesdelegierten der Landespsychotherapeutenkammern nur bis zum Beginn der Delegiertenversammlung möglich.

Geändert wurde auch § 7 Absatz 4 der Geschäftsordnung (GO) der DPT. Danach ist es künftig möglich, Anträge nicht nur an einen Ausschuss oder an eine Kommission, sondern auch an den Vorstand zu überweisen.

Die geänderte Satzung und die geänderte GO sind unter [www.bptk.de](http://www.bptk.de) abrufbar.

### **Geschäftsstelle**

Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
Tel. 030/278785-0  
Fax. 030/278785-44  
[info@bptk.de](mailto:info@bptk.de)  
[www.bptk.de](http://www.bptk.de)



## Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Aktivitäten der LPK BW in den letzten Monaten standen, wie wir schon berichtet haben, sehr im Zeichen des geplanten Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) und der dadurch befürchteten negativen Auswirkungen für die Versorgung psychisch Kranker in Baden-Württemberg. In Briefen an und Gesprächen mit Politikern haben wir unsere Standpunkte dargelegt. Die Ergebnisse der Umfrage zu Wartezeiten bis zum Erstgespräch und Therapiebeginn und die Zunahme psychischer Erkrankungen verdeutlichten für die Politiker nachvollziehbar, dass auch in Baden-Württemberg Psychotherapeuten-

sitze nicht reduziert werden dürfen. Sozialministerin Altpeter äußerte der Kammer gegenüber, dass die Versorgung der Psychotherapiepatienten in Baden-Württemberg durch das Gesetz nicht schlechter werden dürfe. Die Bundesländer äußerten in ihrer Stellungnahme zum Gesetzesentwurf einstimmig, dass für die Psychotherapie eine neue Bedarfsplanung erforderlich sei. In welcher Form das Gesetz verabschiedet und wie es dann umgesetzt werden wird, ist derzeit noch offen.

Die Kammer war auch in den wichtigen gesundheitsbezogenen Gremien in Baden-Württemberg sehr aktiv, wie Sie dem Bericht aus der Vertreterversammlung entnehmen können.

Zum 1. Oktober 2011 hat Frau Ass. jur. Stephanie Tessmer die Leitung des Ressorts Recht übernommen. Sie wird Ihnen ab sofort für rechtliche Auskünfte zur Verfügung stehen.

Wir wünschen Ihnen erholsame Weihnachtstage und einen angenehmen Jahreswechsel sowie alles Gute für das kommende Jahr.

Ihr Kammervorstand

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

### Vertreterversammlung am 21./22. Oktober 2011

Am 21./22. Oktober fand eine zweitägige Vertreterversammlung der LPK BW statt. Der erste Tag stand im Zeichen des Vorstandsberichtes und der Aussprache dazu. Der Vorstand berichtete u. a. von den Aktivitäten der LPK BW bezüglich des derzeit in der Diskussion befindlichen Versorgungsstrukturgesetzes, das noch dieses Jahr vom Bundestag beschlossen werden und Anfang 2012 in Kraft treten soll. So wurden u. a. alle baden-württembergischen Abgeordneten des Deutschen Bundestages angeschrieben, um ihnen zu verdeutlichen, wie sich die im Versorgungsstrukturgesetz vorgesehene Möglichkeit des Aufkaufs von Psychotherapeutenstellen in „übersorgten“ Gebieten in den einzelnen Landkreisen auswirken würde.

Dr. Dietrich Munz berichtete weiter vom Antrittsbesuch der Präsidenten der Heilberufekammern Baden-Württembergs bei der neuen Sozialministerin Altpeter. Die Ministe-

rin steht der Position der Kammer bezüglich Bedarfsplanung und Psychotherapieausbildung positiv gegenüber.

Weiter berichtete der Vorstand von den engagierten Aktivitäten der LPK BW in verschiedenen wichtigen gesundheitsbezogenen Gremien in Baden-Württemberg, so vor allem in der AG Standortfaktor Gesundheit, im Gesundheitsforum, im Schmerzforum sowie in verschiedenen Initiativen des Landesgesundheitsamtes.

Im weiteren Verlauf der Sitzung wurden dann einige Satzungsänderungen be-



*Bundeskammerpräsident Rainer Richter (re.) und Kammerpräsident Dietrich Munz in der Vertreterversammlung*

schlossen, wie z. B. bezüglich der Entschädigungs- und Reisekostenordnung (s. u.).

Nach ausführlicher Diskussion des Haushaltsplanes für das Jahr 2012 wurde beschlossen, dass der Beitrag stabil bleibt und in gleicher Höhe wie in 2011 erhoben wird (siehe Beitragstabelle unten).

Am zweiten Tag diskutierten die Delegierten mögliche Zusatzqualifizierungen nach der Approbation (Weiterbildung, Fortbildung, curriculare Fortbildung) sowie die geplante Richtlinie für eine „Sachverständigenliste Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht, Glaubhaftigkeit und Zeugenaussage, Familienrecht und Kinder- und Jugendhilfe und Sozialrecht“. Diese Richtlinie zum Nachweis einer erforderlichen Fortbildung zur Erstellung von Gutachten in den genannten Bereichen soll in der nächsten Vertreterversammlung verabschiedet werden.

Nach seiner Wiederwahl im Mai besuchte der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Prof. Dr. Rainer Richter, unsere Vertreterversammlung und stand den Delegierten für die Diskussion zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen sowie den Aktivitäten und künftigen Aufgaben der BPTK zur Verfügung. In seinen Ausführungen berichtete er insbesondere auch über die vielfältige Lobbyarbeit der BPTK im Zusammenhang mit dem Versorgungsstrukturgesetz.

Dominique Krause, Referent der BPTK, stellte anschließend den Sachstand bezüglich der elektronischen Gesundheitskarte und des Heilberufausweises vor. Die auf die Kammer zukommenden Aufgaben im Zusammenhang mit der Ausgabe des Heilberufausweises wurden dabei erläutert und der weitere Zeitplan skizziert. Demnach werden die Krankenkassen die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte bis Ende 2012 weitgehend abgeschlossen haben. Mit einer Ausgabe der Heilberufausweise wäre dann voraussichtlich frühestens ab 2013 zu rechnen.

## Versorgungsbericht Traumatisierte MigrantInnen

Die Zahl an traumatisierten MigrantInnen, die vor Kriegsgewalt, Folter, Vertreibung oder anderen psychisch und physisch schwer belastenden Situationen nach Deutschland bzw. Baden-Württemberg geflohen sind und hier dringend professionelle Hilfe benötigen, wächst ständig.

Aus diesem Grund gab es in den letzten Jahren regelmäßige Treffen, bei denen sich Vertreter der Landesärztekammer und der LPK BW mit VertreterInnen der Einrichtungen im Lande austauschten, die sich mit der medizinischen, psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung von traumatisierten MigrantInnen befassen. Dabei wurde immer wieder deutlich, dass neben einer adäquaten Unterbringung und Versorgung eine psychotherapeutische Be-



handlung häufig nur mit Dolmetschern möglich ist, deren Kostenübernahme nicht ausreichend gesetzlich geregelt ist.

Um auf dieses Problem aufmerksam zu machen, haben die LÄK und die LPK BW einen 1. Versorgungsbericht mit dem Titel „Traumatisierte MigrantInnen“ herausgegeben. Interessierte können ihn von der Homepage der LPK BW ([http://www.lpk-bw.de/archiv/news2011/20111013\\_traumatisierte\\_migranten.html](http://www.lpk-bw.de/archiv/news2011/20111013_traumatisierte_migranten.html)) oder der LÄK herunterladen oder nach Anfrage zugesendet bekommen.

Ein Runder Tisch wird sich Anfang Dezember 2012 mit dem Thema „Sprachlosigkeit im Gesundheitswesen – Zur Verständnis- und Dolmetscherproblematik“ befassen.

## Geschäftsstelle – Stephanie Tessmer neue Leiterin des Ressorts Recht

Seit 1. Oktober arbeitet Ass. jur. Stephanie Tessmer als Leiterin des Ressorts Recht. Nach einer kaufmännischen Berufsausbildung absolvierte sie ihr Jurastudium an der Universität Potsdam, das sie mit dem 1. Juristischen Staatsexamen abgeschlossen hat. Das anschließende Referendariat im Land Brandenburg beendete sie mit dem 2. Staatsexamen. Zuletzt war sie Mitarbeiterin der KV Baden-Württemberg und dort zuständig für die Bearbeitung von Honorarwidersprüchen niedergelassener Psychotherapeuten und Psychiater.

Frau Tessmer ist für Beratung zu Rechtsfragen und Beschwerden unter der Telefonnummer 0711/674470-18 und über E-Mail ([tessmer@lpk-bw.de](mailto:tessmer@lpk-bw.de)) erreichbar.



## Termine

### Vertreterversammlungen der LPK BW

Die nächsten Termine für die Vertreterversammlungen der LPK BW wurden wie folgt festgelegt:

Samstag, den 24.03.2012

Freitag/Samstag, den 19./20.10.2012

### Geschäftsstelle

Jägerstraße 40  
70174 Stuttgart  
Mo – Do 9.00 – 12.00, 13.00 – 15.30 Uhr  
Freitag 9.00 – 12.00  
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)

## Amtliche Bekanntmachung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Dritter Beschluss zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (ERKO).  
Vom 21.10.2011

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat am 21. Oktober 2011 die folgende dritte Änderung der Neufassung der Entschädigungs- und Reisekostenverordnung vom 1. Juli 2006 (Psychotherapeutenjournal 3/2006, S. 286, Einhefter S. 8), zuletzt geändert durch den Zweiten Beschluss vom 18. Oktober 2008 (Psychotherapeutenjournal 4/2008, S. 375, Einhefter S. 5), beschlossen:

### § 1

1. Der Abschnitt A Abs. 2 b wird wie folgt geändert: „EUR 2.500,-“ wird ersetzt durch „EUR 3.000,-“

### § 2

1. Der Abschnitt B Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert: „EUR 250,-“ wird ersetzt durch „EUR 275,-“

2. Der Abschnitt B Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt geändert: „EUR 150,-“ wird ersetzt durch „EUR 160,-“

3. Der Abschnitt B Abs. 2 wird wie folgt geändert: „EUR 55,-“ wird ersetzt durch „EUR 60,-“

4. Der Abschnitt B Abs. 3 wird wie folgt geändert: „EUR 30,-“ wird ersetzt durch „EUR 35,-“

5. Der Abschnitt B Abs. 4 Satz 1 wird wie folgt geändert: „550,- EUR“ wird ersetzt durch „600,- EUR“

6. Der Abschnitt B Abs. 4 Satz 2 wird wie folgt geändert: „610,- EUR“ wird ersetzt durch „660,- EUR“ und „150,- EUR“ wird ersetzt durch „200,- EUR“

### § 3

1. Der Abschnitt C Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt geändert: „EUR 0,30“ wird ersetzt durch „EUR 0,35“

2. Der Abschnitt D Abs. 3 Satz 2 wird wie folgt geändert: „EUR 0,30“ wird ersetzt durch „EUR 0,35“

### § 4

1. Der Abschnitt C Abs. 7 Satz 1 wird wie folgt geändert: „EUR 120“ wird ersetzt durch „EUR 150“

### § 5

#### Ermächtigung zur Neubekanntmachung

Präsident und Schriftführer werden ermächtigt, den Wortlaut der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (ERKO) in der zum Zeitpunkt der Bekanntmachung geltenden Fassung mit neuer Paragraphenfolge bekannt zu machen und Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

### § 6

#### In-Kraft-Treten

Die vorstehende Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Vorstehender Beschluss zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 4. November 2011, AZ: 55-5415.2-4.5.8, hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Stuttgart, den 14. November 2011  
gez. Dipl.-Psych. Dr. Dietrich Munz  
Präsident

## Beitragstabelle 2012

Vom 22.10.2011

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

1. Zur Erfüllung der Aufgaben der Landespsychotherapeutenkammer im Jahr 2012 wird für alle Mitglieder eine Umlage (Regelbeitrag) von 400,00 Euro erhoben. Der ermäßigte Regelbeitrag I beträgt 240,00 Euro, der ermäßigte Regelbeitrag II 160,00 Euro und der Mindestbeitrag 100,00 Euro.

2. Nicht beitragspflichtig sind Mitglieder der Kammer, die ihren Beruf nicht mehr ausüben und auf Wahlrecht, Wählbarkeit und Mitgliedschaft in der Vertreterversammlung schriftlich verzichten.

3. Freiwillige Mitglieder, die sich in der praktischen Ausbildung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (§ 3 Abs. 4 Satz 1 Hauptsatzung) befinden, haben null Euro zu entrichten.

4. Mitglieder, die auch als Ärztin oder Arzt approbiert sind, zahlen einen Beitrag von 200,00 Euro.

5. Freiwillige Mitglieder zahlen einen Beitrag von 200,00 Euro.

B. Die Beitragstabelle tritt am 1. Januar 2012 in Kraft, zugleich tritt die Beitragstabelle 2011 vom 16. Oktober 2010 (Psychotherapeutenjournal 4/2010 S.3, Einhefter Baden-Württemberg im Psychotherapeutenjournal vom 14. Dezember 2010) außer Kraft.

Vorstehende Beitragstabelle 2012 der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 4. November 2011, Az.: 55-5415.2-4.5.9, hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Stuttgart, den 14. November 2011  
gez. Dipl.-Psych. Dr. Dietrich Munz  
Präsident



# Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psychologi- schen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten

## Delegiertenversammlung: Deutlich mehr Beachtung und Berücksichtigung von Psychotherapeut/inn/en und Psychotherapie in Politik und Öffentlichkeit

In der voraussichtlich letzten Delegiertenversammlung der 2. Wahlperiode am 13. Oktober blickte Präsident Nikolaus Melcop im Bericht des Vorstands auf die Kammerarbeit der letzten fünf Jahre zurück und verdeutlichte die gegenwärtigen und kommenden Aufgaben der PTK Bayern.

Schwerpunkt des derzeitigen berufs- und gesundheitspolitischen Einsatzes der Kammer sind das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) und seine möglichen negativen Folgen hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. Dieses Gesetz, betonte Melcop, werde große Weichen stellen und langfristige Auswirkungen haben. Er stellte die Forderungen der Psychotherapeuten in Bezug auf das Gesetz vor und skizzierte die Lobbyarbeit der Kammer mit vielen Gesprächen mit Bundestagsabgeordneten und dem bayerischen Gesundheitsministerium und umfangreicher Öffentlichkeitsarbeit. Es sei gelungen, dass der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 23.9.2011 auf Antrag Bayerns die Neuberechnung der Verhältniszahlen gefordert habe. Der Bundestag habe jedoch das letzte Wort. Die Lobbyarbeit gehe deshalb bis zur letzten Abstimmung im Bundestag weiter. Melcop dankte ausdrücklich den Delegierten und allen Kammermitgliedern, die an den Aktionen der Kammer, den derzeitigen Kabinettsentwurf des GKV-VStG noch zu kippen, mitgewirkt haben und weiter mitwirken. „Dass eine ganze Berufsgruppe aufsteht und sich so intensiv für ihre Patient/inn/en einsetzt, ist in dieser Form einmalig. Gemeinsam mit aktiver



*Der Vorstand der 2. Amtsperiode mit Geschäftsführer Alexander Hillers (v. l.): Peter Lehdorfer, Benedikt Waldherr, Gerda B. Gradl, Heiner Vogel, Nikolaus Melcop, Bruno Waldvogel. Der Blumenstrauß und die Kerze stehen in Gedenken an Angelika Wagner-Link, die im Mai 2011 überraschend gestorben war. (Foto: Johannes Schuster)*

Pressearbeit haben wir damit auch erreicht, dass Psychotherapeut/inn/en und Psychotherapie in Politik und Öffentlichkeit stärker beachtet und berücksichtigt werden.“

### **5 Jahre Rückblick: Für eine bessere psychotherapeutische Versorgung**

Melcop gab zunächst einen Überblick über die Aktivitäten und den Einsatz der Kammer für **Kinder und Jugendliche** in den vergangenen fünf Jahren. Er erinnerte u. a. an die repräsentative Erhebung der psychotherapeutischen Angebote für Kinder und Jugendliche in Bayern (2007), an das Inkrafttreten der 20%-Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zum 1.1.2009, an die Mitwirkung des Run-

den Tisches „Kinder und Jugendliche“ seit 2009 und am Arbeitskreis „Integrierende Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ im Expertenkreis Psychiatrie, an das Netzwerk „Kinder krebserkrankter Eltern“ sowie an die Teilnahme an diversen regionalen Kinderschutzkonferenzen.

Hinsichtlich der **psychotherapeutischen Versorgung Erwachsener** blickte Melcop beispielhaft zurück auf die diversen Veranstaltungen, Aktionen und Pressearbeit in den vergangenen fünf Jahren in den Bereichen Sucht, Psychotherapie für ältere Menschen, Palliativversorgung, Demenz, Migrant/inn/en, krebserkrankte und traumatisierte Menschen, Notfallpsychotherapie sowie für Menschen mit körperlichen Erkrankungen bis hin zur Veranstaltung „Zahn und Psyche“.





Den Vorstandsbericht präsentierte Kammerpräsident Nikolaus Melcop.  
(Foto: Johannes Schuster)

### Prävention und Lebenswelten

Als Schwerpunkte in diesem Bereich stellte Melcop die Veranstaltung und Pressekonferenz „Prävention psychischer Störungen“ (2009) mit Alexander Huber sowie die Pressekonferenz „Depression bei Kindern und Jugendlichen – Früherkennung stärken“ (2011) und die Kooperationsveranstaltung mit dem bayerischen Gesundheitsministerium und führenden Krankenkassen „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ (2010) heraus. Die Resolution der 16. Delegiertenversammlung im April 2010 zum besseren Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt und sexuellem Missbrauch sowie der Einsatz für den Volksentscheid Nichtraucherschutz (2010) und für die Neuregelung des Glücksspielstaatsvertrages (2011), um das Suchtrisiko zu minimieren, seien ebenfalls richtungsweisende Aktionen für mehr Prävention gewesen. Die Kammer werde sich auch für verbesserte Regeln in Bezug auf Geldspielautomaten einsetzen.

### Zukunft unseres Berufs und der Psychotherapie – Grundlagen sichern

Klar definierte Zugangswege auf Masterniveau, die Verbesserung der Ausbildungsbedingungen und ein hochqualifizierter Beruf „Psychotherapeut/in“: Das seien weiterhin die Forderungen der Kammer, für die sich die PTK Bayern intensiv einsetze. Hauptziel bleibe dabei die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes.

Als Erfolg für den Einsatz der Kammer wertete Melcop, dass die Zahl der Masterstudienplätze mit Schwerpunkt Klinische Psychologie an der LMU München für das Wintersemester 2011 deutlich erhöht wurde. Auch der regelmäßige Meinungsaustausch mit den PiA-Vertreter/innen, Hochschullehrer/innen und Ausbildungsinstituten sowie den leitenden Psychotherapeut/innen in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken seien für das Sichern der Grundlagen unseres Berufes wichtig.

### Fachlichkeit, Patientenschutz, interne Kammerkultur und Solidarität

Ausgehend von dem Bereich der Psychiatrie wies Melcop auch auf den Einsatz für die Belange der angestellten Kammermitglieder hin, sei es für eine bessere Vergütung oder Beförderungen in Leitungspositionen. Die beiden Angestelltentage (2009, 2011) seien hierfür ein gutes Forum gewesen, um sich auszutauschen. Die Fortbildungsrichtlinie sei Ausdruck des Bemühens um fachliche Standards. Melcop informierte über die länderübergreifende Zusammenarbeit, die der Länderrat Mitte September 2011 in Form eines Beirates zur Anerkennung von Fortbildungen auf Antrag der PTK Bayern beschlossen habe. Fachlichkeit könne auch durch curriculare Fortbildungen gesichert werden, die zur Gutachter Tätigkeit führen. Hierzu gehören die Forensik-Richtlinie und die beiden FoBi-Ver-

anstaltungen zur Erstellung von Legasthenie-Gutachten in München (2008) und Nürnberg (2010) sowie zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (2011). Zur Verbesserung des Patientenschutzes habe die Kammer einerseits die Berufsordnung sehr ernst genommen, andererseits aber auch die Kooperation mit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD) in Richtung eines niedrighschwelligigen Beratungsangebotes gesucht.

Essenzielle Informationsbörsen für die Kammermitglieder seien die beiden Bayerischen Landespsychotherapeutentage 2008 und 2010 sowie insgesamt acht Info-Veranstaltungen der Kammer für Mitglieder in den Jahren 2009 und 2011 gewesen. Konzeptionelle und organisatorische Veränderungen in Bezug auf das Psychotherapeutenjournal – die PTK Bayern habe jetzt die Geschäftsführung inne – vertieften die länderübergreifende Kooperation und strafften die Arbeit des Redaktionsbeirates. Melcop setzte die Delegierten darüber hinaus über die Situation des Versorgungswerkes in Kenntnis, das nach wie vor den Turbulenzen der internationalen Finanzmärkte trotzte und daher keinen Rettungsschirm benötige. Am Ende des Vorstandsberichtes betonte er den Stellenwert der Berufe und insbesondere der Psychotherapeut/innen in einem gesellschaftlichen Umfeld, das von den Dimensionen freier Markt, Staat und internationale Konzerne dominiert werde. Im beruflichen Handeln auf der Basis langjähriger Ausbildung und fachlich fundierter Regeln und Standards realisiere sich täglich das Streben der Psychotherapeut/innen nach einem besseren Leben und Zusammenleben der Menschen und entfalte eigenständig seine Wirkung.

Melcop dankte den Delegierten, den Vorsitzenden der Delegiertenversammlung, den ständigen Vertretern der PiA, der Hochschulen und der Institute sowie den Ausschussmitgliedern und den Vorstandsbeauftragten für ihren Einsatz. Besonderen Dank richtete er an die Mitarbeiter/innen der Geschäftsstelle für ihre kontinuierliche, ausdauernde und tatkräftige Unterstützung. In der Diskussion dankten mehrere Delegierte für den Bericht und dem Vorstand für die geleistete Arbeit in der 2.



*Blumen zum Abschied: Ellen Bruckmayer, Vorstandsmitglied der 1. Amtsperiode, mit Kammerpräsident Nikolaus Melcop. (Foto: Johannes Schuster)*

Amtsperiode. Besondere Zustimmung fand die Wortmeldung des Delegierten Wolfgang Schmidbauer, der forderte, dass die Psychotherapie eine deutlich größere Rolle in der Erstversorgung spielen sollte.

### **Gutachter-Richtlinie Forensik einstimmig angenommen**

Andreas Rose, Beauftragter der PTK Bayern für Forensik und Gutachterwesen, informierte die Delegierten über die Ergebnisse der Arbeitsgruppe der Länderkammern zur Sachverständigentätigkeit im Bereich der Forensik für PP und KJP und die dort erarbeitete Musterfortbildungsrichtlinie. Rose erläuterte detailliert die theoretischen und praktischen Inhalte des Grundlagenmoduls der Richtlinie sowie den Aufbau des praktischen Teils und den Hintergrund für die Anforderungen. Die Erfahrung mit der Richtlinie sollten fortlaufend evaluiert werden. Die Delegierten waren übereinstimmend der Meinung, dass die erarbeiteten fachlichen Standards und Umfänge angemessen und erforderlich seien und lehnten eine Abwertung durch Reduktionen klar ab. Nach der intensiven Diskussion und vorherigen Verab-

schiedung dreier Änderungsanträge wurde die Gutachter-Richtlinie einstimmig angenommen. Der Kernpunkt der Änderungen bezog sich auf die Frage, ob die PTK Bayern die von anderen Psychotherapeutenkammern erteilten Fortbildungsberechtigungen, die deutlich geringere Anforderungen beinhalten, anerkennen sollte. Die Delegierten einigten sich darauf, dass nur dann andere Fortbildungsberechtigungen anerkannt werden, „soweit die Mindestanforderungen der vorliegenden Fortbildungsrichtlinie erfüllt sind. Die erworbenen Kenntnisse werden angerechnet.“ Die notwendige Anpassung der Gebührensatzung aufgrund der Prüfung des Antragsverfahrens wurde mit großer Mehrheit angenommen. Den Wortlaut der von den Delegierten beschlossenen Regelungen der Forensik-Richtlinie und der Gebührensatzung finden Sie auf der Kammer-Homepage.

### **Haushaltsplan 2012 einstimmig angenommen**

Die Delegierten nahmen den Haushaltsplan 2012 nach der Stellungnahme des Finanzausschusses und Diskussion einstimmig an.

### **Delegierte beschließen Anpassung der Satzung**

Die Satzung wurde an die in der 18. Delegiertenversammlung beschlossenen Änderungen der Wahlordnung angepasst und überflüssige Übergangsvorschriften gestrichen.

### **Delegierte und Stellvertreter für die Bundesdelegiertenversammlung nachgewählt**

Nach dem Tode von Vorstandsmitglied Angelika Wagner-Link musste der Platz als Bundesdelegierte/r satzungsgemäß neu besetzt werden. Als 15. Bundesdelegierte wurde Brigitte Morgenstern-Junior gewählt, Brigitte Seelmann-Eggebert zu ihrer 1. Stellvertreterin.

### **Weitere Schwerpunkte der Delegiertenversammlung**

Im Anschluss folgten die **Berichte aus den Ausschüssen** der Kammer für **Aus-, Fort- und Weiterbildung** (Andreas Rose), für die **Psychotherapie in Institutionen** (Peter Dillig) sowie die **psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen** (Silke von der Heyde). Danach informierten die **satzungsgemäßen Vertreter der Hochschulen** (Prof. Angelika Weber), der **Ausbildungsinstitute** (Susanne Färber) sowie der **Psychotherapeut/inn/en in Ausbildung** (Lisa Brendel) über ihre Tätigkeit.

### **Besonderer Dank an Ellen Bruckmayer zum Abschied**

Versammlungsleiter Klemens Funk und Kammerpräsident Nikolaus Melcop bedankten sich bei Ellen Bruckmayer, die nicht mehr kandidieren wird, in persönlichen Worten für ihren engagierten Einsatz schon seit Kammergründung und den Vorarbeiten zu dieser. Ellen Bruckmayer blickte bewegt auf die vergangenen Amtsperioden zurück. Zum Abschied schenkte sie Präsident Melcop als Erinnerung das Schild der Kammer, das am ersten Standort vom Gründungsvorstand angebracht worden war.

