



kammerbrief 02|2013



AUS DER BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

02 | 2013

1

Bauch- oder Kopfentscheidungen? – Landespsychotherapeutentag im März 2013

Dr. Beate Locher, Presse- und Öffentlichkeitsreferentin



Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident BPTK

Der diesjährige Landespsychotherapeutentag, zu dem 260 Mitglieder gekommen waren, widmete sich dem komplexen, aber oft unterschätzten Thema „Entscheidungen“. Das Thema wurde aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet.

Gesundheitsminister **Mario Czaja MdA** sprach über Entscheidungen im Zuge der aktuellen Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgung in Berlin. Auffallend ist, dass neben der bislang sektoral klar getrennten ambulanten und stationären Versorgung immer mehr integrierte Versorgungsangebote und steuerfinanzierte Modelle entwickelt werden. Das Land Berlin setzt große Hoffnungen in das neu gegründete Landesgremium nach § 90a SGB V, welches dem Landesausschuss Empfehlungen zur regionalen Bedarfsplanung aus-

sprechen kann. „Wichtig bleibt“, so Czaja, „dass für die Bedarfsplanung Sozialstrukturdaten berücksichtigt werden“.

Wie werden Entscheidungen in der professionellen Beziehung zwischen Therapeut und Patient gefällt? **Prof. Dr. Dr. Rolf Haubl**, Geschäftsführender Direktor des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt, führte in seinem interessanten, wenngleich medizin-orientierten Vortrag aus, dass Arzt-Patient-Entscheidungen nach dem „Shared decision making“ einen Meilenstein in der „sprechenden Medizin“ darstellen. Wenn allerdings gesundheitsökonomische Motive dominieren, gerate der proklamierte Wertewandel ins Hintertreffen.

Franz Knieps, Abteilungsleiter a. D. des BMG z. Z. der Großen Koalition, sprach aus

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Ich möchte an dieser Stelle ein Thema herausgreifen, das bei der Mitgliederversammlung unserer Kammer am Vorabend des Landespsychotherapeutentages

angesprochen wurde und das mir aktuell besonders wichtig erscheint: Es betrifft die niedergelassenen KollegInnen mit KV-Zulassung, die aus unterschiedlichen Gründen keine voll ausgelastete Praxis führen können oder wollen (sei es aus familiären Gründen oder altersbedingt). Überlegen Sie bitte, ob sie einen jungen Kollegen entweder über Jobsharing oder im Angestelltenverhältnis mitarbeiten lassen können. Dadurch können Sie sicherstellen, dass Ihre Praxis den Versorgungsauftrag, den Sie als Vertragspsychotherapeuten haben, erfüllt, und dass die Praxis auch später an einen Nachfolger weitergabefähig ist. Außerdem geben Sie jungen KollegInnen die Chance, beruflich tätig zu werden.

Praxen, die den Versorgungsauftrag nicht erfüllen, können vom Zulassungsausschuss stillgelegt werden, wenn der Praxisinhaber die Praxis abgeben möchte.

Informieren Sie sich bei der Kammer und der KV über verschiedene Modelle der Praxisbeteiligung.

Mit kollegialen Grüßen
Christoph Stöblein, Vorstand

Erste Mitgliederversammlung – ein Erfolg

Mitglieder diskutieren über die Kammerpolitik

dem politischen „Nähkästchen“. Bezüglich der Einflussnahme auf politische Entscheidungen gab er den Kammermitgliedern die Empfehlung, ein abgestimmtes Lobbykonzept zu entwickeln, mediale Aufmerksamkeit zu erzielen und Verbündete zur Durchsetzung ihrer Vorhaben zu suchen. Sie sollten sich z.B. auch mit Politikern aus den Bezirken, mit Arbeitgebern, Sozialverbänden, Selbsthilfegruppen oder Patientenvertretern in Verbindung setzen.

Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, machte anhand vieler Beispiele (wie beim Ringen um die Mindestquote) deutlich, wie paradox zum Teil Entscheidungswege in der Gesundheitspolitik vonstatten gehen. Richter rät, Ausdauer und Zähigkeit zu beweisen und mit anderen Landeskammern möglichst geschlossen und „mit einer Stimme“ aufzutreten.

Zuletzt stand die Frage im Raum: „Warum entschließen sich immer weniger Männer für den Beruf des Psychotherapeuten?“ Laut Mitgliederstatistik der Psychotherapeutenkammer Berlin sind unter den jungen Kolleginnen und Kollegen (30 – 40 Jahre) nur noch 15% Männer zu finden. Vergleichsweise dazu sind es unter den 50 – 70-Jährigen noch 33% Männer. **Frau Prof. em. Dr. Eva Jaeggi**, ehemals TU Berlin, diskutierte ihre Überlegungen unter den Gesichtspunkten Berufswahl, Bedeutung dieses Verhältnisses für den therapeutischen Prozess und Bedeutung des „weiblichen“ Image für die Gesellschaft. In ihren fein differenzierten Ausführungen versuchte sie, hinsichtlich der geschlechterspezifischen Zusammensetzung der Psychotherapeutenchaft zu entdramatisieren: „Unsere Anstrengungen müssen darauf ausgerichtet sein, gute und hilfreiche ‚Therapeutenpersönlichkeiten‘ zu finden. Ob das Männer oder Frauen sind: das erscheint vom therapeutischen Prozess her betrachtet weniger wichtig.“

