



kammerbrief 02|2015



AUS DEN KAMMERGREMIEN

02 | 2015

1

Bericht aus der Delegiertenversammlung

Brigitte Kemper-Bürger, Geschäftsführerin, PTK Berlin

Die erste Delegiertenversammlung dieses Jahres, am 24.03.2015, war bis auf den letzten Platz gefüllt. Das lag sicherlich an den spannenden Themen der Sitzung:

Weiterbildung

Angesichts der anstehenden Ausbildungsreform gewinnt das Thema Weiterbildung eine ganz neue Bedeutung. Bei Einführung der geplanten Direktausbildung - Novellierung des Psychotherapeutengesetzes - ermöglicht nach heutigem Diskussionsstand erst der Abschluss einer Weiterbildung die ambulante Tätigkeit auf Facharztniveau im Rahmen des SGB V.

Bei dieser Delegiertenversammlung lag ein umfassender Entwurf für eine Weiterbildungsordnung der Berliner Psychotherapeutenkammer auf Grundlage des derzeit gültigen Kammergesetzes vor.

Im ersten Teil werden die Grundlagen der Anerkennung einer Weiterbildung geregelt, und im zweiten Teil werden konkrete Weiterbildungsordnungen für die Klinische Neuropsychologie, die Humanistische Psychotherapie und die Systemische Therapie vorgeschlagen.

Die Frage, ob für die einzelnen Richtlinienverfahren auch eigene Weiterbildungen angeboten werden sollen, wird noch mit den jeweiligen Verbänden diskutiert und dann in der DV beraten. Die vorliegende Weiterbildungsordnung muss nun noch an einigen Stellen rechtlich überarbeitet werden. Sie

wird dann erneut in der nächsten Delegiertenversammlung behandelt und soll dann auch verabschiedet werden.

Ausbildungsreform

Damit zusammenhängend wurden die nächsten Schritte bei der inhaltlichen Begleitung der Ausbildungsreform ausführlich diskutiert. Der entscheidende Punkt wird die Ausgestaltung einer neuen Approbationsordnung an der Schnittstelle zwischen Studium und Weiterbildung sein.

Wieviel Praxisbezug soll das Studium bieten? Ab wann kann jemand eigenständig behandeln? Wie und in welchem Umfang werden die verschiedenen Verfahren im Studium gelehrt und erlernt? Wie wird die Kompetenz im Umgang mit den verschiedenen Altersgruppen, insbesondere mit Kindern und Jugendlichen, sichergestellt? Wie werden pädagogische und sozialpädagogische Expertise einbezogen und gesichert? u.a.m.

Der Vorstand und die Mitglieder des Ausschusses Aus-, Fort- und Weiterbildung wollen in einer gemeinsamen Sitzung ausloten, welche Strukturen und Informationswege in der Berliner Kammer geschaffen werden müssen, um eine optimale Begleitung dieses zentralen Reformvorhabens sicherzustellen.

Fortsetzung: Seite 8

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



der neue Kammerbrief nimmt ein Thema auf, worüber in vielen Praxen und Kollegengruppen kontrovers diskutiert wird: das Gutachterverfahren (GAV).

Kammermitglied Thomas Haudel spricht sich für seine Ersetzung durch eine verbindliche, kollegiale Supervision/Intervision aus, während Eva Schweitzer-Köhn, Mitglied des Vorstandes, zwar eine Reform des GAV fordert, seine Beibehaltung aber sinnvoll findet. Wir laden Sie ein, sich an dieser Diskussion durch eigene Beiträge im Kammerbrief zu beteiligen. Unser Redaktionsmitglied Bernd Heimerl beschäftigt sich zum einen mit der Burnout-Problematik unter PsychotherapeutInnen und macht zudem einen spannenden Streifzug durch die aktuelle deutschsprachige Literatur zum Thema: Äußere Herkunft und innere Heimat: Psychotherapie und Migration. Eva-Marie Kessler berichtet wie angekündigt über die Ergebnisse des Pilotprojekts „Psychotherapie der Depression im Seniorenheim (PSIS)“. Zuguterletzt erfahren Sie von der letzten Delegiertenversammlung sowie weiteren Aktivitäten und Veranstaltungen der Kammer.

Wir wünschen Ihnen viele Anregungen und Spaß beim Lesen!

Ihr Manfred Thielen
für das Redaktionsteam

Vertrauen statt Kontrolle, Reden statt Schreiben - Gedanken zur überfälligen Reform des Gutachterverfahrens

Dipl.-Psych. Thomas Haudel



Es gibt keine andere ärztlich-psychologische Fachgruppe, der in der ambulanten Behandlung ein derartig zeitaufwendiger bürokratischer Aufwand zugemutet wird wie uns PsychotherapeutInnen durch das Gutachterverfahren! Bei allem Respekt für den enormen Zeitaufwand und die bisher geleistete Arbeit von TherapeutInnen und GutachterInnen, denke ich, dass es an der Zeit ist, sich von diesem System zu verabschieden.

