

# Wahl

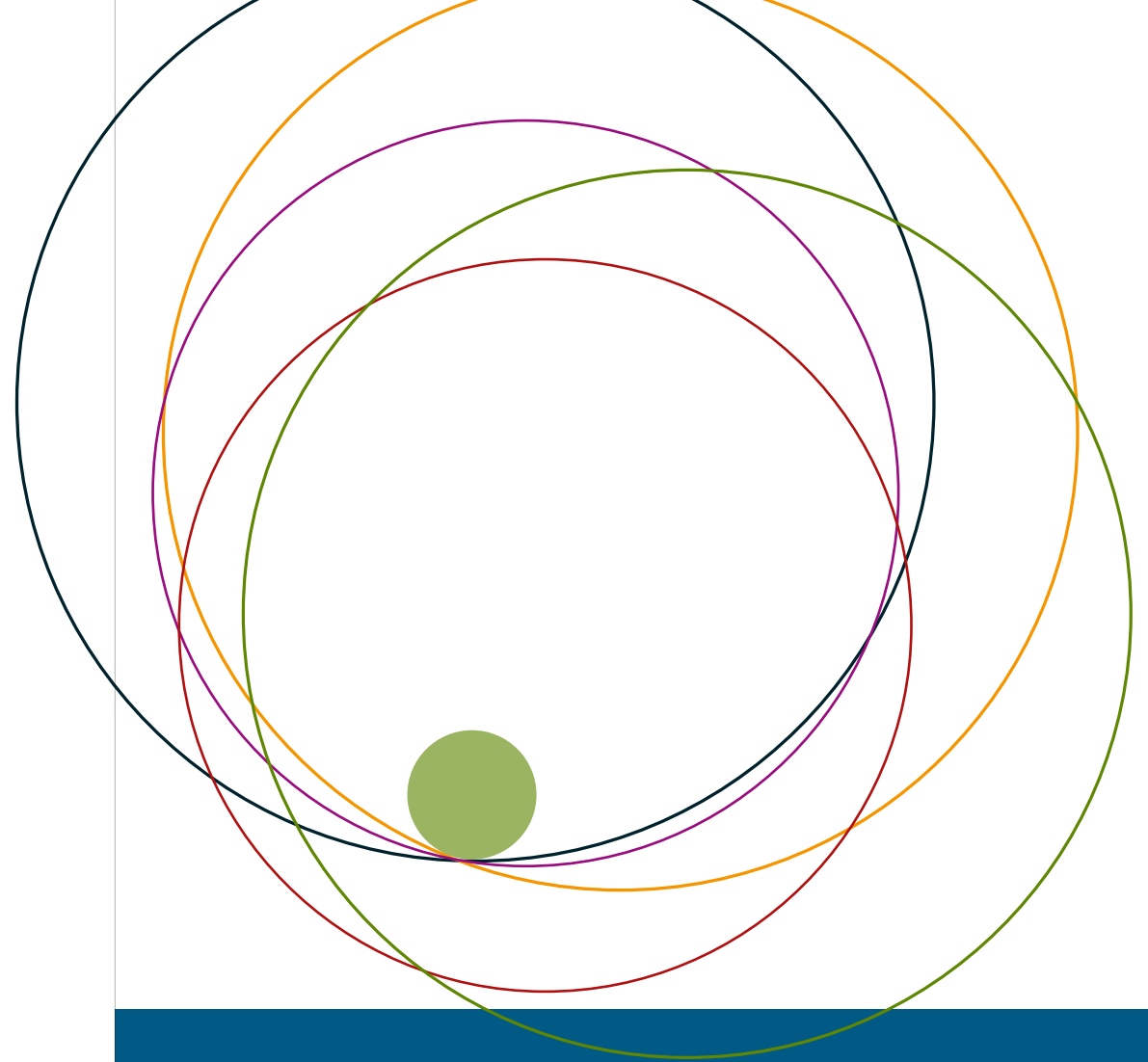
zur Hessischen Landeskammer  
der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten  
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten  
[LPPKJP Hessen]

1. bis 30. Juni 2021

# Liste 5

Psychodynamische Liste PP

*Praxis • Forschung • Ausbildung • niedergelassen • angestellt*



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Juni 2021 findet die fünfte Wahl zur Delegiertenversammlung der Hessischen Landeskammer für Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen statt.

*Es geht um die Zukunft unserer psychodynamischen Verfahren in Aus- und Weiterbildung und der Patientenversorgung*

*Es geht um den Erhalt der Vielfalt der psychotherapeutischen Verfahren in gegenseitiger Anerkennung und deren angemessene Vertretung in der Kammer*

*Um dafür weiterhin eintreten zu können, benötigen wir Ihre Stimmen!*

In den kommenden Jahren werden einschneidende Veränderungen stattfinden. U. a. wird die heutige psychotherapeutische Ausbildung sukzessive durch eine neue Weiterbildung abgelöst, die dafür grundlegenden Weiterbildungsordnungen werden in den jeweiligen Landeskammern verabschiedet. Um die fachlichen Interessen der psychodynamischen Verfahren in diesem Prozess angemessen vertreten zu können, ist deren ausreichende Repräsentanz in der Kammer notwendig.

**Wählen Sie und nehmen Sie Einfluss darauf, wie und mit welcher Zielrichtung die Kammer auf die anstehenden Entscheidungen im fachlichen und gesundheitspolitischen Umfeld einwirken wird.**

**Sie, die Wählerinnen und Wähler gestalten mit Ihren beiden Stimmen die Zukunft der Profession – denn: Wir alle sind die Kammer!**

# Psychotherapie als Herausforderung – Herausforderungen an die Psychotherapie

## Psychodynamische Psychotherapie bedeutet:

- *den ganzen Menschen und nicht nur isolierte Störungen zu behandeln*
- *nach der Geschichte, dem Sinn und der Bedeutung der Symptome zu fragen*
- *die therapeutische Beziehung als zentralen Ort der Veränderung zu verstehen*
- *in einem geschützten und zugleich für Erfahrung und Entwicklung offenen Raum seelische Veränderungsprozesse anzustoßen und begleiten zu können.*

Psychotherapie ist in unserer Sicht eine spezifische zwischenmenschliche Praxis, die auf der Grundlage einer „reflektierten Intersubjektivität“ [Zwiebel 2003] ein Verstehen und Bearbeiten der seelischen Erkrankung ermöglicht. Sie ist ein Prozess, der Zeit braucht für Verstehen und Zeit für eine nachhaltige Behandlung.

Gegenüber einem ausschließlich verobjektivierenden Verständnis von Krankheit erforscht psychodynamisches Denken den subjektiven Sinn der seelischen Erkrankung. Wir behandeln keine isolierten Störungen, sondern Menschen, die Hilfe in einer existentiellen Lebenskrise suchen. Vor dem Hintergrund der individuellen lebensgeschichtlichen, biologischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Kontexte, mithin in den jeweiligen Lebensbezügen, kann die „Störung“ gemeinsam mit dem Patienten tiefgreifender verstanden werden. Dies ermöglicht dem Patienten, neue Lösungen für seine Konflikte zu entwickeln. „Psychotherapie bedeutet Suche nach Sinn“ verweist in diesem Zusammenhang auf die vielleicht grundlegendste Haltung innerhalb eines psychodynamischen Verständnisses von seelischer Erkrankung: wie ich-fremd, unverständlich oder auch „ver-rückt“ – Leiden verursachend eine Symptomatik auch sein mag. Sie ist seelisch auch immer ein Bewältigungsversuch – dessen Sinn wir auf die Spur kommen können, um damit neue Räume zu eröffnen. Dies impliziert aus unserer Sicht eine humanistische Haltung der gegenseitigen Anerkennung und des Respekts – an Stelle von Ausgrenzung und Stigmatisierung.

Wesentliche Agens sind das Gespräch und die therapeutische Beziehung. In der therapeutischen Beziehung bilden sich die zentralen Probleme und Konflikte ab, dort können sie erlebt, verstanden und bearbeitet werden. Dabei sind auch wir als Psychotherapeut\*innen herausgefordert: die therapeutische Begegnung, die Bearbeitung der Leiden der Patient\*innen innerhalb der psychotherapeutischen Beziehung stellen Anforderungen, für die wir eine gute Ausbildung, eine Verankerung in Theorie, Selbsterfahrung, Supervision und Austausch mit Kolleg\*innen brauchen, um diesen Stand zu halten.

## Der Rahmen als konstituierendes Element psychotherapeutischer Heilkunde

Die Gestaltung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, die in einer Situation der Hilfsbedürftigkeit die größtmögliche Offenheit vom Patienten verlangt, erfordert für beide – Therapeut und Patient – einen *sicheren Rahmen*. Schutz und Halt gebend ermöglicht dieser ein Sich-Einlassen auf einen therapeutischen Prozess mit all seinen Herausforderungen und Unwägbarkeiten.

