ISSN 1611-0773
D 60843
5. Jahrgang

Psychotherapeuten-journal

www.psychotherapeutenjournal.de

Organ der Bundespsychotherapeutenkammer und der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein

3/2006
22. September 2006 (S. 221-336)

- Sozialmedizinische Probleme in der Psychotherapie
- Zur finanziellen Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung
- Die rechtliche Bedeutung des Abstinenzgebotes in der Psychotherapie
- Zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg
- Körperpsychotherapie – Teil 2

Psychotherapeuten Verlag

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie sind Wirksamkeit und Nutzen psychotherapeutischer Arbeit zu belegen? Diese Frage beschäftigt seit Monaten in besonderer Weise gesundheitspolitische Gremien wie den ´Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie' oder den ´Gemeinsamen Bundesausschuss', aber auch Gremien zur Leitlinienerstellung (s. Heft 2/06, R. Richter/T. Harfst: „Anpassung der Psychotherapierichtlinien und evidenzbasierte Psychotherapie"). Es ist verständlich, dass bei der Frage, wofür wie viel Geld ausgegeben werden soll, Kriterien für Wirksamkeit entwickelt und festgelegt werden müssen. Aber mir scheint, dass der Anforderung nach Evidenz nicht selten einseitig unter primärem Bezug auf die sog. RCT-Studien empiristisch begegnet wird.

Studien, die im Wunsch nach kontrollierbaren Ergebnissen vereinfachen, auf die Versorgungsrealität zu übertragen, ist dabei nicht ohne weiteres sinnvoll. Z. B. kann in der Psychotherapie die Homogenität diagnostischer Gruppen oft nicht ohne weiteres unterstellt werden. Neben den vom Einzelfall abstrahierenden Untersuchungen der Wirksamkeit psychotherapeutischer Vorgehensweisen gilt es auch die *Evidenz ihrer Konzepte* und die *Besonderheiten von Einzelfällen* darzustellen und zu diskutieren. Infolge dieser Reflexion – auch die ist Teil der Wissenschaft – können angemessene Wirksamkeitsüberprüfungen meist erst entwickelt werden. Der Einzelfall zeigt, dass immer fallspezifische Aufgaben bestehen, bei denen Psychotherapeutinnen/-en unter Rückbezug auf ihre jeweiligen konzeptuellen Vorstellungen und diese variierend in der Begegnung mit dem Patienten jeweils fallindividuelle Wege kreieren müssen. Das „Verfahren", dem sie sich verbunden fühlen, unterliegt gleichsam einer ständigen Veränderungsanforderung.

Die Komplexität der konkreten Versorgungssituation bildet sich in den Beiträgen dieses Heftes ab. Es enthält auch Arbeiten, die eine Diskussion von konzeptueller Evidenz und Einzelfallproblematik ermöglichen. **Ulfried Geuter**[1] schließt seine Arbeit „Körperpsychotherapie – Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie" mit dem 2. Teil ab. Indem er Ergebnisse der Säuglings-, Bindungs- und Hirnforschung auf Konzepte der Körperpsychotherapie bezieht (inkl. Fallvignette), ermöglicht er Auseinandersetzungen, die auch den Dialog der Kammermitglieder untereinander befördern können. Die Spezifität des Einzelfalls wird auch im Artikel von **Axel Kobelt** „Sozialmedizinische Probleme in der Psychotherapie" greifbar, der sich des Einflusses von Arbeitslosigkeit oder Berentungen auf die psychische Konfliktdynamik annimmt – ob angestellt oder niedergelassen tätig wird dies die meisten von Ihnen schon beschäftigt haben.

In der Diskussion um die Psychotherapierichtlinien wurde u. a. deutlich, dass Begriffe wie Versorgungsrelevanz oder Behandlungsbedarf genauer operationalisiert werden müssen. **Rüdiger Nübling et al.** zeigen („Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg") vielfältige Aspekte auf, die bei der Abschätzung eines Bedarfes mitspielen. Ihr Ergebnis: Im sicher nicht schlechtest versorgten Baden-Württemberg besteht eine Unterversorgung mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Um frühzeitig psychotherapeutisch reagieren zu können und Chronifizierungen zu mindern, müssten niederschwellige Versorgungsangebote ebenso wie Kassenzulassungen erhöht werden. **R. Nübling** verbindet auch in „Aktuelles aus der Forschung" Forschungsergebnisse aus der Rehabilitation mit Fragen des Versorgungsbedarfs.

In einigen Landeskammern sind Psychotherapeuten, die in der Ausbildung sind, bereits Kammermitglieder. „Zur Diskussion" gestellt wird der Beitrag von **Heiner Vogel et al.,** der nun der Frage „Wie können die Kammern die Ausbildungsteilnehmer/innen stärker in ihre Arbeit einbeziehen?" nachgeht. *Dass* die Kammern für den Nachwuchs eintreten können, wird an dem ersten Artikel eines Ausbildungsteilnehmers in diesem Journal deutlich. **Heiko Hölzel** belegt mit seinem Beitrag

„Die finanzielle Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung: Ergebnisse einer internetgestützten Fragebogenstudie" die Situation in den Praktika: Die konkrete Arbeit besteht meist in psychotherapeutischer Versorgung, die Vergütung hingegen bleibt aus oder ist gering. Hier ist der Gesetzgeber aufgerufen!

Robert Francke beschreibt als Jurist straf-, zivil- und berufsrechtliche Aspekte der Verletzung des Abstinenzgebotes durch sexuelle Kontakte zwischen PatientInnen und PsychotherapeutInnen. Er rahmt damit die Aufgabe der Kammern ein, bei Vergehen gegen die Berufsordnung zu entscheiden.

Hartmut Gerlach greift in „Recht Aktuell" Fragen zur Rentenversicherungspflicht für alle die auf, die in Aus-, Fort- und Weiterbildung tätig sind. **Johann Rautschka-Rücker** berichtet von einem Urteil über das Führen der Berufsbezeichnung, das den angestellten KollegInnen den Rücken stärkt, aber auch aufzeigt, wieviel Arbeit für die Anerkennung unserer Berufe noch ansteht.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ulrich Wirth (Hamburg)
Mitglied des Redaktionsbeirates

1 Der Redaktionsbeirat bedauert ganz außerordentlich zwei Druckfehler in der letzten Ausgabe: Statt „Körperpsychologie" musste es auf dem Titelblatt natürlich „Körperpsychotherapie" heißen. Und auf S. 154 wurde ein falsches Foto eingefügt.

Inhalt

Editorial 221

Artikel 224

Kobelt, A.
Sozialmedizinische Probleme in der Psychotherapie 224

Die Therapeut-Patient-Dynamik, die Therapiezufriedenheit und die Prozesseffektivität werden stark vom Ausmaß der Bedrohung der Erwerbsfähigkeit beeinflusst, wobei häufig die beruflichen und sozialen Probleme nur schwer von der der Störung zugrunde liegenden Konfliktdynamik zu trennen sind. Es werden typische soziale und berufliche Probleme aus sozialmedizinischer und psychotherapeutischer Perspektive beschrieben und Informationen zur Problemlösung gegeben.

Hölzel, H. H.
Zur finanziellen Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung: Ergebnisse einer internetgestützten Fragebogenstudie 232

In der im Artikel vorgestellten internetgestützten Fragebogenstudie wurden 446 PiA zu den finanziellen Rahmenbedingungen ihrer Ausbildung befragt. Ziel der Untersuchung war es einerseits, einen Überblick über die finanziellen Belastungen der PiA zu erhalten und andererseits zu erfassen, welche Einkünfte von den PiA während ihrer Ausbildung in verschiedenen Ausbildungsabschnitten (praktische Tätigkeit oder praktische Ausbildung) erzielt werden.

Francke, R.
Die rechtliche Bedeutung des Abstinenzgebotes in der Psychotherapie 238

Gegenstand der Untersuchung ist die rechtliche Regulierung des Abstinenzgebotes in Strafrecht, Zivilrecht und Kammerrecht. Es werden die Grundlagen und die einzelnen rechtlichen Tatbestände gezeigt. Dabei wird auch die Abstinenzpflicht nach Beendigung der Behandlung thematisiert. Sie besteht nach Maßgabe des Einzelfalles fort, ist aber kaum schematisierbar.

Nübling, R., Reisch, M., Reymann, T.
Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg 247

Am Beispiel Baden-Württembergs, einem vergleichbar gut versorgten Bundesland, wird der Versorgungsgrad bei psychisch kranken Kinder und Jugendlichen abgeschätzt, wobei vorhandene epidemiologische Daten mit aktuellen Versorgungsdaten in Beziehung gesetzt werden. Auf dieser Grundlage werden deutliche Hinweise auf eine bestehende Unterversorgung festgestellt. Für eine belastbarere Modellrechnung werden sektorübergreifende Studien über die vorhandenen Versorgungskapazitäten im Sinne einer fundierten und substantiellen Versorgungsforschung sowie eine empirisch basierte Bedarfsplanung gefordert.

Geuter, U.
Körperpsychotherapie – Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie. Teil 2. 258

Die Körperpsychotherapie ist ein Verfahren mit einer langen Geschichte. Heute erhält ihr Ansatz Unterstützung von Befunden aus der Säuglingsforschung, Bindungsforschung und Hirnforschung. Diese sprechen dafür, in die psychotherapeutische Arbeit mit Emotionen körperbezogene Techniken einzubeziehen. Das wird anhand der Forschung gezeigt und an Beispielen aus der psychotherapeutischen Praxis illustriert.

Zur Diskussion 265
Vogel, H., Melcop, N., Müller, C., Klingen, N., Hermann, B.

Wie können die Kammern die Ausbildungsteilnehmer/innen stärker in ihre Arbeit einbeziehen?

Recht: Aktuell 268
Gerlach, H., Rautschka-Rücker, J.

Aktuelles aus der Forschung 273
Nübling, R.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern 277

Bundespsychotherapeutenkammer 277
Baden-Württemberg 286
Bayern 290
Berlin 294
Bremen 298
Hamburg 302
Hessen 305
Niedersachsen 309
Nordrhein-Westfalen 314
Rheinland-Pfalz 320
Saarland 323
Schleswig-Holstein 327

Kontaktdaten der Kammern 331

Kleinanzeigen 332

Inserentenverzeichnis 334

Impressum 335

Hinweis:

Alle Beiträge können Sie auch als PDF-Dokumente von der Internetseite der Zeitschrift www.psychotherapeutenjournal.de herunterladen.

Den Exemplaren der folgenden Länder liegen in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen bei:

- Baden-Württemberg: Satzungen
- Berlin: Rundbrief
- Hamburg: Satzungen
- Hessen: Weiterbildungsordnung
- Niedersachsen: Bekanntmachungen

Neuerscheinungen

- Internes Qualitätsmanagement in psychotherapeutischer Praxis und Ambulanz
- Quälgeist Tinnitus
- Die Psychotherapie entdeckt den Körper

Sozialmedizinische Probleme in der Psychotherapie

Axel Kobelt

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Zusammenfassung: Die Bedrohung der Erwerbsfähigkeit durch psychoneurotische, somatoforme oder auch Persönlichkeitsstörungen beeinflusst nicht nur die Therapeut-Patient-Dynamik, die Therapiezufriedenheit und die Prozesseffektivität, sondern bringt auch gleichzeitig häufig eine Abwärtsspirale mit mangelnder sozialer Anerkennung, zunehmender sozialer Isolierung und Verlust gesellschaftlicher und beruflicher Aktivität und Partizipation des Patienten in Gang. Dabei lassen sich die beruflichen und sozialen Probleme nur schwer von der der Störung zugrunde liegenden Konfliktdynamik trennen.

In diesem Beitrag werden typische soziale und berufliche Probleme aus sozialmedizinischer und psychotherapeutischer Perspektive anhand von charakteristischen Kasuistiken diskutiert, wobei sowohl therapeutische Techniken und typische Prozessdynamiken im Umgang mit den betroffenen Patienten beschrieben als auch für eine Beratung im Rahmen des Casemanagements relevante Informationen zu den einzelnen Problemfeldern gegeben werden.

Einleitung

2004 wurden im gesamten Bundesgebiet 169.390 Menschen wegen voller Erwerbsminderung zeitlich befristet berentet. Davon waren allein 31.313 Personen (18,5 %) wegen psychischer Störungen (ICD 10 F32-F60) nicht mehr erwerbsfähig. Ein Drittel davon waren Männer (n = 11.390). Die Rentenhöhe lag im Mittel bei 660 Euro. Das Durchschnittsalter der psychisch Erkrankten lag zum Zeitpunkt der zeitlich befristeten Berentung bei 46 Jahren. Vor allem die Arbeitnehmer im Baugewerbe sind betroffen, aber auch Küchenpersonal, Verkäufer, Lagerarbeiter, Bürofachkräfte, Kraftfahrer, Angehörige sozialer Berufe (Krankenschwestern, Sozialarbeiter/-helfer u.s.w.), Reinigungskräfte und Ungelernte.

Mehr als 80 Prozent der Patienten aus psychosomatischen Fachkliniken stufen ihre Arbeitsfähigkeit als gefährdet ein (Amberger et al., 2003). Leidig (2003) konnte nachweisen, dass stressrelevante Faktoren der Arbeitsbedingungen sowohl die Symptombelastung als auch die Arbeitsunfähigkeitszeiten bei psychosomatisch erkrankten Patienten beeinflussen. Die Stressverarbeitungsweise der Patienten hatte hierbei entscheidenden Einfluss. Vor allem wirkten sich einseitige Belastung und geringe Einflussmöglichkeiten auf Urlaubspläne, Arbeitszeiten und Arbeitsplatzgestaltung negativ auf die Stressverarbeitungsweise und damit auf psychische und psychosomatische Symptome aus, besonders wenn die Betroffenen gegenüber diesen Belastungen und Einschränkungen resignierten. In seiner Studie fand er außerdem heraus, dass Patienten, die vor dem Klinikaufenthalt belastende Arbeitssituationen durch Fernbleiben bewältigt hatten, dies auch später wieder taten. Gleichzeitig werden Therapieverlauf und -erfolg durch das „Arbeitsunfähigkeitsgeschehen"[1] in der Anamnese, Stressoren am Arbeitsplatz sowie maladaptive Stressbewältigungsweisen negativ beeinflusst.

Linden (2006) schlägt vor, dass die Angst vor dem Arbeitsplatz bzw. vor bestimmten Aspekten, die den Arbeitsplatz ausmachen, eine eigene Krankheitsentität darstellt, die sich gut von anderen psychiatrischen Diagnosen, insbesondere von arbeitsplatzunspezifischen Angsterkrankungen, abgrenzen lasse.

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ist entscheidend von der Arbeitsplatzsituation und dort von der Selbsteinschätzung abhängig, die nicht nur physischen sondern auch sozialkommunikativen Anforderungen genauso wie Unsicherheiten, Spannungen im Team oder auch unterschwellige Konflikte bewältigen zu können. Eigentlich ist es dann schon trivial, festzustellen, dass die Psychotherapie und die psychotherapeutische Beziehung in der Therapiesitzung selbst, die Wirksamkeit von Interventionen bzw. die Bereitschaft, gewonnene Erkenntnisse umzusetzen oder auch die Fortschritte im eigenen Selbstentwicklungsprozess, niemals unabhängig von den Kontextfaktoren, in denen sich der Patient befindet, gesehen werden kann.

Die Bedrohung der Erwerbsfähigkeit durch psychoneurotische (Ängste, Phobien, Depression usw.), somatoforme oder auch Persönlichkeitsstörungen beeinflusst nicht nur die Therapeut-Patient-Dynamik, die Therapiezufriedenheit und die Prozesseffektivität, sondern bringt gleichzeitig häufig eine Abwärtsspirale mit mangelnder sozialer Anerkennung, zunehmender sozialer Isolierung und Verlust gesellschaftlicher und beruflicher Aktivität und Partizipation für den Betroffenen in Gang.