Die jahrelange Praxis hat gezeigt, dass Aufwand und Nutzen bei dieser Art der Qualitätssicherung in keinem sinnvollen Verhältnis mehr zueinander stehen. Das Gutachterverfahren ist zu zeitaufwendig, zu teuer und blockiert dringend notwendige Behandlungskapazitäten. Ob sich dadurch die Qualität der Behandlung verbessert, ist fraglich. Es wird vor allem die theoretische und sprachliche Kompetenz der TherapeutInnen geprüft, nicht aber deren Beziehungs- und Interventionsfähigkeiten. Eine wirksame fachliche Unterstützung für die TherapeutInnen bietet es ebenfalls nicht. Das Gutachterverfahren hat auch nicht dazu beigetragen, das Vertrauen der KollegInnen untereinander zu stärken. Vielmehr hat dieses unbefristete, ausbildungsähnliche Abhängigkeitsverhältnis zwischen TherapeutInnen und GutachterInnen zu einem großen Stau von Ärger und Unmut bei uns TherapeutInnen geführt. Das liegt einerseits an dem immensen Arbeitsaufwand, aber

auch an nicht nachvollziehbaren Ablehnungen durch die Gutachter. Im Grunde ist jede Ablehnung einer Therapie oder Verlängerung eine Entmündigung von TherapeutInnen und PatientInnen gleichermaßen, die sich ja zuvor bereits beiderseitig für eine therapeutische Arbeitsbeziehung entschieden hatten. Außerdem ist die Irrtumswahrscheinlichkeit bei einer gutachterlichen Stellungnahme keineswegs geringer als bei den schreibenden TherapeutInnen selber, da der direkte Kontakt zum Patient fehlt. Eine weitere Schwäche des bisherigen Systems ist die Nichtzulassung tiefenpsychologisch fundierter ausgebildeter GutachterInnen für tiefenpsychologisch arbeitende TherapeutInnen. Des Weiteren ist zu kritisieren, dass es vergleichsweise wenige GutachterInnen gibt und somit der Anteil an Psychotherapeutinnen in der gesamten Kollegenschaft nicht widerspiegelt wird.

Supervision/ Intervention statt Gutachten

Noch sinnvoller als eine Reform des Gutachterverfahrens, wie sie z.B. von der DPTV vorgeschlagen wurde (siehe Sabine Schäfer in „Psychotherapie Aktuell“ Heft 3/2011 und Heft 1/2014), wäre aus meiner Sicht, das Gutachten durch eine Supervision oder Intervention zu jedem Bewilligungsschritt nach der KZT zu ersetzen. Der/die SupervisorIn oder der/die LeiterIn der Interventionsgruppe müsste im gleichen Therapieverfahren ausgebildet sein und wäre gleichzeitig auch die Person, die der Krankenkasse einen Be-

scheid über die Höhe des bewilligten Stundenkontingentes schickt. Jeder/e kassenzugelassene PsychotherapeutIn ist fachlich in der Lage, Supervisor für einen Kollegen/ eine Kollegin zu sein und könnte diese Aufgabe übernehmen. Außerdem sollte jeder/e Kollege/in seinen/e SupervisorIn bzw. seine Interventionsgruppe selber wählen dürfen. Damit wäre gewährleistet, dass diese Arbeit gleichmäßig auf die Kollegenschaft aufgeteilt ist und es entfielen sowohl der zeitaufwendige und bürokratische Zwischenschritt einer Supervisorenauswahl durch die Kassen, als auch eine Supervisorenbenennung durch die KBV. Die bisherigen GutachterInnen, bei denen das Lesen und Beantworten der Gutachten ebenfalls viel Arbeitskapazität gebunden hat, hätten damit auch wieder mehr Zeit für die Behandlung von Patienten. Dieses Verfahren brächte sowohl eine Kosten- und Zeitersparnis als auch einen Qualitätsgewinn mit sich, da eine Supervision/Intervention wesentlich hilfreicher für die TherapeutInnen ist als ein Gutachten, einschließlich der meist sehr kurzen Antwort darauf.

Ich hoffe, dass sich jetzt möglichst viele KollegInnen aus der Praxis in die Diskussion einbringen und alternative Vorschläge zum derzeitigen Gutachterverfahren machen, die in der Folge auch zu neuen Behandlungskapazitäten führen sollten. Danach könnte es eine Urabstimmung unter den Kammermitgliedern zu den verschiedenen Reformmodellen geben. Wir müssen diesen Prozess selber gestalten und nicht darauf warten, dass Gremien, wie der GKV-Spitzenverband, uns Regeln aufzwingen, die wir auf Grund unserer Erfahrungen nicht gutheißen können. ■



Thomas Haudel

Gutachterverfahren - Reform ja, Abschaffung nein!