*Zu diesem Rahmen gehören aus unserer Sicht:*

*Psychotherapie findet im persönlichen Kontakt statt:* der zwischenleibliche face-to-face Kontakt ist ein zentrales Element der psychotherapeutischen Beziehung. Zunehmend politisch geförderte digitale „Fernbehandlungsangebote“ können diesen nicht ersetzen, nur ggfs. ergänzen. Auch wenn diese – gerade aktuell in Zeiten der Pandemie – einen großen Aufschwung erfahren haben und hilfreich sind, um Behandlungen auch in Krisenzeiten fortsetzen zu können, *fordert die Psychodynamische Liste eine kritische Reflexion des Umgangs mit digitalen Formaten sowie eine ausreichende Qualitätssicherung derartiger Angebote.*

*Abstinenz* verstehen wir als ethischen, Grenzen setzenden Rahmen der Psychotherapie – ebenso als therapeutische Haltung. Als gemeinsame Orientierung von Therapeut und Patient stellt sie die Grundlage für den psychotherapeutischen Prozess und schützt diesen. Diese Grundsätze gelten nicht nur für Psychotherapien, sondern auch für Selbsterfahrung, insbesondere in der abhängigen Situation der Aus- und Weiterbildung. Hier – wie auch in der Psychotherapie – verbietet sich eine Vermischung mit gleichzeitig bestehenden privaten Beziehungen, wirtschaftlichen, dienstlichen oder sonstigen Abhängigkeitsverhältnissen.

*Aus diesem Grund hat sich die psychodynamische Liste innerhalb der LPPKJP erfolgreich für einen Schutz der Vertraulichkeit der Selbsterfahrung in der Ausbildung in der hessischen Berufsordnung eingesetzt. Diesen Schutz fordern wir ebenso für das Modul „Selbstreflexion“ im anvisierten Psychotherapiestudium. Auch hier muss die Schweigepflicht gesichert sein und ausgeschlossen werden, dass Selbsterfahrungsleiter z.B. gleichzeitig Prüfer im Studium sind.*

**Schweigepflicht und Datenschutz:** Der Offenheit auf Seiten des Patienten entspricht die absolute Notwendigkeit der [Zu-]Sicherung von Diskretion auf Seiten des Therapeuten. Mitglieder der Psychodynamischen Liste haben sich wiederholt auf unterschiedlichen Ebenen für diesen Schutz engagiert, der sowohl durch staatliche Eingriffe als auch durch digitale Innovationen in Frage gestellt wird. So hat Jürgen Hardt, Mitbegründer der Psychodynamischen Liste und Gründungspräsident der LPPKJP gemeinsam mit anderen eine Verfassungsbeschwerde gegen die Novellierung des BKA-Gesetzes eingereicht. Die Beschwerde konnte erfolgreich die Notwendigkeit eines Schutzes des „Kernbereichs privater Lebensführung“ verdeutlichen, der in der Psychotherapie offengelegt wird und damit betroffen ist. *Mit Hilfe des Engagements der Psychodynamischen Liste fanden auch die Persönlichkeitsrechte des Behandlers als abzuwägendes, schutzwürdiges Interesse hinsichtlich des Einsichtsrechts des Patienten in die Dokumentation ihren Niederschlag in der hessischen Berufsordnung. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen birgt weiterhin aus unserer Sicht massive Risiken, bisher kann niemand einen sicheren Schutz derart sensibler Daten garantieren. Die Ausübung von psychotherapeutischer Heilkunde ist an die Anwendung wissenschaftlich anerkannter Verfahren gebunden.* Diese ermöglichen nicht nur als äußerer Rahmen oder theoretischer Hintergrund, sondern auch als verinnerlichter Rahmen eine systematische Reflexion des Geschehens innerhalb der Therapie. In einer hochgradig individuellen Dynamik der therapeutischen Begegnung bilden die Therapieverfahren den Hintergrund zur Einschätzung des Prozessverlaufes – insbesondere in therapeutischen Krisen, aber nicht nur da. Die Psychodynamischen Listen wenden sich dezidiert gegen eine mechanische Anwendung modular vorgegebener störungsspezifischer Interventionen – die aus unserer Sicht weder der Komplexität psychischen Leidens, psychotherapeutischer Prozesse, noch der bisher hohen Qualität psychotherapeutischer Heilkunde gerecht werden. *Aus diesem Grund setzen wir uns für den Erhalt der wissenschaftlich anerkannten Verfahren ein, wie er in der gesetzlichen „Legaldefinition“ (definiert, was ist Psychotherapie) enthalten ist, sowohl im Psychotherapiestudium durch die Lehre aller wissenschaftlich anerkannter Verfahren durch qualifizierte Lehrende [d.h. mit jeweiliger Fachkunde], als auch in den neuen Weiterbildungsgängen.*

**Ökonomisierung des Gesundheitswesens – eine ethische Herausforderung an die Profession:** Der Prozess der Ökonomisierung hat den Gesundheitsbereich erfasst und bestimmt zunehmend die Rahmenbedingungen unserer Arbeit. Die Folgen werden für uns auf verschiedenen Ebenen spürbar. Eine ganzheitliche, soziale, und gesellschaftliche Aspekte einbeziehende Auffassung von Erkrankung und seelischem Leid gerät immer stärker ins Hintertreffen. Als Folge der Ökonomisierung in der Medizin werden auch therapeutische Prozesse in Zweck-Mittel-Relationen, als technisch planbar, standardisierbar und auf Effektivität und Qualität überprüfbar konzipiert. Die dominierende quantitativ-empiristische Wissenschaftsauffassung ergänzt und verstärkt ein derartiges zweckrationales und technokratisches Denken.

In der bundesdeutschen Gesundheitspolitik wurde Kostendämpfung zum vordringlichen Ziel, dem eine Flut von Gesetzen dienen, verbunden mit zunehmenden staatlichen Eingriffen in die Strukturen des Gesundheitswesens, damit auch in die ursprünglich Ärzten/Psychotherapeuten

als Heilkundler zugestandene Selbstverwaltung als Angehörige „Freier Berufe“. Zur Autonomie freier Berufe gehört die Ausrichtung der Tätigkeit an fachlichen Standards, sich daraus ergebenden ethischen Richtlinien, die als konkrete Handlungsmaßstäbe ihren Niederschlag in der Berufsordnung finden.

Die externe Einflussnahme auf den therapeutischen Prozess (wie bspw. über finanzielle Anreize für „schnelle“ Behandlungen) führt zu einer ökonomischen Überformung therapeutischer Entscheidungen. Die Logik und Ethik der Heilkunde wird von fremden Bereichs-Logiken durchdrungen, Denkansätze, die mit einem therapeutischen Ethos im Widerstreit liegen.

*„Aber nach wie vor kommen leidende Menschen zum Arzt oder psychologischen Psychotherapeuten, weil sie alleine nicht zurechtkommen. Sie sind mit ihrem Laienverständnis am Ende, auch wenn sie gehalten / verführt sind, sich umfassend zu informieren, sei es über ihre Krankheit, Behandlungsformen oder die Qualifikation derer, die sie aufsuchen. Sie suchen jemandem, dem sie sich anvertrauen können, auch ohne Ratings zu befragen. In ihrer Not möchten sie sich jemandem überlassen, weil sie selbst nicht weiterwissen. So entsteht eine dichte, zugleich diskrete Behandlungsbeziehung, die einen hohen therapeutischen Wert hat. [...] So kommt der therapeutische Akteur fortwährend in moralische Dilemmata, muss entscheiden, ob er der Ethik seines Berufes gehorcht oder den Vorgaben eines Gesundheitsversorgungssystems, das administrativer und ökonomischer Logik folgt. Die Kammern haben von der Gesellschaft die Aufgabe übertragen bekommen, die Aufsicht über ihre Angehörigen zu übernehmen und dafür Sorge zu leisten, dass diese der Ethik des Berufes [Berufsordnung] folgen. Wenn die politisch verordneten Rahmenbedingungen der Berufstätigkeit in die Praxis eindringen und mit ihren Vorgaben, moralische Dilemmata erzeugen, sind die Kammern gefordert, zum Schutz des einzelnen Akteurs, die ethischen Konflikte zur Kenntnis zu nehmen und sich politisch dafür einzusetzen, dass die Autonomie therapeutischen Handelns wieder hergestellt wird.“<sup>(1)</sup>*



**Wir brauchen für unsere Arbeit Rahmenbedingungen, die die Erfordernisse der psychotherapeutischen Situation anerkennen, schützen und fördern – nach innen und nach außen!**

<sup>(1)</sup> Hardt, J. (2019): Ökonomisierung des Gesundheitswesens – ein moralisches Dilemma oder eine ethische Herausforderung?

## Aktuelle Kammerpolitik

Die Landesammer für Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen ist die berufsständische Vertretung von derzeit ca. 4.670 PP und KJP, die in Hessen arbeiten. Darüber hinaus sind ca. 1.260 Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung Pflicht-Mitglieder der Kammer.