Am Vortag zum Landespsychotherapeudentag hatte der Vorstand der Psychotherapeutenkammer erstmals zu einer Mitgliederversammlung eingeladen. Vor rund 50 Mitgliedern berichteten die Vorstandsmitglieder über die Aktivitäten und Schwerpunkte der Kammerarbeit. Neben dem strukturellen Aufbau der Psychotherapeutenkammer Berlin wurden

die gesetzlichen Aufgaben wie auch die aktuellen Versorgungsaufgaben näher erläutert. Im Anschluss bestand genügend Raum für Fragen und Diskussion. Die Veranstaltung wurde von den Anwesenden dankend angenommen – Karin Scheuermann und Anik Elsaesser haben uns ihr Statement gegeben.

„Als kurzes Feedback meiner Teilnahme an der diesjährigen Mitgliederversammlung, die ich zum ersten Mal besucht habe, möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass mir die gute Atmosphäre während der Veranstaltung gefallen hat. Die Möglichkeit für die anwesenden Kammermitglieder, sich mit ihren Themen einzubringen, wurde ausgiebig und in lebendiger Weise genutzt. Besonders bereichernd für mich war, dass die Neuigkeiten bezüglich der im Dezember 2012 verabschiedeten neuen Bedarfsplanungsrichtlinie im Hinblick auf das neu eingerichtete Gremium 90 a kommuniziert wurden, was mich als KJPLerin natürlich brennend interessierte: Sollte dieses Gremium sich mit seiner Position, sich für eine in Teilen regionalisierte Bedarfsplanung mit Berücksichtigung der Sozialstruktur der Bevölkerung und zwar kleinteiliger als die Bezirksgrenzen umfassen, durchsetzen, hätte das in einigen Regionen des Planungsbereichs Berlin zur Folge, dass sich die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten verbessern würde, indem neue Sitze für KJP genau dort, wo sie gebraucht würden, entstünden. Allerdings steht der partiellen Regionalisierung der Bedarfsplanung die Position der KV entgegen: Einem Dokument aus dem Internetauftritt der KV am Anfang dieses Jahres war zu entnehmen, dass es in Berlin keine neuen Sitze aufgrund der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie geben wird, weil es genügend Sitze im Planungsbereich Berlin gäbe. Diese seien nur ungleich auf die Bezirke verteilt. Für die Zukunft darf man gespannt sein.“

Karin Scheuermann, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin



„Ich fand die Mitgliederversammlung sehr gut, wichtig und transparenzfördernd. Geht mir, dass die Kammerarbeit und aktuelle Themen, mit denen man sich derzeit dort beschäftigt, einmal vorgestellt wurden und man wichtige Informationen und einen Überblick erhielt. Gut fand ich auch die Möglichkeit, einzelne Mitglieder des Vorstandes und der Geschäftsstelle mit ihren Aufgabenschwerpunkten sowie andere Kolleginnen und Kollegen einfach mal kennenzulernen und dass ein wichtiger, fruchtbarer Austauschprozess stattfand. Mitgliederversammlungen sollten ruhig in regelmäßigen Abständen stattfinden!“

Anik Elsaesser, Psychologische Psychotherapeutin



Die Vorträge sind nachzulesen unter „Aktuelles“ auf unserer Kammerwebsite: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Freie Plätze gesucht! – Einblicke in die Arbeit am Servicetelefon der PtK Berlin

Florian Geyer und Kathrin Linsler, Servicetelefon

Anruf: „Ich (gesetzlich versichert) habe von meinem Hausarzt eine Überweisung für eine Psychotherapie bekommen, Diagnose Depressionen. Nun suche ich seit August einen Termin und wurde trotz zahlreicher Mails und Telefonate bei Psychotherapeuten auf frühestens Mitte nächsten Jahres verwiesen. Können Sie mir bitte eine Liste mit Therapeuten schicken, die aktuell einen freien Platz haben?“

So oder so ähnlich klingen viele Anfragen, die uns am Servicetelefon per Mail oder telefonisch erreichen. Immer dienstags und donnerstags bieten wir für jeweils drei Stunden telefonische Beratung für Menschen an, die auf der Suche nach einem Psychotherapieplatz sind oder praktische Fragen zur Psychotherapie haben. Wöchentlich bekommen wir ca. 40 Anfragen, die größtenteils die Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz betreffen. Besonders, seit die Kassenärztliche Vereinigung Berlin Ihren telefonischen Vermittlungsdienst eingestellt hat, ist die Zahl der Anfragen an uns noch einmal gestiegen. Die Anrufer melden sich bei uns, entweder auf Empfehlung von Psychotherapeuten, Hausärzten, Krankenhäusern, Beratungsstellen und Krankenkassen oder sind auf der Homepage der PtK auf unser Angebot gestoßen. Häufig haben die Suchenden schon zahlreiche erfolglose Anfragen bei Psychotherapeuten hinter sich, bevor sie uns kontaktieren. Viele erhoffen sich, dass wir ihnen freie Plätze bei einem Psychotherapeuten mit Kassenzulassung vermitteln können. Da unsere Liste mit freien Plätzen zumeist von sehr geringem Umfang ist, freuen wir uns immer, wenn Psychotherapeuten freie Kapazitäten für gesetzlich Versicherte melden.