Dipl.-Psych. Eva Schweitzer-Köhn, Mitglied des Vorstandes der PTK Berlin

Die Abschaffung des Gutachterverfahrens (GAV) wird oft gefordert mit dem Argument, es sei nutzlos und nur zeit- und nervenaufwendig. Dass es für den Aufwand viel zu schlecht bezahlt wird, lässt sich kaum bestreiten, aber nutzlos für die Behandlung finde ich es nicht. Das Schreiben des Berichtes zwingt den Therapeuten doch, konzentriert und systematisch über den Patienten und die Behandlung nachzudenken und sich dem Blick von außen zu stellen. Ich denke schon, dass dies der Qualität der Behandlung förderlich ist. Natürlich setzt das einen kollegialen Umgang der Gutachter mit den KollegInnen voraus. Im TK-Qualitätsmonitoring kam 2011 heraus, dass das Gutachterverfahren eine gleich gute Ergebnisqualität lieferte wie das viel aufwendigere und kleinschrittigere Monitoringverfahren.

Indikationsstellung und Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans vor Beginn der Behandlung werden auch durch unsere Berufsordnung gefordert. Diese sind zu dokumentieren, d.h. der Bericht an den Gutachter dient auch als Dokumentation, zu der wir sowieso verpflichtet sind.

Es ist eine Mär, dass somatisch tätige ÄrztInnen so viel weniger überprüft würden als wir. Da muss man sich nur die Liste der Qualitätssicherungskommissionen der KV anschauen, die die Durchführung qualitätsgesicherter Leistungen überprüfen. Bei der Ultraschalldiagnostik z.B. müssen jedes Jahr zwölf Prozent der Arztpraxen acht bis zehn Patientendokumentationen bei der KV Berlin zur Prüfung einreichen. Falls Mängel in der Dokumentation auftauchen und nicht nachgebessert werden können, drohen Sanktionen bis zum Entzug der Abrechnungsgenehmigung. Diese Art von Prüfung bleibt uns bislang erspart und wäre sicher auch nicht wünschenswert.

Ich halte es für illusorisch, dass wir in einem Gesundheitssystem, das durch

Zwangsbeiträge von Pflichtversicherten finanziert wird, gänzlich ohne Kontrollen davonkommen können. In dem Zusammenhang muss man immer auch bedenken, dass die Kosten für Psychotherapie in Deutschland in einem Umfang von gesetzlichen Krankenkassen für ihre Versicherten übernommen werden wie nirgendwo sonst. Das macht das System auch angreifbar, weil die Kostenträger natürlich auch nach unseren Nachbarländern schauen, in denen Psychotherapie nur in wesentlich geringerem Umfang oder gar nicht übernommen wird.

Die Einrichtung eines Gutachterverfahrens war seinerzeit seitens der gesetzlichen Krankenversicherung obligate Voraussetzung für die Einführung der Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung. Es hat die Funktion, die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der beantragten Behandlung festzustellen. Die Prüfung durch das GAV hat zur Folge, dass die PsychotherapeutenInnen bezüglich der genehmigten Leistungen von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen sind. Das heißt: PsychotherapeutenInnen unterliegen im Bereich der genehmigten Leistungen nicht wie somatisch tätige ÄrztInnen der Gefahr von Regressen als Folge von Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Ein weiterer wichtiger Grund für die Beibehaltung des GAV ist m. E. der Schutz der Mindestvergütung der genehmigten Leistungen durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG): „Diese Stützungsverpflichtung erfasst nur die zeitgebundenen Leistungen der sog. großen Psychotherapie nach Abschnitt GIV EBM-Ä. Diese Leistungen dürfen erst erbracht werden, wenn die Krankenkasse sie bezogen auf den einzelnen Patienten genehmigt hat“ (B 6 KA 58/00). Obwohl das GAV nicht ausdrücklich erwähnt wird, stellt sich doch die Frage: Welche Grundlage bezogen auf den einzelnen

Patienten sollte eine Genehmigung durch die Krankenkasse sonst haben? (Die Befreiung von der Berichtspflicht bei der Kurzzeittherapie steht dem nicht entgegen, denn auch die Genehmigung der Kostenübernahme für eine Kurzzeittherapie ist grundsätzlich gutachterpflichtig. Es ist lediglich eine Befreiung möglich, jedoch nur dann, wenn auf Seiten der PatientInnen in den vergangenen zwei Jahren keine Psychotherapie genehmigt wurde.)

Derzeit wird die Psychotherapie-Richtlinie im G-BA überarbeitet. Die KBV hat in ihrer Positionierung zum Koalitionsvertrag auch Erleichterungen beim Gutachterverfahren gefordert. Der GKV-Spitzenverband sieht in seinem Positionspapier zur Reform der ambulanten Psychotherapie für die ersten 25 Stunden kein Gutachterverfahren vor, dafür keine Genehmigungspflicht, nur noch eine Anzeigepflicht, die uns nicht das Mindesthonorar nach dem BSG-Urteil sichert. Das Schicksal der Langzeittherapie ist unklar (Einzelentscheidung der Krankenkasse).

Es steht also Einiges auf dem Spiel im Zusammenhang mit dem Gutachterverfahren, das nicht leichtfertig hergegeben werden sollte!