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts vertritt die Kammer die beruflichen Interessen ihrer Mitglieder. Zu ihren Aufgaben gehört weiterhin die Regelung der Berufsausübung – z. B. in der Formulierung verbindlicher Grundsätze in der Berufsordnung, in der Fort- und Weiterbildung - und damit auch die Sicherung der Qualität von Psychotherapie im Gesundheitswesen. In ihrer Aufsichtsfunktion überwacht die Kammer die Erfüllung von Berufspflichten, ist Anlaufstelle für Beschwerden und Streitschlichtungen und trägt Sorge um das Ansehen des Berufsstandes in der Öffentlichkeit.

Zum *Profil* der Kammer gehört (Homepage Kammer 2/2021): *Demokratie – Identität – Ansehen – Kooperation*. D. h. in einem demokratischen Prozess gewählte Berufsvertreter entwickeln berufliche Ordnungen, „nach fachlichen Qualitätsstandards, die im Konsens der Berufsbeteiligten entwickelt werden“. Angesichts der Zersplitterung innerhalb des Berufes, bietet sie die Chance, „in gemeinsamer Arbeit zueinander zu finden und eine gemeinsame Identität zu entwickeln.“ Dazu gehört auch die *Kooperation* unterschiedlicher Grundberufe innerhalb des gemeinsamen Fachgebiets Psychotherapie. Dies fördert das *Ansehen* und damit „die *Etablierung des Berufsstandes in der Öffentlichkeit*“.

Die Delegiertenversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Hessen hat 2005 *Grundsätze der Kammerarbeit* beschlossen, festgehalten im sog. „*Geisenheimer Manifest*“. Dazu gehört die *Förderung von Pluralität* – „die Kammer repräsentiert eine Vielfalt von unterschiedlichen Zugangs- und Verstehensweisen menschlichen Lebens“. Dies erfordert die Kultur eines entsprechenden Miteinanders, offenen Diskurses nach innen, untereinander – und nach außen. Dazu gehört auch die „*Akzeptanz* der auf unterschiedlichen Menschenbildern gründenden Verschiedenheit wissenschaftlicher psychotherapeutischer Traditionen und Verfahren und nicht zuletzt auch die Akzeptanz und Förderung unterschiedlicher Forschungsstrategien“. Weiterhin gehört zu diesem Selbstverständnis *gesellschaftspolitisches Engagement*.

Mit Sorge sehen wir in der aktuellen Kammerpolitik von Seiten der Vorstandscoalition eine Tendenz zur Auflösung des Respekts für unterschiedliche therapeutische Zugänge zum Seelischen, der damit verbundenen Mühe einer Übersetzungsarbeit und Suche nach einem fachlichen Konsens.



Die psychodynamische Liste arbeitet seit ihrer Gründung im Sinne der oben genannten Kammer-Grundsätze. Grundlage unserer Arbeit ist die Anerkennung der Vielfalt der Menschenbilder und Schulen im psychotherapeutischen Handeln, die es als Gewinn einer pluralen und demokratischen Gesellschaft zu erhalten gilt.

### Wir treten ein für:

- Die gegenseitige Akzeptanz und den Erhalt der Verfahrensvielfalt, im Hinblick auf Gestaltung der Lehre, Aus- und Weiterbildung und Versorgung der Patienten. Die Komplexität psychischer Entwicklung und deren Störung erfordert auch in Zukunft die Sicherung eines differenzierten ambulanten und stationären Psychotherapieangebots.
- Die Berufsausübung regelnde Gesetze und Ordnungen müssen in einem Konsens gestaltet werden, der divergierende Anforderungen unterschiedlicher psychotherapeutischer Ausrichtungen berücksichtigt.
- Eine Stärkung der Ausschüsse der Kammer als Gremien der Delegiertenversammlung. Diese sind verpflichtet, in der gemeinsamen, fraktionsübergreifenden sachlich-inhaltlichen Arbeit einen tragfähigen Konsens hinsichtlich wesentlicher berufsrelevanter Regelungen zu finden. Sie dürfen nicht auf Ausführungs- und Bestätigungsorgane des Vorstandes reduziert werden.
- Den Respekt und die Anerkennung der Expertise beider Heilberufe – PP und KJP. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie kann kein Anhängsel an die Psychotherapie Erwachsener sein – sie erfordert eigene Konzepte und eine eigene, hohe Qualifizierung.
- Für eine Kooperation mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen im Sinne des gemeinsamen Fachgebiets Psychotherapie. Unterschiedliche akademische Zugangswege zur Psychotherapie sind eine Bereicherung. In diesem Sinne wenden wir uns gegen jede Vereinnahmung, Tendenz zur ausschließlichen Aneignung der Psychotherapie durch eine Berufsgruppe. „Die Psychotherapie gehört niemandem!“

# Die Situation in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

**Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinien – „Versorgung“ versus Behandlung:** Die Psychotherapie-Richtlinien bilden einen grundlegenden Rahmen für unsere Arbeit. Die derzeitige Welle von Veränderungen – zentrale Vermittlung durch Termin-Service-Stellen, Sprechstunden, Akuttherapie, Förderung von Gruppen-Psychotherapie, Förderung von Kurzzeit-Therapien, Einführung von Video-Sprechstunden, erweiterte Befugnisse für Psychologische Psychotherapeuten eröffnen einerseits neue Möglichkeiten. Sie scheinen uns jedoch andererseits vorrangig politisch angetrieben von wirtschaftlichen Erwägungen, einer möglichst „kostenneutralen Verbesserung der Versorgung“ – unter ungenügender Berücksichtigung fachlich heilkundlicher Kriterien. „Versorgung“ geht dann auf Kosten von Behandlung, wenn exzessive Sprechstundenzeiten zwar für Patienten eine Verringerung der Wartezeit für erste Kontakte ermöglichen, gleichzeitig diese Zeiten jedoch für Behandlungsstunden verloren gehen. Der Patient bekommt vielleicht eine erste Orientierung; ohne verfügbaren Behandlungsplatz wird er sich jedoch erneut auf die Suche begeben müssen und damit eine Odyssee fortsetzen, die vielen Therapie-Gesuchen voraus geht. Die zentrale Vermittlung von probatorischen Sitzungen ist in diesem Zusammenhang aus fachlicher Sicht zweifelhaft, Fragen der Passung zwischen Patient und Therapeut, sowohl hinsichtlich des Verfahrens als auch persönlich, bleiben gänzlich unberücksichtigt.

Das verabschiedete Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung beinhaltet weitere gravierende Eingriffe in die ambulante Behandlung.

- Die Durchführung von Gruppentherapien soll durch bessere Honorierung und Wegfall des Gutachterverfahrens gefördert werden. Die Förderung von Gruppenpsychotherapie ist grundsätzlich zu begrüßen. Sie kann jedoch nicht gesundheitspolitisch als Auffangbecken für Versorgungslücken dienen, aus therapeutischer Perspektive folgt die Anwendung von Gruppenpsychotherapie zuvorderst fachlichen Kriterien der Indikation für den jeweiligen Patienten.
- Zusätzlich werden aktuell die ersten zehn Stunden einer Kurzzeittherapie mit einem Honoraraufschlag von 15% vergütet, verbunden mit der nicht belegten Unterstellung von „unnötig langen Therapiedauern“, denen damit entgegengewirkt werden sollte. Diese Regelungen sehen wir als ethisch fragwürdig. Durch höhere Honorare werden pekuniäre Anreize geschaffen, möglichst viele Patienten möglichst kurz zu behandeln, was der offiziell geäußerten Intention widerspricht, die Versorgung von Patienten mit schweren, chronischen Erkrankungen zu verbessern.

- Im Gesetz wurde weiterhin festgelegt, neue Modelle der Qualitätssicherung zu erarbeiten, als Alternative zu dem dann entfallenden Gutachterverfahren. Die anvisierte Ablösung des Gutachterverfahrens schafft parallel massive Unwägbarkeiten: mit dem Wegfall des Gutachterverfahrens entfällt die damit verbundene Vorabwirtschaftlichkeitsprüfung bezüglich der bewilligten Behandlungskontingente, die vor nachträglichen Regressforderungen schützt. Damit droht jeder Langzeitbehandlung der sichere Rahmen entzogen zu werden, auf den sie basal angewiesen ist. Auch wenn das Gutachterverfahren mit Aufwand verbunden ist, so ist es doch eine Art der Qualitätssicherung, die methodisch am Gegenstand orientiert ist, und damit aus unserer Sicht sinnvoll als Methode der Prüfung, auch für den Behandler hilfreich zur Konzeptualisierung der Behandlung zu Beginn und im Verlauf.

