

PPP

01/2020

PSYCHOTHERAPIE IN POLITIK UND PRAXIS

Das Magazin des Bundesverbands
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Psychotherapie und Politik – ein Diskurs

Ungewollter privater Patientenkontakt – was tun?

Grenzüberschreitungen in der Psychotherapie

Erkundung eines Dunkelfelds



Unfall, Verletzung, Krankheit oder Reha? Bleiben Sie entspannt!

Auch Psychotherapeuten werden krank. Und wer krank ist, sollte sich schonen und sich voll auf seine Genesung konzentrieren dürfen. Ohne Sorgen um die Praxis oder die hohen fortlaufenden Kosten.

Die P.U.V von Dr. Rinner & Partner hilft Ihnen dabei: Wir sichern Ihre Existenz und die Ihrer Praxis, wenn Sie es selbst nicht können. Solange bis Sie wieder fit sind!

- **Sicherheit ab dem 1. Tag**
Die P.U.V leistet ab dem 1. Tag, wenn Sie im Krankenhaus liegen.
- **Volle Gewinn- & Kostenabdeckung**
Die P.U.V ersetzt Gewinn und laufende Kosten, sobald Ihre Praxis stillsteht.
- **Schutz bei Burnout & Depressionen**
Auch wenn die Psyche mal schlapp macht, ist die P.U.V der Partner an Ihrer Seite.
- **kalkulierbare Beiträge** für bis zu 10 Jahre
- **Sie sind uns willkommen!**
Eintrittsalter bis zum 63. Geburtstag möglich.

BEISPIELRECHNUNG

Psychotherapeut/in, Nichtraucher/in, 40 Jahre alt

Tagsatz:	€ 100,-
Karenzfrist:	14 Tage
Versicherungssumme:	€ 36.000,-
Jahresbeitrag:	€ 531,-
Beitrag pro Monat:	€ 44,-



Dr. Rinner & Partner
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

Leonhardsweg 4
82008 Unterhaching
Tel.: 089 / 665 99 310 • www.dr-rinner.de



**Sechs Wochen
Praxisstillstand?
Kein Problem!
Dank meiner P.U.V**

Psychotherapie und der Umgang mit Grenzen

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir müssen uns auf vielfältige Veränderungen in der ambulanten Psychotherapie einstellen. Nicht zuletzt wird uns die mit dem Psychotherapeutengesetz in Auftrag gegebene Entwicklung der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie wahrscheinlich viel Arbeit und einigen Ärger bescheren. Die Einmischungen des Gesundheitsministers Spahn in unser bewährtes Gesundheitssystem und die Schwächung des KV-Systems sind nicht einfach zu bewerten. Wir sehen Tendenzen in Richtung eines Systemwechsels weg von der ärztlichen Selbstorganisation hin zur staatlich regulierten Gesundheitswirtschaft. Insbesondere der Hype um die Digitalisierung beunruhigt uns. Bei allen Vorteilen, die damit verbunden sind, müssen wir aufpassen, dass der Geschäftemacherei nicht Tür und Tor geöffnet werden. Der bvvp sieht die Entwicklung seit Langem sehr kritisch, auch wenn uns im Netz Gegenteiliges angedichtet wird. Wir bemühen uns um eine gründliche Analyse des Themas und sind nicht für Schwarz-Weiß-Malerei zu haben. Empfohlen sei in diesem Zusammenhang die Lektüre des Kommentars von Ulrike Böker zum Thema Telematik-Infrastruktur.

Unsere Werbeaktion „Mitglieder werben Mitglieder“ soll auch ein Aufruf sein, sich in der berufspolitischen Arbeit zu engagieren. Wir schätzen die Genauigkeit des Blicks und die kritische Auseinandersetzung und laden Sie alle ein, sich bei Mitgliederversammlungen, Informationsveranstaltungen oder offenen Vorstandssitzungen einzubringen. Chats, Mailinglisten und Internetforen sind bestenfalls ein Ausschnitt der Realität.

Dass der bvvp sich nicht scheut, kontroverse Diskussionen zu führen, zeigt auch der Schwerpunkt dieser Ausgabe. Wir haben „Grenzüberschreitungen in der Psychotherapie“ in den Fokus gerückt. Diesbezügliche Zahlen sind nicht rückläufig, sie steigen sogar, wie wir aus der sicheren Quelle des Ethikvereins wissen. Immer wieder sind sich PsychotherapeutInnen ihrer Grenzen nicht bewusst. Dagegen helfen im Übrigen auch keine Digitalisierung, keine künstliche Intelligenz, keine Telematik-Infrastruktur. Nur beständige Aufklärung scheint uns ein probates Mittel, langfristig gegen diese Tendenz anzugehen. Als Grenzverletzungen werten wir primär Übergriffe von PsychotherapeutInnen auf Patientinnen und Patienten. Wir verstehen darunter aber auch die Frage, wie weit PsychotherapeutInnen politisch Einfluss nehmen dürfen und müssen. Auch in der Auseinandersetzung mit politisch Andersdenkenden, religiösen Menschen oder beim Thema Klima sind TherapeutInnen gefordert. Das Streitgespräch von Lea Dohm und Anne Springer zeigt Chancen und Möglichkeiten, aber auch Schwierigkeiten der PsychotherapeutInnen im Umgang mit den Grenzen im gesellschaftlichen Kontext auf.

Wir freuen uns auf engagierte Diskussionen und das eine oder andere Streitgespräch mit KollegInnen und hoffen, dass auch dieses Heft interessante Denkanstöße bietet.

Herzliche Grüße

Benedikt Waldherr,
Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes



Psychotherapie und Politik

Lesen Sie den engagierten Diskurs zwischen Anne Springer und Lea Dohm über die Notwendigkeit, die Herausforderungen und Fallstricke öffentlicher politischer Positionierung als PsychotherapeutInnen.



Alarmzeichen für Grenzverletzungen

Man muss vorgehen wie in der Luftfahrt oder Intensivmedizin, sagt Andrea Schleu vom Ethikverein, und schon die Frühindikatoren und Vorstufen erfassen. Lesen Sie, wie man diese auch rechtzeitig erkennt.

Ethische Verfehlungen und ihre juristischen Folgen

In mehr als zehn Prozent aller psychotherapeutischer und psychiatrischer Tätigkeit kommt es zu sexuellen Übergriffen, aber Grenzüberschreitungen, die juristische Konsequenzen nach sich ziehen können, beginnen viel früher.



Eine bedrohliche Reform?

Hier erfahren Sie, warum Norbert Bowe meint, Zusatzbestimmungen im Ausbildungsreformgesetz könnten dazu führen, dass „den mitunter am schwersten Belasteten der sichere Behandlungsrahmen entzogen wird“.

IM FOKUS GRENZÜBERSCHREITUNGEN IN DER PSYCHOTHERAPIE

- 06 Einführung
- 08 Streitgespräch:
Den Ort nennen, von dem aus man spricht
- 12 Grenzverletzung oder gar Missbrauch – und nun?
- 14 Ethische Verfehlungen und ihre juristischen Folgen
- 16 Patientenkontakte außerhalb der Praxis
- 18 Private Begegnungen mit PatientInnen

BVVP AKTIV

- 22 Eine Reform, die die Grundlagen der psychotherapeutischen Versorgung bedroht
- 25 Projekt umstritten – Umsetzung katastrophal: Ein Zeugnisheft von Ulrike Böker
- 28 Die Approbationsordnung für das neue Psychotherapiestudium
- 30 Meldungen und Artikel zur Berufspolitik

SERVICE

- 33 Buchbesprechung
- 34 bvvp-Expertentelefon zum Thema Versicherungsschutz
- 35 Autorenverzeichnis

Impressum

Psychotherapie in Politik und Praxis · ISSN: 2698-2625
Periodizität: Quartal · Einzelverkaufspreis/Schutzgebühr 14,80 €
Abonnement 49,50 € inkl. Versand · Mitglieder erhalten das Magazin im Rahmen ihrer Mitgliedschaft kostenfrei · Info und Bestellung: bvvp@bvvp.de

Herausgeber

bvvp Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.
Württembergische Straße 31 · 10707 Berlin
Telefon +49 (0)30 887259-54 · Telefax -53 · bvvp@bvvp.de
www.bvvp.de

Redaktion

Martin Klett (V.i.S.d.P.), AutorInnen: siehe Autorenverzeichnis,
Seite 35 · Verantwortlich für den Fokus: Bettina van Ackern ·
Redaktionsleitung und Lektorat: Anja Manz

Verlag

freelance project GmbH · Reinsburgstraße 96 A · 70197 Stuttgart ·
info@freelance-project.de · www.freelance-project.de
Projektleitung: Bernd Faller · Korrektorat: Martina Schwendemann ·
Art Direction: Isabelle Birebent, Alexandra Fragstein
Illustrationen: Stephanie Wunderlich · Fotos: Johanna Bergmann, bvvp

Druck

Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co. KG, Calbe/Saale

Anzeigen

bvvp.ppp-media@freelance-project.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom 01.01.2019.

© Alle Rechte vorbehalten. Zitate nur mit Quellenangabe.
Nachdruck nur mit Genehmigung der Redaktion. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wieder. Bei Einsendungen von Manuskripten wird, sofern nicht anders vermerkt, das Einverständnis zur Veröffentlichung vorausgesetzt.

IM FOKUS:

Grenzüberschreitungen in der Psychotherapie – Erkundung eines Dunkelfelds

Von Bettina van Ackern



PsychotherapeutInnen stellen keine Ausnahme dar, wenn es um die grundlegende menschliche Eigenschaft geht, für Machtmissbrauch empfänglich zu sein. Sexueller Missbrauch ist ohne Zweifel die gravierendste Form der Grenzverletzung in der Psychotherapie. Aber auch Befangenheit, Empathieversagen, Therapieabbruch, Rahmenverletzungen – um nur einige Beispiele zu nennen – können immensen Schaden bei PatientInnen anrichten bis hin zu zusätzlichen krankheitswertigen Störungen und Symptomverschlechterungen. Eine schädigende Therapie führt fast ausnahmslos zu einer Zustandsverschlechterung bis hin zu Krankschreibungen, Frühberentungen oder gar Suizid. Deshalb möchten wir für die vielfältigen Möglichkeiten von Grenzverletzung in der Psychotherapie sensibilisieren und Anstöße geben, das eigene Verhalten im psychotherapeutischen Alltag noch stärker zu reflektieren.

Inzwischen setzen sich viele Institutionen wie die Kammern und Verbände mit diesem Dunkelfeld auseinander. Auch werden in Ausbildungsinstituten Ethikleitlinien veröffentlicht und Schiedsstellen eingerichtet. Der 2004 gegründete Ethikverein bietet eine niederschwellige, anonyme und professionelle Beratung für Betroffene an. Seine unermüdliche Öffentlichkeitsarbeit trägt zunehmend Früchte, und das Bewusstsein für Grenzverletzungen wächst. Die Zahl der Beratungsfälle steigt jährlich an und zeigt damit die Brisanz dieses Themas. Die konsequente Beforschung der Beratungsergebnisse, die an den Universitäten Jena und Münster wissenschaftlich ausgewertet werden, wirft ein Licht auf die Hintergründe der Grenzverletzungen. Sie ist damit Voraussetzung für die Qualitätssicherung in der Psychotherapie.

Dem bvvp liegt die verantwortungsvolle Versorgung der PatientInnen am Herzen, deshalb stehen Grenzverletzungen und das Thema „Ethik in der Psychotherapie“ im Fokus dieses Heftes. Andrea Schleu schreibt über ihre Arbeit im Ethikverein und zeigt Früherkennungsmerkmale für das Abgleiten einer Therapie in die „slippery area“ der Grenzverletzungen auf. Wir konnten Detlev Achhammer, Vorsitzender der Schiedskommission der DGPT, für einen spannenden Artikel über Fälle aus seiner Praxis gewinnen. Zum angemessenen Umgang mit PatientInnenkontakten außerhalb der Praxis steuert Jürgen Thorwart einen Artikel bei, den persönliche Berichte von KollegInnen über unkalkulierbare Begegnungen und ihren Umgang mit diesen Situationen abrunden. Zudem begeben sich Anne Springer, Psychoanalytikerin und viele Jahre im Vorstand der DGPT, und Lea Dohm, unter anderem Gründerin von „Psychotherapists for Future“, in einen Diskurs über das Spannungsfeld zwischen politischer Abstinenz und verpflichtendem gesellschaftlichen Engagement. Sie erörtern, ob und wie wir gesellschaftliche Themen – Klimapolitik, Zukunftsängste, Fake-News, den Rechtsruck – auch innerhalb der Psychotherapie verhandeln sollten. Damit verbunden ist auch die Frage: Inwieweit müssen PsychotherapeutInnen außerhalb der Praxis politisch Farbe bekennen?

STREITGESPRÄCH:

Den Ort nennen, von dem aus man spricht

Zum Verhältnis von Psychotherapie und Politik mit Anne Springer und Lea Dohm

Anja Manz: PsychotherapeutInnen sind auch BürgerInnen, die gesellschaftliche Verantwortung tragen. Doch wo liegen die Grenzen, die das wichtige Abstinenzgebot außerhalb des Behandlungsraumes Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in ihrer Lebensführung auferlegen kann? Frau Springer, halten Sie als Psychoanalytikerin es unter Abstinenz-Gesichtspunkten für problematisch, wenn Sie zum Beispiel als Aktivistin einer Partei oder einer großen politischen Initiative sichtbar würden?

ANNE SPRINGER Nein, das Abstinenzgebot heißt, dass ich in der therapeutischen, in der analytischen Beziehung nichts betreiben, äußern oder anregen soll, was der eigenen Befriedigung dient. Wenn ich mich zum Beispiel in einer Partei engagiere und ich behandle einen Patienten, eine Patientin, die unheimlich scharf darauf ist, an einer regionalen Veranstaltung dieser Partei teilzunehmen, spielt das eine Rolle im Kontext von Übertragung/Gegenübertragung. Dann würde ich mit dieser Patientin darüber sprechen, warum sie das will. Ich würde nicht einfach sagen: „Prima, dass Sie meine Ziele teilen“, und ich würde wahrscheinlich auch nicht sagen: „Ich möchte nicht, dass Sie überhaupt kommen.“ Das wäre Gegenstand der Auseinandersetzung, und das verstehe ich unter Abstinenz. Man muss sehr genau unterscheiden zwischen der Tatsache, dass ich eine Bürgerin dieses Landes mit einer bestimmten politischen und gesellschaftlichen Verantwortung bin, die auch etwas mit meiner Geschichte zu tun hat, und dem, was ich in meinem Behandlungsraum tue.

Frau Dohm, bei der Überlegung, in die Öffentlichkeit zu gehen mit der Organisation „Psychotherapists for

Future“, die Sie mitbegründet haben, gab es da Überlegungen zu dieser Frage: Wo verlaufen meine Grenzen? Gibt es da eventuell ein Konfliktpotenzial?