Dennoch sind Reformen notwendig, auch um die Akzeptanz des GAV zu erhöhen, beispielsweise eine

- angemessenere Honorierung des Berichtes nach dem tatsächlichen durchschnittlichen Aufwand und
- die Erweiterung der Kontingentschritte (z. B. Wegfall des 15er Schrittes in der VT) sowie die
- Erleichterung des Gutachterverfahrens bei der Gruppentherapie.
- Die GutachterInnen selbst sollten zudem in der ambulanten Versorgung tätig sein; GutachterInnen für tfP-Berichte sollten schwerpunktmäßig tiefenpsychologisch fundiert arbeiten.

Wenn Erschöpfung krank macht: Selbst- und Fremdsorge in der Gruppentherapie

Dipl.-Psych. Dr. Bernd Heimerl

„Der Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung wechseln kann.“ (F. Picabia)



Burnout wird zumeist als Arbeitsstörung verstanden und als solche behandelt. Die seit Jahren steigende Zahl der Betroffenen, unter denen auch PsychotherapeutInnen auffallend häufig vertreten sind, wie die Untersuchung aus 2004 von Heimerl „Burnout und Empathie unter Psychotherapeuten“ zeigte, zwingt zur Entwicklung und Umsetzung wirkungsvoller psychotherapeutischer Konzepte für PsychotherapeutInnen.

Hierbei haben sich vor allem gruppen-therapeutische Behandlungsmethoden bewährt. Eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung von Burnoutbetroffenen ist dann indiziert, wenn sich ausgeprägte Burnoutsymptome, wie zum Beispiel psychosomatische Beschwerden, depressive Symptome oder diffuse Angstzustände zusätzlich manifestiert haben und keine Arbeitsfähigkeit mehr vorliegt. Der Ausgangspunkt aller Interventionen sollte stets eine gründliche Analyse der beruflichen und persönlichen Lebenssituation sein. So werden zunächst die täglich als Belastung erlebten

Anforderungen des Betroffenen identifiziert, Arbeitsbedingungen und institutionelle Faktoren deutlich gemacht, wird zwischen Eu- und Distress differenziert und werden positive bzw. hilfreiche Arbeitsbedingungen herausgearbeitet. Außerdem soll fokussiert die berufliche Biographie erhoben werden.

Der psychotherapeutische Fokus liegt auf dem Konflikt zwischen Selbst- und Fremdsorge. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Fremdsorge beinhaltet dabei deren Funktionalität und die Frage nach der narzisstischen Anerkennung durch den helfenden Beruf. Bei der gruppentherapeutischen Behandlung als Kurzzeittherapie geht es vor allem um die Ermütigung zur Selbstsorge als elementaren Bestandteil der helfenden Arbeit.

Dabei sind vor allem drei Aspekte der Selbstsorge in der Behandlung von Burnout-Betroffenen wesentlich:

- Ermütigung, sich unter komplexen und schwierigen Arbeitsbedingungen nicht als ohnmächtiges Opfer zu definieren, sondern Wege zu suchen, diese Umstände aktiv zu beeinflussen;
- innere und äußere Räume zu schaffen, in denen die Berufsrolle zurücktritt;
- Selbstsorge ist kein Selbstzweck, sondern bezieht sich stets auf konkrete Handlungen.

Die Selbstsorge wird in der ambulanten psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie durch verschiedene verbale und non-verbale bzw. kreative Interventionsmethoden üben erlernt.

Dabei kommen vor allem folgende Interventionen zur Anwendung:

- Information und Einüben von Handlungsmöglichkeiten zur Stressreduktion

- Training in Entspannungstechniken, gepaart mit gestalterisch/ gestalttherapeutischen Elementen
- Umgang mit interpersonellen Konflikten
- Übungen in der Gruppentherapie mit einem Konflikt aus dem beruflichen Alltag
- Arbeit mit der eigenen Lebensgeschichte in Verbindung mit dem Burnouterleben.

Burnout kann als eine berufliche Krisensituation, die wie jede Krise eine Möglichkeit der Veränderung und Weiterentwicklung impliziert, betrachtet werden. Für die Behandlung Betroffener braucht es eine multimodale Diagnostik, um effektiv intervenieren zu können. Dies kann durch eine Kurzzeit-Gruppentherapie geleistet werden. **W**

Übereinstimmend wird Burnout als ein Phänomen beschrieben, das besonders für Menschen in Sozialberufen zur Gefahr wird. Die Betroffenen zeigen verschiedene, unspezifische Symptome, wobei **drei Merkmale** notwendig sind, um die Diagnose Burnout stellen zu können:

1. **Emotionale Erschöpfung:** Gefühle, emotional überanstrengt zu sein und emotionale Ressourcen erschöpft zu haben (Hilflosigkeit, Reizbarkeit oder innere Leere).
2. **Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit:** Abnahme des Gefühls an Kompetenz und erfolgreicher Ausführung der Arbeit. Das zeigt sich oft in ausgeprägten beruflichen Selbstzweifeln oder erhöhter Krankheitsanfälligkeit der Betroffenen.
3. **Depersonalisierung:** negative, abgestumpfte oder extrem gefühllose Reaktion des Helfers auf die Adressaten der Helfer (der Patient wird zum Borderliner oder der Schüler zum Schülermaterial)