Die beruflichen und sozialen Probleme lassen sich dabei nur schwer von der der Störung zugrundeliegenden Konfliktdyna-

1 Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Rechte & Pflichten für Psychotherapeuten

Musterberufsordnung

für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Text und Kommentierung.

Von Dr. Martin H. Stellpflug und Inge Berns.
2006. X, 283 Seiten. Kartoniert. € 29,-
ISBN 3-938909-06-4

Die am 14.1.2006 verabschiedete Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer fasst die Rechte und Pflichten zusammen, an denen sich Psychotherapeuten in ihrer täglichen Praxis zu orientieren haben.

Sie erhalten also u. a. Rechtssicherheit bei der

- **Bewerbung Ihrer Tätigkeit**: § 23 skizziert, was erlaubt, was verboten und was genau dabei zu beachten ist.
- **Übergabe von Patientenakten**: § 24 dokumentiert, was die Voraussetzungen sind für die Weitergabe von Patientenakten, welche Vorkehrungen im Falle eigenen Unvermögens zu treffen sind und verweißt auf die Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen.

An der Erstformulierung und der Verabschiedung der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer waren sowohl Inge Berns, auf dem Gebiet der Berufsethik erfahrene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin als auch Dr. Martin H. Stellpflug, Fachanwalt für Medizinrecht und Sozialrecht, aktiv beteiligt. Detailliert wird jeder der dreißig Paragrafen der neuen Musterberufsordnung von beiden gemeinsam kommentiert.

Damit findet sowohl der Psychotherapeut praxisnahe und verständliche Informationen über seine Berufspflichten und die Tragweite der berufsrechtlichen Vorgaben als auch der Jurist Erläuterungen und Querverweise für die Anwendung von Berufsordnungen in berufsrechtlichen Fragen.

Eine Vielzahl von Literaturhinweisen und die Sammlung von Urteilen in der Form von Leitsätzen begründen und ergänzen das Werk.

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH,
Im Weiher 10, 69121 Heidelberg,
Kundenbetreuung München: Bestell-Tel. 089/54852-8178, Fax 089/54852-8137,
E-Mail kundenbetreuung@hjr-verlag.de, www.psychotherapeutenverlag.de

Psychotherapeuten Verlag

mik trennen, so dass eine genaue Analyse der Interaktion zwischen Krankheitsfolgen und Arbeitsplatzproblemen notwendig wird. Dabei reicht es nicht aus, zu wissen, dass beispielsweise ein stark ausgeprägter selbstunsicherer Persönlichkeitsstil die Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit auf der einen Seite und die sozialen Kommunikationsfertigkeiten auf der anderen Seite stark einschränken. Der Wunsch, nicht mehr an seinen Arbeitsplatz zurückkehren zu wollen oder zu können, hängt auch von der Situation dort (vgl. Linden, 2006), von der subjektiven Bewertung der eigenen Beeinträchtigung, von den zur Verfügung stehenden Alternativen und von der Motivation ab, sich im Erwerbsleben behaupten zu wollen. Der Arbeitnehmer muss sich auf dem aktuellen Arbeitsmarkt den sich immer schneller vollziehenden Wandlungen und betrieblichen Umstrukturierungsprozessen anpassen können. Gerade in der freien Wirtschaft trifft er auf zunehmend unmenschlichere und unmoralischere Produktions-, Interaktions- und Führungsstile, denen er trotz aller gesundheitlichen Einschränkungen etwas entgegensetzen muss. Die hohe Technisierung mit ihrer ebenfalls hohen Erwartung an Ausbildung und Erfahrung des Einzelnen, die Idealisierung der Jugend bei gleichzeitiger entwertender Ignoranz gegenüber älteren Arbeitnehmern lassen sichere Arbeitsnischen verschwinden und dramatisieren auf der einen Seite das Konkurrenzverhalten, aber auf der anderen Seite in noch viel stärkerem Maße die Tendenz zur Resignation und Selbstaufgabe. In manchen Bereichen klafft die Schere zwischen persönlichem Einsatz und institutioneller Gratifikation und Förderung so weit auseinander, dass nicht mehr entschieden werden kann, ob die gesundheitlichen Einschränkungen Ursache oder Folge der Probleme am Arbeitsplatz sind. Mobbing kann und muss in diesem Rahmen als „kulturspezifisches Phänomen" betrachtet werden, in dem sich die Akteure mangels Alternativen gegenüber den Anderen Platz oder auch Sicherheit zu schaffen versuchen.

Vor dem Hintergrund von Massenarbeitslosigkeit wird die Konfrontation mit dem Verlust des Arbeitsplatzes schnell zu einer dramatischen Krise, vor allem, wenn nach der Hoffnung auf einen schnellen Wiedereinstieg in das Arbeitsleben die Ernüchterung angesichts der schon verstrichenen Zeit ertragener Arbeitslosigkeit spürbar wird. Der schleichende Verlust des Selbstbewusstseins und das Gefühl von Wertlosigkeit und mangelnder Selbstwirksamkeit verbinden sich dann mit einem finanziellen und sozialen Abstieg in das Arbeitslosengeld II und der Gewissheit, ab jetzt ohnehin nur noch verwaltet zu werden. Hinzu kommt der immer größer werdende Abstand zur gleichzeitig stattfindenden technologischen Weiterentwicklung, so dass die Größe des zeitlichen Abstands im umgekehrten Verhältnis zur Chance steht, in den alten Beruf wieder einsteigen zu können (Zempel & Frese, 2000).

In diesem Spannungsfeld sind verschiedene Konstellationen und Szenarien denkbar:

1. Der Betroffene kann aufgrund der Folgen seiner Erkrankung nicht ohne Hilfestellung an seinen Arbeitsplatz zurückkehren, der Arbeitgeber ist jedoch flexibel und gesprächsbereit.
2. Der Betroffene kann (oder will) aufgrund der Folgen seiner Erkrankung oder wegen Gründen, die in der Firma oder in der speziellen Interaktion zwischen Betroffenem und der Firma anzusiedeln sind, nicht wieder an seinen Arbeitsplatz zurückkehren.
3. Der Betrieb kann den Betroffenen nicht auf den ursprünglichen Arbeitsplatz zurücknehmen und hat (keine) Alternativen.
4. Der Betroffene war bereits vor Beginn der Erkrankung arbeitslos oder ist im Verlauf arbeitslos geworden.
5. Der Betroffene ist inzwischen so lang krankgeschrieben, dass das Krankengeld ausläuft.
6. Der Betroffene sieht nur noch eine Chance, indem er eine Erwerbsminderungsrente beantragt.

Welche Interventionsmöglichkeiten gibt es?

Der folgende Beitrag soll einen kurzen, kasuistisch gestützten Überblick über die unterschiedlichen Interventionsmöglichkeiten bei sozialmedizinischen Problemen geben und darüber hinaus dazu ermutigen, diese zum Teil mit psychotherapeutischen Mitteln unmittelbar nicht zu beeinflussenden Probleme trotzdem in die Psychotherapie mit einzubeziehen (s.a. Schneider, 2006).

Fallbeispiel: *Herr T. wurde nach seinem Motorradunfall zum IT-Administrator umgeschult. Der sehr ehrgeizige und durch seinen Kraftsport sehr muskulöse 30jährige Mann hatte danach eine Arbeitsstelle gefunden, die jedoch ein Informatikstudium vorausgesetzt hätte. Trotzdem bekam er die Stelle. Erst nach und nach merkte er, dass er von den Anforderungen seines Arbeitsplatzes überfordert war, genoss es aber gleichzeitig deutlich, auf einem Akademikerposten zu sitzen. Als ihn seine Freundin überraschend verließ, geriet er in eine schwere Selbstwertkrise mit Depressionen und latenter Suizidalität. Aufgrund der daraus folgenden Einschränkungen war er nicht mehr in der Lage, seiner Tätigkeit nachzugehen, da er morgens unter gravierenden Antriebsschwierigkeiten und unter Konzentrationsstörungen litt.*

Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld

Nach sechs Wochen begann die Krankengeldzahlung seiner Krankenkasse, nach weiteren zwei Wochen erhielt Herr T. die Aufforderung nach § 51 SGB V, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu stellen. Herr T. ließ sich in diesem Zusammenhang von seiner Krankenkasse belehren, dass er zwar einen Anspruch auf Krankengeld über 78 Wochen unter Berücksichtigung der 6 Wochen Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber hat. Trotzdem könne die Krankenkasse ihn dazu auffordern, alles in seiner Macht Stehende zu tun, um seine Arbeitsfähigkeit wieder zu erlangen. Außerdem wies sie ihn darauf hin, dass eine Arbeitsunfähigkeit bedeutet, dass er nicht in der Lage sei, mindestens 15 Stunden pro Woche seine letzte berufliche Tätigkeit auszuüben.

Medizinische Rehabilitation oder Krankenhausbehandlung?

Zusammen mit seinem Hausarzt beantragte Herr T. eine Leistung zur medizinischen

Rehabilitation. Die Antragsformulare bekam er von seiner Krankenkasse[2].

Eine Krankenhausbehandlung in der am Ort vorhandenen psychosomatischen Klinik war nicht notwendig, da eine aktuelle Bedrohtheit nicht gegeben und er insgesamt so stabil war, dass keine intensive ärztliche, psychotherapeutische oder pflegerische Versorgung oder eine akute Aufnahme innerhalb von Stunden notwendig erschien (vgl. Schmeling-Kludas, 1999). Gleichzeitig stellte sich das Krankheitsbild offenkundig auch als reaktive Symptombildung vor dem Hintergrund der schwierigen Arbeitssituation und der Beziehungskonflikte heraus, die als Grundlage einer medizinisch-psychosomatischen Heilbehandlung dienen konnte. Das Krankheitsbild von Herr T. war zusätzlich von starken Rückenschmerzen geprägt, die den Einsatz eines multiprofessionellen und -dimensionalen Behandlungsansatzes einer Rehabilitationsklinik erforderlich machten. Die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation im Vorfeld könnte darüber hinaus auch Hinweise für die Notwendigkeit sich anschließender Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen) liefern.

Das Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegen zu wirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern (§ 9 SGB VI; s.a. www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de).

Persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen: Die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherung ist an persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen geknüpft. Als persönliche Voraussetzung muss die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert sein.

Gleichzeitig sollte die berechtigte Annahme bestehen, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit entweder abgewendet oder bereits bestehende geminderte Erwerbsfähigkeit gebessert werden kann. Für die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sollte Herr T. in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung sechs Kalendermonate Pflichtbeiträge geleistet haben.

Am Ende der medizinischen Rehabilitation erfolgt im Rahmen des Abschlussberichtes eine sozialmedizinische Stellungnahme zur Leistungsfähigkeit des Patienten in seiner letzten beruflichen Tätigkeit und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (über 6 Stunden, 3-6 Stunden, unter drei Stunden). Gleichzeitig können weitere Maßnahmen vorgeschlagen werden, z.B. die Zweckmäßigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (traditionelle Bezeichnung: berufliche Reha-Leistungen) zu prüfen (zur genauen Definition sozialmedizinischer Begriffe vgl. das Lexikon der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de).

Die Beurteilung des Leistungsvermögens

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Rehabilitationsentlassungsbericht stellt eine wesentliche Entscheidungsgrundlage für weiterführende Leistungen dar. In der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung setzt sich der Arzt mit den Bedürfnissen des Rehabilitanden unter fachlichen, rehabilitativen, gutachterlichen, organisatorischen und versorgungsrechtlichen Aspekten auseinander.

So sollte der Versicherte für seine letzte berufliche Tätigkeit nur noch ein Restleistungsvermögen von unter 3 Stunden aufweisen, wenn gleichzeitig empfohlen wird, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu prüfen. In diesem Zusammen-

2 Er hätte sie sich auch bei den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation oder bei den Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung (alle Adressen unter www.deutsche-rentenversicherung.de) besorgen können. Unter derselben Internetadresse hätte er sich auch die Antragsformulare herunterladen können.

Arbeitsgemeinschaft für VerhaltensModifikation e.V.

Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (VT) *
Würzburg - München (WS 2006/2007)

Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VT) *
Bamberg (WS 2006/2007)

„Arztregistereintrag“ *
im Rahmen der
Übergangsbestimmungen des PsychThG
140/280 Stunden Theorie
Bamberg - Würzburg - München

* alle Veranstaltungen werden zur Fortbildungsanerkennung bei der bayerischen Psychotherapeutenkammer eingereicht

Arbeitsgemeinschaft für
Verhaltensmodifikation Deutschland e. V.
(AVM-D)
Bundesgeschäftsstelle
Dr.-Haas-Straße 4, 96047 Bamberg
Fon (09 51) 2 08 52 11
Fax (09 51) 2 08 52 15
e-mail: info@avm-d.de
internet: www.avm-d.de

13. Psychotherapietage NRW
„Liebe heilt?“ –
„Liebe macht krank?“
Mittwoch, 01.11. –
Sonntag, 05.11.2006
in Bad Salzuflen

Die Psychotherapietage NRW sind eine zertifizierte überregionale psychotherapeutische Fort- und Weiterbildungsveranstaltung. Neben dem Leitthema werden aktuelle Fragen der Psychotherapie interdisziplinär und im Dialog der therapeutischen Schulen in Vorträgen, Seminaren, Kursen und Arbeitsgruppen praxisnah aufgegriffen. Die Veranstaltung ist von der Ärztekammer Westfalen-Lippe mit bis zu 45 Fortbildungspunkten zertifiziert.

Referenten:
Vorträge: Pater A. Grün, I. Seiffge-Krenke, M. Huber, P. Findeisen, A. Riehl-Emde
Vorlesungen, Kurse und Arbeitsgruppen: F. Damhorst, Ch. Diegelmann, U. Gast, G. Heisterkamp, J. Kruse, L. Reddemann, C. Sies, Ch. Smolenski, S. Trautmann-Voigt, W. Tress, B. Voigt, W. Wöller u.a.
Informationen und Anmeldung:
Tagungsbüro Monika Pult,
Postfach 22 12 80, 41435 Neuss
Tel.: 02182/9108, Fax: 02182/69643
e-mail: hpult@t-online.de,
internet: www.psychotherapietage-nrw.de

hang ist es wichtig, zu beachten, dass die Feststellung der (momentanen) Arbeitsunfähigkeit für die letzte berufliche Tätigkeit oder für den allgemeinen Arbeitsmarkt keine besondere Aussagekraft für die Einschätzung der Erwerbsfähigkeit und für die vor diesem Hintergrund zu entscheidende Frage hat, ob Leistungen zur Teilhabe bewilligt werden oder nicht.

Unter dem **sozialrechtlichen Begriff der Erwerbsfähigkeit** versteht man, dass sich ein Rehabilitand unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm aufgrund seiner individuellen Kenntnisse und Fertigkeiten sowie seiner körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens (allgemeiner Arbeitsmarkt) bieten, einen Erwerb verschaffen kann.

Wenn das Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt aufgehoben ist (Leistungsfähigkeit unter 3 Stunden), liegt eine volle Erwerbsminderung vor, die eine (zeitlich befristete) Berentung zur Folge hat. Wenn ein Patient arbeitslos ist und von der behandelnden Rehabilitationsklinik mit einem Restleistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden entlassen wird, gilt im Allgemeinen der Arbeitsmarkt für ihn als verschlossen, so dass dann auch eine (zeitlich befristete) Rente wegen voller Erwerbsminderung zu zahlen wäre.