In einer ökonomischen Logik des „Wettbewerbs“ als regulierendem Faktor steht ein aktuelles Gesetzes-Vorhaben, das Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz (GVWG). In einer neuen Richtlinie sollen sogenannten Qualitätsindikatoren festgelegt werden, die als Maßstäbe öffentliche einrichtungsbezogene Vergleiche der Leistungserbringer ermöglichen sollen, auch der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeut\*innen. Dies soll der „Förderung der Transparenz und Sicherung der Qualität der Versorgung“ dienen. Auch wenn Transparenz und Qualität in der Versorgung grundsätzlich zu begrüßen sind, entspricht dieses Vorhaben keinesfalls der Realität psychotherapeutischer Behandlungsprozesse. Die hohe Diversität der Störungsbilder, die Vielzahl komplexer Einflussfaktoren auf den Behandlungsverlauf und kleine Fallzahlen lassen keine statistisch zuverlässigen Aussagen über die Qualität einer Praxis zu, die in der Erhebung von Routinedaten erfasst werden könnten. Statt der Verbesserung der Versorgung drohen derartige Praxiskontrollen eher die Versorgung zu beeinträchtigen. Ein Praxisranking kann zu Selektionsprozessen führen hin zu Patient\*innen mit besserer Prognose und ginge zu Lasten der Behandlung schwerer und schwierig zu behandelnder psychischer Erkrankungen.

## Wir fordern:

- Jede Gesetzesänderung/Neuerung muss sich zentral an fachlich-inhaltlichen Kriterien zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung orientieren, ökonomische Erwägungen dürfen diese nicht in Frage stellen.
- Maßnahmen der Qualitätssicherung müssen den Anforderungen der psychotherapeutischen Behandlung Rechnung tragen. Sie dürfen den psychotherapeutischen Prozess nicht stören. Sie müssen ausschließlich der Verbesserung der Behandlungsqualität dienen und nicht vorrangig der Kontrolle und Restriktion ambulanter Behandlungsangebote. Sie müssen der breiten Varianz von Störungskonstellationen und Behandlungsverläufen Rechnung tragen, den Schutz hochsensibler Patientendaten gewährleisten, und sie dürfen den sicheren und geschützten Rahmen nicht gefährden. Ein sicherer Behandlungsrahmen ist die Voraussetzung dafür, dass auch schwer erkrankte Patient\*innen mit instabilem Behandlungsverlauf im notwendigen Umfang Zugang zur Behandlung finden können.
- Einbeziehung der Profession in die Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, Transparenz, Begrenzung des bürokratischen Aufwandes und Finanzierung.

## Zur Situation der Angestellten PP und KJP

*Eine qualifizierte psychotherapeutische Tätigkeit in Institutionen – psychiatrischen Kliniken und Ambulanzen, Reha-Einrichtungen, Beratungsstellen – erfordert besondere fachliche Kompetenzen, die anerkannt und honoriert werden sollten.* In diesem Zusammenhang gab es in den letzten Jahren kleine Verbesserungen, gleichwohl ist die Situation der angestellten PP und KJP immer noch gekennzeichnet von Ökonomisierungsdruck, Bürokratisierung, der Verkürzung von Verweil- und Behandlungsdauern von Patient\*innen in Psychiatrien und Rehabilitation, einem Abbau von Stellen mit psychotherapeutischer Kompetenz in Beratungsstellen. Zuletzt erschwerte die Corona-Pandemie die Arbeit in den Institutionen durch die Umsetzung von Hygienekonzepten seitens der Träger, die u.a. zur Verringerung von Aufnahmekapazitäten, Verkleinerung von Gruppen, in einigen Fällen auch zum Verbot jedweden direkten Patientenkontakts führten. Um den psychischen Folgen der Pandemie Rechnung zu tragen, ebenso grundsätzlich halten wir weiterhin eine gute, insbesondere natürlich ausreichend finanzierte institutionelle Versorgung für dringend notwendig.

Verbessert hat sich die *Vergütung* der angestellten PP auf Facharztstandard (TVöD 14), dennoch gibt es immer noch viel zu wenige *Psychotherapeut\*innen in Leitungsfunktionen*. Hier fordern wir, psychotherapeutische Kompetenz durch direkte Übertragung von Leitungsverantwortung stärker einzubeziehen. Unter diesen Umständen wird auch eine Beteiligung von PP an Hintergrunddiensten, primär zur Stützung der Teams, diskutiert.

In diesem Zusammenhang ist auch die Frage der *Weiterbildungsbefugnis* in der neuen Weiterbildungsordnung nach dem Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz zu sehen. Die Weiterbildung sollte in enger Kooperation mit den Ärzten erfolgen, perspektivisch ist eine wechselseitige Anerkennung von Teilen der Weiterbildungsbefugnis anzustreben. Wir fordern eine fachkundige Anleitung auch und gerade der sich psychodynamisch weiterbildenden „PtWs“ (Psychotherapeuten in Weiterbildung) im stationären klinischen Weiterbildungsraum. Dies erfordert seitens der Träger eine Finanzierung entsprechender PP-Stellen. Wir begrüßen die gesetzlich festgelegte Weiterbildungszeit im stationären Bereich, die nunmehr zu erfolgende Honorierung der PiAs mit € 1000/Monat und der zukünftigen PtWs mit angedachtem mindestens TVöD 13. *Dazu wünschen wir eine enge Kooperation mit den Ausbildungsinstituten, die eine „Lotsenfunktion“ in der therapeutischen Weiterbildung übernehmen sollten.*

Kritisch betrachten wir die in letzter Zeit zunehmende Gründung psychotherapeutischer *MVZs*, somit eine neue Form der Angestelltentätigkeit, die insbes. von neuapprobierten Kolleg\*innen oder als Wiedereinstieg nach Elternzeit genutzt wird – oftmals ist deren rechtliche und finanzielle Situation schwierig. Wir meinen, dass MVZs nicht unbegrenzt wachsen sollten. *Auch in MVZs sollte darauf geachtet werden, dass an Angestelltentarifen orientierte, gerechte Verträge (z.B. mit Lohnfortzahlung im Krankheitsfall) geschlossen werden.*

Die Mitglieder der *Psychodynamischen Liste* setzen sich weiterhin engagiert für die Belange der angestellten PP und KJP ein. Mit unserem psychodynamischen Verständnis von psychischer Erkrankung wie auch psychotherapeutischer Behandlung wenden wir uns grundsätzlich gegen eine einseitige Propagierung evidenzbasierter Methodik, Manualisierung und schematischer Anwendung von Leitlinien. *Wir setzen auch in Institutionen, im Kontakt mit Patienten wie auch in der konstruktiven Auseinandersetzung in Teams, den Fokus auf die Beziehung.*

### Wir setzen uns konkret ein für:

- eine der hohen fachlichen Kompetenz der angestellten Psychotherapeut\*innen angemessene Vergütung.
- eine fundierte Weiterbildung im stationären und institutionellen Bereich mit einer ausreichenden Anzahl angemessen vergüteter Stellen in Kooperation mit den Ausbildungsinstituten.
- die Anerkennung psychotherapeutischer Kompetenz auch in Leitungsverantwortung.
- an TVöD orientierte Verträge für die Anstellung in MVZs.

## Das Projekt Weiterbildung als Herausforderung – Fachgesellschaften und Institute in neuer Rolle

Das zum 01. September 2020 in Kraft getretene *Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz* ermöglicht für die Absolvent\*innen der neuen *Masterstudiengänge „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ eine Approbation zum/zur Psychotherapeut\*in*. Derzeit wird davon ausgegangen, dass die meisten Masterstudiengänge „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ im WS 2021/22 beginnen und eine Approbation dann frühestens 2 Jahre später erfolgen kann. Damit kann zukünftig die heilkundliche Erlaubnis bereits am Ende des Studiums erworben werden.

Bei der vorhandenen *Ausrichtung der Klinischen Psychologie* an den Universitäten ist – entgegen den Intentionen des reformierten Ausbildungsgesetzes – allerdings zu befürchten, dass die Vermittlung von Kenntnissen und Kompetenzen in Tiefenpsychologisch Fundierter, Analytischer und Systemischer Psychotherapie im Studium fast ausschließlich von Dozent\*innen mit Fachkunde in Verhaltenstherapie durchgeführt wird. Dies erscheint unsachgemäß und inakzeptabel.

*Wir sehen eine Qualifikation des Lehrpersonals an den Universitäten in den unterschiedlichen wissenschaftlich anerkannten Verfahren als unumgänglich für die Erreichung der im Gesetz und der ApprO genannten Studienziele,*

- *um eine qualifizierte Vermittlung von Kenntnissen und Kompetenzen in allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren auf gleichem Niveau zu gewährleisten.*
- *um jedem wissenschaftlich anerkannten Verfahren Chancen zu geben, sich wissenschaftlich weiterzuentwickeln und universitäre Forschung zu betreiben sowie um jedem wissenschaftlich anerkannten Verfahren Chancen zu geben, auch wissenschaftlich qualifizierten Nachwuchs hervorzubringen.*
- *um eine differenzierte psychotherapeutische Versorgung der Patienten auch für die Zukunft zu sichern.*

Im Anschluss an die Approbation soll eine 5-jährige *verfahrens- und altersbezogene fach-psychotherapeutische Weiterbildung* im stationären und ambulanten Bereich erfolgen, deren Abschluss zum Erwerb der *Fachkunde und zur Zulassung zur Abrechnung in der GKV* befähigt. Noch sind viele dieser neu zu treffenden Regelungen im Fluss; mit den ersten Weiterbildungsteilnehmer\*innen ist frühestens ab Herbst 2023/Anfang 2024 zu rechnen. Diese in Angestellten-tätigkeit bezahlte Weiterqualifizierung wird an den neuen anerkannten Weiterbildungsstätten/Kliniken/Instituten absolviert. Für die nach altem Recht Studierenden und Ausbildungsteilnehmer\*innen (PIA) werden die bisher bestehenden Ausbildungsgänge und -regulieren fortgeführt werden. Bis 2032 (in Ausnahmefällen 2035) sollten alle Studierenden/PIA ihre Ausbildungen nach den Regelungen des „alten“ PsychThG zur Approbation/Fachkunde beendet haben.