PsychotherapeutInnen als Akteursgruppe in Pflegeeinrichtungen: Das Pilotprojekt „Psychotherapie der Depression im Seniorenheim (PSIS)“

PD Dr. Eva-Marie Kessler, Universität Heidelberg

PsychotherapeutInnen sind als Akteursgruppe in Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime, Tages- und Kurzzeitpflege) bisher keine gesundheits- bzw. pflegepolitisch diskutierte Option. Gerontologisch fundierte und wissenschaftlich überprüfte psychotherapeutische Behandlungsansätze, die sich auf die spezielle Lebenssituation und die Bedürfnisse von hochaltrigen, pflegebedürftigen Menschen im Pflegeheim richten, liegen bisher nur in rudimentärer Form vor. Dazu trägt möglicherweise auch bei, dass „alte Alte“ und pflegebedürftige Menschen in unserer Vorstellung über das Alter vorrangig zu Betreuende und zu Versorgende sind. Vor dem Hintergrund dieser Situation wurde von der Universität Heidelberg das Pilotprojekt „Psychotherapie der Depression im Seniorenheim (PSIS)“ durchgeführt. Bei PSIS handelte es sich um einen modellhaften, aufsuchenden psychotherapeutischen Dienst für PflegeheimbewohnerInnen mit Depression in Berliner Pflegeheimen. Das Projekt, gefördert durch die Robert Bosch Stiftung, lief zwischen 2012 und 2014 in acht Berliner Heimen der Caritas Altenhilfe. Sechs DiplompsychologInnen in fortgeschrittener Verhaltenstherapie-Ausbildung beim Ausbildungszentrum Berlin der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT; Leitung: Monika Basqué) realisierten den aufsuchenden Dienst im Rahmen der regulären Gesundheitsversorgung.

Zentrale Befunde

Zentrale Befunde in PSIS waren, dass in Übereinstimmung mit bisherigen epidemiologischen Studien ca. ein Viertel der BewohnerInnen unter Depression litten. Entgegen der Annahme, dass alte Menschen Vorbehalte gegenüber Psychotherapie haben, waren 50 Prozent der BewohnerInnen mit Depression psychotherapiemotiviert. Die qualitative Analyse einer Gruppendiskussion am Ende der Therapien, bei der sechs PSIS-TherapeutInnen und zwei SupervisorInnen sich über ihre therapeutischen Erfahrungen austauschten, ergab, dass bei den klassisch kognitiv-verhaltensthera-

peutischen Methoden der Depressionsbehandlung andere Schwerpunkte in der Therapie zu setzen seien: Die TherapeutInnen nahmen danach eine aktiv-unterstützende therapeutische Rolle ein. Im Mittelpunkt der Therapien standen Engagement und Nähe fördernde Elemente. So war es in Bezug auf Aktivitätsaufbau notwendig, PatientInnen aktiver beim Planen, Vorsorgen und Umsetzen zu unterstützen. Beim sozialen Kompetenztraining verlagerte sich die Gewichtung auf operante Verfahren der sozialen Verstärkung und des Fungierens als Verhaltensmodell. Kognitive Umstrukturierung geschah eher als Einladung zur Selbstreflexion und in Form gespiegelter Äußerungen. Inhaltlich ging es in den Therapien häufig darum, sozioemotionaler Deprivation entgegenzuwirken, Unsicherheiten aufzuheben und den Alltag zu normalisieren sowie praktische Probleme zu lösen – Aufgaben, die teilweise durch den hohen Grad der Gebrechlichkeit der PatientInnen, aber auch durch die unzureichende Pflegesituation und soziale Integration der PatientInnen verursacht wurden. Die TherapeutInnen sahen sich in der Gefahr, „Rundumtherapeuten“ für die PatientInnen und Akteure der Institution zu werden. Sie mussten immer wieder die eigene Rolle überprüfen und sich auch gegenüber anderen Berufsgruppen im Heim (Pflegekräfte, Sozialarbeiter) abgrenzen.

Spezifika des aufsuchenden Charakters der Therapie

Der aufsuchende Charakter der Therapien, die nicht im eigenen, persönlich gestalteten Therapieraum stattfanden, sondern in einem anonymen Besprechungsraum oder im Bewohnerzimmer, brachte einen erheblichen Mehraufwand für die PsychotherapeutInnen mit sich. Zugleich barg er das Potential, dass viele lebendige, diagnostisch relevante Eindrücke über das Leben der PatientInnen gewonnen wurden, im Therapieverlauf neue Verhaltensweisen direkt in der Lebenswelt eingeübt und Erinnerungsgegenstände in die Therapie mit einbezogen werden konnten. Die Doppelrolle der The-

rapeutInnen - als „Gastgeber“/„Anbieter“ und „Gast“ zugleich - führte zudem zu einer neuen Dynamik in der therapeutischen Beziehung.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse von PSIS sind in Zukunft klare vertragliche bzw. gesetzliche Regelungen anzustreben. Verschiedene Modelle psychotherapeutischer Versorgung im Pflegeheim sollten erprobt werden: aufsuchende Psychotherapie durch niedergelassene PsychotherapeutInnen und Ausbildungsambulanzen, PsychotherapeutInnen als Angestellte in Heimen mit erweitertem Aufgabenspektrum, Integrierte Versorgungsprojekte in Kooperation mit Gerontopsychiatrischen Institutsambulanzen und niedergelassenen ÄrztInnen. ■