Lea Dohm Wir haben darüber gesprochen unter KollegInnen und es war ganz klar, dass es kein aufsuchendes Verhalten im Therapieraum geben darf. Also, dass wir uns an die Berufsordnung streng halten. Unabhängig davon: Die Klimakrise ist eine Menschheitskrise, in der meines Erachtens jeder gefragt ist, sich mit ihrem oder seinem individuellen Konsumverhalten zu befassen und sich darüber hinaus politisch und gesellschaftlich zu fragen, was dahintersteht. Und da sind wir gefragt. Ich kann Ihnen berichten, zum Beispiel bei den Scientists for Future hat man uns mit offenen Armen empfangen und uns gesagt: Das Wissen über das Problem und die Handlungsnotwendigkeiten ist da! Es scheitert an der Umsetzung, der Vermittlung. Und was wir jetzt brauchen, sind PsychologInnen, SoziologInnen und SozialwissenschaftlerInnen. Und ich glaube, dass wir da so viel zu bieten haben mit unserem Wissen über Konflikte und Gruppenprozesse. Wir werden so sehr gebraucht und ich kann nur jeden Kollegen und Kollegin aufrufen, sich uns anzuschließen. Es gibt viel zu tun.

Frau Springer, stehen Sie dazu im Widerspruch?

AS Ich habe damit überhaupt kein Problem. Mir geht es aber darum, dass es wichtig ist, jeweils den Ort zu bezeichnen, von dem aus man spricht. Ich persönlich habe ein großes Problem mit Argumentationen, die sich für mich missionarisch anhören. Also, wenn es nicht mehr nur um Fakten geht, sondern um die Rezeption von Fakten und den Umgang mit Fakten. Jedem, der heute sagt

„Umweltaktivismus muss sein, denn so geht es nicht weiter“, antworte ich: „Ja, das ist richtig. Aber jeder tut das auch auf seinem oder ihrem persönlichen Hintergrund.“ Und manchmal wird diese Forderung auf eine Art und Weise formuliert, dass man denkt: Da will jemand überzeugen. Und das ist ja auch in Ordnung, wenn es deutlich erkennbar ist.

LD Ich glaube, dass es eine große Gefahr ist, dass wir anfangen, uns in Diskussionen über den Ton, über die Art und so weiter zu verfangen, wo wir doch angesichts der Brisanz der Lage unbedingt an einem Strang ziehen sollten und es sinnvoll wäre, sich hinter die Klimaengagierten zu stellen und zu sagen: „Ja, es gibt ein Problem mit Verleugnung und wir müssen zusehen, was wir als PsychotherapeutInnen da machen können.“

AS Das schließt sich gegenseitig nicht aus. Aber wenn mir jemand so entgegenkommt, dass er sagt „Das ist verboten, das ist erlaubt, so hast du zu denken“, dann ist es unglaublich verführerisch, genauso zu antworten. Ich glaube, die Klemme, in der wir alle sind, ist: Manchmal muss man genauso antworten, weil Argumente von der Gegenseite nicht gehört werden und man wirklich wie der Trottel dasteht, der anfängt zu differenzieren, und mein Gegenüber dreht sich um und lacht sich ins Fäustchen. Aber wenn man zu sehr drauf eingeht, beraubt man sich, glaube ich, der eigenen Möglichkeiten. Das ist ein Balanceakt, der mich immer wieder beschäftigt. Aber ich muss auch dazu sagen, ich stehe hier nicht für die Analytiker. Es gibt auch eine sehr zu respektierende Gruppe von Kollegen, die sagen: „Für mich ist das nichts. Ich finde das nicht richtig.“ Das sind Psychoanalytiker, die ihre Rolle so verstehen, dass man sich nicht auf diese Art und Weise auf die politische Bühne und zur Verfügung stellt.

LD Ich kenne das auch von KollegInnen, die sagen: „Ich finde es grundsätzlich richtig mit ‚Fridays for Future‘, ich bin auch solidarisch, aber zu Klimastreiks zu gehen, das ist nicht meine Art.“ Ich möchte dazusagen: Mir macht das auch keinen Spaß, auf Großdemonstrationen zu gehen, aber es ist notwendig. Ich würde mir schon wünschen, dass die KollegInnen an dieser Stelle auch Bereitschaft zeigen, ihre persönliche Komfortzone zu verlassen, Mut haben, offen Farbe zu bekennen und mit ihrem Gesicht dafür einzustehen.

AS Ja, das kann man sich wünschen. Aber man kann sie nicht bedrängen oder sollte sie nicht bedrängen, verurteilen, in irgendeiner Art und Weise dorthin schieben.

LD Aber wir dürfen sie ermutigen.

AS Man muss sich auseinandersetzen. Es geht ja eigentlich um den Umgang damit, wie wir Kultur und Zivilisation verstehen. Mein Verständnis von Zivilisation ist, dass wir mit dem, was wir vorfinden, was wir geerbt haben und auch, was wir selbst sind, gut umgehen und das respektieren.

LD Genau.

AS Ja, aber jeder auf seine Art und Weise. Es müsste, glaube ich, wirklich schon etwas sehr Großes passieren, dass ich heutzutage auf eine Demonstration gehen würde.

LD Es passiert gerade etwas sehr Großes, Frau Springer. Ich glaube, das, worauf ich anspreche, ist



Anne Springer

Dipl.-Psych., Psychoanalytikerin in freier Praxis in Berlin, Lehranalytikerin und Dozentin am Institut für Psychotherapie Berlin. Sie war langjährige Vorsitzende der DGPT.

so eine inaktive analytische beobachtende Haltung, bei der im Subtext etwas mitschwingt wie: „Ich beobachte die anderen, aber ich selbst gehöre eigentlich nicht so richtig dazu.“

AS Was da mitschwingt und was bei Ihnen dann, glaube ich, als etwas Unangenehmes ankommen kann, ist verbunden mit einer latenten Ablehnung: „Die agieren da rum, die anderen.“ Das ist die unangenehme Seite, dem würde ich immer entgegenreten.

Manche PsychotherapeutInnen sagen ja auch, wenn wir das wollen, dass Leute sich als PsychotherapeutInnen politisch so exponieren, dann müssen wir auch damit leben, dass Leute sich bei der AfD exponieren oder von der ultrarechten Seite her ihre Ziele agitieren. Was antworten Sie denen?

LD Natürlich steht es in diesem Land jedem frei, sich zu engagieren. Ich persönlich würde mir wünschen und auch hoffen, dass unsere Berufsgruppe auf einem wissenschaftlichen Konsens basierend aktiv wird und auf einem Konsens der Menschenrechte und der Würde basierend dem wachsenden Rechtspopulismus entgegentritt. Weil ich denke, dass es im Sinne der Berufsethik eine Rolle spielt. Aber natürlich steht es den Menschen frei, sich auch im rechten Spektrum zu engagieren. Umso wichtiger ist es ja, dass die, die eine andere Haltung haben, sich dann auch dagegen engagieren. *(lacht)*

Und wo sind Ihre persönlichen Berührungspunkte, Grenzen, Schwierigkeiten?

AS Ich finde es legitim, dass jeder Bürger dieses Landes aufsteht und sagt, ich habe die und die Meinung. Ich finde es ein Trauerspiel, wenn das nicht passiert.

LD Das ist notwendiger Bestandteil unserer Demokratie.

AS Ja, und Demokratie ist anstrengend. Für mich ist die Grenze dort, wo mein Job berührt ist, in der therapeutischen Situation. Wenn ich mit jemandem zu tun habe – und ich habe immer mal wieder mit Patienten zu tun, die entweder nach rechts driften oder zum Teil wirklich auch schon sehr rechts und auch politisch aktiv sind. Dann ist es mein Job, mit den Gefühlen, Affekten, Fantasien und so weiter umzugehen, die kommen, wenn ich ihnen zuhöre. Da schreit alles danach, zu sagen: „Hör endlich auf!

Ich kann es nicht hören, ich will es nicht.“ Aber ich muss dann entscheiden, ob ich dem Betreffenden sage: „Ich kann Ihnen nicht weiterhin zur Verfügung stehen, aber ich helfe Ihnen gerne, jemand anderen zu suchen.“ Das habe ich auch schon gemacht. Ich würde wirklich anfangen, supervisorisch mit Kollegen sehr ernsthaft nachzudenken, wenn ich bei mir bemerken würde, dass ich in der Stunde gesagt habe: „Ich finde das falsch, was Sie da gerade sagen.“

Also, es darf Ihnen nicht passieren nach Ihrem eigenen Selbstverständnis?

AS Das darf nicht sein. Der Patient hat per se den freien Raum, jeden Unfug zu erzählen, den er erzählen möchte. Es ist mein Job, damit umzugehen und herauszufinden, warum er es gerade nötig hat, mich derartig auf die Palme zu bringen, weil Patienten ein sehr gutes Gefühl dafür haben, dass sie gerade etwas mit dem anderen machen.

Aber wie ging es Ihnen damit, wenn Sie die Therapie abgebrochen haben?

AS Für mich war es der richtige Schritt. Bei einem der beiden, wo ich das gemacht habe, war es völlig klar. Die andere war eine Patientin, die nicht damit gerechnet hatte und sehr betroffen reagiert hat. Vielleicht war das eine wichtige Botschaft, dass jemand relativ freundlich zu ihr sagt: „Das geht mit mir nicht.“ Ich war bei beiden zutiefst erleichtert und sehr froh, die Entscheidung getroffen zu haben. Und dann gibt es andere Situationen, wo es eine lange, schwierige Arbeit wird, gemeinsam zu verstehen, warum es jemand nötig hat, auf diese Art und Weise ein bestimmtes Menschenbild zu pflegen und zu verteidigen und sich so zu positionieren. Das ist wahnsinnig anstrengend. Ich weiß auch nicht, ob es immer gelingen kann. Aber ich finde es notwendig, es zu probieren. Für mich ist es eine zivilisatorische Tätigkeit, gerade dann nicht zu sagen: „Hören Sie, so geht es aber gar nicht.“ Aber man kann es auch ganz anders sehen.

LD Ich gehe da d'accord, ich würde in solchen Fällen supervisorische Hilfe in Anspruch nehmen und es im Zweifelsfall vermutlich ähnlich machen. Und ich erlebe es auch gerade bei jüngeren KollegInnen – mich eingeschlossen – so, dass es da auch durchaus Beratungsbedarf gibt. Es ist wichtig, dass wir als TherapeutInnen Unterstützung bekommen, um herausfinden zu können: Wo sind meine Grenzen? Bis zu welchem Punkt bin ich bereit, diese Situation auszuhalten, und wo ist vielleicht auch



Lea Dohm

Dipl.-Psych., aktiv bei „Psychologists/ Psychotherapists for Future“, selbstständig in eigener Praxis in Stadthagen, auch als Fachjournalistin tätig.

der Punkt, um zu sagen: Es geht nicht mehr. Letztlich ist es aber ja schon ein Erfolg, wenn solche PatientInnen zu uns in Therapie kommen. Das kann eine kleine Chance sein.

In welchen Formen begegnen Ihnen politische Themen innerhalb der Therapie noch? Wie sehr ist zum Beispiel die Klimakrise ein Thema?

LD Hin und wieder, einerseits zum Beispiel in Form von Angst vor der Klimakrise. Und wir müssen uns ja auch selbst damit auseinandersetzen: Was bedeutet die Vorstellung für mich, dass meine Kinder in einer ganz anderen Welt aufwachsen werden als ich? Dazu gehören die ganzen Gefühle, die damit verbunden sind. Andererseits aber auch – analog zum Thema „Umgang mit den Rechten“ im Therapiesetting – die Frage: Was macht es mit mir als Therapeutin, wenn mir zum Beispiel eine Patientin, ein Patient erzählt, dass sie dieses Jahr ihre dritte Kreuzfahrt geplant haben, um es sich mal richtig gut gehen zu lassen? So etwas löst auch etwas in mir aus.

AS Hm, gar nicht so einfach ...

LD Dabei werden im Grunde ähnliche Themen berührt wie die, die wir eben besprochen haben, nämlich: Wie gehe ich mit dem um, was in mir in solchen Momenten passiert? Das gehört in die

Supervision, und ich finde, das gehört auch in die Ausbildung. Das wäre jedenfalls meine Vorstellung, dass es dazu Fortbildungsveranstaltungen geben sollte.

Wie oft begegnet Ihnen das Thema, Frau Springer?

AS Also nicht bei allen Patienten, das ist eine eher kleinere Gruppe, aber für diese ist es sehr wichtig. Das reicht von sehr nachvollziehbarer, gut begründeter Besorgnis bis zu einer völlig anders motivierten Angstproblematik. Also: Im Grunde genommen wird jemand geplagt von Vergiftungsfantasien, die sich auf das Klimathema draufsetzen, und dann wird alles miteinander vermischt. Da muss man dann sehr aufpassen, dass man das differenziert, ohne in die Verleugnung zu gehen. Bei den Ausbildungskandidaten wird es übrigens mehr und mehr zum Thema, inzwischen ist es eine ziemlich große Gruppe, die auch darüber spricht und sich auf irgendeine Art und Weise engagiert.

LD Ich möchte gerne sagen, dass aus meiner Sicht in der Positionierung zur Klimakrise eine Chance liegt, gerade auch für die Psychoanalyse. Besonders was die Ideen zur Verleugnung, zur Verdrängung, zur Vermeidung angeht – alle Aspekte, die mit Abwehr zu tun haben – da hätte die Psychoanalyse so viel Konstruktives beizutragen.

AS Vielleicht muss man sich aber darauf einigen, dass Menschen sehr unterschiedliche Wege gehen können und dabei das gleiche Anliegen haben. Ich sage das nicht, um eine Art Friedhofsruhe anzumahnen, so nach dem Motto: Regt euch alle nicht so auf. Ich glaube, man muss sich sogar viel mehr aufregen. Aber die Art und Weise, damit umzugehen, die ist einfach unterschiedlich, je nachdem, wo man herkommt, und das ist auch ein Wert in dieser Gesellschaft, dass man damit unterschiedlich umgehen darf.

LD Und dass wir uns dadurch nicht bremsen lassen, sondern die Unterschiedlichkeit aushalten. Letztlich ist das ja etwas, was wir PsychotherapeutInnen können: in Beziehung bleiben trotz unterschiedlicher Meinung.

Vielen Dank.

Das Interview führte die Pressesprecherin des bvvp, Anja Manz. Das vollständige Gespräch finden Sie unter www.bvvp.de

Grenzverletzung oder gar Missbrauch – und nun?

Von **Andrea Schleu**

Schwerwiegende Grenzverletzungen wie sexueller, ökonomischer und narzisstischer Missbrauch in der Psychotherapie sind wahrlich kein angenehmes Thema. Sie gefährden nicht nur das Ansehen unseres Berufsstandes, sondern sie stellen auch die Patientensicherheit grundlegend in Frage und zerstören das Vertrauen der PatientInnen in ein psychotherapeutisches Hilfsangebot. Sie sind verbunden mit einer Vielzahl von hoch ambivalenten und verstörenden Gefühlen bei denen, die sich konkret damit konfrontiert sehen. Fassungslosigkeit und ein kalter Schauer des Entsetzens befallen jeden, der den Berichten von geschädigten PatientInnen zuhört, dazu kommen Empörung und Wut, auch abwehrendes Zurückweichen und Hilflosigkeit angesichts der oftmals gravierenden Folgen von Grenzverletzungen. Schon wiederholt wurde mir von erschrockenen KollegInnen die bange Frage gestellt, wie man sich denn gegen solche Entwicklungen in einer Therapie sicher schützen könne.