## Gespräch mit der Landesvorsitzenden der bayerischen Grünen, Theresa Schopper (MdL)

Am 26.10.2011 trafen sich im Bayerischen Landtag Kammerpräsident Nikolaus Melcop, Vizepräsident Bruno Waldvogel, Geschäftsführer Alexander Hillers und Manfred Ruoff, Wissenschaftlicher Referent der Kammer, mit Theresa Schopper, Landesvorsitzende der bayerischen Grünen und gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen Fraktion im bayerischen Landtag. Unterstützt wurde sie von Eva-Marie Torhorst, Referentin für Gesundheitspolitik in der Fraktion Bündnis90/Die Grünen. Melcop dankte Theresa Schopper stellvertretend für das Engagement der Grünen in Fragen der Bedarfsplanung und des Versorgungsstrukturgesetzes auf Bundesebene. Hier unterstützen die Grünen bisher wesentliche Forderungen der Deutschen Psychotherapeutenchaft. Im weiteren Gespräch standen zunächst Fragen zur Bedarfsplanung im

Mittelpunkt. Schopper und ihre Referentin konnten mit aktuellen Informationsmaterialien (z. B. zu Wartezeiten) versorgt werden. In einer sehr konstruktiven, aber auch entspannten Atmosphäre fand darüber hinaus ein intensiver Austausch zu vielen weiteren Themen statt. Dazu gehörten: Weitergabe von aktuellen epidemiologischen Befunden zum Umfang von psychischen Störungen in der Bevölkerung, Burnout im Zentrum des politischen Interesses, Fragen zur Änderung des Heilberufekammergesetzes im Zusammenhang mit der Etablierung einer Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut/innen, Gründung einer Pflegekammer in Bayern, Fragen zu Brennpunkten in der Kinder- und Jugendpsychotherapie (z. B. medikamentöse Behandlung von ADHS), Folgen der Studienreform für die Studierenden in Bayern, ausstehende Novellierung der Psy-

chotherapeutenausbildung, Probleme mit Anbietern psychotherapeutischer Leistungen nach dem Heilpraktikergesetz. Die Anregungen, Positionen, Forderungen und Wünsche der bayerischen Psychotherapeut/inn/en konnten gut vermittelt werden und wurden von Theresa Schopper positiv aufgenommen. Erkennbar war eine prinzipiell unterstützende Haltung gegenüber psychotherapeutischen Belangen. Die herausragende Bedeutung einer gesicherten psychotherapeutischen Versorgung für das bayerische Gesundheitssystem wird auch von Schopper gesehen. Unterstützung für Kammerinitiativen, die auf eine weitere kontinuierliche Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung abzielen, wurde von ihr prinzipiell zugesagt. Es wurde vereinbart, die Kontakte und den Austausch weiter zu pflegen.

## Das „systemische Paradigma“ in der klinischen Psychologie/Psychiatrie

Am 14.10.2011 fand in München die Fortbildungsveranstaltung „Das 'systemische Paradigma' in der klinischen Psychologie/Psychiatrie“ statt. Die Fachtagung war eine Kooperationsveranstaltung des Departments für Psychologie der LMU München, der PTK Bayern und des Isar-Amper-Klinikums, Klinikum München-Ost. Rund 100 Psychotherapeut/inn/en nahmen daran teil. Die Veranstaltung gab in mehreren Fachvorträgen Aufschluss über den Stand der Systemtheorien in der klinischen bzw. der allgemeinen Psychologie und zeigte auf, welcher Nutzen aus den Methoden und Modellen der Systemforschung für die klinische-praktische Arbeit gezogen werden kann. In seiner Eröffnung stellte Präsident Nikolaus Melcop dar, dass das systemische Paradigma bei vielen Psychotherapeut/inn/en aller psychotherapeutischer Richtungen unvermindert auf großes Interesse stöße. „Es verkörpert den Prototyp des anderen Blicks auf die selbstverständlich wahrgenommene Realität, des Aha-Erlebnisses im Bemühen um Verstehen und Erkennen.“ Prof. Felix Tretter, Bereichsleiter Kompetenzzentrum Sucht, Isar-Amper-Klinikum gGmbH, führ-



Kammerpräsident Nikolaus Melcop (links) und Vizepräsident Bruno Waldvogel (5. v. l.) mit den Fachexperten der Veranstaltung (v. l.): Prof. Günter Schiepek, Prof. em. Klaus Schneewind, Prof. Felix Tretter, Prof. em. Dietrich Dörner, Prof. em. Jürgen Kriz und Dr. Michael Zehetleitner, Wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl für Allgemeine und Experimentelle Psychologie am Department Psychologie der LMU München.  
(Foto: Johannes Schuster)

te in das Tagungskonzept am Beispiel der Suchterkrankungen ein. Das Zürcher Modell der sozialen Motivation – Optionen für die klinische Psychologie/Psychiatrie stellte Prof. em. Norbert Bischof, Universi-

tät München, vor. Prof. em. Dietrich Dörner, Institut für Psychologie der Universität Bamberg, informierte über Künstliche Intelligenz und Computermodellierung der Wahnentstehung. Die klinischen Aspekte

der personenzentrierten Systemtheorie erläuterte Prof. em. Jürgen Kriz, Institut für Psychologie der Universität Osnabrück. Über synergetische Prozesse in der Psychotherapie sprach Prof. Günter Schiepek, Abteilung Psychotherapieforschung an der

Paracelsus Universität Salzburg. Im letzten Fachvortrag präsentierte Prof. em. Klaus Schneewind, LMU München, die Perspektiven der systemischen Familientherapie. In seinem Schlusswort resümierte Prof. Tretter, dass das systemische Paradigma

für das Verständnis psychischer und psychotherapeutischer Prozesse von großem Nutzen sei und bedeutsame Innovationen für die Zukunft der Psychotherapie zu erbringen verspreche.

## Neue Gutachter-Richtlinie Forensik für PP und KJP

Psychotherapeutisches Fachwissen wird für viele Gerichtsverfahren in sehr unterschiedlichen Rechtsgebieten in Form von gutachterlichen Stellungnahmen dringend benötigt. Bisher benennen Richter aus unserem Bereich Gutachter/innen jedoch in der Regel nur aufgrund persönlicher Bekanntheit. Und in vielen Fällen wird sogar auch noch fälschlich angenommen, dass nur ärztliche Kolleg/inn/en das entsprechende Fachwissen für diese Gutachten haben. Um für dieses wichtige Tätigkeitsfeld eine fachliche Orientierung sowohl für Gerichte als auch für Kolleg/inn/en zu geben – auch im Bereich der Neuropsychologie –, hat die Delegiertenversammlung die Gutachter-Richtlinie am 13.10.2011 beschlossen (siehe vorstehender Bericht). Nach dieser Richtlinie können sich sowohl schon als Gutachter tätige Kolleg/inn/en anerkennen lassen als auch Interessierte diese Qualifikation neu erwerben. Seit 2006 wurde die Richtlinie mehrfach in der Delegiertenversammlung und im Länderrat thematisiert, in einer eigens dafür gebildeten Arbeitsgruppe wirkten alle Länderkammern an der Erstellung einer Musterfortbildungsrichtlinie mit. Für die PTK Bayern war federführend Andreas Rose zuständig. Die Delegierten haben die Richtlinie auf dieser Grundlage einstimmig angenommen. Fachliche Standards müssen sich an der notwendigen Fachlichkeit orientieren. Insbesondere aufgrund der hohen Verantwortung von Gutachtern im Forensik-Bereich sind diese unverzichtbar. Abweichungen von diesem Grund-

satz zugunsten einer Vereinfachung der Anforderungen wurden von der Delegiertenversammlung einhellig abgelehnt. Die Kammer sieht in Übereinstimmung mit der länderübergreifenden Arbeitsgruppe insgesamt 204 Unterrichtseinheiten (UE) der curricularen Fortbildung als angemessen an, bei Spezialisierung auf Neuropsychologie gemäß Richtlinie 156 UE.

### Über Richtlinie greift Berufsaufsicht der Kammer

Für PP und KJP, die als Sachverständige im Bereich der Gerichtsverfahren tätig werden wollten, existierte bis jetzt keine Berufsaufsicht. Das war für diverse Medien immer wieder Anlass für z. T. heftige Kritik. Mit Inkrafttreten der Gutachter-Richtlinie Forensik greift jetzt auch die Berufsaufsicht der PTK Bayern. Damit ist die Qualität der forensischen gutachterlichen Tätigkeiten der PP und KJP gewährleistet. Es ist vorgesehen, die Richtlinie in ca. zwei Jahren kritisch zu evaluieren.

### Erstmals curriculare Fortbildung

In einem 64 UE umfassenden Grundlagenmodul werden theoretische und praktische Inhalte vermittelt, die u. a. juristische und ethische Rahmenbedingungen, den Prozess der Begutachtung sowie den Auftritt vor Gericht beinhalten. In Spezialisierungsmodulen werden die Psychotherapeut/inn/en in je 80 UE in einem der Gebiete Strafrecht und Strafvollstreckungs-

recht, Glaubhaftigkeit der Zeugenaussage, Familienrecht und Kinder- und Jugendhilferecht oder Sozialrecht, Zivil- und Verwaltungsrecht vertraut gemacht. Das Spezialisierungsmodul Neuropsychologie besteht aus 32 UE. Bezogen auf das jeweilige Spezialisierungsmodul folgt danach ein Praxismodul mit 60 UE, in dem z. B. Falldarstellungen und Haftungsfragen erläutert werden. Für bereits tätige Gutachter/innen gelten Übergangsbestimmungen.

### Schritt für Schritt zur Titelführung

Neueinsteiger absolvieren zuerst die curriculare, vorgeschriebene Fortbildung bei einem von der Kammer akkreditierten Veranstalter bzw. in anerkannten Veranstaltungen. Danach stellt die/der Psychotherapeut/in in der Kammer einen Antrag auf Anerkennung als forensischer Sachverständiger und Aufnahme in die Liste der Sachverständigen. Wird der Antrag anerkannt, erhält der Antragsteller ein Zertifikat und ist berechtigt, den Titel „Forensischer Sachverständiger, für den Bereich ...“ (entsprechend des jeweiligen Spezialisierungsmoduls) zu führen. Gleichzeitig wird die/der Psychotherapeut/in in eine Sachverständigenliste eingetragen, die an die Behörden, Gerichte und Institutionen weitergeleitet wird. Die Eintragung in die Sachverständigenliste erfolgt für einen Zeitraum von fünf Jahren. Eine Verlängerung ist auf Antrag möglich. Für Mitglieder, die bereits als Sachverständige tätig sind, gibt es in der Richtlinie definierte Übergangsregelungen für die Anerkennung.

## UN-Behindertenrechtskonvention wird in Bayern umgesetzt

Die UN-Behindertenrechtskonvention von 2006 wird als Meilenstein auf dem Weg zur Verwirklichung der Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen gesehen, sie ist seit 2009 auch für Deutschland

verbindlich. Die Konvention steht als verpflichtende Grundlage für einen Wechsel in der deutschen Behindertenpolitik hin zur rechtbasierten, am Menschen orientierten Perspektive. Sie umfasst zentrale

Grundsätze wie Selbstbestimmung, soziale Inklusion, Gleichstellung, Nichtdiskriminierung und Partizipation als menschenrechtliche Anliegen, die über individuelle Rechte abgesichert werden. Die Umsetzung der

Konvention betrifft in Deutschland im Wesentlichen Kompetenzen der Länder. Beim Aktionsplan der Bayerischen Staatsregierung geht es um eine Bestandsaufnahme der bisherigen bayerischen Politik und um die zukünftige konkrete Umsetzung der Konvention.

Die PTK Bayern war aufgefordert, zu diesem Aktionsplan Stellung zu beziehen. Unsere Stellungnahme zielt darauf ab, im gesamten bayerischen Aktionsplan auch Menschen mit psychischen Behinderungen ausdrücklich in allen Lebensbereichen zu berücksichtigen. Stigmatisierung und

Diskriminierung sollen abgebaut werden. Ganz konkret wurden auch für viele einzelne Punkte des Aktionsplans Ergänzungsvorschläge gemacht, die die spezifischen Belange von psychisch Behinderten betreffen.

## Kurznachrichten

### Kammerwahl 2011/2012

Die Vorbereitungen für die Wahlen der Delegierten der PTK Bayern laufen auf Hochtouren. Das Wählerverzeichnis mit der Auflistung der wahlberechtigten Kammermitglieder ist inzwischen abgeschlossen und die beiden ersten Wahlbekanntmachungen wurden an die Wahlberechtigten versendet.

Bitte beteiligen Sie sich alle an der Kammerwahl!

Eine hohe Wahlbeteiligung unterstützt unsere Interessenvertretung.

#### Wichtige Termine:

**Versendung der Briefwahlunterlagen:** voraussichtlich ab 16.1.2012.

**Wahlzeit (Briefwahl):** 23.1. bis 6.2.2012, 17.00 Uhr.

#### Konstituierende

**Delegiertenversammlung:** 15.3.2012.

Weitere Informationen finden Sie auf der Website der Kammer in der Rubrik „Wahl der Delegiertenversammlung“.

### Mitgliedschaft im Lenkungsausschuss „Baymatik“

In Bayern wurde Anfang des Jahres 2005 zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben insbesondere in Bezug auf die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) ein Verein mit dem Namen „Baymatik“ gegründet, eine Organisationsstruktur für das geplante Modellprojekt zur eGK im Raum Ingolstadt. Der „gematik“ obliegt auf Bundesebene die Einführung der eGK.

Am 28.10.2011 wurde Vizepräsident Peter Lehndorfer auf der Sitzung der „Baymatik“ für die PTK zum Mitglied des Lenkungsausschusses des Vereins ernannt.

### Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, die von der Kammer initiiert bzw. an denen sie teilgenommen hat: Gespräch des Bayerischen Gesundheitsministeriums zu „Änderungen des Berufsrechts und Novellierung des Heilberufe-Kammergesetzes“ am **15.9.2011**; Verwaltungsratsitzung des Versorgungswerkes (BlngPPV) am **21.9.2011**; Kongress „Männergesundheit“ des Bayerischen Gesundheitsministeriums am **23.9.2011**; 13. Sitzung des Landesgesundheitsrates am **26.9.2011**; AG Demenz am **28.9.2011**; 2. Bayerisches Forum des MDK Bayern für Patientensicherheit am **12.10.2011**; 70. Bayerischer Ärztetag am **14.10.2011**; Unterarbeitsgruppe Integrierende Versorgung KJP am **17.10.2011**; 52. Bayerischer Zahnärztetag am **20.10.2011**; LZG-Mitgliederversammlung am **24.10.2011**; Treffen mit den Vertretern der Fachabteilung im Gesundheitsministerium am **26.10.2011**; AG Integrierende Versorgung Erwachsene am **27.10.2011**; Gespräch mit der Leitungsebene der Techniker Krankenkasse am **27.10.2011**; 1. Fachtagung „UN-Behindertenrechtskonvention: Gemeinsam zu einem bayerischen Aktionsplan“ am **3.11.2011**; Mitgliederversammlung des Verbandes Freier Berufe in Bayern am **3.11.2011**; 8. Bayerischer Selbsthilfekongress am **4.11.2011**; Festakt der Bayerischen Staatsregierung zur Ernennung von „Botschaftern gegen den Krebs“ am

**7.11.2011**; „15 Jahre Patientenfürsprache im Stadtklinikum München“ am **18.11.2011**; 3. Fachsymposium der Kliniken des Bezirks Oberbayern „Süchtiges Verhalten – auf dem Weg zur Rauschgesellschaft!“ am **22.11.2011**; Expertenkreis Psychiatrie am **25.11.2011**; 23. Jahrestagung des Fachverbandes Glücksspielsucht am **1.12.2011**.

### Bevorstehende Veranstaltungen

**Psychotherapie mit (Sexual-)Straftätern:** Kooperationsveranstaltung mit dem bayerischen Justizministerium. Termin: 2.3.2012. Ort: Justizpalast, Prielmayerstr. 7, 80335 München.

**Kernkompetenzen in Leitungsfunktionen: Einführungskurs** für PP und KJP in Führungsfunktionen. Termin: 6.3.2012. 10.00 bis 18.15 Uhr. Ort: Geschäftsstelle der PTK Bayern, St.-Paul-Str. 9, 80336 München.

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

### Vorstand der Kammer:

Nikolaus Melcop, Peter Lehndorfer, Bruno Waldvogel, Gerda B. Gradl, Heiner Vogel, Benedikt Waldherr.

### Geschäftsstelle

St.-Paul-Str. 9, 80336 München  
Post: Postfach 151506, 80049 München  
Tel. 089 / 51 55 55-0, Fax -25  
Mo – Do 9.00 – 15.30, Fr 9.00 – 13.00 Uhr  
[info@ptk-bayern.de](mailto:info@ptk-bayern.de), [www.ptk-bayern.de](http://www.ptk-bayern.de)

## „Körper-Gruppe-Gesellschaft. Neue Entwicklungen in der Körperpsychotherapie“ – Bericht vom 4. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK) vom 22. bis 25.9.11 an der Freien Universität Berlin (FUB)

Berlin

400 TeilnehmerInnen nahmen am Kongress bei spätsommerlichem Wetter und sehr angenehmer Atmosphäre teil. Es fanden 14 Hauptvorträge, acht Panels und über 50 Workshops statt.

Fast alle Vorträge und Panels wurden auf Audio-CDs aufgenommen und können über [carpediem.zell@aon.de](mailto:carpediem.zell@aon.de) (Nikolaus Gfreder) bezogen werden. Im Folgenden wird sich auf die Hauptvorträge beschränkt. Das Rahmenthema behandelte auch die Ost-West-Thematik und die gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen die körperorientierte Gruppentherapie in der damaligen DDR und in der BRD Verbreitung fand. Mit dieser Thematik setzten sich Marlock und Maaz auseinander. Revenstorff betrachtete die Rolle der Körperpsychotherapie (KPT) in der allgemeinen Psychotherapie. Eberwein, Thielen und Vogt beschäftigten sich mit der körperorientierten Gruppenpsychotherapie und ihren Wirkfaktoren. Harms, Geuter, Boadella und Berceli sprachen über neue Entwicklungen in der KPT.

Krüger-Kirm wandelte „Auf den Spuren weiblicher Körperlichkeit“. Sollmann analysierte die „Rolle und Funktion von Körper zwischen Psychotherapie und Gesellschaft“. Und Moser setzte sich mit „Deutschlands verdrängten Tätern“ und den entsprechenden Introjekten auseinander.

**Gustl Marlock** sprach über den narzisstischen Charakter der postmodernen Gesellschaft und das von ihr geprägte Körperbild, das durch die Schönheitsindustrie zuneh-



Bettina Schilling: Körpergruppenpsychotherapie – Verbindung

mend „selbst-designed“ wird. In allen Feldern der Gesellschaft wird Lebensfreude, Enthusiasmus, Leichtigkeit, Heiterkeit und Frohsinn gefordert, ein nicht unerheblicher Teil versucht, diese Zustände mithilfe von Drogen und Fitness herzustellen. Doch darunter befindet sich häufig die lavierte De-

pression. Die Körperbilder sind wohlgeformt, bieten eine perfekte Oberfläche. Doch das Selbst- und Lebensgefühl wird durch das perfekte Aussehen nicht verändert, sie ver-

halten sich eher wie Antagonismen zueinander. Marlock zeigte dies an der depressiven Selbstzerstörung von Michel Jackson, der sein Aussehen durch Schönheits-OPs ständig „performte“, aber dadurch keineswegs glücklicher wurde, sondern vielmehr an Drogen, seinen Perfektionsansprüchen, Depressionen u. a. zerbrach.

Danach sprach **Hans-Joachim Maaz**, der von 1980 bis 2008 Chefarzt der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik in Halle war, über „die intendierte dynamische Gruppenpsychotherapie in der DDR“. Für ihn war die DDR ein autoritäres – repressives, aber kein diktatorisches – System gewesen. Unter dem Schutz der Kirche hatte er einige psychotherapeutische Freiräume. Werte wie Ehrlichkeit, Offenheit, Echtheit in der Gruppenpsycho-

therapie zu vermitteln, war bereits subversiv, denn diese Werte waren gesellschaftlich nicht gefragt. Insofern war diese Art von Gruppenpsychotherapie immer auch ein subversiver Akt, und die Stasi-Akte von Maaz war dementsprechend lang. Das Gruppenkonzept war nicht leiter-, sondern

teilnehmerzentriert, die Therapie durch die Gruppe stand im Vordergrund. Durch die Zurückhaltung der Leiter, die phasenweise gezielt nicht zur Gruppe kamen, wurden bewusst negative Übertragungsgefühle evoziert. Diese auszuhalten war für viele Therapeuten nicht einfach. Sie haben die Rolle des Zeugen, Beraters und Experten und nicht die des Heilsbringers oder Gurus. In den von Maaz geleiteten Gruppen kamen auch körperorientierte Übungen und Einzelarbeiten zur Anwendung.

**Dirk Revenstorf** setzte sich mit der Rolle der Körperpsychotherapie im Rahmen der Richtlinientherapie, vor allem der Verhaltenstherapie (VT), auseinander. In Folge ihrer „emotionalen Wende“ versucht sie auch, körperorientierte Elemente aufzunehmen. Er kritisierte diesen Raubbau der VT, da sie nur die Technik, aber nicht den dahinter liegenden Ansatz integriert. Wenn Revenstorf, der selbst VT-Lehrbücher geschrieben hat, das sagt, dann hat diese Kritik ein besonderes Gewicht. Er versteht sich mittlerweile primär als Hypno-, aber auch als Körperpsychotherapeut. Er plädierte für eine pluralistische Psychotherapiegesellschaft, in der natürlich auch die KPT ihren anerkannten Platz hat, und für eine zunehmende Integration des Körpers in eine allgemeine Psychotherapie.

**Werner Eberwein** sprach zu den Wirkfaktoren der Körpergruppenpsychotherapie, setzte sich dabei mit der Wirkfaktorenanalyse der empirischen Forschung (Tschuschke, 2010) auseinander. Dieser benennt als die fünf Hauptwirkfaktoren: Katharsis, Kohäsion, Feedback, Verhaltensänderungen, Einsicht. Sie reichen aber keineswegs aus, um die Wirkung körperorientierter Gruppen zu erfassen. Anhand von vielen anschaulichen Bildern beschrieb er 35 Aspekte, z. B. Gruppe als Beziehungs-, als Interaktionsnetz, als Interaktionsfeld, die für diese von Bedeutung sind. Im Rahmen der narzisstischen Entwicklung der Gesellschaft stellte er auch kritisch den zunehmenden Rückgang der Nachfrage der Gruppenpsychotherapie im Vergleich zu den 1980er-Jahren fest.

**Manfred Thielen** sprach über den „Körper im Feld der Gruppe – Charakteristika der Körpergruppenpsychotherapie“. Zunächst konstatierte er, dass es bisher erst wenige

Konzepte einer körperorientierten Gruppenpsychotherapie gibt. Er stellte das von seiner Kollegin und ihm entwickelte Konzept vor, das die Gruppensitzung in vier Phasen unterteilt.

**In Phase 1**, der „Körperpsychotherapeutische Einleitungs- oder Initialphase“, kommen verschiedene Übungen zur Erdung, Zentrierung, Atmung, Körperhaltung, Körperwahrnehmung aus Bioenergetik, Biodynamik u. a. oder selbst entwickelte Übungen zur Anwendung, die jeder in der Regel zunächst einzeln macht. Häufig wird aber auch in Paaren oder Kleingruppen gearbeitet, in denen Übungen zu verschiedenen Formen der Interaktion, körperorientierte Rollen- und dynamische Bewegungsspiele, Kontaktimprovisation, themenbezogene Arbeiten sowie Achtsamkeitsübungen gemacht werden.

Zu dieser Art der Gruppenpsychotherapie wurde eine qualitative Befragung durchgeführt, in der bestätigt wurde, dass die körperorientierten Übungen und Interaktionen den Zugang zu den Gefühlen deutlich verbessern bzw. erst ermöglichen. Sie haben in der Gruppe eine noch intensivere Wirkung als im Einzelsetting und vor allem eine „ansteckende“.

**In Phase 2** haben Interaktionsstörungen Vorrang, sie werden so weit bearbeitet, dass wieder ein relativ störungsfreier Gruppenprozess möglich wird.

**In Phase 3**, der Einzelarbeit, kommen folgende Dimensionen zur Geltung: des Körpers, des Biografischen, des interpersonellen Lernens, der Katharsis und der Einsicht, des direkten Kontakts im Hier und Jetzt, der Übertragung/Gegenübertragung, der Abwehr und des Widerstandes, der Gruppendynamik und der existenziellen Fragen.

**In Phase 4**, Gruppenfeedback, nimmt die Gruppe am direktesten und aktivsten Einfluss auf den Gruppenprozess. Sie gestaltet damit prägend ihre Atmosphäre, ihre Kohäsion und ihre Containerfunktion. 80% der Befragten sagten, dass die Feedbacks sie in ihrem Prozess vorangebracht haben. Thielen formulierte Thesen zu den Wirkfaktoren in der Körpergruppenpsychotherapie (KGPT). Als zentralen Wirkfaktor sieht er das

körperpsychotherapeutische Vorgehen. Alle Befragten der eigenen Befragung haben bestätigt, dass die Körperarbeit ihren Zugang zu ihren Gefühlen verbessert hat. Die Katharsis wird durch das körperpsychotherapeutische Vorgehen stimuliert, gefördert und erleichtert. Ihre Auftretenswahrscheinlichkeit ist sicherlich höher als in rein verbalen Gruppen. Die Körperarbeit fördert die psychosomatische Selbstöffnung der einzelnen Gruppenmitglieder, diese schafft ein energetisches Feld, einen Gruppenkörper und eine Atmosphäre, die die Kohäsion der Gruppe fördert und verstärkt.

In der KGPT gibt es vielfältige Möglichkeiten für interpersonale Erfahrungen unterschiedlicher Art. Ein weiterer wichtiger Wirkfaktor ist der „direkte Kontakt im Hier und Jetzt“. Für 46% der Befragten hatte dieser Kontakt eine „große“ Bedeutung.

Die „Reinszenierung von Schlüsselszenen“ aus der Biografie des Einzelnen und die „emotional korrektive Erfahrung“ sind weitere Wirkfaktoren. In der Regel wird die KGPT in Verbindung mit einer Einzeltherapie gemacht, doch die Gruppenarbeit zeigt gegenüber dem Einzelsetting eine Reihe von deutlichen Vorteilen.

**Ralf Vogt** sprach über die körperorientierte Gruppenarbeit mit komplextraumatisierten Patienten, bei denen die offizielle Lehrmeinung ist, dass man mit ihnen keine Gruppentherapie machen kann. Dem widersprach Vogt und führte folgende Gründe an: dass hier ein größeres Inszenierungspotenzial, ein vielfältigerer Blick und weniger Abhängigkeit vom Therapeuten als im Einzelsetting bestehe. Eine zentrale Bedeutung hat die Introjektbildung, in seinem Ansatz knüpft er dabei an Ferenczi an, das Täterobjekt wird als „innerer Dämon“ u. a. ungewollt nach innen genommen. Nach Vogt gibt es abhängig vom Grad der Einflussenergien, der Gewalt und der Übergriffigkeit verschiedene Introjektionsformen mit verschiedenen States. Bei der Gruppenarbeit darf nicht zu viel Druck gemacht werden, die Gefahr der Täterübertragung, der partiellen Dekompensation, des schnellen Wechsels der Übertragung muss berücksichtigt werden. Da die direkte Arbeit mit Menschen zu bedrohlich sein kann, arbeitet er mit „beseelbaren“ Objek-

ten (großem Sack, muschelartigem Zelt etc.), wenn z. B. der Täter auf den Sack projiziert wird, kann sich der Patient durch Schlagen auf ihn rächen u. a. Vogt arbeitet mit begrenzten Settings, z. B. zehn Minuten, in denen der Patient Raum hat, seine Gefühle und Körperimpulse ausdrücken darf, um dann korrektive Erfahrungen auch auf der Körperebene zu machen.

**Thomas Harms** trug zum Thema: „Körper – Trauma – Bindung“ vor. Er hat seit über 15 Jahren zunächst Schreiambulanz in Berlin und Bremen aufgebaut und einen Ansatz der körperorientierten Therapie für Babys und ihre Eltern entwickelt. Sich auf die Vegetotherapie von Reich beziehend, bringt Harms zunächst die Eltern in den körperlichen Stand der Bindungsfähigkeit zurück. Mithilfe von Atemübungen führt er sie, vor allem die durch das Schreien des Kindes aufgeregten bis panischen Mütter, wieder in einen entspannteren, zentrierteren Zustand. In der Regel wird dann das Baby fast schlagartig ruhiger, was er anhand von Videobeispielen beeindruckend belegte. Wenn sich die Mutter wieder beruhigt, zentriert und sich mit sich und ihrem Körper verbindet, wird sie wieder bindungsfähig und strahlt die fürs Kind notwendige Bindungssicherheit aus. Harms erklärte die Beruhigungsreaktionen sowohl der Mutter als auch des Kindes auf der physiologischen Ebene mit der polyvagalen Theorie vom Autonomen Nervensystem von Stephen Porges, wonach der Parasympathikus zwei Stränge, den ventralen und den dorsalen Vagus, hat.