Arbeitsunfähigkeit, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, volle Erwerbsminderungsrente? Variationen des gleichen Grundproblems

Bei folgenden Gründen kann es für den weiteren Rehabilitationsverlauf der Versicherten von großer Bedeutung sein, dass durch die behandelnden Ärzte der Rentenversicherung über die Empfehlungen für nachfolgende Maßnahmen im Entlassungsbericht signalisiert wird, dass die Möglichkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geprüft werden sollte:

- Der Verlauf der stationären Heilbehandlung zeigt, dass durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden oder bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.
- Bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit kann durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Arbeitsplatz erhalten werden.

Die Beurteilung des Arztes hat nun möglicherweise entscheidende Bedeutung für das weitere Erwerbsleben des Patienten, wirkt sich aber auch auf die nachfolgende Psychotherapie aus:

1. Bei nicht aufgehobenem Leistungsvermögen für die letzte berufliche Tätigkeit kann die Rehabilitationsklinik eine stufenweise Wiedereingliederung empfehlen. Wenn die stufenweise Wiedereingliederung innerhalb von zwei Wochen nach Entlassung beginnt, trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten.

Stufenweise Wiedereingliederung: Der Patient ist weiterhin arbeitsunfähig, bekäme daher auch Übergangsgeld von der Rentenversicherung und würde gemäß einem Wiedereingliederungsplan die Anzahl der Arbeitsstunden langsam erhöhen. Eine stufenweise Wiedereingliederung kann zwischen 6 Wochen und 6 Monaten dauern. Wenn die stufenweise Wiedereingliederung nicht aus der Klinik heraus empfohlen wird, geht die Kostenträgerschaft auf die Krankenkasse über und wird dann über den Hausarzt eingeleitet. In diesem Fall bekommt der Patient Krankengeld. Bei der Planung der stufenweisen Wiedereingliederung muss speziell bei der heutigen Arbeitsmarktlage immer berücksichtigt werden, dass der Arbeitgeber der Durchführung zustimmen muss.

2. Lässt sich ein Patient umgehend nach der medizinischen Rehabilitationsbehandlung wieder krankschreiben, obwohl er als arbeitsfähig entlassen worden ist, wird er wahrscheinlich einem Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MdK) vorgestellt. Dieser Termin ist verbindlich und muss vom Patienten wahrgenommen werden. Der Gutachter überprüft die Einschätzung des Hausarztes, die nicht selten im Widerspruch zur Einschätzung der Rehabilitationsklinik steht, und gibt eine Empfehlung. Diese Empfehlung ist jedoch nicht bindend und hebt daher nicht die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Hausarztes auf.

Das Krankengeld kann im längsten Fall 78 Wochen innerhalb von drei Jahren wegen der gleichen Krankheit gewährt werden und beträgt 70% des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts (§ 47 SGB V). War der Patient vor seiner Erkrankung arbeitslos, würde er Krankengeld in der Höhe des Arbeitslosengeldes bekommen (§ 47b SGB V). Ist ein Patient länger als 78 Wochen krank, endet das Krankengeld und er wird von der Krankenkasse "ausgesteuert". Er steht dann formal dem Arbeitsmarkt im Rahmen seines Restleistungsvermögens wieder zur Verfügung, wenn ihm sein Arbeitgeber keinen anderen leidensgerechten Arbeitsplatz zuweisen kann und keine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit seitens des Rentenversicherungsträgers zu leisten wäre. Die Agentur für Arbeit prüft nun, inwieweit der Patient vor dem Hintergrund seines Restleistungsvermögens noch vermittelbar ist.

Wenn der Gutachter der Agentur für Arbeit feststellt, dass der Patient auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mehr als 6 Stunden, also vollschichtig, einsetzbar ist, erhält er Arbeitslosengeld. Sollte er keine Berechtigung mehr haben, Arbeitslosengeld zu beziehen, bekäme er das Arbeitslosengeld II. Sollte sich bei der Begutachtung herausstellen, dass er nur unter 3 Stunden pro Tag arbeitsfähig ist, und käme der Gutachter zu der Einschätzung, dass innerhalb der nächsten sechs Monate mit einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu rechnen ist, bekäme er Sozialhilfe nach dem neuen SGB XII.

Tipp: Bei Patienten, die älter als 58 Jahre sind und die kaum Chancen haben, in den Arbeitsmarkt wieder eingegliedert

zu werden, empfiehlt sich eine Kombination aus Krankengeld, Arbeitslosengeld und die Beantragung einer vorzeitigen Altersrente. Voraussetzung dafür ist, dass der Patient bei Beginn der Rente insgesamt 52 Wochen arbeitslos war oder 24 Monate Altersteilzeitarbeit ausgeübt hat. Bei dieser Lösung muss jedoch immer bedacht werden, dass der Patient einen Rentenabschlag von 0,3 % pro Monat, den er früher in Rente geht, hinnehmen muss.

Fallbeispiel: *Die 58-jährige Buchhalterin Frau I. litt Zeit ihres Lebens unter extremer Selbstunsicherheit und sozialen Ängsten. Sie war stets eine Außenseiterin und es gelang ihr auch nicht, eine stabile Partnerschaft aufzubauen. Nach mehreren nicht sehr erfolgreich verlaufenen Arbeitsversuchen war sie nun seit 13 Jahren in einem Verlag angestellt. Bevor es zu einem Leitungswechsel kam, war Frau I. stets zufrieden gewesen. Die Arbeit bedeutete für sie Stabilität und Selbstbestätigung, gleichzeitig war sie unter Menschen, was ihr in ihrer Freizeit nur schwer gelang. Nach dem Generationswechsel in der Leitung war sie zunehmend Kritik an ihrer Arbeit ausgesetzt, die Leistungsanforderungen wurden erhöht und Arbeitskontrollen durchgeführt. Schließlich wurde ihr unmissverständlich angedeutet, dass sie auf diesem Arbeitsplatz nicht mehr gebraucht würde und dass für sie nach einer anderen Lösung gesucht werde. Die Ablehnung im Büro war für sie gleichbedeutend mit der erfahrenen früheren sozialen Ablehnung, die sie sehr quälte. Den Vorschlag ihres Vorgesetzten, statt als Buchhalterin unterhalb ihrer Qualifizierung im Lager zur arbeiten, empfand sie als noch größere Kränkung.*

Das Beispiel von Frau I. macht deutlich, dass der plötzliche Knick in der beruflichen Biographie in Abhängigkeit vom Alter des Betroffenen und immer häufiger auch in Abhängigkeit von der Nationalität zu einer persönlichen Resignation führt. Nicht selten haben sich gerade psychisch eingeschränkte Menschen in ihrem Betrieb einen Nischenarbeitsplatz erkämpft oder erarbeitet, auf dem sie gut und kompetent klarkommen. Jede strukturelle und inhaltliche Veränderung kann dann zu einer Dekompensation der psychischen Struktur führen.

3. Die Feststellung eines Leistungsvermögens von unter 3 Stunden für die letzte berufliche Tätigkeit bei gleichzeitigem vollschichtigem Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt verbietet es einem Patienten theoretisch, an seinen alten Arbeitsplatz zurückzukehren.

Nach § 125 SGB III (Minderung der Leistungsfähigkeit) hat er nun einen Anspruch auf Arbeitslosengeld, da er aufgrund seines verminderten Leistungsvermögens seine letzte berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben kann, auf-

EMDR ist eine von Dr. Shapiro (USA) entwickelte, wissenschaftlich anerkannte und weltweit erfolgreiche Psychotherapiemethode zur Behandlung von Traumafolgeerkrankungen.

Dr. Arne Hofmann ist der Leiter des EMDR-Institutes Deutschland, und der erste von Dr. Shapiro ausgebildete und autorisierte Trainer in Deutschland.

Die Ausbildung ist von den Landesärztekammern und den Psychotherapeutenkammern anerkannt und mit **Fortbildungspunkten** zertifiziert.

EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

15.-17.09.06 + 28.10.06 **Berlin**
29.09.-01.10. + 25.11.06 **Königslutter**
13.-15.10.06 + 26.11.06 **München**
03.-05.11.06 + 01.12.06 **Greifswald**
16.-18.11.06 + 12.01.07 **Köln**
16.-18.11.06 + 13.01.07 **Bremen**
18.-20.01.07 + 02.03.07 **Oberursel/Frankfurt**

Info und Anmeldung:
D-51427 Bergisch Gladbach
Telefon: +49 - (0)22 04 - 2 58 66
Telefax: +49 - (0)22 04 - 96 31 82

EMDR-Institut
Dolmanstraße 86 b
www.EMDR-Institut.de
info@EMDR-Institut.de

EMDR-Institut Deutschland
autorisierter Partner des EMDR-Instituts von Francine Shapiro PhD, USA

Deutsche **P**sychologen **A**kademie
GmbH des BDP
Oberer Lindweg 2 53129 Bonn
Telefon 02 28 / 98731-28 Fax 02 28 / 98731-72
E-Mail: info@dpa-bdp.de Internet: www.dpa-bdp.de

Seminarangebot der DPA:

Fortbildungscurriculum Familien-Mediation

Leitung: Heiner Krabbe, Dipl.-Psych. / Ort: Raum Duisburg
Termin Kurs A: 23.-25. November 2006
Gesamtumfang: 140 Zeitstunden

Abschluss gemäß den Richtlinien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Familienmediation sowie den Richtlinien der Europäischen Charta für Familienmediation.

✂----------(Coupon bitte an die DPA senden) ----------

Bitte senden Sie mir das Programm der DPA und Informationen zum Curriculum Familien-Mediation.

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

E-Mail-Adresse _____

PTJ09.06

grund seines vollschichtigen Leistungsvermögens für den allgemeinen Arbeitsmarkt dem Arbeitsamt für eine Vermittlung jedoch zur Verfügung steht.

Diese Lösung ist für manche Patienten vor allem wegen der finanziellen Unsicherheiten und Unwägbarkeiten ein Problem, da in manchen Fällen unklar bleibt, wie es nach der medizinischen Rehabilitationsbehandlung weitergeht, wenn sie aufgrund ihrer Leistungsbeurteilung für ihre letzte berufliche Tätigkeit nicht mehr an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können. Dabei ist es trivial, dass der Verlust des Arbeitsplatzes immer auch mit finanziellen Einschränkungen verbunden ist.

Aufgrund des aufgehobenen Leistungsvermögens für die letzte berufliche Tätigkeit und der Empfehlung der Klinik, die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zu prüfen, hat ein Rehabilitand jedoch auch die Möglichkeit, berufsfördernde Leistungen zu beantragen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verfolgen das Ziel, die Versicherten behinderungsgerecht und möglichst auf Dauer in Arbeit und Beruf sicher ein- bzw. wiedereinzugliedern. Die Förderungs- und Unterstützungsmöglichkeiten, die sich im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ergeben, sind sehr vielfältig und beziehen Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes (Berufsvorbereitungs- oder -anpassungsmaßnahmen, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung, Arbeitsförderung in Werkstätten für Behinderte), Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme (Umzugskosten, Trennungsbeihilfen, Überbrückungsbeihilfen), Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes (Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Hilfe, Arbeitshilfen) und KfZ-Hilfen (Zuschusszahlung zum Erwerb eines Führerscheins, zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges, zu den Berufsbeförderungskosten) ein (vgl. Kobelt et al., 2002).

Auch wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligt werden würden (s.u.), heißt das jedoch oftmals nicht, dass die Betroffenen auf einen anderen, gleichwertigen und vergleichbar bezahlten Arbeitsplatz integriert werden können. Die Chance, Leistungen zur Teilhabe bewilligt zu bekommen, ist nicht immer vorhersehbar, so dass manchmal am Ende einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung ein aufgehobenes Leistungsvermögen für die letzte berufliche Tätigkeit steht, ohne dass der Patient eine wirkliche Alternative hat. Das folgende Beispiel mag das Problem verdeutlichen:

Beispiel: *Frau W., eine 33jährige Verkäuferin, arbeitete in einem Motorradgeschäft. Sie litt unter immer wiederkehrenden Depressionen und Migräneattacken und darüber hinaus unter dem unberechenbaren Führungsstil des Eigentümers. In den psychotherapeutischen Sitzungen während der stationären Heilbehandlung stellte sich heraus, dass Frau W. von einem Nachbarsjungen missbraucht worden war. Die betreuenden Therapeuten hielten es für unzumutbar, dass Frau W. vor dem Hintergrund ihrer Erlebnisse weiterhin mit Männern zusammen arbeitet und stellten ein aufgehobenes Leistungsvermögen (unter 3 Stunden) für die letzte berufliche Tätigkeit als Verkäuferin im Motorradladen fest. Der anschließende Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurde jedoch abgelehnt, weil Frau W. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als Verkäuferin vermittelbar war und eine gute Chance bestehe, einen Arbeitsplatz ohne Kontakt mit Männern zu finden.*

Berufliche Rehabilitationsmöglichkeiten werden auch von der Agentur für Arbeit angeboten. Die Zuständigkeit verbleibt jedoch in den meisten Fällen beim Rentenversicherungsträger, wenn dem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation vorausgegangen ist. Nach einer Beitragszeit von 15 Jahren ist der Rentenversicherungsträger grundsätzlich zuständig. Anträge können jedoch sowohl bei der Agentur für Arbeit, bei den gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation der Rehabilitationsträger, beim Rentenversicherungsträger selbst oder in seinen Auskunfts- und Beratungsstellen gestellt werden.

Unabhängig von den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gibt es im Falle eines aufgehobenen Leistungsvermögens für die letzte berufliche Tätigkeit auch die Möglichkeit, innerhalb des Betriebes auf einen anderen, leidensgerechten Arbeitsplatz umgesetzt zu werden. Gerade in groß- und mittelständischen Betrieben gibt es häufig so genannte „Schonarbeitsplätze". Bei der Vermittlung und Umsetzung unterstützen die Rehafachberater der Rentenversicherung, der Betriebsarzt und ggf. der Personalrat. Diese Lösung sollte jedoch im Vorfeld gut durchdacht werden. Die Feststellung eines aufgehobenen Leistungsvermögens für die letzte berufliche Tätigkeit kann dem Arbeitgeber im schlechtesten Fall auch als „Steilvorlage" dienen, einen möglicherweise überzähligen Mitarbeiter los zu werden, da der Betrieb nicht dazu verpflichtet ist, dem Mitarbeiter einen anderen Arbeitsplatz anzubieten. Er kann also in diesem Fall genauso gut behaupten, dass er in seinem Betrieb keinen anderen geeigneten Arbeitsplatz zur Verfügung hat, was bedeuten würde, dass der Arbeitgeber sein „Dispositionsrecht" freigibt (§ 125 SGB III). Der betroffene Patient hätte dann zwar offiziell noch einen Arbeitsplatz, stünde aber trotzdem der Arbeitsvermittlung zur Verfügung und würde in diesem Fall auch Arbeitslosengeld beziehen.