Ein schrittweiser Weg in ein zerstörerisches Geschehen

Nun zeigen die wissenschaftlichen quantitativen und qualitativen Untersuchungen der Berichte von Betroffenen nicht nur ein ganzes Spektrum von Grenzverletzungen*, sie beschreiben auch in eindrücklicher Weise den schrittweisen Weg hinein in ein zerstörerisches Geschehen. Mehr als 1.600 solcher Beratungsfälle hat der Ethikverein e. V. in den zurückliegenden Jahren dokumentiert und ausgewertet, hat informiert, beraten und in Beschwerdeverfahren unterstützt und begleitet (www.ethikverein.de). Die niederschwellige und vertrauliche Beratung stellt gemäß dem Konzept der Triangulierung eine erste Öffnung in einem dyadischen Behandlungsprozess dar, in dem das gemeinsame Ziel und alle Regeln und Grenzen verlorengegangen zu sein scheinen.

Zunächst ist ein Blick in die Berufsordnungen und eine ehrliche Auseinandersetzung mit den darin aufgeführten zentralen Berufspflichten hilfreich und schützend nicht nur für PatientInnen, sondern auch für uns PsychotherapeutInnen selbst. Die Berufspflichten definieren als zentrales Moment die psychotherapeutische Abstinenz, die aus dem grundlegenden strukturellen Machtgefälle resultiert, das sich in jeder Behandlung zwischen PatientInnen und PsychotherapeutInnen ergibt. Das Gerede von einer Behandlung „auf gleicher Augenhöhe“ ist daher eher eine Verwechslung mit dem notwendigen Respekt vor der Würde der PatientInnen.

Psychische Transformationsprozesse bedürfen der „Weichheit“ unserer PatientInnen

Zu Beginn einer Behandlung sind PatientInnen zumeist sehr bedürftig, angewiesen und abhängig, denn sonst kämen sie nicht als PatientInnen zu uns. Diese psychische Abhängigkeit bleibt in der Behandlung zunächst auch bestehen, um eine psychische Veränderung erreichen zu können. Psychische Transformationsprozesse bedürfen neben der psychischen Kraft unserer Interventionen, die wir als PsychotherapeutInnen einsetzen, vor allem der Aufnahme- und Veränderungsbereitschaft und damit „Weichheit“ unserer PatientInnen. Vergleichbar ist es vielleicht mit Materialien wie Wachs und Holz, die im weichen Zustand leicht formbar sind, hart dagegen brechen.

Hilfreich in der Prävention von Grenzverletzungen ist auch die systematische Erfassung von Frühindikatoren und Vorstufen. Analog zu anderen Hochrisikobereichen wie in der Luftfahrt und Intensivmedizin wurden im Ethikverein die yellow und red flags zusammengetragen. Bei der Betrachtung dieser Aufstellungen zeigt sich deutlich, dass die Standards und Routinen des professionellen Vorgehens (zumeist unreflektiert) in all diesen

Punkten verlassen worden sind. Dagegen ermöglicht eine frühzeitige und ehrliche individuelle oder gemeinsame kollegiale Reflexion in der Inter- oder Supervision die Aufrechterhaltung der schützenden Standards. Es braucht wenig Fantasie, sich vorzustellen, dass es uns leichter fällt, über Schwierigkeiten in einer Behandlung zu sprechen, wenn noch nicht alles so verworren ist, kaum erklärbar erscheint oder wir es voller Scham oder Schuldgefühlen vorziehen zu schweigen.

Yellow flags

- Veränderung des Settings (Überziehen, Verlegung)
- Honorarveränderung ohne vorherige Ankündigung oder Einverständnis
- Geschenke
- Empathieverlust
- Vorstellung eigener Unfehlbarkeit
- Desinteresse oder wiederholter Ärger
- Persönliche Auskünfte
- Rollenvermischungen
- Retter- oder Größenphantasien
- Erotische Phantasien, die auf Realisierung drängen
- Konkrete persönliche oder sexuelle Beziehungswünsche

Quelle: Schleu 2014

Red flags

- Persönliche, private und sexuelle Kontakte und Beziehungen
- Finanzielle u./o. geschäftliche Verbindungen
- Große Geschenke
- Unangekündigte Umarmungen u./o. Berührungen des Patienten
- Verbale erotische Aussagen
- Eingehen auf sexuelle Angebote von Patienten
- Verbale u./o. sexualisierte Aggressionen, Entwertungen
- Überschneiden im Freundes-/Bekanntenzirkel
- Gespräche über Patienten ohne Schweigepflichtentbindung (außer im Notfall)
- Benutzen des Patienten für Werbung und Öffentlichkeitsarbeit
- Enge Bezugspersonen in Behandlung nehmen
- Verletzung des Rahmens

Quelle: Schleu 2014

Unsere wichtige kollegiale Verantwortung

Die wissenschaftliche Auswertung der Beratungsdaten belegt, dass sich Vorstufen von schweren sexuellen und sozialen Grenzverletzungen zeigen in einer Sexualisierung, unangemessenen Selbstoffenbarungen der TherapeutInnen, privaten Treffen, einem ausgedehnten Telefon-, Mail- oder SMS-Austausch, einem unklaren Therapierahmen, Rollentausch und Rationalisierungen. Es zeigt sich sowohl in den Beratungsprozessen als auch bei den yellow und red flags, dass uns als beobachtenden KollegInnen eine wichtige kollegiale Verantwortung zuwächst. Weit früher als den betroffenen PatientInnen und den behandelnden KollegInnen selbst befällt uns mit unbefangenen Blick das Gefühl: Hier stimmt etwas nicht. Wir wissen um problematische Momente in Behandlungen aus eigener Erfahrung, wir nehmen die verstrickten Konstellationen in einer psychotherapeutischen Beziehung wahr, die von den Beteiligten rationalisierend oder verleugnend „weg-“ erklärt oder bagatellisiert werden. Und dann besteht die Aufgabe, entgegen der ansonsten notwendigen nichtwertenden psychotherapeutischen Haltung, Position zu beziehen und das Beobachtete in klare, angemessene und vor allem hilfreiche Worte zu kleiden.

Fatale Verstrickungen oder bewusster Machtmissbrauch?

Von solchen folgenreichen und schädlichen Fehlern und fatalen Verstrickungen sind dagegen bewusste Regelverstöße und Machtmissbrauch abzugrenzen. Hier findet sich ein grooming mit vielfältigen Varianten von Manipulation, Fixierung der Abhängigkeit, Desinformation und sogar Einschüchterung und Bedrohung der PatientInnen. Hier stehen wir vor der (auch wissenschaftlichen) Aufgabe, Machtmissbrauch von Verstrickungen klar unterscheiden zu lernen und daraus passende präventive Schritte abzuleiten. Fehler scheinen durch fortgesetzte individuelle und kollegiale Anstrengungen zwar nicht zu verhindern, aber doch begrenzt zu sein. Machtmissbrauch bedarf dagegen struktureller Maßnahmen mit effizienten Beschwerdemöglichkeiten, definierten Verfahrenswegen im Umgang mit Grenzverletzungen in Verbänden und Kammern, der Ausschöpfung der rechtlichen und berufsrechtlichen Vorgaben und klarer, auch abschreckender Sanktionsmöglichkeiten.

* Mehr dazu unter bvvp.de → mein-bvvp → bonusmaterial ppp magazinausgaben

Ethische Verfehlungen und ihre juristischen Folgen

Von **Detlev Achhammer**

Generell lädt das Abhängigkeitsverhältnis, das in psychotherapeutischen Behandlungen oft vorliegt, zu Grenzüberschreitungen unterschiedlicher Art ein. Dieses Ungleichgewicht ist maßgeblich für das Auftreten und die Schwere von Missbräuchen jeglicher Art.¹

Art der ethischen Verfehlungen

Die Tathandlungen reichen von sexuellen, narzisstischen, ökonomischen und anderen Grenzverletzungen bis zu Schweigepflichtverletzungen und vielem mehr. In den meisten Fällen liegen verschiedene Grenzüberschreitungen gleichzeitig vor. Schwerste und zugleich sehr häufig vorkommende Grenzverletzung (33 Prozent der angezeigten Fälle) ist der sexuelle Missbrauch von PatientInnen, aber auch von LehranalytInnen.

Häufigkeit ethischer Verfehlungen

Verschiedene Studien gehen davon aus, dass es in mehr als zehn Prozent aller Formen psychotherapeutischer und psychiatrischer Tätigkeit zu sexuellen Übergriffen kommt. Schätzungen zufolge finden in Deutschland jährlich bis zu 600 sexuelle Grenzverletzungen in den verschiedenen Therapiefeldern statt; eine hohe Dunkelziffer ist anzunehmen.²

Folgen des Fehlverhaltens

Insgesamt gibt es fünf verschiedene rechtliche Bereiche, in denen Fehlverhalten in der Psychotherapie sanktioniert wird: Diese sind das Strafrecht, Berufsrecht, Zivilrecht, Vereinsrecht und das Datenschutzrecht. Ein „Fall“ kann zu Sanktionen in allen fünf Bereichen führen.



1) Sanktionen im Strafrecht

Das Strafrecht wird neben der Entziehung der Approbation allgemein als das schärfste Sanktionsinstrument angesehen.

Eine allgemeine Pflicht zur Abstinenz in der therapeutischen Praxis besteht strafrechtlich nicht. Strafbar ist ein Verhalten, das bestimmte Straftatbestände verwirklicht. Typische Tatbestände und deren Strafandrohungen sind: sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungsverhältnisses (§ 174c StGB) mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren, Beleidigung durch sexualisierte Äußerungen, Gesten und ähnliches (§§ 185 ff. StGB) mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe, Betrug durch vorsätzliche unrichtige Abrechnung (§ 263 StGB) mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe sowie Verletzung der beruflichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.

Abstinenzverletzungen sind auch nach dem Ende der Behandlung verboten.

Erfährt die Kammer von einem berufsrechtlichen Verstoß, führt sie eine förmliche Untersuchung durch.

2) Sanktionen im Berufsrecht

Das Berufsrecht ist in der Berufsordnung für die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geregelt. Berufsrecht ist Landesrecht, weshalb jedes Bundesland eine eigene Berufsordnung erlassen hat. Der Deutsche Psychotherapeutentag hat eine Musterberufsordnung (MBO) entwickelt, die alle Bundesländer nahezu wortgleich übernommen haben, allerdings gibt es kleine Abweichungen, die gegebenenfalls zu beachten sind.

Die auf der MBO basierenden Berufsordnungen setzen allgemeine Maßstäbe für unkorrektes Verhalten, die sich im Wesentlichen auf Folgendes beziehen: mangelnde Professionalität (§ 3) als Verstoß gegen die Verpflichtung zur gewissenhaften Berufsausübung, zum Beispiel in Form von Nicht-Respektieren der Autonomie der PatientInnen, Unkenntnis des Berufsrechts oder herabsetzenden Äußerungen über PatientInnen oder KollegInnen. Auch außerberufliches Fehlverhalten, wie der Besitz von Kinderpornografie, wird berücksichtigt. Weiterhin geht es um Abstinenzverletzungen, die – Achtung! – nach § 6 auch über die Beendigung der Behandlung hinaus verboten sind. Betroffen sind unter anderem Abstinenzverletzungen sexueller, persönlicher und wirtschaftlicher Art (Verbot von Geschäfts- oder Arbeitsbeziehungen mit PatientInnen, sexueller Kontakt mit PatientInnen oder Angestellten, narzisstische Ausbeutung). Auch Schweigepflichtverletzungen (§ 8) und die Verletzung der Dokumentations- und Aufklärungspflichten (§§ 7, 9) sowie Verstöße gegen Einsichtsrechte von PatientInnen (§ 11) gehören dazu, wie auch solche gegen die Regeln zur Praxisorganisation (§ 22); Beispiele sind die Regel der ausreichenden Erreichbarkeit für PatientInnen, das Nichtbeantworten von Anfragen der Kammer oder mangelnder Datenschutz (§ 10).

Sanktionen regeln nicht die Berufsordnungen, sondern die Kammergesetze der Länder. Erhält die Kammer Kenntnis von einem berufsrechtlichen Verstoß, so führt sie eine förmliche Untersuchung durch. Bestätigt sich der Vorwurf, kann die Kammer eine Rüge aussprechen, gegebenenfalls verbunden mit einer Geldauflage (in der Regel bis zu 10.000 Euro), oder auch die Weisung zur Durchführung einer Fortbildung erteilen. In schweren Fällen stellt die Kammer beim Verwaltungsgericht den Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens. Das Gericht kann dann weitere Sanktionen beschließen, von der Festsetzung einer

Geldbuße bis 100.000 Euro bis zur Feststellung der Unwürdigkeit zur Ausübung eines Heilberufs. Die Entziehung der Approbation als schwerste Sanktion würde durch die zuständige Verwaltungsbehörde erfolgen.

3) Zivilrechtliche Maßnahmen

In der Therapie geschädigte PatientInnen haben Anspruch auf Schadenersatz (§§ 280 bzw. 823 BGB), zum Beispiel in Form der Übernahme der Kosten für eine Folgetherapie oder auch einer Zahlung von Schmerzensgeld. Dazu wird Klage vor dem Zivilgericht erhoben, das den Therapeuten oder die Therapeutin gegebenenfalls zu einer Zahlung verurteilt.

4) Vereinsrechtliche Maßnahmen

Die Berufsverbände und zunehmend auch viele Institute haben eigene Ethikleitlinien und Schiedsordnungen geschaffen. Verstöße können vereinsintern sanktioniert werden. Im Extremfall kann es zum Ausschluss des Mitglieds aus dem Verband bzw. Institut führen, in minder schweren Fällen zu abgestuften Sanktionen wie die Entziehung der Lehrbefugnis oder die Anordnung von Supervision.

5) Datenschutzrecht

Neben den Vorschriften des Straf- und Berufsrechts ist seit Mai 2018 auch das EU-Datenschutzrecht zu beachten. Bei Verstößen gegen die EU-DSGVO drohen hohe Bußgelder (bis zu zehn Millionen Euro bzw. zwei Prozent vom Jahresumsatz) durch die Landesämter für Datenschutz.

Schlussbemerkung

Die sehr vielfältigen Aspekte des Themenkomplexes können hier nur angerissen werden. Allen TherapeutInnen ist dringend ein regelmäßiger Blick in einen Kommentar zur Berufsordnung anzuraten. Damit ließe sich die mir gegenüber so oft geäußerte Angst nehmen, als TherapeutIn stünde man bereits mit einem Bein im Gefängnis, und eine rationale Grundlage für ein Gespräch über Grenzverletzungen schaffen.

Literaturangaben:

- 1 Strauß, Linden, Haupt, Kaczmarek, Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen, Psychotherapeut 2012-57, S. 385/392
- 2 Tibone G., Jenseits ethischer Grenzen: Nachdenken über einen dunklen Bereich psychoanalytischer Tätigkeit. In: Unruh B, Moeslein-Teising I, Walz-Pawlita S, Hrsg., Grenzen. Gießen: Psychosozial; 2017: 130-147

Patientenkontakte außerhalb der Praxis

Von **Jürgen Thorwart**

Niedergelassene PsychotherapeutInnen arbeiten in aller Regel ausschließlich in ihren Praxisräumen und verzichten außerhalb dieses Kontextes auf Begegnungen mit ihren PatientInnen. Ausnahmen sind nur vorstellbar, wenn der Kontakt nicht anders herstellbar ist – Beispiele sind Klinik- oder Hausbesuche. Zudem kann es im Rahmen von Verhaltenstherapien verfahrens- bzw. behandlingstechnische Gründe für therapeutische Kontakte außerhalb der Praxisräume geben (Expositionsbehandlungen).