**Ulfried Geuters** Thema lautete: „Emotionstheorie und Körperpsychotherapie“. Auf der Basis der Theorie von Barrett & Russell über die Kernaffekte entwickelte er die Position, dass die KPT sowohl an den Kernaffekten als auch mit den objektbezogenen Emotionen arbeitet. Der kernaffektive Zustand des Organismus lässt sich in zwei Dimensionen abbilden: Auf der Dimension „aktiviert – deaktiviert“ fühlt der Organismus einen Grad der Mobilisierung von Energie, auf der Dimension „angenehm – unangenehm“ unterschiedliche Zustände von Lust und Unlust. In irgendeiner Ausprägung ist eine Person immer aktiviert oder deaktiviert, und sie fühlt sich wohl oder nicht. Diese Verbindung von Aktivierungszustand und Valenz bezeichnen

Barrett & Russell als Kernaffekt. Dieser ist an keinen Auslöser gebunden.

Die verbale Psychotherapie hat traditionell allein mit den emotionalen Bewertungsprozessen gearbeitet, die sich in den differenzierten Emotionen äußern, mit der Trauer, der Enttäuschung, der Eifersucht usw. Die Verhaltenstherapie arbeitet mit Entspannungsmethoden oder beim Konfrontationstraining damit, die Erregungsspannung zu erhöhen.

Die KPT ist hingegen zu zweierlei in der Lage, erstens zeigt sie den Patienten, wie sie über den Körper auf der Achse der Intensität regulierend in emotionale Prozesse eingreifen können, und zweitens verbindet sie die Arbeit am Kernaffekt damit, die objektbezogenen Emotionen zu durchleben. Letzteres zeichnet die KPT aus. Sie führt die Arbeit am Kernaffekt und die Arbeit an den Emotionen, an der Klärung und Regulierung der Gefühle, in einem Prozess zusammen.

**David Berceci** ist ein international bekannter Traumatherapeut, der mit 1,5 Millionen Menschen in 16 Ländern der Welt, z. B. für die WHO, gearbeitet hat. Auf der Basis der Bioenergetik hat er Übungen weiterentwickelt, die er auch in Großgruppen anwendet. Er hat sie aus der eigenen Erfahrung, selbst traumatisiert worden zu sein, entwickelt. Unabhängig von der Sprache sind die Traumaprozesse auf der neurologischen und physiologischen Ebene überall in der Welt gleich. Wenn z. B. eine Bombe hochgeht, dann ziehen sich die betroffenen Menschen, egal, in welchem Land es passiert, körperlich in eine fötale Position zusammen. Der Körper krampft sich zusammen, der Kampf- oder Fluchtreflex, als natürliche Reaktion auf Gefahr, wird blockiert. Das Trauma bleibt im Körper und wird im prozeduralen Gedächtnis gespeichert. Durch seine systematische, bioenergetische Übungsfolge, die er Trauma-Releasing-Exercises (TRE) nennt, fängt der Körper, insbesondere die Beine, an zu zittern bzw. zu vibrieren und die Übererregung, die Anspannung zu lösen. Das Zittern ist eine ähnlich natürliche Reaktion auf das Trauma und den damit verbundenen Stress wie das vorherige Zusammenziehen. Dieses neurogenetische Zittern trägt dazu bei, das Trauma auf der

körperlichen Ebene zu verarbeiten. Auf der psychischen Ebene bedarf die Verarbeitung natürlich auch der verbalen Arbeit.

In einem besonderen Abendvortrag referierte **Tilmann Moser**, maßgeblicher Mitbegründer der Analytischen Körperpsychotherapie, über „Deutschlands verdrängte Täter. Ein körpertherapeutischer und inszenatorischer Zugang zu den Introjekten“. Kein Volk der Erde dürfte auf dem Hintergrund des Faschismus eine solch dunkle Deponie von Täterintrojekten haben wie die Deutschen. Nicht nur die Tätergeneration behielt die destruktiven Introjekte in ihrer Seele, sondern auch die zweite Generation war in großen Teilen „verseucht“. An zwei klinischen Beispielen, die direkt nichts mit der faschistischen Phase zu tun hatten, zeigte Moser, wie es zu solchen Identifizierungen mit gefährlichen Introjekten kommt. Die klassische Psychoanalyse hatte und hat wegen der ungeheuren Schwierigkeiten bei der Übertragung der bösen Anteile auf den Therapeuten und dessen Gegenübertragung große Mühe, Täterintrojekte durchzuarbeiten. Körperpsychotherapie und Inszenierung bieten hingegen neue Wege des Zugangs. Dabei ist es für ihn wichtig, die Introjekte überhaupt zu entdecken und ihnen Namen zu geben, um sie zu identifizieren und fassbar zu machen.

### Literatur

Tschuschke, V. (Hrsg.). (2010): *Gruppenpsychotherapie – Von der Indikation bis zu Leitungstechniken*. Stuttgart: Thieme.

### Autor

Dr. Manfred Thielen

### Redaktion

Inge Brombacher, Christiane Erner-Schwab, Marga Henkel-Gessat, Dorothee Hillenbrand, Pilar Isaac-Candeias, Dr. Beate Locher, Ute Meybohm, Brigitte Reysen-Kostudis, Christoph Stößlein, Dr. Manfred Thielen.

### Geschäftsstelle

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



## Vielfältige Gespräche und Aktivitäten der PKHB zum Versorgungsstrukturgesetz

### Gespräch mit Staatsrat Joachim Schuster

Am 14. Oktober 2011 unternahmen Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens und Vorstandsmitglied Axel Janzen ihren Antrittsbesuch bei Gesundheitsstaatsrat Dr. Joachim Schuster. In einem angeregten Gespräch, an dem vonseiten des Gesundheitsressorts auch Referatsleiter Jürgen Nuschke teilnahm, wurden aktuelle Fragen der Versorgung psychisch kranker Menschen in Bremen erörtert. Der frühere Sozialstaatsrat, der erst Ende Mai die politische Zuständigkeit für den Bereich Gesundheit übernommen hatte, zeigte sich sehr aufgeschlossen für die Darlegungen der Kammervorteiler. Er wies eingangs darauf hin, dass er sich noch mit vielen Detailfragen der Gesundheitsversorgung vertraut machen müsse. Im Vordergrund des Gespräches standen zunächst die Befürchtungen der Kammer bezogen auf das Versorgungsstrukturgesetz, das sich zu diesem Zeitpunkt noch im Gesetzgebungsverfahren befand. Herr Schuster stimmte der Auffassung der PKHB zu, dass die gegenwärtige Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung irrational sei und dringend der Korrektur bedürfe. Er sicherte weiterhin die Unterstützung des Ressorts zu. Des Weiteren ging es um die Schaffung von wohnortnäheren psychotherapeutischen Angeboten insbesondere für behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche. Die PKHB-Vertreter stimmten zu, dass in dieser Frage Handlungsbedarf bestehe. Ebenfalls erklärten sie ihre Bereitschaft, an einer Verbesserung der Versorgung für schwieriger zu versorgende Patientengruppen mitzuwirken, insbesondere an den Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Versorgungssektoren. Das Treffen, das etwas über eine Stunde



(von links) Axel Janzen, Dr. Joachim Schuster, Karl Heinz Schrömgens, Jürgen Nuschke



Im Gespräch: (von links) Dr. Sylvia Helbig-Lang, Karl Heinz Schrömgens, Dr. Carsten Sieling (MdB), Winfried Brumma (MdBü)

dauerte, fand in einer angenehmen und offenen Gesprächsatmosphäre statt.

### Gespräche mit Bundestags- abgeordneten im Land Bremen

Am 18., 19. und 30. August 2011 fanden insgesamt vier Gespräche mit den Bun-

destagsabgeordneten Uwe Beckmeyer, SPD, Dr. Carsten Sieling, SPD, Marie-Luise Beck, Grüne, und Agnes Alpers, Die Linke, statt. Herr Sieling wurde vom gesundheitspolitischen Sprecher in der Bürgerschaft, Winfried Brumma, und Frau Beck von der Gesundheitspolitikerin und Psychothera-

peutin Dr. Kirsten Kappert-Gonter begleitet. Die Argumentationen der Kammervertreter wurden nachvollzogen und jeweilige Unterstützung zugesagt. Staatsminister und MdB Bernd Neumann, CDU, äußerte sich zuvor differenziert schriftlich auf die Anfrage der Kammer. Mit MdB Torsten Staffelt, FDP, kam es trotz mehrfachem Bemühen seitens der Kammer nicht zu einem Gespräch.

Zahlreiche Psychotherapeuten wandten sich zudem in Schreiben an die breimischen Bundestagsabgeordneten und brachten ihre Besorgnis zum obigen Thema zum Ausdruck.

### **Gespräch mit der Fachebene Gesundheit der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit**

Am 26. August 2011 fand ein ausführliches Gespräch mit Dr. Matthias Gruhl, Abteilungsleiter Gesundheit, und Jürgen Nuschke, Referatsleiter, zum Versorgungsstrukturgesetz statt. Vonseiten der PKHB nahmen Hans Schindler und Karl Heinz Schrömgens teil. Die Kammervertreter legten die aktuellen Vorschläge der BPTK für die Änderung des Kabinettsentwurfes vor. Im Zentrum der Argumentation unter Einbeziehung

der Ergebnisse der Wartezeiten-Studie standen die Bedarfsplanung und die Notwendigkeit einer Neufestsetzung der Verhältniszahlen sowie die Sicherung der angemessenen Honorierung psychotherapeutischer Leistungen durch entsprechende Formulierungen im Gesetz. Es konnte die Notwendigkeit der zentralen Forderungen vermittelt werden. Das Land Bremen unterstützte anschließend den Änderungsantrag im Bundesrat, der für eine Neuberechnung der Verhältniszahlen entsprechend dem Vorschlag der Psychotherapeutenchaft plädierte.

## **PKHB verabschiedete Empfehlungen für die Wertbestimmung von psychotherapeutischen Praxen**

Ende September verabschiedete der Vorstand der PKHB „Empfehlungen für die Wertbestimmung einer psychotherapeutischen Praxis“. Diese Empfehlungen wurden erarbeitet von einer Arbeitsgruppe des BPTK-Länderrates, die vom Bremer Präsidenten Karl Heinz Schrömgens geleitet wurde. Die verschiedenen Versionen der „Empfehlungen“ wurden in mehreren Sitzungen des Länderrates vorgestellt und beraten. Im April dieses Jahres erklärten die Vertreter der Landespsychotherapeutenkammern Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz und Bremen, diesen Empfehlungen zustimmen zu können. Während weitere Kammern sich enthielten, erklärten die Vertreter der nordrhein-westfälischen und der ostdeutschen Kammer, sich den Empfehlungen nicht anschließen zu wollen. Nachdem noch eine letzte Überarbeitung vorgenommen wurde, konnte die Endfassung der Empfehlungen dem Länderrat in seiner Sitzung am 16./17. September 2011 übergeben werden.

Die Arbeitsgruppe war gebildet worden, nachdem einerseits in verschiedenen Ge-

richtsurteilen – so beim LSG Tübingen und beim LG München – eine unsachgemäße und willkürlich erscheinende Abwertung psychotherapeutischer Praxen erfolgt war und es andererseits zu heftiger Kritik an überhöht erscheinenden Verkaufspreisen insbesondere an jüngere Kolleginnen und Kollegen gekommen war. Diese Empfehlungen, wie es in der Einleitung heißt, verfolgen das Ziel, Abgebern sowie Übernehmern einer psychotherapeutischen Praxis eine Orientierung für die Praxiswertbestimmung zu geben. Darüber hinaus können sie Anwendung finden bei der Festlegung des Praxiswertes im Rahmen von familien- oder erbrechtlichen Vermögensauseinandersetzungen.

Die „Empfehlungen zur Wertbestimmung einer psychotherapeutischen Praxis“ folgen anerkannten betriebswirtschaftlichen Methoden. Ihnen liegen die „Grundsätze der modifizierten Ertragswertmethode“ zugrunde. Diese „Empfehlungen“ sollen eine Orientierung darstellen. Sie sind kein Ersatz für eine betriebswirtschaftliche, steuerliche

oder juristische Beratung und Begleitung eines Eigentümerwechsels. Sie schaffen zum einen eine Ermittlungsgrundlage, von der im Einzelfall je nach den Besonderheiten der zu veräußernden Praxis abgewichen werden kann, zum anderen können sie im Konfliktfall herangezogen werden, um den angemessenen Verkehrswert einer Praxis zu bestimmen.

Die Erarbeitung der „Empfehlungen“ verfolgte die Zielstellung,

- transparente und nachvollziehbare Kriterien für die Wertbestimmung aufzustellen, die bei Praxisübernehmern und Praxisabgebenden eine hohe Akzeptanz finden können,
- aufgrund anerkannter betriebswirtschaftlicher Grundsätze den Beteiligten eine angemessene Basis für einen Interessenausgleich zu bieten.

Die „Empfehlungen“ sind in vollem Wortlaut von der Webseite der PKHB unter [www.pk-hb.de/aktuell/dokumente/4605299.html](http://www.pk-hb.de/aktuell/dokumente/4605299.html) herunterladbar.

## **Bremer Bündnis gegen Depression – ein Zwischenbericht**

Es sind nun fast vier Jahre vergangen, seit am 18. Januar 2008 die große Auftaktveranstaltung zur Gründung des Bremer Bündnisses in der Oberen Rathaushalle

stattfand. Gekommen waren mehr als 400 Menschen unterschiedlicher Professionen und auch Betroffene. Dabei wissen wir, dass auch Helferinnen und Helfer von De-

pression betroffen sein können. Angelegt war dieses „Bremer Bündnis“ für einen Zeitraum von zwei Jahren. Alle Organisationen des Initiatorenkreises, die Klinik Bremen

Ost, die Ameos-Klinik Dr. Heines, das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Uni Bremen und die Psychotherapeutenkammer sind noch heute aktive Träger des Bündnisses. Momentan gibt es mehr als 65 ähnliche Initiativen in anderen Städten und Regionen, die in der Bundesinitiative zusammengeschlossen sind.

Ziel war es, ein multidisziplinäres Netzwerk für eine bessere Versorgung für von der „Volkskrankheit Depression“ Betroffene in Bremen aufzubauen. Es sollte um Aufklärungsarbeit über die „vielen Gesichter der Depression“ sowie über Beratungs- und Therapieangebote gehen. Das am weitesten gesteckte Ziel war, neue Versorgungswege und -angebote zu entwickeln.

### **Aufklärung der Öffentlichkeit mit Veranstaltungen unter dem Motto: „Depression hat viele Gesichter“**

Mit vielen zentralen und stadtteilbezogenen Veranstaltungen wurde diese Aufgabe angegangen. Spezifische Themen waren: „Wie können Depressionen erkannt und behandelt werden?“, „Der lange Schatten der Depression“, „Selbsthilfe und Depression“, „Sucht und Depression“, „Wenn Arbeit krank macht“, „Armut, Arbeitslosigkeit

und Depression“ usw. In Workshops und Seminaren wurden Themen wie „Depression und Psychotherapie bei älteren Menschen“, „Postpartale Depression“, „Hausärztliche Behandlung von Depressionen“ etc. angeboten. In einer Veranstaltung wurden psychotherapeutisch arbeitende Kollegen zu den neuen Versorgungsleitlinien „Depression“ in einer Veranstaltung informiert und es wurde ein Moderatorentraining organisiert. Auf zahlreichen Veranstaltungen wie dem Evangelischen Kirchentag in Bremen, den Tagen der ambulanten Medizin und bei Hausärzterveranstaltungen wurden Vorträge gehalten und mit Infotischen und Flyern informiert.

Über die Aktivitäten und Initiativen wurde vielfach in Zeitschriften sowie im regionalen Funk und Fernsehen berichtet.

### **Zusammenarbeit mit Multiplikatoren und Selbsthilfegruppen**

Auch hier lässt sich eine positive Bilanz ziehen. Kontakt besteht zu Selbsthilfegruppen und -organisationen, zu Stadtteilinitiativen, zu einem Betrieb des zweiten Arbeitsmarkts, zu Sportinitiativen, zu Mitarbeitern kirchlicher Einrichtungen und zum Netzwerk für Gesundheit und Arbeit im Lande Bremen.

Was die Kooperation mit Hausärzten und die Entwicklung von Angeboten für Betroffene und Angehörige betrifft, konnten die Erwartungen, die das Bündnis selbst hatte und die von außen an es hergetragen wurden, bisher nicht wie geplant erfüllt werden. Wir konnten aber viel über bestehende Möglichkeiten informieren. Sicherlich gibt es heute mehr informelle Kontakte zwischen Hausärzten und Psychiatern auf der einen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf der anderen Seite. Geplant sind weiterhin über solche Initiativen hinausgehende Kooperationsstrukturen, auch bei weiteren Entwicklungen bleiben wir am Ball.

Das Deutsche Bündnis gegen Depression hat gerade gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse ein psychoedukatives Schulungspaket für Ärzte entwickelt. Dies könnte ein Schritt in diese Richtung sein, den wir auch in Bremen nutzen könnten. Hier vor Ort ist auch eine Initiative „Laufen lernen – gegen Depression“ geplant. Auch dies ist ein neues Angebot. Wir können zusammenfassend nach vier Jahren feststellen, unsere Aufgaben sind noch nicht vollständig abgearbeitet, wir haben noch einiges vor uns.

## **Redaktion Bremer Kammerseiten**

An diesen Seiten arbeiteten mit: 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  
Sprechzeit des Präsidenten:  
Di 12.30 – 13.30 Uhr

## Allgemeine Kammerversammlung am 26.10.2011

Mehr als 150 Kammermitglieder und Gäste waren zu der diesjährigen Allgemeinen Kammerversammlung gekommen, um den Vortrag von **Frau Dr. Christine Bergmann**, der unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, zu hören und mit ihr über die in ihrem Abschlussbericht aufgeführten Empfehlungen zu Therapie und Beratung zu diskutieren. Auf dem Podium brachten Frau Dr. Dr. Andrea Moldzio, Frau Dipl.-Psych. Cordula Stucke, Frau Prof. Hertha Richter-Appelt und Herr Prof. Dr. Rainer Richter ihre Expertise in die Diskussion ein, die von Frau Dipl.-Psych. Heike Peper moderiert wurde.



(v.l.n.r.) H. Peper, C. Stucke, Dr. Dr. Moldzio, Prof. Richter, Dr. Bergmann, Prof. Richter-Appelt

Frau Dr. Bergmann machte in ihrem Vortrag auf die große Zahl der Betroffenen aufmerksam, die sich telefonisch über die Hotline und per Brief bei ihr gemeldet hatten. Von März 2010 bis September 2011 waren dies mehr als 22.000 Menschen. Bemerkenswert war, dass zwar viele Betroffene den Wunsch nach Entschädigung und Aufhebung der Verjährungsfristen forderten, um Täter und Institutionen zur Verantwortung zu ziehen, an erster Stelle stand jedoch der Wunsch nach mehr und verbesserten Beratungs- und Therapieangeboten für von sexueller Gewalt betroffene Kinder, Jugendliche und Erwachsene und ihre Angehörigen. Im Abschlussbericht von Frau Dr. Bergmann wird deshalb ein therapeutisches Ambulanzmodell vorgeschlagen, das als Anlaufstelle auf lokaler bzw. regionaler Ebene eine zeitnahe und individuell zugeschnittene therapeutische Unterstützung ermöglicht.

**Frau Dr. Dr. Andrea Moldzio**, stellvertretende Chefärztin der Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen im Asklepios

Klinikum Hamburg-Nord, befürwortete eine solch spezialisierte Anlaufstelle, durch die eine stärkere Vernetzung der bestehenden Angebote und der BehandlerInnen erfolgen könnte. **Frau Dipl.-Psych. Cordula Stucke**, Leiterin des Kinderschutzzentrums Hamburg, favorisierte die Schaffung und Förderung breiter und vielfältiger Zugangswege zu Beratungs- und Therapieangeboten, die Stärkung der bestehenden Angebote in Hamburg und eine intensivere Qualifizierung der KollegInnen in Beratungsstellen und anderen niedrigschwelligen Institutionen. Auf die Notwendigkeit einer verstärkten Fortbildung für TherapeutInnen und BeraterInnen, aber auch auf die Notwendigkeit flexiblerer und längerfristiger Behandlungsmöglichkeiten und der Schaffung von mehr Behandlungskapazitäten wurde in den Beiträgen aus dem Publikum hingewiesen.

**Frau Prof. Hertha Richter-Appelt** hatte in ihrem Eingangsvortrag die drei „Wellen“ beschrieben, in denen die Thematik sexueller

Missbrauch bzw. sexuelle Traumatisierung in der (Fach-)Öffentlichkeit diskutiert wurde: zu Beginn des 20. Jahrhunderts in den Anfängen der Psychoanalyse, in den 1980er-Jahren in Zusammenhang mit der Frauenbewegung und aktuell im Kontext mit der Aufdeckung sexueller Gewalt in Institutionen wie Kirche und Schule. Sie forderte, dass neben den bereits ausgeschütteten Forschungsgeldern weitere benötigte finanzielle Mittel auch in Zukunft zur Verfügung gestellt werden müssen. Eine nachhaltige Aufklärungsarbeit und die verstärkte Förderung der Prävention auf Grundlage verlässlicher Zahlen wurden sowohl auf dem Podium wie im Publikum als wesentliche Faktoren für die Früherkennung und Verhinderung sexueller Gewalt erfahrenen und Traumatisierungen angesehen. Hierzu gibt der Bericht von Frau Dr. Bergmann dezidierte Empfehlungen.

Die Amtszeit von Frau Dr. Bergmann endete am 31.10.2011. Die Nachfolge ist noch

ungeklärt, die zentrale Anlaufstelle soll aber erhalten bleiben. Sie betonte, dass nun die Politik gefragt sei, die Empfehlungen umzusetzen. **Prof. Dr. Rainer Richter** nahm diesen Ball auf und erklärte, dass die Hamburger Kammer sich hinsichtlich der Umsetzung der Empfehlungen in Hamburg engagieren werde. Per Akklamation forderten die anwesenden Kammermitglieder die Bundesregierung auf, in Zusammenarbeit mit Kostenträgern ein Kompetenznetz einzurichten, in dem kurzfristig niedrigschwellige Angebote zur Information, Beratung und Therapie für von sexueller Gewalt betroffene Menschen in ausreichendem Maß vorgehalten werden. Die Bundespsychotherapeutenkammer soll sich mit ihrer Expertise in diesen Prozess einbringen, ein umsetzbares Konzept erarbeiten und dieses der Politik unterbreiten.

Mit einem herzlichen Dank an Frau Dr. Bergmann und einer Würdigung ihrer außerordentlich engagierten Arbeit schloss Prof. Richter die Versammlung. Allen bei der Kammerversammlung anwesenden Kolleginnen und Kollegen sei an dieser Stelle noch einmal für die Teilnahme und die engagierte Diskussion gedankt.

*(Heike Peper)*

## Informationsveranstaltung „Netzwerk psychische Gesundheit – NWpG“

Am 29. September 2011 stellte sich das „Netzwerk psychische Gesundheit“ (NWpG) im Rahmen einer Informationsveranstaltung der PTK Hamburg interessierten Mitgliedern vor. Frau Wuensch, Geschäftsführerin der „Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll“, und Herr Schwerdtfeger, Geschäftsführer des Vereins „Nussknacker e. V.“, führten in die Struktur und das Konzept des NWpG ein und stellten sich den kritischen Fragen der Kolleginnen und Kollegen. Das Netzwerk wurde von ihnen gemeinsam mit Krankenkassen in Kooperation mit dem Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. entwickelt. Mit dem NWpG bieten die an diesem IV-Vertrag beteiligten Krankenkassen ihren Versicherten auf freiwilliger Basis, je nach

Problemstellung und individuellen Voraussetzungen, die Teilnahme an diesem Versorgungsnetz an. Die Voraussetzung orientiert sich an spezifischen Diagnosen und Behandlungszeiten. Dabei handelt es sich um eine Patientengruppe, die bisher nachstationär häufig Schwierigkeiten hatte, eine ambulante psychotherapeutische Anschlussbehandlung zu finden. Seit dem 1. Juli 2011 erbringt das NWpG Leistungen im Rahmen eines neuen, vernetzten ambulanten Versorgungsangebots für Menschen mit psychischer Erkrankung. Ab 1. Januar 2012 soll die gesamte Stadt in die gemeindenah organisierte Versorgung mit einbezogen werden. Im Sinne der Vernetzung der verschiedenen Gesundheitsakteure für psychisch erkrankte Menschen sucht das Netzwerk auch PP und KJP, die sich für eine Zusammenarbeit interessieren. Nicht erst seit den Diskussionen um das Versorgungstrukturgesetz ist der Kammervorstand intensiv mit der Auseinandersetzung um die Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen befasst. Trotz des für psychisch kranke Menschen und ihre Behandlerinnen und Behandler interessanten Angebots des NWpG wurde auch an diesem Abend wieder deutlich, dass es für den chronischen Mangel an Psychotherapieplätzen eine politische Lösung geben muss, da es sonst nur zur Verwaltung und permanenten Umschichtung der Unterversorgung kommt. Viele der Menschen in der vom NWpG selektierten Patientengruppe bedürfen weiterhin einer langfristigen Psychotherapie, die auch von einem noch so guten Krisenmanagement nicht ersetzt werden kann. Interessierte können sich auf den folgenden Internetseiten weiter informieren: [www.nussknacker-hh.de](http://www.nussknacker-hh.de); [www.freundeskreis-ochsenzoll.de](http://www.freundeskreis-ochsenzoll.de).

*(Torsten Michels)*

## Bericht über das Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW) 2007 – 2011

Zum Ende der Wahlperiode des PVW möchte ich Ihnen über die Entwicklung des PVW und die beschlossenen Veränderungen seit 2007 berichten. Gemein-

sam mit den **Delegierten Bettina Nock, Christine Zens, Ulrich Wirth und Ingo Heidrich** habe ich Hamburg in der Delegiertenversammlung des PVW vertreten und war als Mitglied des Verwaltungsrats tätig.

Das PVW ist seit dem 13. April 2007 von 3209 Mitgliedern auf 5195 am 28. September 2011 gewachsen, also um 62%, und kann im nächsten Jahr sein zehnjähriges Jubiläum feiern. Heute ist das PVW mit einem Vermögen von über 80 Mio. € und jährlichen Beitragseinnahmen von mehr als 14 Mio. € das größte Versorgungswerk unserer Berufsgruppe. Die beiden wichtigsten Aufgaben in den letzten Jahren waren die Steuerung des PVW durch die Finanzkrise sowie die Anpassung der Renten an die gestiegene und weiter steigende Lebenserwartung der Mitglieder. Daneben wurden die Geschäftsstelle weiter professionalisiert sowie die Mitglieder- und Vermögensverwaltung personell getrennt.