Die Psychodynamische Liste unterstützt die bisherigen Überlegungen auf Bundesebene, in einer *Muster-Weiterbildungsordnung die Weiterbildung über einen Zeitraum von fünf Jahren* zu planen, wobei mind. zwei Jahre *stationäre* und mind. zwei Jahre *ambulante* Weiterbildungsabschnitte abgeleistet werden müssen. Zusätzlich soll fakultativ die Möglichkeit geschaffen werden, auch im sog. „*institutionellen Bereich*“ (Einrichtungen der Familienberatung, Jugendhilfe, Suchthilfe etc.) spezielle psychotherapeutische Kompetenzen zu erwerben, da dieser Bereich bisher systematisch von der dringend notwendigen therapeutischen Qualifizierung ausgeschlossen wurde. Zudem soll in allen Weiterbildungsgängen eine *verpflichtende Weiterbildung in Gruppenpsychotherapie* erfolgen. Damit ist eine vergleichbare Qualifikation zu den verschiedenen Facharzt-Weiterbildungen in Psychosomatik oder Psychiatrie und Psychotherapie gegeben, die dann auch die spätere Position und Honorierung der Absolvent\*innen betrifft. Es wird aktuell darüber nachgedacht, wie im Rahmen der Weiterbildung eine *wissenschaftliche Qualifizierung* mit entsprechender heilkundlicher Orientierung gefördert werden könnte.



Entscheidend wird sein, dass sich die bisherigen Ausbildungs-Institute in der künftigen tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Weiterbildung engagieren und die hohe Qualität der Ausbildung auch für die künftige Weiterbildung erhalten.

In diesem Kontext fordert die Psychodynamische Liste eine dem jeweiligen Verfahren *angemessene Gegenfinanzierung*, die auch die Kostenübernahme für Supervision und zumindest Teile der Selbsterfahrung beinhaltet. Die Psychodynamische Liste setzt sich weiter dafür ein, dass auch in Zukunft die *analytisch begründeten* Verfahren (Fachkunde in Tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie) parallel gelehrt werden können, damit die Absolvent\*innen dann mit beiden Fachkunden an der Krankenversicherung teilnehmen können.

Ebenso fordert die Psychodynamische Liste, dass die *Institute* in der künftigen Weiterbildung eine *koordinierende Funktion* übernehmen. Dies ist notwendig, um die Verschränkung der stationären und ambulanten Weiterbildungsabschnitte zu erhalten und die *curriculare Verbindung* der Selbsterfahrung, der theoretischen, behandlungstechnischen und supervisorischen Angebote zu gewährleisten. Für die Übergangszeit sollte es zwischen den verschiedenen Gruppen von Aus- und Weiterbildungsteilnehmer\*innen eine möglichst gute Kooperation geben. Dazu sind Institutsstrukturen mit klarer organisatorischer *Repräsentanz und Mitsprache der Weiterbildungsteilnehmer\*innen* sinnvoll.

*In ihren politischen Bemühungen hält die Psychodynamische Liste auch in Zukunft an der zentralen Verfahrensbindung der Psychotherapie fest. Nur die verfahrensorientierte Psychotherapie verfügt über evidenzbasierte wissenschaftliche Wirksamkeitsprüfungen. Die verpflichtend bezahlte Weiterbildung kann nicht mit Hinweis auf das künftig spezialisierte Studium verkürzt werden. Verstanden als Prozess des Lernens aus Erfahrung in der Praxis muss diese auch in Zukunft mit der dafür notwendigen Zeit und mit einer guten fachlichen Qualifizierung in der Breite der Krankheitsbilder wie in der angemessenen Vertiefung eines Psychotherapieverfahrens erfolgen können.*

### Wir setzen uns ein:

- Für eine den jeweiligen Verfahren angemessene Gegenfinanzierung der Weiterbildung.
- Für die Einrichtung einer koordinierenden Funktion der Institute für die gesamte curriculare Gestaltung der Weiterbildung.
- Für die Erhaltung der hohen fachlichen Qualität der Ausbildungen auch in der künftigen Weiterbildung.

## Digitalisierung in der Medizin – Gläserne Akteure?

In 2012 wurde mit dem GKV Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) der Paradigmenwechsel zu einem digital vernetzten Gesundheitswesen eingeleitet. Es folgten zahlreiche weitere Reformen zur Förderung der „Telemedizin“. Pfeilschnelle Datenautobahnen sollten Praxen, Krankenhäuser und Apotheken miteinander vernetzen. Prozesse sollten optimiert, statistische Gesundheitsdaten erhoben, Wirtschaftlichkeit und Transparenz erhöht werden, um die medizinische Versorgung zu verbessern. Auch Kosten sollten eingespart werden. Einer der Versorgungs-Beschleuniger sind die Terminservicestellen, die versprechen, für GKV-Versicherte Arzttermine zeitnah zu vermitteln. Für die Digitalisierung der Kommunikationsstrukturen wurden ca. 145.000 Arztpraxen und Kliniken an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen. Für Hard- und Software wie Computer, Konnektoren, Kartenlesegeräte, Medizin-Apps u.s.w. zahlten die gesetzlichen Krankenkassen schätzungsweise mind. 400 Millionen Euro. Auf eine Anfrage gibt der GKV Spitzenverband an, von 2008–2019 insgesamt 2,29 Milliarden Euro für TI-Projekte ausgegeben zu haben. (BR 2/2021)

Profitieren Ärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen und Patient\*innen von der digitalen Vernetzung im Gesundheitswesen? Verbessern Datenmassen die Steuerung des Gesundheitssystems? Wird das knappe Geld zielgenau und gerecht verteilt? Optimieren alle diese Vorhaben die Versorgung? Wie realistisch ist die Umsetzung? Wie wird Datenschutz gewährleistet, wenn mehr als 145.000 Praxen und Kliniken Zugriff auf 60 Millionen Krankenkassenkarten haben? Wer haftet für Datenpannen? Im Frühjahr 2020 waren bundesweit zehntausende Konnektoren der TI bis zu acht Wochen komplett ausgefallen.

Auch elementare TI-Bausteine sind ungenügend gegenüber Angriffen von außen gesichert, allein im Dezember 2020 wurde bekannt: die Sicherheitsvorkehrungen des weit verbreiteten Kartenlesegerätes ORGA 6141 ließen sich umgehen und ein Deckel zum Kartenschacht öffnen (Magazin c't). Der Chaos Computer Club fand rund 200 fehlerhaft konfigurierte Telematik-Konnektoren, die über das Internet freien Zugriff auf Patienten- und Gesundheitsdaten ermöglichen (Tagesschau 15.12.2020). Im September 2020 wurde die Uni-Klinik Düsseldorf Ziel eines Hacker-Angriffs: 7000 zu einem Netzwerk miteinander verbundene Computer steuern die Klinik mit über 1200 Betten, sie waren tagelang von einem kompletten Systemausfall betroffen (ZEIT Dezember 2020).

Ein Schlüsselprojekt der Digitalisierung des Gesundheitswesens ist die elektronische Patientenakte (ePA), sie soll Krankenakten und Gesundheitsdaten einer Person speichern. Ab Juli 2021 sollen Arztpraxen die ePA befüllen, dann soll es auch ein elektronisches eRezept und eine elektronische eKrankmeldung geben. Die Zugriffsrechte auf die abgelegten Daten der ePA sind derzeit nicht individuell zu steuern, jeder kann alles sehen oder nichts.

Erst ab 2022 sollen die Versicherten eine differenzierte Auswahl treffen können, wer welche Daten einsehen kann. Die Daten der ePA werden verschlüsselt als „Serverakte“ zentral in den Rechenzentren der jeweiligen Anbieter angelegt und nicht dezentral wie es im E-Health Vorreiterland Estland praktiziert wird. Seit Monaten warnt der Datenschutzbeauftragte der Bundesregierung vor der mangelnden Sicherheit der elektronischen Patientenakte.