In der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer, die Grundlage der verbindlichen Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammern darstellt, heißt es im Zusammenhang mit der Abstinenz: „Psychotherapeuten sollen außertherapeutische Kontakte zu Patienten auf das Nötige beschränken und so gestalten, dass eine therapeutische Beziehung möglichst wenig gestört wird.“ (Bundespsychotherapeutenkammer 2007: § 6 Abs. 4)

Im einschlägigen Kommentar zur Musterberufsordnung verweisen die AutorInnen darauf, „dass der Therapeut in der konkreten Situation die Alltagsregeln der Höflichkeit anwendet, darüber hinaus jedoch die abstinente Haltung so wahrt, dass das genannte Ziel – die therapeutische Beziehung so wenig wie möglich zu belasten – erreicht wird.“ Und weiter: „Es ist nicht gemeint, dass der Therapeut sich durch zufällige – oder auch von Patienten herbeigeführte – Begegnungen in seiner Lebensgestaltung prinzipiell bestimmen lässt. Für solche Situationen gibt es keine Standardvorgaben.“ (Stellpflug & Berns 2008: 64f RN 143).

Nicht auf Begegnungen mit Patienten hinwirken

Was bedeutet das in der Praxis? Begegnungen mit PatientInnen außerhalb der Praxis sind in unterschiedlichsten Kontexten möglich: bei der Nutzung

öffentlicher Verkehrsmittel, beim Einkaufen, beim Arztbesuch, im Schwimmbad oder in der Sauna.

Klar ist: PsychotherapeutInnen dürfen nicht aktiv darauf hinwirken, dass sie PatientInnen gezielt begegnen! Hier wäre die Grenze zur Abstinenzverletzung bereits überschritten. Nicht immer geschieht das allerdings bewusst, mehrfache Begegnungen mit PatientInnen sollten Signalfunktion haben, um zu reflektieren, was dies bedeuten könnte – und natürlich kann die Initiative auch von PatientInnen ausgehen. Entstehen im Rahmen der Behandlung Wünsche der BehandlerInnen nach persönlichem und außertherapeutischem Kontakt mit PatientInnen, ist das insoweit unproblematisch, als diese reflektiert und „contained“ werden können. PsychoanalytikerInnen und tiefenpsychologisch tätige KollegInnen verstehen diese Impulse als „Gegenübertragungsreaktionen“ und nutzen sie für ein vertieftes Verständnis der therapeutischen Beziehung, insbesondere in ihren unbewussten Facetten, um damit der Tendenz, zu agieren – also zu handeln –, zu widerstehen. Hilfreich kann dabei das (geschützte) Gespräch mit KollegInnen (Intervision) oder SupervisorInnen sein – gerade auch, wenn es sich um Behandlungen im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung handelt.

Wissen PsychotherapeutInnen von bevorzugten Aufenthaltsorten ihrer PatientInnen (Restaurants, Theater, Kino, Volkshochschule etc.), sollten sie darauf verzichten, diese aufzusuchen – vor allem dann, wenn die Wahrscheinlichkeit eines Zusammentreffens hoch ist, etwa, weil eine Patientin im Ensemble des besuchten Theaters spielt oder Mitglied des Orchesters ist. Im Einzelfall, das gilt insbesondere für den ländlichen Raum, oder wenn sich die Lebensräume, zum Beispiel die Stadtviertel, überschneiden, wäre es denkbar, Absprachen zu treffen, damit Begegnungen vermieden werden, aber auch, damit Räume unbefangener Aktivität geschaffen werden.

Irritation und Unsicherheit

Wie kann mit Begegnungen außerhalb der Praxis bzw. der Therapie umgegangen werden? Zunächst führt die zufällige, unvermittelte Begegnung in aller Regel zu Irritation und Unsicherheit auf beiden Seiten. Statt des (meist) sicheren, gewohnten und geschützten therapeutischen Raums findet man sich in einer Situation wieder, die von vielen Faktoren bestimmt und schwer kalkulierbar geworden ist.

Eine Möglichkeit bestünde darin, nicht nach außen hin erkennbar zu reagieren und damit die Begegnung so zu gestalten, als kenne man den Patienten oder die Patientin nicht. Das kann allerdings, wenn es nicht vorher besprochen und rational wie emotional bearbeitet wurde, zu einem weitreichenden Kränkungserleben bei PatientInnen führen. Denkbar wäre auch, die Wahrnehmung des Gegenübers durch ein kurzes Kopfnicken oder Lächeln zu bestätigen. Weitergehende Begrüßungen (Aufeinanderzugeschauen, Händeschütteln, Begrüßung mit Namen) können als wertschätzende Geste empfunden werden, aber auch erhebliche Nebenwirkungen haben – wenn dadurch Dritte Kenntnis von der Beziehung bekommen. Denn möglicherweise fragen sie nach, um wen es sich handelt, oder sie wissen aus anderen Zusammenhängen von der beruflichen Tätigkeit. Aber auch PsychotherapeutInnen geraten so in heikle Situationen: Sollen sie nicht vielleicht auch den Patienten oder die Patientin begleitende PartnerInnen, Kinder oder Freunde ansprechen?

Wann wird die Schweigepflicht verletzt?

Diese Frage hat dann auch weitreichende juristische Bedeutung: Würde durch das Verhalten offenbar, dass sich jemand in Behandlung befindet („Ich bin der Psychotherapeut Ihres Mannes“), wäre die Schweigepflicht verletzt. Das geschieht vor allem dann leicht, wenn nach der Begrüßung ein von PatientInnen initiiertes Gespräch folgt oder PsychotherapeutInnen einen entsprechenden Gesprächsbeitrag leisten („Geht es Ihnen gut?“). In solchen und anderen Situationen, insbesondere, wenn sie persönlich oder intim sind wie zum Beispiel Begegnungen in der Sauna oder im Theater, dürfte es in der Regel angemessen sein, den Ort diskret zu verlassen.

Die von Stellpflug und Berns angesprochenen „Alltagsregeln der Höflichkeit“ scheinen mir an dieser Stelle

diskussionswürdig. Letztlich macht es wohl eher Sinn, die Haltung einer „therapeutischen Höflichkeit“ einzunehmen. Das bedeutet aus meiner Sicht, PatientInnen nicht zu ignorieren (und gegebenenfalls die Straßenseite zu wechseln), aber dennoch vor allem in öffentlichen Situationen zurückhaltend zu reagieren und so die Vertraulichkeit der therapeutischen Beziehung zu wahren. Je persönlicher und intimer sich die Umstände gestalten – Kontakt im Restaurant, Konzert oder Theater, bei einer Party, Einladung zu gemeinsamen Bekannten – desto eher sollte erwogen werden, sich zurückzuziehen und mit dem Patienten oder der Patientin zu besprechen, wie ein künftiges Aufeinandertreffen so gestaltet werden kann, dass eine therapeutische Beziehung möglichst wenig gestört wird.

Für die Therapie bedeuten zufällige Begegnungen bei aller Konflikthaftigkeit immer auch eine Chance: Denn die damit einhergehende Verunsicherung sowie die mehr oder weniger bewusst auftretenden intensiven Affekte und Fantasien beleuchten das therapeutische Geschehen. Daher dürfte es immer auch von einiger Bedeutung sein, wenn PatientInnen in der folgenden Stunde die Begegnung nicht aufgreifen. Auch wenn man nicht mit den psychoanalytischen Konzepten von Abwehr/Widerstand arbeitet, könnte es gerade hier Sinn machen, diese mit all ihren bewussten und gegebenenfalls unbewussten Implikationen zu thematisieren.

Literatur:
Bundespsychotherapeutenkammer (2007): Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten i. d. F. der Beschlüsse des 7. Deutschen Psychotherapeutentages in Dortmund (13.01.2006), aktualisiert mit Beschluss des 11. DPT (10.11.2007) https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20060113_musterberufsordnung.pdf (Abruf: 24.11.19)
Stellpflug, M. H. & Berns, I. (2008) Musterberufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Text und Kommentierung. Heidelberg: Psychotherapeutenverlag, 2. neu bearb. und erw. Aufl.

Private Begegnungen mit PatientInnen

Bei der Party, im Schwimmbad oder im Baumarkt: Eine schwierige Situation in der Psychotherapie, die häufig vorkommt, ist die Begegnung mit PatientInnen im privaten Bereich. Es ist daher sinnvoll, sich zu überlegen, wie man sich bei einem Zusammentreffen verhalten möchte, um nicht so zu reagieren, dass es einem später leidtut. Lesen Sie, was KollegInnen erlebt haben und wie sie damit umgegangen sind.

Ein unmittelbares „Wir-Gefühl“

Das gemeinsame Klimaschutz-Engagement

„Jetzt weiß ich, was ich Sinnvolles tun kann. Ich werde mich bei Extinction Rebellion einbringen“, eröffnete ein 23-jähriger Patient die Therapiestunde. Damit stellte sich für mich als Therapeutin ein Abstinenzproblem, denn auch ich bin bei der Klimaschutzinitiative aktiv, war dem Patienten dort jedoch noch nie begegnet. Meine therapeutische Abstinenz erschien mir zunächst so wichtig, dass ich dies dem Patienten nicht mitteilte, sondern stattdessen versuchte, heimlich herauszufinden, zu welchen Veranstaltungen er vorhatte zu gehen. Ich erwog, dann selbst auf deren Besuch zu verzichten.

Das Vorhaben stellte sich aber bald als wenig praktikabel heraus, da er nicht in jeder Stunde über sein umweltpolitisches Engagement sprach, mir also unklar blieb, ob ein solches Aufeinandertreffen stattfinden würde oder nicht. Und das Katz-und-Maus-Spiel fühlte sich unehrlich an, sodass ich den Patienten schon wenige Stunden später damit konfrontierte, dass auch ich in der Ortsgruppe aktiv war.

Diese Eröffnung stellte ein unmittelbares Wir-Gefühl her – ausgelöst durch das spontane Auflachen des Patienten darüber, dass auch seine Therapeutin die Umweltkatastrophe begriffen hatte und sich wie er engagierte. Unbewusst fand hier also eine Alter-Ego-Selbstobjektübertragung statt. Einvernehmlich vereinbarten wir, uns künftig nicht abzusprechen, wer wo wann an Veranstaltungen teilnehmen würde, sondern einander beim zufälligen Aufeinandertreffen kurz zu grüßen und sich

ansonsten aus dem Wege zu gehen. In der darauffolgenden Stunde wollten wir dann darüber sprechen, wie das Aufeinandertreffen erlebt worden war.

Mit dem Gefühl, nicht mehr aufpassen, nicht mehr auf der Hut sein zu müssen, stellte diese Entscheidung eine Erleichterung für mich dar. Das erste tatsächliche Aufeinandertreffen war dann ziemlich aufregend für den Patienten wie auch für mich. Tatsächlich wuchs in mir in der Folge ein tieferes Verständnis für die Scham des Patienten – schämte ich mich doch selbst dafür, in dieser für PsychotherapeutInnen ungewöhnlichen Situation von ihm gesehen zu werden. In der nächsten Therapiesitzung konnte schließlich erstmals die Scham des Patienten im eigentlichen Kern gespürt und besprochen werden. Sie wurde ersetzt durch ein Gefühl des Gesehenwerdenskönnens, das im Patienten zunehmend Raum gewinnen konnte.

Bei weiteren zufälligen Treffen wurden die Begegnungen außerhalb des Praxissettings allmählich zur unverkrampfteren Normalität, über die in manchen darauffolgenden Stunden gar nicht mehr gesprochen werden musste, weil es nichts dazu zu sagen gab. Die vom Patienten empfundene Scham der „tausend unbarmherzigen Augen“ (Zitat von Léon Wurmser) ist bei ihm einer Neugierde gewichen und einer Freude, auf andere Menschen zu treffen.

Christiane Z.*, Ärztliche Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin

„Ach ja, darüber darfst du ja nicht reden“

Der kleine Patient im Nachbarferienhaus

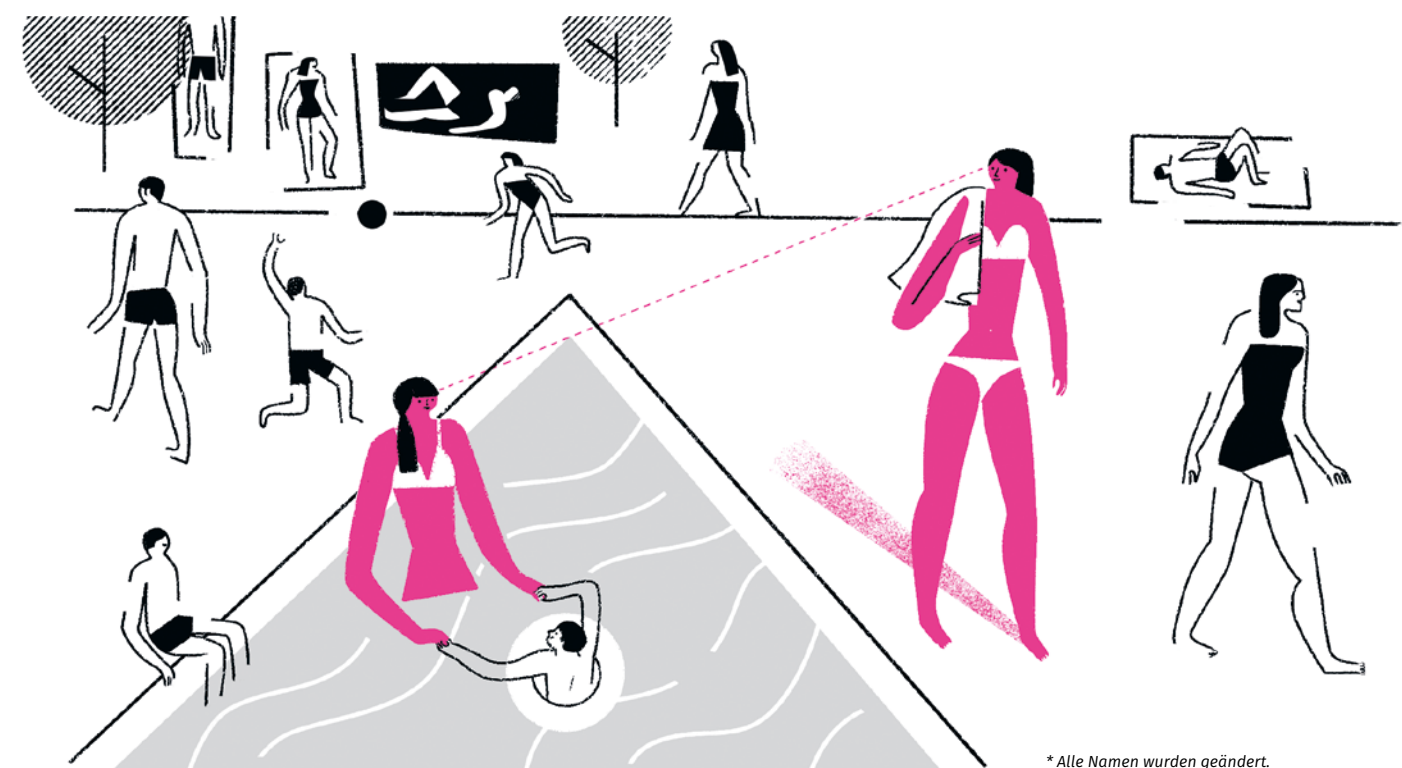
Urlaub in Italien, in einer Ferienhauseanlage am Meer. Wir packen das Auto aus und richten uns in der Wohnung ein. Auf einmal steht ein zehnjähriger Junge, den ich kenne, an der Mauer zum angrenzenden Bungalow – ein Patient von mir. Er grüßt freundlich, seine Eltern kommen dazu, ich begrüße sie herzlich und mit meiner Überraschung über diesen Zufall.