### Finanzkrise

Das PVW war von der Finanzkrise 2008/2009 nicht negativ betroffen. Vielmehr stiegen mehrere Unternehmens- und Staatsanleihen des PVW im Wert und konnten mit Gewinn verkauft werden. Der kalkulierte Rechnungszins von 3,5% konnte in allen Jahren deutlich überschritten werden, im Jahr 2010 wurde mit 6,4% dabei die beste Rendite des PVW seit seinem Bestehen erzielt. Dieses Ergebnis ist auch im Vergleich zu anderen berufsständischen Versorgungswerken außergewöhnlich positiv. Verluste sind lediglich bei der Abschreibung einer Ende 2013 fälligen kleineren griechischen Staatsanleihe wahrscheinlich. Der aktuelle Buchverlust wurde allerdings schon bei der Berechnung der Rendite für 2010 berücksichtigt.

### Satzungsänderung und Neubewertung der Beiträge

Aufgrund der Konstruktion einer kapitalgedeckten Altersvorsorge werden zu erwartende Verlängerungen der Rentenbezugsdauer nicht durch künftige Beitragszahler aufgefangen, sondern müssen bei der Bewertung der jeweiligen aktuellen Beitragszahlungen berücksichtigt werden. Das vom PVW eingeholte Gutachten der

Firma Heubeck ergab, dass die bei Gründung des PWW verwendeten allgemeinen Sterbetafeln der Rentenversicherung das durchschnittliche Sterbealter der Mitglieder unterschätzte. Mitglieder von Versorgungswerken leben im Verhältnis zum Bevölkerungsdurchschnitt länger. Sie müssten also mehr Kapital für eine vergleichbare Rente ansparen oder den Rentenbeginn aufschieben. Auch waren die Regelungen für den Aufschub des Rentenbeginns zu Ungunsten des PWW zu optimistisch ausgefallen. So beschloss die Delegiertenversammlung 2007 und 2009 einstimmig Satzungsänderungen, die eine Verschiebung des Eintrittsalters von 60 auf 62 Jahre und eine realistische, altersbezogene Veränderung der Aufschläge bzw. Abschläge für späteren/früheren Bezug der Altersrente beinhaltete. Die Bewertungsprozentsätze wurden entsprechend des versicherungsmathematischen Gutachtens neu festgesetzt und in der Satzung verankert. Gleichzeitig wurde festgeschrieben, dass zukünftig spätestens alle acht Jahre die Regelungen überprüft und der demografischen Entwicklung angepasst werden.

### Ausblick

Wichtigste Aufgabe für die nächsten Jahre ist aus meiner Sicht die Entscheidung über Leistungsverbesserungen (Rentenerhöhung), die für 2012 mit Rücksicht auf die Lage an den Finanzmärkten zunächst noch ausgesetzt wurde. Weitere Informationen zum PWW und insbesondere zu den Wahlen der Delegiertenversammlung 2012 finden Sie auf der neu gestalteten Webseite unter [www.p-v-w.eu](http://www.p-v-w.eu). Bei Fragen und Anregungen können Sie neben der Geschäftsstelle auch mich weiterhin persönlich ansprechen.

*(Claus Gieseke)*

## Rechtsfragen aus der Praxis der Geschäftsstelle

Die Kammergeschäftsstelle wird täglich mit Fragen der Mitglieder konfrontiert, von

denen einige von allgemeiner Bedeutung sind.

Eine solche Frage zu Art und Umfang der Aufsichts- und Fürsorgepflicht für Patienten wurde uns von einem Kammermitglied gestellt.

Im konkreten Fall ging es um eine Praxis, in der u. a. Patienten mit schweren hirnganisch bedingten Orientierungsstörungen, denen häufig ein gesetzlich bestellter Betreuer (z. B. für Gesundheitspflege, Aufenthaltsbestimmung) zur Seite gestellt ist, behandelt werden.

Die Frage war, wer nach Beendigung einer Psychotherapiestunde die Aufsichtspflicht für diese Patienten hat, wenn der Betreuer noch nicht wieder in der Praxis anwesend ist, um den Patienten abzuholen, und welche Vereinbarungen ggf. zwischen dem gesetzlichen Betreuer und dem Praxisinhaber getroffen werden müssen, um Haftungsrisiken für den Praxisinhaber auszuschließen.

Die Kammergeschäftsstelle hat diese Frage an den zuständigen Kammerjuristen weitergeleitet, der zu dem folgenden Ergebnis gekommen ist:

„Der behandelnde Psychotherapeut bzw. sein Praxispersonal haben so lange die Aufsichtspflicht für einen Patienten mit schweren hirnganisch bedingten Orientierungsstörungen, bis der gesetzliche Betreuer den Patienten wieder in seine Obhut genommen hat.

Die Frage ist aus strafrechtlicher Sicht unter dem Gesichtspunkt einer ggf. fahrlässigen oder sogar bedingt vorsätzlichen Körperverletzung durch Unterlassen zu beurteilen, wenn ein aus ärztlicher/psychotherapeutischer Sicht erkennbar orientierungsgestörter Patient nicht ausreichend beaufsichtigt wird und deshalb z. B. in der Praxis hinfällt oder auf die Straße und dort vor ein Auto läuft.

Mit der Übernahme des Patienten durch den Behandler geht die Übernahme der

Stellung eines Beschützer- und Überwachergaranten für den Patienten einher, und zwar schon rein faktisch und nicht unbedingt rechtlich. Daneben besteht aber auch zivilrechtlich im Behandlungsvertrag zwischen Arzt/Psychotherapeut/Behandler und Patient die Neben- und Schutzpflicht, einen orientierungsgestörten Patienten zu beaufsichtigen.

Es dürfen keinerlei Beaufsichtigungslücken entstehen. Deshalb ist eine zivilrechtliche Vereinbarung mit dem Betreuer, wonach die Aufsichtspflicht stets beim Betreuer bleibt, unwirksam, ebenso eine Vereinbarung, wonach der Arzt/Psychotherapeut/Behandler nicht haftet, wenn der Betreuer noch nicht wieder in der Praxis ist, um den Patienten abzuholen. Maßgebend ist die faktisch übernommene Garantenpflicht, und diese lässt sich nicht zivilrechtlich zu Lasten des Patienten einschränken oder delegieren.

Organisatorisch ist deshalb mit dem Betreuer abzustimmen, dass dieser entweder in der Praxis wartet oder aber jedenfalls Praxispersonal zur Beaufsichtigung des Patienten bis zu seiner Abholung abgestellt ist. Die ausreichende Organisation seiner Aufsichtspflicht müsste der Arzt/Psychotherapeut/Behandler im Falle einer strafrechtlichen Anklage oder einer zivilrechtlichen Schadenersatzklage nachweisen können, um sich zu entlasten. Ggf. können dann eben Termine mit gefährdeten Patienten nur während der Anwesenheit des Praxispersonals durchgeführt werden, so misslich dies auch für einen Behandler mit kleiner Praxis sein mag.“

### Anschrift des Verfassers:

Rechtsanwalt Dr. Rainer Stelling  
Rechtsanwaltskanzlei Dr. Gleim & Partner  
Admiralitätsstraße 4, 20459 Hamburg

### Geschäftsstelle

Hallerstraße 61  
20146 Hamburg  
Tel. 040/226226060  
Fax. 040/226 226 089  
Internet: [www.ptk-hh.de](http://www.ptk-hh.de)  
E-Mail: [info@ptk-hamburg.de](mailto:info@ptk-hamburg.de)

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

am 3. September 2011 wurde der neue Kammervorstand gewählt, der sich Ihnen in dieser Ausgabe des PTJ vorstellt. Fünf von sieben Vor-



*Alfred Krieger*

standsmitgliedern sind neu in dieser Funktion. Inhaltlich setzen wir die Arbeit der letzten zehn Jahre fort. Dazu half uns die sehr freundliche Übergabe des alten Vorstands am 7. September, für die ich mich bei meinem Vorgänger im Amt des Präsidenten, Jürgen Hardt, dem bisherigen Vizepräsidenten, Hans Bauer, und allen ausgeschiedenen Vorstandsmitgliedern bedanke.

Die Aufbauphase der Landeskammer ist abgeschlossen. Von einem Zurücklehnen in der Sicherheit des Erreichten sind wir allerdings weit entfernt. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz wird verabschiedet sein, wenn Sie das PTJ lesen. Während ich Ihnen schreibe, Anfang November, ist noch nicht abzusehen, ob der Entwurf der Bundesregierung unverändert bleibt und zu einem drastischen Abbau von Praxissitzen führen könnte. In der jetzigen Fassung droht bei Freiwerden von Sitzen ein Aufkauf durch die KV Hessen von bis zu 45% der Sitze der Psychologischen PsychotherapeutInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen sowie ärztlichen PsychotherapeutInnen. Die Kammerdelegiertenversammlung hat Ende Oktober auch angesichts dieses Szenarios beschlossen, dass sich der Vorstand auch weiterhin mit sozialrechtlichen Fragestellungen befassen soll, wo die Interessen unserer Mitglieder tangiert sind.

Unsere Sorge im Vorstand gilt auch den angestellten Mitgliedern. Sie haben in den letzten zehn Jahren weder in ihren Stellenbeschreibungen noch bei der Vergütung die Veränderungen gesehen, die der Verabschiedung des PsychThG hätten folgen müssen. Ganz oben auf der Agenda steht das Bemühen um eine Veränderung des Hessischen Krankenhausgesetzes, in dem unsere beiden psychotherapeutischen Berufe auch nach einer grundlegenden Novellierung Ende letzten Jahres immer noch nicht angekommen sind.

PiA verdienen abschließend eine besondere Erwähnung. Die Bedingungen, unter denen sie ihre Ausbildung sozusagen trotzdem absolvieren, sind bekannt. Von 3.926 Kammermitgliedern befinden sich 683 in Ausbildung. Auf der Delegiertenversammlung Ende Oktober wurde mit InstitutesprecherInnen über eine angemessene Repräsentanz der PiA in den Gremien der Kammer nachgedacht. Die Komplexität dieser Aufgabe wurde erkennbar, aber auch der feste Wille der Beteiligten, zu einer guten Lösung zu kommen.

Mit besten Wünschen für die Weihnachtszeit und das Neue Jahr

*Ihr Alfred Krieger  
Präsident*

## Der neue Vorstand

*Karl-Wilhelm Höffler*



Jahrgang 1959, Dipl.-Psych., PP, verheiratet, zwei Kinder. Studium am Psychologischen Institut der Universität Mainz. VT-Ausbildung in Heidelberg bei der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)/Fern-Universität Hagen.

Klinische Arbeit und Qualitätsmanagement-Beauftragter in der MEDIAN Rehaklinik Aukamthal, Wiesbaden (orthopädische Rehabilitation). Überregional tätig als KTQ-Visitor (Zertifizierung des Qualitätsmanagements von Reha-Einrichtungen mit dem KTQ-Reha-Verfahren).

Berufspolitisch engagiert von 1997 bis 2001 im Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (einer Fachgruppe der Sektion Klinische Psychologie des BDP) und seit 2006 für die Liste VT-AS in der Delegiertenversammlung der hessischen Kammer. Sprecher der DGVT in Hessen. Mitglied im Ortsgemeinderat Langenlonsheim für die GRÜNEN und bei Verdi.

„Ich möchte einerseits die Freiheit der Berufsausübenden erhalten, andererseits dazu beitragen, dass für die KlientInnen Psychotherapie in hoher Qualität erbracht wird. Es ist eine wichtige Aufgabe, die Psychotherapie zwischen diesen beiden Polen zu entwickeln. Mein Schwerpunkt in der Vorstandsarbeit der hessischen Psychotherapeutenkammer liegt im Arbeitsfeld ‚Psychotherapie in Institutionen‘ (Psychiatrie, Akutkliniken, Reha-Einrichtungen, Beratungseinrichtungen u. v. m.). Dabei will ich deutlich machen, dass PsychotherapeutInnen sowohl in der kurativen Tätigkeit wie auch in Prävention und Rehabilitation eine wichtige und notwendige Aufgabe erfüllen, die besonderen Respekt und Anerkennung verdient.“

*Alfred Krieger*

Jahrgang 1951, Dipl.-Psych., KJP/PP, verheiratet, ein Sohn. Nach sechs Semestern Volkswirtschaft Wechsel zum Psychologiestudium in Tübingen und Marburg, Abschluss 1977. Ausbildung zum Gesprächs-

psychotherapeuten. Seit 1979 Tätigkeit in einer Frankfurter Erziehungs- und Familienberatungsstelle. Ausbildung zum Psychoanalytiker am Frankfurter Psychoanalytischen Institut. In Wiesbaden als Psychoanalytiker niedergelassen.

Seit Gründung der hessischen Kammer Delegierter für die Integrative Liste. In den vergangenen zehn Jahren in verschiedenen Gremien tätig: Mitglied in den Ausschüssen Psychotherapie in Institutionen und in den Finanzausschüssen auf Landes- und Bundesebene, im Ausschuss Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auf Bundesebene und Delegierter im Psychotherapeutenversorgungswerk. Seit September 2011 Präsident der Hessischen Landeskommission.

Mitglied im Verband Hessischer Vertragspsychotherapeuten vhpv, der Deutschen und Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung DPV/IPV, der DGPT und der LAG für Erziehungsberatung in Hessen.

„Transparenz und Partizipation sind für mich Leitgedanken bei der Kammerarbeit. Als Präsident stehe ich gegenüber allen Kammermitgliedern unabhängig von Verfahren und Tätigkeitsfeldern in der Pflicht, Psychotherapie nach außen zu vertreten und für ein gutes Miteinander unter den Kammermitgliedern Sorge zu tragen.“

**Dr. Ulrich A. Müller**



Jahrgang 1957, Studium der Sozialpädagogik, Magister Philosophie, Kunstwissenschaften und Pädagogik in Marburg und Kassel. Forschungsstudien zu „Phänomenologie der Alterität und Psychoanalyse“ und zur Diskursanalyse sozialpolitischer Mythen. Mehrjährige sozialpädagogische Tätigkeit und Geschäftsführung in einem

Kinderhort an einem sozialen Brennpunkt in Nordhessen.

Seit 2002 Niederlassung in eigener Praxis als KJP (PA, TfP) in Fulda. Gastdozent an der Universität Kassel; Dozent und Kontrollanalytiker am Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Kassel (DPG/VAKJP) e. V.

2005-2010 KJP-Vertreter im Beratenden Fachausschuss der KV Hessen. Seit 2002 Mitglied im BundesBeirat der VAKJP. Seit 2006 im Vorstand der LPPKJP Hessen; Arbeitsschwerpunkte u. a. KJP, Ausbildung, Qualitätssicherung, Sozialrecht, Daten- und Vertrauensschutz. Vorträge und Publikationen zu Fragen der Ausbildung und zur Kultur der Psychotherapie.

„Es ist für mich nicht denkbar, fachliche und politische Gesichtspunkte in der Gesundheitspolitik voneinander zu trennen. Eine Gesundheits- und Sozialpolitik, die sich ausschließlich ökonomistischen Überlegungen unterwirft, droht die Grundfesten unserer solidarischen Gemeinschaften zu untergraben. Als Psychotherapeut steht für mich die Verantwortung für die Fähigkeit des Menschen, eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen zu können, immer im Vordergrund. Dies ist auch der Ausgangspunkt meiner berufspolitischen Anliegen als heilberuflich Kundiger.“

**Ariadne Sartorius**



Jahrgang 1968, KJP (VT), nach dem Studium des Sozialwesens in Braunschweig Familienpause, im Anschluss mehrjährige Tätigkeiten in verschiedenen Beratungsstellen des Diakonischen Werkes (Jugendberatungsstelle, Projektarbeiten für Migranten mit Schulverweigerung, Betreuungsverein). Parallel dazu Ausbildungen

in Systemischer Familientherapie und als Systemische Supervisorin.

2002-2006 Ausbildung am IFKV Bad Dürkheim zur KJP. Im Anschluss Aufnahme eigener Praxistätigkeit in Niederlassung in Darmstadt sowie berufspolitische Aktivitäten auf Hessenebene sowie auf Bundesebene als Vorstandsmitglied im vhpv und im bvvp. Stellvertretendes Mitglied im Zulassungsausschuss sowie im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KV Hessen.

„Meine politischen Arbeitsschwerpunkte in der Kammer liegen in den Bereichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, sozialrechtliche Fragen, Niederlassung und Neuapprobierte, Schnittstellen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen der an der Versorgung von psychisch kranken Menschen Beteiligten, Ethik und Berufsordnung. Dabei ist mir die gemeinsame Arbeit der verschiedenen Professionen, der Einbezug aller Berufsgruppen, auch die der nachfolgenden Psychotherapeutengeneration, ein wichtiges Anliegen. Als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin möchte ich zudem den Fragestellungen rund um den Themenkomplex der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen eine Gewichtung verleihen.“

**Susanne Walz-Pawlita**



Jahrgang 1957, Dipl.-Psych., PP, verheiratet, zwei Kinder. Studium der Pädagogik und Psychologie in Bamberg und Gießen. Ausbildung zur Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin am Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Gießen. Nach fünf Jahren Tätigkeit in der Universitätsklinik für Psychiatrie in Marburg Niederlassung in eigener Praxis in Gießen seit 1994.

Hessen



Frühere Ambulanzleitung, Dozentin und Supervisorin am Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Gießen. 2005-2011 Mitglied im Beirat und seit 2011 stellvertretende Vorsitzende der DGPT.

2002-2006 stellvertretende Vorsitzende des Ausschusses Aus-, Fort- und Weiterbildung der Kammer. 2006 und erneut 2011 zum Mitglied des Vorstandes gewählt. Inhaltliche Schwerpunkte: Ausbildungsreform, PiA-, Nachwuchs- und Hochschulfragen. Verschiedene Untersuchungen der Kammer zu Nachwuchsfragen. Vorträge und Veröffentlichungen im „Forum der Psychoanalyse“, in der „Psyche“ und im „Psychotherapeutenjournal“ zur Verfahrensorientierung und zur Zukunft der Ausbildung.

„Seit den Untersuchungen Wampolds im Jahre 2001 ist bekannt, dass eine gute verfahrensorientierte und von eigenen Überzeugungen getragene Ausbildung zentrale Basis einer beruflichen Identität ist, die notwendig ist, um die schwierigen Behandlungssituationen, denen wir dann lebenslang in unserem beruflichen Alltag ausgesetzt sind, zu meistern. Nur aus diesem Wissen heraus ist Berufspolitik für mich überhaupt denkbar: nämlich in fester Bodenhaftung im klinischen Alltag.“

### Dr. Heike Winter



Jahrgang 1960, Dipl.-Psych., PP, verheiratet, eine Tochter; Studium der Psychologie an der Philipps-Universität Marburg, Promotion zum Thema „Posttraumatische Belastungsstörung nach Verkehrsunfällen“ bei Prof. Dr. Anke Ehlers an der Georg-August-Universität Göttingen; Psychotherapieausbildung (VT).

Berufliche Tätigkeit in der Klinischen Rehabilitation in Bad Wildungen, als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Rahmen eines

DFG-Projekts „Posttraumatische Belastungsstörungen nach Verkehrsunfällen“ an der Universität Göttingen, als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Therapieforschung (IFT) München in den Bereichen Sucht-Präventionsforschung und Aus-, Fort- und Weiterbildung. Seit 2000 wissenschaftliche Geschäftsführerin des Ausbildungsprogramms Psychologische Psychotherapie an der Universität Frankfurt und niedergelassen in eigener Praxis in Offenbach. Anerkannte Supervisorin und Dozentin, stellvertretende Vorsitzende der staatlich benannten Prüfungskommission Hessens für Psychologische Psychotherapeuten (VT).

Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Stellvertretende Vorsitzende des Dachverbands der universitären Ausbildungsinstitute (uniTh). Sprecherin des Verbundes der VT-Institute in Hessen (VTiH). Seit September 2011 Vizepräsidentin der Psychotherapeutenkammer Hessen.

„Meine inhaltlichen Schwerpunkte liegen im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie im Bereich Wissenschaft und Forschung. Mir liegt daran, wissenschaftliche Erkenntnisse stärker in die Praxis und umgekehrt Erfahrungen aus der Praxis zurück in den wissenschaftlichen Kontext zu transportieren.“

### Yvonne Winter



Jahrgang 1961, Dipl.-Psych., PP (TfP), Studium an der Philipps-Universität Marburg und Justus-Liebig Universität Gießen, Diplom 1987.

Nach Abschluss des Studiums mehrjährige Tätigkeit in der qualitativen Marktforschung, Spezialgebiet und Veröffent-

lichung zu Duftmarktforschung, später Marketing im Bereich Fachzeitschriften für die Lebensmittel-Zeitung, Redaktion für Planung & Analyse.

Psychotherapieausbildung (TfP) am Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie, Gießen. Seit 1993 selbständig tätig, u. a. in einer Reha-Klinik für Orthopädie und Onkologie, daneben als Dozentin und Supervisorin in der Erwachsenenbildung, Ausbilderin im schulpseudologischen Dienst. Niedergelassen in eigener Praxis seit 1997. Berufspolitische Tätigkeit in der Psychodynamischen Liste (PP) seit 2002, für die Liste von 2006-2011 Mitarbeit im Ausschuss für Beschwerde und Schlichtung der Psychotherapeutenkammer Hessen. Seit 2011 im Vorstand der LPPKJP, Schwerpunkte Ausschuss „Beschwerde und Schlichtung“, ferner gehören die Bereiche Ethik und Berufsordnung, Forensik und Rechtspsychologie sowie die Öffentlichkeitsarbeit der Kammer zu den Ressorts. Mitglied in der DGPT, seit 2011 im hessischen Vorstand für nicht institutsgebundene tfp-Mitglieder.

„Meine Aufgabe im Vorstand sehe ich darin, den speziellen Interessen und Belangen der tiefenpsychologischen KollegInnen eine Stimme zu geben. Durch meine frühere Mitarbeit im Ausschuss für Beschwerde und Schlichtung wurde mir zunehmend deutlich, wie essenziell eine verantwortungsvolle, professionelle psychotherapeutische Identität für die Behandlungsbeziehung und das therapeutische Geschehen ist. Ein weiteres Anliegen ist mir die qualitativ hochstehende, fachliche Außendarstellung unserer Profession, um eine angemessene Reputation und Anerkennung der Psychotherapie nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch innerhalb der Gesellschaft zu erreichen.“

### Herbst-DV: PiA und Sozialrecht

Am 28. und 29. Oktober fand die erste Arbeitssitzung der neu gewählten Delegiertenversammlung (DV) unter Vorsitz des neuen Präsidenten **Alfred Krieger** und der neuen Vizepräsidentin **Dr. Heike Winter** statt.

Der vom Vorstand vorgelegte Haushalt für das kommende Jahr wurde einstimmig beschlossen. Er setzt die Politik des Abbaus der vorhandenen Rücklagen fort. Allerdings sieht der Vorstand nach zwei Beitragssenkungen die Notwendigkeit, die Geschwindigkeit des Rücklagenabbaus zu verlangsamen und auf mittlere Sicht einen ausgeglicheneren Haushalt anzustreben.

Im Mittelpunkt der Sitzung standen zwei Themenfelder, die die künftige Orientierung der Kammerarbeit beeinflussen werden: Die institutionelle Verankerung der PiA in den Diskussions- und Entscheidungsprozessen der Kammer und die Fortsetzung der Einbeziehung sozialrechtlicher Fragestellungen in die berufspolitische Arbeit.

### **Bessere Verankerung der PiA in der Kammer**

Die drei PiA-Landessprecher Jona Iffland, Stuart Massey Skatulla und Sabine Wald stellten einleitend ihre Vorstellungen dar. Besonders wichtig war den PiA die Kontinuität der Arbeit. In der Diskussion, an der auch mehrere SprecherInnen aus den Ausbildungsinstituten und weitere PiA teilnahmen, wurde erörtert, welche Formen von Repräsentation (etwa PiA-Ausschuss, Kooptierung zu Vorstand und Ausschüssen, PiA-Arbeitsgemeinschaft, Institutsprechertreffen) angemessen, sinnvoll und möglich sein könnten. Es wurde vereinbart, zur nächsten Delegiertenkonferenz konsensfähige Eckpunkte zu formulieren, die dann ggf. in konkrete Arbeitsaufträge für Satzungsänderungen einmünden könnten.

### **Stärkung sozialrechtlicher Aspekte**

Die Aussprache zu dem sozialrechtlichen Themenfeld machte erneut deutlich, dass neben dem SGB V (gesetzliche Krankenversicherung), das bisher im Fokus stand, auch das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) und SGB IX (Reha) stärkere Aufmerksamkeit finden sollten. Diese Weite des Arbeitsfeldes war Grund dafür, dass sich die DV nicht für die Schaffung eines zusätzlichen Ausschusses aussprach. Stattdessen wurde der Vorstand aufgefordert, bei Bedarf fallweise fachliche Expertise hinzuzuziehen.

### **Masterniveau für KJP**

Neben dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz befasste sich die DV erneut mit dem Zugang zur KJP-Ausbildung, der nach Ansicht der DV unbedingt auf Masterniveau angesiedelt sein muss. Frau **Helga Bußmeier-Lacey**, Referentin für Heilberufe im Hessischen Sozialministerium, berichtete von den Bemühungen der Länder, zu einer Neuregelung zu gelangen. Hierzu verabschiedete die DV eine Resolution. Frau Bußmeier-Lacey ist seit mehr als vier Jahren für die Aufsicht über die Kammer zuständig und wurde wegen ihres bevorstehenden Ausscheidens von Präsident Alfred Krieger verabschiedet, der sich für die gute Zusammenarbeit und ihren Einsatz für die Belange der Heilberufe bedankte.

RR

### **Fachveranstaltung „Häusliche Gewalt im psychotherapeutischen Kontext“**

Am 10. September fand mit rund 170 Teilnehmerinnen und Teilnehmern die sehr erfolgreiche Fachveranstaltung „Häusliche Gewalt im psychotherapeutischen Kontext“ der Psychotherapeutenkammer Hessen in Kooperation mit dem Hessischen Sozialministerium im Campus Westend der Goethe-Universität Frankfurt statt.

#### **Einführungs- und Begrüßungsworte**

In ihren Einführungsworten zur Veranstaltung verdeutlichte die Vizepräsidentin der Psychotherapeutenkammer Hessen, **Dr. Heike Winter**, die wichtige Bedeutung von Psychotherapie im Kontext des Themas: Psychotherapeuten seien sowohl in der Lage, Menschen mit Traumatisierungen effektiv zu behandeln und damit präventiv einer weiteren Gewalterfahrung entgegen zu wirken, als auch in der Therapie mit Tätern weitere Aggressionsausbrüche und Gewalt zu verhindern. Staatsministerin **Petra Müller-Klepper** gratulierte zunächst Frau Dr. Winter zur Wahl als Vizepräsidentin. Des Weiteren verdeutlichte sie anhand aktueller Zahlen, dass die Fälle häuslicher Gewalt sowie der Opferzahlen in Hessen

kontinuierlich angestiegen sind, und betonte deshalb die Notwendigkeit von Fachveranstaltungen zum Thema. Außerdem erläuterte sie die vielfältigen Maßnahmen des Landes Hessen zur Gewaltprävention in den letzten Jahren, die sich bei Weitem nicht nur mit der Etablierung des erfolgreichen „Netzwerks Gewaltprävention im Gesundheitswesen“ erschöpfen (Die Texte der Einführungs- und Begrüßungsworte finden Sie unter [www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)).