Von der elektronischen Patientenakte (ePA) über e-Rezept, e-AU Bescheinigung bis zur Videosprechstunde soll alles über Apps auf dem Smartphone gesteuert werden können. Hinzu kommen „Apps auf Rezept“, digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die von Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen verordnet und von den Krankenkassen erstattet werden. Bis heute gibt es kein umfassendes Prüfverfahren und Gütesiegel für digitale Gesundheitsanwendungen und Medizin-Apps. Die Qualität von hunderten dieser Apps kann kaum geprüft werden.

*Die Welt der Digitalisierung muss ständig aktualisiert werden.* Die Gematik, an der der Bund mit 51% beteiligt ist, plant einen Technologiesprung. Die TI 2.0 soll eine „moderne Sicherheitsarchitektur“ erhalten. Um Kosten zu senken, Technik zu reduzieren und einen stabileren Betrieb zu gewährleisten, sollen Konnektoren und andere Smartcards (elektronischen Gesundheitskarten, Heilberufsausweis, Praxisausweis) wegfallen. Ab 2023 sollen kontaktlose Kartenterminals und „Zukunftskonnektoren“ digitale Identitäten zur sicheren Authentifizierung erzeugen (Whitepaper der Gematik, Januar 2021).

Die Digitalisierung betrifft alle Bereiche unseres Lebens, Chancen und Risiken müssen fortlaufend kritisch und differenziert evaluiert werden. Alle digitalen Projekte und Bausteine im Gesundheitswesen werden von den Mitgliedsbeiträgen der GKV-Versicherten finanziert. Wer prüft unabhängig, ob diese ausgegebenen Gelder einen medizinisch sinnvollen Zweck erfüllen? Werden die Kranken durch technische Neuerungen besser versorgt? Was geschieht, wenn Gesundheitsdaten falsch oder unvollständig sind? Der materielle und zeitliche Aufwand für die Verwaltung und die Weiterentwicklung der Systeme wächst ins Unermessliche.

Für Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen ist von diesen zahlreichen digitalen Neuerungen weder ein wirtschaftlicher Gewinn zu erwarten noch ist der Zeitaufwand für eine sorgfältige Diagnostik bei den erhobenen Datenmengen zu beziffern.

Wie gläsern sieht die digitale Zukunft aus? In 2020 wurde bekannt, dass in Finnland vertrauliche Notizen aus Psychotherapiesitzungen von zehntausenden Patienten von Hackern gestohlen und teils veröffentlicht wurden. Viele Patienten berichteten, von den Hackern per E-Mail erpresst worden zu sein, damit diese die sensiblen Daten nicht ins Internet stellen.

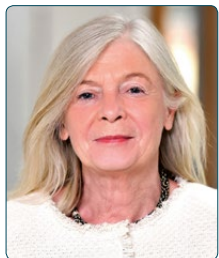


Die Psychodynamische Liste sieht die Versprechungen der rasant vorangetriebenen Digitalisierung im Gesundheitswesen differenziert: Als kritisch wird zum einen die ungenügende Sicherheit der Patient\*innen- und Behandler\*innen-Daten wahrgenommen und zum anderen der immens ansteigende Verwaltungsaufwand. In unseren Augen fehlt es an einem überzeugenden Gesamtkonzept. Auf allen Ebenen und Gremien der Berufspolitik setzen wir uns aktiv dafür ein, die fachlich-inhaltlichen Bedenken der Therapeut\*innen und die Interessen der Patient\*innen zu berücksichtigen. Wir fordern: für alle Menschen einen barrierefreien Zugang und umfassende Kontrolle über ihre eigenen Gesundheitsdaten und oberste Priorität für einen vertraulichen Umgang mit sensiblen Daten.

## Kandidatinnen und Kandidaten

### Platz 1

#### Birgit Pechmann Wiesbaden



Jg. 1956; PP, Psychoanalytikerin; mehrjährige Tätigkeit in der Psychiatrie, seit 2010 niedergelassen in eigener Praxis für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in Wiesbaden; Dozentin am Institut für Psychoanalyse/Frankfurt/DPG; seit 2011 Delegierte in der LPPKJP Hessen, dort 2011 – 2013, sowie seit 2016 Mitglied des Ausschusses für Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2013 – 2016 Mitglied des Vorstandes; seit 6/2020 kooptiertes Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes der DGPT/Bund für die Vertretung der Interessen der Sektion „Berufsverband der Psychologischen Psychoanalytiker\*innen und tiefenpsychologisch tätigen Psychologischen Psychotherapeut\*innen“ (BPP); Mitgliedschaften: DPG, DGPT, IPV

### Platz 2

#### Susanne Walz-Pawlita Gießen



Jg. 1957, PP, Psychoanalytikerin (DPV, IPA; DGPT), seit 1994 niedergelassene Tätigkeit in freier Praxis; Dozentin und Supervisorin am Horst-Eberhard-Richter-Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Gießen. Seit 2006 Mitglied der Delegiertenversammlung und bis 2013 Mitglied des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer Hessen; Delegierte im Deutschen Psychotherapeutentag (DPT). 2011 – 2017 Mitglied im Vorstand der DGPT, 2013 – 2015 Vorsitzende. Seit 2016 Mitglied im Gemeinsamen Beirat von Landesärzte- und Landespsychotherapeutenkammer in Hessen.

### Platz 3

#### Dieter Wacker Gießen



Jg. 1958, Psychologischer Psychotherapeut (DGPT). Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie am Horst-Eberhardt-Richter-Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Gießen. Langjährige Tätigkeit in der Psychiatrischen Abteilung des Eichhof-Krankenhauses Lauterbach und seit 1995 in freier psychotherapeutischer Praxis in Gießen. Mitglied, Dozent und Supervisor am Horst-Eberhardt-Richter-Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie in Gießen. Mitglied im örtlichen Ausbildungsausschuss Psychotherapie. Mitglied der ersten Delegiertenversammlung der LPPKJP von 2002 bis 2006 und in der aktuellen DV seit 2016. Schwerpunkt: Fragen zur Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und zum Status der tiefenpsychologisch fundierten KollegInnen in den Ausbildungsinstituten und in der DGPT.

### Platz 4

#### Yvonne Winter Höchst



Jg. 1961; PP; Mehrjährige Tätigkeit in Marktforschung und Marketing in der Industrie; Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie; mehrere Jahre freiberufliche Tätigkeit in Klinik; seit 1993 – 2007 Dozentin in Erwachsenenbildung, schulpädagogischem Dienst und Tätigkeit als Supervisorin; seit 1997 niedergelassen in eigener Praxis; Mitglied in der DGPT; 2011 – 2016 Beisitzerin im Vorstand der PTK Hessen mit Arbeitsschwerpunkten: Beschwerde & Schlichtung, Forensik, Datenschutz, Öffentlichkeit, seit 2016 Delegierte und Mitglied im Ausschuss für Qualitätssicherung.

### Platz 5

#### Karen Cornils-Harries Marburg



Jg. 1957, PP. Seit 1999 Tätigkeit in freier Praxis, zunächst in Schleswig-Holstein, ab 2001 in Marburg. Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und in Systemischer Therapie. Von 1985 – 2000 Angestelltentätigkeit an der Universität Hamburg, zunächst in Lehre und Forschung, dann 10 J. im Zentrum für Studienberatung und psychologische Beratung von Studierenden, nebenberuflich als Psychotherapeutin und systemische Supervisorin. Seit 2016 Mitglied der Delegiertenversammlung der PTK Hessen, seit 2018 Mitglied im Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“. Seit 2019 Mitglied in der Delegiertenversammlung des Psychotherapeutenversorgungswerks (PVW). Mitglied der DPtV.

### Platz 6

#### Sandra Pachnicke Offenbach



Jg. 1971; Dipl. Psych., PP, Psychoanalytikerin und Tiefenpsychologin (DPG, DGPT), Ausbildung in Bad Berleburg (NRW), 2006 – 2012 Bundeskandidatensprecherin der DPG, 2000 – 2013 tätig in verschiedenen Abteilungen [sozialpsychiatrisch, psychosomatisch, psychoanalytisch] der Klinik Wittgenstein und in der Tagesklinik in Netphen, seit 2013 niedergelassen in eigener Praxis in Offenbach, seit 2019 stellv. Vorsitzende im LV Hessen der DGPT.

### Platz 7

#### Dr. phil. Christian Sell Kassel



Psychotherapeut (TP/AP) und Psychoanalytiker (DPV/IPA) in Ausbildung; wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Kassel; Forschungsschwerpunkte: Mixed-Methods in der Psychotherapieforschung, psychodynamische Psychosentherapie, Beziehungsforschung, imaginative Therapiemethoden, psychoanalytische Theorie.

### Platz 8

#### Anne Jessen-Klingenberg Marburg



Jg. 1958, PP, Psychoanalytikerin und Lehranalytikerin (DPV, IPA, DGPT). 15 Jahre Tätigkeit in einer ambulanten sozialpsychiatrischen Einrichtung, Stadtallendorf, seit 2000 niedergelassen in einer Praxengemeinschaft, Marburg. Dozentin, Supervisorin und seit 2016 Ambulanzleiterin der Ausbildungsambulanz im Horst-Eberhard-Richter-Institut, Gießen.