Kontakt

kessler@nar.uni-heidelberg.de
Universität Heidelberg
Psychologisches Institut, Abteilung
Psychologische Altersforschung
Netzwerk Altersforschung (NAR)
Bergheimer Straße 20
69115 Heidelberg

Den **Tagungsbericht zum Dialogsymposium vom 23. Januar 2015** (s. Kammerbrief 01/2015), an dem sich erstmalig in Deutschland 60 TeilnehmerInnen in den Räumen und mit Unterstützung der Psychotherapeutenkammer Berlin trafen, um über Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischer Behandlung im Pflegekontext zu diskutieren, finden Sie jetzt **zum Download** unter:

www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/themen/psychotherapie_fuer_aeltere

Veranstaltungen der Psychotherapeutenkammer

Daniela Allalouf, Referentin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, PTK Berlin

„Weitergabe einer psychotherapeutischen Praxis: Gewusst wie!“

Nach zwei ausgebuchten Informationsveranstaltungen zum Thema „Praxisübergabe“ kamen weitere 270 Mitglieder am 14.03. zu unserer „Praxisbörse“ ins Seminar CampusHotel. Sie erhielten wichtige Informationen, u.a. zum Versorgungsstärkungsgesetz (Eva Schweitzer-Köhn, Mitglied des Vorstandes der PTK Berlin) und zu Modellen der Praxisübernahme durch Mitglieder des Ausschusses „Ambulante Versorgung (AV)“ (Götz Saecker, Beate Lämmel) und Delegierte der Kammer (Alexandra Rohe). Im Anschluss daran regte Jens Lückert - ebenfalls Mitglied des Ausschusses AV - den lebendigen Austausch unter Praxisinteressenten und -abgebenden an. Nach einer kleinen Stärkung ging es dann in die Gesprächsrunden, die von knapp 20 Ausschussmitgliedern, unserer Geschäftsführerin Brigitte Kemper-Bürger und Pilar-Isaac Candeias, die auch die Gesamtmoderation übernommen hatte, moderiert wurden.



Moderation interaktive Praxisbörse - Jens Lückert



Moderierter Austausch in Kleingruppen

„Datenschutz versus Kinderschutz“

Rund 150 Mitglieder der Kammer ließen sich ebenfalls am 14.03. auf o.g. Workshop von Frau Dr. Claudia Federrath, Mitarbeiterin des Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit im Bereich öffentliche Jugendhilfe, und Dipl.-Päd. Peter Ellesat, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Mitarbeiter des Kinderschutzzentrums Berlin e. V., aufklären. Fragen aus der Praxis wurden auch von RA Claudia Dittberner, Justiziarin der PTK Berlin, und Norbert Rosansky, Sprecher des Ausschusses Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutische Versorgung, beantwortet.



Fragerunde beim Kinderschutzworkshop

„Konflikte am Arbeitsplatz“

Im Kontext „Betriebliche(r) Prävention psychischer Erkrankungen“ fand am 17. März eine weitere Veranstaltung in der PTK statt. Vorstandsmitglied der PTK Berlin, Prof. Dr.



RA Georg Wenning, Prof. Dr. Armin Kuhr (v.l.n.r.)

Armin Kuhr, und Rechtsanwalt und Fachanwalt für Arbeitsrecht, Georg Wenning, informierten gemeinsam über Hintergründe und Lösungsmöglichkeiten für belastende Umstände und konfliktreiche Beziehungen am Arbeitsplatz, die neben psychischen nicht selten auch rechtliche Konsequenzen haben, und waren sich einig: „Mobbing und Burnout sind keine unlösbaren Probleme: Sie können sogar Lösungswege für eine neue berufliche Entwicklung aufzeigen ...“

„Sichere Patientendaten in der psychotherapeutischen Praxis“

Aufklärung über die Themen: „Schweigepflicht als Grundpfeiler der psychotherapeutischen Behandlung“, „Bestimmungen zum Umgang mit Patientendaten innerhalb der Berufsordnung“ und „Umgang mit elektronischen Daten/ Sicherheit elektronischer Daten in der psychotherapeutischen Praxis“ bot ein weiterer Workshop am 26.03.:

Eva Schweitzer-Köhn, Mitglied des Vorstandes der PTK Berlin, Rechtsanwältin Claudia Dittberner, Justiziarin der PTK Berlin, und der neue Datenschutzbeauftragte der PTK Berlin, Matthias Ssykor, unterrichteten interessierte Mitglieder über „Die Schweigepflicht als Grundpfeiler der psychotherapeutischen Behandlung“, „Bestimmungen zum Umgang mit Patientendaten in der psychotherapeutischen Praxis innerhalb der Berufsordnung“ (Dokumentationspflicht/ Umgang mit Patientenakten/ besondere Sorgfalt bei Mitnahme von Patientenakten/ Einsichtsrecht/ Vorsorge für den Fall des persönlichen Unvermögens) und das Thema „Datensicherheit: Umgang mit elektronischen Daten in der psychotherapeutischen Praxis“ (Sicherheit elektronischer Daten: Passwort/ regelmäßige Programm-Aktualisierung/ Internet: Firewall/ Datensicherung: backup/ elektronische Kommunikation per Email, SMS, Videotelefonie, facebook, Whatsapp usw.)

Vorträge zum Download unter www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Äußere Herkunft und innere Heimat: Psychotherapie und Migration Ein Streifzug durch die aktuelle deutschsprachige Literatur

Dipl. Psych. Dr. Bernd Heimerl

Namhafte Autoren, darunter Oskar Roehler: *Herkunft* (2011), Botho Strauss: *Herkunft* (2014), Herta Müller: *Mein Vaterland war ein Apfelkern* (2014) und Anna Weber: *Ahnen - Ein Zeitreisetagebuch* (2015) schreiben jüngst über ihre persönliche Herkunft. Informativ und bewegend. Woher kommen wir? Wo fühlen wir uns beheimatet?

In *Herkunft* gelingt es Botho Strauss, über die Auflösung der elterlichen Wohnung in berührender Weise zu seiner Vatersehnsucht zu gelangen und sie in einen gesamtdeutschen Kontext zu stellen. Es sind die privaten und intimen Beobachtungen des Ich-Erzählers über seinen Vater in den 40er und 50er Jahren, die seine Herkunft beschreiben: seine Morgentoilette, seine „schwierigen“ Hände, sein Arbeitsritual, sein Lieblingsautor und seine körperliche Gestalt. „Morgen wird die Wohnung der Eltern aufgelöst. Morgen wird meine Kindheit entrümpelt.“

In Herta Müllers *Mein Vaterland war ein Apfelkern* wird das Vaterland - die heimische Flora und Fauna - zu ihrer psychischen Überlebenswelt. Die Herkunft wird über die Umwelt erzählt und phantasie reich ins eigene Innere verlagert.

Wie wird die Herkunft erinnert, wie die Heimat? Das Erzählen über die Herkunft ist reales Erinnern der Fakten. Die psychische Realität wird über das Heimatgefühl erinnert. Da gibt es den Heimatfilm, die Heimatlieder, die Heimatbücher. Voll von Sehnsucht, Idealisierung und Projektionen. Die schulische Heimatkunde wurde schon lange vom Sachunterricht abgelöst.

Die auffällig reiche aktuelle Literatur über die Herkunft kann als Symptom der Instabilität und Orientierungslosigkeit in Europa und dem Verlust von Heimat gelesen werden. Auch in der Psychotherapie boomt die Beschäftigung mit der Migration und deren psychischen und physischen Bedeutung für den Einzelnen. Migration bedeutet im Kern




die Wanderungsbewegung von Menschen. Dies kann von einer Kultur zur anderen, jedoch auch innerhalb der eigenen Kultur geschehen.

„Man deutet den fremden Blick geographisch, aber er ist nicht geographisch, sondern biographisch oder psychisch. Der fremde Blick ist eine innere Sache, nicht der Wechsel von einem Land in ein anderes, sondern der Verlust der Selbstgewissheit.“
 „Der fremde Blick ist für mich der bedrohte Blick, das Schauen in der Angst. Angst haben vor allem, auch vor sich selbst. Vielleicht ist es nicht nur Angst, sondern Verlorenheit, weil nichts mehr selbstverständlich ist.“ (Herta Müller)

Und wir sprechen über Migration und weniger über Heimat und Herkunft, als wäre Migration ein emotional gereinigter Begriff. Herkunft und Heimat sind schwierige Begriffe: emotional hoch besetzt, ambivalent

in ihrer Verwendung und zumeist ideologisch aufgeladen.

Was kann die Erinnerungsarbeit von Botho Strauss und Herta Müller leisten? Beide Autoren geben Impulse, wie über die Herkunft und die Heimat auch erzählt werden kann: im Kontext der Sehnsucht, der Phantasie, der körperlichen Gestalt. Um Migration zu verstehen, muss über die Herkunft und die Heimat erzählt werden. Weil es zu einer Vergewisserung über die eigenen Ursprünge führt.