Solche Begegnungen kommen sicher nicht allzu oft vor – aber wenn, dann können sie schwierig werden. Im vorliegenden Fall haben meine Kinder die Situation mitbekommen und mich gleich gefragt, woher ich denn den Jungen kenne. Während ich noch nach einer Antwort suche, meint mein ebenfalls zehnjähriger Sohn: „Der ist sicher bei dir in Therapie. Ach ja, darüber darfst du ja nicht reden.“ Kurz überlege ich, meinen Sohn anzulügen und ihm eine erfundene Geschichte zu erzählen. Ich lasse es aber, weil mir gleichzeitig durch den Kopf schießt, dass mein Patient vielleicht ja auch selbst mit

meinem Sohn darüber sprechen wird. Ich wechsele also lieber das Thema, und mein Sohn fragt – sehr diskret – auch nicht weiter nach. Anderntags spielen die beiden zusammen am Strand, und natürlich erzählt der Patient meinem Sohn, woher er mich kennt. Er scheint, wie auch die Eltern, keinerlei Problem damit zu haben. Mit ihnen beschränkt sich der Kontakt fortan auf gelegentlichen Smalltalk am Gartenzaun.

In diesem Fall führte der Kontakt glücklicherweise zu keinen die Therapie gefährdenden Verwicklungen. Vermutlich wäre das vermeintlich abstinenteres Vorgehen – so zu tun, als kenne man sich nicht – problematischer gewesen. Die Eltern haben sich dann später in einem Elterngespräch auch in diesem Sinne geäußert und meinten, sie hätten meinen nicht problematisierenden Umgang mit der Situation als sehr erleichternd erlebt.

Mathias L.*, Kinder- und Jugendlichentherapeut



* Alle Namen wurden geändert.



„Ich habe es gesehen“ Das Verkehrsvergehen

Eine Fußgängerampel im letzten Moment so zu überqueren, dass sie auf Rot umschaltet, während man noch auf der Straße steht, ist kein optimales Verhalten im Straßenverkehr, aber noch im Rahmen vertretbarer Nachlässigkeiten. Problematisch wird es, wenn der achtjährige Patient seine nächste Sitzung mit der Ansage beginnt: „Herr G.*, du bist bei Rot über die Ampel gelaufen – und ich habe es gesehen!“

Mir war in diesem Moment klar, dass ich weder eine passende Antwort bereit hatte, noch die Chance bestand, die Situation ohne Klärung hinter mich zu bringen. So kam für einen winzigen Moment Panik in mir auf. Nachdem ich beschlossen hatte, die Reaktion zu einem zentralen Teil meiner nächsten Supervisionsitzung zu machen, begann ich die Therapiestunde mit: „Oh, dann haben wir ja etwas zu klären. Ich bin sehr gespannt, wo du mich gesehen hast – und wobei!“

Nils* kam zu diesem Zeitpunkt seit drei Monaten wegen der Auswirkungen der sexuellen Übergriffe durch seine Mutter in die Psychotherapie. Die Bewältigung von Angstzuständen und Wutausbrüchen spielte dort eine ähnlich große Rolle wie die Auseinandersetzung mit dem Wissen, über sehr viel mehr Erfahrung als

Gleichaltrige zu verfügen. Nils genoss den Schockeffekt auf die Umwelt, sobald er seine Erlebnisse schilderte. Eines der Anliegen der sozialen und medizinischen Umgebung (Jugendamt, Kinderarzt, Kinderpsychiater) war es, mit ihm einen angemessenen Umgang mit diesen Informationen zu erarbeiten.

Erwartungsgemäß stand das Thema „Regeln brechen“ ebenso im Mittelpunkt der nächsten Sitzung wie „Sehen und gesehen werden“. Nils' Hinweis, ich hätte wohl nicht das 11. Gebot verstanden, verstand ich als einen freundlich gemeinten Hinweis auf einen Ausweg.

Am Ende standen die Einsichten, dass es gut sei, wenn auch ein Therapeut zu falschem Verhalten stehen könne, dass niemand „über dem Gesetz“ stehe, dass ich aber auch keine andere Chance gehabt hätte, als die legal bei Grün begonnene Überquerung der Straße ab der Mitte illegal bei Rot zu beenden – schlicht und ergreifend, weil keine andere Verhaltensweise sinnvoll gewesen bzw. der Verbleib auf der Straße noch ungünstiger gewesen wäre. Und Nils beendete die Sitzung mit „Hm, so ist es dann wohl, das Leben ...“

Jannik G.*, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

„Wie alt sind Ihre Kinder?“ Die Frau vor dem Kindergarten

In einer 100-stündigen Langzeitpsychotherapie – tiefenpsychologisch fundiert – behandelte ich eine komplex traumatisierte arbeitslose Erzieherin. Ihre Biografie war geprägt von vielfacher und andauernder sexueller Gewalt im familiären Umfeld mit mehreren Tätern. Ihre Symptome streiften immer wieder die einer wahnhaften Psychose, ihr Erscheinungsbild war stark ungepflegt, von der Persönlichkeitsstruktur her fand sich am ehesten eine emotional instabile Störung.

In den Therapiesitzungen hatte sich die Patientin immer wieder für mein Privatleben interessiert. So hatte sie sich beispielsweise erkundigt, wo ich wohnte, wie alt meine Kinder seien, in welchem Kindergarten diese betreut würden und vieles mehr. Mit Verweis auf die Abstinenzregel und klaren Grenzziehungen war es mir während der Behandlung stets gelungen, die Fragen der Patientin ausreichend zu begrenzen.

Die Behandlung war im Rahmen der Möglichkeiten recht erfolgreich verlaufen und abgeschlossen. Umso mehr irritierte es mich, als ich einige Monate später morgens meine beiden Kinder in den Kindergarten brachte und eben diese Patientin auf dem Parkplatz stand, rauchte und mich freundlich grüßte. Hatte ich zunächst noch an eine zufällige Begegnung geglaubt, traf ich sie in den folgenden Wochen zwei weitere Male auf dem Kindergartenparkplatz. In mir begann die Sorge zu wachsen, dass sie sich als Erzieherin im Kindergarten meiner Kinder bewerben könnte – tatsächlich suchte die Gruppe meiner Kinder zu dieser Zeit dringend nach neuen ErzieherInnen.

In der Folge begann ich, mich über meine Handlungsmöglichkeiten in so einer Situation zu informieren. Doch die Patientin tauchte nie wieder auf.

Jana G.*, Psychologische Psychotherapeutin

„Wie ich singe“ Unstimmige Begegnungen

Als Chorsängerin steht man zwangsläufig ab und zu in der Öffentlichkeit. Und es gibt immer PatientInnen, die selbst in der hiesigen recht lebhaften Szene in einem Chor singen. Das wirft Fragen auf, inwieweit man als Psychoanalytikerin öffentlich werden kann – und damit zugleich, inwieweit man sich im persönlichen Leben einschränken lassen muss. Singen ist mir eine Herzensangelegenheit, auf die ich nicht verzichten möchte.

Es lässt sich durch Absprachen leicht vermeiden, dass ich mit PatientInnen im gleichen Chor singe. Manchmal treten aber mehrere Chöre im gleichen Konzert auf. In diesem Fall kann es zwangsläufig zu Kontakten im außertherapeutischen Raum kommen, die über einen gegenseitigen Gruß hinausführen. Sie sind dann kontaminiert von der jeweiligen Übertragungs-Gegenübertragungssituation, die wiederum dadurch beeinflusst wird, dass die PatientInnen mich in einer ganz speziellen äußeren Realität deutlich erleben. Sie bekommen zum Beispiel mit, wenn ich vor dem Konzert aufgeregt bin, wie ich singe und wie ich mit meinen Bekannten

in Kontakt stehe. Oder es werden Fantasien über meine religiösen Einstellungen evoziert, weil Chormusik ja häufig geistliche Musik ist. Ich habe auch schon erlebt, dass jemand versucht hat, beim Zusammentreffen im Umfeld des Konzerts die Vertraulichkeit des therapeutischen Gesprächs fortzusetzen. Das ist in diesem Rahmen eine unangenehme und unangemessene Situation, die im Nachhinein in der Behandlungsstunde zu bearbeiten ist. Das wiederum führt unvermeidbar zu Gefühlen von Zurückweisung.

Im Vorfeld eines solchen Konzerts mit mehreren Chören warf neulich eine Patientin von sich aus die Frage auf, ob ich auch dabei sein werde. Sie spürte die Besonderheit des therapeutischen Raums, den sie nicht gestört sehen wollte, und brachte den Mut auf, das anzusprechen. Das fand ich besonders geglückt, und ich war davon beeindruckt, wie sie den therapeutischen Raum schützte.

Susanne H.*, Ärztliche Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin

Eine Reform, die die Grundlagen der psychotherapeutischen Versorgung bedroht

Von **Norbert Bowe**

Es geschah im letzten Moment vor der Verabschiedung des Ausbildungsreformgesetzes durch den Bundestag: In das Gesetz wurden durch die Regierungskoalition Zusätze eingebracht, die für die Zukunft massive Eingriffe in die psychotherapeutische Versorgung vorsehen. Die betroffenen ambulant tätigen Psychotherapeuten waren weder informiert noch gar zu Rate gezogen worden. Offensichtlich hatte Gesundheitsminister Jens Spahn Schlüsse aus der erfolgreichen bvvp-Petition gezogen und wollte verhindern, beim Durchregieren erneut von sachkundigen Psychotherapeuten aufgehalten zu werden.

Somit gab es keinerlei Chance, den Gesundheitsausschuss oder die Kabinettsmitglieder über die zu erwartenden schwerwiegenden Folgen der Änderungsbeschlüsse zu informieren. Eine derartige Überumpelung und Verhinderung von parlamentarischer Kontrolle und fachlicher Prüfung stellt einen Tiefpunkt in der politischen Entscheidungsfindung dar.

Ab dem zweiten Quartal dieses Jahres soll Psychotherapeuten mit einer erheblichen Besservergütung von 15 Prozent für die ersten zehn psychotherapeutischen Sitzungen „ein finanzieller Anreiz gegeben werden, anstelle von Langzeittherapien mehr Patientinnen und Patienten zu behandeln, die einer neuen Kurzzeittherapie bedürfen“ (Zitat aus der Gesetzesbegründung!).

Privilegierung leicht Erkrankter auf Kosten schwerer Erkrankter

Es dürfte ein einmaliges Vorhaben in der Gesundheitspolitik sein, dass leichter Erkrankte mit geringer Störungsbelastung privilegiert werden sollen auf Kosten von schwerer Erkrankten, denen mit Kurzinterventionen nicht hinreichend geholfen werden kann. Ist den Akteuren, allen voran Jens Spahn und Karl Lauterbach, eigentlich bewusst, dass sie so Anreize setzen, Patientinnen und Patienten nicht ausreichend zu versorgen, die einer Langzeittherapie bedürfen und in hohen Prozentsätzen unter Folgen von Misshandlungen, Missbrauch und schweren seelischen Belastungen leiden? In keinem anderen Bereich der Medizin würden Politiker es wagen, derartig unethischen Tendenzen Vorschub zu leisten. Nun soll es offensichtlich heißen: schnelles Trostpflaster für die leicht Belasteten auf Kosten der gründlichen Behandlung von schwerer Erkrankten.

Gibt es bezüglich der „finanziellen Anreize“ noch die Möglichkeit, der Verlockung zu widerstehen, so wird Psychotherapeuten und ihren Patienten in einem zweiten umfangreichen Regelungskomplex keinerlei Wahl gelassen: Bis 2022 soll das Antrags- und Gutachterverfahren, das bisher die Behandlungskontingente sichert und für die Behandlungsplanung so wichtig ist, abgeschafft werden. Zeitgleich sollen eine standardisierte Dokumentation eingeführt und Daten über Messungen

der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erhoben werden, verpflichtend bei sämtlichen Psychotherapiepatienten, egal ob bei Kurz- oder Langzeittherapien. Die Messungen sollen sich von der Indikationsstellung über Zwischenmessungen bis zum Therapieende erstrecken.

Antragsverfahren sichert Erhalt der Langzeittherapiekontingente

Bisher sichert das Antragsverfahren mit den zu bewilligenden Kontingenten den Zeitrahmen, der Patienten und Behandlern zur Verfügung steht – als Voraussetzung für jedwede verantwortliche Behandlungsplanung. Das Gutachterverfahren (GAV) als Peer-review-Verfahren durch einen anderen Psychotherapeuten garantiert bisher über die fachliche Zweitmeinung den Erhalt der Kontingente der Langzeittherapie (LZT). Damit kann der Behandlungsrahmen, angepasst an die individuelle Fallkonstellation, gesichert werden – bis zur Höchstgrenze bzw. in besonderen Fällen auch darüber hinaus. Mit der Vorabklärung sind Psychotherapeuten vor nachträglichen Begründungszwängen gegenüber Krankenkassen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung und vor den gegebenenfalls daraus resultierenden finanziellen Folgen sicher. Seit Langem streben Krankenkassen an, Kontingente und Behandlungsdauern zu kürzen. Man muss das GAV nicht mögen, aber diesem Begehren der Kassen konnte bisher mit der fachlichen Begründung entgegnet werden, dass eine indizierte Weiterbehandlung durch einen Gutachter einzelfallbezogen als medizinisch notwendig abgesichert worden ist. Diese Praxis soll nun abgeschafft werden, ohne dass eine sinnvolle Alternative gefunden wurde.

Missachtung basaler Patientenrechte

Die Absicht, Langzeittherapien die Legitimation zu erschweren, ist offen benannt. Es ist bisher noch keine dem GAV vergleichbare Regelung erkennbar, die bei jedem Patienten anwendbar und auf jede Störungskonstellation individuell abstimmbare wäre. Dennoch soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) laut Gesetzestext mit dem Verfahren der Qualitätssicherung eine Alternative entwickeln – ohne vorherige Alltagserprobung auf Praktikabilität und ohne Evaluation zur Frage von Nutzen und Schaden. Völlig offen ist, wie Behandlungskontingente in Zukunft gesichert werden sollen. Vollkommen klar ist jedenfalls: Eine Qualitätssicherung verfolgt gänzlich andere Ziele als

die Wirtschaftlichkeitsprüfung, sodass die im Gesetz vorgenommene Koppelung der Installation eines QS-Verfahrens mit der Abschaffung des Gutachterverfahrens keiner erkennbaren Logik folgt und von fehlender Sachkenntnis zeugt. Folglich werden alle Versuche, diesen Auftrag zu erfüllen, zum Scheitern verurteilt sein.

Ein solches Vorgehen ist unverantwortlich. Es missachtet basale Patientenrechte. Die ambulant behandelten Psychotherapiepatienten sind im Praxisvergleich mit anderen somatischen Fachgebieten überdurchschnittlich stark durch seelisches Leid, durch psychische und körperliche Erkrankungen belastet. Kann es eine Rechtfertigung dafür geben, einem ganzen funktionierenden System eine tiefgreifende Änderung mit unbekanntem Ausgang zu verordnen und dabei den mitunter am schwersten Belasteten den sicheren Behandlungsrahmen zu entziehen?