### **Grundsätzliches und Therapeutisches zu „Häusliche Gewalt“: Zwei Hauptvorträge**

Am Vormittag fanden zwei Hauptvorträge statt. Den ersten Hauptvortrag hielt Frau **Prof. Dr. Monika Simmel-Joachim** von der Hochschule RheinMain. Sie informierte zunächst in ihrem sehr fakten- und kenntnisreichen Vortrag über Definitionen, Verbreitungen und Bedingungsfaktoren partnerschaftlicher Gewalt. Des Weiteren verdeutlichte sie die unterschiedlichen Rollen und Aufgaben der am Hessischen „Netzwerk Gewaltprävention im Gesundheitswesen“ Beteiligten. Der zweite Hauptvortrag wurde gemeinsam gehalten von Dipl.-Päd. **Michaela Herchenhan** und Dipl.-Päd. **Sabine Heppel**, beides Pädagoginnen, Systemische Familientherapeutinnen sowie mit großer Praxiserfahrung zum Thema im Kontext Jugendhilfe. Sie stellten u. a. eine empirisch fundierte Typologie der Paargewalt vor und erläuterten Strategien und Aspekte der Therapie und Beratung auf individueller sowie auf systembezogener Ebene (Die Präsentationen zu den Hauptvorträgen finden Sie unter [www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)).

### **Vier Foren zur vertiefenden Auseinandersetzung**

Am Nachmittag fanden vier Foren zur vertiefenden Auseinandersetzung mit spezifischen Aspekten der Thematik statt.

**Michaela Herchenhan** und **Sabine Heppel** ermöglichten in ihrem Forum „Von der Ohnmacht zur Selbstbestimmung. Therapeutische Arbeit mit Frauen nach Gewalterfahrung“ den Teilnehmern, die bereits im Vortrag angesprochenen therapeutischen Aspekte ausführlicher kennenzulernen. Moderiert wurde dieses Forum

von **Nancy Gage-Lindner**, welche im Hessischen Sozialministerium den Bereich „Prävention und Schutz vor Gewalt“ des Referats II3 leitet.

**Bärbel Benzel**, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin vom Kindertraumainstitut, erweiterte in ihrem Forum „Mädchen und Jungen im Kontext häuslicher Gewalt. Auswirkungen, Hilfsmaßnahmen und Konsequenzen für die Psychotherapie“, das von **Sabine Eckert** moderiert wurde, die Perspektive über das Partnersubsystem hinaus auf die Ebene der Kinder.

Im Forum „Gewalt in Paarbeziehungen – Dynamik und therapeutische Strategien“, Moderation **Thomas Merz**, illustrierte **Annett Engelmann**, PP und Systemische Paar- und Familientherapeutin, gemeinsam mit ihrem Kollegen **Wolfram Palme**, Systemischer Paar- und Familientherapeut, ihre paartherapeutischen Ansätze im Kontext einer Beratungsstelle und der aufsuchenden Familientherapie.

Im Forum „Psychosoziale Hintergründe männlicher Gewalt in der Familie“ beschäftigte sich **Prof. Dr. Michael May**, Hochschule RheinMain, mit verschiedenen Theorien und Ansätzen zur männlichen Gewaltgenese, von biologisch orientierten bis zu soziokulturellen Überlegungen. Eine besondere Bedeutung kam hierbei dem Ansatz von Klaus Theweleit zu, der Män-

ner, die Gewalt in Partnerschaft anwenden, psychoanalytisch als „nicht zu Ende Geborene“ versteht. Moderiert wurde das Forum von **Dr. Matthias Ochs** (Präsentationen zu den Foren finden Sie unter [www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)).

MO

## Berichtigung

Durch einen Übermittlungsfehler wurde im Artikel „Podiumsdiskussion...“ in PTJ 3/2011, S. 305 die PiA-Vertreterin der vitos-Klinik Haina, Frau Jamrowski, falsch zitiert. Ihre Forderung bestand vielmehr darin, die PiA in die Entgeltstufe TVöD 13 einzugruppieren. Wir bitten, diesen Fehler zu entschuldigen.

Swp

## Mitteilungen der Geschäftsstelle

### Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kolleginnen und Kollegen:

Gerda Siefarth (Ebersburg),

Michaela Özelsel (Frankfurt) und

Rolf Schilling (Frankfurt).

## Kontakt zu unseren neuen Vorständen:

Alfred Krieger: [akrieger@ptk-hessen.de](mailto:akrieger@ptk-hessen.de)

Dr. Heike Winter: [hwinter@ptk-hessen.de](mailto:hwinter@ptk-hessen.de)

Dr. Ulrich A. Müller: [umueller@ptk-hessen.de](mailto:umueller@ptk-hessen.de)

Susanne Walz-Pawlita: [swalz-pawlita@ptk-hessen.de](mailto:swalz-pawlita@ptk-hessen.de)

Ariadne Sartorius: [asartorius@ptk-hessen.de](mailto:asartorius@ptk-hessen.de)

Yvonne Winter: [ywinter@ptk-hessen.de](mailto:ywinter@ptk-hessen.de)

Karl-Wilhelm Höffler: [khoeffler@ptk-hessen.de](mailto:khoeffler@ptk-hessen.de)

## Redaktion Hessische Kammerseiten:

Dr. Matthias Ochs, Yvonne Winter

Hessenseiten des Psychotherapeutenjournals im Internet: [www.ptk-hessen.de/ptj](http://www.ptk-hessen.de/ptj)

## Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1

65187 Wiesbaden

Tel 0611. 53168 0

Fax 0611. 53168 29

E-Mail: [post@ptk-hessen.de](mailto:post@ptk-hessen.de)

Internet: [www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)

## Kammerversammlung am 05.11.2011 – Aufbruchstimmung über den Dächern Hannovers

In der sechsten Etage des Mercure-Hotels in Hannover fand am ersten Samstag im November die zweite Kammerversammlung dieses Jahres statt. Nachdem der Vorstand seine Aktivitäten der vergangenen Monate zusammengefasst hatte, wurde eine neue Beitragsordnung umfassend diskutiert und letztlich beschlossen. Zudem hielt Frau Sabine Schäfer als Vertreterin der Psychotherapeuten im G-BA einen Vortrag über die Strukturen dieses wichtigen Gremiums.

Großes Engagement bewiesen die Mitglieder der einzelnen Ausschüsse und

Kommissionen, die ihre Arbeit insbesondere in den Bereichen Nachwuchsförderung und Psychotherapeuten im Angestelltenverhältnis zukünftig noch weiter vertiefen möchten. Trotz des wachsenden Aufwands und der damit auch steigenden Kosten soll an der Beitragsfreiheit für Psychotherapeuten in Ausbildung sowie an kostenfreien Veran-



staltungen wie „Approbation, was nun?“ festgehalten werden.

## Streit um Ausfallhonorar zwischen Patienten und Psychotherapeuten

Antworten auf Fragen zum Honorar für verabredete, vom Patienten aber nicht wahrgenommene Sitzungen werden oft im juristischen Regelwerk gesucht. Ausgehend von einem Berufsgerichtsfall, in dem der Rechtsanspruch auf ein sogenanntes Aus-

fallhonorar bestätigt, das Kammermitglied aber im Zusammenhang mit der Honorarforderung wegen Verletzung allgemeiner Berufspflichten verurteilt wurde, haben Mitglieder des Psychotherapeutischen Berufsgerichts einen Artikel verfasst, der die

psychotherapeutische Relevanz der Thematik herausarbeitet und sie in Relation setzt zu wirtschaftlichen, organisatorischen und rechtlichen Gesichtspunkten. Der Artikel ist auf der Homepage der PKN veröffentlicht unter [www.pknds.de](http://www.pknds.de).

## Im Gespräch mit Herrn Cord Eichhof: Die Geschäftsstelle ist gut strukturiert



Die PKN hat seit dem 01.09.2011 einen neuen Geschäftsführer, sodass die mehr-

monatige Phase der Vakanz dieser Position nun beendet werden konnte.

Mit Cord Eichhof wurde eine berufserfahrene Führungskraft gefunden, die nun die PKN-Geschäftsstelle leitet und darüber hinaus gemeinsam mit dem Vorstand auch die Geschicke der PKN in der Hand hat. Zu den ersten Wochen im neuen Amt und den damit verbundenen Impressionen berichtet Cord Eichhof im folgenden Gespräch.

**Welche Eindrücke haben Sie von Ihrer neuen Tätigkeit in der PKN, Herr Eichhof? Sind Sie in der Kammerarbeit schon angekommen?**

Für mich persönlich ist es ein neues Betätigungsfeld, das ich sehr interessant finde. Die Geschäftsstelle ist aus meiner Sicht sehr gut strukturiert. Die psychotherapeutischen Themenfelder liegen ganz in meinem Interessensbereich, auch wenn ich selbst nicht als Psychotherapeut arbeiten möchte.

**Mit welchem Erfahrungshintergrund haben Sie Ihre neue Position angetreten, was bringen Sie mit?**

Auf der einen Seite sind da mein Betriebswirtschaftsstudium und viele Jahre Berufserfahrung in leitenden Positionen bei verschiedenen Unternehmen der So-

zialwirtschaft bzw. im Gesundheitswesen. Außerdem habe ich eine Coaching-Ausbildung absolviert, die eine gewisse Nähe zum psychotherapeutischen Denken aufweist. Die hilft mir in den Bereichen der Führungstätigkeit, ergebnisorientiert zu leiten, aber auch in den Gesprächen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, beispielsweise im Bereich der Personalentwicklung. Diese erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten möchte ich nicht mehr missen.

### **Was sollen die Mitglieder der PKN über Sie persönlich wissen oder was wollen Sie ihnen gern mitteilen?**

Ganz spontan fällt mir als Charakteristikum ein, dass meine Bürotür fast immer offen steht. So sehe ich auch die PKN, nämlich als Service-Stelle und Dienstleister für den Berufsstand und die Kammermitglieder. Ich sehe in der neuen Aufgabe eine interessante Herausforderung, vor allem auch im politischen Bereich. Dort gilt es weiterhin daran zu arbeiten, die Rahmenbedingungen für den Berufsstand zu verbessern.

### **Vielleicht haben Sie schon ein paar eigene Ideen hinsichtlich der Arbeit**

### **der Geschäftsstelle der PKN entwickelt. Wird sich aus Ihrer derzeitigen Sicht vieles ändern durch die personelle Veränderung auf der Position des Geschäftsführers?**

Ich habe den Eindruck, dass viele Prozesse und Abläufe schon gut organisiert sind und dass wir da nicht so viele neue Schwerpunkte setzen müssen. Im Bereich der EDV, dem Service im Bereich Homepage und Akkreditierung können wir sicherlich etwas tun. Anpassungen werden wir jedoch intern besprechen, bevor wir sie umsetzen.

### **Wie sind denn Ihre ersten Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten?**

Bisher habe ich da nur positive Erfahrungen gemacht und bin bisher noch mit niemandem aneinander geraten. Ich bin selbst ein offener Mensch, der an anderen interessiert ist, und stelle gern Fragen. Aber sicherlich wird es mal den einen oder anderen Punkt geben, bei dem die Betriebswirtschaft und die Psychotherapie unterschiedliche Ansätze verfolgen, bei denen

dann Kompromisse gefunden werden müssen, insbesondere, wenn es finanzielle Auswirkungen auf die Kammer hat.

### **Bedeutet Ihr neuer Arbeitsbereich eine große Veränderung in Ihrer beruflichen Tätigkeit?**

Das Tagesgeschäft läuft eigentlich recht ähnlich, im Vergleich zu meiner bisherigen Tätigkeit als Geschäftsführer eines sozialwirtschaftlichen Unternehmens. Neu hingegen ist der Bereich der politischen Aktivitäten, wie zum Beispiel das Verfassen von Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen. Auf politischer Ebene habe ich bisher eher Erfahrungen in der Zusammenarbeit auf operativer Ebene bei regionalen Projekten gemacht. Die PKN hat vor allem mit Vorhaben auf der strategischen Ebene zu tun, die mitgestaltet werden sollen. Das finde ich sehr reizvoll.

### **Lieber Herr Eichhof, vielen Dank für das Gespräch und viel Spaß und Erfolg für Ihre neue Aufgabe.**

*Das Interview führte Jörg Hermann.*

## **Resolution der niedersächsischen Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer**

Die Delegierten der niedersächsischen Kammerversammlung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten fordern die Politiker nachdrücklich dazu auf, sich für eine bessere psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen einzusetzen.

In der EU-Richtlinie 2003/9/EG vom 27.01.2003, Kapitel IV, Artikel 17 und 18 werden „Bestimmungen betreffend besonders bedürftiger Personen“ festgeschrieben. Demnach sind Mitgliedsstaaten der EU dazu verpflichtet, in der medizinischen Versorgung die „spezielle Situation von besonders schutzbedürftigen Personen, wie Minderjährigen, unbegleiteten Minderjährigen (...) und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben“ zu berücksichtigen. Artikel 18 (2) schreibt: „Die Mitgliedsstaaten tragen da-

für Sorge, dass Minderjährige, die Opfer irgendeiner Form von Missbrauch, Vernachlässigung, Ausbeutung, Folter, grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung gewesen sind oder unter bewaffneten Konflikten gelitten haben, Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nehmen können und dass im Bedarfsfall eine geeignete psychologische Betreuung und eine qualifizierte Beratung angeboten wird.“

Es ist nur logisch, dass insbesondere Flüchtlinge und Asylsuchende in ihren Heimatregionen äußerst häufig unter eben solchen unmenschlichen Bedingungen leben mussten und daher einer geeigneten medizinisch-psychotherapeutischen Versorgung bedürfen.

In der Realität finden Flüchtlinge jedoch noch kaum Zugang in das psychotherapeutische Versorgungssystem, die Finan-

zierung regulärer psychotherapeutischer Leistungen ist nur mit erheblichen Hindernissen realisierbar. Konnte eine psychotherapeutische Behandlung aufgenommen werden, wird diese dann häufig durch die willkürliche räumliche Versetzung der Flüchtlinge unmöglich gemacht.

Nach der Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen geloben sämtliche Arztgruppen, bei der Ausübung der ärztlichen Pflichten keinen Unterschied zu machen, „weder aufgrund einer etwaigen Behinderung noch nach Religion, Nationalität, Rasse, Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung“. Die derzeitigen gesundheitspolitischen Voraussetzungen erlauben jedoch nur eine „Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten“. Flüchtlinge sind somit von einer dringend notwendigen psychotherapeutischen Versorgung in der Regel ausgeschlossen.

Wir fordern daher alle Landes- und Bundespolitiker auf, sich für entsprechende Veränderungen einzusetzen und damit dafür Sorge zu tragen, dass sich die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen deutlich verbessert.

### Geschäftsstelle

Roscherstr. 12  
30161 Hannover  
Tel.: 0511/850304-30  
Fax: 0511/850304-44  
Internet: www.pknds.de

Sprechzeiten allgemein:  
Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr  
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr  
Sprechzeiten „Fragen zur Akkreditierung“:  
Mi + Do 09.00 – 11.30 Uhr  
Mail-Anschrift: info@pknds.de  
Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“:  
Akkreditierung@pknds.de

## Bekanntmachung

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat auf ihrer Sitzung am 05.11.2011 den Haushaltsplan in der vorliegenden Fassung beschlossen.

Änderung der Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, beschlossen in der Kammerversammlung am 05.11.2011, geändert durch Beschlüsse der Kammerversammlung am 05.12.2001, am 30.08.2003, am 17.03.2004, am 03.12.2005 und am 05.11.2011

### § 1 Beitragspflicht

(1) Zur Durchführung ihrer Aufgaben erhebt die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen gemäß § 8 Abs. 1 des Kammergesetzes für die Heilberufe von ihren Kammermitgliedern einen Beitrag für das Jahr 2002 und folgende.

(2) Die Kammerbeiträge sind öffentlich-rechtliche Abgaben.

(3) Der Kammerbeitrag ist ein Jahresbeitrag. Beitragsjahr ist das Kalenderjahr.

(4) Die Beitragspflicht entsteht jahresanteilig mit dem Beginn des Monats, in dem die Mitgliedschaft beginnt, und endet mit Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft endet. Beim Wechsel in eine andere Landespsychotherapeutenkammer wird nur einmal ein Jahresbeitrag durch die Landeskammer erhoben, bei der am 01.02. des Jahres Beitragspflicht bestand.

### § 2 Beitragsbemessung

(1) Der Beitrag ab dem Jahr 2012 beträgt für Kammermitglieder € 460 je Beitragsjahr.

(2) Der Beitrag ermäßigt sich auf

1. € 380 für Kammermitglieder, die angestellt oder beamtet sind. Bei Nebeneinkünften aus psychotherapeutischer Tätigkeit – hierzu zählen u. a. auch Supervision, Aus- und Fortbildung, Beratung – fällt der volle Beitrag gemäß Abs. 1 an.

2. € 230 für Kammermitglieder, die einschließlich aller Nebentätigkeiten – hierzu zählen u. a. auch Supervision, Aus- und Fortbildung, Beratung – mit einer Teilzeitbeschäftigung von 50% oder weniger tätig sind.

3. € 80 für Kammermitglieder, die keiner Berufstätigkeit nachgehen, arbeitslos sind, dem Mutterschutz unterliegen oder Erziehungsurlaub/Elternzeit in Anspruch nehmen.

4. die Hälfte des Beitrags nach Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 1 bis 2 für Kammermitglieder, die auch in einer anderen Kammer Mitglied sind; dies gilt nicht bei einer freiwilligen Mitgliedschaft.

(3) Eine Beitragsermäßigung muss spätestens bis zum 31. März des Beitragsjahres schriftlich

beantragt werden. Dem Antrag sind geeignete schriftliche Nachweise für die Voraussetzungen der Ermäßigungstatbestände des § 2 Abs. 2 Nr. 1 – 4 beizufügen. Die Beitragsermäßigung kann frühestens zum Beginn des Monats gewährt werden, der dem vollständigen Nachweis der Ermäßigungsvoraussetzungen folgt.

(4) Soweit Kammermitglieder zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt sind (§ 95 Abs. 10 und 11 SGB V), ist eine Ermäßigung in den Fällen des Abs. 2 Nr. 1, 2 und 3 ausgeschlossen, es sei denn, die Zulassung ruhte gem. § 26 Ärzte-VZ.

### § 3 Beitragsbefreiung

(1) Kammermitglieder, die im Beitragsjahr das 65. Lebensjahr vollenden, werden auf Antrag vom folgenden Jahr an von der Beitragspflicht befreit, soweit sie keine Einnahmen aus psychotherapeutischer Tätigkeit erzielen. Die fehlenden Einnahmen sind vom Mitglied persönlich zu versichern und auf Nachfrage durch geeignete Unterlagen zu belegen.

(2) Mitglieder der Psychotherapeutenkammer, die sich in Niedersachsen in der Ausbildung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten befinden und mit der praktischen Ausbildung begonnen haben (§ 2 Abs. 3 Satz 2 Kammergesetz für die Heilberufe in der Fassung vom 08. November 2000, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11.12.2003), sind von der Beitragszahlung befreit.

### § 4 Beitragsfestsetzung

(1) Der Beitrag des einzelnen Kammermitgliedes wird mit Wirkung für das Beitragsjahr durch einen Beitragsbescheid festgesetzt. Eine Änderung oder Ermäßigung des Kammerbeitrages erfolgt durch einen Änderungsbescheid mit Wirkung für das jeweilige Beitragsjahr.

(2) Über Anträge auf Beitragsermäßigung oder Stundung wird ebenfalls durch Bescheid entschieden. Der Bescheid ergeht schriftlich, ist zu begründen und gegebenenfalls mit Angabe über die Voraussetzungen und den Zeitraum der Gültigkeit zu versehen.

### § 5 Entrichtung des Beitrags

(1) Der Beitrag ist zum 1. April d. J. fällig. Ist der Beitrag nicht fristgerecht beglichen worden, ergeht zunächst eine Erinnerung, in der zur Zahlung innerhalb von zwei Wochen aufgefordert wird. Beiträge, die nach Ablauf dieser Zahlungsfrist nicht beglichen sind, werden gebührenpflichtig angemahnt. Die Mahngebühr beträgt pauschal € 5. Darüber hinaus wird ein Säumniszuschlag in Höhe von 5% des ausstehenden Betrages, mindestens jedoch in Höhe von € 15 erhoben. Darüber hinaus hat das Kammermitglied weitere Verzugskosten zu tragen.

(2) Um insgesamt Kosten zu sparen, sollte eine Einzugsermächtigung erteilt werden. Kammermitglieder, die ihren Beitrag im Lastschriftverfahren einziehen lassen, erhalten einen Bonus von € 10 je Beitragsjahr.

### § 6 Stundung und Erlass

Auf schriftlichen Antrag kann der festgesetzte Beitrag zur Vermeidung unzumutbarer Härten gestundet, ermäßigt oder erlassen werden. Die Voraussetzungen für die Stundung oder den Erlass sind nachzuweisen.

### § 7 Rechtsbehelfe

(1) Gegen einen auf Grundlage dieser Ordnung erlassenen Verwaltungsakt ist innerhalb eines Monats, nachdem die Entscheidung dem Beschwerdenden bekannt gegeben worden ist, der Rechtsbehelf der Klage beim zuständigen Verwaltungsgericht zulässig. Die Klage ist schriftlich oder zur Niederschrift beim Urkundenbeamten der Geschäftsstelle des Verwaltungsgerichtes zu erheben. Sie ist gegen die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen zu richten.

(2) Rechtsbehelfe gegen Beitragsentscheidungen haben keine aufschiebende Wirkung (§ 80 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 VwGO).

### § 8 In-Kraft-Treten

Diese Beitragsordnung tritt am 01.01.2012 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Beitragsordnung vom 03.12.2005 außer Kraft.

Hannover, den 05.11.2011

Gertrud Corman-Bergau,  
Präsidentin der Psychotherapeutenkammer  
Niedersachsen

## Psychotherapie bei sexuellen Problemen und sexuellen Gewalterfahrungen 7. Jahreskongress Psychotherapie in Bochum

Beim 7. Jahreskongress Psychotherapie diskutierten rund 380 Teilnehmer in 54 Workshops aktuelle Forschungsergebnisse und praktische Behandlungskonzepte. Damit ist dieser vom Hochschulverbund Psychotherapie NRW und der Psychotherapeutenkammer NRW gemeinsam veranstaltete Kongress inzwischen der größte jährlich stattfindende Psychotherapiekongress in Deutschland.



*Prof. Dr. Uwe Hartmann*

Prof. Dr. Uwe Hartmann von der Medizinischen Hochschule Hannover berichtete in seinem Hauptvortrag, wie sexuelle Funktionsstörungen heute zu begreifen und welche Psychotherapiekonzepte sinnvoll sind. Sexuelle Dysfunktionen sind sehr häufige, alle Altersgruppen und Männer wie Frauen treffende Gesundheitsprobleme. In einer US-amerikanischen Studie von 1994 gaben insgesamt 43% der Frauen und 35% der Männer an, im Jahr vor der Befragung unter signifikanten, mindestens mehrere Monate bestehenden sexuellen Funktions- bzw. Appetenzproblemen gelitten zu haben.

Bei den Frauen stellen Probleme der sexuellen Appetenz sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch im klinischen Bereich die mit Abstand bedeutsamste Dysfunktion dar. Bei den Männern führt die Störung mit

der höchsten Prävalenz, der vorzeitige Orgasmus, viel seltener zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe als die Erektionsstörung, die deshalb und aufgrund ihres engen Zusammenhangs zu anderen Krankheitsbildern (Diabetes, Hypertonus, koronare Herzkrankheit, neurologische Krankheiten) die klinisch bedeutsamste Störung des Mannes darstellt. In Deutschland ist derzeit von ca. fünf Millionen erektionsgestörten Männern auszugehen; aufgrund der Alterskorreliertheit wird diese Zahl bis zum Jahr 2025 auf mindestens sieben Millionen Männer ansteigen.

Die Methoden der klassischen Sexualtherapie seien sehr wirksam und könnten fast 100% der Frauen bei primärer Anorgasmie und 60 bis 65% der Männer bei Erektionsstörungen helfen, erläuterte Hartmann. Der Erfolg der Sexualtherapie hänge wesentlich von der Qualität der Partnerschaft ab, insbesondere davon, ob die Frau an der Fortführung der Beziehung interessiert sei und der Mann sich auf eine Psychotherapie einlassen könne. Die klassischen erfahrungsorientierten Übungen kämen deshalb heute erst später im Behandlungsverlauf zum Einsatz, wenn für diese sehr wirksamen sexualtherapeutischen Techniken der Boden bereitet sei.



*Prof. Dr. Tanja Michael*

Frau Prof. Dr. Tanja Michael von der Universität des Saarlandes referierte über die Folgen sexueller Gewalt. Entgegen dem Eindruck aus der großen öffentlichen Debatte über den sexuellen Kindesmissbrauch in Schulen und Internaten werden Kinder und Jugendliche nach einer jüngst veröffentlichten Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen heute seltener sexuell bedrängt oder vergewaltigt als noch vor 20 bis 30 Jahren.

Für die Opfer seien die unmittelbaren und Langzeitfolgen jedoch erheblich, erklärte Michael. Zu den langfristigen seelischen Folgen eines Missbrauchs oder einer Vergewaltigung gehörten Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Angststörungen, Abhängigkeitserkrankungen (Nikotinabhängigkeit, Alkoholabhängigkeit etc.), Essstörungen, dissoziative Störungen und die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Gewalterfahrungen seien außerdem ein relevanter Risikofaktor für späteres gewalttätiges Verhalten. Ein Viertel bis ein Drittel der Opfer werde später selbst zum Täter. Früher sexueller Missbrauch mit emotionaler Vernachlässigung und familiärer Dysfunktion seien Entwicklungs- und Risikofaktoren für Pädophilie, Exhibitionismus und andere sexuelle Präferenzstörungen.

Bei der Psychotherapie nach sexueller Gewalt stellen Ekelgefühle häufig ein zentrales Symptom dar. Solche Ekelgefühle können zu einer massiven Vermeidung intimer Kontakte führen und mit einem Verlust von sexueller Appetenz oder Erregung verbunden sein. Im Anschluss an die Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung spiele daher die Überwindung der Ekelgefühle eine besondere Rolle, um die sexuelle Störung überwinden und die sexuelle Genussfähigkeit wiederherstellen zu können.

Psychotherapie bei paraphilen Störungen war das Thema von Prof. Dr. Peer Briken vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Patienten mit Paraphilien seien nicht gleichzusetzen mit Sexualstraftätern. Sexualstraftäter hätten häufig keine Paraphilie (z. B. Pädophilie, Sadismus), aber sehr häufig Beziehungsstörungen und sexuelle Probleme/Auffälligkeiten. Wesentliche Symptome der paraphilen Störungen seien wiederkehrende, intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, bezogen auf nicht menschliche Objekte, das Leiden oder die Demütigung von sich

selbst, eines Partners, von Kindern oder anderen nicht einwilligenden bzw. nicht einwilligungsfähigen Personen.

Briken stellte das RNR-Modell vor. Danach ist zunächst das Risikopotenzial des einzelnen Täters, neue Taten zu begehen, abzuschätzen (risk). Dann seien die konkreten kriminogenen Bedürfnisse in den jeweiligen Therapiezielen zu berücksichtigen (need) und insbesondere die Vermeidungsziele festzulegen. Schließlich gelte es zu überprüfen, auf welche therapeutischen Programme der jeweilige Täter anspreche (responsivity).