Dieser kurze und zwangsläufig sehr unvollständige Überblick sollte deutlich machen, wie vielschichtig die sozialen und beruflichen Probleme sein können, mit denen Psychotherapeuten in der täglichen Praxis konfrontiert werden. Auch die Fallbeispiele sollten zeigen, dass soziale und berufliche Probleme häufig als Krankheitsfolge auftreten. Die lösungsorientierte Bearbeitung dieser realen Probleme sollte daher unbedingter Bestandteil jeder Psychotherapie und nicht zuletzt auch der Psychotherapieausbildung sein, um der

Entwicklung eines Circulus Vitiosus aus Krankheit, Krankheitsfolgen am Arbeitsplatz und Verstärkung der Erkrankung vorzubeugen. Vor dem Hintergrund zunehmender Bürokratisierung und gleichzeitiger Verzweigung der verschiedenen Zuständigkeiten kommt dem Psychotherapeuten die Aufgabe zu, seine betroffenen Patienten kompetent zu führen bzw. sie an kompetente Stellen weiterzuvermitteln (Case-Management). Durch die engere Verzahnung des Psychotherapeuten mit Krankenkassen, Arbeitsamt, Rentenversicherung oder Betrieb (z.B. Betriebsmediziner) ließen sich vermutlich einige soziale Probleme schneller und effektiver lösen, wobei die mutige Integration der sozialen und Arbeitswelt möglicherweise dann auch Kosten in der ambulanten Psychotherapie sparen würde, wenn soziale und Arbeitsplatzprobleme, für die den Psychotherapeuten häufig das „Know-how" fehlt, nicht mehr „verschleppt" würden. Es ist daher empfehlenswert, berufliche und soziale Probleme möglichst schon in der Anamnese zu erheben und deren Bearbeitung in die Psychotherapieziele mit aufzunehmen. Gerade Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollten frühzeitig thematisiert werden, da der Prozess von der Antragstellung über die Bewilligung, Durchführung bis zur Integrationsphase sehr lange dauern kann. In dieser Zeit ist jedoch eine psychotherapeutische Begleitung ganz besonders notwendig, da es erfahrungsgemäß während der beruflichen Rehabilitation zu erheblichen Problemen und Konflikten kommen kann.

Der vorliegende Beitrag soll Mut machen, sich näher mit dieser Thematik zu beschäftigen und bei entsprechenden Fällen frühzeitig einen Rehabilitationsberater der Rentenversicherung hinzuzuziehen (Adressen und Telefonnummern unter www.deutsche-rentenversicherung.de), da eine kurze Beratung oder auch nur Hinweise auf den einzuschlagenden Weg dazu beitragen können, manche Barrieren und Widerstände im Therapieprozess zu verringern.

Literatur

Amberger, S., Irle, H. & Grünbeck P. (2003) Arbeitsbezogene Strategien und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Versicherten mit psychischen Störungen. *Deutsche Angestellten Versicherung, 50 (3)*, 135–141.

Kobelt, A., Grosch, E.& Lamprecht, F. (2002). *Ambulante psychosomatische Nachsorge*. Stuttgart: Schattauer.

Kobelt, A., Grosch, E.V. & Gutenbrunner, C. (2006). Wie bedeutsam ist die berufliche Reintegration (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation? *Psychother Psych Med, 56*, 15-22.

Leidig, S. (2003). *Arbeitsbedingungen und psychische Störungen*. Lengerich: Pabst.

Linden, M. (2006). Arbeitsplatzängste und -phobien. In W. Müller-Fahrnow, M. Hansmeier & M. Karoff (Hrsg.), *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation* (S. 181 – 192). Lengerich: Pabst.

Schmeling-Kludas, C. (1999). Fachliche und rechtliche Aspekte zur Abgrenzung einer Krankenhausbehandlung im Gebiet „Psychotherapeutische Medizin" von der Psychosomatischen Rehabilitation. *Psychother. Psychosom. med. Psychol., 49*, 312-315.

Schneider, W. (2006). Psychosomatik in der Arbeitswelt. *Psychotherapeut, 51*, 157 – 170.

Zempel, J. & Frese, M. (2000). Prädiktoren der Erwerbslosigkeit und Wiederbeschäftigung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis , 32 (3)*, 379 – 90.

Dr. Axel Kobelt

Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig - Hannover
Ärztlicher Dienst
Referat für Konzepte und Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation, Abhängigkeitsbehandlung und Psychosomatik
Lange Weihe 2/4
30875 Laatzen
axel.kobelt@drv-bsh.de

Bayerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie e.V.
Nettelbeckstr. 14, 90491 Nürnberg
www.ivs-nuernberg.de

I V S

Institut für Verhaltenstherapie Verhaltensmedizin und Sexuologie
- staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2000

Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen

Ergänzungsqualifikation für die fachl. Befähigung zur Abrechnung von VT bei Kindern u. Jugendlichen
208 Weiterbildungseinheiten in 8 Blöcken vom 06.10.06 bis 29.04.07

INFOS: Psychotherapeutische Ambulanz d. IVS, Nürnberger Str. 22, 90762 Fürth, Tel: 0911-7872727, Fax: -7872729

Leitungsgremium des IVS: Dr. phil. Wolfram Dorrmann • Dr. med. Johannes Kemper • PD Dr. med. Thomas Mösler • Dipl.-Psych. Dr. phil. Andreas Rose

Zur finanziellen Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung: Ergebnisse einer internetgestützten Fragebogenstudie

Heiko Herbert Hölzel

Zusammenfassung: Mit In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes wurde 1999 die Rolle des Psychologischen Psychotherapeuten sowie die des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als eigenständiger Heilberuf gefördert, deren Ausbildung durch die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen für Psychologische Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geregelt ist.

Im vorliegenden Artikel werden Ergebnisse einer internetgestützten Fragebogenstudie berichtet, deren Ziel es war, die finanzielle Situation der Ausbildungsteilnehmer näher zu beleuchten. Vielfach wird in Fachzeitschriften von den unzumutbaren Bedingungen während des "Psychiatrischen Jahres" im Rahmen der praktischen Tätigkeit berichtet, in dem viele Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) ohne Bezahlung tätig sind. Statistische Daten zu dieser Problematik fehlten bisher und sollen im vorliegenden Artikel vorgestellt werden.

Bisherige Berichte über die Problematik des „Psychiatrischen Jahres"

Nach den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen für Psychologische Psychotherapeuten (PP) und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) ist im Rahmen dieser Ausbildung eine Praktische Tätigkeit von mindestens 1800 Stunden notwendig. Diese wird im Umfang von mindestens 1200 Stunden an einer psychiatrischen klinischen Einrichtung abgeleistet und im Umfang von mindestens 600 Stunden an einer von einem Sozialversicherungsträger anerkannten Einrichtung der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung bzw. in der Praxis eines Arztes mit der Weiterbildung in Psychotherapie oder in der eines Psychotherapeuten. Während dieser Zeit müssen Psychotherapeuten in Ausbildung (PiAs) trotz einem bereits erreichten „akademischen Abschluss ihre weit reichenden Kompetenzen im Rahmen des während ihrer Psychotherapieausbildung geforderten Praktikums in Kliniken meist unentgeldlich zur Verfügung stellen" (Fydrich, 2004). Dabei sind die Anforderungen, welche an den PiA gestellt werden, häufig nicht mit jenen zu vergleichen, die an einen einfachen Praktikanten gestellt werden. So berichtet Groeger (2003), „dass die PsychotherapeutIn in Ausbildung nach kurzer Einarbeitungszeit das volle Aufgabenspektrum einer klinischen PsychologIn in der psychiatrischen Regelversorgung zu übernehmen hat (...)". Leider fehlen bisher statistische Daten, welche die Problematik der unbezahlten Tätigkeit während des praktischen Jahres belegen. Um diese Lücke zu füllen, wurden PiAs mittels einer internetgestützten Fragebogenstudie gebeten, über ihre finanzielle Situation während der Ausbildung zu berichten. Im Folgenden sollen erste Ergebnisse dieser Fragebogenstudie vorgestellt werden.

Konzeption der Studie

Um eine möglichst große Anzahl an PiAs zu erreichen, wurde auf das internetgestützte Befragungssystem MOOSE zurückgegriffen, welches es ermöglicht, online abrufbare Fragebogenstudien durchzuführen. Ein im Internet gespeicherter Fragebogen kann durch einen Link vom Nutzer aufgerufen und online ausgefüllt werden. Die so erfassten Daten werden unmittelbar bei Ausfüllen des Fragebogens in einem SPSS-auslesbaren Datenformat abgespeichert und können ohne weitere Bearbeitung für statistische Analysen genutzt werden.

Zur Rekrutierung einer möglichst großen Stichprobe wurden im Dezember 2005 169 Ausbildungsinstitute angeschrieben, welche die Ausbildung zum PP oder KJP in einem der anerkannten Therapieverfahren (Verhaltenstherapie = VT, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie = TP und analytische Psychotherapie = PA) anbieten. Sie wurden gebeten, ihre Kollegen in Ausbildung auf die Studie durch Bekanntgabe des Links zum Fragebogen aufmerksam zu machen. Zusätzlich wurden Studienteilnehmer am Ende des Fragebogens darum gebeten, dessen Link via Email an andere Ausbildungsteilnehmer weiterzuleiten. Auf diese Weise konnten bis Ende April 2006 insgesamt 446 Teilnehmer rekrutiert werden, die den Fragebogen komplett oder teilweise ausgefüllt hatten. Es existieren keine genauen Daten zur Gesamtzahl der Ausbildungsteilnehmer in der Weiterbildung zum PP und KJP, so dass eine Einschätzung der Repräsentativität der Stichprobe nur schwerlich getroffen werden kann. Es finden sich Schätzungen, die von 6000 bis 7000 Ausbildungsteilnehmer in Deutschland (vgl. VPP, 2004; BDP, 2005) ausgehen. Treffen diese Schätzungen zu, so wurden ca. 6 bis 7 Prozent der Gesamtpopulation in dieser

Tabelle 1: Teilnehmerzusammensetzung nach Alter und Geschlecht

	Alter (in Jahren)						
Geschlecht	bis 25	26 bis 30	31 bis 35	36 bis 40	41 bis 45	über 45	**Gesamt**
männlich	0 (0 %)	15 (3,38 %)	43 (9,68 %)	24 (5,41 %)	7 (1,58 %)	6 (1,35 %)	95 (21,40 %)
weiblich	6 (1,35 %)	155 (34,91 %)	91 (20,50 %)	50 (11,26 %)	28 (6,31 %)	19 (4,28 %)	349 (78,60 %)

Studie erreicht. Für eine gegebene Repräsentativität spricht zudem, dass die Struktur der Stichprobe vergleichbar ist mit der Stichprobe einer Untersuchung des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (vgl. Zimmermann, 2006). Auch in dieser fand sich ein relativ hoher Anteil von Ausbildungsteilnehmer im Schwerpunktverfahren Verhaltenstherapie (63 %) sowie ein geringer Anteil von KJP an der Stichprobe (17 %).

Aufbau der Stichprobe

Bei der Aufschlüsselung der Stichprobe nach Ausbildungsverfahren und Ausbildungsrichtung (vgl. Tabelle 2) fällt auf, dass die Mehrzahl der Teilnehmer (388 Personen) sich in der Ausbildung zum PP befand und nur 57 Teilnehmer die zum KJP absolvierten. Auch wurde der Fragebogen zum großen Teil von Personen ausgefüllt, die sich in der Ausbildung mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie befanden. Zudem lässt sich feststellen, dass die Studienteilnehmer zum größten Teil weiblich (78,6 %) und meist im Alter von 26 bis 35 (68,5 %) waren (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 2: Teilnehmerzusammensetzung nach Ausbildungsverfahren und Ausbildungsrichtung

	Schwerpunktverfahren		
Ausrichtung	VT	TP	PA
Kinder und Jugendliche	43 (9,66 %)	7 (1,57 %)	7 (1,57 %)
Erwachsene	290 (65,17 %)	56 (12,58 %)	42 (9,44 %)

Betrachtet man die Stichprobe im Hinblick auf die Vorbildung der Teilnehmer, so haben 91,2 % einen Studienabschluss im Fach Psychologie erworben, 3 % einen Abschluss in Pädagogik und 5,8 % einen in einem anderen Studienfach erlangt. Diese Verteilung zugunsten des Ausbildungsabschlusses in Psychologie lässt sich durch die Zulassungsvoraussetzungen erklären, da ein Diplom in Psychologie Voraussetzung für die Ausbildung zum PP ist und die Mehrzahl der Studienteilnehmer sich in dieser Ausbildung befinden.

Der finanzielle Aufwand für die Ausbildung

Bei der Erfassung des finanziellen Aufwandes für die Ausbildung wurden die monatlichen Ausbildungsgebühren erfasst. Hierbei wurde erfragt, wie viel Euro die Ausbildungsteilnehmer pro Monat an direkten Ausbildungskosten im Schnitt aufwenden müssen (Selbsterfahrungs-, Supervisions- oder Seminargebühren; Lehranalyse bzw. -therapie). Vergleicht man diese Gebühren in Bezug auf den Ausbildungsschwerpunkt der Studienteilnehmer (vgl. Tabelle 3), so fällt auf, dass im Schwerpunktverfahren analytische Psychotherapie die höchsten Ausbildungsgebühren aufzuwenden sind. Dies hängt größtenteils mit dem Kostenaufwand für die umfangreichere Selbsterfahrung zusammen.

Um ihre Ausbildung zu finanzieren, greift die Mehrzahl der befragten Ausbildungsteilnehmer (55,4 %) auf ein Gehalt aus einer Tätigkeit zurück, die neben der Ausbildung ausgeübt wird, oder nutzen ihre bisher angesammelten Ersparnisse (45,7 %). Nur 39,5 % der Befragten sind in der Lage, ihre Ausbildung zum Teil mit Mitteln zu finanzieren, die sie im Rahmen ihrer Ausbildungstätigkeit (praktische Tätigkeit oder praktische Ausbildung) erworben haben (vgl. Tabelle 4). Förderungen wie Stipendien (1,3 %) oder BAföG (0,7 %) spielen bei der Finanzierung der Ausbildung keine entscheidende Rolle.

Nur 53,1 % (N=237) der Studienteilnehmer sehen die Finanzierung ihrer Ausbildung als gesichert an, immerhin 46,2 % (N=206) gehen davon aus, nicht ihre komplette Ausbildung durch ihre bisherigen Finanzierungsmöglichkeiten decken zu können. Für 3 Personen (0,7 %) war es noch nicht absehbar, ob sie durch ihre bisherigen Finanzierungsmöglichkeiten ihre Ausbildungskosten decken können.

Die finanzielle Situation in der praktischen Tätigkeit

Von den 446 Studienteilnehmern hatten insgesamt 316 Personen die praktische Tätigkeit schon absolviert oder befanden sich in der praktischen Tätigkeit. Diese

Tabelle 3: Durchschnittliche monatliche Ausbildungsgebühr in Euro

	Schwerpunktverfahren		
monatliche Gebühren (in Euro)	VT	TP	PA
	Anzahl (Prozent)	Anzahl (Prozent)	Anzahl (Prozent)
1 - 100	5 (1,2)	1 (0,2)	4 (1,0)
101 - 200	17 (4,1)	10 (2,4)	4 (1,0)
201 - 300	144 (35,0)	17 (4,1)	11 (2,7)
301 - 400	117 (28,5)	21 (5,1)	1 (0,2)
401 - 500	17 (4,1)	4 (1,0)	0
501 - 600	3 (0,7)	7 (1,7)	2 (0,5)
über 600	6 (1,5)	3 (0,7)	17 (4,1)

Tabelle 4: Finanzierungsarten der Ausbildung (Mehrfachantworten möglich)

Finanzierung der Ausbildung durch	Anzahl	Prozent
Ersparnisse	204	45,7
Eltern	159	35,7
Partner	101	22,6
BAföG	3	0,7
Stipendium	6	1,3
Darlehen	56	12,6
Gehalt aus Nebentätigkeit	247	55,4
Gehalt aus Ausbildungstätigkeit	176	39,5
sonstige Quellen	46	10,3

wurden getrennt für die 1200 Stunden praktische Tätigkeit an einer psychiatrischen klinischen Einrichtung und für die 600 Stunden an einer von einem Sozialversicherungsträger anerkannten Einrichtung nach ihren Einkünften und ihrer durchschnittlichen Arbeitzeit befragt.