Meldungen über freie Plätze nehmen wir gerne unter der Telefonnummer 030 / 8871 4020 oder per Email an servicetelefon@psychotherapeutenkammer-berlin.de entgegen.



Kathrin Linsler und Florian Geyer, MA des Servicetelefons

Psychotherapeuten unter Berücksichtigung von Wohnort, gewünschtem Therapieverfahren, Art der Versicherung (privat vs. gesetzlich) und weiteren Wunschkriterien. Bei bestimmten Anfragen, z.B. nach Psychotherapeuten mit Fremdsprachenkenntnissen wie Thai oder Paschtu, oder nach Therapeuten, die bereit sind Hausbesuche zu machen (etwa bei körperlichen Einschränkungen) können wir aufgrund eines sehr geringen Angebotes leider nur selten passende Adressen weitergeben. Neben der Vermittlung von Adressen ambulanter Psychotherapeuten informieren wir über alternative ambulante Versorgungsangebote von psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten, Hochschulambulanzen, psychosozialen Beratungsstellen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Selbsthilfegruppen, dem Berliner Krisendienst sowie von stationären und teilstationären Einrichtungen. Dabei recherchieren wir regelmäßig nach neuen Versorgungsangeboten für verschiedenste Personengruppen, um unsere Auswahl an vermittelten Stellen zu aktualisieren.

Außerdem scheinen nicht wenige Anrufer über Kostenerstattung eine Therapie zu beginnen, wie erste Ergebnisse einer seit Januar 2013 laufenden Online-Umfrage

zum Nutzen unseres Serviceangebots sowie zur Versorgungslage in Berlin zeigen. In Ausnahmefällen scheinen dabei auch solche Krankenkassen Anträge auf Kostenerstattung zu genehmigen, die nach unserer bisherigen Erfahrung die Anträge pauschal ablehnen (z.B. AOK). In der Befragung wurde des Weiteren mehrfach kritisiert, dass viele der angefragten Psychotherapeuten nicht auf Behandlungsanfragen auf dem Anrufbeantworter reagieren, wodurch sich die Hilfesuchenden im Stich gelassen fühlen. Überdies wurde angemerkt, dass die in www.psych-info.de eingetragenen Adressen und Telefonnummern der Therapeuten zum Teil nicht aktuell sind. Da wir bei unserer Vermittlungsarbeit auf die Datenbank von www.psych-info.de zurückgreifen, bitten wir Sie Änderungen Ihrer Kontaktdaten zeitnah zu aktualisieren.

Servicetelefon: 030-8871 4020
Di 14.00 -17.00 Uhr, Do 10.00 – 13.00 Uhr

Der Online-Suchdienst www.psych-info.de ist ein Gemeinschaftsprojekt der Landespsychotherapeutenkammern von Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Saarland und Schleswig-Holstein, zu dem alle

Unser Service besteht in erster Linie in der Vermittlung von Listen mit Adressen von

Krankenkassen mischen sich in laufende Therapien ein

Dr. Renate Degner, Vorstand



Immer wieder berichten uns Mitglieder über Erfahrungen mit Krankenkassen, die sich an PatientInnen mit bewilligten und „laufenden“ Therapien wenden, um diese zu krankenkasseneigenen psychotherapieähnlichen Beratungen zu schicken. Oder noch übergriffiger agieren, indem sie PatientInnen nahelegen, zu überlegen, den Therapeuten zu wechseln. Dies irritiert nicht nur PatientInnen, sondern kann sogar die Symptomatik verschlechtern.

Daneben werden gelegentlich Anfragen an TherapeutInnen verschickt, die – in eingeschränktem Masse – NUR dem MDK in verschlossenem Umschlag zugesandt werden dürfen. Verletzungen dieser Regelung führten einen Kollegen in Schleswig-Holstein dazu, Anzeige gegen die AOK zu stellen.

