

BLICK WINKEL

auf zwei Berufe, eine Kammer
und fünf Bundesländer

BLICKWINKEL

auf zwei Berufe, eine Kammer
und fünf Bundesländer

Grußwort

... des Vorstands	7
... des Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe	9

1 Die Wahrnehmung des Berufsstands

<i>Dr. Eckart von Hirschhausen</i> „Sie werden als die Fachleute wahrgenommen, wie man das Leben meistern kann.“	11
„Man bekommt nie eine Antwort, sondern eher eine Gegenfrage.“ Vorurteile gegenüber Psychotherapeuten	12
<i>Dr. med. habil. Wolfram Kinze</i> Zehn Jahre Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer Anmerkungen eines Psychiaters	14

2 Sind auch alle gut versorgt?

<i>Prof. Dr. Frank Jacobi</i> Ambulant Wer wird wo wie ambulant versorgt?	16
<i>Dipl.-Psych. Dr. phil. Gregor Peikert</i> Stationär Psychotherapie in der stationären Versorgung	19

3 Darf ich vorstellen: OPK

<i>Johannes Pabel/Antje Orgass</i> Auf dem Weg zur OPK Wie aus einer Idee die erste länderübergreifende Heilberufekammer Deutschlands wurde	23
<i>Antje Orgass</i> Beate Caspar im Porträt	25
<i>Antje Orgass</i> Ein Berufsstand findet in Ostdeutschland zueinander Die Gründungszeit der Kammer aus fünf verschiedenen Blickwinkeln betrachtet	28
<i>Antje Orgass/Maike Niet</i> Andrea Mrazek Die OPK-Präsidentin im Porträt	32
Die Mitgliederentwicklung & -struktur der Kammer	36
Die OPK aus der Sicht von ... Barbara Klepsch, Dr. Dietrich Munz, Dr. Jens Metge, Erik Bodendieck	38

4 Heilberufliche Selbstverwaltung

<i>Prof. Dr. Winfried Kluth</i> „Die Kammern haben die Aufgabe, dort, wo der spezifische Sachverstand in Bezug auf die Berufsausübung gefragt ist, eigenständig Regelungen zu treffen.“	41
<i>Dr. Christina Tophoven</i> Die berufliche Selbstverwaltung im Spannungsfeld politischer Einflussnahme und demokratischer Legitimation	43

5 Neue Herausforderungen

<i>Dr. Andrea Walter</i> Schmerzpsychotherapie Gute Versorgung der vielen Schmerzpatienten in Deutschland noch nicht erreicht	46
<i>Maike Niet</i> Die Patientenversorgung in der stationären & ambulanten Psychoonkologie	48
<i>Univ.-Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Siegfried Gauggel</i> Neuropsychologische Therapie: Wenn nach einer Hirnerkrankung oder -schädigung psychische Störungen auftreten	51
<i>Prof. Dr. phil. Birgit Wagner</i> Therapie 2.0 Die Digitalisierung der Psychotherapie	53

6 Trauma, Schmerz, Sachverständige ...

<i>Dr. Andrea Walter</i> Neuerungen im psychotherapeutischen Alltag und versorgungsrelevante Themen stehen im Fokus der zukünftigen OPK-Fortbildungen	56
--	----

7 Kleine mit großen Problemen

<i>Anne Fallis</i> „Wer in der Kinder- & Jugendlichen- psychotherapie arbeitet, muss spezielle Besonderheiten berücksichtigen“	58
<i>Dr. Sabine Ahrens-Eipper/Katrin Nelius</i> Comics zur Identifizierung traumatisierter Flüchtlingskinder	60
<i>Prof. Dr. Günter Esser</i> Erklären wir unsere Kinder heute schneller für krank?	62

8 Und wie schaut's mit Ihrer eigenen Versorgung aus?

<i>Dr. phil. Wolfram Rosendahl</i> Das Versorgungswerk Eine tragende Säule der Altersvorsorge für die Mitglieder der OPK	64
---	----

9 Dämonen und Neuronen

<i>Prof. Dr. Christfried Tögel</i> „Wir möchten zeigen, dass das Bekenntnis zu einer psychischen Erkrankung keine negativen Folgen haben muss.“	67
--	----

10 Zukunftsvision

Zehn Thesen für die nächsten zehn Jahre	70
---	----

Liebe Leserin, lieber Leser,

zehn Jahre sind im Leben eines Menschen ein bedeutender Zeitraum, historisch betrachtet ist es ein Wimpernschlag. Gleichwohl, wie man diesen Zeitraum bemisst, haben wir Vorstandsmitglieder in diesen zehn Jahren unser Engagement und unser Herzblut für die Gründung und das Großwerden der Kammer gegeben. Begleitet und unterstützt haben uns dabei viele mutige, kluge Kolleginnen und Kollegen in unseren fünf Bundesländern, denen die Idee einer länderübergreifenden Kammer nicht zu abwegig, zu unrealistisch, sondern absolut sinnvoll erschien. Die Kammer – das sind ebenso viele Kolleginnen und Kollegen, die sich ehrenamtlich für den Berufsstand einsetzen, das sind zahlreiche engagierte Mitarbeiterinnen und Kooperationspartner. Und so ist die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer das, was sie heute ist – die erste und einzige länderübergreifende Heilberufekammer Deutschlands.

Allen aktiven Mitstreitern möchten wir an dieser Stelle herzlich danken, aber auch all jenen Mitgliedern, die uns in dieser Zeit freundlich begleitet oder manche Unzulänglichkeit der Kammerarbeit geduldig ertragen haben.

Für viele psychotherapeutische Kolleginnen und Kollegen, für unsere Partner in Politik, Verbänden und Institutionen der östlichen Bundesländer ist die Kammer längst

ein vertrauter Akteur, ein verlässlicher Ansprechpartner geworden – so als gäbe es die OPK schon sehr lange. Dagegen zeigt sich die historische Jugend der Kammer darin, dass in der Öffentlichkeit unterschiedliche, oft nur unscharfe Vorstellungen darüber kursieren, wer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eigentlich sind, welche Ausbildung sie haben und was sie tun.

Zehn Jahre sind ein geeigneter Zeitraum, um eine erste Bilanz zu ziehen, um Intendiertes mit Erreichtem abzugleichen. Die Beiträge in dieser Festschrift richten Blicke sowohl zurück auf die Geschichte der OPK als auch voraus auf die vor uns liegenden Aufgaben. Das Szenario der Autorenbeiträge wechselt zwischen dem Innen- und Außenblick. Auf diese Weise möge sich ein facettenreiches, lebendiges und pointiertes Bild unserer Kammer ergeben. Einen herzlichen Dank an alle Autorinnen und Autoren, die „von innen“ oder „von außen“ auf die OPK blickten.

Wir wünschen Ihnen, liebe Leserin, lieber Leser, eine anregende und informative Lektüre.

IHR OPK-VORSTAND

Margitta Wonneberger, Johannes Weisang,
Dr. Gregor Peikert, Andrea Mrazek,
Dr. Dietmar Schröder, Dr. Wolfram Rosendahl
(v. l. n. r.)



Foto: Nancy Gler

In diesem Jahr wird die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer ihr erfolgreiches zehnjähriges Bestehen feiern. Als gemeinsame Kammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen vertreten Sie die Anliegen Ihrer 4.000 Mitglieder in den neuen Ländern.

Vieles hat sich in den letzten Jahren in der Versorgung seelisch erkrankter Menschen verbessert. Nicht zuletzt die Gründung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer im Jahre 2007 ist ein sichtbarer Beleg für die hohe Qualität unserer Gesundheitsversorgung in diesem Bereich. Für die Menschen gehört die psychotherapeutische Unterstützung als wichtige Versorgungsleistung zu unserem Gesundheitswesen dazu. Diese gute Entwicklung wiederum führt zu einer bevölkerungsweit zunehmenden Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen und damit zu einer weitaus häufigeren Behandlung seelischer Erkrankungen als früher.

Eine steigende Patientenzahl bedeutet immer auch steigende Anforderungen für das Versorgungssystem. Schließlich sind wir gefordert, die vorhandene Qualität der gesundheitlichen Versorgung bei einer zunehmenden Zahl seelisch kranker Menschen zu sichern und sie dort, wo es notwendig ist, zu verbessern. Dazu gehört auch eine nachhaltige, moderne und qualitativ gute Psychotherapeutenausbildung. Eine solche Ausbildung haben wir zwar bereits, aber veränderte Strukturen in unserer Studienlandschaft machen eine Novellierung erforderlich.

Deshalb haben wir verschiedene alternative Ausbildungsansätze für eine Neugestaltung der Psychotherapeutenausbildung geprüft. Im Ergebnis haben wir ein Ausbildungskonzept entwickelt, das auch dem Votum des 25. Deutschen Psychotherapeutentages entspricht.



Foto: BMG/Jochen Zick

Damit würden unsere zukünftigen Psychotherapeuten ihre Ausbildung im Anschluss an die schulische Ausbildung beginnen. Mit einer solchen Ausbildungsreform, die dann auch eine Modernisierung und Weiterentwicklung der bisherigen Ausbildung beinhalten wird, wollen wir den psychotherapeutischen Beruf für den Nachwuchs insgesamt attraktiver gestalten, um das hohe Interesse junger Menschen an einer Tätigkeit in diesem Bereich zu erhalten.

Mit dem im Sommer 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde außerdem eine Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinie als Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss festgeschrieben, mit der auch der zeitnahe Zugang zu einer zielgerichteten Diagnostik und Beratung gestärkt werden soll. Dabei ist uns besonders wichtig, dass das neu eingeführte Angebot einer psychotherapeutischen Sprechstunde zügig umgesetzt wird.

Den Mitgliedern der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer gratuliere ich zu ihrem zehnjährigen Bestehen von Herzen und wünsche ihnen für ihre wertvolle und wichtige Arbeit weiterhin viel Erfolg.

HERMANN GRÖHE

Bundesminister
Mitglied des Deutschen Bundestages

1

Die Wahrnehmung des Berufsstands

Was sind und machen Psychotherapeuten? Wir haben das Eckart von Hirschhausen, einige Menschen auf der Straße und den Psychiater Dr. Wolfram Kinze gefragt.



Foto: iStockphoto

„Sie werden als die Fachleute wahrgenommen, wie man das Leben meistern kann.“

Foto: Paul Ripke



Liebe Psychotherapeuten, herzlichen Glückwunsch zu zehn Jahren OPK! Es ist ja schon paradox: Während man den Patienten immer rät, ihre Probleme nicht in der stillen Kammer zu lösen, sondern sich Hilfe zu suchen, haben Sie sich extra eine Kammer geschaffen, um Probleme dort zu lösen. Und nicht still zu bleiben, sondern den Wert der Psychotherapie in der Öffentlichkeit klarer zu machen. Wer so viel zuhört wie Sie, möchte auch mal gehört werden! Und zu Recht, denn Sie leisten viel und vor allem ahnen Sie, was es noch alles zu tun gäbe. Beinahe wäre ich einer von Ihnen geworden, denn mich hat die Psychiatrie immer mehr interessiert als die Gastroenterologie, wobei man ja in beiden Fächern das Innere des Menschen erkundet, aber mit anderen Instrumenten und Zielen. Meine Zeit als Arzt im Praktikum habe ich in Berlin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Neurologie gemacht, und da eng mit den verschiedenen therapeutischen Disziplinen zusammengearbeitet und die Arbeit im Team schätzen gelernt. Vielleicht ist mir die oder der eine oder andere von Ihnen auch schon auf Kongressen begegnet, da ich mich selber gerne fortbilde und entdeckt habe, dass man als Referent auch etwas zurückgeben kann. Mich fasziniert schon lange, wie sich das Feld entwickelt, wie die Psychotherapie aus der Ecke der Geheimwissenschaft und der Tabuzone des „die haben doch alle eine Macke“ sich heraus-

bewegt, aber noch ein bisschen braucht, um im Zentrum der Gesellschaft anzukommen. Deshalb darf ich Ihnen zu Ihrem Zehn-Jahres-Jubiläum fünf Dinge wünschen:

1 „Psycho-Edukation“

Fragt man Menschen auf der Straße, halten sich Klischees und Vorurteile über die „Psychos“ hartnäckig. Kaum jemand kennt den Unterschied zwischen einem Psychologen und einem Psychiater. Und seit die Heilpraktiker sich auch noch auf dem Markt tummeln, ist es nicht einfacher geworden. Darüber kann man lamentieren oder aktiv werden. So wie das Projekt „Irrsinnig Menschlich“ aus Leipzig erfolgreich ist, in dem ein Profi und ein ehemaliger Patient in die Schulen gehen, so könnte ich mir gut vorstellen, dass auch Sie auf diese Art sichtbarer und erlebbarer werden könnten. Nach meiner Erfahrung ist „Glück“ ein sehr schönes Einstiegsthema – weil man daran auch sehr gut erklären kann, warum Stress, Schmerz, Sucht und Depressionen die häufigsten Glückskiller sind. Und plötzlich hat es was mit dem Leben und dem Alltag zu tun. Und Sie werden als die Fachleute wahrgenommen, wie man das Leben meistern kann.

2 Evidenz

Selbstwirksamkeits-Überzeugung ist wichtig und stabilisierend. Für die therapeutischen Berufe ist es aber auch wichtig,

DR. ECKART VON HIRSCHHAUSEN

studierte Medizin und Wissenschaftsjournalismus. Seit über 20 Jahren ist er als Komiker, Autor und Moderator in den Medien und auf allen großen Bühnen Deutschlands unterwegs. In der ARD moderiert er die Wissensshows „Frag doch mal die Maus“ und „Hirschhausens Quiz des Menschen“. Mit seiner Stiftung HUMOR HILFT HEILEN engagiert sich Eckart von Hirschhausen für mehr gesundes Lachen im Krankenhaus. Sein neues Buch „Wunder wirken Wunder“ wirft einen humorvollen Blick auf die bunte Wunderwelt der Heilkunst.

dass andere von der Wirksamkeit überzeugt sind. Und dazu braucht es gute Belege, und auch wenn dann in Studien herauskommt, dass es ziemlich egal ist, was der Therapeut glaubt, was er da tut, Hauptsache er ist ein guter Therapeut, ist mir das auch lieber, als wenn man denkt, alle müssen demselben Manual folgen.

3 Online sein

Der direkte Draht zu einem Menschen ist durch nichts zu ersetzen, aber er ist und wird immer Mangelware sein. Das Internet ist Segen und Fluch, aber die Möglichkeiten, Patienten vorab zu informieren, ►

Fortsetzung

Eckart von Hirschhausen
*„Sie werden als die Fachleute wahrgenommen,
 wie man das Leben meistern kann.“*

► einzustimmen, Sitzungen nachzubereiten und Kontakt zu halten, bieten noch viel Potential. Mehr als das Fax jedenfalls. Meinen Versuch, anschaulich Ideen der positiven Psychologie im Netz zu verbreiten, finden Sie unter www.glueck-kommt-selten-allein.de.

4 Magie

Die Wissenschaft hat die Magie aus der Medizin und der Psychotherapie vertrieben, aber nicht aus uns Menschen. Wir verschenken einen guten Teil unserer Wirkung, wenn wir zu wenig verstehen von dem uralten Wunsch von Menschen nach Ritualen, Symbolen, nach Versöhnung und Vergebung. Wenn die Ärzte und Therapeuten diese Grunddimension menschlichen Erlebens so gar nicht abbilden und beantworten, suchen sich Menschen andere „Heiler“, die sehr viel unreflektierter und dubioser unterwegs sein können. Was spricht dagegen, belastende Dinge auf einen Zettel zu schreiben, diesen Zettel dann auch zu zerreißen oder zu verbrennen und so das „Loslassen“ zu unterstützen. Wir sind alle ein bisschen Voodoo. Wecken Sie mal wieder den Schamanen, die Schamanin in sich, wo es passt.

5 Humor

Der Therapeut sollte dem Klienten an menschlicher Reife etwas voraus sein, mindestens eine Woche. Ein Zeichen von Gelassenheit, Weisheit und Frieden mit allen Widersprüchen, die nicht aufzulösen sind, ist Ihr Humor. Wenn Sie ernst genommen werden wollen, lachen Sie öfter, so wie uns Viktor Frankl, Paul Watzlawick, Frank Farelly, Milton Erickson oder Bernhard Trenkle in ihren besten Geschichten zum Schmunzeln bringen. Ich glaube, das Leben ist wie eine Wunderkerze. Es brennt ab, so oder so. Wundern müssen wir uns selber.

Viele „Wunder-volle Begegnungen“ in Ihrem Beruf und in Ihrer Berufung, Ihr **Eckart von Hirschhausen**

**◀ TIM KLEBE, LEIPZIG****Kennen Sie Vorurteile gegenüber Psychotherapeuten?**

Ja, klassisch der Doppelname im Nachnamen. Und um sich selbst therapieren zu können, mussten sie diesen Beruf ergreifen. Aber dann hört es schon auf.

Kann das gesprochene Wort Medizin sein?

Auf alle Fälle, ja. Dem stehe ich sehr offen gegenüber.

**▲ SOPHIE MÜLLER, LEIPZIG****Kennen Sie Vorurteile gegenüber Psychotherapeuten?**

Bei Psychotherapeuten kann ich mir vorstellen, dass jeder Mensch genau analysiert wird. Da treffen sich Psychotherapeuten im Café und analysieren so munter vor sich hin: Was könnte der da drüben am Fenster für ein Problem haben? Wie krank ist die dort am Nebentisch? Und im Freundeskreis wird auch alles reihum analysiert. Vielleicht funktioniert das bei Psychotherapeuten schon unterbewusst. Da muss man aufpassen, was man sagt, sonst gibt es gleich eine Diagnose.

„Man bekommt nie eine Antwort, sondern eher eine Gegenfrage.“**Vorurteile gegenüber Psychotherapeuten**

Der Heilkundler, der sich der Seele und ihren seelischen Störungen annimmt, gehört zu den ältesten Berufsgruppen der Menschheit. Dennoch scheinen seelische Krankheiten den meisten Menschen irgendwie unheimlich zu sein. Dies färbt offensichtlich auch auf das Image und die Vorstellungswelt der Öffentlichkeit vom Beruf des Psychotherapeuten ab. Was denkt man also über Psychotherapeuten? Eine Umfrage.

▼ LUISA HEINRICH, LEIPZIG**Haben Sie Vorurteile gegenüber dem Beruf des Psychotherapeuten?**

Da ich vorhabe beruflich selbst in diese Richtung zu gehen, wäre es komisch, wenn ich Vorurteile hätte.

Aber kennen Sie Menschen, die welche haben?

Aber massenhaft, nämlich die Patienten. Am häufigsten habe ich gehört, dass jüngere Therapeuten keine Lebenserfahrung haben und nicht mitreden können. Ansonsten schleicht eher eine ominöse Angst

um. Psychotherapeuten beschäftigen sich mit der Psyche, die müssen also selber einen Knall haben.

Kann das gesprochene Wort Medizin sein?

Es gibt den schönen Spruch: „Man kann eine Seele nicht anfassen, aber berühren kann man sie.“ Und mit Worten kann man berühren. Kommunikations- und Reflexionsvermögen sind die Grundsteine im Handwerk der Psychotherapie, denke ich.



Umfrage: Anja Orgass / Fotos: Nancy Gior

**◀ ROLF TRIESCH, BERLIN****Kennen Sie Vorurteile gegenüber Psychotherapeuten?**

Die Couch zum Beispiel. Oder eine ganz gütige, einschläfernde Stimme. Oder auf eine Frage an den Therapeuten kommt: „Und was sagen Sie denn selbst dazu?“ zurück. Also man bekommt nie eine Antwort, sondern eher eine Gegenfrage. Ich bin gerade selbst in einer ambulanten Psychotherapie und kann deshalb nicht mehr mit Abstand auf das Ganze schauen. Davor habe ich auch gedacht, was soll das Ganze. Meine Probleme bekomme ich selbst in den Griff. Und dann kam es anders. Es gibt nicht den Schalter, den man umlegen kann. Aber es gibt neue Betrachtungsweisen auf mein Leben. Zu denen verhilft mir mein Therapeut.

Zehn Jahre Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Anmerkungen eines Psychiaters

Durch das Psychotherapeutengesetz von 1998 wurden die Psychologischen Psychotherapeuten (PP) sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) rechtlich als Heilberuf den Ärzten gleichgestellt und in das System der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eingegliedert. Es gelang den ostdeutschen Bundesländern, eine gemeinsame Kammer zu gründen und arbeitsfähig zu halten, eine beachtliche Integrationsleistung!

Mehr als 22.000 Psychologische Psychotherapeuten sind ambulant tätig, dennoch betragen Wartezeiten auf einen Therapieplatz mehrere Monate. Die gegenwärtigen gesetzlichen Bemühungen um Kapazitäten für „Akuttherapie“ verdeutlichen dieses Dilemma zwischen Angebot und Nachfrage, zwischen den Regeln der Antragspsychotherapie und den Erwartungen der Klienten. Dabei haben nach übereinstimmender Erfahrung der Psychiater die Kerngruppen psychischer Erkrankungen – Schizophrenien, Süchte, Depressionen, Manien – nicht zugenommen, nur die Demenzen sind demografiebedingt angestiegen. Gegen diese Erkrankungen sind wir krankensichert.

Es sind jedoch in den letzten Jahrzehnten – begünstigt durch die vorrangig am Symptom orientierte Systematik der ICD – anlassbezogene Diagnosen hinzugekommen, die nicht mehr klar genug zwischen subjektivem psychischen Befinden und objektivem psychopathologischen Befund unterscheiden. Mobbing, Stalking, Opferstatus, Genderdiskriminierung, Burnout sind zweifelsfrei Ursachen für erhebliches psychisches Leiden, aber sind wir dagegen krankensichert? Sind hier Psychotherapeuten die ersten Ansprechpartner, oder wäre das Selbstüberschätzung?

Bei solchen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben müssen Kontakte und Kooperationen aller helfenden Institutionen gesucht, aufgebaut und durchgehalten werden, wobei die Kammern aktiv gefordert sind.

Kooperation ist auch im unmittelbaren psychotherapeutischen Arbeiten erforderlich. Körperliche Erkrankungen mit ihren Auswirkungen auf das psychische Befinden und Belastungen durch intensive somatische Therapien können Einsatzmöglichkeiten und Wirksamkeit von Psychotherapie beeinträchtigen. Sinnvolle Begleitbehandlung mit Psychopharmaka muss vom Psychotherapeuten in ihren Wirkungen und Nebenwirkungen mit bedacht werden. Hier ist der kollegiale Austausch unumgänglich und auf gegenseitiges Verstehen angewiesen. Dabei sollten sowohl die Ärzte wie auch die Psychotherapeuten-Kammern Fortbildungen und Kontakte auch auf lokaler Ebene vermitteln.

Aus- und Weiterbildung der PP und der KJP sind formal durch Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie die Psychotherapievereinbarung geregelt. Die praktische Tätigkeit, das sogenannte Psychiatrie-Jahr, wird gefordert, um unmittelbare Kenntnisse über psychiatrisch behandlungsbedürftige Störungen zu vermitteln. Das ist unverzichtbar. Die erforderlichen Praktikumsplätze sind allerdings nie mit den psychiatrischen Kliniken verhandelt worden, ebenso wenig wie eine mögliche Bezahlung. Hier sind übergreifende Regelungen dringend erforderlich. Die Ausbildungs-Institute haben gemäß den gesetzlichen Vorgaben eine qualitativ zufriedenstellende Arbeit geleistet, was auch im differenzierten Forschungsgutachten von 2009 bestätigt wurde. Dennoch werden gegenwärtig Änderungen vorbereitet („Direktausbildung“ in Analogie zum Medizinstudium), deren Vorteile eher behauptet als bewiesen werden. Auch hier sind die Kammern zur kritischen Mitarbeit an diesem Projekt gefordert.

Psychotherapie ist wirksam, wenn sie indiziert ist und von einem Sachkundigen vermittelt wird. Psychotherapie beruht auf Wirkfaktoren, die wissenschaftlicher Überprüfung zugänglich sind. Psychotherapie



Foto: privat

DR. MED. HABIL. WOLFRAM KINZE

ist Jahrgang 1942. Er ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und war von 1977 bis 2007 der Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Lübben, jetzt Asklepios Fachklinikum. Er ist Vorstandsmitglied am Institut für Verhaltenstherapie Brandenburg.

benötigt Rahmenbedingungen – Qualifizierung der Therapeuten, Schutz und Rechte der Patienten, finanzielle Grundlagen.

Psychotherapie erfordert engagierte Psychotherapeuten, die sich für ihre Patienten einsetzen, die sich aber auch um ihre eigenen Angelegenheiten kümmern. Das geht nicht ohne ein gewisses bürokratisches Reglement, nicht ohne Aufgabenverteilung, Gremienarbeit und Kompromisse. Aber Selbstverwaltung bietet eben auch Möglichkeiten, eigenständig an Entscheidungsprozessen mitzuarbeiten und nicht nur abzuwarten, was andere uns übrig lassen.

Mögen die ersten zehn Jahre der OPK eine gute Grundlage für die weitere Entwicklung gewesen sein!

2

Sind auch alle gut versorgt?

Für Menschen mit psychischen Störungen bestehen unterschiedliche Möglichkeiten, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hier ein Überblick zur aktuellen Situation der Patientenversorgung in Ostdeutschland.



Foto: iStockphoto

AMBULANT

Wer wird wo wie ambulant versorgt?

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Bedarfsplanungs-Richtlinie gibt die Richtschnur für die ambulante psychotherapeutische Versorgung vor. Sie legt die Anzahl der Psychotherapeuten für bestimmte räumliche Bereiche anhand genau festgelegter Verhältniszahlen (PP/KJP je Einwohner) fest. Der so definierten Bedarfsplanung liegen zwei Annahmen zugrunde:

1. In Ballungsräumen gibt es aufgrund sogenannter Mitversorgungseffekte eine größere Nachfrage nach Psychotherapie. Somit müssen dort im Vergleich zu ländlichen Gebieten auch mehr Sitze zur Verfügung stehen.
2. Ältere Menschen nehmen seltener psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. Folglich sind für Gebiete mit einer älteren Bevölkerung weniger Praxissitze vorgesehen (Demografiefaktor). Diese beiden Grundannahmen führen im Ergebnis zu großen regionalen Unterschieden bei der Verteilung der vertragspsychotherapeutischen Sitze. Die Umsetzung der Richtlinie obliegt schließlich den örtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen.

Allein die Bezeichnung Bedarfsplanungs-Richtlinie suggeriert, dass Ausgangspunkt für die rechnerische Bestimmung einer für die bedarfsgerechte Versorgung erforderlichen Anzahl an Vertragspsychotherapeuten ein in der Bevölkerung vorhandener Bedarf nach psychotherapeutischen Leistungen ist. Jedoch kann die Berechnungsgrundlage der gültigen Bedarfsplanung diesem Anspruch nicht gerecht werden. Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes wurde im Jahr 1999 ein Stichtag zur Bestimmung der Anzahl der niedergelassenen Psychotherapeuten in Ost- und Westdeutschland festgelegt. Die so ermittelte Größenordnung wurde schließlich als Bedarf festgeschrieben. Die Datenerfassung erfolgte für Ost- und Westdeutschland und nicht, wie bei anderen Berufsgruppen, ausschließlich für Westdeutschland. Aufgrund der historischen Rahmenbedingungen war die Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten zu diesem Zeitpunkt in Ostdeutschland niedrig. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die auf diesem Weg festgelegte Bedarfsermittlung den täglichen Bedarf nicht ausreichend abbildet.

Die Konsequenzen waren regelmäßige Klagen über eine unzureichende Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die sich in langen Wartezeiten für eine psychotherapeutische Behandlung widerspiegelten. Eine Verbesserung konnte schließlich mit der zum 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie erreicht werden, in deren Folge rund 250 zusätzliche Sitze für die OPK-Länder hinzukamen. Vor allem der bisher deutlich unterversorgte ländliche Raum profitierte von der Reform.

Im Kern besteht jedoch weiter eine Bedarfsplanung, die bedarfsrelevante Faktoren wie morbiditätsbezogene und sozioökonomische Indikatoren unberücksichtigt lässt. Die Notwendigkeit einer Überarbeitung der Bedarfsplanungs-Richtlinie hat der Gesetzgeber erkannt und den G-BA beauftragt, die Richtlinie unter Berücksichtigung von Sozial- und Morbiditätsstrukturen bedarfsgerechter und wohnortnäher zu überarbeiten. Vor diesem Hintergrund hat Prof. Frank Jacobi gemeinsam mit dem IGES Institut ein Gutachten zur Bedarfsplanung erstellt. Bertelsmann Stiftung und BPTK hatten dieses Gutachten in Auftrag gegeben.