Während der praktischen Tätigkeit an einer psychiatrischen klinischen Einrichtung erhielten mehr als die Hälfte der Befragten (54,1 %) kein Gehalt (vgl. Abbildung 1). Alle Befragten wenden mehr als 11 Stunden pro Woche für ihre Arbeit im Rahmen der Tätigkeit auf. 49,3 % arbeiten mehr als 31 Stunden pro Woche im Rahmen ihrer Tätigkeit (vgl. Abbildung 2). Es findet sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der wöchentlichen Arbeitszeit und dem erzielten monatlichen Gehalt ($r = 0{,}326$, $p < 0{,}001$, $N = 314$). Personen die eine höhere wöchentliche Arbeitszeit aufweisen, erzielen meist auch höhere Einkünfte. Aber immerhin 48,5 % der Personen, die wöchentlich mehr als 31 Stunden arbeiten, beziehen aus dieser Arbeit keine Einkünfte.

Bei der praktischen Tätigkeit an einer von einem Sozialversicherungsträger anerkannten Einrichtung in Höhe von 600 Stunden ist auffällig, dass während dieser Tätigkeit von den Ausbildungsteilnehmern höhere Einkünfte erzielt werden (vgl. Abbildung 3) bei einer ähnlichen Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit (vgl. Abbildung 4). Für diesen Abschnitt der praktischen Tätigkeit lässt sich auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen der wöchentlichen Arbeitszeit und den erzielten Einkünften finden ($r = 0{,}443$, $p < 0{,}001$, $N = 245$). Personen, die eine höhere wöchentliche Arbeitszeit aufweisen, erzielen im Durchschnitt höhere Einkünfte als Personen mit einer niedrigeren Arbeitszeit. Während dieses Abschnitts der praktischen Tätigkeit erhalten nur noch 29,2 % der Personen, die mehr als 31 Stunden wöchentlich arbeiten, für ihre Tätigkeit kein Gehalt.

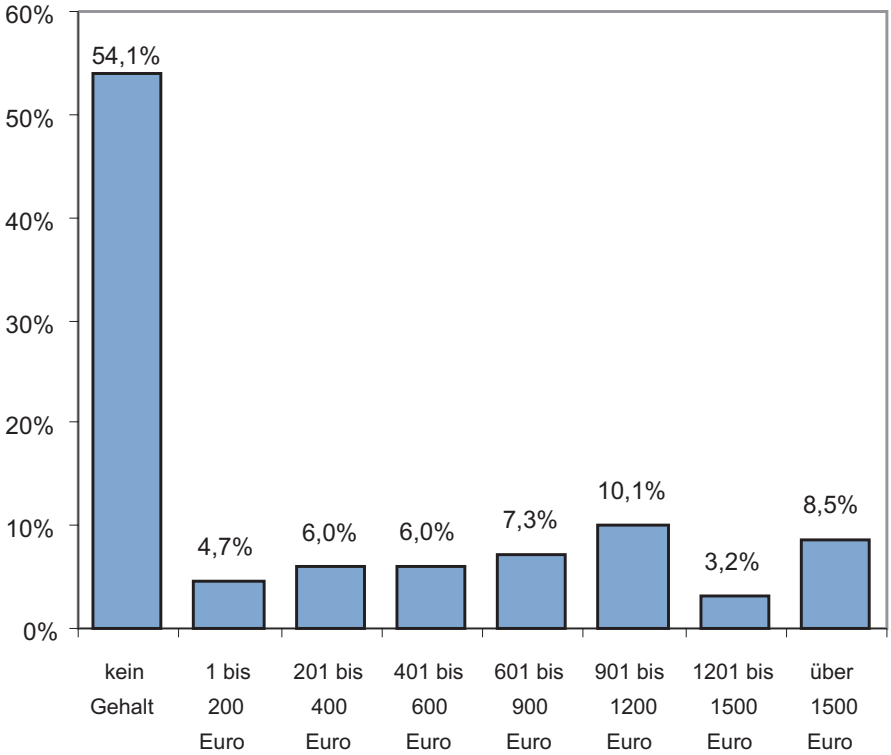


Abbildung 1: Durchschnittliches Gehalt im Rahmen der praktischen Tätigkeit in einer psychiatrischen klinischen Einrichtung

Die finanzielle Situation in der praktischen Ausbildung

Von den befragten Personen befanden sich insgesamt 214 in der praktischen Ausbildung. Von diesen Personen gaben 64,5 % an, dass ihnen ein Teil des erwirtschafteten Honorars während der praktischen Ausbildung ausbezahlt wird. Eine Übersicht über die durchschnittliche prozentuale Vergütung wird in Abbildung 5 gegeben.

Diskussion und Ausblick

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die berichtete fehlende Entlohnung für die praktische Tätigkeit (vgl. Götzinger, 2004; BDP, 2005) sich auch in den hier erhobenen Daten widerspiegelt. Immerhin erhält fast die Hälfte der Ausbildungsteilnehmer während der praktischen Tätigkeit keine Entlohnung für ihre geleistete Arbeit. Trotzdem müssen in dieser Zeit Ausbildungskosten gezahlt werden. Dies trägt wahrscheinlich mit dazu bei, dass ein hoher Prozentsatz der PiAs ihre Ausbildungsgebühren zum Teil nur durch finanzielle Unterstützung von Seiten der Eltern oder des Partners begleichen kann. Einkünfte während der Ausbildung werden meist erst in der Phase der praktischen Ausbildung erzielt, während der die Ausbildungsteilnehmer in den meisten Fällen an den durch sie erwirtschafteten Einkünften beteiligt werden.

Eine beitragsfreie Mitgliedschaft in den Kammern (wie in einigen Kammern schon jetzt möglich) könnte dazu beitragen, dass

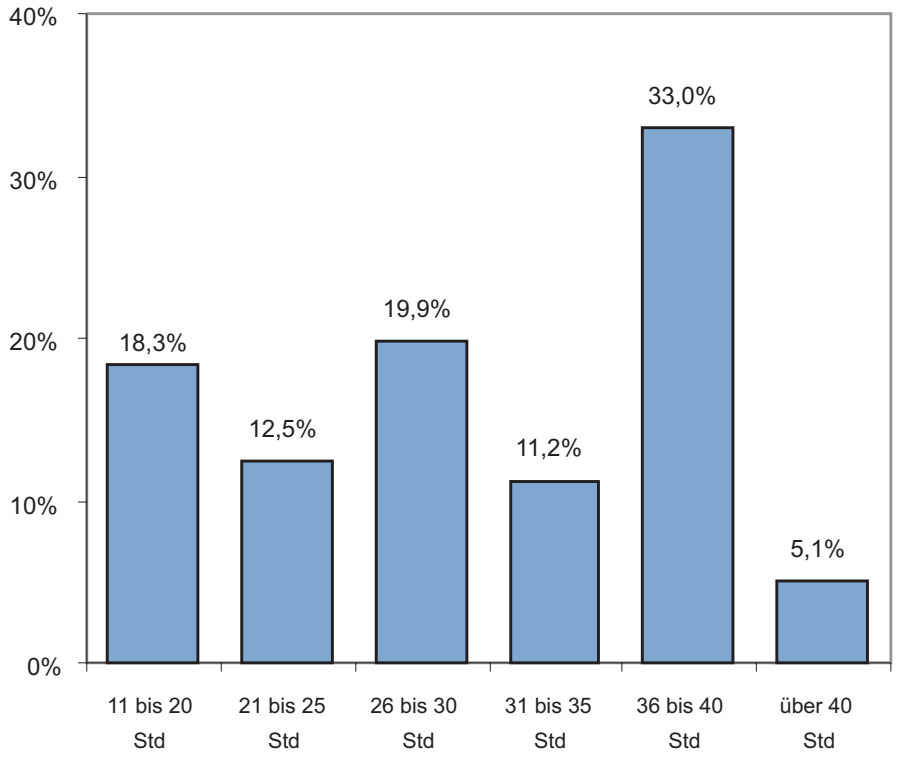


Abbildung 2: Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit im Rahmen der praktischen Tätigkeit in einer psychiatrischen klinischen Einrichtung

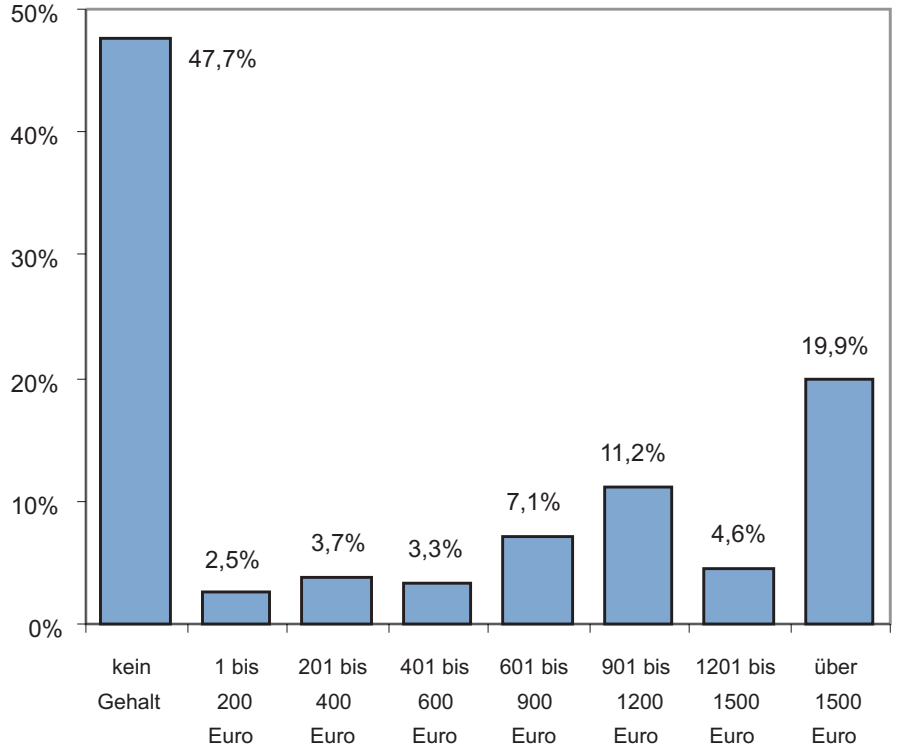


Abbildung 3: Durchschnittliches Gehalt im Rahmen der praktischen Tätigkeit in einer von einem Sozialversicherungsträger anerkannten Einrichtung

sich die in Ausbildung befindlichen Psychotherapeuten gemeinsam mit bereits praktizierenden Psychotherapeuten an den Bestrebungen zur Weiterentwicklung des PsychThG sowie der PsychTh-APrV beteiligen können.

Für den Bereich der praktischen Ausbildung wäre es interessant, Informationen zu erhalten, wofür die Einkünfte aus diesem Ausbildungsabschnitt verwendet werden. Eine Offenlegung der Finanzpläne der Ausbildungsinstitute, wie bei

R. Goodman, S. Scott, A. Rothenberger
Kinderpsychiatrie kompakt
2. überarb u. erw. Auflage 2006.
ca. 480 Seiten. Brosch.
ca. EUR 54,95
ISBN 3-7985-1612-X

Auf der Grundlage klinischer Erfahrung und aktueller Forschungsergebnisse werden die zentralen Fakten, Konzepte und Entwicklungen in der Kinderpsychiatrie dargestellt. Alle wichtigen seelischen Störungen, ihre Untersuchung und Abklärung werden aufgeführt sowie Risiko- und Schutzfaktoren und ihre mögliche Einflussnahme abgehandelt.

- Interdisziplinäres Lehr- und Nachschlagewerk
- Verständliche und lerngerechte Anleitung für Diagnose und Therapie
- Über 300 Multiple Choice Fragen zur Wissenskontrolle

Steinkopff Darmstadt
c/o Springer Distribution Center
Kundenservice · Haberstraße 7
69126 Heidelberg/Germany
Fax: +49-6221-345-4229
E-Mail:
SDC-bookorder@springer.com
www.steinkopff.springer.de

PSYCHIATRIE

STEINKOPFF DARMSTADT

Die Euro-Preise für Bücher sind gültig in Deutschland und enthalten 7% MwSt. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

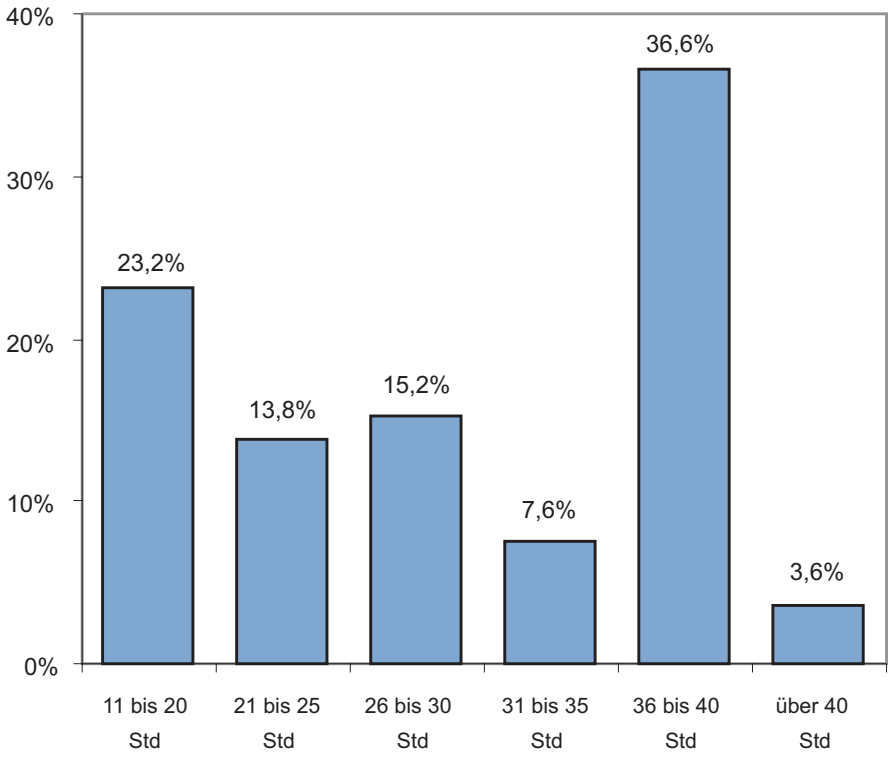


Abbildung 4: Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit im Rahmen der praktischen Tätigkeit in einer von einem Sozialversicherungsträger anerkannten Einrichtung

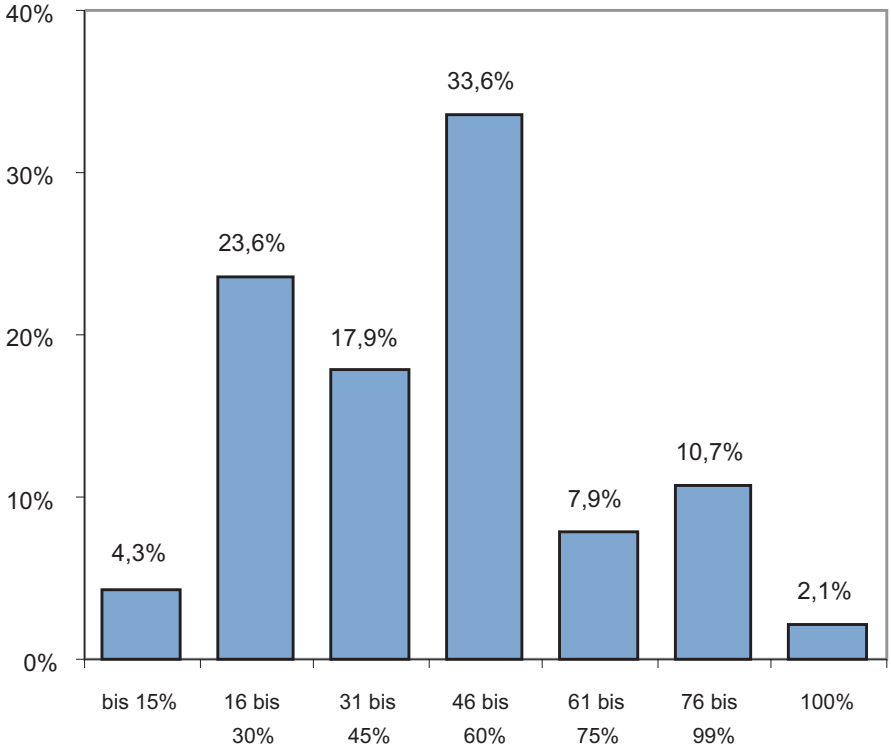


Abbildung 5: An Ausbildungsteilnehmer ausbezahlter Anteil des erwirtschafteten Honorars im Rahmen der praktischen Ausbildung.

einigen Ausbildungsinstituten schon jetzt üblich, würde es für die Ausbildungsteilnehmer transparent machen, wohin die durch ihre Tätigkeit erwirtschafteten Honorare fließen.