Zwar wurde die Klage von der Staatsanwaltschaft abgewiesen, doch macht es die Brisanz dieser Thematik deutlich. (s. PTJ 4/2012 S. 402)

Die Berliner Kammer bittet KollegInnen, die ähnliche Erfahrungen mit Kassen haben, sich zu melden, so dass wir einen Eindruck von Häufigkeit und eventueller Kassenspezifika erhalten können. Sollten es nicht nur gelegentlich Einmischungen von naiven Kassenmitarbeitern sein, wird die Kammer auf höherer Ebene intervenieren. ☞



Mails bitte an info@psychotherapeutenkammer-berlin.de oder degner@psychotherapeutenkammer-berlin.de

Mitglieder dieser Kammern Zugang haben und sich ein persönliches Profil anlegen können. Für die Überprüfung der Daten und die Freischaltung der Profile sind ebenfalls die Mitarbeiter des Servicetelefon zuständig. Die psychinfo-Onlinesuche erfreut sich einer regen Nutzung. So wurden für den Berliner Raum im Jahr 2012 knapp 7.000 Suchanfragen registriert.

Ein weiteres Anliegen der Anrufer beim Servicetelefon sind neben der Vermittlung von Therapeuten-Adressen Fragen zum allgemeinen Vorgehen bei der Psychotherapieplatz-Suche. Diesbezüglich empfehlen wir, bei mehreren Psychotherapeuten anzufragen, um die Chance zu erhöhen, auf jemanden mit freien Kapazitäten zu stoßen. Oft wünschen sich Anrufer auch eine inhaltliche Beratung dazu, welches Therapieverfahren am besten zu ihnen passt. In diesen Fällen informieren wir über die wesentlichen Merkmale und Unterschiede zwischen den Verfahren, verweisen aber immer auf die Erstgespräche und probatorischen Sitzungen, in denen Fragen zum geeigneten Therapieverfahren und zum Therapeuten besprochen werden können.

Sie, als Psychotherapeuten, können gerne auch Patienten an uns weiterempfehlen oder uns selbst kontaktieren, um sich über Versorgungsangebote zu informieren. Wir hoffen, dass unser Beratungsangebot Therapieplatz-Suchenden wie auch Psychotherapeuten bei der Orientierung im psycho-sozialen Versorgungsdschungel der Hauptstadt hilft. Unsererseits haben auch wir, als Psychologie-Studierende, durch die Arbeit am Servicetelefon intensive und interessante Einblicke in die psychotherapeutische Versorgungsstruktur Berlins bekommen, auf die wir sicher in unserer beruflichen Zukunft noch häufig zurückblicken werden. ☞

Prävention setzt Wissenschaftlichkeit voraus und erfordert auch die Einbindung von Psychotherapeuten

Prof. Dr. H. Scheithauer, Prof. für Entwicklungspsychologie, FU Berlin im Gespräch mit Fr. Dr. Beate Locher

Lieber Herr Prof. Scheithauer, nach Ihrem Abschluss als Diplom-Psychologe im Jahr 1998, dem Dr. phil mit „summa cum laude“ an der Universität Bremen im Jahr 2003 folgt eine seitenlange Vita mit akademischen und nicht-akademischen Stationen. Heute sind Sie Universitätsprofessor für Entwicklungspsychologie und Klinische Psychologie an der FU Berlin. Was hat Sie persönlich dazu bewegt, sich im Bereich der Prävention aggressiver Verhaltensweisen Ihre Forschungs- und Projektschwerpunkte zu setzen?

Scheithauer: Ich komme aus der Entwicklungspsychologie. Prävention im Kindes- und Jugendalter hat immer auch entwicklungswissenschaftliche Hintergründe. Deshalb finde ich die Prävention so spannend. Wir wissen, wie aufwändig es ist, Therapien anzusetzen, wenn die Entwicklung nicht glatt läuft. Wenn wir heute Jugendliche z.B. nach einem Tötungsdelikt näher untersuchen, dann können wir in vielen Fällen Fehlentwicklungen manchmal bis ins Kita-Alter zurückverfolgen. Deshalb gilt es, rechtzeitig – frühzeitig – zu intervenieren, um negative Entwicklungsverläufe erst gar nicht entstehen zu lassen. Wir sind heute zu schnell dabei, bei Aggressions- oder Gewalthandlungen einseitig Schuldzuweisungen vorzunehmen. Aggressive Störungsbilder entwickeln sich langfristig – manchmal über Jahre hinweg – und es ist auch immer das Umfeld (Familie, Schule, Freundeskreis) an dieser Entwicklung beteiligt. Wenn wir im Vorfeld durch Prävention Fehlentwicklungen vermeiden, können wir gesamtgesellschaftlich gesehen einen sehr hohen Nutzen erzielen.

Locher: Sie haben viele nennenswerte Projekte entwickelt: www.papilio.de; www.fairplayer.de; www.fairplayer-sport.de; www.coda-Programm.de; www.leaking-projekt.de; www.netwass-projekt.de; www.medienhelden-projekt.de. Was waren Ihre größten Erfolge?