Wie sich die ambulante Versorgungssituation in den OPK-Ländern aktuell darstellt, zeigt die folgende Grafik, die Prof. Frank Jacobi aus seiner Expertise interpretiert.

PROF. DR. FRANK JACOBI

studierte Psychologie in Trier und Berlin. Er ist approbierter Verhaltenstherapeut, absolvierte ein internationales Master-Programm an der Universität Maastricht und promovierte 2002 an der Technischen Universität Dresden. Seine Habilitation an der Technischen Universität Dresden zum Thema „Size and burden of mental disorders – a population based perspective“ erfolgte 2008. Zum Wintersemester 2010/2011 erhielt er einen Ruf als Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie (Schwerpunkt Verhaltenstherapie) an der Psychologischen Hochschule Berlin.

Ein Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeit betrifft die Epidemiologie psychischer Störungen (Verbreitung in der Bevölkerung sowie Suche nach Risiko- und Schutzfaktoren) und damit auch die Betrachtung der Krankheitslast, die mit psychischen Störungen einhergeht – auch im Vergleich mit körperlichen Erkrankungen. Das hat gesellschaftliche und versorgungsbezogene Relevanz, was Prof. Dr. Frank Jacobi motiviert, sich mit klinisch-psychologischen Interventionen ebenfalls schwerpunktmäßig in Lehre und Forschung zu beschäftigen.



Foto: privat

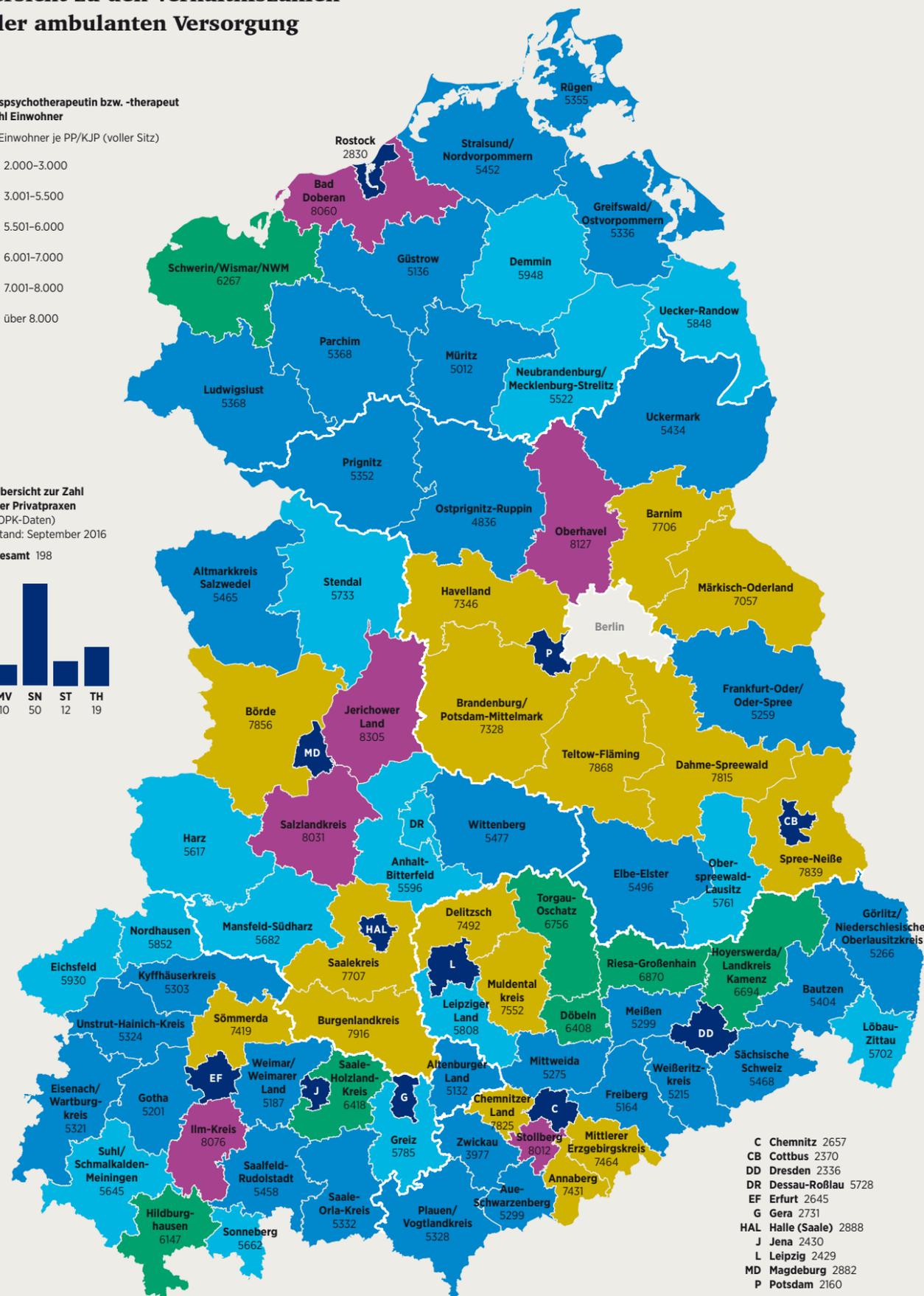
Übersicht zu den Verhältniszahlen in der ambulanten Versorgung

Vertragspsychotherapeutin bzw. -therapeut je Anzahl Einwohner

Anzahl Einwohner je PP/KJP (voller Sitz)



KV-Daten zur vertragsärztlichen Versorgung; eigene Berechnung und Darstellung (2016)



Versorgungsumfang und regionale Verteilung der Psychotherapeutenplätze im OPK-Gebiet

Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 hat sich in den neuen Bundesländern – jetzt seit zehn Jahren OPK-Gebiet – viel bei der Versorgung durch niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bewegt. Während davor rund 600 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanter Praxis tätig waren, sind es nunmehr rund 2.250. Angesichts der großen Krankheitslast, die mit psychischen Störungen assoziiert ist, und da Psychotherapie bekanntlich eine Behandlungsmethode erster Wahl darstellt, ist dies eine erfreuliche Entwicklung.

Betrachten wir allerdings die Karte der Psychotherapeutendichte (bzw. wie viele Einwohner auf einen Psychotherapeutenplatz kommen), fallen einige Aspekte auf, die auf weiteren Verbesserungsbedarf verweisen.

- Im Vergleich mit den alten Bundesländern (nicht kartografisch dargestellt; siehe aber Thom et al., 2015) ist die Psychotherapeutendichte im OPK-Gebiet deutlich niedriger (im Durchschnitt etwa 50%), und die regionalen Differenzen sind im Osten signifikant größer als im Westen. Dafür werden im OPK-Gebiet pro Praxissitz allerdings durchschnittlich deutlich mehr Fälle versorgt als in Regionen mit größerer Psychotherapeutendichte (vgl. Bertelsmann-Stiftung, 2016).
- Dieses West-Ost-Gefälle hat unter anderem auch damit zu tun, dass die ambulante Psychotherapie im Zuge des Psychotherapeutengesetzes im Osten schlechtere Startbedingungen hatte, etwa weil der für die Bedarfsplanung herangezogene Zeit- und Regionsbezug im Osten zu niedrigeren sogenannten Verhältniszahlen führte als im Westen (und übrigens auch zu niedrigeren Verhältniszahlen als bei anderen Arztgruppen; vgl. Bertelsmann-Stiftung, 2016).

- Vor dem Hintergrund, dass die großen Variationen der Angebotsdichte keineswegs mit entsprechenden Variationen der Morbidität (im Sinne der Prävalenz psychischer Störungen) einhergehen, ist es eine wichtige Aufgabe bei der Gestaltung der Versorgung (Bedarfsplanung etc.), hier mehr Versorgungsgerechtigkeit anzustreben (Jacobi et al., 2016).
- Ein gerade im Zusammenhang mit Psychotherapie wichtiger Punkt (insbesondere im Bereich Kinder/Jugendliche sowie bei besonders schwer psychisch Erkrankten): Nicht nur die Psychotherapeutendichte in einer Region ist für eine angemessene Bedarfsdeckung von Belang, sondern auch die Entfernung bzw. die Erreichbarkeit vom eigenen Wohnort aus – somit ist also die Versorgungslage in den dargestellten Planungsbereichen mit gleicher Psychotherapeutendichte vermutlich schlechter in denjenigen Bereichen mit größerer Fläche.
- Ebenfalls kann die Karte nicht abbilden, dass die deutlich sichtbare Heterogenität der Psychotherapeutendichten zum Teil etwas abgemildert wird durch sogenannte „Mitversorgungsbeziehungen“ (d. h. eine hoch versorgte Region versorgt umliegende niedrig versorgte Regionen in bestimmtem Umfang mit). Auch mag es sein, dass möglicherweise im Osten Patientenpräferenzen etwas anders gelagert sind als im Westen (d. h. dass Betroffene die Option Psychotherapie seltener von sich aus nachfragen).
- Außerdem muss bei einer differenzierten Bewertung der Karte berücksichtigt werden, dass hier lediglich psychotherapeutische Kassensitze gezählt wurden, aber der Leistungsumfang pro Kassensitz nicht berücksichtigt wird, ebenso wie lokal sehr unterschiedliche „Ausgleichsfaktoren“ wie etwa der Umfang an Psychotherapie via Kostenersatzung. Und schließlich muss für eine vollständige Abbildung der Versorgung psychisch Kranker natürlich auch

berücksichtigt werden, dass zur ambulanten Psychotherapie weitere wichtige Versorgungs- und Hilfeinstanzen hinzutreten (z. B. Nervenärzte, (teil-)stationäre Angebote, Reha-Einrichtungen, Beratungsangebote und einiges mehr) – welche ebenfalls wiederum regional sehr ungleich verteilt sind.

Somit bewerten wir die Entwicklung der Versorgungslage durchaus positiv, aber immer noch dahingehend ambivalent, dass gerade im OPK-Gebiet noch viele Regionen besonders schlecht versorgt sind. Da aber in den letzten Jahren verstärkt Anpassungen, etwa an Psychotherapieeinrichtungen und Verhältniszahlen, vorgenommen werden und vom Gesetzgeber im Bereich der Psychotherapie für 2017 eine Reform der Bedarfsplanung gefordert ist, befinden wir uns hier in dynamischer Entwicklung.

Quellen:

Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) (2016). Faktencheck Psychotherapeuten. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-psychotherapeuten/ergebnis-ueberblick>

Stellungnahme BPTK: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/zahl-der-psy-1.html>

Jacobi, F., Becker, M., Bretschneider, J., Müllender, S., Thom J., Hapke, U., Maier, W. (2016). Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. Der Nervenarzt, 87(11), 1211–1221.

Thom, J., Bretschneider, J., Müllender, S., Becker, M., Jacobi, F. (2015). Regionale Variationen der ambulanten primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen. Die Psychiatrie, 4/2015, 247–254.

STATIONÄR

Psychotherapie in der stationären Versorgung

Die allgemeine Vorstellung von einem Psychotherapeuten ist geprägt durch Sigmund Freud. Direkt neben seiner Wohnung in der Wiener Berggasse 19, 1. OG, befand sich seine Praxis, zu der das Sprechzimmer mit der legendären Couch gehörte. Hierher kamen die ambulanten Patienten (lat.: ambuläre = umhergehen). Sie gingen nach den therapeutischen Sitzungen (bei denen der Psychotherapeut saß, die Patienten aber lagen) wieder nach Hause.

Sehr viel früher fanden Heilsuchende auf Klinen (Liegen) über Nacht Hilfe. Etwa 500 Jahre v. Chr. suchten Kranke auf Kos oder in Pergamon Asklepieia auf, Heilstätten, in denen Therapeutes (Tempeldiener) für Ruhe sorgten. Schlaf und Traumorakel sollten zur Genesung führen. Historisch dürfte damit die „stationäre“ Behandlung in Kliniken als die ältere Form der Seelenheilkunde gelten.

Das deutsche Gesundheitswesen scheint sich seit zwei bis drei Jahrzehnten auf die Ursprünge europäischer Kultur zu besinnen. Während die Medizin von der Geburtshilfe bis zur Chirurgie immer mehr Leistungen ambulant erbringt und Krankenhausbetten seit den 1970er-Jahren um

mehr als 50% zurückgegangen sind, wächst die Zahl der Behandlungsplätze in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken stetig. Bedürfnisse nach umfassender und intensiver Sorge um psycho-somatische Gesundheit sind gewachsen und prägen die Ansprüche an unser modernes Gesundheitswesen.

Mehr Betten in „P-Kliniken“

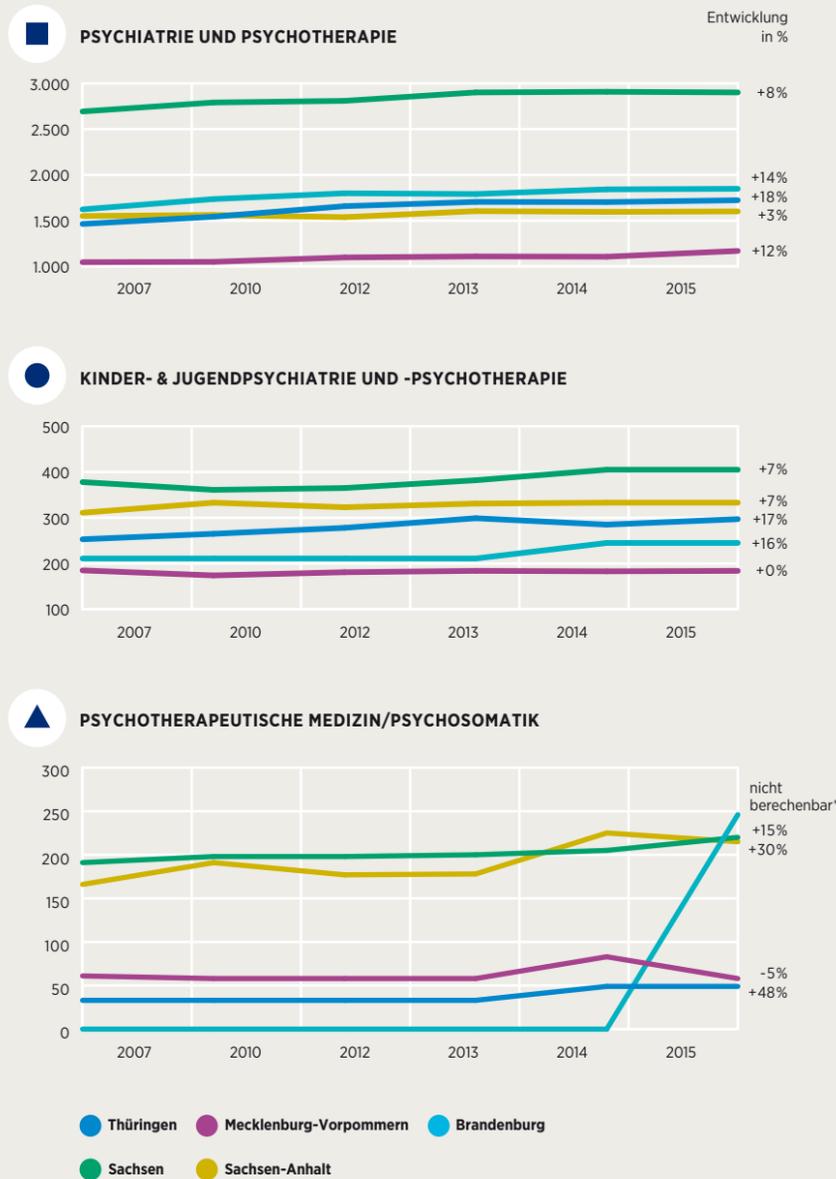
Stationäre und teilstationäre Behandlungsangebote für Menschen mit psychischen Störungen unterscheiden sich sehr deutlich von ambulanten Behandlungsmöglichkeiten. Parallel werden psychotherapeutische, medizinische und ergänzende Therapien durchgeführt, an denen typischerweise ganze Teams beteiligt sind. Damit sind vor allem bei schwereren Störungen intensivere, aber zeitlich begrenzte Behandlungen möglich. In ambulanten Therapien dagegen können über wesentlich längere Zeiträume stabile therapeutische Beziehungen aufgebaut und Patienten direkter bei der Bewältigung ihrer alltäglichen Lebensaufgaben unterstützt werden. Insofern ergänzen sich ambulanter und stationärer Sektor, die in Ostdeutschland beide seit der Wiedervereinigung stark ausgebaut wurden. ▶

DIPL.-PSYCH. DR. PHIL. GREGOR PEIKERT

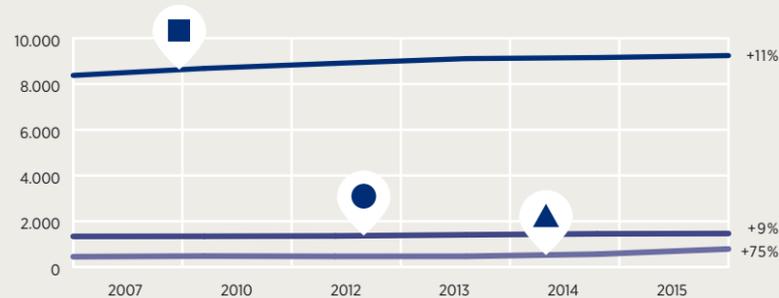
ist 1964 in Dresden geboren. Er studierte Klinische Psychologie an der Humboldt Universität in Berlin. Von 1990 bis 1996 war er am Sächsischen Krankenhaus Arnsdorf tätig. Dr. Gregor Peikert ist Verhaltenstherapeut und seit 1996 am Universitätsklinikum Jena angestellt. Dort ist er seit 2002 der leitende Psychologische Psychotherapeut. Seit 2016 ist er je zur Hälfte angestellt und in eigener Praxis tätig. Seine berufspolitische Laufbahn begann 1993, seit 2007 ist Dr. Gregor Peikert im Vorstand der OPK.



Grafik 1:
Entwicklung Bettenzahl
in vollstationärer Versorgung



BETTENANZAHL OSTDEUTSCHLAND GESAMT



Quelle: Statistisches Bundesamt (außer *Fortbeschreibung des 3. Krankenhausplanes des Landes Brandenburg)

Fortsetzung

Gregor Peikert
Psychotherapie in der stationären Versorgung

► Allein in den zurückliegenden zehn Jahren stieg die Zahl der Krankenhausbetten in Psychiatrie/Psychotherapie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Ostdeutschland deutlich an um durchschnittlich 13% auf insgesamt 11.494 (Grafik 1). Besonders stark stieg die Bettenzahl in Thüringen an (um 18%), am wenigsten in Sachsen-Anhalt (6%).

Gerade das Wachstum der Psychosomatik, aber auch das der anderen psychotherapeutischen Fachgebiete deutet auf eine zunehmende Akzeptanz und Nachfrage in der Bevölkerung hin. Der Bedarf nach einer besseren Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen wurde von Politik und Krankenhausträgern verstanden und berücksichtigt.

Sicherlich tragen auch wirtschaftliche Faktoren zur Ausweitung des stationären Sektors in den „P-Fächern“ bei. Im Vergleich zu anderen medizinischen Fächern arbeiten diese Kliniken rentabler, zumal Unterschreitungen der Personalverordnungen bisher gesetzlich nicht sanktioniert waren. Klinikträger könnten daher interessiert gewesen sein, „P-Kliniken“ zu vergrößern. Gemäß „Roemers Gesetz“ der Gesundheitspolitik ist ein geplantes Krankenhausbett nahezu sicher auch ein belegtes. Noch stärker verkürzt: Angebot erzeugt Nachfrage. Erfahrungsgemäß gehen Träger von Kliniken bei Betten-Erweiterungen nur ein geringes Risiko ein.

Großer Zuwachs im teilstationären Bereich

Besonders augenfällig ist das Wachstum an Behandlungsangeboten im teilstationären Bereich (Grafik 2). In nur fünf Jahren von 2011 bis 2016 wuchs die Anzahl der Tagesklinikplätze in Ostdeutschland um 26%, in Mecklenburg-Vorpommern sogar um 50%. Offenkundig besteht bei Patientinnen und Patienten ein großes Interesse an intensiver, täglich mehrstündiger Behandlung und Betreuung, ohne dafür das häusliche Umfeld ganz verlassen zu müssen. Zudem wird noch immer ein Mangel an ambulanten Behandlungsplätzen wahrgenommen. Bei langen Wartezeiten auf Termine bei Psychotherapeuten und Fachärzten erhalten Betroffene in Tageskliniken teil-

weise rascher eine Behandlung. Zudem dürften sich auch hier wirtschaftliche Anreize auswirken, wenn z. B. teurere vollstationäre Behandlungen vermieden werden können oder Klinikträger mit vergleichsweise geringen Investitionen ihre Behandlungskapazitäten erweitern können.

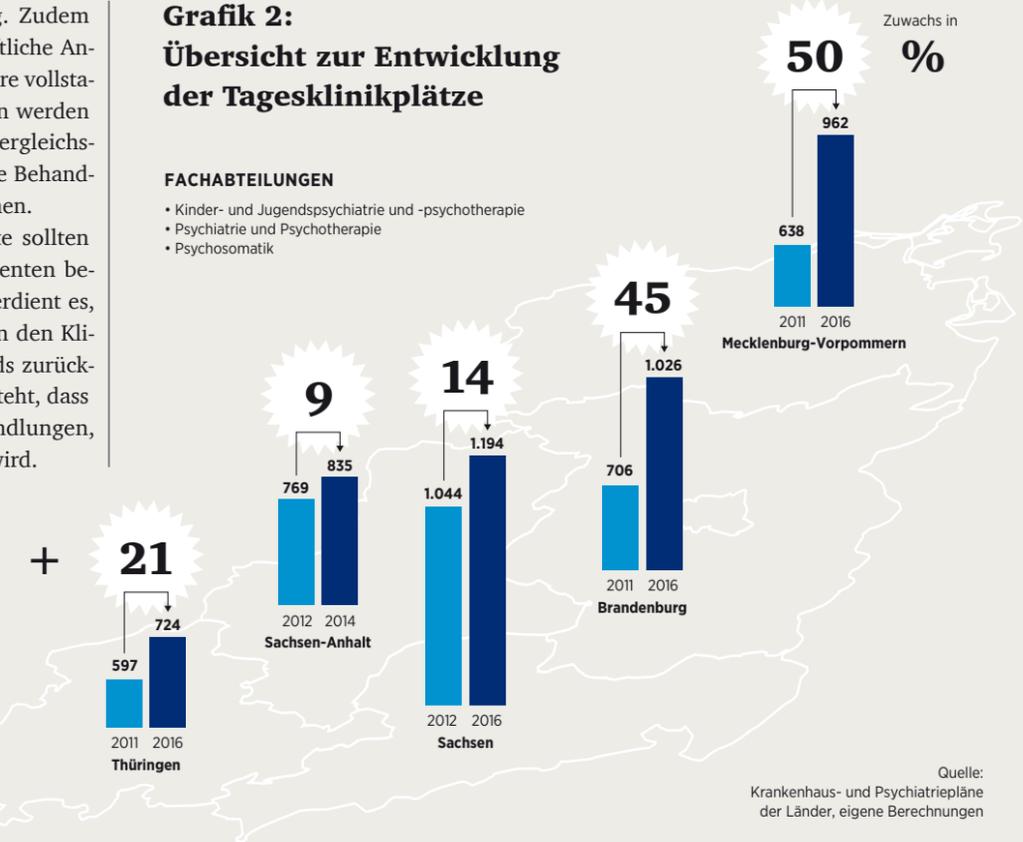
Mehr Behandlungsangebote sollten auch mehr Versorgung der Patienten bedeuten. Kritische Betrachtung verdient es, wenn die Personalbemessung an den Kliniken hinter fachlichen Standards zurückbleibt, und damit die Gefahr besteht, dass zwar die Quantität von Behandlungen, nicht aber ihre Qualität erhöht wird.

Grafiker: Carolin Oelner

Grafik 2:
Übersicht zur Entwicklung
der Tagesklinikplätze

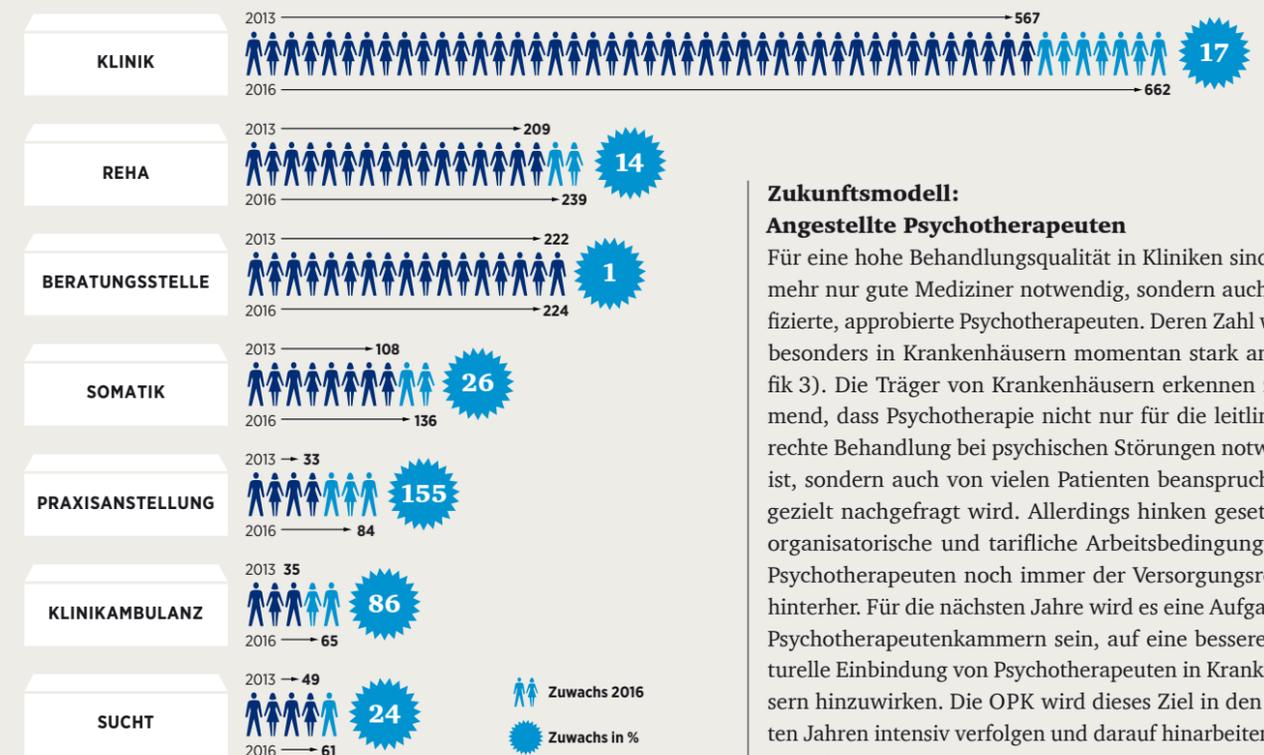
FACHABTEILUNGEN

- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychosomatik



Quelle: Krankenhaus- und Psychiatriepläne der Länder, eigene Berechnungen

Grafik 3:
Wo sind Psychotherapeuten angestellt?



Quelle: OPK-Daten (ausgewählte Tätigkeitsbereiche, Mehrfachnennungen möglich)
Stand: September 2016

Zukunftsmodell:
Angestellte Psychotherapeuten

Für eine hohe Behandlungsqualität in Kliniken sind nicht mehr nur gute Mediziner notwendig, sondern auch qualifizierte, approbierte Psychotherapeuten. Deren Zahl wächst besonders in Krankenhäusern momentan stark an (Grafik 3). Die Träger von Krankenhäusern erkennen zunehmend, dass Psychotherapie nicht nur für die leitliniengerechte Behandlung bei psychischen Störungen notwendig ist, sondern auch von vielen Patienten beansprucht und gezielt nachgefragt wird. Allerdings hinken gesetzliche, organisatorische und tarifliche Arbeitsbedingungen für Psychotherapeuten noch immer der Versorgungsrealität hinterher. Für die nächsten Jahre wird es eine Aufgabe der Psychotherapeutenkammern sein, auf eine bessere strukturelle Einbindung von Psychotherapeuten in Krankenhäusern hinzuwirken. Die OPK wird dieses Ziel in den nächsten Jahren intensiv verfolgen und darauf hinarbeiten, dass sich die Qualifikation ihrer angestellten Mitglieder in den Aufgaben- und Verantwortungsprofilen der Kliniken widerspiegelt.