Status quo der ambulanten Versorgung rechtfertigt keinen Aktionismus

Ein Grund für einen derartigen Eingriff im Hauruckverfahren könnte ja an groben Missständen festgemacht werden. Nur wurden diese bisher nicht ausgemacht. Eine inzwischen stattliche Zahl an Versorgungsstudien hat ergeben: Psychotherapeuten behandeln mittelschwer- bis schwerkranke Patienten, vergleichbar krank wie stationäre Patienten, mit in der Regel zwei und mehr Störungsdiagnosen – so belegt es die TK-Studie. Sie behandeln meist in so kurzer Zeit, wie es von Forschern propagiert wird, das heißt, großteils innerhalb von 25 Sitzungen, nur in zwei bis vier Prozent der Fälle mit analytischen Langzeittherapien – so die KBV-Versorgungsstudie. Und sie behandeln zu 50 Prozent erfolgreich, vergleichbar mit den Erfolgsquoten von Laborstudien (an meist selektierten Populationen). Dabei erreichen sie eine hohe Patientenzufriedenheit von fast 90 Prozent – so belegt es unter anderem die ambulante Versorgungsstudie von Albani et al. Und es gibt auch sonst keinerlei Grund für Eile: Denn erst 2017 wurde die Psychotherapie-Richtlinie gründlich reformiert; psychotherapeutische Sprechstunde, Akutbehandlung und eine sogenannte Rezidivprophylaxe wurden eingeführt sowie das GAV verschlankt. Im aktivistischen Übereifer wird nicht einmal die laufende Evaluation dieser Reformauswirkungen abgewartet.

Ideengeber für die weitreichenden Eingriffe der Politik in die Versorgung

Woraus speist sich dann der Impetus für solch massive Eingriffe? Einerseits verkündet die forschende Universitätspsychologie seit mindestens zwei Jahrzehnten bei jeder Gelegenheit, dass das einzig Wirksame in der Psychotherapie die von ihnen entwickelten Kurztherapien seien, passgerecht zugeschnitten auf methodensaubere Untersuchungen und Uni-Karrieren, die mittels derartiger Untersuchungen befördert werden. Wie sollte diese Botschaft bei Krankenkassenvertretern nicht auf dankbare Ohren stoßen, die versuchen, größere Finanzbelastungen bei noch wachsendem Bedarf abzuwehren? Andererseits wurde von Neidern aus der psychiatrischen Ecke ein dringender Reformbedarf eingeflüstert. Zuletzt und wirkmächtig hat es Klinikchef Manfred Lütz aus Köln fertiggebracht, in einem einzigen Artikel (Spiegel online 24.03.19) mindestens 15 Unwahrheiten, Fehler, Unterstellungen, Verdrehungen von Tatsachen und darüber hinaus zahlreiche hässliche Diffamierungen unterzubringen – das Ganze zeitlich wohlplatziert: Spahn und Lauterbach suchten schließlich gerade nach neuen Wegen, die so schlecht beleumundete ambulante Psychotherapie auf Reformkurs zu bringen, nachdem die geplante Einführung einer „Vorinstanz vor jedweder Psychotherapie“ an der erfolgreichen bvvp-Petition gescheitert war.

Vor allem diejenigen, die eine sicher in Teilen verbesserungsfähige Versorgungssituation immer wieder schlechtredeten, wie einige Vertreter der Psychiatrie und Psychologie, haben zu verantworten, den politischen Reformeifer unsachgemäß angestachelt zu haben. Wer sieht sich nicht gerne einmal in der Pose des beherzt für die Ärmsten Kämpfenden? Lütz benutzte sie zur Bemäntelung seiner Diffamierungen. Solcherart „hehre Absichten“ dienten dann Politikern zur Begründung ihrer weitreichenden Eingriffe in die psychotherapeutische Versorgung.

Anstelle des Antrags- und Gutachterverfahrens soll nun der G-BA ein „datengestütztes einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren in der ambulanten Psychotherapie“ auf „die Messung und Bewertung qualitätsrelevanter Aspekte im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung“ ausrichten. Dafür sind Indikatoren festzulegen, „die über die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität Aufschluss geben können“. „Wesentliche qualitative Aspekte psychotherapeutischer Leistungen“ sollen „in dem

Qualitätssicherungsverfahren abgebildet werden“. Und weiter: „Die für ein Qualitätssicherungsverfahren regelmäßig notwendigen Dokumentationsvorgaben [...] sollen dabei in diesem Zusammenhang ausdrücklich auch ermöglichen, dass der Therapieverlauf – also der Prozess von der Indikationsstellung über die Behandlungsplanung bis hin zu den Behandlungsergebnissen – betrachtet werden kann.“ (Zitate aus der Gesetzesbegründung)

Tabubruch: Das Sammeln ausgerechnet von sensiblen Behandlungsdaten

Die bekannten Testverfahren sind nicht für alle Patienten geeignet. Deren Pflichtenwahrung muss zu Drucksituationen bei besonders belasteten Patienten führen, bei denen keine schnellen Behandlungsschritte zu erwarten sind. Hier wird außerdem ein singuläres Projekt angestoßen, bei dem fortlaufend äußerst sensible Behandlungsdaten im Rahmen einer Qualitätssicherung bei jeder Psychotherapie erhoben werden sollen. Für diese Dauerkontrolle liegt bisher kein Konzept der Dateneingabe, Datenübermittlung, Auswertung und Kostenabschätzung vor. Bei Verwendung der Daten zur Kontingentbewilligung muss mit Manipulation und damit Qualitätsverlust bis hin zur Unbrauchbarkeit gerechnet werden. Die Psychotherapie dient offensichtlich als Erprobungsfeld für eine neue Dimension hinsichtlich der Sammlung von Patienten- und Therapiedaten, und das ausgerechnet in einem Bereich höchster Schweigepflichtanforderungen und mit erheblichen Gefahren des missbräuchlichen Umgangs. Daraus erwächst uns Psychotherapeuten die gesellschaftliche Verpflichtung, vor allem auch unseren Patientinnen und Patienten gegenüber, alle Hebel in Bewegung zu setzen, dass dieses Vorhaben wieder zurückgenommen wird.

Projekt umstritten – Umsetzung katastrophal

Ein Zeugnisheft von **Ulrike Böker**

Eigentlich ist die Idee gar nicht so schlecht: Es soll eine sichere Vernetzung für das Gesundheitswesen geschaffen werden, die den sicheren digitalen Austausch von Behandlungsunterlagen und -daten zwischen den Behandelnden ermöglicht. Sie soll außerdem die Form der Informationsspeicherung standardisieren und damit für alle Beteiligten nutzbar machen und schließlich den Patientinnen und Patienten eine lebenslange elektronische Patientenakte mit allen wichtigen medizinischen Daten zur Verfügung stellen.

Telematik-Infrastruktur, kurz TI, wird das Projekt genannt. Beauftragt mit der Definition rechtsverbindlicher Standards und Spezifikationen für alle Komponenten und Dienste, die in der TI verwendet werden, ist die gematik GmbH (bisher Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte). Bei der Umsetzung in den letzten Monaten muss man sich dann allerdings fragen, was mit den Verantwortlichen inklusive Politik los ist.

Die erste und über lange Zeit einzige Anwendung der TI ist das sogenannte Versichertenstammdatenmanagement, bei dem überprüft wird, ob die eingeleseene Karte des Versicherten tatsächlich gültig ist und ob die Adressdaten noch stimmen. Nutzen für die Praxen? Minimal! Folglich ist die Motivation, die Telematik zu installieren, nicht besonders groß. Hinzu kommen große Bedenken, ob die TI tatsächlich sicher ist und den Schutz der sensiblen medizinischen Daten bestmöglich gewährleistet. Statt nun in die Phase umfangreicher Aufklärung und Bewerbung durch attraktive Funktionen einzutreten, setzt Minister Spahn eine Strafgebühr für die Praxen fest, die von einem bestimmten Zeitpunkt an immer noch nicht angeschlossen sind. Unser Urteil: „Setzen – Sechs!“

Nachdem die ersten Installationen zögerlich erfolgten, rollt nun, nach der Strafandrohung, die große Bestellwelle an. PVS-Häuser sind überfordert; die Lieferungen der Konnektoren verzögern sich vielerorts. Außerdem fehlen Techniker, sodass es Schnellschulungen für angeheuerte Kräfte gibt. Diese werden pauschal vergütet, wollen folglich nicht mehr Zeit als nötig mit der Installation in den Praxen verbringen und kennen sich oft nur mäßig aus. Die Folge: Firewalls werden abgeschaltet, und statt der von der gematik für kleine Praxen empfohlenen seriellen Verschaltung wird massenweise parallel verschaltet. Viele der Praxen sind damit nicht oder nicht mehr optimal gesichert. „Setzen – Sechs!“

Die darauffolgende Informationspolitik ist die nächste Katastrophe. Statt klar zu kommunizieren, wie verschaltet werden muss, und die PVS-Häuser deutlich dazu aufzufordern, ihre Installationen gegebenenfalls zu korrigieren, wird die Verantwortung den ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen zugeschoben. Wenn man vorher schon eine sichere Praxis gehabt habe, sei das alles kein Problem. „Setzen – Sechs!“

Die Presse legt den Finger in die Wunde: 90 Prozent der Praxen seien unsicher, so die nächste Schlagzeile. Daraufhin reagiert der Minister mit dem Auftrag an die KBV, eine Richtlinie für die digitale Sicherheit in den Praxen zu erstellen. Sicher ist: Die Installation der Telematik hätte die einmalige Möglichkeit geboten, im Vorfeld umfangreiche Praxis-Checks und Sicherheitsmaßnahmen durchzuführen. In dieser Zeit hätte man dann auch in Ruhe die Techniker ordentlich schulen können. Das Angebot einer Grundsicherheit plus der Installation der dann gut gesicherten TI als letzte Maßnahme wäre ein attraktives Werbepaket gewesen. Stattdessen wurde kopflos und aktivistisch agiert. „Setzen – Sechs!“

Und nun die nächste Panne, vorgestellt auf dem Kongress des Chaos Computer Clubs, der sich darauf spezialisiert hat, Schwachstellen von digitalen Systemen aufzuzeigen. Es war gelungen, sich mit einfachen Maßnahmen sowohl die gerätespezifische Security Module Smartcard, also die Gerätekarte, als auch einen elektronischen Heilberufsausweis zu beschaffen. Damit lagen die beiden Sicherheitsschlüssel zum Eintritt in die TI vor, die angeblich eine eindeutige Identifikation des Empfängers verlangen. „Setzen – Sechs!“

Wie viel Zeit, Energie und natürlich Geld dieses umstrittene Projekt schon verschlungen hat, daran mag man gar nicht denken. Allein die vielen Pannen und die Achtlosigkeit bei der Umsetzung sollten eigentlich sein Todesurteil bedeuten. Aber es steckt schon zu viel Geld darin, und die Digitalisierung ist ja bekanntlich unumgänglich.

Inzwischen hat Spahn 51 Prozent der Anteile der gematik übernommen und festgelegt, dass in Zukunft die einfache Mehrheit für Entscheidungen ausreicht. Wird jetzt alles gut – also im Sinne des Ministers? Beschäftigt er sich doch nicht gerne mit kleinen Pannen, sondern hat meist Größeres im Sinn.

Und damit sind wir bei den eigentlich entscheidenden Fragen: nach der Datenhoheit, der informationellen Selbstbestimmung der Patientinnen und den Begehrlichkeiten der Wirtschaft, die Gesundheitsdaten für kommerzielle Zwecke zu nutzen. Diese Fragen berühren zutiefst rechtsstaatliche und ethische Aspekte, die in der ganzen politischen Diskussion viel zu kurz kommen.

Der erste Coup ist Spahn gelungen mit dem Implantate-Register, das mit der TI erst einmal nicht direkt etwas zu tun hat. Hier werden nicht nur die Sozialdaten der PatientInnen

nach erfolgten Transplantationen und die Daten der Implantate gespeichert, sondern auch umfangreiche Krankendaten. Widerspruchsrecht der Betroffenen? Nicht vorhanden!

Eine von zwei CDU-Politikern gestellte Forderung, die sich wohl auch in einem Eckpunktepapier wiederfindet, gibt einen klaren Hinweis darauf, wo es langgehen soll: Die industrielle Gesundheitswirtschaft soll stärker in die Gesundheitsforschung einbezogen werden. So heißt es in einem Artikel: „Erkenntnisse, die künftig aus dem ‚Datenschatz‘ gewonnen würden, könnten so zügig zum Patienten und in konkrete Anwendungen überführt werden.“ Darüber hinaus sei die Berücksichtigung der Industrie im Hinblick auf das „Standortpotenzial für die Gesundheits- und Gesamtwirtschaft“ wichtig. Und die beiden Politiker wissen auch schon, wie das umgesetzt werden kann. In einem von Spahn geschaffenen Forschungsdatenzentrum soll künftig auch die Industrie als antragsberechtigter Akteur aufgeführt werden. Schließlich sei die Gesundheitswirtschaft die treibende Kraft der medizinischen Forschung und im Medizintechnologiesektor.



Glücklicherweise gibt es noch mahnende Stimmen wie den Bundesdatenschutzbeauftragten Ulrich Kelber, und glücklicherweise haben wir auch noch ein Grundgesetz und ein Bundesverfassungsgericht, bei dem Beschwerde eingereicht werden kann. Kelber sagte in einem Vortrag auf der letzten Tagung des CCC: „Nicht Daten sind der Rohstoff des 21. Jahrhunderts, sondern Vertrauen.“

Durch die vielen Pannen ist das Vertrauen in die TI selbst bei jenen getrübt, die am Anfang bereit waren, einen Vorschuss zu geben. Nicht gerade vertrauensfördernd sind auch verpflichtende Register, die von der Politik mal nebenbei beschlossen werden, und Forderungen nach Belieferung der Industrie mit Datenmaterial. Da kann man nur zu gut verstehen, dass sich Kolleginnen und Kollegen nicht anschließen lassen. Die verpflichtende Anbindung an die TI sollte demnach zumindest ausgesetzt werden.

Es müssen klare Regeln der Verwendung der Daten, der Transparenz der Speicherung und des Zugriffs definiert werden. Und es muss eine ebenso transparente wie zuverlässige unabhängige Kontrolle stattfinden. Außerdem muss eine breite gesellschaftliche Diskussion angestoßen werden, bei der die Patientinnen und Patienten mitgenommen werden: Wieso ist Datenschutz wichtig? Und das gerade für Kranke? Wie kann ich verantwortungsvoll mit der elektronischen Patientenakte umgehen, als Behandelnde/r wie auch als InhaberIn der Akte? Was sollte eingestellt werden und was auf gar keinen Fall? Daten über psychotherapeutische Behandlungen gehören jedenfalls nicht in die Akte! Wie kann ich als Versicherte/r kritisch mit dem Vorgehen der Krankenkassen bei der Digitalisierung umgehen?

Und schließlich müssen angesichts der patientInnen-fernen Interessen aus Teilen der Politik und der Gesundheitsindustrie alle Formen des gesetzeskonformen Widerstands genutzt werden, um die Freiheit eigentlich schon beim Anschluss an die TI, spätestens aber bei der Speicherung und Verwendung der Daten zu gewährleisten. Für das im Grundgesetz verankerte Recht auf Datenhoheit und informationelle Selbstbestimmung muss man gegebenenfalls auch auf die Straße gehen oder das Bundesverfassungsgericht anrufen. Wie die KV Bayern schreibt: Wenn man die Digitalisierung im Gesundheitswesen wirklich vorantreiben will, helfen nur Überzeugungsarbeit und gute Argumente.