Scheithauer: Die Frage ist vielmehr, woran misst man den Erfolg? Erfolg ist m. E. dann gegeben, wenn ein Projekt „implementiertauglich“ ist. Das heißt, wenn es nach-

haltige Wirkungen hinsichtlich bestimmter Einstellungen und Verhaltensweisen zeigt. Ein sehr großer Erfolg war und ist sicherlich das Projekt „fairplayer.manual“. Das Projekt ist sehr komplex und vielschichtig ausgerichtet und es wurde umfänglich evaluiert. Wir haben Maßnahmen zur Förderung der sozialen Kompetenzen entwickelt, die sich an alle Schüler der 7. bis 9. Klassenstufe in einer Schule richten (universelle Prävention); es gibt Angebote für bestimmte (auffällige) Schüler, die z.B. wenig Freunde haben (selektive Prävention) und wir haben Programme entwickelt, die sich mit den Kausalfaktoren und möglichen Lösungsstrategien von Gewalt und Bullying befassen. Zwei große und wichtige Partner sind die Deutsche Bahn AG und das Deutsche Forum Kriminalprävention (DFK); sie haben die Umsetzung des Projekts in die Fläche ermöglicht. Deutschland erhielt im vergangenen Jahr für dieses Projekt erstmals den „European Crime Prevention Award“, eine der bedeutendsten Auszeichnungen im Bereich der Kriminalprävention mit einem Preisgeld von 20 000 Euro, das nun für die Weiterentwicklung des Projekts investiert wird. Wir sind sehr stolz auf diesen Preis.

Auch das Papilio-Projekt, das qualitätsgesichert in 11 Bundesländern in Kitas umgesetzt wird, hat große Erfolge gezeigt. Der Augsburger Verein Papilio e.V. hat hier hervorragende Arbeit geleistet. Das Programm wurde im vergangenen Jahr in Finnland vorgestellt und soll nun auch dort adaptiert werden.

Unabdingbar ist es, dass Prävention qualitätsgesichert und ressourcenorientiert angeboten wird. Die Evidenzbasierung und der Nachweis von Wirksamkeit von Projekten müssen vom Beginn der Planung an mit berücksichtigt werden. Auch für den Wirksamkeitsnachweis müssen von den Projektträgern entsprechende Gelder eingeplant werden. Es ist nach wie vor ein Problem, dass jede Menge Präventionsprogramme auf dem Markt sind, deren Wirksamkeitsnachweise nie erbracht wurden. Wer nach guten Präventionsprogrammen



Prof. Dr. Herbert Scheithauer

sucht, wird z. B. bei der Grünen Liste Prävention (www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/leitlinien) fündig. Anhand erster systematischer Überblicke arbeiten in den Bereichen der Prävention von Substanzmissbrauch, Jugenddelinquenz, Schulversagen und riskantem Sexualverhalten wurden 9 Qualitätsaspekte für Präventionsmaßnahmen herausgearbeitet, die für den Erfolg verantwortlich sind: Übergreifender Ansatz; Methodenvielfalt; ausreichende Intensität; theoriegesteuert; positiver Beziehungsaufbau; passender Zeitpunkt; soziokulturell zutreffend, nachgewiesene Wirksamkeit und gut ausgebildetes Personal. Wir selbst haben ebenfalls Gelingensbedingungen für die Gewaltprävention erarbeitet, die vom DFK herausgegeben werden.



www.kriminalpraevention.de/images/pdf/dfk_2012expertise_gelingensbedingungen_2012.pdf

Locher: Sie sind geschäftsführender Herausgeber der Fachzeitschrift „International Journal of Developmental Science“ (www.ijds.net). Wie unterscheiden sich präventive Ansätze in Deutschland gegenüber denen anderer Länder?

Scheithauer: Deutschland braucht sich in der Projektentwicklung kein bisschen verstecken. Es gibt hervorragende Projekte – schaut man sich mal die Projekte in der „Grünen Liste Prävention“ oder die Programme in der Datenbank der Fachgruppe „Gesundheitspsychologie“ der DGPs (www.gesundheitspsychologie.net/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=46&Itemid=88) an. Wo wir hinterherhinken, ist vielmehr der wissenschaftliche Bereich. Die wissenschaftlichen Expertisen werden von den Politikern und Entscheidungsträgern in unserem Land wenig gewürdigt und das, obwohl die Professoren an den Hochschulen mit öffentlichen Geldern bezahlt werden. Da sind andere Länder schon weitaus fortschrittlicher entwickelt. Es klafft eine große Lücke zwischen den wissenschaftlich bereits belegten Erkenntnissen und evaluierten Programmen und der Umsetzung dieses Wissens in der Praxis. International können wir viel von einander lernen.

Locher: Welche Rolle und welche Aufgaben könnten Ihrer Ansicht nach Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in der Mobbing- und Gewaltprävention übernehmen?