3

Darf ich vorstellen: OPK

Große Vorhaben brauchen Visionen und deren starke, motivierende Kraft.

Die Vision zur Gründung der ersten länderübergreifenden Heilberufekammer Deutschlands wird hier in Berichten, Porträts sowie Statements erleb- und erfahrbar.



Foto: iStockphoto

Auf dem Weg zur OPK

Wie aus einer Idee die erste länderübergreifende Heilberufekammer Deutschlands wurde

Die Berufsbezeichnungen „Psychologische Psychotherapeuten“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ mögen in der Landschaft altehrwürdiger Heilberufe noch exotisch klingen. Auch das Attribut „ostdeutsch“ für das Territorium der neuen Bundesländer wird sonst nicht oft verwendet. Es war im offiziellen DDR-Sprachgebrauch verpönt und soll heute nicht als „Ostalgie“ missverstanden werden. Die Bezeichnung unserer Körperschaft weist auf eine besondere, historisch gewachsene länderübergreifende Zusammenarbeit unserer akademischen Heilberufe hin.

**Die Ausgangs- und Versorgungslage nach 1989 in den neuen Bundesländern**

Mit dem „Fachpsychologen der Medizin“ hatte sich ein Großteil der psychotherapeutisch tätigen Psychologinnen und Psychologen der DDR eine staatlich anerkannte Qualifikation erworben, die in gewisser Hinsicht der Facharztausbildung gleichgesetzt war und zur qualifizierten Ausübung von Psychotherapie berechnete und befähigte. Die Psychologen arbeiteten grund-

sätzlich im Angestelltenverhältnis: in Polikliniken für den ambulanten Bereich und in Krankenhäusern, in Universitätskliniken und Kureinrichtungen für den stationären Bereich. Die ersten Jahre im vereinigten Deutschland bedeuteten die Auflösung der Polikliniken und oft den Verlust des Arbeitsplatzes. Es sollte und musste blitzschnell ein Identitätswandel zum Freiberufler geschehen. Bereits zu diesem Zeitpunkt wird der Ruf nach einer Approbation und einer Verkammerung des Berufsstands in den Neugründungen und Anschlüssen an ►

Meilensteine der OPK-Arbeit: Die wichtigsten inhaltlichen Schritte**30. März/1. April 2007**

1. Kammerversammlung in Leipzig, als 1. Präsidentin wird Andrea Mrazek gewählt, die OPK tritt zugleich der Bundespsychotherapeutenkammer bei

24. April 2010

Die Richtlinie zur Eintragung in die Sachverständigenlisten wird verabschiedet

Fortsetzung

*Auf dem Weg zur OPK –
Wie aus einer Idee die erste länder-
übergreifende Heilberufekammer ...*

► Berufs- und Fachverbände deutlich. Diese Kraft und Einigkeit dazu resultierte aus den DDR-Jahren der absoluten Fremdbestimmtheit. Daraus wollten sich die Therapeuten emanzipieren.

Die Versorgungslage der Bevölkerung mit ambulanten psychotherapeutischen Leistungen war katastrophal. Wenige Kollegen ließen sich Anfang der 1990er-Jahre im Osten nieder. Selbst für die Krankenkassen bedeutete die Einordnung ambulanter psychotherapeutischer Tätigkeit das Betreten heilkundlichen Neulands. Die Psychotherapeuten arbeiteten bundesweit mit kassenärztlicher Zulassung im Delegationsverfahren. Sie konnten nur Patienten behandeln, die ihnen durch einen delegierenden Arzt, z. B. einen Psychiater, zugewiesen wurden.

**Die Grundlage:
Das Psychotherapeutengesetz
von 1999**

Mit dem Psychotherapeutengesetz, das am 1. Januar 1999 in Kraft trat, wurden zwei neue Heilberufe geschaffen: der des Psychologischen Psychotherapeuten und der des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Viele Kollegen nutzten die Gunst der Stunde und erwarben die Approbation. Die Fachpsychologenqualifikation wurde im Rahmen der Übergangsregelung anerkannt und war ein wesentlicher Bestandteil der Approbation.

Zudem wurde die Psychotherapie auch sozialrechtlich neu geregelt. Damit bestand die Notwendigkeit, eine berufsständische Selbstverwaltung zu etablieren. Die erste Landespsychotherapeutenkammer wurde 2000 in Bremen gegründet.

**Die Entwicklung in
Ostdeutschland**

Auch in den ostdeutschen Bundesländern liefen die Vorbereitungen zur Gründung regionaler Psychotherapeutenkammern. Die Heilberufegesetze der Länder wurden entsprechend geändert. In Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen wurden bereits Errichtungsausschüsse berufen. Bald kamen aber Bedenken zur wirtschaftlichen Realisierbarkeit so kleiner Kammern auf, die auch die zuständigen Ministerien teilten. Daher prüfte man 2002 die Voraussetzungen für eine länderübergreifende Heilberufekammer, was am Ende desselben Jahres in eine entsprechende Absichtserklärung der Kollegenschaft in den Ländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen mündete. Die Mitglieder der Errichtungsausschüsse sahen in einer länderübergreifenden Kammer nicht nur Chancen höherer Wirtschaftlichkeit, sondern vor allem für fach- und berufspolitische Synergieeffekte. Im April 2003 votierte auch die Kollegenschaft in Mecklenburg-Vorpommern und in Brandenburg für den Beitritt in eine länderübergreifende Kammer.

Während nach und nach alle Bundesländer Psychotherapeutenkammern gründeten und sehr zügig die bundesweite Interessenvertretung in Gestalt der Bundespsychotherapeutenkammer etabliert wurde, beschritt der Berufsstand in den fünf ostdeutschen Flächenbundesländern den historischen Weg, die erste länderübergreifende Heilberufekammer ins Leben zu rufen. Rasch einigt man sich auf den Namen „Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer“ mit dem Sitz der Geschäftsstelle in Leipzig. Am 2. Juni 2005 wurde der Staatsvertrag über die Bildung einer länderübergreifenden Kammer der Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von den Ministerpräsidenten der fünf neuen Bundesländer unterzeichnet. Zehn Monate später – am 8. April 2006 – wurde der Errichtungsausschuss der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer vom Sächsischen Sozialministerium berufen. In den Vorsitz wurden Frau Beate Caspar als Vorsitzende sowie Herr Johannes Pabel als Stellvertreter, beide aus Sachsen-Anhalt, gewählt. Zuvor reisten die Gründungsmitglieder durch alle fünf Bundesländer, um in Informationsveranstaltungen die Notwendigkeit einer Kammergründung zu verdeutlichen und sich vorzustellen.

Am 14. Februar 2007 endete die Wahlfrist zur ersten Kammerversammlung der OPK. In der ersten Kammerversammlung am 30. März und 1. April in Leipzig wurde Frau Andrea Mrazek zur ersten Präsidentin gewählt. Zum Gründungszeitpunkt hatte die Kammer zirka 1.500 Mitglieder. Sie ist damit die jüngste Heilberufekammer im Freistaat Sachsen. • *Autoren: Johannes Pabel/Antje Orgass*



*Die Vorsitzende des
Errichtungsausschusses
der OPK:*

*„Ich habe in keiner Zeit
meines Lebens so viel
dazugelernt wie in
der Phase der Kammer-
gründung. Das ist mein
größter Gewinn.“*

Alles beginnt mit der Sehnsucht und einer Idee. Bei Beate Caspar war es die Idee, Atomphysik zu studieren. Das scheiterte an den Mathenoten. Dann kam die Sehnsucht, in die Psychologie zu gehen. „Ich hatte das Gefühl, dass ich mich gut in Menschen hineinversetzen und hinein fühlen kann“, begründet sie den Beginn ihres Lebensweges. Diese Intuition sollte sie nicht trügen.

Beate Caspar wurde 1954 in Naumburg in eine Medizinerfamilie hineingeboren. Was ihre Kindheit am meisten prägte, war die Praxis ihrer Großmutter. Mit 54 Jahren, verwitwet mit drei Kindern ohne Berufsabschluss machte ihre Großmutter nach dem Krieg eine Ausbildung zur Physiotherapeutin. „In ihrer Praxis bin ich praktisch groß geworden, kannte alle Patienten. Wenn ich später Patienten von damals wiedertraf, sagten alle: „Genau wie die Großmutter! Das hat sich vererbt.“

Bis 1977 studiert sie Psychologie an der Universität Jena. „Ich war im gleichen Studienjahr mit Sybille Havemann, der Tochter des DDR-Regimekritikers Robert Havemann. Wir haben den Prozess der Ausbürgerung von Wolf Biermann und der zwangsweisen Exmatriculation von Jürgen Fuchs damals hautnah miterlebt. Das hat mein Widerstanddenken bekräftigt“, erinnert sich die 62-Jährige. Schnell ist ihr klar, dass sie in der klinischen Richtung arbeiten möchte. Caspar geht nach dem Studium zurück in ihre Heimatstadt Weißenfels und wird mit 23 Jahren Diplom-Psychologin in der neurologisch-psychiatrischen Abteilung der hiesigen Kreispoliklinik. Die vermeintlichen Zwänge der DDR lassen ungeahnte Freiheiten: „Das ist heute unvorstellbar, dass man mit 23 Jahren fast selbstständig Patienten behandelt. Und es war das Beste, dass mir passieren konnte.“ ►

1. Juli 2010

Die OPK tritt dem Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (PTV) bei



25./26. März 2011

1. Ostdeutscher Psychotherapeutentag in Dresden mit dem Titel „Therapieziel: Psychische Gesundheit“

Fortsetzung

Beate Caspar im Porträt

► In Leipzig sucht sie die Hospitation bei Christoph Schwab und Anita Wilda-Kiesel in komplementären Bereichen der Psychologie. Das eröffnet der damals 29-Jährigen eine Aspirantur an der Universität Leipzig zum Thema „Nichtmedikamentöse Therapiemethoden der essentiellen Hypertonie“. 1985 wird Beate Caspar die leitende Psychologin in der Kreispoliklinik Hohenmölsen. Doch ihre Arbeitsbedingungen verschlechtern sich mit einem autoritären Mediziner als Chef, der ihre Aufmüpfigkeit nicht duldet. Außerdem kommen viele Patienten zu ihr, die einen Ausreiseantrag gestellt hatten. Beate Caspar ist in einschlägigen Kreisen, wie der „Kirche von unten“, bekannt. „Wir waren die Lücke im System, in der man – bei einigen verantwortlichen Kollegen – offen reden konnte. Zumindest dachte ich das, bis ich meine Stasiakte einsah und von der Abhöreinrichtung in unserem Sprechzimmer und von den vielen Zuträgern erfuhr. Das sprengte meine Vorstellungskraft, dass man das getan hatte. Aber nun wurde mir klar, wohin die Leute verschwunden sind, die zu mir zu Gesprächen kamen und von Haft bedroht waren. Es ist bitter, dass meine fachliche und menschliche Integrität völlig ad absurdum geführt wurde.“

1990 von heute auf morgen selbstständig gemacht

Nach der Wende wird Beate Caspar zum 1. November 1990 arbeitslos, das Landambulatorium geschlossen. Das Arbeitsamt in Weißenfels weiß mit dem Berufsbild nichts anzufangen und ist ratlos. Beate Caspar nicht. „Mit mir standen auch die Patienten auf der Straße und hatten keine Versorgung mehr. Also habe ich von heute auf morgen eine Anderthalb-Zimmer-Wohnung mit Ofenheizung angemietet, schnell ein paar Möbel gekauft und am 7. Januar 1991 meine Praxis für Psychotherapie und Psychosomatik in Weißenfels eröffnet.“ Beate Caspar ist die erste niedergelassene Psychotherapeutin Sachsen-Anhalts. So fühlen sich dann auch die Gespräche der Abrechnungsmodalitäten mit den Krankenkassen an. Auch die hatten Psychotherapeuten so gar nicht im Blick. „Bis der Unterschied zwischen Massage und Psychotherapie klar war, hat es gefühlte Jahre gedauert“, schmunzelt Caspar heute noch.

Psychotherapeuten mit kassenärztlicher Zulassung arbeiteten im Delegationsverfahren: Ein delegierender Arzt wies Patienten zu. Gegen diese demütigenden Bedingungen gingen engagierte Kollegen um Beate Caspar, die nun die Vorsitzende des Arbeitskreises niedergelassener Psychotherapeuten Sachsen-Anhalts ist, an. Mit der Argumentation, die Versorgung nicht mehr sichern zu können, weil es zu wenige zuweisende Psychiater gab, wurden Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt geführt. Die Initiative war erfolgreich und mündete 1994 in einer Kooperationsvereinbarung, die einem Vorläufer des Psychotherapeutengesetzes gleichkam und das direkte Abrechnen mit der KV ermöglichte. Auch daraus wird erneut klar, dass der Beruf eine Approbation braucht und eine Kammer als berufspolitische Stimme.

20. Oktober 2012

Die Richtlinie „Psychotraumatheorie OPK“, die einzige Richtlinie dieser Art deutschlandweit, wird verabschiedet

2009–2013

Studie zur psychotherapeutischen Versorgung in Ostdeutschland, 2009/10 verschickte der OPK-Forschungsausschuss an alle damals knapp 2.500 ihrer Mitglieder einen umfangreichen Fragebogen, die Rücklaufquote von rund 70% bewies ein hohes Engagement der Kolleginnen und Kollegen. Es war die erste repräsentative Erhebung zur psychotherapeutischen Versorgung in Ostdeutschland (Peikert, Hoyer et al., 2011). Die Ergebnisse trugen wichtige Argumente zur politischen Diskussion bei, die 2013 in eine bessere Bedarfsplanung speziell in Ostdeutschland mündete.

Mit dem 1999 in Kraft tretenden Psychotherapeutengesetz gibt es kein Halten mehr. Beate Caspar erhält im selben Jahr ihre Approbation als Psychologische Psychotherapeutin sowie als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Die Kollegen aller Fach- und Berufsverbände in Sachsen-Anhalt haben die Basis, um eine Kammergründung für das Bundesland zu prüfen. „Wir haben zu diesem Zeitpunkt nur für unser Bundesland gedacht“, stellt Caspar klar. „Anfang 2000 haben wir eine Ahnung davon erhalten, dass wir eine Bundeslandkammer weder personell noch finanziell stemmen können. Es gab neben unserem Errichtungsausschuss schon andere in Sachsen und Thüringen. Zu denen haben wir Kontakt aufgenommen und die Idee einer länderübergreifenden Kammer durchdacht.“ Erste Treffen folgen, auf denen die Idee schnell konkret wird. Auch die Kollegen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern votieren für eine länderübergreifende, ostdeutsche Kammer. 2006 wird der offizielle Errichtungsausschuss der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer berufen, Beate Caspar wird zur Vorsitzenden gewählt. Eine vorläufige Geschäftsstelle der OPK zieht für ein Jahr mit in die Praxis von Beate Caspar. Die erste Wahl einer Kammerversammlung sowie wesentliche Satzungen und Ordnungen werden in dieser Zeit vorbereitet. „Das war ein täglicher Kopfstand“, resümiert die Therapeutin nach elf Jahren. „Das ist heute unvorstellbar, dass jemand in seiner Praxis eine Kammergeschäftsstelle ‚nebenbei‘ laufen lässt.“

2013 erhält Beate Caspar die Bundesverdienstmedaille

Aus heutiger Sicht staunt Beate Caspar über ihr Kraft, Entschlossenheit und den Mut, eine Kammergründung entgegen alle Widrigkeiten gestemmt zu haben. „Wir hatten Visionen und haben gewusst, wenn es jetzt nicht passiert, dann passiert es nie mehr. Ich habe in keiner Zeit meines Lebens so viel dazugelernt wie in der Phase der Kammergründung. Das ist mein größter Gewinn“, sagt sie stolz.

Im Jahr 2013 erhält Beate Caspar auch dafür die Bundesverdienstmedaille. Noch immer ist sie in der Kammerversammlung aktiv und auch sonst ist es kein bisschen leiser um Beate Caspar. Sie setzt sich ehrenamtlich für die psychotherapeutische Stabilisierung und Versorgung von Flüchtlingen ein und auch ihre ganze Familie ist dabei engagiert. Außerdem arbeitet sie federführend seit 1991 bei World Vision mit. In ihrer Projektarbeit geht es um Patenschaften für Mädchen in Südamerika und Afrika.

Dass die Entscheidung für ihren Beruf richtig war, kommentiert sie so: „Ich habe gelernt, geduldiger zu sein und die Dinge zu mir kommen zu lassen.“ • *Autorin: Antje Orgass*



Foto: Antje Orgass

April 2013

Auftaktveranstaltung zur Notfallpsychotherapie in Erfurt

2013

Die OPK wird in die Landesgremien nach §90a in Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Thüringen aufgenommen



Die Weißenfeler Psychologin Beate Caspar (links) mit ihren beiden Mitarbeiterinnen Ines Köhler und Sylvia Menzel. MZ-Foto: Ingeborg L.

das Aushängeschild, denn sie sind die ersten, die mit Patienten Kontakt haben. Und der erste Eindruck zählt - wie überall." Außerdem sei das Duo im Vorzimmer nicht allein für Patienten.

neben ihrer Arbeit in der Praxis Herausforderung. Im Mai 1991 schlug in Weißenfels die Geburtsstunde für den Arbeitskreis niedergelassener Psychotherapeuten in Sachsen-Anhalt, beric

Ein Berufsstand findet in Ostdeutschland zueinander

Die Gründungszeit der Kammer aus fünf verschiedenen Blickwinkeln betrachtet

Zehn Jahre nach der Gründung der OPK ziehen engagierte Mitglieder der ersten Stunde Bilanz – über Selbstfindung, Selbstverwaltung, die psychotherapeutische Versorgung von Patienten und das gewachsene Ansehen ihres Berufes.

JOHANNES PABEL

niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut aus Halle (Saale), für das Land Sachsen-Anhalt

Um die damalige Ausgangslage besser verstehen zu können, muss ich etwas weiter ausholen. Zur Vorwendezeit war ich der Vorsitzende der regionalen Arbeitsgemeinschaft der Klinischen Psychologen im Bezirk Halle. Diese waren damals zumeist in Polikliniken und Krankenhäusern beschäftigt und wir kannten uns alle untereinander. Nach der Wende waren genau diese Akteure aus der Arbeitsgemeinschaft maßgeblich daran beteiligt, einen Berufsverband zu etablieren, welcher später im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen aufging. Dennoch waren wir immer bemüht, einen Konsens unter den Kollegen über Berufs- und Fachverbands-grenzen hinweg herzustellen. Aus der mit diesem Anliegen gegründeten „Arbeitsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten (AGPP)“ kam z. B. die Initiative für eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung, die einem Vorläufer des Psychotherapeutengesetzes gleichkommt. Und so war es nur konsequent, nach dem Psychotherapeutengesetz sehr schnell eine Kammer gründen zu wollen. Diese war zuerst nur für Sachsen-Anhalt gedacht und die Personen des Errichtungsausschusses waren schon berufen



Foto: Nancy Glor

worden. Wir sind dann losgezogen und haben uns erkundigt, wie man in einem so kleinen Bundesland mit so wenigen Psychotherapeuten eine Kammer auf die Beine stellen kann und landeten bei der Tierärztekammer. Nicht dass die uns nehmen sollten, sondern wir haben geschaut, wie sich eine Ein-Personen-Verwaltung rechnet. In diesem Zeitraum kamen uns dann erste Ideen, mit Thüringen und Sachsen zusammenzugehen und von dort auch eindeutige Signale. Brandenburg und Mecklenburg kamen später hinzu. Einige der Kollegen waren irritiert, ob eine Kammer wirklich gebraucht würde. Aber wir wollten unsere fachlich berufsständischen Angelegenheiten in die eigenen Hände nehmen. Rasch

sind dann Kollegen rekrutiert worden, die sich in Kommissionen mit einzelnen Fragen des Gründungsprozesses beschäftigten.

Keine heilberufliche Kammer in unseren fünf Mitgliedsländern hat aus meiner Sicht eine solche Außenwirkung und ein so deutliches berufspolitisches Engagement wie die OPK. Eine Kammer, die Zeichen setzt für die gesamte Politik, insbesondere für die Gesundheitspolitik, ist einmalig. Ich hoffe, dass dies in der Kollegenschaft auch so ankommt und begriffen wird. Man kann uns nicht mehr übersehen.

JOHANNES GRÜNBAUM

niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut aus Lübben, für das Land Brandenburg

Die Nachwendezeit war aufregend. Ich gehöre zu den Kollegen, die noch zur Wende ihren „Fachpsychologen der Medizin“ gemacht hatten, diesen DDR-Titel für Psychotherapeuten. Damit fragten wir uns schon, wie es weitergeht. Damals habe ich angestellt im Bezirkskrankenhaus Lübben gearbeitet. Dort waren viele meiner Kollegen berufspolitisch sehr engagiert. Wir waren in der Tradition des ehrenamtlichen und des unentgeltlichen Arbeitens ost-sozialisiert. Wenn man vorwärts kommen wollte, hat man das einfach getan, ohne Wenn und Aber. Außerdem kannten sich viele der knapp 1.500 Psychotherapeuten der DDR irgendwie. Egal, aus welchem Stall man kam, ob nun Analytiker, Verhaltens- oder Gesprächstherapeut, wir waren in Kontakt miteinander. Auch 1999 wehte noch dieser Geist der Wende. Wir hatten frisch das Psychotherapeutengesetz und irgendwas musste damit nun losgehen. Als wir vor der Aufgabe standen, eine Brandenburger Kammer zu bilden, kamen wir nach ersten Hochrechnungen, wie viel Personal dafür installiert werden müsste, schnell davon ab. Der Wunsch der Brandenburger Kollegen, eine ostdeutsche Kammer zu installieren, wurde zu Anfang nicht erfreut aufgenommen. Wir hatten bereits das Ministerium in

Potsdam davon überzeugt, aber erst im zweiten Anlauf waren dann auch die ostdeutschen Kollegen aus den anderen Bundesländern von der Richtigkeit dieses Weges zu überzeugen. Unsere Haltung, die Kammergründung noch ein bisschen hinauszuziehen und auf ein breiteres Fundament zu stellen, kam auch daher, Geld und Manpower zu sparen. Es gab aus unserer Sicht keine unaufschiebbaren, praktischen Probleme, die dringend sofort in einer Kammer gelöst werden mussten. Und so ist es dann auch geworden: Die Gründung der Kammer hat ein bisschen gedauert, war wohl überlegt und entsprang auch unserer Ostmentalität.

Heute sehe ich mich und die OPK wie eine in die Jahre gekommene Beziehung. Man erinnert sich gern an den ersten Kuss und daran, wie aufregend der Anfang war. Die Kammer ist heute etabliert, hat viel Formales, eher etwas Graues und ist im Gesamtgefüge hochkomplex. Als Außenstehender kann man diese Komplexität nur noch schwer durchschauen, weil im Hintergrund die gesamte bundesdeutsche Gesundheitspolitik mit zig Akteuren auf der Bühne ihr Schauspiel aufführt. Der Ossibonus und vielleicht auch der Ossizauber sind verweht. Dafür ist die OPK heute berufspolitisch ein Schwergewicht und in der Realität angekommen. Auf jeden Fall wünsche ich ihr die Zeit, sich immer wieder an die besonderen Ereignisse zu erinnern, als sie das Licht der Welt erblickte.



Foto: privat



Foto: privat

RAGNA RICHTER

niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin aus Schwerin, für das Land Mecklenburg-Vorpommern

Ich habe mich 1998 in Schwerin niedergelassen, bin 1990 aus den alten Bundesländern gekommen. Über den Berufsverband DPTV hörte ich schnell von der Idee einer ostdeutschen Kammergründung. In Mecklenburg-Vorpommern hieß das damals Kammer-AG, bei der ich gegen Ende 2002 zum ersten Mal dabei war. Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen waren schon weit in ihren Aktivitäten und Vorbereitungen. Wir hatten damals auch kurz überlegt, ob wir uns der Kammer Schleswig-Holstein anschließen sollten, weil es geografisch näher war. Von der Mentalität und vom Gefühl war der Zusammenschluss mit den anderen Ostländern aber viel näherliegender. Wir waren uns der Vorteile, der Stärke bringenden Wirkung dieses Zusammenschlusses bewusst. Wir wollten aber gleichberechtigtes Mitglied werden. In MV waren wir als Psychotherapeuten nur in relativ übersichtlicher Anzahl vorhanden. Durch eine große gemeinsame Kammer erschien es uns besser möglich, stärker in Erscheinung zu treten: In den verschiedenen Bereichen und Gremien des gesundheitspolitischen Lebens, wie bei den Ärzten und Politikern oder z. B. in der Psychiatrie oder der psychosozialen Notfallversorgung, um nicht mehr übersehen zu werden. ▶

Fortsetzung

Ein Berufsstand findet in Ostdeutschland zueinander

► Ich halte es für absolut notwendig, dass man sich um alle Bereiche unserer Berufsausübung kümmert und engagiert, ob fachlich-inhaltlich, rechtlich, arbeitsbereichspezifisch oder sektorenübergreifend. Die Rechte, die wir uns über die Kammer erkämpft haben, dürfen wir nicht wieder verlieren. Deshalb sollten wir junge Kollegen für die Kammerarbeit gewinnen und ihnen vermitteln, dass Kammerarbeit nicht nur beschwerlich ist, sondern Spaß machen kann, weil man sieht, was passiert, gestalten kann und man selbst am meisten vom Erfolg profitiert. Die Kammer ist auch die Basis dafür, dass meine persönlichen Wünsche realisierbar geworden sind: selbstständig sein und eine gute psychotherapeutische Arbeit leisten können. Ich habe vorher angestellt gearbeitet, bin dann in die Niederlassung gegangen und war froh, keinen Chef mehr zu haben. Ich habe die Arbeit in Kliniken als stressig erlebt. Dieses geringere Maß an Selbstbestimmtheit war nicht einfach für mich. Mit den Jahren sind die Menschen – nicht nur in den neuen Ländern – immer offener für Psychotherapie geworden und haben gespürt, dass es helfen kann.

Die Kammer ist und war für mich ein wichtiger Wegbegleiter meines beruflichen und berufspolitischen Lebens. Ich bin ein politischer Mensch, und es gehört für mich einfach dazu, dass man sich auch um die Bedingungen und Strukturen, um die Vernetzung des Berufes im Rahmen der Gesundheitspolitik kümmert.

DR. ANIKO BAUM

niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin aus Erfurt, für das Land Thüringen

Wir haben uns in Thüringen im Vorfeld des Psychotherapeutengesetzes 1998 als Gruppe über die Berufsverbände zusammengefunden und eine Errichtungsgruppe „Psychotherapeutenkammer Thüringen“ gegründet, die vom Thüringer Sozialministerium dann offiziell auch berufen wurde. Durch eine schriftliche Befragung unserer potentiellen Mitglieder stellen wir fest, dass wir in Thüringen zu wenige Kollegen waren, als dass wir eine eigene Geschäftsstelle überhaupt hätten betreiben können. Deshalb erhielten wir auch aus dem Sozialministerium den Rat, einen Geschäftsbesorgungsvertrag mit einer anderen Heilberufekammer im Land abzuschließen. Also zogen der damals Vorsitzende Volker Schmidt und ich zusammen los und besuchten hiesige, bestehende Kammern. Der Ärztekammer Thüringen waren wir sehr willkommen, wären aber eher nur zahlende Mitglieder gewesen, als dass wir ein Mitspracherecht gehabt hätten. Damals gab es 8.000 bis 9.000 Ärzte in Thüringen und wir waren ca. 300 Thüringer Psychotherapeuten, die gerade mit dem Psychotherapeutengesetz ein Stück Freiheit gewonnen hatten, welche wir nicht gleich wieder hergeben wollten. Die Zahnärztekammer war von unserem Anliegen zunächst etwas überrumpelt, wollte es sich aber überlegen. Dabei blieb es. In diesen



Foto: Marlies Merrbach

Jahren des Kammernaufbaus gab es eine rege politische Diskussion zur Gründung eines großen Bundeslandes Mitteldeutschland aus Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Daraus entsprang auch bei uns die Idee zur Gründung einer mitteldeutschen Psychotherapeutenkammer. Wir schrieben also die Errichtungsgruppen Sachsens und Sachsen-Anhalts an und kamen zumindest mit den Sachsen ins Gespräch. Das erste Treffen fand in unserer Praxisgemeinschaft in Erfurt im November 2002 statt. Dieses Jahr war darüber hinaus von zwei Großereignissen geprägt, in die

wir Psychotherapeuten stark eingebunden waren. Im April erschütterte der Amoklauf im Gutenberggymnasium in Erfurt das Land, im Sommer kam die Hochwasserkatastrophe an der Elbe, die vor allem unsere Kollegen in Sachsen und Sachsen-Anhalt stark beschäftigte. Aus diesen Ereignissen begriffen wir, dass wir viele gemeinsame Aufgaben zu bewältigen haben werden und Gewalt und Wasser nicht an den Landesgrenzen haltmachen. Zu den dann folgenden Gesprächen der Länderausschüsse in Leipzig kamen auch Vertreter aus Mecklenburg und Brandenburg dazu, die ihr Interesse an der gemeinsamen Kammer anmeldeten. Dass wir uns insgesamt getraut haben, die ostdeutsche Struktur als „Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer“ aufrechtzuerhalten, lag wohl auch daran, dass wir uns zum größten Teil alle von früher kannten. Dies wurde aus westlicher Richtung des Landes nicht immer freundlich kommentiert. Die Äußerung: „Die Ossi-Therapeuten schließen sich wieder zur DDR zusammen“ war zum Beispiel bei einem Treffen mit Kollegen bereits gegründeter Psychotherapeutenkammern zu hören. Die bürokratischen Hürden bis zur Gründung der ersten und bis heute einzigen länderübergreifenden Heilberufekammer Deutschlands waren wirklich hoch. Das hätte ich am Anfang des Prozesses nicht so eingeschätzt. Staatsverträge aller beteiligten Bundesländer, Ratifizierungsgesetze in allen Länderparlamenten, das war ein jahrelanger Weg. Und in irgendeinem Bundesland gab es immer irgendeine Wahl, die uns aufhielt. Aber wir haben es geschafft. Darauf können wir stolz sein!