Schwieriger ist die Lage in der praktischen Tätigkeit. Von den Landesprüfungsämtern und dem Bundesgesundheitsministerium wird die Tätigkeit als Praktikum klassifiziert (BDP, 2004). Da sie keine Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde besitzen, ist es PiAs formalrechtlich nicht möglich, eigenständig psychotherapeutische Tätigkeiten auszuüben. Würden PiAs wirklich keine eigenständige Arbeit leisten, so wäre gegen eine fehlende oder nur geringfügige Bezahlung nichts einzuwenden. Eine interessante Frage wäre, wie Einrichtungen reagieren, wenn PiA während der praktischen Tätigkeit keine eigenständige Arbeit mehr leisten (also eigenständig keine Gruppen mehr leiten und keine psychotherapeutischen Gespräche mehr leisten), sondern einzig als Co-Therapeuten tätig werden.

Wichtig wäre es zudem, dass das Gesundheitsministerium und die Landesprüfungsämter festlegen, welche Tätigkeiten während der praktischen Tätigkeit verrichtet werden sollen. Der Petitionsausschuss des Bundestages meint in seiner Ablehnung einer Petition von ca. 1000 PiA, die eine gesetzliche Regelung der Vergütung wünschten, dass das Praktische Jahr „am ehesten mit den auch im Medizinstudium vorgeschriebenen Praktika bzw. Famulaturen vergleichbar" (Onlinequelle: http://www.bptk.de/aktuelles/news/178015.html) sei. Wenn dem so wäre, dann sollten auch von den PiA nur vergleichbare Leistungen innerhalb des praktischen Jahres gefordert werden. Sollten die erbrachten Leistungen jedoch über dieses Tätigkeitsniveau hinausgehen, wie die in der oben angegebenen Onlinequelle zitierte Studie nahe legt, so wäre eine angemessene Vergütung der praktischen Tätigkeit unabdingbar.

Sollten jedoch Einrichtungen per Gesetz gezwungen werden, den PPiA und KJPiA ein Gehalt zu zahlen, so ist zu befürchten, dass die Zahl der Stellenangebote für die praktische Tätigkeit drastisch absinkt. Kliniken, die bisher eine hohe Anzahl an PPiA und KJPiA als unbezahlte Praktikanten aufnahmen, würden diese Anzahl bei einer erzwungenen Bezahlung wahrscheinlich reduzieren. Vermutlich würden sich in diesem Fall mit einem reduzierten Angebot an Stellen für die ohnehin schon lange praktische Tätigkeit die Ausbildungszeiten noch weiter verlängern.

Um zu klären, wie die bisherigen Absolventen der Ausbildung die Phase der prak-

tischen Tätigkeit und praktischen Ausbildung in der Rückschau bewerten, ist eine weitere internetgestützte Fragebogenstudie für September 2006 geplant, die ab September 2006 unter dem Link "http://www.uni-trier.de/urt/user/baltes/moose/surveys/PsychTh/start.htm" erreichbar sein wird.

Literatur

BDP. (2004). Eine Lanze für die PPiA – die Fortsetzung. *Report Psychologie, 9,* 555-556.

BDP. (2005). Diplom-Psychologen in Ein-Euro-Jobs. *Report Psychologie, 3,* 134-135.

Fydrich, T. (2004). Fünf Jahre Psychotherapeutengesetz. *Verhaltenstherapie, 14,* 5-6.

Götzinger, E. (2004). Am fehlenden Geld liegt es nicht. *Report Psychologie*, 11/12, 638.

Groeger, W.M. (2003). Vier Jahre Psychotherapie-Ausbildung – Eine erste Bilanz. *Psychotherapeutenjournal, 2 (3)*, 203-206.

VPP. (2004). VPP macht sich stark für veränderte Ausbildungsbedingungen. *Report Psychologie, 11/12,* 696.

Zimmermann, B. (2006). Weit über die Hälfte aller PiA ohne eigenes Einkommen. *Report Psychologie, 2,* 86.

Dank

Ich möchte mich bei Herrn Dipl. Psych. Günther Ruggaber bedanken, der mich bei der Durchführung der Studie durch seine konstruktive Kritik sehr unterstützt hat sowie die Möglichkeit bot, diese ersten Ergebnisse der Studie auf dem letzten dgvt-Kongress im Mai 2006 in Berlin vorzustellen. Bei Herrn Dipl. Psych. Bernhard Baltes-Götz des Rechenzentrums der Universität Trier möchte ich mich für seine Hilfe bei der Einrichtung und Betreuung der Umfrage bedanken.

Dr. Heiko H. Hölzel

Forsthaus Failz
54516 Wittlich
heikohoelzel@web.de

Die Klinik sucht zu **sofort** oder **später** eine/n

Approbierte/n psychologische/n Psychotherapeutin/ Psychotherapeuten

vorzugsweise Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin/-en

als Stationstherapeutin/-en.

Für Rückfragen steht Ihnen der Ärztliche Direktor, Dr. med. Khalid Murafi, unter der Tel.-Nr. 02381/893-329 zur Verfügung.

Bitte senden Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen an die

Betriebsleitung des Westf. Instituts Hamm Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Heithofer Allee 64, 59071 Hamm

Informationen unter **www.jugendpsychiatrie-hamm.de**

Fachklinik Waren

Zentrum für Psychosomatische Medizin und Verhaltensmedizin

Behandlungsspektrum der Klinik

- Depressive Störungen
- Angst- und Panikstörungen
- somatoforme Störungen
- Essstörungen einschließlich Anorexie und Bulimie
- Persönlichkeitsstörungen und Störungen der Impulskontrolle
- Erschöpfungssyndrome
- psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei körperlichen Erkrankungen

Behandlungsschwerpunkte

- chronische Schmerzsyndrome
- "Mobbing" und Arbeitsplatzkonflikte
- Trauma

Das THERAPEUTISCHE KONZEPT der Fachklinik basiert auf einem integrativ- verhaltenstherapeutischen Ansatz, der medizinische und psychologische Maßnahmen gleichermaßen berücksichtigt. Dabei wird dem für psychosomatische Störungen kennzeichnenden Zusammenwirken der verschiedenen Krankheitsbedingungen in enger interdisziplinärer Kooperation Rechnung getragen. Relevante aktuelle Erkenntnisse der biomedizinischen Forschung und der Verhaltenswissenschaften sind Grundlage einer effektiven Behandlung der Patienten. Während der stationären Behandlung werden die Patienten dazu motiviert, zu Experten ihrer eigenen Problematik zu werden und Selbstverantwortung zu übernehmen. In der Fachklinik Waren besteht für allein erziehende Mütter oder Väter die Möglichkeit zur Mitnahme von Kindern zwischen 2 bis 12 Jahren.

Fachklinik Waren (Müritz) Auf dem Nesselberg5, 17192 Waren (Müritz)
Tel. 01803 244142-0, Fax 01803 244142-404, www.fachklinik-waren.de, e-Mail: info@fachklinik-waren.de

Die rechtliche Bedeutung des Abstinenzgebotes in der Psychotherapie

Robert Francke

Direktor am Institut für Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Bremen

Zusammenfassung: Die sachliche Basis des Abstinenzgebotes in der Psychotherapie liegt in der Rollenzuweisung als Helfender und Hilfesuchender und den damit i.d.R. verbundenen spezifischen emotionalen Prozessen (Übertragung). Das Abstinenzgebot findet seine rechtliche Regelung in drei unterschiedlichen Rechtsgebieten: Dem tatbestandlich eng gefassten Strafrecht, dem Zivilrecht, das Berufspflichten unter dem Gesichtspunkt des Geldersatzes für Schäden, der Zahlungspflicht für die in Anspruch genommene psychotherapeutische Leistung und der Unterlassung störender Handlungen regelt, und dem Kammerrecht, das die Berufspflichten unter dem Gesichtspunkt guter beruflicher Ordnung bestimmt. Strafrechtlich sind sexuelle Handlungen während des „Anvertrautseins untersagt"; das ist nach der ordnungsgemäß beendeten Behandlung nicht mehr der Fall. Zivilrechtlich besteht die Abstinenzpflicht während der Behandlung, und sie besteht danach, soweit der Patient im Einzelfalle schutzbedürftig ist. Ebenso ist es im Kammerrecht. Gegen eine starre, dem Einzelfall keinen Raum gebende Regelung, wie sie die Berufsordnung für Baden-Württemberg vorsieht (striktes Verbot für drei Jahre nach Beendigung der Behandlung), bestehen verfassungsrechtliche Bedenken (unverhältnismäßige Beschränkung der Grundrechte)[1].

1. Die professionell-berufsethische Grundlage

Die sachliche, durch professionelle und berufsethische Erkenntnisse wie Überzeugungen begründete Basis des Abstinenzgebotes in der Psychotherapie liegt in der Rollenzuweisung als Helfender und Hilfesuchender in der Behandlung. In einer Reihe von Verfahren von psychotherapeutischen Behandlungen kommt es insoweit zu tiefergehenden emotionalen Prozessen („Übertragungen"), die diese Rollenunterschiede verstärken. Verlässt der Behandler die psychotherapeutische Arbeitsebene, so werden die Rollen (Übertragungs- und reale Ebene) auf für den Patienten schwer entwirrbare Weise vermischt. Daher hat der Psychotherapeut im Rahmen einer Psychotherapie persönliche, über die Therapie hinausgehende und insbesondere sexuelle Kontakte zum Patienten zu unterlassen. Daraus resultiert die Gefahr gesundheitlicher Schäden. Soweit es sich um sexuelle Handlungen handelt, besteht das Risiko einer Verletzung des Rechts der sexuellen Selbstbestimmung. Aufgrund der spezifischen Rolle des psychotherapeutischen Heilbehandlers stellt Abstinenz eine einseitige Pflicht dar. Der Psychotherapeut ist auch dann zur Abstinenz verpflichtet, wenn die Aufnahme sexueller Kontakte vom Patienten ausdrücklich gewünscht oder gewollt wird. Eine besonders umstrittene Frage betrifft die Dauer der Geltung des Abstinenzgebotes, namentlich die Aufnahme sexueller Kontakte nach Beendigung der Therapie. Diese Frage wird am Ende des Beitrags in einem gesonderten Abschnitt beantwortet.

2. Rechtliche Regelungen des Abstinenzgebotes

Die Verletzung des psychotherapeutischen Abstinenzgebots, vor allem die Aufnahme sexueller Kontakte zwischen Psychotherapeut und Patient ist erst seit Ende der 80-er Jahre Gegenstand einer breiteren Diskussion. Das Abstinenzgebot findet als berufliche Pflicht des psychotherapeutischen Heilbehandlers seine rechtliche Regelung in drei unterschiedlichen Rechtsgebieten, deren Rechtsnormen nach Inhalt und Sanktionen das Abstinenzgebot mit unterschiedlichen Akzentsetzungen regeln. Die weitestgehenden Sanktionen und die daher am engsten gefassten Voraussetzungen finden sich im Strafrecht. Das Zivilrecht regelt nach weiter gezogenen Gesichtspunkten die Berufspflichten unter dem Gesichtspunkt des Geldersatzes für Schäden, der Zahlungspflicht für die in Anspruch genommene psychotherapeutische Leistung und der Unterlassung störender Handlungen. Das öffentlich-rechtliche Berufsrecht, das Recht der Berufskammern schließlich, das insoweit vor allem durch die Berufsordnung bestimmt wird, regelt mit einem nicht unerheblichen Gestaltungsspielraum die Pflichten unter dem Gesichtspunkt guter beruflicher Ordnung, die gegebenenfalls durch berufsbezogene Sanktionen herzustellen ist.

3. Strafrecht: Die Regelung des § 174 Abs. 2 Strafgesetzbuch (StGB)

a) Gesetzgebungsgeschichte

Die Thematik des sexuellen Missbrauchs hat in den zurückliegenden Jahren hohe fachliche und allgemeine Aufmerksamkeit

1 Frau cand. jur. Melanie Pijetlovic danke ich für die Mitarbeit.

erfahren. In diesem Kontext wurden auch sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie breit thematisiert und untersucht. In der Folge dieser Debatte wurde der sexuelle Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs- bzw. Behandlungsverhältnisses durch einen neu geschaffenen § 174c StGB unter Strafe gestellt. § 174c StGB schließt eine Strafbarkeitslücke. Mit ihm wird der Erfahrung Rechnung getragen, dass bisher sexuelle Übergriffe in psychotherapeutischen Behandlungen Erwachsener nicht immer anderen bereits geltenden strafrechtlichen Bestimmungen zum Schutz der sexuellen Selbstbestimmung zugeordnet werden konnten. Demgemäß hat das Abstinenzgebot in der Psychotherapie, soweit es sexuelle Handlungen betrifft, im Strafrecht seinen Niederschlag durch die Bestimmung des § 174c Abs. 2 gefunden, die durch das am 01. April 1998 in Kraft getretene 6. Strafrechtsreformgesetz eingeführt wurde.

Der Grund für die Aufnahme des § 174c StGB durch den Gesetzgeber war, dass eine besonders starke psychische Abhängigkeit der in § 174c StGB genannten Personengruppen zu ihrem Berater, Betreuer oder Therapeuten entstehen kann, welche sexuelle Übergriffe seitens des Beraters, Betreuers oder Therapeuten erleichtert.[2] Die Ausnutzung einer bestehenden Abhängigkeitsbeziehung kann mit erheblichen psychischen Schäden des Opfers verbunden sein.[3] Die spezifische Abhängigkeitsbeziehung und Vertrautheit sowie die psychische Beeinträchtigung der geschützten Personen, aufgrund derer sie sich in ein Behandlungsverhältnis begeben, führen folglich zu einer erhöhten Schutzbedürftigkeit vor sexuellen Übergriffen durch ihre Therapeuten.[4]

b) Der Tatbestand

Die Bestimmung des § 174 StGB lautet unter der Überschrift Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses:

1. Wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm wegen einer geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung einschließlich einer Suchtkrankheit oder wegen einer körperlichen Krankheit oder Behinderung zur Beratung, Behandlung oder Betreuung anvertraut ist, unter Missbrauch des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
2. Ebenso wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut ist, unter Missbrauch des Behandlungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt.
3. Der Versuch ist strafbar.