Prof. Dr. Peer Briken

## Berufsrecht: Erstellen von Gutachten und gutachterlichen Stellungnahmen

Im Rahmen der Wahrnehmung ihrer Pflicht zur Ausübung der Berufsaufsicht (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 HeilberG NRW) verzeichnet die Kammer vermehrt Verstöße gegen die berufsrechtlichen Regelungen zur Erstellung von Gutachten und gutachterlichen Stellungnahmen. Häufig taucht dabei die Konstellation auf, dass der Psychotherapeut beauftragt wird, eine gutachterliche Stellungnahme über einen Dritten abzugeben, z. B. über die andere Partei in einem familienrechtlichen Verfahren. Die Erstellung solcher Stellungnahmen erfolgt nicht selten lediglich auf der Grundlage von Schriftstücken und Informationen des Auftraggebers, ohne die zu „begutachtende“ Person untersucht zu haben. Die Stellungnahmen werden dann im Gerichtsverfahren vorgelegt, z. B. um die Ungeeignetheit der anderen Partei zur Ausübung des Sorgerechts zu belegen.

Die berufsrechtlichen Anforderungen an Gutachten und gutachterliche Stellungnahmen formuliert § 27 der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen vom 25.04.2008 (BO). Die Norm lautet:

§ 27 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Gutachterinnen und Gutachter

1. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen sich als Gutachter betätigen, soweit ihre Fachkenntnis und ihre beruflichen Erfahrungen

ausreichen, um die zu untersuchende Fragestellung nach bestem Wissen und Gewissen beantworten zu können.

2. Gutachten sind den fachlichen Standards entsprechend innerhalb angemessener Frist zu erstellen und dürfen keine Gefälligkeitsaussagen enthalten.
3. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben vor Übernahme eines Gutachtauftrags ihre gutachterliche Rolle zu verdeutlichen und von einer psychotherapeutischen Behandlungstätigkeit klar abzugrenzen.
4. Ein Auftrag zur Begutachtung eigener Patienten im Rahmen eines Gerichtsverfahrens ist in der Regel abzulehnen. [...]

Danach entsprechen Gutachten, gutachterliche Stellungnahmen oder sonstige Feststellungen aus fachlicher Sicht, die über Patienten oder Dritte ohne deren persönliche Untersuchung erstellt worden sind und Aussagen z. B. zur Persönlichkeit oder zu Diagnosen treffen, nicht den berufsrechtlichen Vorgaben. Es sind dann weder die fachlichen Standards erfüllt noch ist das Gutachten nach bestem Wissen erstellt worden. Insbesondere kann ein Psychotherapeut insoweit auch nicht auf Untersuchungen und Feststellungen anderer Psychotherapeuten oder Ärzte zurückgreifen.

Dies bestätigen aktuelle berufs- und strafrechtliche Urteile. So hat das Verwaltungsgericht Gießen mit Urteil vom 15.02.2011

(21 K 1582/10.GI.B) festgestellt, dass die Aussage eines Facharztes für Nervenheilkunde zur mangelnden Erziehungsfähigkeit und Mütterlichkeit einer Person, ohne diese persönlich gesehen zu haben, allein aufgrund willkürlich herausgegriffener Passagen eines anderen fachärztlichen Gutachtens und der Angaben des Gegners in einem anhängigen Sorgerechtsstreit gegen das Gebot, die ärztliche Überzeugung nach bestem Wissen auszusprechen, verstößt. Nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 25.05.2011 (2 StR 585/10) muss das Gutachten eines psychiatrischen Sachverständigen eine Exploration des Probanden durch den Sachverständigen einschließen. Der Senat weist darauf hin, dass es sich dabei um die zentrale Untersuchungsmethode handelt, deren Ergebnisse der gerichtliche Sachverständige nur dann eigenverantwortlich bewerten kann, wenn er sie selbst durchgeführt oder zumindest insgesamt daran teilgenommen hat.

Schließlich ist noch zu beachten, dass gutachterliche Stellungnahmen objektiv sein müssen. Diese Forderung spiegelt sich in der Berufsordnung gleich in zweifacher Hinsicht wieder. Das Gutachten darf keine Gefälligkeitsaussagen enthalten, § 27 Abs. 2 BO. Die Begutachtung eigener Patienten ist in der Regel abzulehnen, § 27 Abs. 4 S. 1 BO.

Neben den Anforderungen an eine ordnungsgemäße Gutachtenerstellung ist ein



weiterer berufsrechtlicher Aspekt zu berücksichtigen: Nach § 8 Abs. 1 S. 1 BO sind Psychotherapeuten zur Verschwiegenheit über das verpflichtet, was ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit durch und über Patienten und Dritte anvertraut und bekannt geworden ist. Bezugspunkt der Schweigepflicht ist das Geheimnis, d. h. eine Tatsache, die nur einem bestimmten, abgrenzbaren Personenkreis bekannt ist und an deren Geheimhaltung ein verständliches, also sachlich begründetes und damit schutzwürdiges Interesse besteht. Angesichts der besonderen Bedeutung der Verschwiegenheitspflicht ist der Geheimnisbegriff weit auszulegen: Neben der Art der Krankheit,

der Diagnose etc., fallen darunter sämtliche Angaben über persönliche, familiäre, berufliche, wirtschaftliche oder finanzielle Umstände.

Geschützte Geheimnisse sind dabei nicht nur solche des Patienten, sondern auch die sogenannten Drittgeheimnisse. Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn ein gewisser Bezug zur Geheimnissphäre des Patienten besteht. Das Geheimnis ist im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit bekannt geworden, wenn der Therapeut es in innerem Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs erfahren hat. Dieser berufsspezifische Kontext ist erforderlich, aber auch genügend und bei der

Erstellung einer gutachterlichen Stellungnahme zu bejahen. Sind Geheimnisträger und Patient verschiedene Personen, kann nur Ersterer den Psychotherapeuten rechtswirksam von der Schweigepflicht entbinden. Auch die Preisgabe von Drittgeheimnissen (z. B. Angehörige von Patienten betreffend), ohne dass eine Entbindung von der Schweigepflicht durch den Geheimnisträger selbst vorliegt, stellt eine Verletzung der Schweigepflicht und damit einen Verstoß gegen Berufspflichten dar.

Die Schweigepflichtverletzung kann darüber hinaus auch strafrechtlich relevant werden (§ 203 Abs. 1 Nr. 1, 2 StGB).

## Petitionsausschuss: Keine muttersprachliche Psychotherapie für Migranten

Der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages unterstützt nicht, eine kultursensible, muttersprachliche psychotherapeutische Versorgung für Migranten in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen. „Diesen ablehnenden Beschluss bedauern wir sehr, da Migranten, die sprachlich nicht vollständig integriert sind, damit von der Regelversorgung ausgeschlossen bleiben“, kritisiert Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, die Entscheidung. „Migranten warten bei muttersprachlichen Psychotherapeuten bis zu

zwei Jahre auf einen ersten Termin oder bekommen gar keine Behandlung.“

Die Petition hatte die Unterstützung von über 1.000 Unterzeichnern und über 10.000 weiteren Unterschriften gefunden. Die Befürworter der Petition hatten argumentiert, dass die Psychotherapie in besonderem Maße auf die sprachliche Verständigung angewiesen ist, um über weitgehend aus der Gefühlssphäre stammende Inhalte problemlos sprechen zu können. Ältere Migrantinnen und Migranten oder Personen, die sich erst seit kurzer Zeit in Deutschland aufhalten, könnten

sich deshalb gegenwärtig nicht bei psychischen Erkrankungen behandeln lassen. Sollte eine muttersprachliche Psychotherapie weiterhin nicht zur Verfügung stehen, so sollte die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für einen Dolmetscher übernehmen.

Der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages lehnte jedoch sowohl eine muttersprachliche Psychotherapie als auch die Kostenübernahme für Dolmetscher aus Gründen der Beitragsstabilität und Kostendämpfung ab.

## Fortbildungsangebote 2012

Aufgrund der großen Nachfrage werden im kommenden Jahr mehrere Veranstaltungen zur Tätigkeit als Sachverständiger vor Gericht angeboten – Grundlagenmodul und Spezialisierungsmodule im Strafrecht, Familienrecht und Sozialrecht. Auch gibt es wieder Fortbildungen zur Kassenzulassung bzw. Praxisübernahme, zu Gestaltungsmöglichkeiten in der vertragspsychotherapeutischen Praxis und zum Berufsrecht. Erstmals haben wir Angebote zum Thema Abstinenz und Vertrauen, Kopfschmerz und Psyche und zur Akutversorgung bei

Kindern und Jugendlichen im Programm. Anmeldung ist ab sofort möglich.

### Amtliche Bekanntmachung Auslage Haushaltsplan 2012

Der Haushaltsplan 2012 kann in der Zeit vom 01. bis 16. März 2012 in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer NRW eingesehen werden.

### 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

## Fortbildungen zur Sachverständigentätigkeit 2012

### **Spezialisierungsmodul Glaubhaftigkeit und Zeugenaussage 24.01. – 27.01.2012 auf Schloss Machern**

Neben theoretischen Grundlagen sowie methodischen und didaktischen Aspekten der Glaubhaftigkeitsbegutachtung sowie der aussagepsychologischen Begutachtung wird die Beurteilung der Aussagequalität und der Aussagevalidität im Mittelpunkt stehen. Spezielle Probleme, formale Standards sowie juristische Aspekte bei der Glaubhaftigkeitsbegutachtung bilden den Abschluss dieser 4-tägigen Veranstaltung.

### **Grundlagenmodul 07.05. – 11.05.2012 im Kloster Nimbschen**

In diesem Modul werden wichtige juristische und gesetzliche Rahmenbedingungen dargelegt, Einführungen in die verschiedenen Rechtsgebiete gegeben sowie die Rolle der Gutachter vor Gericht diskutiert. Weiterhin werden Aspekte zur Erstellung von Gutachten aufgegriffen, häufige Fehlerquellen erläutert und das Auftreten vor Gericht geklärt. Die Rechtsgebiete werden als Co-Referate, jeweils von juristischer und von psychotherapeutischer Seite, vorgetragen. So entsteht ein interessantes Wechselspiel aus gerichtlicher Praxis und psychotherapeutischer Sichtweise.

### **Spezialisierungsmodul Familienrecht 04.06. – 07.06.2012 auf Schloss Machern**

In diesem Modul werden neben rechtlichen Aspekten des Familien- und Sorgerechts eingehend psychologisch-psychotherapeutische Voraussetzungen für die Begutachtung im Familien- und Jugendbereich behandelt. Weiterhin werden Probleme und Fehlerquellen der familienrechtlichen Gutachtenerstellung im Mittelpunkt der Veranstaltung stehen.

### **Informationen**

Detaillierte Informationen zur Fortbildung sowie die Flyer und Anmeldeformulare der angekündigten Veranstaltungen finden Sie unter [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de).

A. Wendt

## Veranstaltungsankündigung

### **Informationsveranstaltung für angestellte Psychotherapeu- tinnen/Psychotherapeuten in Mecklenburg-Vorpommern 25.01.2012**

Die OPK sieht deutlichen Handlungsbedarf im Hinblick auf die Gestaltung der Arbeitsverhältnisse in den Krankenhäusern der Regelversorgung. Der OPK-Vorstand sowie der Ausschuss für die Angelegenheiten der angestellten Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten der OPK möchte mit

den Mitgliedern vor Ort direkt ins Gespräch kommen, um die politischen Vorstellungen der Kammer weiter zu konkretisieren und um den Service für angestellte Kammermitglieder ausbauen zu können.

Frau Dr. Tina Wessels, Referentin der Bundespsychotherapeutenkammer, wird über das neue Finanzierungssystem in psychiatrischen Einrichtungen informieren. Im Anschluss daran soll eine Diskussion sowie ein informeller Austausch angeregt

werden, an denen auch Dr. Tina Wessels sowie Jürgen Golombek, Vorsitzender des Ausschusses für Angelegenheiten der angestellten Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten der OPK, teilnehmen werden.

Anfang des Jahres konnten bereits in Dresden und Leipzig zwei Veranstaltungen für die angestellten Kolleginnen und Kollegen mit großem Erfolg durchgeführt werden.

A. Wendt

## Aktuelles

### **Zweiter Sächsischer Psychiatrieplan**

Wir möchten Sie darüber informieren, dass mittlerweile der Zweite Sächsische Psychiatrieplan vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz beschlossen wurde. Der erste Landespsychiatrieplan stammte aus dem Jahr 1993. Nachdem die OPK im Frühjahr nur zufäl-

lig von der Überarbeitung erfahren hatte, haben wir versucht, den Bearbeitungsprozess mitzugestalten. Es war uns ein Anliegen, bei den Verfassern kontinuierlich darauf hinzuwirken, dass die Versorgung von

lig von der Überarbeitung erfahren hatte, haben wir versucht, den Bearbeitungsprozess mitzugestalten. Es war uns ein Anliegen, bei den Verfassern kontinuierlich darauf hinzuwirken, dass die Versorgung von

Menschen mit psychischen Erkrankungen auch zu einem großen Teil von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wahrgenommen wird. Ebenso war es wichtig, die Veränderungen aufzuzeigen, die sich mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 ergeben haben.

Inhaltlich besteht der Psychiatrieplan aus einer Bestandsaufnahme der verschiedenen Behandlergruppen in der Grundversorgung von Minderjährigen und Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen. Zudem werden spezielle Personengruppen im Sächsischen Landespsychiatrieplan ausführlicher dargestellt, z. B. die Versorgung von gerontopsychiatrisch erkrankten, suchtkranken oder psychosomatisch erkrankten Menschen sowie solchen mit Intelligenzminderung oder psychisch Erkrankten mit Migrationshintergrund, ebenso die forensisch-psychiatrische Versorgung. Zukünftige Entwicklungsschwerpunkte sowie konkrete, verbindliche Maßnahmen zur regionalen Umsetzung in die Praxis werden in dem Plan nicht aufgeführt. Diese gilt es jetzt, von allen Beteiligten zu entwickeln.

### **Pressekonferenz der OPK im Sächsischen Landtag in Dresden**

Am 11.10.2011 lud die OPK Pressevertreter in die Landespressekonferenz in Dresden ein, um auf die besorgniserregende Versorgungslage in den OPK-Ländern aufmerksam zu machen.

Das Versorgungsstrukturgesetz soll noch in diesem Jahr auf den Weg gebracht werden – und damit droht der Abbau von über 6.000 Psychotherapiepraxen in ganz Deutschland. Gerade für die neuen Bundesländer stellt der geplante Abbau einen Wegfall von dringend benötigten Sitzen dar. Zu lange müssen Patientinnen und Patienten bereits jetzt schon auf eine Psychotherapie warten, u. a. 28 Wochen in Ost-Mecklenburg, 25,6 Wochen im Vogtland (Sachsen). Daher setzt sich die OPK für eine Neuberechnung der Bedarfswahlen zum 31.12.2011 ein, um den tatsächlichen Bedarf an Psychotherapie abbilden und so ausreichend Behandlungskapazitäten bereitstellen zu können.

Weiterhin ist es ein Anliegen der OPK, „dass Menschen mit psychischen Krankheiten

ebenso gut versorgt werden wie Patienten, die unter einer somatischen Krankheit leiden. Dazu gehört, dass alle Patienten Zugang zu wissenschaftlich fundierten Behandlungen erhalten. Dazu gehört auch, dass ambulante Behandlungen in einer zumutbaren Entfernung vom Wohnort verfügbar sind. Und dazu gehört, dass kranke Patienten und Patientinnen nicht länger als drei Wochen auf einen Behandlungstermin beim Spezialisten warten müssen“, schilderte die Präsidentin der OPK, Frau Andrea Mrazek, auf der Pressekonferenz in Dresden.

Im anschließenden Presseecho wurden zwei Radiobeiträge ausgestrahlt sowie zahlreiche Artikel in den Zeitungen der OPK-Länder gedruckt. Mehr dazu finden Sie auf unserer Homepage [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de).

*A. Wendt*

#### **Geschäftsstelle**

Kickerlingsberg 16  
04105 Leipzig  
Tel.: 0341-462432-0  
Fax: 0341-462432-19  
Homepage: [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de)  
Mail: [info@opk-info.de](mailto:info@opk-info.de)

## Fachtagung und Herbstfest 2011

Unter dem etwas flapsig-provokanten Titel „Psychotherapie: Alles Beziehung oder was?“ lud die Kammer RLP in diesem Jahr ihre Mitglieder und Gäste ein zur traditionellen Jahrestagung mit anschließendem Herbstfest. Und es meldeten sich so viele wie nie zuvor. Dass am Ende ein Besucherrekord knapp nicht zustande kam, lag mit großer Wahrscheinlichkeit – man ahnt es schon – am Wetter. Ein prächtiger Spätsommertag mochte den einen oder anderen doch umgestimmt haben, sich in den künstlich beleuchteten Hörsaal zu setzen. Für alle, die es taten, wurde es ein abwechslungs- und erkenntnisreicher Nachmittag.

Dafür sorgten neben unserem Präsidenten Alfred Kappauf, der mit entspannt launigen Worten die Begrüßung und Einführung vornahm, auch unsere Vizepräsidentin Andrea Benecke, die souverän durch den Nachmittag moderierte, und setzte sich fort mit den Referenten, die alle mit sehr eigenen Akzenten an das Thema heran gingen.

So vorneweg **Prof. J. Hoyer** aus Dresden mit seinem herausfordernden Titel „Wir können über alles reden – außer über Sex“, um dann genau nur noch dies zu tun. Nach seinem Eindruck, empirisch gestützt, scheinen sich psychotherapeutische Sprechzimmer zu eher sexfreien Tabuzonen in einer ansonsten reizüberfluteten Außenwelt zu entwickeln. Und sollten sich doch einmal – völlig unerwartet natürlich – Probleme in diesem Bereich auftun, dann wird gern zum Spezialisten überwiesen. In stiller Übereinkunft scheinen sich die Widerstände der Patienten mit den Hemmungen der Therapeuten zu verbünden. Störungen im sexuellen Erleben oder Befinden tauchen als Erstdiagnose kaum auf, scheinen aber doch bei bis zu 15% aller Patienten zu relevanten Beeinträchtigungen zu führen. Ergo: Es würde sich schon lohnen, mal genauer hinzuschauen und zu fragen. Hilfreich (für Therapeut und Patient) kann da ein kleiner Screening-Bogen sein, der eigentlich in allen Phasen der Therapie zum Einsatz kommen kann. Und was man nun gar nicht vergessen

sollte: Bei aller Störungsorientierung sollte man Sex als Ressource und körpereigenes Antidepressivum nicht unterschätzen.

Ein Beziehungsfeld ganz eigener Art beleuchtete **Prof. M. Beutel** aus Mainz unter dem Titel „Mein Computer, das Netz und Ich ...“. Soziale Netz-

werke, Online-Spiele, Chatrooms, Foren, Communities – für fast jedes Bedürfnis hält „das Netz“ Angebote bereit, und manch einer verheddert sich derart darin, dass er nicht mehr loskommt. Der Reiz ist enorm, die Kontakt- und Hemmschwellen niedrig, die Spannung aus Anonymität und Intimität begünstigt Enthemmungen. Wer sich Tage und Nächte in Online-Welten bewegt, erliegt mitunter dem Sog des Mediums. Der Bezug zur wahren Welt verdünnt sich, neben Flow-Erleben zeigen sich Kontrollverlust und Entzugssymptome, kurzum: handfeste Indizien einer Abhängigkeit. Allein in Rheinland-Pfalz wird die Zahl der Netz-Süchtigen auf bis zu 10.000 Menschen geschätzt, vor allem Jugendliche. Die Therapie, so sie denn zustande kommt, gestaltet sich ähnlich wie bei anderen Süchten auch, wobei nicht die Computer-Abstinenz das Ziel ist, sondern das Vermeiden bestimmter Anwendungen. Ein Abschied, der nicht minder schmerzvoll ist als im richtigen Leben ...

Apropos das richtige Leben: Das der Psychotherapeuten stand im Fokus der Betrachtungen von **Prof. W. Lutz** aus Trier, der eine Brücke („Bridge over troubled water“) schlagen möchte zwischen Psychotherapieforschung und Praxis. Baumaterial liefert ihm in fast schon unübersichtlicher Fülle die groß angelegte Studie der Techniker Krankenkasse (TK), die unter dem Titel „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ eine wichtige und zentrale Botschaft liefert: Ambulante Psychotherapie ist auch unter Routinebedingungen effektiv, und sie wird bei deutlich belasteten Patienten angewandt. Über 60% der behandelten Patienten mit Depressionen und Angststörungen zeigen am Ende eine



(v. l.) Alfred Kappauf, Andrea Benecke, Prof. Lutz, Prof. Hoyer

eindeutige Abnahme der Problematik. Das Modellvorhaben liefert wertvolle Daten zur Versorgungsforschung, die auf eine hohe Wirksamkeit der ambulanten Psychotherapie hinweisen und damit ihre gesamtgesellschaftliche Bedeutung unterstreichen.

Aber auch der ökonomische Nutzen ist absolut bemerkenswert. Jeder in eine ambulante Psychotherapie investierte Euro führe innerhalb eines Jahres zu einer Einsparung von zwei bis drei Euro der direkten Krankheitskosten. Der Konsistenz der Ergebnisse gegenüber stehen vielfältige und individuell sehr unterschiedliche Veränderungsmuster und Verläufe, und ganz spannend wird es, aus differenzierten Verlaufsanalysen Prognosekriterien und damit Outcome-Vorhersagen für geplante Therapien zu generieren. Reizvoll für den Forscher, mitunter befremdlich für den Praktiker, der um die überraschenden Wendungen weiß, die zu ganz unerwarteten Ergebnissen führen können. Um den Kreis zu schließen: Kann die Versorgungsforschung ohne den anerkannt wichtigen Prädiktor der „Beziehung“ auskommen? Vorliegend tut sie es, und wir schauen uns an, wie weit sie damit kommt.

Ganz und gar beziehungsreich und gewohnt leichtfüßig präsentierte uns schließlich **Dr. G. Schmidt** aus Heidelberg sein Konzept der „Hypnosystemischen Utilisation im kompetenten Umgang mit eigenen problematischen Befindlichkeiten in schwierigen Therapiesituationen“. Wer kennt ihn nicht, den Patienten, der „nervt“, der uns müde, wütend oder hilflos macht? Oder sind es nicht vielmehr wir selbst, die wir uns dazu

machen? Weil wir nicht bekommen, was wir brauchen? Was aber braucht der Therapeut genau, um optimal zu handeln? Zuerst die freie und volle Verfügbarkeit seiner ganzen Kompetenz, und dafür muss es ihm gut gehen, hervorragend gut sogar, denn nur was er selbst hat, kann er dem Patienten bestmöglich geben. Die ständige Rückbesinnung auf eigene Ressourcen, die Fokussierung auf unserer Kompetenzen beendet das Leiden (des Therapeuten wie des Patienten) und bringt die Handlungsfähigkeit zurück. Nur dann kann es gelingen, den Prozess des

Problem-Erlebens nebst Pathologisierung und Chronifizierung zu unterbrechen und durch eine zielführende Nutzbarmachung von kompetenten Handlungsmustern abzulösen. Fazit des überaus lebendigen Vortrages: Die Kompetenz ist da, auch im Symptom.

Dem gab es wortwörtlich erst einmal nicht viel hinzuzufügen, und so erfolgte

die Einladung, es sich gut gehen zu lassen, und zumindest, was die kulinarische und musikalische Verköstigung betraf, bot das anschließende Herbstfest reichhaltige Möglichkeiten des Genusses einschließlich des sicher seltenen Schauspiels eines zu später Stunde kräftig abrockenden Präsidiums ...

## Bericht aus der Vertreterversammlung

Am 05.11.2011 fand die vorletzte Vertreterversammlung in dieser Amtsperiode statt. Auf der Tagesordnung stand neben der Verabschiedung des Haushalts für das Jahr 2011 und der Höhe der Hebesätze für die Gruppe der Angestellten bzw. der Niedergelassenen, die der Beitragsberechnung in

2012 zugrunde gelegt werden, auch eine Erweiterung der Weiterbildungsordnung um die Zusatzbezeichnung „Rechtspsychologischer Sachverständiger“, eine Vereinfachung der Fortbildungsordnung, eine Ergänzung der Anlage 1 zur Fortbildungsordnung ebenso wie der Anlage 1 zur

Gebührenordnung sowie eine Ergänzung der Berufsordnung. Einen ausführlichen Bericht finden Sie auf der Website unserer Kammer unter dem Link [http://lpk-rlp.de/mitgliederservice/mitgliederservice\\_newsletter.php4](http://lpk-rlp.de/mitgliederservice/mitgliederservice_newsletter.php4).



Andrea Benecke, Gunther Schmidt



## Beschlüsse der Vertreterversammlung

### Hebesatz gemäß § 3 Abs. 3 der Beitragsordnung für das Jahr 2012

Die Vertreterversammlung hat folgenden Beschluss gefasst, der hiermit veröffentlicht wird.

Der Hebesatz wird gemäß § 3 Abs. 3 der Beitragsordnung festgesetzt und beträgt:

- für Niedergelassene: 0,60%,
- für Angestellte/Beamte: 0,85%.

### Änderung der Fortbildungsordnung

1. Die Fortbildungsordnung wird wie folgt geändert:

a) § 4 wird um einen fünften Unterpunkt erweitert:

„Einrichten eines Online-Fortbildungskontos für jedes Mitglied, auf das das Mitglied mit den von der Kammer zur Verfügung gestellten, persönlichen Zugangscodes über die Homepage der Kammer zugreifen kann.“

b) § 6 Abs. 2 Satz 1 wird abgeändert:

„Das Kammermitglied erfüllt danach seine Fortbildungsverpflichtung, wenn es in einem Fünf-Jahreszeitraum 250 Fortbildungspunkte erreicht.“

c) § 6 Abs. 2 Satz 2 wird gestrichen.

d) § 6 Abs. 2 wird um einen neuen Satz 2 und einen Satz 3 ergänzt:

„Hat ein Mitglied in einem Fünf-Jahreszeitraum 250 Punkte erbracht, werden darüber hinaus eingereichte Fortbildungsnachweise von der Kammer nicht gewertet. Sind darüber hinausgehende Nachweise für den Erhalt einer Qualifikation nach einer anderen Satzung der Kammer erforderlich, werden die Nachweise ausschließlich im Rahmen der anderen Satzung berücksichtigt.“

e) § 6 Abs. 3 Satz 2 wird gestrichen.

f) § 6 Abs. 6 wird abgeändert:

„Erreicht das Kammermitglied die geforderten 250 Punkte, stellt die Kammer dem Mitglied nach Ablauf des Fünf-Jahreszeitraumes ein qualifiziertes Fortbildungszertifikat aus. Auf Antrag stellt die Kammer während eines Fünf-Jahreszeitraums Zwischenmitteilungen

aus. Hierfür wird eine in der Gebührenordnung der Kammer festgelegte Gebühr erhoben.“

g) Es wird ein neuer § 6 Abs. 7 eingeführt:

„Hat das Kammermitglied nach Ablauf des Fünf-Jahreszeitraumes die Erfüllung seiner Fortbildungsverpflichtung nicht ausreichend nachgewiesen, so erhält es eine entsprechende Mitteilung, verbunden mit dem Hinweis, dass es die Möglichkeit hat,

a) der Kammer innerhalb eines Monats im abgelaufenen Fünf-Jahreszeitraum erworbene Fortbildungsnachweise nachzuweisen

b) und/oder einen Antrag nach § 7 dieser Satzung zu stellen.“

h) Es wird ein neuer § 7 eingeführt:

„§ 7 Befreiung von der Fortbildungspflicht

(1) Der Vorstand kann auf schriftlichen Antrag bei der Geschäftsstelle der Kammer unter Vorlage entsprechender Nachweise von der Fortbildungspflicht befreien.