FRANK MASSOW

niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut aus Chemnitz, für das Land Sachsen

1999 war ich bereits seit drei Jahren niedergelassen. Ich war im Landesverband der Psychotherapeutenvereinigung engagiert, Andrea Mrazek hatte damals den Landesvorsitz inne und auf dieser Ebene haben wir uns zu Gesprächen getroffen. Dabei kristallisierte sich heraus, dass es die Zurückdenker und die Macher mit Spleen gab. Wir Macher mit Spleen hatten schnell die Idee einer länderübergreifenden oder sogar einer ostdeutschen Kammer, schon auch aus rein pragmatischen Gründen der Finanzierbarkeit. Kurz nach dem Psychotherapeutengesetz gab es von keiner einzigen Stelle einen Hoffnungsschimmer dafür. Es kam oft: Ihr spinnst, eine Kammer für fünf Bundesländer geht niemals. Allen Unkenrufen zum Trotz sind Andrea Mrazek und ich in die Bundesländer losgefahren und haben Verbündete gesucht. Diese Idee gegen alle Widerstände möglich zu machen, bekam eine ganz eigene Dynamik. Und die Gruppe der Anhänger wurde immer größer und die Sache immer realistischer. Mit dieser Botschaft, dass sich die Profession eignet, konnte man auch in die Ministerien gehen. Natürlich gab es auch weiterhin Skepsis unter den Kollegen. Kein Bundesland wollte in diesem Verbund Nachteile haben, keiner wollte unter die Räder kommen. Um Sicherheit zu vermitteln und auch den Ernst, den wir der Kammergrün-

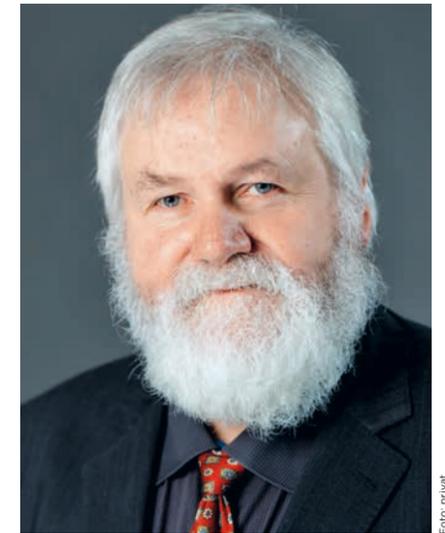


Foto: privat

dung beimaßen, gab es das sächsische Angebot einer paritätischen Sitzverteilung der Delegierten. Jedes Bundesland, unabhängig von deren Mitgliederzahl, erhielt sieben Sitze in der Kammerversammlung. Wir haben damals erkannt, dass es in unserem Fachgebiet keine dem Anliegen abträgliche Länderspezifika gab. Es existierte lediglich die Problematik der arg dünn besiedelten Regionen und deren Versorgung der Patienten. Aber dieses Problem haben wir bis heute. • Autorin: Antje Orgass

ab 2013

Stellungnahmen in allen Novellierungen der PsychKGs und Maßregelvollzugsgesetzen (in Sachsen Leitungsfunktion)

18. Juni 2013

Pressegespräch zur Reform der Bedarfsplanung, die besonders in Ostdeutschland zahlreiche neue Praxissitze bringt

2013/2014

Novellierung der OPK-Berufsordnung als Konsequenz des Patientenrechtegesetzes mit zahlreichen Berufsrechtsveranstaltungen in den Bundesländern



Foto: Nils Petersen

21./22. März 2014

2. Ostdeutscher Psychotherapeutentag in Leipzig mit dem Titel „Therapeutische Beziehungen“

Andrea Mrazek

Die OPK-Präsidentin im Porträt



Foto: Nancy Oler

Wenn Andrea Mrazek von ihrem Anfang als erste niedergelassene Psychotherapeutin in Radebeul erzählt und sich an die Gründerzeit der OPK erinnert, strahlt sie kraftvoll und lehnt sich schmunzeln zurück. „Es war eine faszinierende Zeit, die von Enthusiasmus und Liebe zur Sache geprägt war. Wir haben auf allen Gebieten improvisiert und einfach begonnen. Das war aufregend und total interessant“, schwärmt sie gedankenversunken. Aber der Reihe nach.

1994 kommt die gebürtige Österreicherin nach Radebeul. Zuvor leitete sie die Suchttherapie-Station im Landeskrankenhaus Winnenden in Baden-Württemberg. Ihr Mann ist bereits seit 1992 als Richter in Sachsen abgeordnet. Andrea Mrazek folgt ihm in den Osten und möchte sich als eine der ersten Psychotherapeutinnen in Radebeul niederlassen. Schließlich fährt sie zur Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Sachsen. „Da saß ich dann mit meiner Approbationsurkunde und spürte diese merkwürdige Stimmung dort“, erzählt sie. „Als Antwort sagte man mir, dass ich alle meine Unterlagen einreichen solle und man werde prüfen, ob das alles in Sachsen auch gilt.“

Es gibt zu dieser Zeit auch keine Praxisräume in Radebeul, die man hätte anmieten können. Also beginnt Andrea Mrazek in ihrem Haus mit der Arbeit. Eine Nachbarin hilft ihr im Sekretariat und im Wohnzimmer hält sie währenddessen ihre Therapiesitzungen ab. „Das hat die Patienten nicht gestört. Als wir dann später in eine richtige Praxis zogen, haben mir viele meiner Patienten ihr Bedauern darüber ausgesprochen. Sie fanden es in meinem Wohnzimmer netter“, lacht die 58-Jährige.

Gegen die damals schlechte Honorierung für Psychotherapeuten im Osten muss Andrea Mrazek etwas unternehmen. Sie kann nicht anders. „Das habe ich überhaupt nicht verstanden, dass Psychotherapeuten in Westdeutschland das doppelte Honorar bekommen wie ihre Kollegen im Osten.“ Sie schmiedet mit Kollegen Allianzen – auch zur Gründung eines Berufsverbandes – und fährt erneut zur KV Sachsen. Vier Stunden lässt man alle vor dem Zimmer des Verantwortlichen sitzen, der dann nur patzig erklärt, dass das

nun mal die Honorarverteilung sei und auch bleibe. Basta. Nicht für Mrazek und ihre Kollegen. Sie überlegen, was sie tun können. Ihr Mann als gelernter Jurist ist dabei immer eine große Hilfe. „Er sagte mir ganz klar, dass wir ohne den Rechtsweg zu gehen, keine Chance haben. Letzten Endes hat es einiges an Überzeugung gekostet, dass die Kollegen diesen langwierigen, juristischen Weg mitgegangen sind, aber es hat sich gelohnt“, erklärt die OPK-Präsidentin. Die Sache geht bis zum Bundessozialgericht und dauert acht Jahre. Aber dann folgen massive Nachzahlungen ganzer Jahresumsätze für die Kollegen in Sachsen.

Andrea Mrazek stürzt sich wieder in Arbeit, engagiert sich im Landesverband Sachsen der Psychotherapeutenvereinigung, wird in deren Vorstand gewählt und pflegt regen Kontakt zu den Kollegen. 1999 tritt das Psychotherapeutengesetz in Kraft und setzt die bisherige Nichtachtung des Berufsstands außer Kraft. „Eine eigenständige Approbation war ein großer Schritt“, erinnert sie sich. „Dieses Gesetz bot die Möglichkeit und Freiheit, selbstständig zu arbeiten. Das hat unser Selbstwertgefühl sehr gestärkt.“

Starke berufsständische Vertretung im Blick

Die Idee zu einer länderübergreifenden Kammer kommt allen berufspolitisch Aktiven in Sachsen damals rasch. Noch zu wenige Kollegen waren in den einzelnen Bundesländern des Ostens tätig. Dies hätte nicht für eine starke berufsständische Vertretung der Psychotherapeuten gereicht. Andrea Mrazek und ihre Kollegen suchen den Schulterschluss mit Gleichgesinnten in den einzelnen Ostbundesländern. Sich zu einer gemeinsamen Kammer zu ▶

UNS WAR KLAR,
DASS WIR NUR GEMEINSAM
POLITISCHES GEWICHT UND
KRAFT ERHALTEN.



Foto: ARTLE Orgass

8. Oktober 2014

1. Angestelltentag in Leipzig mit dem Titel „Gegenwart und Zukunft von Psychologischen PsychotherapeutInnen in Institutionen“

24. Oktober 2014

Richtlinie „Spezielle Schmerzpsychotherapie OPK“ verabschiedet, die Vorgaben zur theoretischen und praktischen Vertiefung macht und die Anerkennung der Zusatzqualifizierung regelt

Fortsetzung

Andrea Mrazek
Die OPK-Präsidentin im Porträt

► finden, war zu diesem Zeitpunkt eine ganz emotionale Sache und fand rasch viele Anhänger. 2003 entstehen vom Sozialministerium berufene Kammer-Errichtungsausschüsse für jedes Bundesland. Sie erinnert sich: „Die Stimmung damals war zielorientiert. Wir haben fachliche Synergieeffekte und finanzielle Ersparnis im Auge gehabt. Uns war klar, dass wir nur gemeinsam politisches Gewicht und Kraft erhalten. Wir wollten das gemeinsam anpacken.“

Die angehende Kammer entwirft ihre Satzungen, Ordnungen und das Wahlprozedere, schließt mit allen fünf Bundesländern Staatsverträge. Zur ersten konstituierenden Kammerversammlung der OPK am 31. März 2007 wird Andrea Mrazek klar zu deren Präsidentin gewählt. „Die Kammergründung war ein sozialpolitisches Experiment“, fasst Andrea Mrazek zusammen. Wir sind einmalig darin, den fünf Bundesländern die gleiche Anzahl der Delegierten zu ermöglichen, ohne Abstufung nach deren Mitgliederzahl. Unser Kammerprinzip liegt darin, für die Gesamtheit der ostdeutschen Psychotherapeuten zu sprechen und zu handeln. Wir sind nicht dafür da, Partikularinteressen auf Kosten der Gemeinschaft zu vertreten.“

Auf die Frage, ob man ihr als Frau in dieser Position anders begegne, stellt sie klar: „Ja, das ist so.“ Mit manchen Ärztekammerpräsidenten alten Schlages sei ein Gespräch eine Aufgabe an die Geduld. „Sie sind unsicher, was sie mit einer Präsidentin anfangen sollen, die sich nicht in die Rolle begibt, die sie gerne hätten.“ Inzwischen habe sie

sich aber daran gewöhnt und die Gesprächsebene auf Augenhöhe sei selbstverständlich. Erfreulicherweise trifft man jetzt auch zunehmend auf Frauen in Spitzenpositionen der Ministerien“, analysiert Mrazek.

Mit 1.600 Mitgliedern startet die OPK nun 2007 in die heilberufliche Selbstverwaltung. Mit den ersten Kammerbeiträgen wird eine Geschäftsstelle in Leipzig angemietet sowie ein Geschäftsführer und zwei Mitarbeiterinnen eingestellt. Die Kollegen wollen und brauchen ein Versorgungswerk. Fast drei Jahre wird dazu geprüft und recherchiert bis die Entscheidung auf das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen fällt. Die Fortbildungsakkreditierungen laufen von Anfang an. „Es hat dennoch fast sechs Jahre Klinkenputzen gedauert, bis man die OPK in der Landschaft der Berufspolitik annähernd mitdachte und uns zu Gesprächen einlud“, so die OPK-Präsidentin.

Erwartungen der Mitglieder sind hoch

Wenn Andrea Mrazek die Regeln der Berufspolitik auf eine Formel bringen müsste, dann wäre es die: die Berufs- und Kammerpolitik für größere Zeiträume vorzudenken und die möglichen Entwicklungen auszutarieren. „Politik ist für mich das langfristige und hartnäckige Verfolgen von Inhalten. Ich habe den Anspruch, nach Möglichkeit den Fortgang der Dinge in allen Richtungen abzuwägen und im Auge zu behalten, noch bevor die Kollegen in der Praxis als Problem darauf stoßen.“ Sie weiß darum, dass die Erwartungen der Mitgliedschaft an sie hoch gesteckt sind. Ihr Wort hat Gewicht, fünffach sogar. Dass Entscheidungsprozesse in der Gesundheitspolitik ihren eigenen Regeln und ihrem eigenen Tempo folgen, versucht sie den Kollegen immer wieder zu vermitteln. Das fällt schwer, wenn in wichtigen Fragen über Jahre nichts passiert. Im großen Gesundheitssystem ist die Psychotherapie nur ein kleines Gebiet, das da „nicht so richtig hineinpasst“, wie sie es formuliert. Im stationären Bereich ist sie ein relativ neues Feld und der nichtmedikamentöse Zugang zu psychischen Erkrankungen noch nicht zentral. Da gebe es immer wieder



Foto: Nancy Gior

ANDREA MRAZEK M.A., M.S. (USA)

ist 1958 in Wien geboren. Sie studierte Philosophie und der Psychologie in Wien, Tübingen und Carbondale/Indiana (USA). Sie arbeitete am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Winnenden, Baden-Württemberg, ist seit 1994 in Radebeul (Sachsen) niedergelassen. Die Ausbildungsambulanz am „Zentrum für Psychotherapie“ in Chemnitz steht unter ihrer Leitung und Andrea Mrazek ist dort Lehrtherapeutin. Außerdem ist sie Supervisorin und Dozentin in der Ausbildung Verhaltenstherapie. Sie ist doppelapprobiert als Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin.

DIE KAMMERGRÜNDUNG WAR EIN SOZIAL- POLITISCHES EXPERIMENT.

2014–2016

Fachgespräche zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in den Bundesländern, berufspolitisches Engagement zur Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinie



Foto: Antje Orgass

12./13. Juni 2015

1. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten-Symposium in Potsdam mit dem Titel „Kinder psychisch kranker Eltern“

15. Februar 2016

1. Hochschultreffen, Auftakt zur verstärkten Vernetzung von Forschung und Praxis



Foto: Antje Orgass

23./24. September 2016

2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten-Symposium in Potsdam mit dem Titel „Halt mich – Kinder mit besonderen Bedürfnissen“

Kontroversen unter den Kollegen. „In der Gesundheitspolitik geht’s vor allem um die Kostenfrage und dann wird irgendetwas ausgehandelt. Darunter leiden wir gerade sehr.“ Dennoch war Andrea Mrazek mit der OPK gerade in zwei wichtigen Punkten zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie erfolgreich. Die Forderung nach einer permanenten Erreichbarkeit der Therapeuten sowie die Standarddokumentation mit jedem Patienten im Erstgespräch konnte massiv abgeschwächt werden. Dafür musste die Präsidentin unkonventionelle Wege gehen und wandte sich dafür direkt an den Bundesgesundheitsminister. „Man kann sich nicht immer an Regeln halten“, sagt Mrazek bestimmt. Dort ging man auf ihre Forderungen ein. „Das rechne ich dem Gesundheitsminister hoch an“, betont Mrazek. Und das, was noch nicht erreicht worden sei, würde sie bei der nächsten Reform in Angriff nehmen, kündigt sie an.

Die zehn Jahre ihrer „Präsidentinnenschaft“ haben sie geprägt. Es macht sie noch immer verrückt, wieso man keine Fragen stellt, wenn alles nach Fragen schreit. Das Maß ist längst voll, Psychotherapeuten in ihrer Berufsausübung unnötig zu beschneiden und zu reglementieren. Die völlig

unsinnigen Befugniseinschränkungen würde sie gern ändern, das sei reine Standespolitik und nütze den Patienten nicht. „Und ich würde mir mehr Aufgeschlossenheit der Kollegen für ihre Rolle in der Versorgung wünschen“, gibt sie preis.

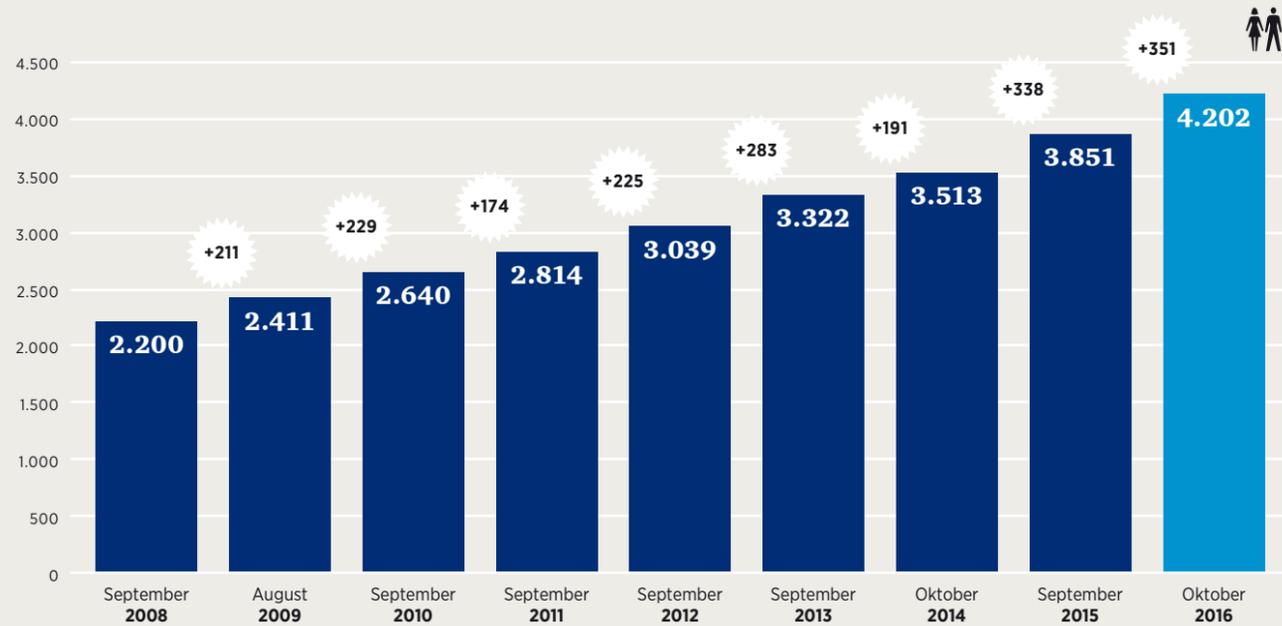
Ein ganz anderes Leben als Musikerin

Auf die Frage, ob sie sich vorstellen könne, dass in ihrem Leben alles anders gekommen wäre, antwortet Andrea Mrazek in sich ruhend: „Ja, das kann ich mir vorstellen. Ich hätte in Radebeul zufrieden vor mich hin gewurschtelt, hätte mehr Gruppentherapie gemacht und den Gedanken der psychotherapeutischen Genossenschaft weiterbetrieben.“ Und sie hätte öfter Cello gespielt, was jetzt in ihrem Leben viel zu kurz kommt. Ein ganz anderes Leben als Musikerin hätte sie sich gern vorgestellt. Aber es ist gut, dass das Leben eine andere Rolle für Andrea Mrazek bereithielt. • Autorinnen: Antje Orgass/Maike Niet

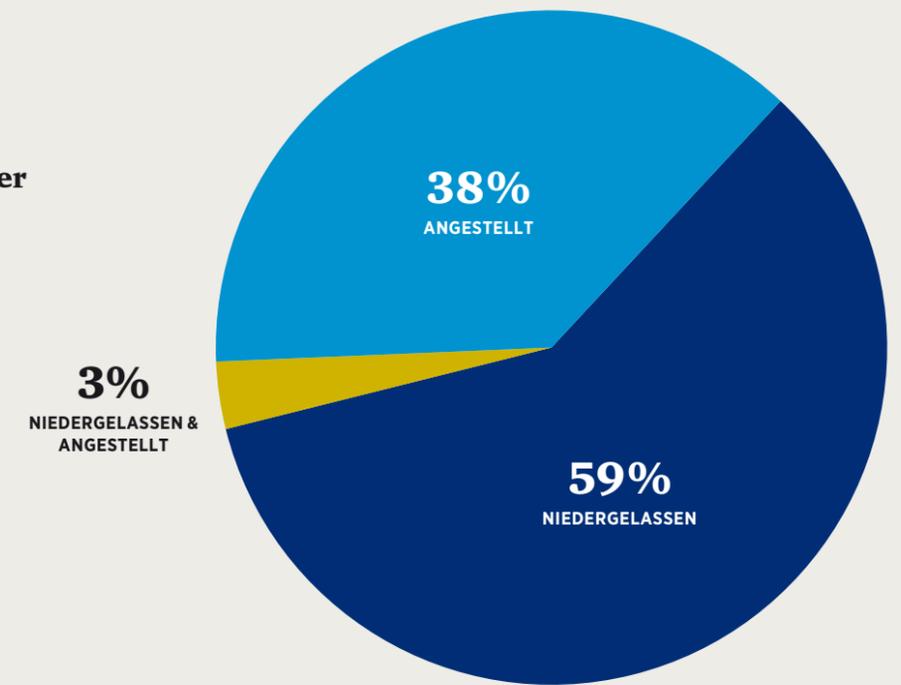
Die Mitgliederentwicklung & -struktur der Kammer

Mit 1.600 Mitgliedern begann die OPK im März 2007. Heute ist die Kammer rund 4.500 Therapeutinnen und Therapeuten stark. Der Beruf und die Arbeitsfelder haben sich in den letzten Jahren stark verändert und weiterentwickelt. Dies zeigen folgende Zahlen und Fakten.

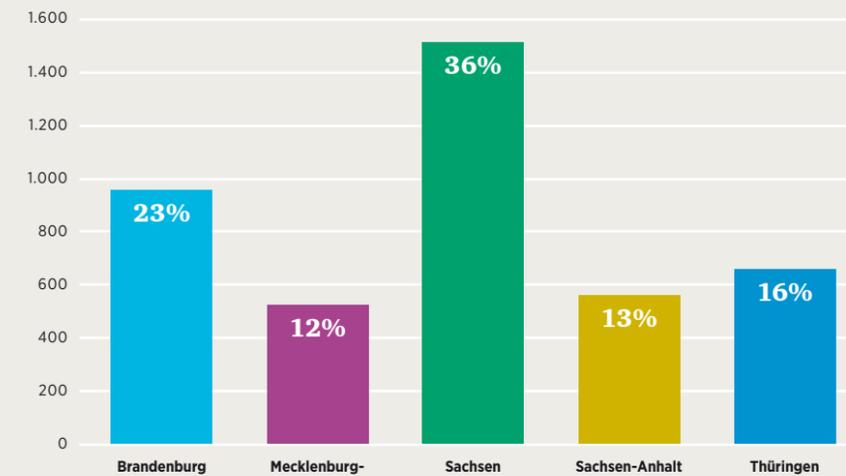
Mitgliederzuwachs 2008–2016



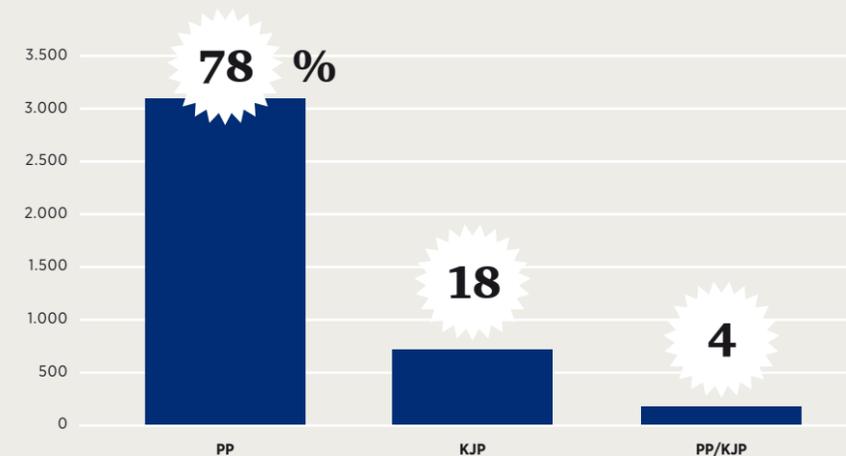
Berufstätige Mitglieder



Mitglieder



Berufsausübung



45 Ausbildungsinstitute sorgen im OPK-Gebiet für die qualitativ hochwertige Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Jährlich beenden durchschnittlich 200 Psychologische Psychotherapeuten und 70 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ihre Ausbildung in den fünf Bundesländern. Der Anteil der niedergelassenen Psychotherapeuten war bisher relativ stabil und lag bei zirka zwei Drittel der Mitgliedschaft. Nach der Reform der Bedarfsplanung 2013 sind im OPK-Gebiet noch einige Praxen im kassenärztlichen Versorgungssystem hinzugekommen. Die Zahl der Privatpraxen ist mit einem Anteil von knapp 200 Praxen sehr gering. In jüngster Zeit ist die Zunahme von Mischformen beruflicher Tätigkeit zu beobachten. Es wird zum Beispiel angestellt oder mit einem halben Praxissitz niedergelassen gearbeitet.



28. September 2016

Angestelltentag in Leipzig mit dem Titel „Angestellter oder Psychotherapeut? – Der freie Beruf und die Zwänge der Institution“

Foto: Antje Orass

Die OPK aus der

BARBARA KLEPSCH

Sächsische Staatsministerin
für Soziales und Verbraucherschutz

Die Aufgabe meines Ministeriums ist es, die staatliche Aufsicht über die Heilberufekammern wahrzunehmen. Damit bewegen wir uns in einem verfassungsrechtlichen Spannungsfeld. Einerseits müssen wir zwingend ein Mindestmaß an wirksamer Aufsicht wahrnehmen. Andererseits müssen wir aber auch einem Überborden aufsichtsrechtlicher Tätigkeit Grenzen setzen. Die Staatsaufsicht ist die notwendige Ergänzung der Selbstverwaltung, die den öffentlich-rechtlichen Körperschaften gesetzlich eingeräumt ist.

Dieses Spannungsfeld haben wir in den vergangenen Jahren praktisch umgesetzt – durch eine gute und stets konstruktive Zusammenarbeit mit der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer. Wir – mein Haus und ich – sind überzeugt, dass die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer weiterhin ein verlässlicher und konstruktiver Partner sein wird. Gemeinsam können wir für die anstehenden Herausforderungen praxisnahe und unbürokratische, am Patientenwohl orientierte Lösungen erarbeiten und umsetzen. Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer ist im zehnten Jahr ihres Bestehens nicht nur auf Bundesebene durch ihre Delegierten in der Bundespsychotherapeutenkammer fest etabliert. Sie ist die Stimme aller Ostdeutschen Psychotherapeuten, und diese Stimme wird auch zukünftig gehört.



Foto: Jürgen Lösel



Foto: BPTK

DR. DIETRICH MUNZ

Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer ist die jüngste unserer Kammern und damit auch die letzte, die der Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammern beigetreten ist. Sie ist bisher aber vor allem die einzige Kammer, die mehrere Bundesländer auf sich vereint. Schon das macht sie zu etwas Besonderem und gibt ihr eine starke Stimme in der Gesundheitspolitik. Was nach außen bis in die Bundespolitik wirkt, bedeutet aber viel Arbeit und viel Engagement der Kammermitglieder mit Ehrenamt und verdient unser aller Anerkennung.