Souverän bleiben



Ob Patientinnen und Patienten wütend in die Praxis hineinschneien, akut suizidal erscheinen oder z.B. ihre Verliebtheit gestehen ... Expert_innen zeigen den Umgang mit schwierigen Situationen anhand der vier Ansätze CBASP, DBT, MBT und Schematherapie.

Durch den direkten Vergleich derselben Ausgangssituation können Sie Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der konkreten Durchführung der Methoden erleben.

Eva-Lotta Brakemeier
Schwierige Situationen in der modernen Psychotherapie
 CBASP, DBT, MBT und Schematherapie
 2 DVDs (Laufzeit 300 Min) mit 24-seitigem Booklet
 € 89,- D
 ISBN 978-3-621-28779-1
 Therapeutische Hinweise in zuschaltbaren Untertiteln



Trailer unter
www.beltz.de

BELTZ

Die Approbationsordnung für das neue Psychotherapiestudium – eine Bewertung aus Sicht des Jungen Forums

Von **Katharina van Bronswijk**



Im Oktober 2019 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Referentenentwurf einer Approbationsordnung zum neuen Psychotherapiestudium vorgelegt. Am 20. Dezember wurde eine nach der Anhörung der Verbände überarbeitete Fassung dem Bundesrat mit der Bitte um Zustimmung zugestellt. Nachdem das Ausbildungsreformgesetz für PsychotherapeutInnen (PsychThG) verabschiedet ist, füllt die Approbationsordnung nun das Gerüst, das das Gesetz vorgibt, mit Leben. Nun kann man sich also in die Situation der zukünftigen Studierenden hineinversetzen.

So fällt zunächst positiv auf, dass eine polyvalente Gestaltung des Bachelorstudiengangs den Wechsel in ein anderes Masterstudium als das Psychotherapiestudium zulässt. Damit wurde dem wichtigen Kritikpunkt Rechnung getragen, dass sich ansonsten junge Menschen sehr früh, direkt nach dem Abitur, für oder gegen den therapeutischen Beruf entscheiden müssten. Die Erfahrung zeigt, dass diese Entscheidung häufig erst im Laufe des Studiums fällt. Positiv für die Berufswahl ist auch die Möglichkeit zu sehen, dass das Orientierungspraktikum als Teil des Studiums bereits vor dem tatsächlichen Studienantritt absolviert werden kann.

Wir begrüßen außerdem, dass – im Vergleich mit dem derzeitigen Psychologie- oder Pädagogik-Studium – zusätzliche praktische Anteile im therapeutischen Bereich sowie eine fundierte wissenschaftliche und methodische Ausbildung vorgesehen sind.

Die Approbationsprüfung besteht aus einer fallbasierten mündlichen Prüfung und einer Parcoursprüfung, in der therapeutische Gesprächsführungskompetenzen in der Interaktion mit SimulationspatientInnen gefragt sind. So werden Redundanzen in den Prüfungsformen und -inhalten mit den Modulprüfungen vermieden, was wir als sehr sinnvoll bewerten. Die Verordnung schreibt vor, dass der Prüfungszeitpunkt im letzten Monat des Masterstudiums liegen muss, was für den Sozialversicherungsstatus und die BAföG-Ansprüche der Studierenden hohe Relevanz hat. Allerdings bleibt angesichts der Korrekturzeiten für die im letzten Semester verfasste Masterarbeit offen, wie bei der Prüfungsanmeldung bereits Masterurkunde und Zeugnis vorliegen sollen.

Die mündliche Prüfung bezieht sich auf eine Patientenanamnese aus der berufspraktischen Tätigkeit III, in deren Rahmen von den Studierenden eigenständig Behandlungsleistungen erbracht werden. Aus Sicht des psychotherapeutischen Nachwuchses sollte die Arbeit der Studierenden zumindest in diesem Kontext mit einer angemessenen Aufwandsentschädigung honoriert werden – wie es auch für das Praktische Jahr der ÄrztInnen gefordert wird. Fraglich ist hier auch, inwiefern die so wichtige berufspraktische Tätigkeit III mit fünf ECTS neben der Erstellung einer Masterarbeit sinnvoll umsetzbar sein wird – oder ob am Ende die Studierenden in Gruppen an der PatientInnenbehandlung teilnehmen müssen.

Obwohl der Gesetzgeber immer wieder die fachkundige Lehre der Verfahren fordert, bleibt die Approbationsordnung die konkrete Umsetzung dieser Forderung schuldig. Es muss sichergestellt werden, dass Verfahren nur von dafür mittels der entsprechenden Fachkunde qualifizierten Lehrern gelehrt werden dürfen! Obwohl sich die Anleitung der Studierenden durch PsychotherapeutInnen mit Fachkunde zwar bereits aus § 630a Absatz 2 BGB ergibt, sollte ausdrücklich in der Ordnung benannt werden, dass sie auch in den Praktischen Einsätzen nur durch PsychotherapeutInnen mit einer abgeschlossenen Weiterbildung oder Psychologische PsychotherapeutInnen oder Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen mit entsprechender Fachkunde durchgeführt werden kann.

Die Bezugswissenschaften Pädagogik, Medizin und Ethik sind eindeutig nicht in ausreichendem Umfang im Lehrplan vorgesehen. Insbesondere um eine Approbation zu rechtfertigen, welche die Erlaubnis zur Behandlung aller Altersgruppen umfasst, muss hier der Anteil pädagogischer Inhalte noch ausgebaut werden.

Als PiA können wir leidvoll davon berichten, welche Auswirkungen es hat, wenn keine ausreichenden Vorgaben zur Anleitung und Supervision in den praktischen Einsätzen gemacht werden. Sie fehlen auch in der Approbationsordnung noch. Anleitung durch Approbierte ist zwar vorgesehen, die Frequenz und Ausgestaltung dieser Anleitungssequenzen innerhalb der Ausbildung bleiben jedoch undefiniert.

Ein weiterer Erfolg der Verbändeanhörung ist, dass nun über eine entsprechende Formulierung, analog

zur ärztlichen Approbationsordnung, festgeschrieben wurde, dass die Studierenden in ihren berufspraktischen Einsätzen nur Tätigkeiten ausüben, die auch für den Erwerb der geforderten Kompetenzen notwendig sind. Zudem wurde konkretisiert, dass sie zwar an Behandlungen beteiligt, jedoch nicht behandlungsführende TherapeutInnen sein können. Für die berufsqualifizierende Tätigkeit III (§ 18) ist festgelegt, dass mindestens zehn PatientInnen verschiedener Altersgruppen aus mindestens vier verschiedenen Störungsbereichen mit jeweils unterschiedlichen Schwere- und Beeinträchtigungsgraden gesehen werden müssen. Hier gibt es bei der Auslegung der Störungsbereiche noch Spielraum für Interpretation: Ist es für eine gute Ausbildung ausreichend, verschiedene Angststörungen zu sehen – und dann noch Zwänge, PTBS gegebenenfalls in Kombination mit Achse II (F4X + F6X)? Meines Erachtens nicht! Stationswechsel der PraktikantInnen, die wir für nötig erachten, müssen organisiert werden, und diesem Anspruch wird zumindest die „Praktische Tätigkeit“ in der aktuellen Ausbildung größtenteils nicht gerecht.

Wir begrüßen, dass im Studium bereits Selbstreflexionsanteile vorgesehen sind, halten den Umfang jedoch für noch zu gering. Wir fordern zudem, um einen entsprechend geschützten Raum zu ermöglichen, dass SelbstreflexionsanleiterInnen nicht gleichzeitig PrüferInnen in den Approbationsprüfungen sein dürfen. Diese Trennung hat sich auch in der aktuellen psychotherapeutischen Ausbildung als sinnvoll erwiesen.

Insgesamt ist die Approbationsordnung aus unserer Sicht positiv zu bewerten. Sie zeichnet das Bild eines modernen und praxisorientierten wissenschaftlichen Studiums – wie so häufig, steckt der Teufel jedoch im Detail.



bvvp im Saarland wird 25 Jahre alt

Am 17. Januar feierte der bvvp Saarland sein 25-jähriges Bestehen. Auch dieses Jubiläum zeugte, wie schon 2019 das des Bundesverbands und des Landesverbands Hessen, von der langjährigen Präsenz des bvvp in allen Regionen Deutschlands.

Vor KollegInnen und Gästen berichteten Ilse Rohr, die langjährige Vorsitzende des bvvp Saarland, und Renate Geimer, die heutige Vorsitzende, von der Entstehung, dem Wachsen und den aktuellen Entwicklungen des Verbands. Danach referierten Katharina van Bronswijk, Vorsitzende des Jungen Forums im bvvp-Bundesverband, und der Vorsitzende des bvvp-Bundesvorstandes, Benedikt Waldherr, über die Bedeutung der Ausbildungsreform (PsychThG) und die aktuelle Arbeit des Bundesvorstandes. Den vollständigen Veranstaltungsbericht finden Sie auf unserer Internetseite unter <https://bvvp.de/mein-bvvp/>. **BW**

Neuer Facharzt-EBM

Die Reform, die keine ist, tritt am 1. April in Kraft – sieben Jahre nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses, dass insbesondere die Kalkulationszeiten und die Betriebskosten überprüft werden müssen. Der große Haken: Das Reformvorhaben war von Anfang an begrenzt durch die Auflage der Kostenneutralität. Wegen des gedeckelten Honorarvolumens wurde stets eine Umverteilung in und zwischen den Arztgruppen befürchtet. Ergebnis ist ein „EBM light“ ohne grundsätzliche strukturelle Änderungen. Zahlreiche Leistungen der Fachkapitel 21, 22 und 23 wurden in Punkten aufgewertet. Besonders erfreulich: Die 10-Minuten-Ziffern aller

P-Fächer wurden vereinheitlicht und deutlich angehoben. Leider drohen diese Verbesserungen von den Quotierungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen aufgehoben zu werden, sodass dann de facto kein zusätzliches Honorar generiert würde. Umso enttäuschender ist die nur moderate Bewertung der probatorischen Sitzung, also der Leistung, die überall extrabudgetär, außerhalb der gedeckelten Facharztöpfe, und damit zu 100 Prozent vergütet wird. Der bvvp hat seine Mitglieder detailliert zu den Veränderungen in einem Info Kompakt informiert, das auch im internen Bereich unserer Homepage www.bvvp.de zu finden ist. **UB**

Incentivierung der Kurzzeittherapie

Um Kurzzeittherapien zu fördern, werden die ersten zehn Sitzungen Richtlinienpsychotherapie künftig mit einem Honorarzuschlag von 15 Prozent versehen. Es gibt genug Ministerflüsterer, die behaupten, dass die PsychotherapeutInnen die falschen PatientInnen behandelten – und zudem in viel zu langen Therapie-sequenzen. Alle Studien zu diesem Thema belegen das

Gegenteil, aber das interessiert bei „gefühlten“ Wahrheiten leider nicht. Es wird noch spannend, wie man versuchen wird, der Auflage zu genügen, dass der Zuschlag nur an diejenigen gehen soll, die ihren Versorgungsauftrag erfüllen. Ausgeschlossen werden muss, dass die Besservergütung der ersten Sitzungen zulasten notwendiger Folgesitzungen geht. **UB**

Richtlinie für PatientInnen mit komplexem Behandlungsbedarf

Im Laufe des Jahres muss in den zuständigen Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf Bundesebene die neue Richtlinie für PatientInnen mit komplexem Behandlungsbedarf erarbeitet werden. Gesundheitsminister Spahn hat den 31.12.2020 als Stichtag gesetzt, es wird also

sportlich. Bisher steht noch nicht fest, in welchem Unterausschuss des G-BA das Vorhaben vorrangig verhandelt werden wird. Ein besonders wichtiger Punkt sind die Zugangskriterien der PatientInnen, also welche Diagnosen, Funktionseinschränkungen oder weiteren Bedingungen vorliegen müssen. **UB**

TSS und Akutfälle

Die Terminservicestellen (TSS) unter der einheitlichen Telefonnummer 116 117 werden ihre Bedeutung als Zugang zur medizinischen Versorgung noch ausbauen. Außerdem sollen Termine künftig auch online gemeldet und gebucht werden können. Dazu wird es direkte Schnittstellen zwischen den

Praxen und der zuständigen TSS geben. Im „Akutfall“, den es seit 1. Januar gibt, ist auf Grundlage eines bundesweit standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens (SmED) eine unmittelbare ärztliche Versorgung „in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln“. **UB**

Konkretisierungen in der Psychotherapievereinbarung

Die Gruppentherapie ist Vorreiter für den Wegfall des Gutachterverfahrens. Dieses Jahr werden die Konkretisierungen in der Psychotherapievereinbarung verhandelt – auch mit der Frage nach möglichen Ausnahmetatbeständen, die eine Begutachtung künftig weiterhin rechtfertigen

könnten. Es ist damit zu rechnen, dass weitere Fördermaßnahmen für dieses Setting zeitnah folgen werden. Dazu könnte die Angleichung der Kontingente zwischen Gruppen- und Einzelpsychotherapie in den psychodynamischen Verfahren gehören. **UB**



Kurz gemeldet

Neuer Orientierungspunktwert (OPW)

Der OPW beträgt seit dem 1. Januar 10,9871 Cent – 2019 waren es noch 10,8226 Cent. Der Anstieg macht sich direkt bei der Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen bemerkbar: Die Punktzahl im EBM multipliziert mit dem jeweils gültigen OPW ergibt den Europreis der Leistung. Somit ist zum Beispiel die Vergütung für die genehmigungspflichtige Einzelsitzung von 99,78 Euro auf 101,30 Euro gestiegen. **UB**

Systemische Therapie in der Regelversorgung

Die Versorgungslandschaft wird mit Aufnahme der Systemischen Therapie in die Regelversorgung bunter werden. In welcher Weise die Zulassungen auf regionaler Ebene stattfinden werden, wird die Überarbeitung der Psychotherapie-Vereinbarung vorgeben. Es wird sicher eine überschaubare Zahl ausschließlicher „Systemiker“ geben, die dann auch das Recht auf eine Zulassung aufgrund ihres Verfahrens geltend machen können. **UB**

Neue PsychotherapeutInnensitze

Die neuen Sitze wurden in allen KVEn Anfang des Jahres ausgeschrieben. Es bleibt abzuwarten, ob alle besetzt werden, ob sich also junge KollegInnen auch auf freie Sitze in ländlichen Gebieten bewerben. Parallel dazu wird die Teilung von Praxissitzen weitergehen, auch angesichts der schärferen Kontrollen, ob Versorgungsaufträge tatsächlich erfüllt werden. Als weiteren Schritt zur Flexibilisierung wird es zukünftig Dreiviertel-Sitze geben. **UB**

bvvp freut sich über neuen schlagkräftigen Landesverband Baden-Württemberg

Die Verschmelzung der Regionalverbände in Baden-Württemberg ist gelungen. Nun können wir mit einer Stimme gegenüber Politik und Selbstverwaltung auftreten.