(2) Voraussetzung für die Befreiung ist insbesondere eine Unterbrechung der bisherigen Berufstätigkeit über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten, unabhängig vom Kalenderjahr, zum Beispiel wegen

- Arbeitslosigkeit,
- Elternzeit,
- Krankheit.

(3) Die Befreiung von der Fortbildungspflicht beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf

den Wegfall der Berufstätigkeit folgt. Sie endet mit Ablauf des Monats, der der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit vorausgeht.

(4) Wird das Mitglied für einen bestimmten Zeitraum von der Fortbildungspflicht befreit, so verlängert sich der reguläre Fünf-Jahreszeitraum entsprechend.

(5) Bei ablehnender Entscheidung kann binnen eines Monats nach Bekanntgabe der Entscheidung bei der Geschäftsstelle der Kammer Widerspruch erhoben werden.“

i) Der ursprüngliche § 7 wird § 8.

2. Die Anlage 1 zur Fortbildungsordnung wird wie folgt geändert:

a) Eine neue Kategorie E wird eingefügt:

<b>CME-Punkte</b> (Continuing Medical Education)	1 Punkt pro Fortbildungseinheit	Max. 100 Punkte in 5 Jahren	Nachweis des Lernerfolges
---	---------------------------------	-----------------------------	---------------------------

b) Bisherige Kategorie E wird zu Kategorie F.

c) Bisherige Kategorie F wird zu Kategorie G.

d) Bisherige Kategorie G wird zu Kategorie H.

Die Änderungen wurden vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Frauen am 14.11.2011, – AZ 652-01723-7.51 genehmigt.

Ausgefertigt am 16.11.2011

Alfred Kappauf  
Präsident

**Wir gedenken des in diesem Jahr verstorbenen Mitglieds unserer Kammer:**

Peter Mann, Wittlich, gest. 11.02.2011

#### Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz  
Tel. 06131/5 70 38 13  
Fax 06131/5 70 06 63  
service@lpk-rlp.de  
www.lpk-rlp.de

Telefonische Sprechzeiten:  
Mo. – Fr.: 10.00 – 12.30 Uhr und  
zusätzlich  
Di. – Do.: 14.00 – 16.00 Uhr

An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit: Birgit Heinrich, Jürgen Kammler-Kaerlein.



**Vorstand und Geschäftsführung wünschen allen Lesern besinnliche Festtage und ein gutes, erfolgreiches Jahr 2012.**





# pks

Psychotherapeutenkammer  
des Saarlandes

## Versorgungsstrukturgesetz – Gesundheitskongress der FDP-Bundestags- fraktion in Merzig

### Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Am 06. Oktober veranstaltete die FDP-Bundestagsfraktion im saarländischen Merzig einen Gesundheitskongress zum Thema der Zukunft der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Oliver Luksic, Landesvorsitzender der FDP-Saar und Mitglied des Deutschen Bundestages (MdB), hatte zu Diskussionen um die Zukunft der Bedarfsplanung Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr ins Saarland eingeladen.

Im Mittelpunkt der Aktivitäten der Kammern standen im laufenden Jahr die Anstrengungen zur Einflussnahme auf die Ausgestaltung des Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG). In diesem Zusammenhang waren auch alle saarländischen MdB durch die PKS kontaktiert worden. In Anschreiben, an denen sich auch in einer bundesweit konzertierten Aktion Kammermitglieder beteiligt hatten, sowie in persönlichen Gesprächen haben wir der Politik zu vermitteln versucht, welche Folgen eine Verabschiedung des GKV-VStG ohne Neuberechnung der allgemeinen Verhältniszahlen auf die Zukunft der Versorgung psychisch Kranker, und hier insbesondere auf die ambulante vertragsärztliche Versorgung, haben wird.

### Gesetzesentwurf GKV-VStG

Der Gesetzesentwurf befindet sich im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens zwischenzeitlich im Gesundheitsausschuss, der voraussichtlich abschließend am 30.11. beraten und beschließen wird.

Die 2. und ggf. 3. Lesung im Deutschen Bundestag sowie die anschließende Verabschiedung des Gesetzes sind für Anfang Dezember geplant. Da das Gesetz nicht bundesratszustimmungspflichtig ist, ist davon auszugehen, dass es nach dem „Durchgang“ im Bundesrat zum 1. Januar 2012 in Kraft treten wird. Wenn am Gesetzesentwurf keine wesentlichen Änderungen mehr vorgenommen werden, wird das GKV-VStG mit seinem Inkrafttreten die Versorgung der Bevölkerung mit ambulanter Psychotherapie weiter verschlechtern, statt sie zu verbessern.

### Podiumsdiskussion

Über die Zukunft der Versorgung im ländlichen Raum diskutierte in Merzig ein hochkarätig besetztes Podium mit den gut 200 geladenen Gästen aus Politik, Wirtschaft und Gesundheitswesen. Podiumsteilnehmer der Veranstaltung waren neben Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr Klaus Dieter Hilescher, Geschäftsführer des Städt. Klinikums Neunkirchen, Dr. Erwin Lotter, Mitglied im Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestag, Friedhelm

Ochs, Landesgeschäftsführer der BarmerGEK Rheinland-Pfalz/Saarland und Dr. Gunter Hauptmann, Vorsitzender der KVS. Moderiert wurde die angeregte Diskussion von Michael Thieser vom Saarländischen Rundfunk.

Im Mittelpunkt der Diskussion stand die Zukunft der haus- und fachärztlichen Versorgung in den ländlichen Regionen des Saarlands. Die Kammer nutzte die Gelegenheit, die Besonderheiten der vertragspsychotherapeutischen Versorgungssituation herauszustellen. Das GKV-VStG berücksichtige in seiner jetzigen Form weder die Unterversorgung psychisch Kranker noch nehme es die unterschiedliche Situation der Leistungserbringer wahr. So gebe es bei den Psychotherapeuten nicht den Mangel wie im ärztlichen Bereich, im Gegenteil warteten alleine im Saarland fast einhundert KollegInnen auf eine Niederlassungsmöglichkeit, so Präsident Morsch. Bundesgesundheitsminister Bahr signalisierte in seinem Statement, dass sich das Bundeskabinett noch einmal ernsthaft mit der Frage der psychotherapeutischen Versorgung befassen werde, man den Nach-



v.l.n.r.: K.-D. Hilescher (Klinikum Neunkirchen), Dr. E. Lotter (MdB), F. Ochs (BarmerGEK), M. Thieser (SR), Dr. G. Hauptmann (Vorsitzender KVS), D. Bahr (Bundesgesundheitsminister)

holbedarf im Bereich psychotherapeutischer Versorgung erkannt habe.

In persönlichen Gesprächen mit dem Bundesminister sowie Dr. Lotter, der als ehemaliger niedergelassener ärztlicher Psychotherapeut die psychotherapeutische Versorgungssituation mithin im Bundesgesundheitsausschuss sicher am besten kennt, konnte Kammerpräsident Bernhard Morsch den drohenden Versorgungsmangel nicht nur aus Sicht der Psychotherapeuten, sondern auch aus Sicht der Patienten verdeutlichen. Die monatelangen Wartezeiten sind unzumutbar: Im Saarland liegen sie nach der Wartezeiten-Studie der BPTK für ein Erstgespräch durchschnittlich bei 15,2 Wochen (bundesweit 12,5 Wochen) und bei sogar 24,7 Wochen (bundesweit 23,4 Wochen) auf einen Behandlungsplatz. Zum Vergleich: Nur drei Prozent der Patienten bei einem Hausarzt warten länger als drei Wochen auf einen Termin, bei Fachärzten im Durchschnitt etwa 20 Prozent. Deshalb ist zu fordern, dass die Wartezeit auf ein erstes Gespräch bei einem Psychotherapeuten nicht länger als drei Wochen sein darf. Die Politik tut sich schwer, mit einer Neuberechnung „Sonderlösungen“ für Psychotherapeuten zu schaffen, verkennt aber bislang trotz aller Belege der Zunahme psychischer Erkrankungen, gesteigener Behandlungs- und Folgekosten für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentungen, dass sie in Anbetracht der Versäumnisse in der bisherigen Bedarfsplanung besondere Wege gehen muss.

### Ausblick

Es bleibt zu hoffen, dass den wohlwollenden Worten nun auch Taten folgen. Sicher ist, dass bewährte saarländische Lösungen in guter Kooperation aller beteiligten Leistungsträger, den Selbstverwaltungen (Kammern, KVS) sowie den Krankenkassen alleine nicht werden ausreichen können. Die Bedarfsplanung für die ambulante psychotherapeutische Versorgung muss zunächst grundsätzlich reformiert werden. Die Kammer ist unabhängig vom Erfolg der Bemühungen der Einflussnahme auf das Bundesgesetz aktiv dabei, mit der Kassenärztlichen Vereinigung des Saarlandes nach Lösungen zu suchen, welche die Versorgung verbessern können. Hier haben wir



*Kammerpräsident Morsch im Gespräch mit Bundesgesundheitsminister Bahr*

bereits in der Vergangenheit mit der KVS eine Ausweitung der Ausschreibung hälftiger Praxissitze erreichen können – und zwar ohne dass Versorgungssitze, die deutlich unterdurchschnittlich ausgelastet waren, weggefallen wären. Wichtig wird in jedem Falle sein, in den durch das GKV-VStG gestärkten Landesgremien zur Beratung des lokalen Versorgungsbedarfs wie in den Stellungnahmen zum Gesetzesentwurf gefordert einbezogen zu sein. Die Chancen der aktiven Mitarbeit der Psychotherapeutenkammern auf Landesebene bestehen auch, wenn deren Beteiligung nicht ausdrücklich im Gesetz vorgesehen wird, da die Landesministerien bei der Besetzung der Gremien die Entscheidungshoheit haben sollen.

### Saarländischer Expertenrat Psychiatrie einberufen

Am Montag, den 22. August trat der Saarländische Expertenrat Psychiatrie zum ersten Mal nach seiner konstituierenden Sitzung im April 2008 wieder im Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz zusammen. Damals war das Gremium unter der Vorgängerregierung einmalig zusammengetreten. Auf Einladung von Staatssekretär Sebastian Pini trafen sich VertreterInnen der ambulanten fachärztlichen Versorgung, von Kliniken, der Selbsthilfe sowie der Liga der freien Wohlfahrtspflege. Irmgard Jochum, als Beauftragte der PKS, nahm für die Psychotherapeutenkammer an der Sitzung teil. Auch das Ministerium für Arbeit, Familie, Soziales, Prävention und Sport war durch Herrn Bernd Seiwert, den Abteilungsleiter

Soziales, vertreten, da seine untergeordnete Behörde sowie das Landesamt für Soziales u. a. für die Eingliederungshilfen psychisch Behinderter verantwortlich sind.

Es wurde deutlich, wie wichtig gerade beim Thema Psychiatrie die Kooperation und die Vernetzung der unterschiedlichen Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereiche ist. Auf der Tagesordnung stand eine Zwischenbilanz der Reform „ambulant vor stationär“, die im Bereich der außerklinischen Versorgung seit nunmehr drei Jahren in Gang ist. Das neu konzipierte ambulant betreute Wohnen im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe für psychisch Behinderte wird seitdem sehr gut angenommen. Der geplante Aufbau an Kapazitäten in diesem Bereich deckt die Nachfrage nicht, sodass die zunächst geplante Deckelung der Anzahl ambulant betreuter Wohnmöglichkeiten bereits teilweise korrigiert wurde. Der im selben Schritt geplante Abbau an vollstationären Wohnplätzen (finanziert als stationäre Eingliederungshilfe für psychisch Behinderte) ist ebenfalls erfolgt. Auch hier stellte sich heraus, dass die vorgegebenen Planzahlen (40 Prozent stationär zu 60 Prozent ambulant) die Nachfrage nach intensiv betreuten Wohnmöglichkeiten bei Weitem nicht decken. Über die künftige Gestaltung dieses Bereiches wird also weiter nachgedacht werden müssen. Kritisch gesehen wurde von einigen Teilnehmern die Tatsache, dass die Belegung saarländischer Einrichtungen mit psychisch Behinderten aus anderen Bundesländern die Situation im Land verschlechtert bzw. dazu führt, dass psychisch Behinderte aus dem Saarland mittlerweile ebenfalls in



Nachbarbundesländern untergebracht werden müssen. Dies stelle das mit der Dezentralisierung im Saarland geschaffene Prinzip der gemeindenahen psychiatrischen Versorgungssituation infrage.

Reformbedarf und die Notwendigkeit des Ausbaus von Angeboten außerhalb der psychiatrischen Akutbehandlung besteht auch bei der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Frau Dr. Möhler, Chefarztin der SHG-Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Kleinblittersdorf, Saarbrücken, Merzig, St. Wendel und Idar-Oberstein, wies nachdrücklich auf den enormen Problemdruck bei dieser Gruppe hin, insbesondere an der Schnittstelle zwischen stationären und ambulanten Hilfsmöglichkeiten sowie zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe.

Um eine konstruktive Arbeit des Gremiums zu ermöglichen, beabsichtigt Staatssekretär Pini, zu zwei jährlichen Sitzungen des Expertenrates Psychiatrie einzuladen.

## Saarländisches Präventionsforum

Noch unter der Ministerin für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport (MAF-PSuS) Annegret Kramp-Karrenbauer am 31. März 2011 gegründet, trat das Präventionsforum am 25. August unter der neuen Hausleitung Monika Bachmann erneut zusammen. Ziel der Initiative des MAFPSuS ist es, Akteurinnen und Akteure, die sich im Saarland mit Prävention befassen, an einen Tisch zu bringen, um dadurch eine intensive Kommunikation, Transparenz und Vernetzung unter den Beteiligten zu ermöglichen. Für den Vorstand der Psychotherapeutenkammer nahm Irmgard Jochum an beiden Sitzungen teil.

Im Fokus der Augusstsitzung stand das Thema Kinderarmut. Dazu wurde eine Vertiefungsstudie präsentiert, die insbesondere das saarlandweite Programm „Frühe Hilfen“ als wirksame Maßnahme am Beginn der Präventionskette hervorhob.

Außerdem wurde der neue „Präventionsatlas“ des Landesinstitutes für Präventives Handeln vorgestellt.

Unter [www.praeventionsatlas.saarland.de](http://www.praeventionsatlas.saarland.de) können darin Projekte oder Maßnahmen zur Prävention sowohl gesucht als auch eingestellt werden. Die nächste Sitzung des Präventionsforums soll im Januar 2012 stattfinden. Dann soll es um Präventionslücken im Saarland gehen.

## Weltsuizidpräventionstag am 10. September

Zur Eröffnung der Woche zum neunten Welttag der Suizidprävention fand in Saarbrücken am 5. September eine Pressekonferenz und anschließende Podiumsdiskussion zum Thema Suizidprävention statt. Das Podium war besetzt mit Frau Dipl.-Psych. Walla von der TelefonSeelsorge, Herrn Pawelczyk vom Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker (LVApK), dem Kinder- und Jugendpsychiater Dr. med. Vogel und Bernhard Morsch für die Psychotherapeutenkammer. Unter dem Motto „Darüber reden kann Leben retten – Hinsehen, hinhören und dann?“ diskutierten die Podiumsteilnehmer mit den Anwesenden unter Moderation von Peter Springborn vom SR Maßnahmen zur Suizidprävention. Sie informierten über Anzeichen für Gefährdungen, frühe Hilfen zur Vermeidung krisenhafter Zuspitzungen mit der Gefahr von Suiziden sowie über professionelle Hilfsangebote für Betroffene, Angehörige und Hinterbliebene, wenn das manchmal unvermeidliche geschehen ist.

Im Saarland haben sich nach Angaben des statistischen Landesamtes im vergangenen Jahr 121 Menschen das Leben genommen. Doch damit sind möglicherweise nicht alle Suizide als solche erkannt. Fachleute gehen von einer viel höheren Dunkelziffer aus. So wird beispielsweise damit gerechnet, dass ein nicht unerheblicher Anteil von Verkehrstoten auf Suizide zurückgeführt werden kann. Generell gelten alte Menschen als besonders suizidgefährdet: Im Jahr 2010 waren 33 Prozent der Opfer älter als 60 Jahre, davon ein Viertel älter als 75 Jahre. Jeder zweite Suizid über 60 ist der einer Frau, während der Anteil der jüngeren Opfer bis zu 80 Prozent bei den Männern liegt. Die Anzahl der Suizidversuche wiederum ist um ein vielfaches höher, vor allem in den jüngeren Altersgruppen, in denen am meis-

ten die 15- bis 25-jährigen Frauen gefährdet sind. Auch in diesem Jahr machte das Aktionsbündnis zum dritten Mal in Folge auf die Situation Betroffener, ihrer Angehörigen und Hinterbliebenen aufmerksam und animierte mit der Erweiterung des Slogans um „Hinsehen, Hinhören und dann?“, die Augen nicht vor dem, was häufig im Vorfeld wahrzunehmen ist, zu verschließen, offene Augen und Ohren zu haben und konkrete Hilfen anzubieten bzw. bei Verdacht auf Gefährdung an die kompetenten Fachleute und Anlaufstellen zu vermitteln.

Zu dem Aktionsbündnis gehören die evangelisch-katholische TelefonSeelsorge und Beratungsstelle Saar, das Dekanat Saarbrücken, die evangelischen Kirchenkreise an der Saar, die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes und das Saarländische Bündnis gegen Depression. Unterstützt wird das Aktionsbündnis vom saarländischen Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz, dem Landkreis Merzig-Wadern, dem Saarpfalz-Kreis und der KKH-Allianz. Am 8. September und 10. September folgten Aktionen in allen Landkreisen unter Schirmherrschaft des Gesundheitsministers. Bei der Abschlussveranstaltung in Saarbrücken waren Gesundheitsminister Georg Weisweiler und der Aktionskünstler Mike Mathes (Tausend Augen) anwesend. Die Aktionen waren sehr öffentlichkeitswirksam und fanden ein breites Presseecho in den lokalen Medien.

## Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ

Vorstand PKS  
Präsident: Bernhard Morsch  
Vizepräsident: Joachim Jentner  
Beisitzer: Irmgard Jochum, Katja Klohs, Michael Schwindling

### Geschäftsstelle

Scheiderstr. 124  
66123 Saarbrücken  
Tel. 0681. 95455 56  
Fax 0681. 95455 58  
kontakt@ptk-saar.de  
www.ptk-saar.de

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ihre Kammer hat einen neuen Vorstand! Die konstituierende Kammerversammlung bestätigte am 2. September 2011 Juliane Dürkop als Präsidentin und Bernhard Schäfer als Vizepräsidenten im Amt. Als Beisitzer wurden Detlef Deutschmann und Klaus Thomsen wiedergewählt sowie Diana Will erstmals als Vertreterin der KJP. Die ganze Geschichte dazu lesen Sie unten! Informative Lektüre wünscht

*Juliane Dürkop  
 Präsidentin*



*Der neue Vorstand (v.l.n.r.): B. Schäfer, D. Will, D. Deutschmann, J. Dürkop, K. Thomsen*

## Und täglich grüßt das Murmeltier

Kennen Sie den Film, in dem ein seiner selbst etwas überdrüssiger und miesepetrigger Wettermoderator jeden Morgen aufwacht und immer wieder denselben Tag erlebt, bis er endlich geläutert ist und das Leben weiter gehen kann? Zugegeben, es ist sicher etwas verfrüht, nach nur einer Wiederholung diese Parallele zu ziehen, aber das Ausmaß der Übereinstimmung der Ereignisse vor und bei der Konstituierung der neu gewählten Kammerversammlung mit den Ereignissen vor und bei der Konstituierung der Kammerversammlung nach den vorausgegangenen Kammerwahlen in 2007 ist derart groß und verblüffend zugleich, dass hierauf einzugehen uns einen Beitrag an dieser Stelle Wert ist.

Es folgt jetzt die Sicht des neu gewählten Vorstandes. An anderer Stelle werden Sie sicher auch eine ganz andere Sicht lesen können, aber das ist so ungewöhnlich ja nicht, wenn verschiedene Menschen denselben Film sehen.

Die Fakten: Zur Kammerwahl 2011 traten ein Einzelkandidat sowie zwei große Wahlbündnisse an. Das eine nannte sich „Kam-

merpolitik nach vorne!“ (früher „Bündnis Psychotherapie in Schleswig-Holstein“), das andere „Kam On“ (früher „Kam On“). „Kammerpolitik nach vorne“ eroberte bei der aktuellen Wahl 9 der 18 Sitze in der Kammerversammlung (früher 8 Sitze), „Kam On“ aktuell ebenfalls 9 Sitze (früher 9 Sitze). Die aktuellen Vorstandswahlen endeten damit, dass VertreterInnen von „Kam On“ alle 5 Vorstandspositionen besetzen (früher alle 5 Vorstandspositionen). Wie kann das sein?

Aus unserer Sicht war das Wahlergebnis 2011 eine Perfektionierung der Patt-Situation. Keine der beiden Gruppierungen hat aus eigener Kraft die Möglichkeit, die Kammer in irgendeine Richtung zu verändern. Das schreit nach Kooperation, dachten wir, und wir dachten auch, dass es möglich sein müsste, dies durch die Bildung eines gemeinsamen Vorstandes zu unterstreichen. Schließlich sind die allermeisten Themen in der Psychotherapeutenchaft, mit denen sich die Kammer beschäftigt und beschäftigen muss, unstrittig – und zu den wenigen Konfliktthemen hätte man Kompromisse für die Wahlperiode schließen können, wenn man es denn gewollt hätte. Es fand hierzu auch ein Sondierungsgespräch vor der Konstituierung statt, in dem sich aber schon abzeichnete, dass

die KollegInnen von „Kammerpolitik nach vorne“ an einem gemeinsamen Vorstand nicht wirklich Interesse hatten. Ohne dass bei diesem Sondierungsgespräch von unserer Seite irgendeine Maximalforderung als unabdingbar aufgestellt worden wäre, sagte „Kammerpolitik nach vorne“ das zweite Sondierungsgespräch einfach ab. Man wolle keinen gemeinsamen Vorstand. Punkt.

In der konstituierenden Sitzung hielten sich diese KollegInnen dann auch an diese Ansage. Sie stellten keine KandidatInnen für die Vorstandswahl auf. Vorschläge unsererseits führten nicht zur Kandidatur von VertreterInnen des Bündnisses „Kammerpolitik nach vorne“. Es fand eine insgesamt doch merkwürdig anmutende Vorstandswahl statt. Die dann von „Kam On“ aufgestellten VorstandskandidatInnen wurden mit demonstrativem Desinteresse belegt. Es gab keine einzige Frage an einen Kandidaten vor einem Wahlgang, sondern man stimmte – von Ausnahmen abgesehen – einfach mit „Nein“, wohl gemerkt, ohne die Bereitschaft, selbst Vorstandsverantwortung zu übernehmen. Letztlich ist möglicherweise nur deshalb ein arbeitsfähiger Vorstand zustande gekommen, weil eine Kollegin von „Kammerpolitik nach vorne“ bei der Sitzung nicht anwesend war.

Wir bedauern diese Haltung der KollegInnen von „Kammerpolitik nach vorne“ außerordentlich. Verständnis aufbringen können wir dafür nicht. Das wird besonders deutlich, wenn man sich die KJP-Vertretung im Vorstand anschaut. KJP bilden in der Mitgliedschaft eine Minderheit, die durch gesetzliche Regelungen geschützt ist. Sie bilden eine eigene Wählergruppe, damit sind ihr Sitze in der Kammerversammlung garantiert (diesmal zwei Sitze). Das Heilberufekammergesetz schreibt zudem vor, dass ein Mitglied des Vorstandes KJP sein muss. Beide Sitze für KJP gingen an „Kammerpolitik nach vorne“. Aber auch hier gab es keine Bereitschaft für die Verantwortungsübernahme im Vorstand. Letztlich erklärte mit Diana Will eine Kollegin von „Kam On“ ihre Bereitschaft zur Kandidatur, die den Einzug in die Kammerversammlung knapp verpasste. Auch hier gab es von „Kammerpolitik nach vorne“ überwiegend Nein-Stimmen.

Das alles spielte sich so ähnlich auch in 2007 ab. Dass damals kein gemeinsamer Vorstand zustande kam, war vor dem Hintergrund des damaligen Wahlergebnisses zumindest rational halbwegs nachvollziehbar, wenngleich schon damals von uns nicht gewollt. Diesmal kommt uns die Haltung von „Kammerpolitik nach vorne“ hingegen wie eine grobe Missachtung des Wählerwotums vor.

Der Vollständigkeit halber seien weitere Parallelen zu 2007 erwähnt. Da ist die kontinuierliche Mitwirkung von „Kammerpolitik nach vorne“ im Rechnungsprüfungsausschuss. Wir begrüßen das. Interessanter scheint uns aber das außerordentlich große Interesse am Ausschuss für Fort- und Weiterbildung, geht es hier doch auch um eine der wenigen inhaltlichen Kontroversen zwischen den Bündnissen (pro und contra Weiterbildungsordnung). Wie in 2007 stellen die KollegInnen von „Kammerpolitik nach vorne“ eine Mehrheit in diesem Ausschuss. Bleibt zu hoffen, dass wie im oben genannten Film das Leben an dieser Stelle weitergeht und anders als nach 2007 das große Interesse an diesem arbeitsintensiven Ausschuss auch eine ganze Wahlperiode hält.

Liebe KollegInnen, bei der bestehenden Konstellation ist in der Kammerversamm-

lung so ziemlich alles möglich, von Blockade bis Zusammenarbeit. Deshalb unsere Einladung an Sie: Machen Sie sich ein eigenes Bild davon, was die von Ihnen gewählten VertreterInnen unseres Berufsstandes aus ihrem Amt machen. Nutzen Sie die Möglichkeit, an den Kammerversammlungen teilzunehmen. Aber auch sonst sind wir für jede Rückmeldung zwischendurch dankbar.

*Ihr Vorstand*

## Letzte Kammerversammlung in diesem Jahr

Der Vorstand hat in den vergangenen Monaten die von der BPTK in hervorragender Weise organisierte und mit aktuellen Daten zu Wartezeiten untermauerte Lobbyarbeit bezüglich des Versorgungsstrukturgesetzes auch auf Landesebene umgesetzt – mit unterschiedlicher Resonanz der angeschriebenen Politiker der verschiedenen Parteien. Es bestand Einigkeit darin, dass in der Öffentlichkeit und der Politik in Schleswig-Holstein aktuelle Missstände in der Versorgung psychisch kranker Menschen erfolgreich zum Thema gemacht werden konnten und dass von vielen Politikern nunmehr ein angemessenes Verständnis für die Sorgen und Anliegen des Berufsstandes im aktuellen Gesetzgebungsverfahren erreicht werden konnte. Dennoch bleibt weiter ungewiss, wie das Gesetzgebungsverfahren letztlich ausgehen und die Umsetzung dann aussehen wird. Insbesondere zum letzten Teil gab es in der Kammerversammlung deutlich unterschiedliche Einschätzungen, Hoffnungen und auch Befürchtungen.

Im Weiteren wurde eine durch die letzte Änderung des Heilberufekammergesetzes geforderte „Satzung über die Grundsätze des Haushaltswesens“ der PKS einstimmig verabschiedet. Neu geregelt wurde darin, dass die allgemeine Rücklage mindestens so viel Mittel umfassen soll, dass der regelmäßige Betriebsbedarf für mindestens sechs Monate gedeckt werden kann.