Ich selbst bin auch Präsident einer Landeskammer in einem Flächenland und habe eine Vorstellung, was allein die Entfernungen in dem Gebiet einer Kammer, das sich auf fünf Bundesländer erstreckt, für das Engagement in der Kammer bedeuten. Auch kenne ich meine Landesregierung, mein Sozialministerium und bin dann doch froh, dass ich es nicht gleich mit fünf davon zu tun habe. Und hier muss ich eine ganz besondere Leistung der OPK hervorheben: Sie hat es geschafft, unter diesen nicht einfachen Bedingungen durch den Draht zu Landesregierungen und Gesundheitspolitikern echte Verbesserungen für die Versorgung zu erreichen.

Auch als Präsident der BPTK habe ich die starke Stimme der OPK für die Versorgung psychisch kranker Menschen schätzen gelernt. Hier zahlt sich ihre Besonderheit aus: Sie kann mit einer Stimme für die fünf neuen Bundesländer sprechen. Ich möchte ein Beispiel herausgreifen: Die Versorgung psychisch kranker Menschen war und ist gerade in den neuen Bundesländern stark verbesserungsfähig. Es fehlt aus historischen Gründen an einer ausreichenden Zahl an Praxen, die gesetzlich Versicherte behandeln dürfen. Und hier ist es den Landeskammern und der BPTK gemeinsam gelungen, erhebliche Verbesserungen zu erreichen, von denen vor allem die neuen Länder profitiert haben. Das war notwendig: Denn hier war die Ausgangslage auch besonders schwierig. Die OPK hat in diesem Prozess eine besondere Rolle gespielt: Unermüdlich haben die Kolleginnen und Kollegen Gespräche mit Bundestagsabgeordneten geführt. Unermüdlich haben sie die notwendigen Schreiben verfasst. Und das alles koordiniert und aufeinander abgestimmt.

Ich wünsche der OPK für die Zukunft weiterhin solch erfolgreiche Arbeit.

Sicht von...

DR. JENS METGE

Geschäftsführer der OPK

In erster Linie ist die OPK ein glänzendes Beispiel dafür, wie Menschen über ihre Berufsgruppen- und Landesgrenzen hinweg zusammenwirken können – für einen guten Zweck. Denn ohne die Bereitschaft unserer Mitglieder, sich seit Jahr und Tag ehrenamtlich für die Verbesserung der Versorgung einzusetzen, wäre die OPK in ihrer heutigen Form undenkbar.

Gerade wegen der unterschiedlichen Facetten des Berufes spielt die Präsenz des Vorstands vor Ort eine große Rolle. Denn dort wird die inhaltliche Arbeit gemacht. Es bereitet mir viel Freude, ihn dabei zu unterstützen.

Für unsere Arbeit bündeln wir Ressourcen und Synergien in den fünf Bundesländern immer wieder neu. Ich beschreibe es gerne als ein Haus mit drei Ebenen. Am wichtigsten ist uns die inhaltliche Ebene. Sie lebt zum einen von der guten Versorgungsleistung unserer Mitglieder, die Tag für Tag mit großer Hingabe ihre Patienten behandeln, und zum anderen von zahlreichen Fachgesprächen. Mit unserer politischen Aktivität können wir zudem wichtige Vorhaben mitgestalten. 425 Termine und die Teilnahme an mehr als 25 Gesetzgebungsverfahren in den letzten vier Jahren sprechen dafür, dass wir unsere Chancen nutzen. Die dritte Ebene ist der Service für unsere Mitglieder, der von zahlreichen Veranstaltungen bis hin zu einer modernen interaktiven Homepage reicht.

Das alles wird maßgeblich getragen von dem festen Fundament des ehrenamtlichen Engagements, während unsere vorausschauende Finanzplanung das Dach bildet.

So kommen wir unserem Ziel immer näher, die psychotherapeutische Versorgung weiter zu verbessern. Zugleich werden wir die OPK mit dieser gelungenen Kombination aus Service, Leistung und Qualität in ihr zweites Jahrzehnt als Erfolgsmodell geleiten. Ich freue mich darauf.



Foto: Helga Wehring



Foto: Sächsische Landesärztekammer

ERIK BODENDIECK

Präsident der Sächsischen
Landesärztekammer

Wir können stolz darauf sein, dass es einen instrumentalisierten Beirat der fünf Landesärztekammern und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer gibt. Die festen Termine zweimal jährlich garantieren eine enge Abstimmung bei relevanten Themen. Dabei ist die Tatsache, dass die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer die fünf neuen Länder zusammenfasst, ausgesprochen hilfreich.

Zum Psychotherapeutengesetz von 1999 gäbe es viel zu sagen. Aber einer der größten Erfolge dieses Gesetzes ist meiner Meinung nach, dass es dazu beigetragen hat, die Wahrnehmung von psychischen Erkrankungen, aber auch insgesamt die Wahrnehmung der Salutogenese als solcher, grundlegend in der Gesellschaft zu verändern. Die psychotherapeutische Mitbehandlung ist heute eine *conditio sine qua non* bei der ganzheitlichen Behandlung von Patienten, gerade auch bei somatischen Erkrankungen.

Zunehmend geht es um die komplexen Zusammenhänge zwischen dem Immunsystem und der Psyche, die noch nicht einmal ansatzweise erforscht sind. Sei es Krebs oder Diabetes, Rheuma oder eine Nierentransplantation: Der Einfluss der Psyche auf das Soma ist allgegenwärtig und für mich als Allgemeinmediziner bestimmt er den täglichen Patientenkontakt. Die konstruktive Zusammenarbeit von Psychotherapeuten und Ärzten ist bei vielen Patienten die Grundlage einer erfolgreichen Behandlung.

Für die Zukunft wünsche ich mir eine weiterhin so konstruktive Zusammenarbeit und eine stetig engere Verzahnung von Ärzten und Psychotherapeuten zum Wohle unserer Patienten.

4

Heilberufliche Selbstverwaltung

Die Möglichkeiten und das Spannungsfeld der heilberuflichen Selbstverwaltung im Kontext von Korporatismus, Wettbewerb und Professionalisierung



Foto: iStockphoto

„Die Kammern haben die Aufgabe, dort, wo der spezifische Sachverstand in Bezug auf die Berufsausübung gefragt ist, eigenständig Regelungen zu treffen.“

Interview mit Prof. Dr. Winfried Kluth

Herr Professor Kluth, berufspolitische Selbstverwaltung ist, wie der Wortteil *politisch* bereits impliziert, direkt abhängig von der Politik, der Staatsform und dem daraus resultierenden Rechtsrahmen. Der Selbstverwaltungsanteil der freien Heilberufe liegt dann genau worin?

Prof. Dr. Winfried Kluth: Die Selbstverwaltung der Heilberufe ist in erster Linie auf die berufsrechtlichen Belange bezogen. Es geht nicht um allgemeinpolitische Gestaltungsmöglichkeiten, sondern die Kammern haben die Aufgabe, dort, wo der spezifische Sachverstand in Bezug auf die Berufsausübung gefragt ist, eigenständig Regelungen zu treffen. Sie können und müssen zudem auf Anforderung die Gesetzgeber in diesen Themen beraten, und sie sind auch dazu berufen, gegenüber der Öffentlichkeit entsprechende Stellungnahmen abzugeben.

Was sind aus Ihrer Sicht die Chancen und Möglichkeiten der berufspolitischen Selbstverwaltung?

Das System der beruflichen Selbstverwaltung hat den Vorteil, dass dieser Bereich sowohl politisch als auch fachlich von den allgemeinen gesellschaftlichen Diskussionen abgehoben und dadurch versachlicht wird. Die Berufskammern haben historisch die Aufgabe, den besonderen Sachverstand in den Berufsordnungen vorzuordnen. Das heißt, durch interne Diskussionen gemeinsame Standpunkte auszuarbeiten und die darin liegende Expertise soll sowohl der Verwaltung, den Gerichten, aber auch dem Gesetzgeber zur Verfügung gestellt werden. Deshalb leisten die Berufskammern auch einen gewichtigen Beitrag zur Qualität in diesen Bereichen: im Bereich der Gesetzgebung, der Rechtsanwendung und auch im Bereich der gerichtlichen Entscheidungen.

Wo sehen Sie Risiken? Gibt es diese?

Jede Selbstverwaltung ist mit dem Risiko verbunden, dass eine gesellschaftliche Gruppe in eigenen Angelegenheiten tätig wird. Dieses Risiko wird in unserem System durch zwei Elemente aufgefangen: Einmal unterliegen die Kammern der staatlichen Rechtsaufsicht und der verwaltungsgerichtlichen Kontrolle. Die Ministerien und die Gerichte überwachen, dass die Kammern im Rahmen der Gesetze tätig bleiben. Das zweite Element ist, dass die Tätigkeit in den Kammern ein öffentliches Amt darstellt. Wer also als Mitglied einer Mitgliederversammlung der Kammer tätig ist oder im Präsidium sitzt, ist kein reiner Interessenvertreter, sondern er ist auch dem Gemeinwohl verpflichtet und den Gesetzen unterworfen. Das macht einen wesentlichen Unterschied zwischen der Kammer Tätigkeit einerseits und der Tätigkeit privater Verbände andererseits aus, die solchen Bindungen nicht unterliegen.

Die Kammern geben sich somit ihre eigene Berufsordnung und sind selbst Wächter ihrer Berufsethik?

Ja, die Berufsordnung basiert auf konkreten gesetzlichen Ermächtigungen. Das heißt, im Berufsgesetz ist näher geregelt, in welchen Fällen und mit welcher Intensität die Kammern selber regelnd tätig sein dürfen. Das Bundesverfassungsgericht hat vor vielen Jahren schon entschieden, dass die grundlegenden Fragen über den Berufszugang – also die Anforderungen an die Wahl des Berufes – durch den Gesetzgeber selber getroffen werden müssen. Wer den Beruf ausüben kann, ergibt sich aus Bundes- oder Landesgesetzen. Die Aufgabe der Kammer ist es in erster Linie, die vor allem für die Verbraucher wichtigen Einzelheiten der Berufsausübung und der Qualitätskontrolle ►

PROF. DR. WINFRIED KLUTH

forscht seit vielen Jahren über das Recht der Berufs- und Wirtschaftskammern sowie das Gesundheitsrecht. Nach dem Studium der Rechtswissenschaft und Geschichte an den Universitäten Bonn und Münster hat er sich als wissenschaftlicher Assistent an der Universität zu Köln habilitiert. Er ist seit 1999 Inhaber eines Lehrstuhls für Öffentliches Recht und Vorstandsvorsitzender des Instituts für Kammerrecht e.V. sowie geschäftsführender Direktor der Interdisziplinären Wissenschaften Einrichtung Genossenschafts- und Kooperationsforschung (IWE GK) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Er ist Mitglied im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht – DGMR.

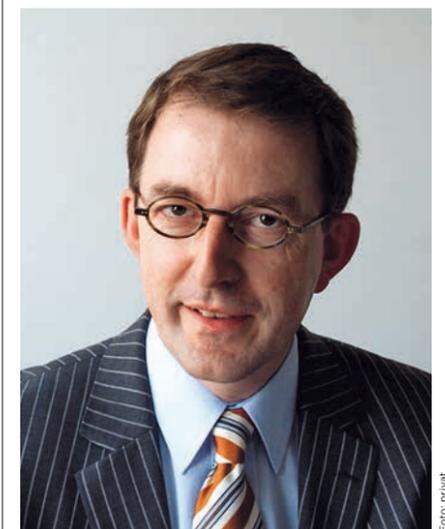


Foto: privat

Fortsetzung

Interview mit Prof. Dr. Winfried Kluth
„Die Kammern haben die Aufgabe, dort,
wo der spezifische Sachverstand in Bezug ...“

► bei der Berufsausübung zu regeln. In diesen Bereichen nutzt der Gesetzgeber den besonderen Sachverstand in den Kammern, damit die passenden und angemessenen Regeln getroffen werden.

Die Kammern der freien Heilberufe sind öffentlich-rechtliche Körperschaften. Welche Bedeutung hat dieser Status für den Staat?

Mit dem Körperschaftskonzept ist zunächst die demokratische Verfassung verbunden. Denn Körperschaften bestimmen ihre Leitungsorgane durch die Mitglieder – das ist ein wichtiger Unterschied zu sonstigen Bereichen der Verwaltung, bei denen das Personal von oben, also von den Ministerien ausgewählt wird. Wir haben eine Verwirklichung des Partizipationsgedankens von den Aufgaben betroffenen Bürgerinnen und Bürger auch über das Leitungspersonal mitzuentcheiden. Das zweite Element der Körperschaft des öffentlichen Rechts bedeutet zugleich, die Verpflichtung auf Sachlichkeit und auf die Beschränkung des eigenen Tätigkeitskreises auf den gesetzlichen Rahmen. Die Kammern dürfen nur Aufgaben wahrnehmen, zu denen sie gesetzlich ermächtigt sind. Sie dürfen nicht darüber hinaus tätig werden. Wenn dies eintreten sollte, hat jedes Kammermitglied das Recht, gerichtlich feststellen zu lassen, dass die Kammer unzulässig tätig wurde. Das ist ein besonderes und praktisch sehr wirksames Kontrollinstrument, das es nur im Kammerrecht gibt.

Psychotherapeuten sind nach Erteilung der Approbation automatisch Zwangsmitglieder der Kammer. Diese Pflichtmitgliedschaft führt immer wieder zu sehr kontroversen Mitgliederdebatten. Was sagen Sie als renommiertes Kammerrechtswissenschaftler dazu?

Wenn man einem Berufsstand das Recht der Selbstverwaltung gesetzlich einräumt, dann müssen auch alle, die diesen Beruf ausüben, Mitglied der Kammer sein, damit sie an den Wahlen teilnehmen und ihre Rechte in der Kammer wahrnehmen können. Die gesetzliche Pflichtmitgliedschaft ist für die Ver-

wirklichung des Demokratieprinzips in den Kammern eine zwingende Voraussetzung. Sie eröffnet Gestaltungsmöglichkeiten. Zugleich sind die Beitragsverpflichtungen die Kehrseite der Medaille. Allerdings muss man hier berücksichtigen, dass bei einer Wahrnehmung der entsprechenden Aufgaben durch staatliche Stellen die Mitglieder ebenso zur Finanzierung herangezogen würden, über Gebühren oder – nicht direkt sichtbar – über die Erhebung höherer Steuern. Es wäre also nur ein anderer und aus dem Blickwinkel der Abgabengerechtigkeit weniger überzeugender Weg, der dann beschritten würde. Die Alternative zur gesetzlichen Pflichtmitgliedschaft ist demnach eine Wahrnehmung der gleichen Aufgaben durch den Staat mit weniger Einfluss der Mitglieder und der gleichen finanziellen Beteiligung der Mitglieder.

Welche Zukunft sehen Sie für die heilberufliche Selbstverwaltung im gesamteuropäischen Kontext? Wird es gelingen, für freie Berufe neue Regulierungsmaßnahmen zu finden?

Die Entwicklung in den verschiedenen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union ist sehr uneinheitlich in den letzten Jahrzehnten verlaufen. Beim Thema Bürokratieabbau ist insofern nicht die Frage, ob man das Prinzip Kammern in Frage stellt oder nicht, sondern wie die Entscheidungen dort inhaltlich aussehen. Verbraucherschutz und Qualitätskontrolle sind die Hauptthemen aus den Kammern. Der pauschale Ruf nach Bürokratieabbau ist meist mit der Aufforderung verbunden, Informationspflichten zu verringern. Ganz zentrale Aufgaben der Informationspflicht des Berufsrechtes sind Verbraucherschutz und Qualitätssicherung. An dieser Stelle ist genau zu überlegen, ob man nicht das Kind

IM AUGENBLICK IST DIE TENDENZ JA EHER SO, DASS ES FORDERUNGEN GIBT, AUCH FÜR ANDERE BERUFE SOGAR NEUE KAMMERN ZU GRÜNDEN, WEIL MAN DARIN EINE BESSERE GRUNDLAGE FÜR DIE STEIGERUNG DER QUALITÄT IN DEN ENTSPRECHENDEN BERUFEN SIEHT.

mit dem Bade ausschüttet. Deshalb muss man diese Diskussion aufgeklärt und mit dem Blick auf die Folgen führen.

Die Europäische Union legt in ihrer Gesetzgebung auf Verbraucherschutz und Qualitätssicherung einen hohen Wert. Deren Vertreter betonen immer wieder, dass es eine Entscheidung der Mitgliedsstaaten ist, welche Modelle sie für die Berufe und die Berufsorganisationen wählen. Man ist dazu gewissermaßen neutral. Man hinterfragt jedoch, ob die getroffenen Regelungen erforderlich sind. In einigen Mitgliedsstaaten ist zu beobachten, dass Aufgaben der beruflichen Selbstverwaltung wieder verstärkt durch staatliche Stellen wahrgenommen werden.

Sehen Sie einen solchen Weg für Deutschland möglich?

Das Grundgesetz verlangt weder das eine noch das andere zwingend. Es geht hierbei um Mehrheitsentscheidungen und politische Klugheit. Im Augenblick ist die Tendenz ja eher so, dass es Forderungen gibt, auch für andere Berufe sogar neue Kammern zu gründen, weil man darin eine bessere Grundlage für die Steigerung der Qualität in den entsprechenden Berufen sieht. Zum Beispiel der Bundesverband der Berufsbetreuer verfolgt ein solches Anliegen. Es handelt sich um eine sensible Tätigkeit, ähnlich wie bei den Heilberufen. Dennoch gibt es hier kaum Qualitätskontrollen und Transparenz. Wir haben einige Bundesländer, die Pflegekammern gegründet haben. Dort steht auch der Gedanke im Hintergrund, dass durch eine Verkammerung der Einfluss des Berufes auf die Weiterentwicklung des Berufsrechtes, gleichzeitig auch die Qualitätssicherung verbessert werden. • Interview: Antje Orgass

Die berufliche Selbstverwaltung im Spannungsfeld politischer Einflussnahme und demokratischer Legitimation

DR. CHRISTINA TOPHOVEN

studierte an der Albertus Magnus Universität zu Köln Volkswirtschaft in sozialwissenschaftlicher Richtung. Sie arbeitete von 1987 bis 1989 im Deutschen Bundestag, zunächst als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Enquete-Kommission „Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung“ und anschließend im Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung. Von 1990 bis 1998 war sie Referentin für Sozialpolitik beim AOK-Bundesverband. Ab 2003 lag ihr Aufgabenbereich bei der Kassenärztlichen Vereinigung in der Entwicklung „Neuer Versorgungsformen“. Seit 2004 ist sie Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer.



Foto: BPHK

Die Aufgaben der Psychotherapeutenkammern sind vielgestaltig. Neben der beruflichen Selbstverwaltung gehört auf Bundes- wie Landesebene die Positionierung in der gemeinsamen Selbstverwaltung genauso dazu wie die Vertretung der Interessen der Psychotherapeuten und ihrer Patienten gegenüber der Politik. Damit ist das Aufgabenprofil der Psychotherapeutenkammern im Vergleich zu anderen Heilberufskammern besonders breit. Dies erklärt sich damit, dass in wichtigen Organisationen, wie z. B. den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Interessen der niedergelassenen Psychotherapeuten zwar von ihren Berufsverbänden vertreten werden, diese aber gegenüber den Ärzten in einer Minderheitenposition sind. Aufgrund der internen Mehrheitsverhältnisse werden diese Organisationen die Interessen der Psychotherapeuten nicht vorrangig vertreten können bzw. wollen. Die Kammern sind damit eine wichtige Ergänzung und Unterstützung der dort tätigen Berufsverbände. Ähnliches gilt für Organisationen im Krankenhausbereich auf Bundes- und Landesebene, aber auch für weitere Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten. Die Berufsgruppe ist in der Regel in einer Minderheitenposition. „Pur“ vertreten die Interessen der Psychotherapeu-

ten die Kammern sowie die Berufs- und Fachverbände. Das Spezifikum der Kammern in Ergänzung zu den Verbänden ist, dass sie alle Verfahren, Berufsgruppen und Tätigkeitsfelder im Blick haben. Es gilt also, bezüglich des Spannungsfeldes zwischen Legitimation und politischer Einflussnahme drei Ebenen und die jeweils spezifische Rolle der Psychotherapeutenkammern zu berücksichtigen.

Berufliche Selbstverwaltung

Die Profession gestaltet den Kern ihrer beruflichen Tätigkeit insbesondere über ihre Berufs-, aber auch über ihre Weiterbildungs- und Fortbildungsordnung selber. Das ist ein großes Privileg. Was wie geregelt wird, ist eine fachlich diskursive Entscheidung und erfordert eine demokratische Legitimation. Berufsrechtliche Regeln bedürfen demokratischer Entscheidungsprozesse, damit sie ausreichend Akzeptanz besitzen.

Das Spannungsfeld zwischen Mitgliedern und Kammer löst sich dadurch allerdings nicht auf. Die Einhaltung der selbst gesetzten Regeln und die Entscheidung, Sanktionen auszusprechen, wenn diese Regeln nicht eingehalten werden, bleiben ein autoritativer Akt. Im Konfliktfall geht es nicht

nur um formelle Rechtmäßigkeit, sondern immer auch darum, ob die Umsetzung der selbst gesetzten Regeln als gerecht bzw. legitim erlebt wird. Als legitim werden die Entscheidungen gelten, wenn sie den gemeinsamen Werten und Zielen der Psychotherapeuten entsprechen; als legal, wenn die Gründe für die Entscheidungen in einem geregelten Verfahren offengelegt und rechtlich begründet werden. Legitimation durch demokratische Wahlen, Legalität durch rechtmäßige Verfahren und Legitimität durch wertorientiertes Handeln gehören zwingend zueinander. An der Nahtstelle zwischen Legitimation, Legalität und Legitimität entsteht verantwortliche Politik.

Gemeinsame Selbstverwaltung

Prägend für die berufliche Tätigkeit der Psychotherapeuten, z. B. im Gesundheitssystem, sind darüber hinaus die Regeln, die ihnen der gesellschaftliche Kontext vorgibt, also Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, die sie bei der Behandlung ihrer Patienten zu beachten haben, aber auch Verträge, die die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen regeln. Nicht alle Regeln werden im Bundestag gesetzt. Für viele Regeln ist die gemeinsame Selbstverwaltung des Gesundheitssystems verantwortlich. Untergesetzliche Normen oder auch vertragliche Vereinbarungen entstehen in einem hochkomplexen und nicht immer transparenten Prozess, in dem verschiedene Interessen aufeinandertreffen und in dem häufig nicht mehr als ein Konsens auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner erreicht werden kann.

Die Ergebnisse dieses politischen Interessenausgleichs prägen aber die Arbeit und den Alltag der Psychotherapeuten in der Praxis und im Krankenhaus. Nicht selten erzeugt dieses Regelwerk Unmut bei den Kammermitgliedern. Beispiele sind die mangelhafte Vergütung von Psychotherapeuten, eine Bedarfsplanung, bei der ►

Fortsetzung

Dr. Christina Tophoven

Die berufliche Selbstverwaltung im Spannungsfeld politischer Einflussnahme und ...

► bisher die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen keine Rolle spielt, oder die Personalvorgaben und die Kodierrichtlinien in den Krankenhäusern, die Behandlungsleitlinien nicht ausreichend beachten und die Übernahme von Leitungsfunktionen erschweren. Diese Mängel sind für die Kammermitglieder evident und belastend. Kammervorstände erhalten Briefe, in denen fachlich fundiert dargelegt wird, warum es so nicht weitergeht. Trotzdem geht vieles manchmal auch jahrelang immer so weiter. Auseinandersetzungen in der Selbstverwaltung sind zähe Prozesse, in denen sich fachlich akzeptable Lösungen erst über Jahre finden und in denen sich allzu häufig auch andere Interessen als die eigenen durchsetzen.

Das Regelwerk des Gesundheitssystems legt äußerst detailliert fest, wer wie zu beteiligen ist und welche fachlichen Expertisen einzuholen sind. Auch das macht jedwede Änderung enorm aufwendig und den Spielraum für Änderungen von vornherein eher klein. Fast jede Forderung tangiert die Interessen anderer Gesundheitsberufe, der Krankenhäuser, der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Krankenkassen. Wer etwas erreichen will, braucht nicht nur gute fachliche Argumente, sondern auch eine profunde Analyse der Interessenkonflikte und die Fähigkeit, Allianzen zu schließen.

Für die Interessen der Psychotherapeuten muss man also eine „doppelte Machtlosigkeit“ konstatieren. Vor allem durch die Institutionen, die für das Gesundheitssystem untergesetzliche Normen und vertrag-

liche Vereinbarungen bestimmen, werden in aller Regel nicht vorrangig die Interessen der Psychotherapeuten bzw. ihrer Patienten vertreten. In welchem Umfang sie das tun, ist das Ergebnis interner Meinungsbildungsprozesse, deren Ergebnis widerspiegelt, dass Psychotherapeuten hier nicht die Mehrheit haben. Die Kammern aber, die vor allem den Interessen der Psychotherapeuten und psychisch kranken Menschen verpflichtet sind, sind in vielerlei Kontexten strukturell primär nicht zuständig. Sie haben nur beratende Rollen, sind Beteiligte und können mit ihrer fachlichen Expertise zwar Entwicklungen befördern – mit am Verhandlungstisch sitzen sie aber häufig nicht. Sie können allerdings eine wichtige unterstützende Funktion für die in den Organisationen tätigen Psychotherapeuten und Berufsverbände haben. Mit diesem Zusammenspiel konnte schon viel erreicht werden.

Politische Interessenvertretung

Eine weitere Perspektive kommt für Gesetzgebungsprozesse hinzu. Die allermeisten Patienten sind Pflichtmitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden über Pflichtbeiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert. Ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem wird von der Mehrheit der Bürger getragen, wenn die Beiträge gemessen am Einkommen als angemessen und die Leistungen als ausreichend empfunden werden. Die politische Erwartung ist, dass jeder im Gesundheitssystem, Beitragszahler, Patienten und alle, die darin arbeiten, sich diesen Zielen verpflichtet fühlen. Politische Interessenvertretung wird deshalb auch daran gemessen, ob vorgetragene Forderungen damit kompatibel sind. Gefordert ist eine Art Selbstbeschneidung im Interesse des Ganzen. Längst nicht alle Lobbygruppen beherzigen

dies – aber das muss man sich leisten können und wollen. Sprich, man muss glaubhaft mit kurzfristigem Verlust an Wählerstimmen drohen können und wollen.

Fazit

Wer in einer Kammer politische Verantwortung übernimmt, wird der Analyse seiner Kollegen, was schief läuft und geändert werden sollte, erst einmal folgen können. Aber was ist dann angesichts der oben skizzierten Rahmenbedingungen die Botschaft an die Mitglieder? Wir verstehen euer Anliegen, wir sehen die Schwierigkeiten im Versorgungsalltag, aber es wird ein langer Prozess sein, dieses Problem zu beheben. Wir müssen der Gesundheitspolitik oder den Partnern in der gemeinsamen Selbstverwaltung Angebote unterbreiten, zu denen auch gehört, dass Kompromisse möglich sind, damit psychotherapeutische Anliegen berücksichtigt werden. Dazu gehört zum Beispiel, dass sich die Kammern mit ihren Mitteln dafür einsetzen, dass ihre Mitglieder ihre Versorgungsaufträge erfüllen. Wir vertreten eure berufspolitischen Anliegen, wenn sie – gemessen an den Zielen und Werten der Profession, aber auch an der Funktionsfähigkeit des Gesamtsystems – als legitim gelten dürfen. Das wird nicht immer die Gefühlslage der Mitglieder treffen! Ist aber ehrlich!

Zwischen politischer Einflussnahme und demokratischer Legitimation – also der Notwendigkeit, Wahlen zu gewinnen, um politisch arbeiten zu können – besteht ein starkes Spannungsfeld. Es kann nur durch den intensiven Diskurs zwischen denjenigen, die in der Kammer politische Verantwortung tragen, und denjenigen, die sie wählen, konstruktiv aufgelöst werden. Die Kammern brauchen keine Berufspolitiker, die ihren Mitgliedern viel versprechen und wenig halten. Sie brauchen Verantwortliche, die sich auf das Bohren sehr dicker Bretter einlassen und an der Legalität, aber auch Legitimität der von ihnen vertretenen Positionen gemessen werden. Legitimität und Legalität müssen zusammenkommen. Dafür werden politisch Verantwortliche gewählt. Alles andere wäre Populismus. Zum Populismus gehören immer zwei: die, die denken mit Populismus Wählerstimmen zu erhalten, und die, die derart wählen. Das sollte der beruflichen Selbstverwaltung weiterhin erspart bleiben.