### Platz 9

#### Dr. phil. Timo Wandert Frankfurt



Jahrgang 1975, PP, Psychoanalytiker, Dr. phil.; 10jährige Tätigkeit in der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist Frankfurt; seit 2019 niedergelassen in eigener Praxis für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in Frankfurt; stellvertretender Vorsitzender des Frankfurter Psychoanalytischen Instituts; Mitgliedschaften: DGPT, DPV.

### Platz 10

#### Annabelle Starck Frankfurt



MSc. Psych., PIA in Weiterbildung zur Psychoanalytikerin am Frankfurter Psychoanalytischen Institut (DPV). Seit 2018 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Studie zur psychodynamischen Therapie bei Zwangserkrankungen sowie in der Ambulanz am Sigmund-Freud-Institut. Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der psychosozialen Beratungsstelle für Flüchtlinge am Zentrum für Psychotherapie der Goethe-Universität Frankfurt.

### Platz 11

#### Christa Leiendecker Frankfurt



PP, gesprächspsychotherapeutische Ausbildung (GWG); seit 1989 niedergelassen, Psychoanalytikerin (DPV, IPA, DGPT), Mitglied im Vorstand des Frankfurter Psychoanalytischen Institutes; Leitung des berufspolitischen Ausschusses der DPV, seit 2002 Honorarverhandlungen mit den hessischen Krankenkassen zur angemessenen Honorierung der Behandlungen der PIA in den Ausbildungsambulanzen, seit 1998 Begleitung der Umsetzung des PsychThG in Hessen und langjährig Begleitung der Novellierung und Umsetzung des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung.

### Platz 12

#### Prof. Dr. Cord Benecke Kassel



PP, Psychoanalytiker (DPG, DGPT); universitäre Tätigkeit im Bereich Klinische Psychologie an der Universität des Saarlandes, Universität Bremen, Universität Innsbruck; seit 2010 Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie am Institut für Psychologie der Universität Kassel; Mitglied der Wissenschaftlichen Leitung der Lindauer Psychotherapiewochen; Leiter des Arbeitskreises OPD. Forschungsschwerpunkte: Klinische Emotionsforschung, Psychotherapieprozess und -wirksamkeitsforschung.

### Platz 13

#### Laura Johais Marburg



Jg. 1990, Diplom-Psychologin in Ausbildung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeutin an der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie (WIAP); 2016–2018 Psychologin auf einer akutenpsychiatrischen Station der Vitos Klinik Herborn mit Schwerpunkt Schizophrenie; 2018–2020 psychotherapeutische Praxisassistentin in psychiatrischer Praxis in Wiesbaden; seit 2018 ambulante Behandlung der AusbildungspatientInnen an der WIAP.

### Platz 14

#### Angela Dunker Offenbach



Dipl. Psych. Dipl. Soz., Psychoanalytikerin für Erwachsene (DPG, DGPT), niedergelassen in eigener Praxis in Offenbach seit 2001. Dozentin, Supervisorin und Lehranalytikerin (DPG); im Vorstand des Instituts für Psychoanalyse Frankfurt (ipf), stellvertretende Ambulanzleiterin ipf.

### Platz 15

#### Prof. Dr. rer.nat. Tamara Fischmann Frankfurt, Berlin



Jg. 1960; PP, Psychoanalytikerin, tiefenpsychologische Psychotherapeutin (DPV, IPA, DGPT). Seit 2000 als Psychologische Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin niedergelassen in eigener Praxis. Seit 1994 wissenschaftliche Mitarbeiterin des Sigmund-Freud-Instituts, Frankfurt. Seit 2016 Professorin für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse mit Schwerpunkt Neuropsychoanalyse an der International Psychoanalytic University Berlin – IPU. Seit 2019 Lehranalytikerin des Anna Freud Instituts. Seit 2020 Vorsitzende der erweiterten Forschungs- und Hochschulkommission der DPV. Forschungsschwerpunkte: psychoanalytische empirische Traum- und Gedächtnisforschung im Dialog mit den Neurowissenschaften. Interdisziplinäre Forschung in der Bioethik und psychoanalytische Bindungsforschung (Frühprävention bei children-at-risk) unter Einbeziehung der Neurowissenschaften.

### Platz 16

#### Wolfgang Schwerd Fulda



Jg. 1958, Niederlassung in Fulda, PP, 14 Jahre Angestelltentätigkeit (Universitätsklinikum Gießen, psychiatrisches Landeskrankenhaus); Ausbildung in TFP und AP; Lehrtherapeut, Lehranalytiker der DPV 2005–2018 Vorstand bzw. Vorstandsmitglied der DGPT Hessen; 2006–2016 Mitarbeit in den Gremien der KV; 2006–2016 Delegierter des PVW, seit 2016 ehrenamtlicher Richter für Heilberufe.

### Platz 17

#### Prof. Dr. phil. Susanne Döll-Hentschker Frankfurt



Diplom-Psychologin und Diplom-Soziologin, PP, Psychoanalytikerin (DPV, IPA) in eigener Praxis und seit 2019 Professorin für Psychotherapie und Beratung an der Frankfurt University of Applied Sciences. Vorher 18 Jahre am Institut für Psychologie, Arbeitsbereich Psychoanalyse der Goethe-Universität Frankfurt in Lehre und Forschung tätig sowie Leiterin der Psychoanalytischen Hochschulambulanz. Forschungsschwerpunkte: Psychotraumatologie, Affekttheorie und -forschung, Traumtheorie und -forschung sowie Behandlungstechnik.

### Platz 18

#### Katrin Müller Butzbach



PP, Fachkunde tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DGPT). 2002/03 PIA und 2004–2017 angestellte Psychologin und Psychotherapeutin bei Vitos Hochtaunus, Tagesklinik. Mitarbeit in sozialpsychiatrischen Projekten. 2011–2016 fachliche Koordination der Krankenhauspartnerschaft mit Siauliai (Litauen). Seit 2017 niedergelassen in eigener Praxis. Seit 2019 Schatzmeisterin im Landesverband Hessen der DGPT.

### Platz 19

#### Sabine Döhmen Marburg



Jg. 1963, Krankenschwester, Dipl.-Psych., PP. Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, Analytische Säuglings-Kleinkind/Eltern Psychotherapie. Berufliche Tätigkeit in psychosomatischen Kliniken, Psychoanalytisch orientierte aufsuchende Familienhilfe, Eltern-Kind Station in Reha-Klinik. Ab 2001 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Aufbau der integrierten Babyambulanz, von 2012–2020 Psychologische Leitung. Seit 2012 Niederlassung in eigener Praxis. Referentin an verschiedenen Weiterbildungsinstituten für Analytische/tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

### Platz 20

#### Lena Dierker Offenbach



Jg. 1987; Diplompsychologin in Ausbildung zur Psychoanalytikerin am Frankfurter Psychoanalytischen Institut (DPV). Tätigkeit als Psychologin in der Psychozialberatung von Studierenden. Zuvor mehrjährige Berufstätigkeit in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Darmstadt. Forschungsinteressen im Bereich transgenerationale Trauma-Tradierung; Psychoziale Spätfolgen der NS-Zeit.

### Platz 21

#### Prof. Dr. phil. Marianne Leuzinger-Bohleber Frankfurt



Em. Professorin für Psychoanalyse an der Universität Kassel; Direktorin des Sigmund-Freud-Instituts (SFI) in Frankfurt am Main 2001–2016, nun Senior Scientist an der Universitätsmedizin Mainz; Scientific Member des IDEa Centers der LOEWE Landesoffensive zur Entwicklung wissenschaftlich-ökonomischer Exzellenz; Lehranalytikerin (DPV/IPA); Visiting Professor: University College London, Co Chair for Europe des Research Boards der International Psychoanalytical Association (IPA), Action Group der Society for Neuro-Psychoanalysis. Sie erhielt den Mary Sigourney Award 2016 und den Haskell Norman Prize for Excellence in Psychoanalysis 2017. Arbeitsgebiete: klinische und empirische Forschung in der Psychoanalyse, Adoleszenz, psychoanalytische Entwicklungspsychologie, Frühprävention, Psychoanalyse und Cognitive Science/Literaturwissenschaften/Wissenschaftstheorie.

### Platz 22

#### Sarah Römisch Frankfurt



Dipl.-Psych., PP, Psychoanalytikerin (DPV/ IPA; DGPT) in eigener Praxis in F-Bockenheim und am Frankfurter Psychoanalytischen Institut (FPI). Tätigkeit als Dozentin am FPI und am Arbeitsbereich Psychoanalyse der Uni Frankfurt.