Scheithauer: In der Kinder- und Jugendhilfe, in der allgemeinen Gesundheitsvorsorge, im Schulsozialdienst und in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gibt es große Überschneidungsbereiche. Alle Partner sind für eine störungsfreie Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wichtig. An Schulen arbeiten wir im Rahmen von Präventionsprogrammen stets in einem Spannungsfeld. Es gibt immer einige Schüler in einer Klasse, die psychische Auffälligkeiten oder Somatisierungsstörungen zeigen. Für diese rechtzeitig Beratungs- und Therapieangebote anzubieten, kann eine Aufgabe für Psychotherapeuten sein. Wenn Schulpsychologische Dienste heute einen Betreuungsschlüssel von 1:4000 haben, kann die Umsetzung von Beratung und Therapie nicht sichergestellt werden. Deshalb sind Netzwerke wichtig. Im Rahmen von Multi-

plikatorenschulungen könnten Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Schulungen für Lehrkräfte mit psychologischen/beraterischen Anteilen übernehmen. In diesem Kontext könnten die Lehrkräfte auch hinsichtlich ihrer diagnostischen Kompetenz geschult werden. Was sind die Indikationen für bestimmte psychische und Verhaltensstörungen? So könnten möglichst frühzeitig die notwendigen Interventionen eingeleitet werden.

Locher: Welche Aufgaben und Funktionen könnte die Psychotherapeutenkammer hinsichtlich der Weiterentwicklung der Prävention psychischer Störungen übernehmen?

Scheithauer: Die Psychotherapeutenkammer sollte ein wichtiger Player in der Prävention und Präventionspolitik sein. Sie könnte für Psychotherapeuten Weiterbildungsangebote mit präventiven Inhalten entwickeln, sie könnte Schnittstellen organisieren. Vieles passiert in der Prävention parallel, ohne dass die einzelnen Anbieter usw. voneinander wissen – eine Vernetzung wäre somit wichtig. Gegenüber Bundes- oder Landesministerien könnte sie als Sprachrohr fungieren. Und auch in der Ausbildung von Psychotherapeuten könnte sie dafür sorgen, dass das Thema Prävention einen zentraleren und qualitativ höherwertigen Stellenwert erfährt.

Locher: Seit Januar 2013 liegt vom Bundesgesundheitsministerium der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention vor. Es ist der vierte Anlauf für ein Präventionsgesetz. Was halten Sie von einem Präventionsgesetz und was halten Sie von den Inhalten des Referentenentwurfs?

Scheithauer: Man merkt sofort, dass nicht alle an der Prävention Beteiligten an dem Gesetzesentwurf mitgeschrieben haben. Der Referentenentwurf liest sich sehr medizinlastig und sehr stark am Individuum orientiert. Als zuständige und verantwortliche Akteure werden im Entwurf überwiegend die gesetzlichen Krankenkassen bzw. der

GKV-Spitzenverband oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erwähnt. Meines Erachtens fehlen die ganzen ausgewiesenen Fachgremien aus den Wissenschaften oder auch die Sozial- und Wohlfahrtsverbände, die vielfach in die Prävention eingebunden sind.

Der Referentenentwurf beinhaltet jede Menge „Sprengstoff“. Unter den Förderkriterien für Präventionsmaßnahmen wird der „Wirksamkeitsnachweis“ angeführt. An keiner Stelle im Referentenentwurf wird darauf eingegangen, wie dieser Nachweis zu führen ist. Auf die Implementierbarkeit von Präventionsprojekten (wie eingangs schon erwähnt) wird überhaupt nicht geachtet. Die Ziele von Prävention sind unter den Verantwortlichen nicht abgestimmt. Außerdem sollte es keine (zeitliche) Unterscheidung mehr geben nach Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention. Die Unterscheidung der Präventionsansätze sollte vielmehr zielgruppenspezifisch erfolgen: Differenzierung nach universeller, selektiver und indizierter Prävention. Je nach Störung brauchen wir unterschiedliche Theorien und differenzierte Präventionsprogramme, die z.B. berücksichtigen, dass einige Störungen im Rahmen von Interaktionen in bestehenden Gruppen (z.B. Mobbing) entstehen. Da müsste im Referentenentwurf noch gut nachgearbeitet werden.

Locher: Wir danken Ihnen sehr herzlich für das interessante Gespräch und wünschen Ihnen weiterhin viel Erfolg bei Ihrer Arbeit. ■



www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information

Kontakt:

Prof. Dr. phil. Herbert Scheithauer, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, E-Mail: herbert.scheithauer@fu-berlin.de, www.developmental-science.de

Feminisierung des Berufs

Dr. Renate Degner, Vorstand

Für das Thema, zu dem ich anlässlich des Landespsychotherapeutentags 2013 einen Workshop anbot, haben mich vor allem die interpretatorisch eindeutigen Zahlen und zwei nachforschenswerte Thesen inspiriert: In Berlin sind approbierte PsychotherapeutInnen (PP) zu 70,57 % Frauen und 29,43 % Männer; bundesweit finden sich bis zu 80 % Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA) an den Instituten. Da Geschlechterzusammensetzung in meiner Ausbildungszeit anders gewichtet war, scheint es eine sukzessive Zunahme von Frauen in der Ausbildung bzw. dem Beruf zum/zur PP zu geben.