5

Neue Herausforderungen

Die Psychotherapie kann viel für die optimale Versorgung psychisch kranker Menschen leisten. Sie muss heute und in Zukunft noch verstärkt bedarfsgerecht und flexibel auf die Bedürfnisse der Patienten zugeschnitten werden. Die Rahmenbedingungen dafür sind zu überdenken und müssen teilweise erst geschaffen werden. Vier Beispiele.



**WER ETWAS ERREICHEN WILL,
BRAUCHT NICHT NUR GUTE FACHLICHE
ARGUMENTE, SONDERN AUCH
EINE PROFUNDE ANALYSE DER
INTERESSENKONFLIKTE UND DIE
FÄHIGKEIT, ALLIANZEN ZU SCHLIESSEN.**

SCHMERZ PSYCHO THERAPIE

Gute Versorgung der vielen Schmerzpatienten
in Deutschland noch nicht erreicht



Foto: Stockphoto

Alle Menschen haben schon einmal Schmerzen gehabt. Sie bedürfen auf den ersten Blick keiner weiteren Erklärung. Wir begreifen Schmerz intuitiv zunächst einmal als Folge eines konkreten Ereignisses. Wir stoßen mit dem Fuß gegen einen Schrank und ein stechender Schmerz durchzuckt uns. Der Körper wird geschädigt und als Konsequenz erleben wir körperliche Schmerzen. Doch das ist nicht die ganze Wahrheit. Sehr viele Menschen haben häufig Schmerzen, deren Auslöser unklar ist. Chronische Schmerzen sind eine eigene und eine sehr häufige Krankheit. Im bald erscheinenden ICD 11 soll chronischer Schmerz eine eigene Diagnose darstellen. Etwa sechs Millionen Menschen in Deutschland leben mit dauerhaften Schmerzen, die sie in ihrem Alltag und Beruf stark beeinträchtigen. Am häufigsten sind Rücken- und Kopfschmerzen. Laut der Definition der International Association for the Study of Pain (ISAP) ist Schmerz [...] ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen beschrieben wird. [...]

Schmerzpatienten profitieren am meisten von einer multimodalen Behandlung, die auch Psychotherapie mit einschließt. Vor allem im langfristigen Vergleich erweist sich die Verbesserung der Symptomatik und die Reduktion der täglichen Beeinträchtigungen derjenigen Patienten, die auch eine spezielle schmerzpsychotherapeutische Behandlung erhalten hatten, als stabiler und nachhaltiger. Denn Schmerzen ziehen physische und psychische Veränderungen nach sich, die das Schmerzerleben intensivieren können und dysfunktionale psychosoziale Veränderungen bewirken. So neigen viele Patienten zu negativen Gedankenspiralen, sind händeringend auf der Suche nach Auslösern ihrer Schmerzen und kreisen gedanklich um das Schmerzerleben. Enttäuschung und Resignation werden immer größer, wenn selbst die modernste medizinische Technik keine eindeutigen Antworten geben kann. All dies wirkt sich wiederum negativ auf das Schmerzerleben aus. Ein Teufelskreis. Die Schmerzpsychotherapie kann Chronifizierungsprozessen entgegenwirken und bereits chronisch gewordene Verläufe mildern. Sie setzt dabei vielfältige Diagnoseinstrumente und spezielle psychotherapeutische Methoden und Techniken ein und ist interdisziplinär ausgerichtet. Dem komplexen Geschehen Schmerz muss interdisziplinäres Fachwissen entgegengesetzt werden.

PATIENTEN MIT CHRONISCHEN SCHMERZEN BRAUCHEN EINE BEHANDLUNG, BEI DER VERSCHIEDENE FACHGRUPPEN ENG ZUSAMMENARBEITEN. PSYCHOTHERAPEUTEN MÜSSEN TEIL SOLCHER INTERDISZIPLINÄREN TEAMS SEIN.

Bedauerlicherweise ist eine gute Versorgung der vielen Schmerzpatienten in Deutschland noch nicht erreicht. Die Ärztezeitung spricht 2016 von einem „Notstand bei spezialisierter Therapie“. Die OPK setzt sich für eine Verbesserung der Situation ein und verabschiedete im Jahr 2014 die Richtlinie „Spezielle Schmerzpsychotherapie OPK“, die Vorgaben zur theoretischen und praktischen Vertiefung macht und die Anerkennung der Zusatzqualifizierung regelt. Im stationären Bereich werden Psychotherapeuten dringend benötigt und sind zunehmend selbstverständlicher Teil der Behandlungsteams. Die OPS-Ziffern zur multimodalen Schmerztherapie schreiben die Anwendung von qualifizierter Psychotherapie und damit den Einbezug von Psychotherapeuten zwingend vor. Doch auch im ambulanten Bereich gibt es einen großen Bedarf an qualifizierten Behandlern, der noch lange nicht gedeckt ist. Es geht um die Etablierung von vernetzten und abgestimmten Behandlungsmöglichkeiten, auch im ambulanten Bereich. Psychotherapie ist ein wichtiger Bestandteil solch zukunftsweisender Behandlungskonzepte. Wir werden uns weiterhin fachlich wie politisch dafür einsetzen, dass Schmerzpatienten besser versorgt werden und wirksame psychotherapeutische Möglichkeiten auch tatsächlich sinnvoll eingesetzt werden können.

DR. ANDREA WALTER

studierte an der Ludwig-Maximilians-Universität München Psychologie mit den Schwerpunkten politische Psychologie und klinische Entwicklungspsychologie sowie Wissenschaftstheorie. Nach dem Abschluss als Diplom-Psychologin 2008 promovierte sie bis 2012 am Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften in Leipzig in einem DFG-geförderten Forschungsprojekt zu kognitiven und neuropsychologischen Grundlagen der Handlungssteuerung. Nach Abschluss der Promotion beschäftigte sie sich als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsklinikum Leipzig im Department für Psychische Gesundheit mit der Evaluation von onlinegestützten Therapieprogrammen bei Traumafolgestörungen und Essstörungen. Seit 2014 ist sie wissenschaftliche Referentin bei der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.



Foto: privat

Seit dem Jahr 2014 existiert die Richtlinie **Spezielle Schmerzpsychotherapie OPK.**

Mitglieder, die die Vertiefung erwerben wollen, erwerben umfassendes theoretisches Wissen, müssen praktische Fälle mit Schmerzpatienten dokumentieren und an interdisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen. Zahlreiche Mitglieder haben ihre bisher erworbenen Qualifikationen anerkennen lassen oder nehmen am Fortbildungsangebot der OPK teil. Wegen der großen Nachfrage startet das Curriculum 2017 erneut.

In dieser Definition stehen die körperliche und die psychische Komponente des Schmerzes nebeneinander. Insofern ist es nur konsequent, dass die Beschäftigung mit Schmerzen am besten mit multifaktoriellen Modellen der Schmerzentstehung und Schmerzaufrechterhaltung geschieht. Man spricht vom bio-psycho-sozialen Modell. Chronische Schmerzen dauern länger als sechs Monate an. Ihre auslösende Ursache (im Sinne einer physischen Gewebsschädigung) ist oft nicht mehr vorhanden oder gänzlich unbekannt. Er wird durch vielfältige kognitive, emotionale und neuroplastische Lern- und Verarbeitungsprozesse vom Symptom zur Krankheit selbst. So sind etwa die allermeisten Fälle von Rückenschmerzen – etwa 80% – unspezifisch. Es liegt keine eindeutige orthopädische Ursache vor.

Die Patientenversorgung
in der stationären & ambulanten

PSYCHO ONKOLOGIE



Seit Anfang 2014 existiert die **S3-LEITLINIE für die psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten**. Sie hebt die Bedeutung der psychosozialen Unterstützung bei Krebspatienten hervor und definiert ihren Rahmen und den Qualitätsanspruch.

Foto: iStockphoto

Als Katja Jansen* 2015 von ihrer Brustkrebsdiagnose erfährt, ist ihr Mann sofort zur Stelle. Ihre Ärztin klärt die damals 29-Jährige darüber auf, was in den nächsten Monaten auf sie zukommt: OP, Chemotherapie, vielleicht auch eine Brustamputation. Eine Psychologin ist bei diesem Gespräch nicht dabei. Diesen Part übernimmt Katjas Ehemann.

Wer wie Katja an Krebs erkrankt, hat nur ein Ziel: wieder gesund werden. Während Onkologen den Patienten Chemotherapien und Bestrahlungen verordnen, kümmern sich Psychoonkologen um das seelische Befinden des Patienten. Sie bieten den Patienten eine professionelle Begleitung und Behandlung ihrer psychischen Beschwerden während, aber auch nach ihrer Krebserkrankung an. „Wir unterstützen den Patienten dabei, seine Krankheit zu bewältigen, in dem wir seine Ressourcen und sein Gefühl für Selbstwirksamkeit fördern“, so Dr. Claudia Hoffmann, Psychoonkologin in der ambulanten Tätigkeit im MVZ am

DRK-Krankenhaus in Chemnitz-Rabenstein. Je nachdem, in welcher Krankheitsphase sich der Patient befinde, komme er mit ganz unterschiedlichen Sorgen und Ängsten zu ihr in die ambulante Praxis. „Zu Beginn ist es häufig der Schock über die Diagnose. Der Alltag ändert sich mit einem Schlag.“ Oftmals reicht auch ein unterstützendes Gespräch, um sich mal zu entlasten, ohne dabei gleich psychisch krank zu sein. Dennoch entwickeln etwa 25–30% aller onkologischen Patienten eine behandlungsbedürftige psychische Störung, wobei Angststörungen und Depressionen zu den häufigsten gehören.

Gerade bei Patienten mit einer schweren Tumorerkrankung sei eine langfristige Betreuung wichtig, betont Dr. Hoffmann. Dabei ginge es immer darum, Strategien zu finden, die Belastungen durch die Krankheit und Therapie zu lindern und die Lebensqualität des Patienten zu verbessern. Auch Katja ist bei Dr. Hoffmann in Behandlung, die ihr besonders während der Chemotherapie sehr geholfen hat. Katja hatte

VIELE PATIENTEN NUTZEN DAS PSYCHOONKOLOGISCHE ANGEBOT AUCH FÜR EIN ORIENTIERENDES GESPRÄCH HINSICHTLICH DER DIAGNOSE ODER ENTSCHEIDUNG ZUR BEHANDLUNG.



DR. CLAUDIA HOFFMANN



ANNE WEINHOLD

große Probleme damit, das Leid der Frauen zu sehen, bei denen die Krankheit schon weiter fortgeschritten war. „Das hat mir selbst teilweise den Mut genommen“, erinnert sich die gelernte Versicherungskauffrau. Die Psychologin habe ihr Tipps gegeben, wie sie sich in solchen Situationen verhalten und selbst beruhigen könne. Auch die vermittelten Atem- und andere Entspannungsübungen hätten ihr sehr geholfen.

Seele im Schlepptau der körperlichen Behandlung

Oftmals werden psychische Belastungen während der medizinischen Behandlung in den Hintergrund gedrängt. Auch Anne Weinhold, psychologische Psychotherapeutin und Leiterin des Psychoonkologischen Dienstes am zertifizierten Onkologischen Centrum Chemnitz der Klinikum Chemnitz gGmbH, weiß um die Probleme, die aus einer Krebserkrankung entstehen können: „Auch nach einer erfolgreichen Behandlung kann es noch zu Langzeitnachwirkungen kommen.“ Die Patienten merken erst viel später, dass ihre Seele im „Schlepptau“ hänge, bestätigt Dr. Hoffmann. Oft fordern die Patienten zu schnell von sich selbst oder die Umwelt signalisiere ihnen, die Rolle des Gesunden wieder einzunehmen. Dazu seien sie aber psychisch vielleicht noch gar nicht in der Lage. „Bis zu 90% aller Krebspatienten leiden unter Symptomen des Fatigue-Syndroms, das heißt, dass sie nach einer Chemotherapie etwa körperlich und geistig nicht mehr so leistungsfähig sind wie vorher“, berichtet Weinhold. Viele Patienten haben natürlich auch Angst, dass der Krebs eines Tages zurückkehren könnte. Wenn jemand tatsächlich wieder erkrankte, löse dies oftmals eine noch heftigere psychische Belastung aus als die Ersterkrankung, berichtet Dr. Hoffmann. Auch die Auseinandersetzung mit Tod und Sterben sei immer ein sehr berührendes Thema. Besonders in diesen Situationen seien vermittelnde Gespräche auch für Angehörige sehr entlastend, so Dr. Hoffmann. Das Einbeziehen von Angehörigen gehört zunehmend in die therapeutische Arbeit von Psychoonkologen, die sich sogar häufiger belastet fühlen als die Patienten. Zur Sorge um den kranken Partner kommen Existenz- und Verlustängste, aber auch Gefühle der Überforderung, stehen sie doch plötzlich allein mit Kindern, Haushalt und dem Alltag da. ▶

Fortsetzung

Maike Niet
Die Patientenversorgung in der stationären & ambulanten Psychoonkologie

► **Patientengruppe braucht zugeschnittene Diagnose**

Der psychologische und psychosoziale Behandlungsbedarf ist hoch. Dennoch erhält bisher nur ein kleiner Teil aller Patienten die nötige Behandlung. Die Betreuung der gesetzlich Versicherten durch in psychotherapeutischen Praxen arbeitende Therapeuten ist zurzeit nur im Rahmen der allgemeinen ambulanten psychotherapeutischen Regelversorgung möglich. Dafür müssen die psychischen Belastungen so schwerwiegend sein, dass sie gemäß dem Diagnose-schlüssel des ICD10 den Kriterien einer psychischen Störung entsprechen und einer regelmäßigen therapeutischen Behandlung bedürfen. „Die Ängste bei einem onkologischen Patienten sind in der Regel aber als real und nicht als neurotisch anzusehen und auch nicht jede Traurigkeit entspricht dem Störungsbild einer Depression“, erklärt Dr. Hoffmann. Ihrer Meinung nach müsse man eine speziell für diese Patientengruppe zugeschnittene Diagnose schaffen, die jene psychischen und psychosozialen Belastungen infolge der onkologischen Erkrankung charakterisiere, für die das ICD10 keine ausreichende Klassifizierung anbiete. „Mit einer neuen Diagnose könnte ein größerer Anteil der onkologischen Patienten auch psychotherapeutisch behandelt werden.“ Sollte die psychotherapeutische Regelversorgung dadurch erweitert werden, so würde sich daraus ein zusätzlicher Bedarf an Psychotherapeuten ergeben.

Auch Weinhold wünscht sich für jeden Patienten eine individuelle Behandlung. Sie weiß, dass trotz eines hervorragend aufgestellten Psychoonkologischen Dienstes stationäre Psychotherapien in einem somatischen Krankenhaus aufgrund struktureller Gegebenheiten nur schwer möglich sind. „In dem gegebenen Setting ist meist nur eine supportive Begleitung oder Beratung möglich“, so Weinhold. Tatsächlich ist es so, dass ein Krankenhaus nicht mehr Geld bekommt, auch wenn ein Psychoonkologe beim Patienten gewesen ist. Ein weiteres Problem aus ihrer Sicht sei, dass viele Krebstherapien heute im ambulanten Bereich gemacht werden. „Diese Patienten sind dann mit der

Behandlung schon so eingespannt und auch körperlich belastet, dass sie nicht noch zusätzlich zu uns in Krankenhaus kommen“, erklärt Weinhold, „obwohl sie den Bedarf haben.“ Die besondere Herausforderung liegt darin zu schauen, wo man dem Patienten helfen kann, ohne ihn durch die psychologische Arbeit noch zusätzlich zu belasten. Vordergründig geht es natürlich immer um die Krebsbehandlung. Manche Patienten seien körperlich so geschwächt, dass man einen Hausbesuch machen müsse. Aber auch das sei unter den normalen Bedingungen nicht abrechenbar und ein Umherfahren zu den Praxen wäre organisatorisch kompliziert. Der Idealfall, dass alle Behandlungen vor Ort im Krankenhaus stattfinden, sei aber aufgrund der niedergelassenen „Konkurrenz“ nicht machbar, so die Psychologin. Sie fordert andere Rahmenbedingungen, die eine ambulante psychotherapeutische Behandlung am Ort der onkologischen Betreuung ermöglichen.

Viele Patienten nutzen das psychoonkologische Angebot auch für ein orientierendes Gespräch hinsichtlich der Diagnose oder Entscheidung zur Behandlung. Manchmal entstehen kommunikative Missverständnisse zwischen Arzt und Patient, denn nicht immer versteht der Patient, was der Arzt ihm mitgeteilt hat. „Wir haben die Zeit, um auf den Patienten einzugehen und Missverständnisse zu klären“, so Weinhold. Ihrer Ansicht nach wäre es optimal, bei den Aufklärungsgesprächen mit dem Arzt und Patienten dabei zu sein. Dann wisse man, was der Arzt gesagt habe, um dann den Patienten optimaler begleiten und behandeln zu können. Aber auch diese Umsetzung sei im beruflichen Alltag organisatorisch schwer einzubauen. „Es gibt Ärzte, die einen Psychologen regelmäßig mit anfordern, aber leider viel zu selten“, berichtet Weinhold.

Schnellerer Erstkontakt zum Therapeuten

Laut Dr. Hoffmann wird der Bedarf an ambulanter psychoonkologischer Versorgung in Zukunft zunehmen: „Zum einen durch die höhere Lebenserwartung, zum anderen durch den Trend zur kürzeren stationären Liegezeit.“ Die aktuelle Versorgungsrealität könne diesen zusätzlichen Bedarf nicht abdecken. Nach ihrer persönlichen Erfahrung sei die psychoonkologische Versor-



Foto: privat

MAIKE NIET

studierte Kommunikationswissenschaft, Kunstgeschichte und Psychologie. Das journalistische Handwerk erlernte sie zum Beispiel an der Berliner Journalisten-Schule (BJS), im Medienbüro Hamburg, an der Akademie für Publizistik in Hamburg und durch individuelle Schreibcoachings. Maike Niet arbeitet als freie Journalistin in Hamburg. Ihre Schwerpunkthemen sind Psychologie und Medizin.

gung schon heute erst durch ein enges Netzwerk von Kollegen möglich, die bereit seien, diese Patienten möglichst schnell in eine Therapie aufzunehmen. Zudem treffe die Diagnose Krebs die Person in der Regel unvorbereitet und erfordere wegen ihres traumatischen Charakters einen schnellen Erstkontakt zum Therapeuten.

Auch wenn nicht jeder Patient psychotherapeutische Hilfe brauche, solle doch jedem die Möglichkeit eines psychoonkologischen Gespräches ort- und zeitnah angeboten werden, betont Weinhold abschließend. Katja, die mittlerweile als geheilt gilt, hätte sich auch beim Erstgespräch eine Psychologin gewünscht, die ihr während der Diagnose beisteht. Sie geht noch regelmäßig zu ihrer Psychoonkologin und möchte bald wieder anfangen zu arbeiten. Sie empfindet ihre Therapie als eine große Unterstützung: „Dr. Hoffmann hat mir sehr viel Mut gemacht, die schwere Zeit durchzustehen“, so die junge Frau.

*Name geändert

Neuropsychologische Therapie:

Wenn nach einer Hirnerkrankung oder -schädigung psychische Störungen auftreten

Als Frau P. aus der Narkose aufwachte, hatte sich ihr Leben grundlegend geändert. Sie war halbseitig gelähmt, konnte nicht mehr richtig sprechen, war nicht mehr voll orientiert. Sie hatte Probleme mit der Wahrnehmung und dem Denken. Trotz einer sofort begonnenen stationären Frührehabilitation besserte sich ihr Zustand in den folgenden Monaten nur leicht. Sie war aufgrund der im Alltag erlebten Behinderungen zunehmend niedergeschlagen, verzweifelt und affektlabil. Es kam immer wieder zu heftigen Wutausbrüchen, oppositionellem Verhalten und Suizidandrohungen. Nach der Frührehabilitation wurde Frau P. in eine Rehabilitationsklinik verlegt. Hier verschlechterte sich ihr emotionaler Zustand weiter. Nach einem Streit mit den Kindern unternahm Frau P. einen Suizidversuch und wurde in eine psychiatrische Klinik verlegt. Nach mehreren Monaten drängte sie auf die Entlassung, die dann auch erfolgte. Allerdings kam sie in ein völlig anderes Leben zurück: Sie musste in eine behindertengerechte Wohnung ziehen, und ihre drei noch bei ihr lebenden Kinder wurden vom Jugendamt in einer Wohngruppe untergebracht. Die Wegnahme der Kinder erlebte Frau P. als weiteren Tiefschlag.

Auch das Leben von Herrn M., der zusammen mit seiner Ehefrau eine kleine Firma für Regalbau betrieb, hat sich von einem auf den anderen Tag geändert. Er erwachte mit starken Kopfschmerzen und musste sich übergeben. Seine Ehefrau brachte ihn in die Notaufnahme, wo ein linksseitiger Thalamusinfarkt diagnostiziert wurde. Bei der Aufnahme war Herr M. desorientiert und verwirrt. Er wies keine Lähmungen auf, hatte aber eine schwere Störung des Neugedächtnisses. Da nach der akuten medizinischen Abklärung nicht sofort ein Platz in einer stationären Rehabilitationsklinik frei

war, wurde Herr M. nach Hause in die Obhut seiner Ehefrau entlassen. Hier war er in den Tagen nach der Entlassung sehr unruhig, unruhig und auch aggressiv. Herr M. wurde mit dem Verdacht eines Reinfarkts erneut stationär aufgenommen, der sich allerdings nicht erhärtete. Es wurde die Diagnose einer vaskulären Enzephalopathie als Zustand nach Thalamusinfarkt links gestellt und eine stationäre neurologische Rehabilitation eingeleitet. Im Verlauf der Rehabilitation besserte sich sein Zustand etwas. Er konnte sich aber bis zuletzt nicht selbstständig in der Klinik orientieren, war teilweise impulsiv bis aggressiv, konnte sich kaum neue Dinge merken und zeigte nur eine sehr geringe Krankheitseinsicht. Sprachlich und motorisch hatte Herr M. zu keinem Zeitpunkt irgendwelche Auffälligkeiten.

Psychische Störungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung

Patienten mit einer Hirnerkrankung oder -verletzung leiden an komplexen Problemen. Sie sind von einem Tag zum anderen mit massiven Behinderungen und Funktionseinschränkungen konfrontiert. Die beschriebenen, zum Teil gleichzeitig vorhandenen, motorischen, sensorischen und psychischen Störungen sind typisch für Patienten, die zu einer ambulanten neuropsychologischen Behandlung kommen. Während einer solchen Behandlung spielen nicht nur die kognitiven Störungen eine Rolle, sondern auch die emotionalen, motivationalen, sozialen und beruflichen/schulischen Probleme. ►

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGIE

Im Jahre 2007 wurde die klinische Neuropsychologie vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannt. Sie gilt damit als eine wissenschaftlich anerkannte Therapiemethode. In der konstituierenden Sitzung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer im selben Jahr wurde eine Weiterbildungsordnung erlassen, die die Weiterbildung in klinischer Neuropsychologie regelt und seit dem Jahr 2008 in Kraft ist. Durch den erfolgreichen Abschluss der Weiterbildung können PP und KJP seitdem die Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ führen und die berufsrechtliche Anerkennung war gelungen. Im November 2011 wurden dann auch die endgültigen Weichen für die sozialrechtliche Anerkennung gestellt: Der Gemeinsame Bundesausschuss fasste einen Beschluss über die Verabschiedung einer eigenständigen Richtlinie „Neuropsychologische Therapie“. Diese Richtlinie wurde dann im Februar 2012 veröffentlicht, sodass nun alle gesetzlich Versicherten im Indikationsfall Anspruch auf eine ambulante neuropsychologische Therapie haben. Im OPK-Gebiet gibt es derzeit 46 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ führen. Der Bedarf der Patienten – insbesondere in der ambulanten Versorgung – ist jedoch weit höher.

Fortsetzung

Siegfried Gauggel
Neuropsychologische Therapie

► Aber nicht nur die Patienten sind von den Folgen der Hirnerkrankung oder -verletzung betroffen, sondern auch deren Angehörige. Besonders belastend sind für sie die Persönlichkeitsveränderungen, die bei zahlreichen Patienten auftreten. Sie erleben ihre Familienangehörigen als kindlich, impulsiv, uneinsichtig, teilweise aggressiv und oppositionell.

Die neuropsychologische Therapie: Hilfe ist möglich

Bis vor Kurzem waren die Patienten und deren Angehörige bei der Bewältigung der psychischen und neurokognitiven Folgen



**UNIV.-PROF. DR. PHIL.
DIPL.-PSYCH. SIEGFRIED GAUGGEL**

studierte Psychologie in Konstanz. Er promovierte zum Dr. phil. an der Freien Universität Berlin. Als Oberassistent war er im Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum der RWTH Aachen tätig. Siegfried Gauggel ist Professor für Klinische Psychologie an der TU Chemnitz, seit 2004 der geschäftsführende Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum der RWTH Aachen. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Neuropsychologie metakognitiver Prozesse, der Neuropsychologie der Anosognosie und der neuropsychologischen Diagnostik und Therapie.

einer Hirnerkrankung oder -schädigung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitationsklinik auf sich alleine gestellt. Erst seit Februar 2012 gibt es die Möglichkeit, eine ambulante neuropsychologische Behandlung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Diese ist durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in einer eigenen Richtlinie neu in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen worden.

Die neuropsychologische Therapie umfasst die Diagnostik und Therapie von geistigen (kognitiven) und seelischen (emotional-affektiven) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung. Sie berücksichtigt dabei die individuellen physischen und psychischen Ressourcen, die biografischen Bezüge, die interpersonalen Beziehungen, soziale und berufliche Anforderungen sowie die inneren Kontextfaktoren wie Antrieb oder Motivation. Sie ist indiziert, wenn nach einer Hirnerkrankung oder -schädigung psychische Störungen auftreten. In einem ersten Schritt erfolgt die Feststellung einer erworbenen Hirnschädigung oder -erkrankung als Ursache für die in einem zweiten Schritt festzustellende organisch bedingte psychische Störung.

Aktuelle Probleme in der ambulanten Versorgung und bei der Weiterbildung von neuropsychologisch qualifizierten Psychotherapeuten

Obwohl nun die Möglichkeit zur ambulanten Behandlung von Patienten mit einer organisch bedingten psychischen Störung besteht, gibt es bei der Versorgung dieser Patienten erhebliche Schwierigkeiten. Es gibt einfach zu wenig qualifizierte Therapeuten, die eine Ermächtigung anstreben. Im ganzen OPK-Gebiet haben momentan nur elf ambulante Psychotherapeuten eine Ermächtigung oder Sonderbedarfszulassung. Die Behandlung darf nämlich nur von approbierten Psychotherapeuten oder bestimmten Fachärzten durchgeführt werden, wenn sie eine entsprechende Weiterbildung absolviert haben. Diese Weiterbildung dauert mindestens zwei Jahre in Vollzeit. Fast alle aktuell zur Durchführung der ambulanten neuropsychologischen

Therapie ermächtigten Psychotherapeuten haben die Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ im Rahmen von Übergangsbestimmungen in der Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer erhalten. Es gibt zwar schon einige von einer Landespsychotherapeutenkammer anerkannte Weiterbildungsstätten, aber diese ringen momentan mit den Krankenkassen um Vergütungsverträge und können bislang keine Psychotherapeuten weiterbilden. Die Krankenkassen weigern sich, solche Vergütungsverträge abzuschließen, da es sich aus ihrer Sicht bei der neuropsychologischen Therapie nicht um ein psychotherapeutisches Verfahren handeln würde und für Weiterbildungsstätten im SGB V keine Abrechnungsmöglichkeit vorgesehen sei. Deswegen könne beispielsweise in den Ambulanzen der staatlich anerkannten Psychotherapie-Ausbildungsinstitute keine Weiterbildung staatfinden – so die Argumentation der Krankenkassen.

Hinzu kommt, dass sich die Nachfrage nach einer neuropsychologischen Zusatzqualifikation bei Psychotherapeuten in Grenzen hält. Der zeitliche und finanzielle Aufwand ist für die approbierten Psychotherapeuten nach der langen Approbationsausbildung häufig zu hoch. Nach der Weiterbildung ist es dann zwar möglich, eine Sonderbedarfszulassung zu bekommen, aber eine höhere Honorierung der neuropsychologischen Leistung erfolgt momentan nicht.