Der Begriff der sexuellen Handlung ist umgangssprachlich weit gefasst. Im Kontext des Strafrechts ist er jedoch eigens definiert. Sexuelle Handlungen im Sinne des Gesetzes sind nur solche, die im Hinblick auf das jeweils geschützte Rechtsgut von einiger Erheblichkeit sind. Als sexuell gilt dabei eine Handlung, die in der Regel durch das aktive Tun und unter Einsatz zumindest des eigenen Körpers das Geschlechtliche im Menschen zum unmittelbaren Gegenstand hat. Die sexuelle Handlung muss zudem objektiv gegeben sein, d.h. in ihrem äußeren Erscheinungsbild für das allgemeine Verständnis den Bezug auf das Geschlechtliche erkennen lassen. Die subjektive Absicht und deren evtl. geschlechtliche Färbung sind nicht erheblich. Sie wird nur bei dem Erscheinungsbild nach mehrdeutigem Verhalten berücksichtigt. Schließlich muss die sexuelle Handlung, um durch das Strafrecht geahndet werden zu können, von einiger Erheblichkeit sein (Intensität und Dauer, soziale Relevanz).

Der Begriff der psychotherapeutischen Behandlung gemäß § 174c Abs. 2 StGB ist weit zu verstehen.[5] Es kommt nicht darauf an, dass die Therapie anerkannten Regeln eines Berufsverbandes folgt oder sich einer der verbreiteten „Schulen" zuordnen lässt, vielmehr werden auch alternative Therapieformen und Außenseitermethoden von dem Tatbestand erfasst. Weiter ist es auch ohne Belang, ob die Behandlung als Psychotherapie bezeichnet wird oder ob der Täter über die entsprechenden Qualifikationen nach den §§ 5, 6 PsychThG beziehungsweise über eine Erlaubnis nach § 1 HeilPrG verfügt.[6] Entscheidend ist allein die Intention des Opfers, sich zum Zweck der Feststellung, Heilung oder Linderung einer geistigen oder psychischen Beeinträchtigung einer hierauf ausgerichteten therapeutischen Behandlung zu unterziehen.[7] Damit sind auch die vielfältigen Therapie- und Psychotrainingsprogramme, die von Weltanschauungsgemeinschaften oder religiös auftretenden Gruppierungen angeboten werden, in den Tatbestand des § 174c Abs. 2 StGB einbezogen. Mangels eines Über-Unterordnungsverhältnisses der Teilnehmer zu einem mit professioneller Behandlungskompetenz auftretenden Täter sind Veranstaltungen, Kurse oder Workshops, die allein der Erlernung oder Erhöhung sozialer Kompetenzen dienen, sowie Selbsthilfegruppen ohne therapeutische Leitung vom Anwendungsbereich des § 174c Abs. 2 StGB ausgeschlossen.[8]

Im Rahmen des § 174c Abs. 2 StGB kommt es darauf an, dass jemand auf professioneller Basis Hilfe bei der Besserung oder Beseitigung der psychischen Probleme des Hilfesuchenden anbietet oder leistet und damit eine besondere Vertrauensbeziehung aufbaut. Sollte ein Psychotherapeut eine Behandlung zur Besserung oder Linderung der psychischen Probleme anbieten, obwohl er dazu nicht befähigt oder willens ist, so ändert dies nichts an dem Vertrauen und den Abhängigkeitsprozessen des Klienten gegenüber diesem „Therapeuten". [9] Ob ein Behandlungsverhältnis im Sinne des § 174c StGB vorliegt, beurteilt sich aus der Sicht des Patienten, der Heilung oder Linderung eines körperlichen oder seelischen Leidens sucht und der sich einer Person anvertraut, die ihm diesen Erfolg durch die gegebene Behandlung verspricht.[10]

2 BT-Drs. 13/8267, S. 4.
3 BT-Drs. 13/8267, S. 4.
4 Zauner, S. 35.
5 Vgl. SK-StGB - Wolters/Horn, § 174c, Rn. 11; MüKo-StGB - Renzikowske, § 174c, Rn. 21; Tröndle/Fischer, § 174c, Rn. 6; Nomos-Komm.-Frommel, § 174c, Rn. 11.
6 Laubenthal, Rn. 279.
7 Vgl. BT-Drs. 13/2203, S. 4.;Laubenthal, Klaus, Sexualstraftaten, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2000, Rn. 279.
8 Tröndle/Fischer, § 174c, Rn. 6.
9 Tröndle/Fischer, § 174c, Rn. 6.
10 BT-Drs. 13/2203, S. 4

Entscheidend ist also, dass ein Helfer auf professioneller Basis einem Hilfesuchenden Hilfe bei der Besserung oder Beseitigung seiner psychischen Probleme im weitesten Sinn anbietet oder leistet und damit eine besondere Vertrauensbeziehung aufbaut.[11]

Psychotherapeutische Behandlungsverhältnisse haben in Absatz 2 des § 174c StGB eine gesonderte Regelung erfahren, um klarzustellen, dass auch die Behandlung leichter oder vorübergehender Beeinträchtigungen des seelischen Befindens von der Norm erfasst werden.[12] Da bei Patienten in psychotherapeutischer Behandlung die Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit als besonders fließend betrachtet wird[13] und sie im Gegensatz zu den in Absatz 1 genannten Personengruppen das Abhängigkeitsverhältnis zu ihrem Therapeuten aus eigenem Antrieb begründen[14], sollen durch § 174c Abs. 2 StGB eventuelle Zweifel daran, ob eine psychotherapeutische Behandlung als Behandlung seelisch Kranker oder Behinderter unter § 174c Abs. 1 fällt, ausgeschlossen werden.[15] § 174c Abs. 2 StGB hat aber nicht nur eine klarstellende Funktion gegenüber den bereits bestehenden Strafvorschriften zum Schutz der sexuellen Selbstbestimmung. § 174c Abs. 2 StGB betrifft auf der Täter- und Opferseite zu einem wesentlichen Teil andere Personengruppen als § 174c Abs. 1 StGB.[16] Der Unterschied liegt im Ausmaß der Beeinträchtigung der Betroffenen, die den Anlass zur Begründung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses gibt. Absatz 2 erfasst Personen, die aufgrund des Grades ihrer Beeinträchtigung nicht zu denjenigen des Absatzes 1 gehören, und schützt diese, wenn sie sich in psychotherapeutische Behandlung begeben. Der Grund für das Schutzbedürfnis der Personen im Bereich des Absatzes 2 wird demnach weniger in der bestehenden Beeinträchtigung des Opfers (so aber Abs. 1) als in dem spezifischen Abhängigkeitsverhältnis im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung gesehen.[17] Da Beeinträchtigungen leichtesten Grades Anlass für eine psychotherapeutische Behandlung sein können, gibt es einen Bereich psychotherapeutischer Behandlungsverhältnisse, deren Patientenkreis nicht zwangsläufig unter die in Absatz 1 genannten seelisch oder körperlich Kranken oder Behinderten fällt.[18]

c) Das geschützte Rechtsgut

Das geschützte Rechtsgut wird in der sexuellen Selbstbestimmung gesehen. Nach Auffassung mancher Stimmen der Literatur kommt die Professionalität des Behandlungsverhältnisse noch hinzu. § 174c StGB ist eingefügt in den 13. Abschnitt des Strafgesetzbuches, der die Freiheit der sexuellen Selbstbestimmung im negativen Sinn schützt.[19] Ein Teil der Literatur nimmt an, dass § 174c StGB daneben noch zumindest mittelbar auch die Störungsfreiheit des Behandlungsverhältnisses oder die Integrität und Lauterkeit des Behandlungs- und Betreuungsverhältnisses schütze. Es kommt also danach der Schutz der Professionalität hinzu.

d) Strafrahmen

§ 174c sieht einen Strafrahmen von dreimonatiger bis zu fünfjähriger Freiheitsstrafe vor. Unter den Voraussetzungen des § 47 StGB kann statt einer kurzen Freiheitsstrafe auch eine Geldstrafe verhängt werden. Im Strafverfahren besteht weiter die Möglichkeit, gemäß § 70 ein – grundsätzlich befristetes – Berufsverbot auszusprechen.

e) Einverständliche sexuelle Kontakte zwischen Psychotherapeuten und Patienten

Die sexuelle Handlung gemäß § 174c Abs. 2 StGB muss unter Missbrauch des Behandlungsverhältnisses erfolgen. Zweifellos liegt ein Missbrauch vor, wenn die sexuellen Kontakte zwischen dem Psychotherapeuten und dem Patienten ohne das Einverständnis des Patienten erfolgen. Schwieriger zu beurteilen ist die Situation, wenn die sexuellen Kontakte mit Einwilligung des Patienten aufgenommen werden oder wenn die Initiative zur Aufnahme solcher Kontakte von dem Patienten selbst ausgeht.[20] Hier stellt sich die Frage, ob die Strafbarkeit des Täters durch die Zustimmung des Opfers zur Tat ausgeschlossen werden kann. Ein Ausschluss der Strafbarkeit des Täters durch eine Einwilligung des Opfers in die sexuellen Handlungen wird in Literatur[21] und Rechtsprechung[22]. verneint. Nach der Ansicht des Gesetzgebers wird ein Missbrauch im Sinne von § 174c StGB nicht durch eine Zustimmung des Opfers zu den sexuellen Handlungen ausgeschlossen, da das Opfer aufgrund der tatbestandlich eingegrenzten Verhältnisse regelmäßig nicht frei über sexuelle Kontakte zu der Autoritätsperson entscheiden könne.[23]

Zur Bestimmung des strafbaren Bereichs beim Missbrauch von Abhängigkeitsverhältnissen ist zu bedenken, dass sich dieser im Hinblick auf das Rechtsgut der sexuellen Selbstbestimmung allein danach bestimmt, in welchem Umfang der Freiheitsraum des Opfers durch den Täter, durch freiheitsbeschränkende Umstände oder durch normative Grenzen beschränkt wird.[24] So sei es eine normative Setzung, bestimmte Umstände, die die Willensbildung und Willensbetätigung eines anderen beeinflussen (hier die Übertragungsliebe), als mit einer freien Entscheidung unvereinbar zu bewerten.[25] Dennoch könne der Begriff des Missbrauchs nicht völlig ohne Rücksicht auf die konkrete Schutzbedürftigkeit des Opfers bestimmt werden, so dass bei weniger schweren geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen echte Liebesbeziehungen denkbar seien, die einen Missbrauch ausschlössen.[26] Hiergegen spricht allerdings nach zutreffender Auffassung der überwiegenden Literatur, dass die Einhaltung von Berufs-

11 Vgl. Dietrich, S. 205.
12 BT-Drs. 13/8267, S. 7.
13 MüKo-StGB, § 174c, Rn. 21.
14 BT-Drs. 13/8267, S. 7.
15 BT-Drs. 13/8267, S. 7.
16 Schönke/Schröder-Perron, § 174c, Rn. 7.
17 Zauner, S. 19.
18 Vgl. dazu ausführlich Zauner, S. 17.
19 Dietrich, S. 222.
20 Vgl. MüKo-StGB-Renzikowski, § 174c, Rn. 26.
21 Laubenthal, Rn. 276; MüKo-Renzikowski, § 174c, Rn. 27; Schönke/Schröder-Perron, § 174c, Rn. 6; Lakner/Kühl, § 174c, Rn. 5; SK-StGB-Horn/Wolters, § 174c, Rn. 5; Tröndle/Fischer, § 174c, Rn. 10.
22 OLG Düsseldorf v. 12.10.1989 - 8 U 10/88, NJW 1990, 1543 (1544).
23 BT-Drs. 13/8267, S. 7.
24 Tröndle/Fischer, Vor § 174, Rn. 9.
25 MüKo-StGB-Renzikowski, Vor § 174, Rn. 10.
26 Schönke/Schröder-Perron, § 174c, Rn. 6.

pflichten nicht zur Disposition des Therapeuten steht und sexuelle Handlungen in therapeutischen Verhältnissen demnach als ausnahmslos missbräuchlich zu bewerten sind.

f) Strafbarkeit nach Beendigung des Behandlungsverhältnisses

Eine Strafbarkeit des Täters gemäß § 174c Abs. 2 StGB setzt voraus, dass das Opfer dem Täter zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut ist. Das Opfer ist dem Täter zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut, wenn es ein psychisches Hilfsangebot aus einem der genannten Gründe aufgesucht und der Täter eine entsprechende Tätigkeit aufgenommen hat.[27] Bei der Begründung eines Behandlungsverhältnisses ist es erforderlich, dass die Intention des Opfers (oder des Sorgeberechtigten) darauf gerichtet sein muss, behandelt zu werden. Die psychotherapeutische Behandlung muss dem Therapeuten mithin übertragen werden.[28] Es genügt ein tatsächliches Vorhandensein des entsprechenden tatbestandlichen Verhältnisses.[29] Es stellt sich die Frage, ob ein Patient einem Psychotherapeuten auch dann noch gemäß § 174c Abs. 2 StGB anvertraut sein kann, wenn die psychotherapeutische Behandlung beendet ist. Hier ist zu unterscheiden, ob die Beendigung der Therapie durch einen regelgerechten Abschluss oder durch einen plötzlichen Abbruch oder nur pro forma erfolgte.[30] Tatbestandsmerkmal des § 174c Abs. 2 StGB ist nicht das Bestehen einer therapiespezifischen Abhängigkeit, sondern das Anvertrautsein zur psychotherapeutischen Behandlung. Ein Anvertrautsein im Sinne des § 174c Abs. 2 StGB setzt die Opferintention zur Behandlung und den grundsätzlichen Behandlungswillen des Therapeuten voraus. Nach dem Abschluss der Behandlung fehlt es an einer solchen Intention des Opfers und dem weiteren Behandlungswillen des Therapeuten. Damit ist der Patient dem Therapeuten nicht mehr anvertraut und eine Anwendung des § 174c Abs. 2 StGB nach regelgerechtem Abschluss der Therapie folglich ausgeschlossen. Wenn ein psychotherapeutisches Behandlungsverhältnis vorzeitig, also ohne einen regelgerechten Abschluss und ein fachlich angezeigtes Ende der Therapie, abgebrochen wird, dauert die therapiespezifische Abhängigkeitsbeziehung zwischen Patient und Therapeut noch an. Findet aber nach dem Abbruch keine psychotherapeutische Behandlung mehr statt, ist also die Opferintention weder auf psychotherapeutische Behandlung gerichtet, noch liegt der grundsätzliche Behandlungswille des Täters vor, dann ist das Opfer dem Täter folglich nicht mehr zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut. Sexuelle Kontakte, die nach Abbruch der Therapie stattfinden, fallen somit nicht unter § 174c Abs. 2 StGB.

27 MüKo-StGB - Renzikowski, § 174c, Rn. 22.
28 Zauner, S. 92.
29 BT-Drs. 13/8267, S. 7; Zauner, S. 94; Laubenthal, Rn. 275; MüKo-StGB-Renzikowski, § 174c, Rn. 22; Tröndle/Fischer, § 174c, Rn. 7; Schönke/Schröder, § 174c, Rn. 6.
30 Hierzu und zum Folgenden: Zauner, S. 96 ff.