Des Weiteren lag mir eine mittlerweile 10 Jahre alte, groß angelegte Studie von Hohner et.al. vor¹ mit dem Ergebnis: „Männer machen Karriere und Frauen versuchen, Beruf und Familie zu vereinbaren“. – Die Entwicklung in anderen akademischen Berufen (Ärztinnen und Lehrerinnen) besagt, dass die Erhöhung des Frauenanteils zu einem statusmäßigen Downgrading dieses Berufs führt.

Ist dies die Zukunft für PP?

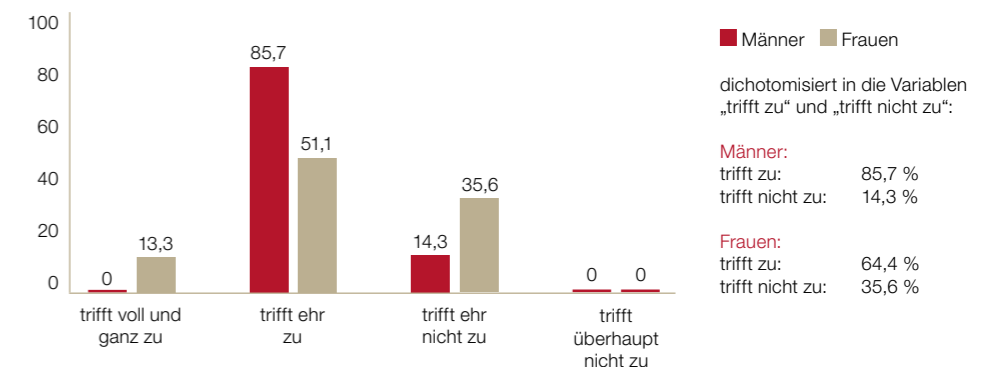
Die von mir (ohne finanzielle Mittel) erstellte kleine Pilotstudie (N = 53) wurde in Kooperation mit Katrin Sauer von der Gesellschaft für Verhaltenstherapie (GfVT) durchgeführt.² Mittels eines halbstandardisierten Fragebogens wurden PiA im Alter von 27 bis 57 Jahren im Raum Niedersachsen befragt. 86,8 % der Befragten waren Frauen und 13,2 % Männer.

Folgende Fragen standen im Fokus: Motivation zum Psychologie-Studium generell und insbesondere zur klinischen Orientierung und Einschätzung der persönlichen Eignung für diesen Beruf.

Was sind wesentliche Eigenschaften, Fähigkeiten und Kompetenzen, die diese Berufswahl bzw. diesen Beruf konstituieren? Was ist besonders attraktiv für Frauen und Männer an der Ausbildung zum PP? Und umgekehrt abgeleitet, was könnte so unattraktiv für Männer sein, dass sie diesen Beruf nicht ergreifen?

Berufswahl PsychotherapeutIn unter dem Aspekt der Feminisierung des Berufs

Mir ist der soziale Satus meines Berufes sehr **wichtig** (geschlechtergetrennte Auswertung).



Quelle: Befragung PTK Berlin, 2013

Sowohl männliche als auch weibliche PiA kreuzten bei der persönlichen Eignung für diesen Beruf die sog. weiblichen Fähigkeiten als zutreffend an: Einfühlsam sein, gerne mit Menschen umgehen, gut zuhören können. Geschlechtsdifferenzierter fielen hingegen zwei Fragen aus: Für Frauen war „Verhalten analysieren“ weniger wichtig als für Männer, bei denen immerhin 57,1% diese Frage mit „voll und ganz zutreffend“ beantworteten, wohingegen Frauen mit in etwa der gleichen Prozentzahl moderater mit „trifft in etwa zu“ antworteten.

Bei den Motivationsfragen war am auffälligsten – bei ansonsten zumeist geschlechterunspezifischen Antwortmustern – die Bedeutung, die einer Vereinbarkeit von Beruf und Familie zukommt: 1/3 der Frauen, jedoch nur 1/7 der Männer hielten diese Vereinbarkeit für wichtig. Die Bedeutung erhöhte sich bei einigen noch im Laufe der langwierigen Ausbildung.

Auch bei der Bedeutung des beruflichen Status zeigt sich, dass die männlichen PiA statusorientierter waren – sowohl in der Antizipation, wie auch in der persönlichen Bedeutung.

Nach Auswertung der Pilotstudie und Diskussion anlässlich des Landespsychotherapeutentags müssten aus meiner Sicht –

insbesondere vor dem Hintergrund der Umgestaltung der Ausbildung (Direktausbildung) – folgende Themen weiter verfolgt werden:

- Die Aufwertung der „weiblichen Fähigkeiten“ durch Professionalisierung und Bezahlung sowie der Wunsch nach „ganzheitlichen Lebenskonzepten“ müsste systematisch, genderspezifisch in Aus- und Weiterbildung implementiert werden – incl. Klischees und sozialer Geschlechterkonstruktion.