Die geschilderten Probleme lassen sich wohl nur mittelfristig im Rahmen einer Reform der Psychotherapie-Ausbildung lösen. Kenntnisse in klinischer Neuropsychologie können dann schon im ersten Qualifizierungsabschnitt – also im Studium – mehr als es heute der Fall ist, erworben werden. Ein weiterer wichtiger Schritt betrifft dann die sinnvolle Einbindung der neuropsychologischen Therapie in die Weiterbildung nach dem Approbationsstudium.

Es bleibt weiterhin zentral, sich für eine gute Versorgung unserer Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen oder -erkrankungen einzusetzen. Gute Behandlungsmöglichkeiten sind vorhanden. Jetzt kommt es darauf an, diese auch für mehr Patienten zugänglich zu machen.

Therapie 2.0

Die Digitalisierung der Psychotherapie



In den vergangenen Jahren wurden im Bereich der Psychotherapieforschung zunehmend internetbasierte psychologische Therapieangebote auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert. Die mangelnde Versorgungslage von Patienten mit psychischen Störungen und lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz förderten diese Entwicklung auf der Suche nach neuen niedrigschwelligen, psychotherapeutischen Behandlungsalternativen. Inzwischen liegen Wirksamkeitsnachweise für die meisten der großen Störungsbilder vor, wie beispielsweise die Depression (Andersson, Wagner & Cuijpers, 2016), Essstörungen (Dölemeyer, Tietjen, Kersting & Wagner, 2013) oder die Traumafolgestörungen (Kuester, Niemeyer & Knaevelsrud, 2016). Die vorliegenden Studien zeigen Behandlungseffekte auf, welche durchaus mit einer traditionellen Sprechzimmertherapie vergleichbar sind (Andersson, Topoco, Havik & Nordgreen, 2016). Die durchgeführten Studien basierten bis auf wenige Ausnahmen auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieansätzen. Das heißt Therapiemanuale, welche sich im Sprechzimmersetting über die Jahre hinweg etabliert hatten, wurden auf die digitalen Formate in Form einer web-

basierten Psychotherapie übertragen. Während die ersten internetbasierten Psychotherapien (z.B. „Interapy“ der Universität Amsterdam) noch als reine Schreibtherapien durchgeführt wurden, sind die heutigen psychologischen Programme inzwischen komplexe und kostenaufwendige Interventionen, die häufig sowohl Videos, Spiele und Chats integrieren. Internetbasierte Selbsthilfeprogramme stellen im Bereich E-Mental-Health ein besonders niedrigschwelliges psychologisches Angebot dar und werden inzwischen auch zunehmend von deutschen Krankenkassen für die Prävention der Depression angeboten. Eines der bekanntesten Selbsthilfeprogramme für Depression ist das australische Programm „Moodgym“, welches auch inzwischen in Deutschland angeboten wird (www.moodgym.de). Moodgym wurde inzwischen im Rahmen von elf wissenschaftlichen Studien untersucht. Die Ergebnisse der vor kurzem veröffentlichten Metaanalyse (Twomey & O'Reilly, 2016) sind dennoch ernüchternd. Insgesamt konnte dem Programm ein schwacher bis mittlerer Behandlungseffekt nachgewiesen werden, wurde dieser allerdings im Bezug auf einen Publikationsbias kontrolliert, konnte nur ►

Fortsetzung

Birgit Wagner
Therapie 2.0 – Die Digitalisierung der Psychotherapie

► noch ein sehr schwacher Therapieeffekt nachgewiesen werden. Hingegen zeigten Studien, in welchen eine parallele psychotherapeutische Face-to-Face-Betreuung angeboten wurde, bessere Behandlungseffekte auf. Eine neuere Entwicklung stellen psychologische Interventionen in Form von Smartphone-Applikationen dar. Smartphones können Patienten sowohl bei der täglichen Selbstbeobachtung von Symptomen als auch bei der Durchführung von Übungen im Alltag unterstützen. Dennoch steht die Wirksamkeitsforschung in diesem Bereich erst am Beginn und tatsächliche Evidenz sollte in zukünftigen Studien überprüft werden.

Unterversorgte Patientengruppen profitieren

Einer der wesentlichen Vorteile der onlinebasierten Interventionen besteht darin, dass eine Therapieteilnahme für jene Hilfesuchenden ermöglicht wird, die sonst aus geografischen, strukturellen oder anderen Gründen keine Therapie in Anspruch nehmen würden. Die nonverbale Kommunikation, die ohne soziale Signale zwischen Therapeut und Patient stattfindet, kann insbesondere für Patienten mit einem erhöhten Scham- und Stigmaerleben einen Vorteil darstellen. Beispielsweise stellt die Versorgung von Flüchtlingen mit psychischen Erkrankung in Deutschland eine Betroffenenengruppe dar, welche aufgrund von Sprachbarrieren kaum Zugang zum deutschen Versorgungssystem findet. Ilajnafsy ist ein virtuelles Behandlungszentrum (<http://ilajnafsy.bzfo.de>), welches eine internetbasierte Psychotherapie (PTBS und Depression) für arabische Patienten anbietet. Das Programm wurde bereits im Jahre 2006 für traumatisierte Geflüchtete aus dem Irak konzipiert und fortlaufend weiterentwickelt (Knaevelsrud & Wagner, 2009; Wagner, 2016). Ein weiteres internetbasiertes Programm, welches sich spezifisch an eine unterversorgte Betroffenenengruppe richtet, ist das Präventionsprogramm für trauernde Geschwister (www.trauernde-geschwister.org).

Neben den genannten Vorteilen der internetbasierten Interventionen gibt es auch eine Reihe von Herausforderungen der Digitalisierung der Psychotherapie. Die meisten Studien, welche in diesem Bereich bisher durchgeführt wurden, basieren auf randomisierten Kontrollgruppenstudien, welche auf strikten Ein- und Ausschlusskriterien beruhen. Das heißt, in der Regel werden in diesen Studien Patienten mit komorbiden Störungen, erhöhter Suizidalität, Alkohol- und Substanzmissbrauch ausgeschlossen. Dennoch spiegelt diese selektive Patientengruppe aus klinischen Studien nicht den psychotherapeutischen ambulanten oder stationären Alltag wider. Im Gegenteil, Patienten, welche nur ein Störungsbild aufweisen, stellen die eigentliche Minderheit der Behandlungssuchenden dar. Es kann hierbei die Gefahr bestehen, dass digitalisierte

Interventionsformen zu einer zunehmenden Simplifizierung der psychotherapeutischen Praxis führen, welche unter Umständen der Komplexität des Störungsgrades der Patienten nicht mehr gerecht wird. Des Weiteren bedarf es dringend Langzeitstudien, welche die Stabilität der Erfolge nachweisen. Insbesondere im Bereich der Depression stellt dies ein wichtiges Postulat dar.

Chancen versus Gefahren

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass E-Mental Health die Versorgung von unterversorgten Patienten stärken und eine ergänzende Behandlungsoption für bestimmte Betroffenenengruppen sein kann. Dennoch stellt eine zunehmende Digitalisierung der Psychotherapie auch eine Gefahr für die individuelle Behandlung von Patienten mit komorbiden Störungsbildern dar, welche insbesondere durch das interpersonelle therapeutische Erleben und Arbeiten in der Psychotherapie profitieren.

PROF. DR. PHIL. BIRGIT WAGNER

ist Professorin für Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie an der Medical School Berlin. Sie studierte an der Freien Universität Berlin Psychologie und promovierte an der Universität Zürich. Später habilitierte sie sich am Universitätsklinikum Leipzig. Ihre Forschungs- und Therapieschwerpunkte sind die Traumafolgestörungen mit einem Schwerpunkt auf internetbasierten psychotherapeutischen Interventionen. Sie hat zahlreiche wissenschaftliche Studien zur Online-Therapie durchgeführt und Publikationen zu diesem Thema veröffentlicht. 2007 erhielt sie für ihre Arbeit den Forschungspreis der Deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Neben ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit ist sie approbierte Psychologische Psychotherapeutin mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie.



Foto: privat

6

Trauma, Schmerz, Sachverständige ...

Psychotherapeutischer Sachverstand ist elementar für einen umfassenden Blick auf den Bereich der psychischen Gesundheit. Die Themen, bei welchen Psychotherapeuten ihre Expertise einbringen können, sind vielfältig. Die OPK bietet ihren Mitgliedern deshalb hochwertige, qualitätssichernde Fortbildungsangebote. Ein Blick in den Fortbildungsbereich.



Foto: iStockphoto

Neuerungen

im psychotherapeutischen Alltag und versorgungsrelevante Themen stehen im Fokus der zukünftigen OPK-Fortbildungen

Die Psychotherapie in Anwendung und Forschung hat sich in den zurückliegenden Jahrzehnten rasant weiterentwickelt. Das Wissen um psychische Gesundheit und um Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Krankheiten, Techniken und Methoden ihrer Diagnostik, Behandlung und Prävention ist dabei exponentiell gewachsen. Damit einhergehend haben sich die Arbeitsfelder und Arbeitsweisen von Psychotherapeuten erheblich ausdifferenziert. Diese rasante Entwicklung wird weiter andauern. Es gibt auch zahlreiche gesamtgesellschaftliche Fragestellungen, bei welchen psychotherapeutisches Fachwissen gefragt ist – und auch immer mehr gefragt sein wird. Wie kann Arbeit gesund und zuträglich gestaltet werden? Welche Herausforderungen ergeben sich aus einer alternativen Gesellschaft? Es ist deshalb überaus wichtig, dass Psychotherapeuten auch nach Abschluss ihrer Ausbildung ihr Wissen fortwährend aktualisieren und vertiefen. Um ihre Patienten bestmöglich zu behandeln, müssen sie als Angehörige eines akademischen Heilberufs „auf dem Laufenden bleiben“.

Gestaltung der Fortbildung – Eine wichtige Aufgabe der OPK

Insofern ist es eine zentrale und in der Satzung verankerte Aufgabe der OPK, die Fortbildung ihrer Mitglieder zu gestalten und zu fördern, um somit zur Qualitätssicherung in der Berufsausübung beizutragen. Dafür setzt sich die OPK seit Kammergründung intensiv ein. Ein ständiger Ausschuss sowie die Fortbildungsabteilung der Geschäftsstelle sind für die Überwachung der Fortbildungspflicht der Mitglieder und die Akkreditierung von Veranstaltungen zuständig. Ein besonderes Anliegen ist es außerdem, in geeigneten Bereichen Vorgaben zum strukturierten und qualitäts-

gesicherten Erwerb von Zusatzqualifizierungen zu machen. Insofern war die Verabschiedung der Richtlinien zur Sachverständigentätigkeit vor Gericht, zur Psychotherapie und zur Schmerzpsychotherapie ein wichtiger Meilenstein.

Austausch, Vernetzung, Fachthemen, Versorgung – Die Themen und Formate sind vielfältig

Wie vielfältig psychotherapeutisches Wissen nutzbringend eingesetzt werden kann, wie breit die Einsatzgebiete von Psychotherapeuten heutzutage sind und wie viel Weiterentwicklung es fachlich, aber auch berufs- und gesundheitspolitisch gibt, zeigen die zahlreichen OPK-Veranstaltungen und Fortbildungen der letzten zehn Jahre. So hat die OPK breit und flächendeckend über das Berufsrecht und relevante gesundheitspolitische Neuerungen informiert und mit den Mitgliedern intensiv diskutiert – und das nicht ausschließlich auf den „OPK-vor-Ort-Veranstaltungen“. Dabei geht es immer auch um einen Dialog. Impulse aus der Mitgliedschaft sollen aufgenommen und in die politische Arbeit der OPK integriert werden. Hierzu tragen auch die zahlreichen Experten- und Fachgespräche bei, die wir zu brisanten Themen, wie etwa zur Einführung der Sprechstunde und zur Qualität in der stationären psychotherapeutischen Versorgung, geführt haben. Wir werden auch weiterhin Formate anbieten, um vor Ort über aktuelle Themen ins Gespräch zu kommen. Ab 2017 wird es regelmäßig Veranstaltungen zum Berufsrecht geben und die Reihe „Forschung trifft Praxis“ initiiert. Mit dem Tag der Angestellten oder dem KJP-Symposium wurden bereits erfolgreiche Formate geschaffen, die sich als Plattformen für den fachlichen Austausch und die Vernetzung der verschie-

DIE ERFOLGREICHSTEN, MEISTBESUCHTEN FORTBILDUNGEN DER OPK

Curriculum Sachverständigentätigkeit
(kontinuierlich gut besucht seit 2010)

„OPK vor Ort 2016“
mit zirka 1.000 Teilnehmern

1. & 2. Ostdeutscher Psychotherapeutentag

Berufsrechts-Veranstaltungen 2013
mit über 500 Teilnehmern

1. & 2. Angestelltentag

beliebte Randthemen:
Psychopharmaka,
Psychosenpsychotherapie

denen Berufsfelder verstehen. Außerdem steht die OPK im regelmäßigen und konstruktiven Austausch mit Vertretern der PiAs, der ostdeutschen Ausbildungsinstitute und der ostdeutschen Hochschulen.

Den eigenen Blick zu schärfen und zu erweitern – darum wird es auch in Zukunft bei der Fortbildung gehen. Der Fokus soll dabei ganz besonders auf Themen gerichtet werden, die bisher wenig Aufmerksamkeit erfahren haben oder bei denen es Neuerungen gibt und die den psychotherapeutischen Alltag verändern. So werden wir den Fokus der Planungen der nächsten Jahre auf die kontinuierliche Weiterentwicklung der Richtlinien legen. Weiterhin sollen versorgungsrelevante Themen, wie die Psychosenpsychotherapie, die Gerontopsychotherapie oder die Diagnostik abgedeckt werden. Im Sinne unserer Patienten wird sich die OPK auch weiterhin dafür einsetzen, die Fortbildung ihrer Mitglieder nach aktuellen Gesichtspunkten sinnvoll zu gestalten und zu fördern. • *Autorin: Dr. Andrea Walter*

7

Kleine mit großen Problemen

Der Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unterliegt speziellen ethischen Anforderungen an die Schweigepflicht im Kontrast zwischen Selbstbestimmung der Patienten und elterlichem Sorgerecht. Der Beruf wird getragen von der besonderen Fürsorgepflicht im Umgang mit den minderjährigen Patienten und deren Bezugspersonen.



„Wer in der Kinder- & Jugendlichen-psychotherapie arbeitet, muss spezielle Besonderheiten berücksichtigen“



Foto: Fotolia

Oft werde ich gefragt, „Warum machst du diese Arbeit?“ oder „Wie schafft man das, die schwierigen Themen, die die Kinder und Jugendlichen mitbringen, persönlich zu bewältigen?“ Häufig höre ich auch respektvoll anerkennende Worte wie: „Das ist aber eine schwere Arbeit, die Sie haben.“

Die letzte Aussage kann ich guten Gewissens mit „Nein“ beantworten: Ich liebe die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen und finde sie nicht schwer. Meine Patienten sind unverstellt, erfrischend direkt und ehrlich und haben auch keine Scheu, sich zu widersetzen, wenn sie nicht einverstanden sind. Sie tun dies offen oppositionell oder auch verdeckt durch leisen, aber deutlichen Widerstand.

Diese „Ehrlichkeit“ ist sicher teilweise dafür verantwortlich, dass Störungen bei Kindern und Jugendlichen mitunter sehr stark und ungefiltert auftreten. Die Angststörungen sind sehr ausgeprägt und die Eltern machen sich



Foto: privat

ANNE FALLIS

ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und seit 2005 in Potsdam niedergelassen. Ihr Schwerpunkt ist die Verhaltenstherapie. Zudem ist Anne Fallis akkreditierte Supervisorin der OPK für die Fortbildung KJP. Sie absolvierte eine körpertherapeutische Ausbildung als Tanz- und Bewegungstherapeutin und ist Lehrtherapeutin und Lehrbeauftragte für die Weiterbildung Tanztherapie DGT/FPI.

verständlicherweise große Sorgen. Depressiv-rückzügliches Verhalten ist intensiv und oft begleitet von starken Suizidphantasien und selbstverletzendem Verhalten. Magersucht oder Bulimie gehen immer wieder an und über die Grenzen, sodass wiederholte Klinikaufenthalte und lange Therapiephasen erforderlich sind, bevor Besserung möglich wird. AD(H)S manifestiert sich leider als chronische Erkrankung, die teilweise bis ins Erwachsenenalter persistiert. Wiedervorstellungen über Jahre und intensive Beratung der Eltern und auch des weiteren sozialen Umfeldes des Kindes sind in diesen Fällen wichtige Bausteine der Therapie. Dies alles macht die Arbeit natürlich anstrengend und herausfordernd, aber auch sehr lebendig und vielfältig.

Andererseits gibt es gerade bei Kindern und Jugendlichen den Vorteil, dass viele Störungen eben noch nicht chronisch und aufgrund des Alters der Patienten auch nicht stark chronifiziert sind wie oft bei Erwachsenen. Erfolge in der Therapie sind daher oft sehr unvermittelt und schnell, weil im Kindes- und Jugendalter die Entwicklung ein kraftvoller Helfer in der Therapie ist.

Grundlegend in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist es, das Weltbild der kleinen und größeren Patienten zu verstehen und ihre Auffassungen, Wünsche und Bedürfnisse zu erfassen. Das gelingt, neben den verfahrensspezifischen und sinnvollerweise wissenschaftlich fundierten therapeutischen Methoden und Techniken, über das Spiel, eine dem Alter angemessene Sprache und eine ehrliche Anteilnahme an den Sorgen und Nöten der Kinder und Jugendlichen.

Der Umgang mit Sprache ist ein wichtiger Bestandteil meiner Arbeit mit Kinder und Jugendlichen. Die Suche nach angemessenen Wörtern und Sätzen im Spannungsverhältnis zwischen Emotionalität und Verstand, Empathie und einer guten Regulierung von Nähe und Distanz, gewäh-

ren lassen und Forderungen stellen bzw. Grenzen geben, sind in jeder Therapie immer wieder eine große und spannende Herausforderung. Diese Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist individuell und funktioniert bei aller Professionalität nur „maßgeschneidert“. Gerade Kinder und Jugendliche haben ein besonderes Gespür, ob die Therapeutin authentisch ist.

Wichtig in der Kindertherapie ist auch, in welchem Kontext und Kontinuum die Kinder leben. Der Alltag von Kindern und Jugendlichen im 21. Jahrhundert ist geprägt von hoher Funktionalität und es gibt einen in der Regel hoch durchstrukturierten Alltag – Schule, Hort, Sportverein, Musikschule etc. Hier bleibt wenig Zeit für das, was Kindern wichtig ist: Zeit haben um „nichts“ zu tun und dabei viel zu erleben, einfach so mal „raus“ gehen und schauen, wer oder was zum Spielen zu finden ist, bei den Jugendlichen „chillen und mit Freunden abhängen“, ganz wichtige Nachrichten aus dem Chat lesen, Zeit mit den Freunden verbringen, ohne dass die Eltern immer genau wissen, was die Clique tut.

Erschwerend ist gerade bei Jugendlichen ein enormer Leistungsdruck festzustellen, häufig sehe ich in meiner Praxis Kinder und Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren mit bereits ausgeprägter Burn-out-Symptomatik, Versagensängsten und großen Sorgen vor der Zukunft. Behandlungsbedürftigkeit entsteht aus einem altersunangemessenen Leistungsverhalten.

Ein spezifischer Baustein der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist die Arbeit mit dem sozialen Bezugssystem der Kinder: die Beratung der Eltern, die Zusammenarbeit mit Schule, Hort und Kindergarten sowie anderen sozialen Systemen der Patienten. Auch und gerade weil die Eltern oft die „Verursacher“ des Leidens ihrer Kinder sind, ist es wichtig, hier viel Aufklärungs- und Beratungsarbeit zu leisten. In vielen Fällen freuen sich die Eltern über die Hilfen, sind motiviert und versuchen nach besten Kräften im Rahmen der Therapie mitzuarbeiten.

Nein, meine Arbeit ist nicht schwer. Ich staune jeden Tag neu, wie viel ich in meiner Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen bewirken kann. Das ist und bleibt.

ERSCHWEREND IST GERADE BEI JUGENDLICHEN EIN ENORMER LEISTUNGSDRUCK FESTZUSTELLEN, HÄUFIG SEHE ICH KINDER UND JUGENDLICHE MIT BEREITS AUSGEPRÄGTER BURN-OUT-SYMPТОМАТИК.

COMICS

zur Identifizierung
traumatisierter Flüchtlingskinder

Zwei Hallenser Psychotherapeutinnen entwickeln Materialien, deren Einsatz den Kindern hilft, das Erlebte zu verarbeiten

DR. SABINE AHRENS-EIPPER

studierte Psychologie an der Christian-Albrechts-Universität Kiel. Von 1993 bis 1999 war sie pädagogische Mitarbeiterin einer Wohngruppe für Jugendliche und nachfolgend für die Förderung von verhaltensauffälligen Kindern an einer Grundschule in Kiel verantwortlich. Ab 1998 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinischen Psychologie & Psychotherapie an der MLU Halle, wo sie 2002 promovierte. 2006 beendete sie ihre Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und ließ sich im selben Jahr als Therapeutin in Halle nieder. Seit 2008 gibt es in ihrer Gemeinschaftspraxis das Versorgungsangebot „Trauma First“ für Kinder, Jugendliche und junge Frauen mit Traumafolgestörungen.

KATRIN NELIUS

studierte Sozialpädagogik/Sozialarbeit an der Fachhochschule Merseburg. 1995 arbeitete sie im Forschungsprojekt zur AIDS-Prävention in Entwicklungsländern in Kamerun. Von 1996 bis 1997 war sie die Projektleiterin „Einzelfallhilfe für dissoziale Jugendliche“ auf den Philippinen. Daran schlossen sich Tätigkeiten in einer Mädchenwohngruppe mit sexuellen Gewalterfahrungen in Wolfsburg sowie in Schottland an. Ab 2002 arbeitete sie in der Beratungsstelle gegen sexuelle Gewalt an Kindern, Mädchen und Frauen Halle. 2010 beendete Katrin Nelius ihre Weiterbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und ließ sich in Halle nieder. Seit 2010 ist sie in einer Gemeinschaftspraxis mit Dr. Sabine Ahrens-Eipper tätig.

Wenn Trolle auf Seefahrerreise zur Insel des Sicheren Ortes, der Stärke oder zur Insel der Angst aufbrechen, dann ist es immer auch ein Aufbruch zu den schmerzenden Stellen, die Kinder nach traumatisierenden Erlebnissen zurückbehalten. „Wir nutzen die den Kindern vertraute Welt der Phantasie, um uns gemeinsam über Geschichten gezielt belastenden Erlebnissen zu nähern“, erzählt Dr. Sabine Ahrens-Eipper, eine der Initiatorinnen des Projektes. „Die Kinder identifizieren sich mit bestimmten Figuren, erzählen damit viel leichter über ihre Erfahrungen, über ihre Ängste und Unsicherheiten.“

Katrin Nelius und Dr. Sabine Ahrens-Eipper sind alles andere als Neulinge auf diesem Gebiet. 2008 riefen sie „Trauma First“, ein Behandlungsprogramm für Kinder, Jugendliche und junge Frauen mit Traumafolgestörungen in ihrer Praxis ins Leben. Dazu veröffentlichten sie zahlreiche Therapiemanuale. Auf diesen Materialien baut das Projekt in Form einer interaktiven Bilder-geschichte auf, die als App zur Verfügung gestellt werden soll. So wird sichergestellt, dass das Instrument ganz niedrigschwellig nach kurzer Schulung von Pädagogen, Schulpsychologen, Schulsozialarbeitern und anderen im sozialen Bereich Tätigen genutzt werden kann, die täglich mit den Kindern arbeiten. Die Bilder-geschichte soll zusammen mit Begleitmanualen heruntergeladen werden können und dann gemeinsam mit den Kindern angeschaut und durchgearbeitet werden.

Aufbauend auf der Geschichte „Der große Schreck“ (Ahrens-Eipper & Nelius, 2015) wird eine bewegte Bilderbuch-geschichte entwickelt, die auf kindgerechte Weise verschiedene Arten traumatischer Ereignisse vorstellt und mit Hilfe altersangemessener Zeichnungen kategorisiert. Mögliche Traumafolgen werden thematisiert und erklärt (z. B. Alpträume, Konzentrationsprobleme). Auf die einzelnen Sequenzen gibt es verschiedene Antworten, die die Kinder auswählen können. Die Informationen zu verschiedenen Arten von traumatischen Ereignissen und deren mögliche Auswirkungen sollen den Kindern die Möglichkeit geben, das Erlebte und dessen Folgen ein-

SABINE AHRENS-EIPPER

**ES GRENZT AN ZAUBEREI,
WAS WIR IN UNSEREM
BERUF BEWIRKEN KÖNNEN.
ICH BIN DAVON ÜBERZEUGT,
ES IST DER
SCHÖNSTE BERUF.**

zuordnen und zu erfahren, dass die Reaktionen, die sie bei sich selbst feststellen, normale Reaktionen auf Extrembelastungen sind. Die zu entwickelnde interaktive Bilder-geschichte kann auch Kindern helfen, die der deutschen Sprache noch nicht umfänglich mächtig sind. Die Filmsequenzen werden in den aktuell häufigsten Sprachen der geflüchteten Kinder sprachlich unterlegt. Für die begleitenden Pädagogen ist der gesprochene Inhalt als deutscher Untertitel zu sehen, sodass diese immer wissen, worum es gerade geht und worauf das Kind wie antwortet.

Die Ergebnisse können dazu genutzt werden, besonders belastete Kinder zu identifizieren und gegebenenfalls an qualifizierte Behandler zu verweisen. Gleichzeitig trägt das psychoedukative Programm zur Entlastung und Stabilisierung von Kindern bei und hilft, das Erlebte zu verarbeiten.

„Auf den ersten Blick erscheint es einfach zu sein, die vorhandenen Materialien für Flüchtlingskinder zu adaptieren“, berichtet Katrin Nelius. „Auf den zweiten Blick ist es eine große Herausforderung, sehr belastende Erlebnisse für Kinder anderer Kulturen so in Worte zu fassen, dass es sie nicht erneut schockiert.“ Dazu haben sich beide Therapeutinnen für das Projekt Kulturwissenschaftler ins Boot geholt, die länderspezifisch prüfen, wie Geschichten kulturgemäß erzählt werden und wie agierende Figuren aussehen sollten. Mit Illus-

tratorin Kit Karasche entstanden erste Entwürfe des „Vertreibungsschrecks“, den beide Macherinnen für Flüchtlingskinder erfanden.

Das Projekt unterstützt die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer federführend. Die Kammer kommt zur Bewerbung um Fördergelder sowie der politischen Platzierung des Projektes ins Spiel. Wie OPK-Präsidentin Andrea Mrazek versichert, ist das Projekt ein Schatz, innovativ, deutschlandweit für einen niederschweligen Einsatz gedacht und wird zum richtigen Zeitpunkt aufgelegt. „Wir werden alles daransetzen, das Projekt in die Realität umzusetzen. Wir stoßen bisher auf großes politisches Interesse. Aber diesem verbalen Interesse müssen nun auch die Euros folgen, damit die Materialien produziert werden können.“

Die Identifizierung der Risikokinder sei durch den Einsatz der Materialien präzise, rasch und flächendeckend möglich. Das Projekt ist ein guter Weg, um laienhafter Diagnostik von Traumatisierungen landauf, landab entgegenzuwirken“, so Andrea Mrazek abschließend. • *Autorinnen: Antje Orgass/Dr. Andrea Walter*



Erklären wir unsere Kinder heute schneller für krank?

Die Häufigkeiten von psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters sind über mehrere Jahrzehnte nahezu konstant geblieben. Sie schwanken zwischen 16 und 22%. Die Hälfte dieser Störungen verläuft ohne therapeutische Intervention chronisch. In der Verteilung der Diagnosen gibt es im Vergleich zu früheren Jahrzehnten vermehrt Suchterkrankungen in Verbindung mit elektronischen Medien und tendenziell mehr Störungen des Sozialverhaltens. Einige (Mode-) Diagnosen (z. B. ADHS und Autismus) sind stärker in den Fokus gerückt, sie sind bei strenger Diagnostikstellung jedoch nicht häufiger geworden.

Die meisten psychischen Störungen des Erwachsenenalters beginnen bereits im Kindes- oder Jugendalter oder haben dort ihre Vorläufer. Damit ist die Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher immer zugleich auch Prävention psychischer Störungen des Erwachsenenalters.

Vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes und noch zehn Jahre danach war die Versorgung psychisch kranker Kinder in hohem Maße defizitär. Mittlerweile hat sich die Versorgung in den Ballungsgebieten deutlich verbessert, in ländlichen Gebieten ist es für die betroffenen Eltern noch immer schwierig, einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für ihre psychisch kranken Kinder und Jugendlichen zu finden.

Von einer allgemeinen Pathologisierung unserer Kinder und Jugendlichen kann keine Rede sein. Selbstverständlich gibt es auch einige verunsicherte oder sehr besorgte Eltern, die ihre Kinder vorstellen, ohne dass ein Behandlungsbedarf vorliegt. Dies ist in der Regel in wenigen Terminen diagnostisch abzuklären, dadurch werden keine wesentlichen therapeutischen Ressourcen gebunden. Da der Behandlungserfolg bei noch nicht stark chronifizierten Störungen größer ist, ist eine zu frühzeitige einer zu späten Vorstellung des Kindes allemal vorzuziehen.

Dass viele Eltern (und auch die Kinder und Jugendlichen selbst) heute bereit sind, sich Hilfe für psychische Störung zu suchen, hängt wesentlich auch mit dem fortschreitenden, aber längst noch nicht abgeschlossenen Prozess der Enttabuisierung psychischer Erkrankungen zusammen. Psychische Erkrankungen werden zunehmend nicht mehr als persönliches Versagen, sondern als Zusammenspiel von Persönlichkeitsmerkmalen und Umweltstressfaktoren betrachtet, was genauso für die meisten organischen Erkrankungen zutrifft.

PROF. DR. GÜNTER ESSER

ist Psychotherapeut und bundesweit anerkannter Spezialist auf dem Gebiet der Neuropsychologie im Kinder- und Jugendalter. Er studierte an der Universität Gießen Psychologie. Im Jahr 1980 wurde er an der Universität Mannheim promoviert und übernahm dort ab 1. April 1982 die Leitung der Arbeitsgruppe Neuropsychologie des Kindes- und Jugendalters. In die Mannheimer Zeit fiel auch die Habilitation in Klinischer Psychologie an der Universität Heidelberg im Jahr 1990. Von zentraler Bedeutung für seinen wissenschaftlichen Werdegang ist die Konzeption der Mannheimer Längsschnittstudien gemeinsam mit Martin H. Schmidt, die seit 1978 national wie international zu den bedeutendsten kinderpsychologischen Studien gehören. Am 1. Januar 1995 wurde er Professor für Klinische Psychologie/Psychotherapie an der Universität Potsdam. Unter seiner Führung wurde Potsdam zu einem Zentrum der Kinder- und Jugendlichenpsychologie und -psychotherapie.



Foto: privat

Die Eltern unserer Kinder sind nicht weniger kompetent als die Eltern früherer Generationen, sie sind nur eher bereit und wegen der verbesserten Versorgung auch in der Lage, sich Hilfe für ihre Kinder und Jugendlichen zu suchen. Es wird häufig beklagt, dass Schule und Elternhaus weniger Toleranz gegenüber abweichendem Verhalten von Kindern und Jugendlichen zeigen, früher seien die Kinder ja auch nicht psychotherapeutisch behandelt worden. In meinen Augen ist es ein Ausdruck von Lebensqualität, dass wir heute in der Lage sind, die Nöte und Probleme von Kindern und Jugendlichen ernst zu nehmen und ihnen auch entsprechende Hilfen anbieten können.

8

Und wie schaut's mit Ihrer eigenen Versorgung aus?

Das Versorgungswerk der OPK arbeitet grundsätzlich nach dem Versicherungsprinzip. Ein Gleichgewicht von Beiträgen und Leistungen bildet die benötigten Rückstellungen.



Foto: iStockphoto

Das Versorgungswerk

Eine tragende Säule der Altersvorsorge für die Mitglieder der OPK

Am 1. Juli 2010 ist die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer dem Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (PTV) beigetreten. Und das Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen wurde am 1. Januar 2004 als Körperschaft des öffentlichen Rechts gegründet.

Das PTV hat einen Geschäftsbesorgungsvertrag mit dem Versorgungswerk der Steuerberater im Land Nordrhein-Westfalen geschlossen. Durch diese Zusammenarbeit werden Synergieeffekte in der Verwaltung erzielt.

Berufsständische Versorgungswerke finanzieren ihre Leistungen ohne Zuschüsse des Staates und arbeiten grundsätzlich nach dem Versicherungsprinzip. Zur Finanzierung findet das sogenannte modifizierte Anwartschaftsdeckungsverfahren Anwendung. Hierbei handelt es sich um ein kapitalbildendes Verfahren. Im Vergleich zu

dem Finanzierungsverfahren der privaten Lebensversicherung – dem reinen Anwartschaftsdeckungsverfahren – unterscheidet es sich dadurch, dass die für die Versorgung benötigte Rückstellung nicht durch das einzelne Mitglied selbst gebildet wird, sondern ein Gleichgewicht von Beiträgen und Leistungen sämtlicher Mitglieder zueinander besteht. Hierdurch wird der Solidargedanke einer berufsständischen Versorgungseinrichtung deutlich. Das hat beispielsweise den Vorteil, dass Risikoprüfungen zu Beginn der Mitgliedschaft entbehrlich sind.

Das PTV wendet zur Verrentung der Beiträge altersabhängige Faktoren an. Dabei wird die durchschnittliche Verweildauer der Beiträge im Versorgungswerk berücksichtigt, wobei ein Zinsfaktor in die Rentenberechnung einfließt, der sich jedes Jahr dem Lebensalter anpasst (altersgerechte Verrentung).

Zur Erfüllung der Leistungsversprechen ist durch das Versorgungswerk der versicherungsmathematische Rechnungs-

zins in Höhe von 3,5% auf die Deckungsrückstellung zu erwirtschaften. Werden im Rahmen der Kapitalanlage darüber hinausgehende Erträge erwirtschaftet, sind zuerst die satzungsgemäßen Rückstellungen zur nachhaltigen Ausfinanzierung des Versorgungswerks zu bedienen. Verbleibt hiernach noch ein Überschuss, kann auf Beschluss der Vertreterversammlung eine Dynamisierung der Anwartschaften erfolgen.

Mitgliedszahlen

Die Pflichtmitgliedschaft im PTV setzt die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in der OPK voraus.

Das Versorgungswerk insgesamt verzeichnet seit der Gründung einen kontinuierlichen Mitgliederzuwachs. Zum 31. Dezember 2015 hatte das Versorgungswerk insgesamt 7.272 anwartschaftsberechtigte Mitglieder.

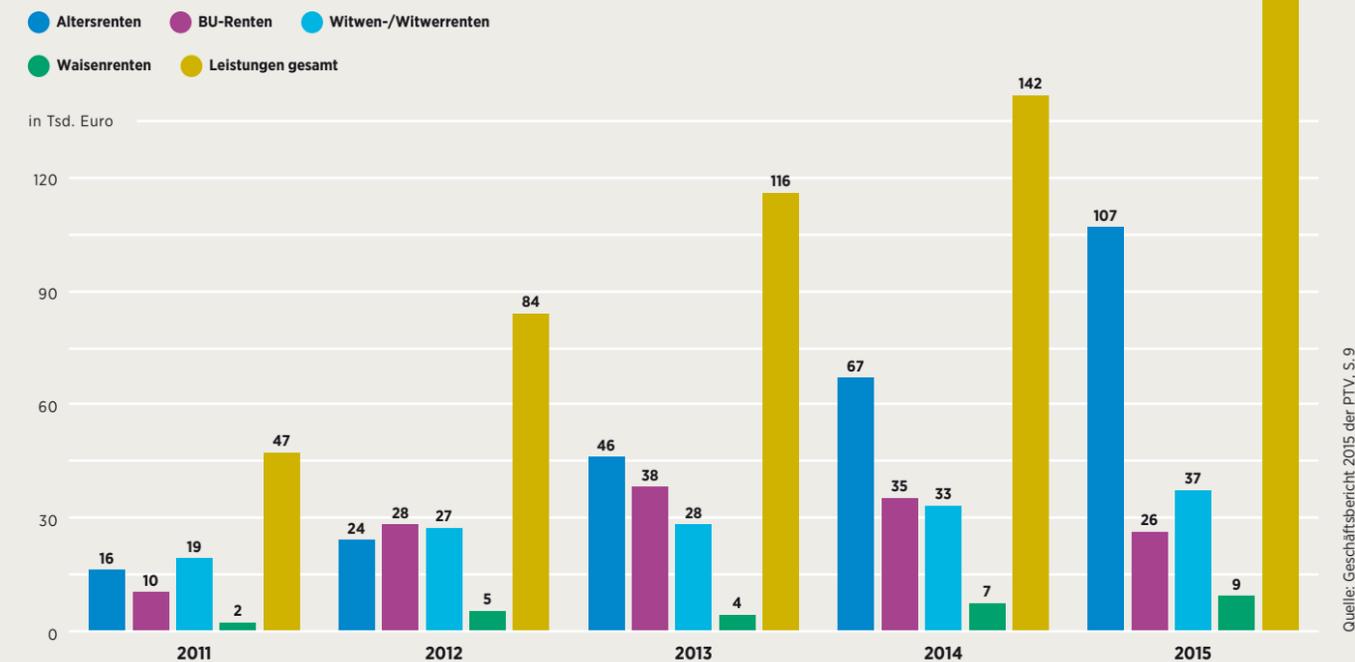
DR. PHIL. WOLFRAM ROSENDAHL

widmet sich dem Thema Altersvorsorge seit Jahren intensiv, seit Juli 2010 auch als Mitglied des Verwaltungsrates des Versorgungswerks der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen. Dr. Rosendahl ist Vizepräsident der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, Psychologischer Psychotherapeut und unterhält seit 2003 eine eigene Praxis in Halle an der Saale. Er bekleidet außerdem die Position des Geschäftsführers und Schatzmeisters des Mitteldeutschen Instituts für Psychoanalyse Halle e.V. (MIP).



Foto: Susanne Blaubach - Fotografen Welt

Entwicklung der Leistungen



Quelle: Geschäftsbericht 2015 der PTV, S. 9

Beiträge

Der Beitragspflicht zum PTV unterliegen die erzielten Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit. Der Regelpflichtbeitrag entspricht der Hälfte des Höchstbeitrags zur gesetzlichen Rentenversicherung (2016 = 579,70 Euro/mtl.). Sofern nachweislich geringere Einkünfte erzielt werden, ist eine geringere Beitragspflicht möglich, wobei wenigstens der Mindestbeitrag von 1/10 des Höchstbeitrags zur gesetzlichen Rentenversicherung (2016 = 115,94 Euro/mtl.) zu leisten ist.

Zur Verbesserung der Leistungsansprüche können Mitglieder zudem jederzeit freiwillige Zusatzbeiträge leisten.

Auf Antrag können sich bestimmte Personengruppen von der Beitragspflicht befreien lassen, sofern die hierzu notwendigen Voraussetzungen erfüllt sind. Hierunter fallen z. B. Mitglieder, die aufgrund eines Angestelltenverhältnisses versicherungspflichtig in der gesetzlichen Rentenversicherung sind und aus einer gegebenenfalls gleichzeitig ausgeübten selbstständigen Tätigkeit nur geringfügige Einkünfte erzielen.

Die Beitragseinnahmen lagen im Kalenderjahr 2015 bei 34,52 Mio. Euro und haben damit erneut einen Höchstwert erreicht. Hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass die freiwilligen Zusatzbeiträge zum wiederholten Male mehr als 50% der gesamten Beitragseinnahmen ausmachten.

Mitglieder

Mitglieder	7.272
Neuzugänge (Stand 31.12.2015)	933
Leistungsbezieher	96
Kosten Versicherungsbetrieb (% der Beitragseinnahmen)	3,34 %

Leistungen

Versorgung insgesamt	178.966 €
Altersrenten	106.872 €
Berufsunfähigkeitsrenten	26.462 €
Witwen-/Witwerrenten	37.020 €
Waisenrenten	8.613 €

9

Dämonen und Neuronen

Wie schafft man eine breite Öffentlichkeit zum Thema psychischer Erkrankungen? Zum Beispiel mit einer außergewöhnlichen Ausstellung.



Foto: iStockphoto

„Wir möchten zeigen, dass das Bekenntnis zu einer psychischen Erkrankung keine negativen Folgen haben muss.“

Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer holt im Oktober 2017 die Wanderausstellung „Dämonen und Neuronen, Psychiatrie Gestern – Heute – Morgen“ ins Neue Rathaus nach Leipzig. Die Ausstellung der Salus gGmbH widmet sich der Geschichte, Gegenwart und Zukunft psychischer Erkrankungen. Mit Schrifttafeln und Multimedia-Anwendungen erlebt der Besucher die 5000-jährige Geschichte mit diesen Erkrankungen und den jeweiligen gesellschaftlichen Umgang damit beinahe hautnah. Die OPK möchte damit den öffentlichen Diskurs zu psychischen Erkrankungen und deren Stigmatisierung bis heute fördern.

Professor Dr. Christfried Tögel ist der Gründervater von „Dämonen und Neuronen“ und hier im Gespräch.

Herr Professor Tögel, Sie sind der Initiator der Wanderausstellung „Dämonen und Neuronen“. Sie erzählen anhand der Ausstellung die Geschichte psychiatrischer Erkrankungen und des Umgangs mit diesen durch viele Epochen der Menschheitsgeschichte. Als Betrachter verschlägt es einem die Sprache, erzeugt Gänsehaut, auf so viel Angst, Stigmatisierung und Aberglaube dabei zu stoßen. Haben Sie das beabsichtigt?

Prof. Dr. Christfried Tögel: Ja, natürlich. Psychiatrie und Psychotherapie sind stark stigmatisiert. Wir wollten zeigen, wo die Anfänge dafür liegen, wo die Ursachen zu suchen sind, dass das Bekenntnis zu psychischen Erkrankungen keine negativen Folgen haben muss. Es war beabsichtigt zu provozieren und auch die Geschichte ungeschönt, erfahrbar zu zeigen.

Warum tun sich Menschen ausgerechnet mit psychischen Erkrankungen so schwer?

Das ist vielschichtig. Psychische Erkrankungen wurden oft mit geringer Intelligenz assoziiert. Man sagt nicht nur, der ist ver-

rückt, sondern der ist gleichzeitig auch doof und blöd und in der Klappe, weil über viele Jahrhunderte in psychiatrischen Einrichtungen nicht nur neurotische und psychotische Patienten untergebracht waren, sondern auch intelligenzgeminderte. In der ehemaligen DDR bis zur Wende war das in den Krankenhäusern auch so. Da hatten wir die psychiatrischen Abteilungen und die, die man therapieren konnte, die einfach nur untergebracht und verwahrt wurden, weil sie intelligenzgemindert waren.

Früher, als die Psychopharmaka noch nicht so gut gewirkt haben, sind psychotische oder schizophrene Patienten viel stärker aufgefallen, wenn einer sich mit dem Kaiser von China identifiziert hat oder mit Napoleon. Das gibt es heute weniger.

Es existiert ein bestimmtes Interesse, aber man möchte bitte auch Abstand zu psychisch Kranken wahren.

Sind wir aus Ihrer Sicht in der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen so viel weitergekommen? Haben nicht auch heute noch Menschen Angst und Befürchtungen, sich öffentlich als Betroffener einer psychischen Erkrankung zu bekennen?

Weitergekommen sind wir eher nicht. Vielleicht lokal. Ich kann Ihnen ein Beispiel nennen: Ich bin oft mit Herbert Grönemeyer, dem Schirmherrn der Ausstellung, nach Uchtspringe ins Krankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie gefahren. Das hat natürlich eine enorme Außenwirkung. ►



Foto: SALUS gGmbH

Fortsetzung

Prof. Dr. Christfried Tögel
„Wir möchten zeigen, dass das Bekenntnis zu einer psychischen Erkrankung ...“

► Viele Journalisten kommen zu diesen Treffen mit Patienten, Therapeuten und Psychiatern der Klinik. Am Abend gab es Gespräche mit allen Beteiligten am Runden Tisch. Solche Termine bewegen lokal etwas, aber nicht bundesweit. In Amerika ist das anders. Da gehört es schon lange zum guten Ton, dass man bei Partygesprächen erzählt: Nächste Woche habe ich wieder einen Termin bei meinem Therapeuten, Psychoanalytiker oder Psychiater. Wer sogar einen sehr bekannten Therapeuten oder Psychiater hat, ist regelrecht stolz darauf. Ich beschäftige mich mit Freud und da gibt es schon ehemalige Patienten und deren Angehörige, die veröffentlichen, stolz darauf zu sein, von Freud behandelt worden zu sein.

Muss man bei der Aufklärung über psychische Erkrankungen andere Wege gehen? Vielleicht mit prominenter Unterstützung, wie Sie es schon ansprachen?

Ich bezweifle, dass es nur mit Aufklärung getan ist. Im täglichen, praktischen Handeln müsste man zum Beispiel mit psychischen Erkrankungen genauso umgehen wie mit somatischen. Keiner hat ein Problem zu sagen: Ich habe mir beim Skifahren das Bein gebrochen. Niemand würde aber sagen: Ich fühle mich so schwer und traurig. Ich bin bestimmt depressiv. Da müssen vielleicht die Therapeuten und Ärzte selbst umdenken. Auch dafür habe ich ein Beispiel: 2001 kam Grönemeyer das erste Mal nach Uchtspringe. Da kamen auch Presse und Fernsehen dazu und berichteten. Neben Grönemeyer wollten die Journalisten

auch mit jugendlichen Patienten sprechen, zu denen wir das Einverständnis der Eltern einholen mussten. Danach wurden auch zwei Jungs äußerst vorsichtig gefragt, ob sie über ihre psychische Erkrankung mit den Medien sprechen möchten. Und als Antwort kam prompt: „Ihr macht hier was gegen Vorurteile zu psychisch Kranken und fragt uns, ob wir mit euch reden wollen? Ihr tut ja selbst so, als ob wir etwas ganz Schlimmes haben, über das man sonst nicht spricht.“ Also diese Geheimnistuerei von Psychiatern und Psychotherapeuten trägt auch mit dazu bei, dass die Patienten das Gefühl kriegen, darüber spreche ich wohl besser auch nicht.

Sie werden zur Ausstellungseröffnung von „Dämonen und Neuronen“ am 20. Oktober 2017 in Leipzig, in Ihrer Heimatstadt, die Gäste selbst durch Ihre Ausstellung führen. Was wünschen Sie sich von Ihrer Ausstellung in Leipzig? Was soll sie den Menschen geben, klar machen?

Wir möchten zeigen, dass das Bekenntnis zu einer psychischen Erkrankung keine negativen Folgen haben muss. Ein Beispiel ist der ehemalige Ministerpräsident von Norwegen, Kjell Magne Bondevik. Während seiner ersten Amtszeit als Ministerpräsident erregte Bondevik im August 1998 internationale Aufmerksamkeit, als er einräumte, an Depressionen zu leiden. Er war der bisher ranghöchste Politiker, der während seiner Amtszeit das Leiden an mentalen Problemen zugab. Bei Neuwahlen wurde Bondevik mit überwältigender Mehrheit wiedergewählt. Das zeigt, dass es auch ein Vorurteil ist, zu erwarten, dass jemand, der offen zu seinen psychischen Problemen steht, schlechter behandelt wird oder davon viele Nachteile hat. Das muss nicht so sein. Das wollen wir zeigen.



Foto: privat

PROF. DR. CHRISTFRIED TÖGEL

geboren am 4. September 1953 in Leipzig, studierte Klinische Psychologie an der Humboldt-Universität zu Berlin. Er ist einer der führenden Freud-Biografen unserer Zeit. Er veröffentlichte mehr als 150 Publikationen zur Geschichte der Psychoanalyse, darunter mehrere Briefwechsel Freuds. Er leitete die Erfassung und Neuordnung der Archive an den Freud-Museen in Wien und London. Von 2001 bis 2015 war er Leiter des Sigmund-Freud-Zentrums und von 2004 bis 2015 Direktor des SALUS-Instituts in Magdeburg.

Gab es Reaktionen von Besuchern Ihrer Ausstellung, die Sie beschäftigt, nachdenklich gemacht haben?

Direkt in der Ausstellung nicht. Allerdings haben mich die Reaktionen der Patienten im Gespräch über die Ausstellung sehr berührt. Viele Patienten in der Psychiatrie haben gar kein Problem, über ihre Erkrankung zu reden. Dafür aber die Mitarbeiter in den Kliniken umso mehr. Für jede Diagnose, die wir in der Ausstellung thematisieren, haben wir reale Patienteninterviews geführt. Und fast alle Patienten haben sofort mitgemacht; sie waren sogar bereit, ihre Name dafür zu nennen. Vielleicht müssen wir uns selbst mal an die Nase fassen und fragen, wie wir Ärzte, Psychiater und Psychotherapeuten damit umgehen. Ob wir hier nicht Erkrankungen besonders und geheimnisvoll machen, und damit stigmatisieren. • Interview: Antje Orgass

VIELLEICHT MÜSSEN WIR UNS SELBST MAL AN DIE NASE FASSEN UND FRAGEN, WIE WIR ÄRZTE, PSYCHIATER UND PSYCHOTHERAPEUTEN DAMIT UMGEHEN. OB WIR HIER NICHT ERKRANKUNGEN BESONDERS UND GEHEIMNISVOLL MACHEN, UND DAMIT STIGMATISIEREN.

10

Zukunftsvision

Wo wird der Beruf in den nächsten zehn Jahren stehen? Wie eng verzahnt werden stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung sein? Mit welchen Befugnissen sind Psychotherapeuten dann in ihrer Arbeit ausgestattet? Der OPK-Vorstand entwirft zehn konkrete Zukunftsvisionen.



Foto: iStockphoto

10

Zehn Thesen für die nächsten zehn Jahre

Zehn Jahre Aufbau und Weiterentwicklung der Kammer liegen hinter uns.

Von Anfang an stand die OPK für die Vision von einer gemeinsamen Selbstverwaltung über Bundesländergrenzen hinweg. Kolleginnen und Kollegen aus den fünf ostdeutschen Ländern engagierten sich für einen eigenständigen Heilberuf und gute Rahmenbedingungen für die psychotherapeutische Versorgung. Nun, da schon viele Ziele erreicht, Beruf und Selbstverwaltung etabliert sind, entstehen neue Visionen. Was möchten wir in den nächsten Jahren erreichen?

Im Austausch mit vielen Beteiligten sind Zukunftsvorstellungen entstanden, die wir an den Anfang des zweiten OPK-Jahrzehnts stellen möchten.



1.

**In zehn Jahren werden
Psychotherapeutinnen und
Psychotherapeuten ...**

... in allen Bereichen des Gesundheitssystems selbstverständlich in die Versorgung psychisch kranker Menschen einbezogen. Sie werden nicht nur psychotherapeutische Behandlungen durchführen, sondern auch die Koordination von Behandlungen und Hilfen für Patientinnen und Patienten übernehmen. Sie werden primäre Ansprechpartner für alle Fragen der psychischen Gesundheit sein und Lotsenfunktionen im System der Gesundheitsversorgung übernehmen.

2.

... noch mehr als heute die Person in den Mittelpunkt stellen. Sie werden Behandlungsverfahren, -methoden und -abläufe noch besser auf individuelle Bedürfnisse zuschneiden. Dabei werden sie über mehr gesichertes Wissen verfügen, das ihre Behandlungsentscheidungen im Einzelfall leiten kann.

3.

... noch mehr als heute eine gesellschaftliche Betrachtung von Gesundheit und Krankheit vertreten und seelische, körperliche und soziale Faktoren in ihrem Zusammenwirken besser verstehen. Die kooperative Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe wird selbstverständlich sein.

4.

... die Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen aktiv mitgestalten. Als Experten für die Erhaltung und Förderung psychischer Gesundheit sind sie selbstverständlich Teil des Gesundheitswesens. Sie wirken in Fragen der Prävention in Politik und Verwaltung regelmäßig mit.

5.

... stationäre, teilstationäre und ambulante Bereiche in Krankenhäusern leiten. In der Krankenhausbehandlung wird die Psychotherapie neben somatisch-medizinischer Behandlung mehr Beachtung erfahren. Patienten werden auch im Krankenhaus die notwendige Psychotherapie durch qualifizierte Behandler erhalten können. Psychotherapeuten in Leitungsfunktionen schaffen dafür die notwendigen strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen.

6.

... die Weiterbildung des beruflichen Nachwuchses kreativ und eigenständig gestalten. Für verschiedene, sich verändernde und differenzierende Berufsfelder werden gute und ausreichende Weiterbildungsmöglichkeiten entstehen. Zwischen Spezialisierung auf der einen und erfüllbaren Weiterbildungsanforderungen auf der anderen Seite wird ein Gleichgewicht hergestellt, das eine hohe Behandlungsqualität bewahrt.

7.

... Medien und technische Entwicklungen so nutzen, dass Patientinnen und Patienten davon optimal profitieren können. Behandlungen können so ergänzt und wirksamer gemacht werden, die professionelle psychotherapeutische Beziehung kann jedoch nicht ersetzt werden. Auch in zehn Jahren werden förderliche therapeutische Beziehungen wesentlicher Wirkfaktor von Psychotherapie sein. Wir werden jedoch besser verstehen, wie moderne Medien zum Nutzen von Patienten und Ratsuchenden eingesetzt werden können.

8.

... weiterhin die Privatsphäre der Menschen sorgfältig schützen. Angesichts der immer größer werdenden Menge an Daten, die über jeden Einzelnen gesammelt und weitergeleitet werden, wird der Schutz von persönlichen Informationen eine besonders wichtige Grundlage von Vertrauen sein.

9.

... sich dafür einsetzen, dass die Qualität der Behandlung psychisch kranker Menschen an individuellen Bedürfnissen orientiert, an fachlichen Standards gemessen und nicht der Ökonomisierung des Gesundheitssystems untergeordnet wird. Sie werden dafür eintreten, dass seelische und körperliche Gesundheit von Behandelten und Behandlern wichtiger bleiben als wirtschaftliche Vorteile.

10.

... sich selbstverständlich länderübergreifend vernetzen und Themen direkt miteinander und mit den gewählten Vertreterinnen und Vertretern diskutieren. Die OPK stellt dazu digitale Plattformen zur Verfügung. Die tradierte Arbeitsweise von persönlichen Gremientreffen wird ergänzt werden durch den direkten Austausch mit Kammermitgliedern. Dadurch wird die wachsende Diversifizierung psychotherapeutischer Tätigkeit in der Kammerarbeit besser abgebildet werden können. Digitale Medien werden selbstverständlich zur mitgliedernahen Selbstverwaltung genutzt werden.

Nicht alle, die in der Gründer-Generation der OPK aktiv waren, werden auch in zehn Jahren noch dabei sein. Wir wünschen uns, dass sich möglichst viele neue Kolleginnen und Kollegen finden, die bereit sind, den Staffelstab zu übernehmen und Verantwortung zu tragen für die gemeinsamen Belange des Berufsstands.

Wenn die OPK auch zu ihrem zwanzigsten Jubiläum eine stabile und verlässliche Vertretung der Psychotherapeutenschaft wäre, hätte sich unsere Arbeit gelohnt.



Foto: privat

ANTJE ORGASS

studierte Journalistik und Politikwissenschaften an der Universität Leipzig. Während ihres Studiums arbeitete sie zunächst für verschiedene Tageszeitungen und ab 1996 als Nachrichtenredakteurin und Reporterin für mehrere Radioredaktionen. Von 2001 bis 2012 war sie nachfolgend die Pressesprecherin des Städtischen Klinikums Dessau und der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums Halle. Seit 2013 ist Antje Orgass Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der OPK.



Foto: Cathrin Quains

VERONIKA GRIGKAR

ist freiberufliche Grafikerin. Ihre Schwerpunkte sind Corporate und Editorial Design. Ihre Kunden kommen überwiegend aus dem Kulturbereich und dem Verlagswesen. Die Gestalterin lebt in Wien und Hamburg.

Impressum

Herausgeber und Verlag:
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Kickerlingsberg 16 · 04105 Leipzig
Telefon +49 · (0)341 · 462432-0
www.opk-info.de

Präsidentin und gesetzliche Vertreterin:
Andrea Mrazek M.A., M.S. (USA)

Redaktion: Antje Orgass,
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Gestaltung: Veronika Grigkar (grigkar.de)
Cover-Foto: iStockphoto
Lithografie: Frische Grafik
Druck: Druckerei Bechmann, Leipzig

Stand: März 2017

Copyright
Alle Rechte vorbehalten