Auch die Verabschiedung des Haushaltes 2012 sowie der Beitragssätze 2012 waren weitgehend unspektakulär. Im Haushalts-

## Satzungsänderungen im Versorgungswerk

Die Kammerversammlung hat am 02.09.2011 folgende Beschlüsse gefasst:

### Satzung des Versorgungswerks

Die Satzung wurde in zwei Punkten geändert:

- Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen (Gesetz zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demografische Entwicklung (RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz) wurde eine Heraufsetzung des Renteneintrittsalters auf das 62. Lebensjahr für alle ab dem 01.01.2012 beginnenden Mitgliedschaften erforderlich.
- Klarstellung zur Befreiung bei sowohl angestellter als auch selbständiger Tätigkeit: In der Satzung wurde klar gestellt, dass eine Befreiung von der Mitgliedschaft nach § 3 Abs. 1 Nr. a nur für diejenigen Mitglieder gilt, welche ausschließlich Einkünfte aus unselbständiger Tätigkeit erzielen. Für Mitglieder, welche sowohl Einkommen aus freiberuflicher als auch aus rentenversicherungspflichtiger Tätigkeit erzielen, gilt diese Befreiungsmöglichkeit nicht. Sie können aber beantragen, dass ihr beitragspflichtiges Einkommen auf ihre Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit beschränkt wird.

### Gebührenordnung

In der Gebührenordnung wurde die Rahmengebühr für die Gebühr 1.6/Widerspruchsverfahren auf 20–100 € abgesenkt.

### Entschädigungs- und Reisekostenordnung (ERO)

Zur Vermeidung steuerlicher Abgrenzungen bei Verpflegungsmehraufwendungen bei Dienstreisen wurden die Sätze an die steuerfreien Beträge nach den jeweils gültigen Bestimmungen des Einkommensteuergesetzes angepasst.

Bei Rückfragen steht Ihnen die Geschäftsstelle gerne zur Verfügung.

plan 2012 gab es zum Vorjahr bestenfalls sehr geringfügige Veränderungen, realistisch ist wieder von ziemlich genau ausgeglichenen Ausgaben und Einnahmen auszugehen. Die Beitragssätze bleiben 2012 unverändert.

Der Vorstand hat beschlossen, anlässlich des zehnjährigen Bestehens der PKSH im nächsten Jahr (31.08.2012) eine Festveranstaltung durchzuführen.

*Detlef Deutschmann  
Mitglied des Vorstands*

### 19. DPT in Offenbach – So sieht es der PKSH-Vorstand

Neben den Aussprachen zu den Berichten der Vorstandsmitglieder zu den aktuellen politischen Themen standen die Themen „BPTK-Haushalt 2012“ und „Erweiterung der Musterweiterbildungsordnung“ im Mittelpunkt dieses 19. DPT. Im Rahmen der Haushaltsdiskussion mischten wir uns als PKSH-Vertreter zu mehreren Punkten aktiv mit Anträgen und Redebeiträgen in die Debatte ein. Zum einen stand der Vorschlag des Bundesvorstandes, die Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeiten für die BPTK von bislang 40,- €/Std. auf 50,- €/Std. zu erhöhen, zur Diskussion. Als Vertreter der PKSH brachten wir gemeinsam mit einigen Unterstützern den Gegenantrag ein, eine geplante Erhöhung wenn überhaupt, dann auf max. 45,- €/Std. zu begrenzen. Da sich qualitativ bezüglich der Tätigkeiten nichts Gravierendes geändert habe seit Beschluss der jetzt gültigen Entschädigungsordnung, bliebe als einziges Argument für eine Erhöhung überhaupt nur der Ausgleich des über die Jahre eingetretenen Kaufkraftverlustes. Dieser betrage kumuliert über die Jahre ca. 14%, rechtfertige daher max. eine Erhöhung der Entschädigungssätze auf 45,- €/Std. Eine Erhöhung um 25%, wie vorgeschlagen, erscheine daher unbegründet und stehe zudem auch in einem krassen Missverhältnis zu der auf dem 18. DPT beschlossenen Erhöhung der Entschädigungspauschalen für die BPTK-Vorstandsmitglieder um 20%. Diese Erhöhung wurde nämlich inhaltlich im Wesentlichen hergeleitet aus der gut nachvollziehbaren deutlichen Ausdehnung des

Aufgabenspektrums und -umfangs der BPTK-Vorstandsmitglieder über die letzten Jahre. Leider fand unser Änderungsantrag nur bei ca. einem Viertel der Delegierten Unterstützung, sodass die Aufwandsentschädigungen nun doch auf 50,- €/Std. erhöht wurden.

Sehr bedauerlich fanden wir im Weiteren den Ausgang der Debatte um eine Erweiterung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO). Noch auf dem letzten DPT war der von uns mit eingebrachte und engagiert unterstützte Antrag mit knapper Mehrheit beschlossen worden, wonach bis zur Reform der Psychotherapieausbildung auf eine Fortschreibung oder Ergänzung der Weiterbildungsordnungen verzichtet werden solle, da damit sonst wahrscheinlich Strukturen geschaffen würden, die sich nach einer Neuordnung der Ausbildung als völlig unpassend erweisen könnten, aber wohl nur schwierig rückgängig gemacht werden könnten. In der aktuellen Diskussion ging es dennoch erneut darum, ob die MWBO ergänzt bzw. geöffnet werden solle für die Regelung von Weiterbildungen in wissenschaftlich anerkannten Verfahren, wie dies insbesondere von den Fachgesellschaften der Systemischen Therapie aktuell gefordert werde. Wir brachten in die Diskussion insbesondere folgende Bedenken ein:

- Bereits bestehende Weiterbildungsregelungen für Neuropsychotherapie, in einigen Ländern auch für bestimmte wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren, werden seit nunmehr fünf Jahren fast ausschließlich von KollegInnen genutzt, um sich nach Übergangsbestimmungen aufgrund bereits früher erworbener Qualifikationen den mit der Weiterbildung verbundenen Zusatztitel zu sichern. Nach Umfragen gibt es, wie von uns schon seit Jahren in der Diskussion vorhergesagt, praktisch fast keine KollegInnen, die nach einer teuren und zeitaufwendigen mehrjährigen Psychotherapieausbildung nach PsychThG dann noch eine zweijährige teure Weiterbildung in Vollzeit zu machen bereit sind. Weiterbildungsregelungen führen also nicht zu einer propagierten qualitativ besseren Versorgung (diese wird vielmehr entscheidend durch die aktuell immer wieder diskutierten Probleme im Zusammenhang

mit der sogenannten „Bedarfsplanung“ eingeschränkt), sondern höchstens zu einer nicht gewollten Abwertung der („nur“) Approbation.

- Der Umfang der Weiterbildungsregelungen kommt zudem dem vielfach recht nahe, was im Rahmen einer Psychotherapieausbildung (auch von den entsprechenden Fachgesellschaften) gefordert wurde und gefordert wird, erkennt insofern in völlig unzureichendem Maße Umfang und Niveau der gültigen Ausbildung nach PsychThG an und wertet diese auch dadurch indirekt ab.
- Es ist zudem zu befürchten, dass Weiterbildungsregelungen, die für wissenschaftlich anerkannte Verfahren erlassen werden, die nicht zu den Richtlinienverfahren gehören (aktuell Systemische Psychotherapie und Gesprächspsychotherapie), die Chancen dieser Verfahren, jemals auch sozialrechtlich zugelassen zu werden, erheblich reduzieren. Es könne schließlich immer argumentiert werden, dass der Bedarf dort, wo diese Verfahren ggf. einen zusätzlichen Nutzen brächten oder nachgefragt würden, prinzipiell über die Weiterbildungsregelungen bereits erfüllt werden könne.

In der Abstimmung zeigte sich, wie gespalten der DPT auch nach wiederholten intensiven Debatten in den letzten Jahren hinsichtlich dieser Thematik weiterhin ist. Eine Mehrheit von nur 58 der 104 abstimmenden Delegierten votierte für eine entsprechende Ergänzung der MWBO.

*Detlef Deutschmann  
Mitglied des Vorstands*

### Gedenken

Wir gedenken des verstorbenen Kollegen Harald Waesch, Stolpe, geb. 02.01.1955, verst. 30.09.2011.

### 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  
E-Mail: info@pksh.de  
Homepage: www.pksh.de

# Leserbriefe

Die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich vor allem angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe auch zu kürzen. Als Leserinnen und Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht die der Redaktion wiedergeben.

## A. Kämmerer, F. Kapp & S. Rehahn-Sommer: „Selbsterfahrung in der modernen Verhaltenstherapieausbildung“, *Psychotherapeutenjournal* 2/2011

### **Die Selbsterfahrung in der Ausbildung ist nur der Anfang eines lebenslangen Prozesses**

Als Selbsterfahrungsleiter einer Verhaltenstherapie-Ausbildungsgruppe und einer Weiterbildungsgruppe für Existenzanalytiker, der selbst drei mehrjährige Weiter- und Ausbildungen mit Selbsterfahrungsanteilen erfahren durfte, freue ich mich über diese Reflexion von Annette Kämmerer et al.

Ich halte die Selbsterfahrung (SE) mit der Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie und den Auswirkungen der Lebenserfahrungen auf das persönliche und berufliche Leben, auf die sozialen Interaktionen, auf die Wahrnehmung und das Umgehen mit dem individuellen Erleben (Emotionen, Gedanken, Verhalten und Körperempfindungen) für grundlegend für eine moderne Verhaltenstherapie (VT). Es geht auch hier um eine Persönlichkeitsentwicklung.

Wünschenswert fände ich eine Kombination von einer Gruppen- und Einzel-

selbsterfahrung (mit einer/einem Selbsterfahrungsleiter/in), weil in den Gruppen immer wieder intime und schambesetzte Themen anklingen, die in der Gruppe nicht exploriert werden können, aber enorm wichtig sind.

Man darf nicht vergessen, dass die angehenden Verhaltenstherapeut/inn/en noch relativ jung sind und für viele in der Ausbildung der erste Kontakt mit einem bewussten Selbsterfahrungsprozess stattfindet. Hier wird eine Grundlage für die Neugierde auf die weitere berufliche und persönliche Entwicklung gelegt. Die anfänglichen Ängste sind enorm hoch und äußern sich zum Beispiel zu Beginn eines Selbsterfahrungskurses in den Wünschen der Ausbildungskandidat/inn/en, in der SE nicht weinen zu müssen und „nicht gegrillt werden“ zu wollen.

Ich plädiere dafür, dass in dem fachspezifischen/methodenvermittelnden Ausbildungsteil ebenfalls Selbsterfahrungsmöglichkeiten angelegt werden. Wie spürt sich

eine Krise, eine Depression oder eine bodenlose Angst an? Kennt der/die Ausbildungsteilnehmer/in diese aus seiner/ihrer Biografie als Betroffene/r oder Familienangehörige/r? Was waren damals die Ressourcen? Dies reduziert eigene Unsicherheiten und erlaubt eine bessere Einordnung von Übertragungs- und Gegenübertragungspänomenen.

Es geht meines Erachtens in einer modernen VT auch um die Vermittlung einer Haltung sich selbst und den Patient/inn/en gegenüber, die Räume für Entwicklung, Beziehung und Erfahrungslernen überhaupt erst ermöglicht.

Ich finde, eine SE in der VT sollte neugierig machen auf ein lebenslanges prozessorientiertes Lernen, auf neue psychotherapeutische Ansätze und eine Anleitung, diese bei Bedarf und Möglichkeit in die eigenen Arbeit eigenverantwortlich zu integrieren.

Ingo Zirks  
PP (VT)  
Berlin

## M. Berg et al.: „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in Ausbildung – Ergebnisse einer repräsentativen Studie an zwölf Ausbildungsinstituten in Nordrhein-Westfalen“, *Psychotherapeutenjournal* 3/2011

### **Therapeutische Kompetenz hängt nicht vom Zugangsstudium ab**

Zunächst ist den Autor/inn/en Lob auszusprechen: Seit dem Forschungsgutachten zur Psychotherapieausbildung gibt es keine aktuellen Daten zur Situation in der Psychotherapieausbildung mehr. Die vorgelegte Studie liefert, wenn auch nur auf NRW

beschränkt, wichtige deskriptive Daten zur aktuellen Situation in der Ausbildung zum/ zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in. Die Ergebnisse überraschen nicht, sind aber trotzdem hilfreiche empirische Untermauerung. Spannend wird es bei den Schlussfolgerungen, die die Autor/inn/en ziehen. So betonen sie dankenswerter Weise, dass der Zugang zum Beruf des/der

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/en/in auch weiter für Absolvent/inn/en (sozial-)pädagogischer Studiengänge offen bleiben sollte. Hier mahnen sie dann eine Erhöhung klinisch-psychologischer Inhalte in diesen Studiengängen an.

Das ist sicher ein Ansatz, aber nicht der allein zielführende! Es muss dabei be-

rücksichtigt bleiben, dass die Berufsziele in diesen Studiengängen deutlich heterogener verteilt sind als in z.B. der Psychologie, wo immer noch eine Mehrheit das klinische Arbeitsfeld anstrebt. Es wird in der aktuellen Diskussion deshalb auch an verschiedenen Stellen zu Recht darauf hingewiesen, dass ein Umbau der Sozialpädagogik zu einer „Quasi-Psychologie“ seine Grenzen haben dürfte.

Deshalb sind weitere Maßnahmen zu prüfen: Im Forschungsgutachten werden Propädeutika vorgeschlagen und in der Ausbildungspraxis wird seit Langem darüber diskutiert, dass eine flexiblere inhaltliche Konzeption in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung dem hete-

rogenen Ausgangswissen angemessener wäre. Das bedeutete in der Folge ein Mehr an Differenz zwischen den Ausbildungen zum/zur Psychologischen Psychotherapeut/in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in und steht im Widerspruch zu Bestrebungen, hier einen Einheitsberuf zusammenführen zu wollen.

Allerdings steht eine abschließende Bewertung des Handlungsbedarfs noch aus. Vorliegende Studie stützt sich auf Selbsteinschätzungen aktueller Ausbildungsteilnehmer/innen. Solange keine belastbaren Ergebnisse vorliegen zur tatsächlichen Behandlungskompetenz, die von den verschiedenen Studiumsabsolvent/inn/en nach erfolgreicher Psychotherapieausbil-

dung erlangt wurden, müssen sich Forderungen nach „mehr Klinischer Psychologie im Studium“ immer auch dem Vorwurf stellen, (fach-)politisch motiviert zu sein.

Und bis wir verlässliche Daten zur Behandlungskompetenz nach der Psychotherapieausbildung haben, würde ich den Augenschein aus der Ausbildungspraxis gelten lassen, wonach die therapeutische Kompetenz nicht vom Zugangsstudium abhängt und an den Ausbildungsstätten sehr erfolgreiche Kompensationsarbeit – was das Schließen von anfänglichen Wissenslücken anbetrifft – geleistet wird.

*Dipl.-Psych. Günter Ruggaber, PP  
Tübingen*

## G. Heisterkamp: „Freuden des Psychotherapeutenberufes“, Psychotherapeutenjournal 3/2011

### **Angelockt vom Thema Freude**

Liebe Redaktionsmitglieder,  
liebe Kolleg/inn/en,

besten Dank für das Heft 3/2011. Angelockt vom Thema „Freuden des Psychotherapeutenberufes“ habe ich tatsächlich mal die Kammerzeitschrift zum Lesen in der Mittagspause in den Rucksack gepackt. Ich habe das Heft sonst seit Jahren immer gleich nach Erhalt in die Archiv-Schublade gesteckt, weil sein Inhalt mich weder betraf noch interessierte. Zugegebenermaßen ein Fehler – zumindest was das letzte und das jetzige Heft (3/11) angeht. (...)

### **Grund zur Freude**

Sehr geehrter Herr Heisterkamp,

Ihr Artikel im Psychotherapeutenjournal 3/2011 hat mir sehr gut gefallen! Vielen Dank für Ihre theoretischen Überlegungen und für die Veröffentlichung Ihrer Gedanken und Gefühle während des gelungenen Therapieprozesses, den Sie am Schluss Ihres Artikels beschreiben!

*Beate Fritz-Rudolf  
Lörrach*

Zum Thema „Freuden“ eine kleine Anekdote aus meiner Arbeit: Abschlussitzung, schon vor einigen Jahren, mit einer Patientin mit einer komplexen Traumatisierungsgeschichte aus der Kindheit und mehrfachen abgebrochenen Vorbehandlungen. Sie reiste jede Woche per Zug zwei Stunden einfach zur Therapiesitzung an, war Selbstzahlerin und wir arbeiteten circa zwei Jahre recht erfolgreich miteinander. In besagter letzten Sitzung ging ich routinemäßig imaginativ-hypnotherapeutisch noch mal zum Anfang der Behandlung zurück, durch sie hindurch bis zu dem aktuellen Punkt im Hier und Jetzt. Dabei war für mich auch interessant, was die Patientin dazu gebracht hatte, die Behandlung bei

### **Kein Grund zur Freude**

In dem Artikel bringt G. Heisterkamp das Beispiel eines Patienten, der nach seiner ICD-Diagnose fragt. Der Autor berichtet dann, wie er darin ein „abgewehrtes Bedürfnis nach Zärtlichkeit“ sieht. Warum beantwortet er die Frage nicht einfach? Und kommt damit nicht nur seiner Aufklärungspflicht nach? Vielmehr geht es doch gerade darum, Patienten ernst zu nehmen, Patienten dürfen wissen wollen, wie wir sie

mir trotz dem hohen persönlichen Aufwand durchzuhalten. Die Antwort der Patientin war überraschend: Sie habe schon bei ihrem ersten Termin erkannt, dass sie es hier schaffen würde, bevor die erste Sitzung überhaupt losging. Und zwar in dem Moment, als sie mich beim Verabschieden der Vorpatientin draußen im Gang mit dieser herzhaft und laut hat lachen hören. Da habe sie gewusst, hier sei sie richtig. Und ich kann es mir nicht verkneifen: Der Beruf dieser Patientin war Psychotherapeutin.

Mit kollegialem Gruß

*Loretta Moore  
Speyer*

einschätzen, wir sollen sie einbeziehen in unsere Arbeitshypothesen. Wie können sie sonst zu Reife und Selbstbestimmung gelangen? Dass es bei Patienten Versorgungswünsche geben kann, die zum gemeinsamen Thema werden müssen, ist richtig, hat aber nichts mit deren Recht auf eine transparente Behandlung zu tun. Auch nicht in der Psychoanalyse.

*Dipl.-Psych. Annette Kanter (VT)  
Köln*

# Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

## Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
Tel. 030/27 87 85-0  
Fax 030/278785-44  
info@bptk.de  
www.bptk.de

## Baden-Württemberg

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

## Bayern

St.-Paul-Straße 9  
80336 München  
(Post: Postfach 151506  
80049 München)  
Tel. 089/515555-0  
Fax 089/515555-25  
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr  
Fr 9.00 – 13.00 Uhr  
info@ptk-bayern.de  
www.ptk-bayern.de

## Berlin

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

## Bremen

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

## Hamburg

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

## Hessen

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

## Niedersachsen

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

## Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10  
40549 Düsseldorf  
Tel. 0211/522847-0  
Fax 0211/522847-15  
Mo – Do 13.00 – 15.00 Uhr  
info@ptk-nrw.de  
www.ptk-nrw.de

## Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Kickerlingsberg 16  
04105 Leipzig  
Tel. 0341/462432-0  
Fax 0341/462432-19  
info@opk-info.de  
www.opk-info.de

## Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz  
Tel. 06131/5703813  
Fax 06131/5700663  
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr  
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr  
service@lpk-rlp.de  
www.lpk-rlp.de

## Saarland

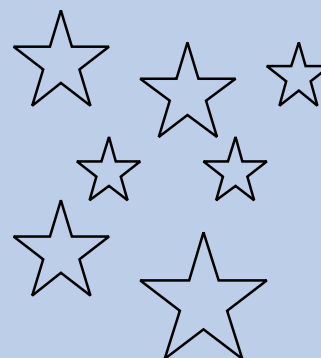
Scheidterstr. 124  
66123 Saarbrücken  
Tel. 0681/9545556  
Fax 0681/9545558  
Mo, Di, Do 8.00 – 13.00 Uhr  
kontakt@ptk-saar.de  
www.ptk-saar.de

## Schleswig-Holstein

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

*Wir wünschen unseren Leserinnen und Lesern  
ein frohes Weihnachtsfest und einen  
glücklichen Start ins neue Jahr.*

*Die Redaktion des Psychotherapeutenjournals*



# Artikelverzeichnis 2011

Artikel	Ausgabe	Seiten
<b>Bär, Thomas</b> Leitlinien in der Psychotherapie	1/2011	5 – 10
<b>Barthel, Yvette et al.</b> Motive zur Berufswahl Psychotherapeut	4/2011	339 – 345
<b>Behrens, Katharina / Calliess, Iris Tatjana</b> Psychotherapeutischer Beziehungsaufbau im interkulturellen Erstkontakt	1/2011	12 – 20
<b>Berg, Mathias / Düvel, Julia / Kahl, Yvonne / Jungbauer, Johannes</b> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung	3/2011	260 – 267
<b>Dürkop, Juliane</b> Interview mit Dr. Lothar Wittmann, dem ehemaligen Präsidenten der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen	2/2011	166 – 168
<b>Glaesmer, Heide / Brähler, Elmar</b> Die Langzeitfolgen des Zweiten Weltkrieges in der deutschen Bevölkerung: Epidemiologische Befunde und deren klinische Bedeutung	4/2011	346 – 353
<b>Hardt, Jürgen / Ochs, Matthias</b> „Internettherapie“ – Chancen und Gefahren – eine erste Annäherung	1/2011	28 – 32
<b>Hartmann-Kottek, Lotte</b> Gestalttherapie – heute	2/2011	157 – 165
<b>Heisterkamp, Günter</b> Freuden des Psychotherapeutenberufes	3/2011	268– 273
<b>Jacob, Gitta A. / Tuschen-Caffier, Brunna</b> Imaginative Techniken in der Verhaltenstherapie	2/2011	139 – 145
<b>Kämmerer, Annette / Kapp, Friedrich / Rehahn-Sommer, Sabine</b> Selbsterfahrung in der modernen Verhaltenstherapieausbildung	2/2011	146 – 151
<b>Kizilhan, Jan Ilhan</b> Zum psychotherapeutischen Arbeiten mit Migrantinnen und Migranten in psychosomatisch-psychiatrischen Kliniken	1/2011	21 – 27
<b>Klein-Heßling, Johannes / Schopohl, Johannes</b> Die gravierenden Mängel der Psychotherapeutenausbildung und das Reformkonzept der Profession	4/2011	356 – 360
<b>Kraus, Ludwig / Sassen, Monika / Kroher, Martina / Taqi, Zainab / Bühringer, Gerhard</b> Beitrag der Psychologischen Psychotherapeuten zur Behandlung pathologischer Glücksspieler: Ergebnisse einer Pilotstudie in Bayern	2/2011	152 – 156
<b>Kriz, Jürgen</b> „Humanistische Psychotherapie“ als Verfahren. Ein Plädoyer für die Übernahme eines einheitlichen Begriffs.	4/2011	332 – 338



Artikel	Ausgabe	Seiten
<b>Maio, Giovanni</b> Verstehen nach Schemata und Vorgaben? Zu den ethischen Grenzen einer Industrialisierung der Psychotherapie	2/2011	132 – 138
<b>Peikert, Gregor / Hoyer, Jürgen / Mrazek, Andrea / Rosendahl, Wolfram / Hannich, Hans-Joachim / Jacobi, Frank</b> Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland	1/2011	43 – 50
<b>Rautschka-Rücker, Johann</b> Internetpsychotherapie – Rechtslage, Einordnung, Regelungsbedarfe	2/2011	169 – 172
<b>Richter, Rainer et al.</b> S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – zentrale Aspekte für die psychotherapeutische Praxis	3/2011	244 – 252
<b>Rüping, Uta / Möhring, Anja</b> Generationengerechtigkeit bei der Vergabe von Vertragspsychotherapeutenstellen	1/2011	53 – 56
<b>Schmidbauer, Wolfgang</b> Können Sie uns einen Depressiven vermitteln? Wenn Medien nach Anschauungsmaterial suchen	1/2011	51 – 52
<b>Schmidbauer, Wolfgang</b> Burnout: Depression der Erfolgreichen? Die merkwürdige Karriere eines Begriffs	4/2011	354 – 355
<b>Tschuschke, Volker / Meier, Ulrich / Theilacker, Michael</b> Gruppenselbsterfahrung in der psychotherapeutischen Ausbildung	3/2011	253 – 259
<b>Wagner, Birgit / Maercker, Andreas</b> Psychotherapie im Internet – Wirksamkeit und Anwendungsbereiche	1/2011	33 – 42

## Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal“ publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – 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. Das „Psychotherapeutenjournal“ ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet. Leserbriefe und andere Beiträge zu kammer-spezifischen Themen werden nicht im redaktionellen Teil der Zeitschrift abgedruckt. Sie werden von den jeweiligen Landeskammern selbst bearbeitet und können ggf. auf ihren Mitteilungsseiten veröffentlicht werden.

### Herausgeber

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

### Redaktionsbeirat

Prof. Dr. Rainer Richter (BPTK), Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Dr. Renate Frank (Hessen), Jürgen Hardt (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Cornelia Beeking (Nordrhein-Westfalen), N.N. (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

### Anschrift Redaktion

Dipl.-Psych. Nina Rehbach  
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
St.-Paul-Str. 9  
80336 München  
Tel.: 089/515555-19  
Fax: 089/515555-25  
rehbach@ptk-bayern.de

### Anzeigen

Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

### Verlag

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/91496-12; Fax: 06221/91496-20, annette.kerstein@medhochzwei-verlag.de

### Satz

Strassner ComputerSatz  
69181 Leimen

### Druck

Vogel Druck und Medienservice  
97204 Höchberg

### Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)  
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)  
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 43,- (inkl. Versandkosten)  
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

### Abonnementservice

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg, Frau Sabine Hornig, aboservice@medhochzwei-verlag.de, Tel. 06221/91496-15, Fax 06221/91496-20

### Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

### Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags 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.

### Manuskripte

Redaktionsschluss für die Ausgabe 2/2012 ist der 16. März 2012, für Ausgabe 3/2012 der 29. Juni 2012. 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 (mit Leerzeichen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

### Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
  - das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
  - das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z. B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung – sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
  - das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z. B. Fotokopie, Fernkopie) und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung.
- Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.



### Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
Tel. 030/27 87 85-0  
Fax 030/278785-44  
info@bptk.de  
www.bptk.de



Landespsychotherapeutenkammer  
Baden-Württemberg

### 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



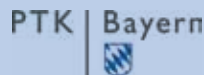
### Hamburg

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



### Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Kickerlingsberg 16  
04105 Leipzig  
Tel. 0341/462432-0  
Fax 0341/462432-19  
info@opk-info.de  
www.opk-info.de



### Bayern

St.-Paul-Straße 9  
80336 München  
(Post: Postfach 151506  
80049 München)  
Tel. 089/515555-0  
Fax 089/515555-25  
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr  
Fr 9.00 – 13.00 Uhr  
info@ptk-bayern.de  
www.ptk-bayern.de



### Hessen

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



### Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz  
Tel. 06131/5703813  
Fax 06131/5700663  
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr  
Di und Do 14.00 – 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 14.00 – 19.00 Uhr  
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de  
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de



Psychotherapeutenkammer  
Niedersachsen

### Niedersachsen

Roscherstraße 12  
30161 Hannover  
Tel. 0511/850304-30  
Tel. 0511/850304-03  
Fax 0511/850304-44  
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr  
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr  
Beitragsangelegenheiten:  
Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr  
Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr  
info@pknds.de  
www.pknds.de



### 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 13.00 – 15.00 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