- Für Männer könnte die Attraktivität des Berufes etwa dadurch erhöht werden, dass veränderte Zugangsvoraussetzungen den Einstieg ins Studium erleichtern (nicht nur hoher Numerus Clausus) und dass PiA-Status in Kliniken und Ausbildungsdauer nicht das Bild des armen Studenten (frei nach Spitzweg) reproduzieren.

Das Thema „Feminisierung der Heilberufe“ sollte inhaltlich wie fachpolitisch in den unterschiedlichsten Gremien der Psychotherapeutenkammern weiter behandelt werden. ■

¹ Hohner, H.-U. et al: Unterschiede auf dem Weg nach oben, DÄZ/PP 2/2003

² Fragebogen mit Vorgaben und Freitext; 5 qualitative Interviews; 53 TN; 27 – 57 J. ; 86,8 %w, 13,2 %m, zumeist gymnasialer Abschluss. soziologische Daten unauffällig.

Patientenrechtegesetz seit 26.02.2013 in Kraft – ein Kurzüberblick

RAin Dr. Sylvia Ruge, Fachanwältin für Medizinrecht und Justiziarin der PTK Berlin

Mit diesem Gesetz werden der Behandlungsvertrag sowie die Rechte und Pflichten der Patienten und Behandler ausdrücklich gesetzlich geregelt:

1. Behandlungsvertrag (§ 630 a BGB)

Der Behandelnde schuldet die Behandlung, die den allgemeinen fachlichen Standards im Zeitpunkt der Behandlung entspricht, soweit nichts anderes vereinbart ist. Der Patient schuldet die Vergütung, wenn nicht ein Dritter (v. a. gesetzliche Krankenkasse) zur Zahlung verpflichtet ist.

2. Informationspflichten

a) Information zu Beginn der Behandlung und soweit erforderlich im Verlauf der Behandlung **über die für die Behandlung wesentlichen Umstände**, insbesondere über die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.

b) Information über eigene und fremde Behandlungsfehler, wenn für den Behandelnden Umstände erkennbar sind, die einen Behandlungsfehler begründen, und der Patient danach fragt oder dies zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren notwendig ist.

c) Wirtschaftliche Informationspflicht: Wenn der Behandelnde weiß oder hinreichende Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Krankenversicherung die Behand-

lungskosten nicht oder nicht vollständig übernimmt, muss der Patient vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten in Textform informiert werden.

3. Aufklärungspflichten

Der Behandelnde muss den Patienten über **alle für die Einwilligung wesentlichen Umstände** aufklären, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung der Therapie, zu erwartende Folgen und Risiken, Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf Diagnose und Therapie, Behandlungsalternativen. Die Aufklärung muss **mündlich** erfolgen. Unterlagen können nur ergänzend hinzugezogen werden. **Wenn der Patient Unterlagen zur Aufklärung und Einwilligung unterschrieben hat, sind ihm Kopien davon auszuhändigen.**

4. Einwilligung

Der Patient muss vor Beginn der Behandlung in diese einwilligen. Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung ist eine ordnungsgemäße Aufklärung. **Der Behandelnde trägt für die Aufklärung und die Einwilligung die Beweislast.**

5. Dokumentation

Der Behandelnde ist verpflichtet, eine Patientenakte **in Papierform oder elektronisch** zu führen. Berichtigungen oder Änderungen der Dokumentation sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt und Zeitpunkt der Änderung/ Berichtigung erkenn-

bar bleiben. Zu dokumentieren sind sämtliche aus fachlicher Sicht für die Behandlung und eine künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse, insbesondere die Anamnese, Diagnose, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Die Patientenakte muss **10 Jahre aufbewahrt** werden. Unterlässt der Behandelnde die Dokumentation einer fachlich gebotenen wesentlichen Maßnahme und ihr Ergebnis, wird vermutet, dass die Maßnahme nicht vorgenommen worden ist. Diese Vermutung kann von dem Behandelnden widerlegt werden.

6. Einsicht in die Patientenakte

Dem Patienten ist **auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte** zu gewähren. Dazu gehört auch der Bericht an den Gutachter. Der Patient hat **Anspruch auf Herausgabe von Kopien der Patientenakte gegen Erstattung der entstandenen Kopier- und Portokosten.** Die Einsichtnahme kann nur dann teilweise oder vollständig verweigert werden, wenn **erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen.** ¶



Ausführlicher Artikel auf unserer Website unter Rechtliches: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Impressum

Redaktion:

Dorothee Hillenbrand (V.i.S.d.P.), Inge Brombacher, Christiane Erner-Schwab, Dr. Beate Locher, Brigitte Reysen-Kostudis, Harald Schwerdin-Wendlandt, Christoph Stößlein, Dr. Manfred Thielen

Geschäftsstelle:

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

ISSN 2195-5522

Gestaltung:

BBGK Berliner Botschaft Gesellschaft für Kommunikation mbH, Berlin

Quellennachweis:

Seite 1: PTK, Inga Haar, Seite 2: PTK, Seite 3: PTK, Seite 4: Thinkstock, Seite 5: privat