„Das Gedächtnis ist eine Variable der Sehnsucht, so dass Fernweh und Heimweh, Erwartung und Erinnerung in ein und demselben Enzym des Unerreichlichen symmetrisch angeordnet sind.“
 (Botho Strauss) 



Dr. Bernd Heimerl

Aktivitäten und kommende Veranstaltungen der Geschäftsstelle

Daniela Allalouf, Referentin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, PTK Berlin

Landespsychotherapeutentag und Mitgliederversammlung im September 2015

Auf dem kommenden LPT am 12. September im Seminaris CampusHotel Berlin-Dahlem werden wir uns intensiv mit der **Zukunft der Versorgung im Spannungsfeld gesundheitspolitischer Veränderungen** befassen. Am Vorabend, dem **11. September 2015**, wird unsere nächste **Mitgliederversammlung** stattfinden. Zu beiden Veranstaltungen laden wir Sie schon jetzt herzlich ein! Weitere Informationen folgen ...

Psychologie und Kino: Filmreihe im City Kino Wedding

Anne Lakeberg und Wiebke Wolter haben das 1958 von den Alliierten erbaute Filmtheater wiederbelebt. Unter anderem etablieren sie dort eine Reihe mit Filmen, die psychotherapeutisch relevante Themen behandeln und die von unserem Delegierten Dipl.-Psych. Dr. Bernd Heimerl begleitet wird. Nach jedem Film leitet er eine Diskussion mit dem Publikum ein, indem er eine kurze psychologische Analyse des Filmstoffes vornimmt.

Mehr über dieses Projekt und das City Kino finden Sie auch unter: <https://www.facebook.com/citykinowedding>

Gesundheitsberufetag 2015

Am 17./18. April fand auf Einladung der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Berliner Abgeordnetenhaus unter dem Motto **Gemeinsam für ein gesundes Berlin** deren erster Gesundheitsberufetag statt. 300 VertreterInnen unterschiedlicher Berufsgruppen, darunter die PTK Berlin, die mit einem Infostand vertreten war, nahmen daran teil und diskutierten Zukunftsfragen des Gesundheitswesens: Angesichts drohenden Fachkräftemangels und erhöhten Bedarfs sei eine Kultur der vernetzten Zusammenarbeit anzustreben. Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung könne nur interprofessionell erfolgen, so Heiko Thomas, gesundheitspolitischer Sprecher von Bündnis 90/Die Grünen. In unterschiedlichen Foren wurden daher u.a. Fragen der Qualifizierung der Gesundheitsberufe, der sektorenübergreifenden Versorgung und mögliche Vorteile einer Verkammerung der Pflege- und Therapieberufe erörtert. PTK-Präsident Michael Krenz nahm als Diskutant aktiv daran teil. Um Interprofessionalität in der Versorgung zu verankern, müsse bereits in der Ausbildung damit begonnen werden. „Die Bundesländer sind daher gefordert, sich stärker für die Qualifizierung der Gesundheitsberufe einzusetzen“, so das abschließende Fazit der bildungspolitischen Sprecherin der Grünen-Fraktion, Stefanie Remlinger.

Fortsetzung Seite 1

Bericht über die Delegiertenversammlung vom 24.03.2015

Behandlung von Kindern und Jugendlichen während der Schulzeit

Nach bisherigen Vorgaben des Senats ist es nicht möglich, Kinder und Jugendliche während der Schulzeit für den regelmäßigen Besuch eines KJP freizustellen. Auf Grundlage eines Antrags des Ausschusses „Kinder- und Jugendpsychotherapeutische Versorgung“ hat sich die DV dafür ausgesprochen, dass sich der Vorstand bei der Senatsverwaltung für eine Änderung dieser Vorschriften einsetzt. Es sollen insbesondere Zeiten am Nachmittag, in denen kein regulärer Unterricht stattfindet, dafür genutzt werden können.

Neue Ausschüsse

Außerdem hat die Delegiertenversammlung die Bildung zweier neuer Ausschüsse „Psychotherapie in der öffentlichen Versorgung“ und „Psychotherapie in institutionellen Versorgungsbereichen“ beschlossen und als Sprecher Herrn Gerd Pauli und Frau Ute Meybohm gewählt. **ψ**

Die nächste mitgliederöffentliche Delegiertenversammlung findet am 30.06., 19.00 Uhr in den Räumen der Kammer statt. Melden Sie sich gerne zur Teilnahme als Gast über die Geschäftsstelle an!

Impressum

Redaktion:

Dorothee Hillenbrand (V.i.S.d.P.), Inge Brombacher, Dr. Bernd Heimerl, Lieselotte Hesberg, Angela Rosarius, Christoph Stößlein, Dr. Manfred Thielen, Dr. Ulrike Worringer

Realisation/Lektorat/Layout:

Referat für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: Daniela Allalouf, M.A.

Geschäftsstelle:

Kurfürstendamm 184, 10707 Berlin
Tel. 030 887140-0, Fax -40

info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de
ISSN 2195-5522

Autorenrichtlinien: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/publikationen/kammerbriefe

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft Gesellschaft für Kommunikation mbH, Berlin

Quellennachweis: Seiten 1, 2, 4, 6, 7 PTK Berlin