Die Mitgliederversammlungen der bislang eigenständigen vier baden-württembergischen Regionalverbände haben dem Zusammenschluss zum bvvp Baden-Württemberg zum 1. Januar 2020 zugestimmt. Die Zustimmung zur Verschmelzung, so der vereinsrechtliche Begriff, markiert das vorletzte Etappenziel auf dem Weg des organischen Zusammenwachsens der vier Verbände. Wenn die Änderungen in den Vereinsregistern eingetragen sein werden, wird mit fast 1.600 Mitgliedern der größte bvvp-Landesverband und gleichzeitig der in Baden-Württemberg mitgliederstärkste Berufsverband für PsychotherapeutenInnen in der kassenärztlichen Versorgung entstanden sein.

Die Überlegungen zum Zusammenschluss reichen viele Jahre zurück. Sie hängen mit der gesetzlich verordneten Fusion der ursprünglich vier Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg zusammen. Um die politischen Interessen gegenüber der einen KVBW gemeinsam vertreten zu können, gründeten 2007 die BW-Regionalverbände einen Dachverband, sozusagen den Vorläufer des jetzt entstandenen neuen Landesverbandes. Mit großem Engagement wurde in zahlreichen Diskussionen eine neue Satzung entwickelt. Das Besondere der Regionalverbände, nämlich die Präsenz von politisch Aktiven „vor Ort“, sollte erhalten bleiben. Die Strukturen stehen nun, der bvvp Baden-Württemberg geht an den Start!

Peter Baumgartner

Überprüfung der Verfahren

Mit einem entsprechenden Beschluss hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das im Jahr 2008 aufgrund einer Selbstverpflichtung aufgenommene Beratungsverfahren zu den anerkannten Psychotherapieverfahren der Psychotherapie-Richtlinie eingestellt. Der G-BA begründet die Einstellung zum einen mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Az.: B 6 KA 22/09), wonach die Richtlinienverfahren in Bezug auf ihre Qualität und Wirksamkeit nicht erneut rechtfertigungsbedürftig seien. Zum

anderen würde die Fortsetzung der Prüfung ein hohes Arbeitsaufkommen über weitere Jahre mit sich bringen und Arbeitskraft binden, die für die weiteren Aufgaben des G-BA im Bereich der ambulanten Psychotherapie dann nicht zur Verfügung stünde. Aus dem Verfahrensbeschluss ergeben sich keine Veränderungen des geltenden Leistungsanspruchs auf Psychotherapie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit sind die Verfahren und insbesondere die Kontingente vorerst gesichert. **UB**

Erneute Absenkung der TI-Erstattung

Mit dem ersten Quartal 2020 wurden erneut und gemäß laufender Vereinbarung letztmalig die Erstattungspauschalen für die Telematik-Infrastruktur abgesenkt. Erstattet werden jetzt 1.014,- Euro für den Konnektor, 535,- Euro für das Kartenlesegerät und 900,- Euro für den Praxisaufwand. In Summe also 2449,- Euro. Der reguläre Preis bei den Herstellern liegt zwischen 2882,- Euro und 3262,- Euro. Es bleiben also je nach Anbieter Deckungslücken im Spektrum von

433,- Euro bis 813,- Euro (CGM). Der bvvp hat alle PVS-Hersteller noch im Dezember angeschrieben. Raum für Preissenkungen sah man dort keinen mehr. Allerdings wolle man jenen Kolleginnen und Kollegen, die von den erneuten Lieferverzögerungen betroffen seien, ein faires Angebot unterbreiten. Besonders ärgerlich sind diese Deckungslücken auch für all jene, die sich neu in eigener Praxis niederlassen und sich sofort an die TI anschließen lassen. **MH**

Erkranken schadet Ihrer Gesundheit

Gesundheitssystem auf dem Weg zu US-amerikanischen Verhältnissen?

Buchbesprechung von Norbert Bowe

Wer seinen Glauben an eine heile Welt bewahren möchte, sollte die Finger von diesem Buch lassen. Aber all jenen, die sich für die Zustände in unserer Gesellschaft, insbesondere in unserem Gesundheitssystem interessieren und sich über allseits wahrnehmbare bedenkliche Entwicklungstendenzen Gedanken machen, sei dieses Buch wärmstens empfohlen. In kurzen prägnanten Kapiteln führt Bernd Hontschik erschreckende Zusammenhänge vor Augen, die jeden politisch denkenden und handelnden Menschen aufhorchen lassen. Der in gut lesbarer Form zu Papier gebrachten Darstellung einer Vielzahl von Missständen und ihrer Hintergründe liegt akribische Recherchearbeit zugrunde. Wie ein roter Faden zieht sich die Erkenntnis durch die Ausführungen, dass Kapitalinteressen und ein verkürzendes technisch-mechanistisches Denken die Grundfesten unseres solidarischen Gesundheitssystems erschüttern und verändern. Das US-Gesundheitswesen, das mit Abstand am stärksten durchkapitalisierte und teuerste aller Länder, kann dabei sozusagen als möglicher Zielpunkt der bundesdeutschen Entwicklung betrachtet werden: Dort sind – so Hontschik – Fehler in der Medizin die dritthäufigste Todesursache. Die Säuglingssterblichkeit in den schwarzen Ghettos Washingtons ist höher als in Kerala/Indien; bei der Kindersterblichkeit liegen die USA auf Platz 54. Arme US-Amerikaner sterben 20 Jahre früher als wohlhabende.

Deutschland ist auf dem besten Weg zu solchen Zuständen. Wussten Sie schon, dass der Anteil von Krankenhausbetten in der Hand börsennotierter Klinikkonzerne in keinem Land größer ist als in Deutschland? Private Investoren im Gesundheitswesen übernehmen öffentliche Krankenhäuser häufig zum Nulltarif, treten aus Tarifverträgen aus – mit der Folge von Personalnöten und Personalmangel – und schließen defizitäre Abteilungen, selbst wenn für deren Leistungen Bedarf besteht. Hier folgt das Versorgungsangebot oft der Logik des Geldes bzw. der Investoren – so auch bei der Entscheidung für Operationen oder über den Einsatz technischer Geräte.

Es sollte zu denken geben: In Lüchow-Dannenberg werden vier- bis fünfmal mehr Bypass-Operationen durchgeführt als in Nordfriesland, in der Rhön viermal so oft Blinddarme operiert wie in Frankfurt/Main. Die Häufigkeit von Gaumenmandelentfernungen schwankt zwischen 19 und 104 Fällen gerechnet auf 10.000 Kinder. Nachdem die arthroskopische Behandlung bei Kniearthrose – mehr als zehn Jahre nach erbrachtem Nachweis der Nutzlosigkeit – endlich aus dem Leistungskatalog genommen worden war, sorgte ein Anwachsen der diagnostizierten Meniskuseinrisse und -einklemmungen für ein gleichbleibendes Niveau der Zahl der Arthroskopien. Nervus Rerum ist dabei das Bezahlungssystem der diagnosebezogenen Vergütungen, das aus sich selbst heraus immer mehr Leistungen erzeugt, die gute Vergütungen versprechen. Und bei der Medikamentenherstellung raten Banken wie Goldman-Sachs, von der Herstellung nicht mehr profitabler Medikamente Abstand zu nehmen – wie zum Beispiel von einem wirksamen Mittel gegen Hepatitis C –, weil es aufgrund der Behandlungserfolge nicht mehr genug Geld erbringt. Stattdessen solle man sich auf Krebsmedikamente konzentrieren, bei denen Patienten stabil krank bleiben.

Diese wenigen Beispiele aus der Vielzahl der aufgezeigten Missstände mögen genügen, um zu verdeutlichen, dass es sich lohnt, sich mit diesem Buch intensiv auseinanderzusetzen.



ISBN 9783864892653
Westend Verlag, Frankfurt am Main 2019, Preis: 16,00 Euro

bvvp-Expertentelefon zum Thema Versicherungsschutz

Interview mit bvvp-Experten **Manfred Falke**

Der bvvp bot im Dezember 2019 eine telefonische Beratung zum Thema Versicherungsschutz für niedergelassene PsychotherapeutInnen und PsychotherapeutInnen in Aus- und Weiterbildung an – und die Leitungen liefen erneut heiß. Über die wichtigsten Themen sprach bvvp-Pressereferentin Anja Manz mit Manfred Falke.

Lieber Herr Falke, wo gibt es am meisten Unsicherheiten?

MANFRED FALKE: Wir haben es gemerkt: Das Thema Altersvorsorge führt bei vielen Mitgliedern angesichts des niedrigen Zinsniveaus zu großer Unsicherheit. Klassische Vorsorgekonzepte wie die private Rentenversicherung kann man kaum noch guten Gewissens empfehlen und eine bessere Rendite ist derzeit nur mit einer Investition in Aktien zu erzielen. Hier gibt es Angebote wie die sogenannte Rürup-Rente. Das Gute: Die Prämien können steuerlich – der Höhe nach begrenzt – als Sonderausgaben von den Gesamteinkünften abgezogen werden. Hier wird zum Beispiel in sogenannte ETFs investiert, das sind Anlagen, in denen sich ein Aktienindex wie der DAX abbildet. Die Verwaltungskosten sind relativ gering. Investitionen in ethisch oder ökologisch orientierte Fonds sind auch möglich. Falls keine feste Verrentung gewünscht wird, sondern Kapital gebildet werden soll, empfiehlt sich auch ein Sparplan, nach dem in ETFs oder auch die genannten Fonds investiert wird.

Gibt es auch Bereiche, auf die zu wenig geachtet wird?

Die Vorsorge für den Krankheitsfall wird leider oft zu wenig berücksichtigt. Eine ausreichende Absicherung sollte schon gleich zu Beginn der Selbstständigkeit abgeschlossen werden. Auch für das Risiko der Berufsunfähigkeit sind die meisten Kolleginnen und Kollegen nicht ausreichend versichert. Das Versorgungswerk zahlt in aller Regel erst bei 100-prozentiger Berufsunfähigkeit, eine private Berufsunfähigkeitsversicherung dagegen schon bei 50 Prozent.

Wenn es um Fragen zur Berufshaftpflicht ging, was ist da Ihr wichtigster Rat?

Nicht sparen bei der Berufshaftpflichtversicherung. Sie ist zwingend vorgeschrieben und sollte mit einer ausreichenden Versicherungssumme von zehn Millionen je versicherten Schaden bei Sach- und Personenschäden abgeschlossen werden. Und ein Tipp: Alte Haftpflichtversicherungen sollten auf neue, deutlich verbesserte Konditionen umgestellt werden.

Gibt es die Möglichkeit, sich einen Überblick über die wichtigsten Versicherungen zu verschaffen?

Informationen finden Sie auf unserer Homepage (<https://bvvp.de/service/dienstleistungen/>), empfehlenswert ist aber eine persönliche Beratung, die jederzeit telefonisch (04182 286250) oder per Mail (dienstleistungen@bvvp.de) möglich ist.

Vielen Dank!

Weiterer Termin bvvp-Expertentelefon

29. April 2020, 19.00 bis 21.00 Uhr
Ulrike Böker, Referat Vergütung und Zulassung: Vergütung auf dem Hintergrund der EBM-Reform



Autorenverzeichnis

Detlev Achhammer

1978-2012 Richter und (Ober-)Staatsanwalt in Berlin. Seit 2012 Vorsitzender der Schiedskommission der DGPT und in einigen Instituten. Seit 2017 Untersuchungsführer in berufsrechtlichen Verfahren der Psychotherapeutenkammer Berlin.



Dipl.-Psych. Manfred Falke

Psychologischer Psychotherapeut, bis 2017 in eigener Praxis tätig. Seit 20 Jahren für das Referat Dienstleistungen im bvvp zuständig.



Dr. med. Andrea Schleu

Fachärztin für Psychotherapeutische und Innere Medizin, Psychoanalyse, EMDR, Spez. Psychotraumatologie, Supervision, Beraterin und Vorsitzende des Ethikverein e. V.



Dr. med. Bettina van Ackern
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnung Psychoanalyse und Gruppentherapie, Mitglied im Ethikverein, von 2014-2017 aktive Beraterin; Dozentin, Vorsitzende bvvp Bayern, kooptiertes Mitglied im Bundesvorstand, Delegierte KVB Bayern und BLÄK.



Angelika Haun (AH)

FÄ für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Psychiatrie. 1. Stv. bvvp-Vorsitzende, Vorstandsmitglied bvvp NDS, Vors. Beratender Fachausschuss Psychotherapie der KVN, Moderatorin Qualitätszirkel Psychoanalyse.



Dr. Jürgen Thorwart

Dipl.-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker (DGPT), beschäftigt sich seit über 30 Jahren mit Datenschutz und Schweigepflicht (schweigepflicht-online.de) sowie ethischen Fragen in der Psychotherapie (ethikverein.de).



Dipl.-Psych. Ulrike Böker (UB)

Mitglied im Bundesvorstand des bvvp, Vors. VVPSW, Stv. Vors. des bvvp BW, Mitglied der Vertreterversammlung der KV BW und der KBV, Stv. Mitglied im Bewertungs- und Zulassungsausschuss Südwürtt. u.a.



Mag. rer. nat. Mathias Heinicke (MH)

Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Sachverständiger im Familien- und Sozialrecht. bvvp-Vorstandsmitglied, Mitglied im Vorstand des bvvp BW und des VVPNW, Mitglied im Ausschuss Ambulante Versorgung der LPK BW.



Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr (BW)

Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Landshut. Bundesvorsitzender des bvvp, Mitglied im Landesvorstand des bvvp Bayern.



Norbert Bowe

Nervenarzt. Beratendes Mitglied im Bundesvorstand des bvvp, aktives Mitglied im bvvp-Bundesvorstand von 2014 bis 2018, Gründungsmitglied des bvvp.



Martin Klett

Niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in Freiburg. 2. Stellvertreter der Vorsitzender des bvvp, Vizepräsident der LPK BW. Landesdelegierter im Deutschen Psychotherapeutentag.



Katharina van Bronswijk

Vorstandssprecherin Junges Forum des bvvp. Studium der Psychologie in Heidelberg und Berlin. Seit 2015 im Hamburger PiA-Netz und im PiA-Politik-Treffen, seit 2017 im bvvp.



Anja Manz M.A.

Pressesprecherin und Leiterin der Öffentlichkeitsarbeit des bvvp, nach Studium der Literaturwissenschaft und Sozial- und Wirtschaftsgeschichte langjährige Tätigkeit als Redakteurin beim rbb, Autorin.



BVVP ON TOUR! HERZLICH WILLKOMMEN!

Mit unseren Veranstaltungen im Rahmen der Info-Tour „Weit über Land“ informieren wir direkt vor Ort über aktuelle Themen aus der Berufs- und Gesundheitspolitik, über unsere berufspolitischen Aktivitäten in den Regionen und auf Bundesebene, über Fortbildungsangebote und unsere Unterstützung für junge PsychotherapeutInnen. Dazu laden wir Sie herzlich ein. Mitglieder und Nichtmitglieder sind gleichermaßen willkommen. Hier ein kleiner, erster Überblick (weitere Termine sind in Planung):

8. April 2020, Berlin

UNTERSTÜTZUNG FÜR JUNGE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

Steuerliche Beratung für PiA und ÄrztInnen in Aus- und Weiterbildung mit
Rebecca Borchers, Mitglied des Jungen Forum des bvvp

18. April 2020, Hannover

RISIKEN UND CHANCEN DER DIGITALISIERUNG

Mathias Heinicke, Mitglied des bvvp-Bundesvorstands, informiert über die ePA,
das DVG II und Co.

28. Mai 2020, Weimar

ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG

Kompaktschulung mit Ulrike Böker, Mitglied des bvvp-Bundesvorstands