### Platz 23

#### Christiane Schrader Frankfurt



Jg. 1954, PP, Psychoanalytikerin (DPV, IPV, DGPT), Mitglied des Frankfurter Psychoanalytischen Instituts und Vertreterin der PP des FPI im erweiterten Landesvorstand der DGPT Hessen. Nach zehnjähriger Klinik- und Lehrtätigkeit seit 1994 niedergelassen in eigener Praxis in Frankfurt. Vorsitzende des Fortbildungsausschusses des FPI, Mitglied des Vorstandes des FPI, Supervisorin (Einzel-, Gruppen-, Teamsupervision), Dozentin und Lehrtherapeutin. Chair des Forum on Aging der EPF. Arbeitsschwerpunkt: Entwicklung, Psychoanalyse und Psychotherapie im Alter.

### Platz 24

#### Karin Tilli Gießen



Jg. 1957; PP, langjährige Tätigkeit an der Psychosomatischen Universitätsklinik Gießen und am Psychiatrischen Krankenhaus Herboren; seit 1996 in eigener Praxis niedergelassen; Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und in analytischer Paar-, Familie- und Sozialtherapie in Gießen; Psychoanalytikerin (DPV, IPA; DGPT); Dozentin und Supervisorin am Horst-Eberhard-Richter-Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Gießen e.V.; Mitglied und stellvertretende Vorsitzende des Prüfungsausschusses zur Staatlichen Prüfung für PP am Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungamt im Gesundheitswesen; seit 2018 Gutachterin für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und für analytische Psychotherapie (KBV); seit 2011 Mitglied im Ausschuss Beschwerde und Schlichtung der LPPKJP Hessen.

### Platz 25

#### Prof. Dr. habil. Hans-Jürgen Wirth Gießen



Jg. 1951; Prof. Dr. habil., Dipl. Psych., Dipl. Soz., PP; Psychoanalytiker und psychoanalytischer Paar- und Familientherapeut. Arbeitet in eigener Praxis in Gießen. Mitgliedschaften: Horst-Eberhard-Richter-Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie, Gießen, DPV, IPA, DGPT, BvPPF; Von 2004 bis 2009 außerplanmäßiger Professor für Psychoanalyse und präventive Psychotherapie an der Universität Bremen; seit 2010 außerplanmäßiger Professor für Psychoanalyse und psychoanalytische Sozialpsychologie am Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Goethe-Universität Frankfurt am Main; Gründer und Verleger des Psychosozial-Verlages. Seit 10 Jahren Mitorganisator der Sommer-Universität Psychoanalyse in Frankfurt.

### Platz 26

#### Sabine Morbitzer Kassel



Jg. 1958, PP, seit 30 J. niedergelassen in eigener Praxis, Psychoanalytikerin (DPG, DGPT, IPA), Lehranalytikerin und Supervisorin (DPG, DGPT), Dozentin am LASI Göttingen und an der Uni Kassel Fachbereich Psychologie, 2018–2020 Vorsitzende des Institutes für Psychoanalyse und Psychotherapie Kassel e.V.

### Platz 27

#### Philomena Wohlfarth Gießen



Jg. 1957, Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin (DPV, IPA, DGPT) und Analytische Paar- und Familientherapeutin (BvPPF). Seit 2008 niedergelassen in freier Praxis. 1991–2011 Angestellte in der Beratungsstelle des Deutschen Kinderschutzbundes in Gießen. Dozentin und Supervisorin am Horst-Eberhard-Richter-Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Gießen e.V. Langjährige Ausbildungsleiterin für den Bereich Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Mitglied im Vorstand am Horst-Eberhard-Richter-Institut.

### Platz 28

#### Dr. phil. Jörg Scharff Kronberg/Ts



Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychoanalytiker (DPV/IPA). Dozent und Lehranalytiker am Frankfurter Psychoanalytischen Institut. Vortragstätigkeiten und Buchveröffentlichungen u.a. zur leiblichen Dimension der Psychoanalyse.

### Platz 29

#### Hanna Peltzer Frankfurt



Jg. 1965, Dipl. Psych., Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeutin, Ausbildung am Frankfurter Psychoanalytischen Institut, assoziiertes Mitglied FPI; seit 2015 in eigener Praxis niedergelassen. Gremienarbeit Ausbildung TP, Zukunft der Ausbildung.

### Platz 30

#### Prof. Dr. phil. Birgit Gärtner Frankfurt



Jg. 1957, PP, als Psychologische Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin in eigener Praxis in Oberursel tätig, Psychoanalytikerin (DPV/ IPA, DGPT, BVVP), Mitglied und Dozentin am Frankfurter Psychoanalytischen Institut (FPI), seit 2002 Professorin für Entwicklungspsychologie, Psychotherapie und Klinische Psychologie an der Frankfurt University of Applied Sciences, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Veröffentlichungen zur Psychodynamik der Mutter-Kind-Interaktion während der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr, zur Situation der Psychoanalyse an den Hochschulen sowie zur Wirksamkeit analytischer Psychotherapie bei Kindern mit einer sogenannten Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung.

### Platz 31

#### Gerlinde Frankford Wiesbaden



Jg. 1955; PP. Nach dem Psychologiestudium tätig als Dozentin in der Erwachsenenbildung. Anfang der 90er-Jahre beteiligt am Aufbau sowie an der Konzept- und Teamentwicklung einer psychosomatischen Reha-Klinik im Taunus unter psychoanalytischer Leitung; dort 16 Jahre tätig als Psychotherapeutin für Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie am Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie in Gießen. Ausbildung in EMDR/Traumatherapie am Zentrum für Psychotraumatologie in Frankfurt am Main. Seit 2009 niedergelassen in eigener Praxis in Wiesbaden.

### Platz 32

#### Prof. Dr. phil Tilman Habermas Frankfurt



Jg. 1956, PP, Psychoanalytiker (DGPT, DPV), Professor für Psychoanalyse an der Goethe Universität Frankfurt seit 2002, zuvor Medizinpsychologie FU Berlin und Psychosomatische Klinik Heidelberg. Forschung zu narrativer Emotionsverarbeitung und subjektiver Lebensgeschichte.

### Platz 33

#### Claudia Heinzelmann Frankfurt



Jg. 1963; PP, Psychoanalytikerin, niedergelassen seit 2009 in eigener Praxis für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; seit 2018 zugelassen als Gruppenpsychoanalytikerin; Zusatzqualifikation zur systemischen Therapeutin/Systemaufstellerin (DGfS), Dozentin im Alfred Adler Institut in Mainz; berufspolitisches Engagement im Landesvorstand DGIP Hessen (2012–2015); Mitgliedschaften in der DGPT, DGIP, D3G.

### Platz 34

#### Michaela Medler Frankfurt



Jg. 1960, aktuell in Ausbildung zur PPTin (TfP) am FPI in Frankfurt (seit Oktober 2019), MA Psych. seit 2014 (IPU-Berlin), zuvor Dipl. Soz., Tätigkeiten in Psychosozialen Bereich, Förder- und Berufsschule sowie Reha-Kliniken, DGSv-zertifizierte Supervisorausbildung (MDO, Uni Kassel), Mitgliedschaften in DGSv und DGPT.

# Liste 5

## Psychodynamische Liste PP

*Praxis • Forschung • Ausbildung • niedergelassen • angestellt*

### Wir setzen uns ein:

- Für eine Sicherung des Verfahrensbezugs der Psychotherapie und eine angemessene Repräsentanz aller wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren in Lehre, Forschung und Patientenversorgung.
- Für die Anerkennung der Vielfalt der Menschenbilder und Zugänge zum Seelischen im psychotherapeutischen Handeln, die es als Gewinn einer pluralen und demokratischen Gesellschaft zu erhalten gilt – auch in der Kammer!
- Für Rahmenbedingungen, die die Erfordernisse der psychotherapeutischen Situation berücksichtigen und schützen! Dazu gehört der Erhalt der persönlichen Begegnung und des unmittelbaren Kontakts in jeder therapeutischen Behandlung. Gesetzliche Neuerungen müssen sich an fachlichen Kriterien orientieren und angemessene Qualitätsprüfungen vorsehen.
- Für eine angemessene Bezahlung der aktuellen PiA im Rahmen der Praktischen Tätigkeit und ihrer Ausbildungsbehandlungen, ebenso für den Erhalt einer hohen fachlichen Qualität in der zukünftigen Weiterbildung – auch im Sinne einer Verantwortung für die nächste Generation.
- Für eine gleichberechtigte Kooperation mit den ärztlichen Kolleg\*innen in der Weiterbildung und Berufspraxis im Sinne des gemeinsamen Fachgebietes. Dazu gehört insbesondere die Anerkennung unterschiedlicher akademischer Zugangswege zur Psychotherapie als Bereicherung. „Die Psychotherapie gehört niemandem.“

Auch in der kommenden Wahlperiode werden wir eine enge Kooperation mit allen Listen eingehen, die unsere Ziele teilen, insbesondere mit dem Bündnis der KJP Hessen sowie den Delegierten des bvvp.

Weitere Informationen und die Liste unserer Unterstützer\*innen können Sie auf unserer Homepage einsehen [www.psychodynamik-hessen.de](http://www.psychodynamik-hessen.de).