Akademie bei Herbert König & Gerhard Müller
Semmelstraße 36/38, 97070 Würzburg
Tel.: 0931 - 46079033, Fax: 0931-46079034
akademie@koenigundmueller.de
http://www.koenigundmueller.de

AKADEMIE BEI KÖNIG & MÜLLER

Kognitive Rehabilitation: zwischen Drill und Strategien für den Alltag. Forschung und Praxis des Trainings von Gedächtnis-, Aufmerksamkeits- und exekutiven Funktionen (Fachtagung)
20.10.-21.10.2006 D- Würzburg (Kursnr. FB061020A)
PD Dr. Reiner Kaschel, Dipl.-Psych. 150,00 €*, 13 Std., FE-Punkte: 18

ADHS im Erwachsenenalter
27.10.-28.10.2006 D- Würzburg (Kursnr. FB061027A)
Dipl.-Psych. Silvia Riedlinger 205,00 €* / GNP-Mitglied: 189,00 €*, 12 Std.; FE-Punkte: 20

Grundlagen und Verfahren der Kognitiven Neurolinguistik
27.10.-28.10.2006 D- Berlin (Kursnr. FB061027B)
Henrik Bartels 280,00 €* / GNP-Mitglied: 258,00 €*, 16 Std.; GNP-Akkr.: 6.6 Neurolinguistik; FE-Punkte: 8

Neuropsychologische Therapie: Strategietraining für Jugendliche - Förderung von Motivation und Handeln
27.10.-28.10.2006 CH- Rheinfelden (Kursnr. FB061027C)
Dipl.-Psych. Despina Muth-Seidel 328,00 € (539,00 CHF) / GNP-Mitglied: 311,00 € (511,00 CHF), 16 Std.

Systemische Familientherapie bei chronischen körperlichen Erkrankungen
10.11.-11.11.2006 D- Heidelberg (Kursnr. FB061110A)
PD Dr. Arnold Retzer, Dipl.-Psych. 370,00 €* / GNP-Mitglied: 320,00 €*, 16 Std.; GNP-Akkr.: 4 Psychotherapeutische Intervention

Sexualstörungen nach erworbener Hirnschädigung
24.11.-25.11.2006 D- Würzburg (Kursnr. FB061124A)
Dipl.-Psych. Andrea Fahlböck 280,00 €* / GNP-Mitglied: 258,00 €*, 16 Std.; GNP-Akkr.: 4 Psychotherapeutische Intervention; FE-Punkte: 18

Systemisches Fallseminar
25.11.2006 D- Heidelberg (Kursnr. FB061125A)
PD Dr. Arnold Retzer, Dipl.-Psych. 230,00 €*, 8 Std.; GNP-Akkr.: 5 Supervision

Biofeedback - Grundlagen-Seminar G1
01.12.-02.12.2006 D- Würzburg (Kursnr. FB061201B)
PD Dr. Rüdiger Schellenberg 298,00 €* / GNP-Mitglied: 283,00 €*, 16 Std.; FE-Punkte: 20

Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an! ***Kosten incl. MwSt.**

© Bildmaterial Verkehrsverein Tübingen

Eberhard Karls Universität Tübingen

5. Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie

25. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

17. – 19. Mai 2007 in Tübingen

Weitere Informationen unter:
www.uni-tuebingen.de/psychologie/kongress2007

Kontakt über:
workshopkongress2007.psychologie@uni-tuebingen.de

Anders ist es, wenn ein psychotherapeutisches Behandlungsverhältnis lediglich pro forma beendet wird. Hier soll neben den sexuellen Handlungen weiterhin eine psychotherapeutische Behandlung stattfinden. Die Beendigung des Behandlungsverhältnisses bezieht sich nur auf rein formelle Kriterien, wie z.B. die Streichung des Patienten aus der Patientenkartei, keine Treffen mehr in den Praxisräumen. Entscheidend ist hierbei, dass der Wille der Beteiligten noch auf eine psychotherapeutische Behandlung gerichtet ist. Da es bei dem Tatbestandsmerkmal „zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut" auf formelle Kriterien nicht ankommt[31] und vorliegend sowohl die auf psychotherapeutische Behandlung gerichtete Opferintention, als auch der Behandlungswille des Täters gegeben sind, ist das Opfer dem Täter bei einer rein formellen Beendigung des Behandlungsverhältnisses weiterhin zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut.[32]

Dies soll auch für die Fälle gelten, in denen der Therapeut die Behandlung für beendet erklärt, der Patient aber noch eine weitere Behandlung erwartet. Erkennt der Therapeut die Erwartungen seines Patienten und soll eine sexuelle Beziehung aufgenommen werden, ist zu erwarten, dass der Therapeut die Fehlvorstellung seines Patienten ausräumt. Beseitigt der Therapeut die erkannte Behandlungserwartung des Patienten nicht und finden sexuelle Handlungen zwischen ihnen statt, ist der Patient ihm weiterhin im Sinne des § 174c Abs. 2 StGB anvertraut.[33]

g) Ein Fallbeispiel

In einer Entscheidung des Landgerichts Offenburg (LG Offenburg, B. v. 30.11.2004 AZ.: 3 Qs 121/04) wird die rechtliche Struktur der strafrechtlichen Bestimmung anschaulich:

Nach § 174c Abs. 2 StGB muss das Opfer zum Zeitpunkt der Tathandlung dem Täter zur Behandlung anvertraut sein. Nicht erforderlich ist es, dass die sexuelle Handlung im Rahmen konkreter Behandlungs- oder ähnlicher Termine vorgenommen wird. Maßgebend aber ist, dass das betreffende Behandlungsverhältnis (noch) besteht. Davon ist nicht auszugehen, wenn das Behandlungsverhältnis für die Dauer von 45 Stunden vorgesehen war und regulär beendet wurde und wenn keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Fortsetzung der Therapie seitens des Opfers gewünscht oder vom Beschuldigten empfohlen bzw. für notwendig erachtet wurde.

Eine weitere Abgrenzung wird aus dieser Gerichtsentscheidung deutlich:

§ 174c Abs. 2 StGB bezweckt zwar den Schutz von Personen, die aufgrund eines Behandlungsverhältnisses in psychische Abhängigkeit zum Therapeuten gelangen können und der Gefahr sexueller Übergriffe mit erheblichen schädigenden Folgen in erhöhtem Maße ausgesetzt sind. Gleichwohl setzt die Tatbestandserfüllung dieser Vorschrift nicht voraus, dass im konkreten Tatzeitpunkt tatsächlich ein Abhängigkeitsverhältnis bestand. Würde man ein „Anvertraut sein" im Sinn von § 174c StGB immer dann annehmen, wenn die besondere psychische Abhängigkeit zum Therapeuten fortbesteht, unabhängig davon, ob das Behandlungsverhältnis formal beendet wurde, würde dies den Anwendungsbereich dieser Vorschrift zu weit ausdehnen. Gegen eine solche Auslegung spricht aber das gesetzliche Bestimmtheitsgebot. Wegen seiner erheblichen Sanktionen muss das Strafrecht auf klaren, hinreichend bestimmt definierten Tatbestandsmerkmalen bestehen. Anders, so führt das Gericht aus, wäre möglicherweise der Fall zu beurteilen, wenn der Täter ein Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis pro forma beendet, bevor es zu sexuellen Handlungen kommt (BT-Drucksache Nr. 13/8267).

4. Zivilrecht

a) Voraussetzungen einer zivilrechtlichen Haftung

Bei dem zwischen Psychotherapeut und Patient geschlossenen Therapievertrag handelt es sich um einen Dienstvertrag im Sinne des § 611 BGB.[34] Der Therapeut schuldet als Hauptleistungspflicht eine Behandlung nach den allgemeinen Regeln der psychotherapeutischen Wissenschaft. Unterläuft dem Psychotherapeuten bei der Erbringung seiner therapeutischen Hauptleistungspflicht ein Fehler, spricht man von einem Behandlungsfehler.[35] Sexuelle Übergriffe im Rahmen einer Therapie stellen eine Pflichtverletzung im Sinne der §§ 280 ff. BGB dar, wenn sie als Behandlungsfehler zu qualifizieren sind.[36] Sie stellen zugleich eine Gesundheitsbeschädigung dar, sodass auch aus diesem Grunde die deliktische Haftung nach § 823 Abs. 1 BGB ausgelöst sein kann.

Fraglich ist also, ob sexuelle Kontakte im Rahmen einer Therapie gegen allgemein anerkannte Regeln der psychotherapeutischen Wissenschaft verstoßen. Bereits ein Blick in die Berufsordnungen der Psychotherapeutenkammern macht deutlich, dass das psychotherapeutische Abstinenzgebot ein in der Psychotherapie allgemein anerkannter Grundsatz ist. Dementsprechend hält die ganz überwiegende psychologische Literatur die Beachtung des Abstinenzgebots durch Psychotherapeuten für unumgänglich.[37] Der Verstoß gegen das psychotherapeutische Abstinenzgebot stellt somit einen Behandlungsfehler dar, der eine Pflichtverletzung im Sinne der §§ 280 ff BGB begründet.[38]

Eine Haftung des psychotherapeutischen Behandlers kann sich auch aus § 823 Abs. 2 BGB i.V.m. dem Strafgesetzbuch oder i.V.m. einer entsprechenden Regelung der Berufsordnung begründen. § 823 Abs. 2 StGB begründet die zivilrechtliche Haftung für die Verletzung von Schutzgesetzen. Ein solches Schutzgesetz ist § 174c Abs. 2 StGB. Verstößt also der psychotherapeutische Behandler gegen diese Bestimmung des Strafgesetzbuches,

31 Zauner, S. 100; BT-Drs. 13/8267, S. 7; Zauner, S. 94; Laubenthal, Rn. 275; MüKo-StGB-Renzikowski, § 174c, Rn. 22; Tröndle/Fischer, § 174c, Rn. 7; Schönke/Schröder, § 174c, Rn. 6.
32 Zauner, S. 100; BT-Drs. 13/8267, S. 7, Mildenberger, Sreit 1999, S. 12; Laubenthal, Rn. 276.
33 Zauner, S. 101
34 Kühne, S. 152.
35 Gründel, S. 93.
36 Kniesel, S. 24.
37 Kniesel, S. 25 m. w. N.
38 Kniesel, S. 28.

so löst sie auch die zivilrechtlichen Haftungsfolgen aus. Ein Schutzgesetz kann auch in einer entsprechenden Regelung der Berufsordnung gesehen werden. Zwar hat die Berufsordnung in erster Linie die Aufgabe, die Erfüllung der beruflichen Pflichten im öffentlichen Interesse durchzusetzen. Sie dient aber zugleich auch dem Schutz der durch die Berufsordnung in ihren Rechten angesprochen Patienten. Demzufolge kann in den Regelungen der Berufsordnung ein Schutzgesetz im Sinne des § 823 Abs. 2 BGB gesehen werden. Dies hat zur Folge, dass eine weitgehende, auch nach Beendigung des Behandlungsverhältnisses durch die Berufsordnung begründete Abstinenzpflicht über § 823 Abs. 2 BGB bei Verletzung Schadensersatzansprüche und andere zivilrechtliche Rechtsfolgen auslösen kann.

b) Rechtsfolgen

Der in seinen Rechten verletzte Patient hat gegen den Psychotherapeuten einen Anspruch auf Schadensersatz statt der Leistung aus §§ 280 I, III i.V.m. 281 Abs. 1 S. 2 BGB. Der Anspruch umfasst gemäß §§ 249 ff BGB sowohl die Behandlung der infolge des Missbrauchs entstandenen psychischen Folgeschäden als auch die weitere Behandlung der ursprünglichen seelischen Schäden. Weiter kann der Patient vom Psychotherapeuten Ersatz der materiellen und immateriellen Schäden aus § 823 I BGB bzw. § 823 II BGB i.V.m. § 174c II StGB verlangen, welche durch die infolge der sexuellen Kontakte aufgetretenen Gesundheitsschäden verursacht worden sind. Gemäß § 253 II i.V.m. § 823 I, II BGB besteht außerdem noch der Anspruch des Patienten gegen den Psychotherapeuten auf Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes.

Wird die Therapie von dem Patienten aufgrund von sexuellen Übergriffen vorzeitig abgebrochen, so steht dem Psychotherapeuten in der Regel gemäß § 628 I S. 2, § 627 BGB kein Vergütungsanspruch für die durchgeführten Therapiesitzungen zu. Wurde das Honorar von dem Patienten im Voraus gezahlt, kann er dieses über § 628 I S. 3, §§ 627, 346 BGB in voller Höhe zurückfordern. Wird die Psychotherapie vertragsmäßig beendet und wurde die sexuelle Beziehung im Rahmen des psychotherapeutischen Behandlungsverhältnisses aufgenommen, hat der betroffenen Patient aus § 813 I, § 812 I S. 1, 1. Alt. BGB einen Anspruch auf Rückforderung des Honorars für sämtliche Therapiestunden ab Beginn der sexuellen Kontakte. Dem Vergütungsanspruch des Psychotherapeuten steht die Einwendung des § 242 BGB entgegen. Zum einen verhält sich der Psychotherapeut grob vertrags- und treuwidrig, weil er das Vertrauensverhältnis zu seiner Patientin/zu seinem Patienten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse ausnutzt, zum anderen stehen sexuelle Handlungen im Widerspruch zu der vertraglich geschuldeten Leistung und dem Zweck des Therapievertrags.

Schließlich kann aus dem Zivilrecht, nämlich aus den Normen der §§ 823 Abs. 1 und 1004 BGB, in analoger Anwendung die Rechtsfolge auf Unterlassung von Störungen hergeleitet werden. Das wäre dann der Fall, wenn rechtswidrige Beeinträchtigungen des (ehemaligen Patienten/der ehemaligen Patientin) durch den Behandler noch erfolgen.

c) Abstinenz nach Beendigung des Behandlungsverhältnisses

Für sexuelle Kontakte mit Patientinnen und Patienten nach Beendigung der Therapie ergibt sich in zivilrechtlicher Hinsicht insofern eine andere Situation, als ein Behandlungsfehler jetzt nicht mehr angenommen werden kann. Eine Pflicht, sich abstinent zu verhalten, erscheint nun nicht mehr als Teil der konkreten Behandlungsmaßnahmen, sondern betrifft eine Pflicht in Bezug auf die Beziehung von Therapeut und Patientin/Patient außerhalb der Behandlung. Solche Pflichten, die einen Behandlungsfehler nicht darstellen, sich aber aus den nachvertraglichen Pflichten des Behandlers ergeben (positive Vertragsverletzung) haben zum Inhalt, dass die Vertragspartner nach Maßgabe von Treu und Glauben alles zu unterlassen haben, was den mit dem Vertrag verfolgten Zweck gefährden oder vereiteln könnte. Diese Pflicht besteht eben nicht nur im Rahmen der Vertragsdurchführung, sondern auch nach Abwicklung des Vertrages. Die Verletzung einer solchen Leistungstreuepflicht ist allgemein anerkannt. Der Psychotherapeut hat sie verletzt, wenn die nach Beendigung der Therapie aufgenommenen sexuellen Kontakte den Vertragszweck (also den Zweck der Behandlung) beeinträchtigen. Ob dies für sexuelle Kontakte nach Beendigung der Therapie anzunehmen ist, ist im psychotherapeutisch professionellen Diskurs nicht unumstritten. Vereinzelte Stimmen vertreten die Ansicht, dass das Abstinenzgebot mit dem formalen Abschluss der Therapie seine Berechtigung verliere. Andere Stimmen halten nachvertragliche sexuelle Beziehungen grundsätzlich und auf unbeschränkte Dauer für unzulässig. Überwiegend wird eine gewisse Dauer für erforderlich gehalten und bei der Bestimmung der Dauer auf das Krankheitsbild, den Behandlungsinhalt und den aktuellen gesundheitlichen Zustand der behandelten Person abgestellt. Aussagekräftige wissenschaftliche Untersuchungen, die eine generelle Annahme eines Zeitraumes zuließen, liegen derzeit, soweit zu erkennen, nicht vor. Es lässt sich also nicht verallgemeinernd sagen, wie lange der Ablösungsprozess einer Patientin/eines Patienten von dem Therapeuten regelmäßig oder höchstens dauert. Es kommt daher darauf an, dass in jedem Einzelfall geprüft wird, ob das Abhängigkeitsverhältnis zwischen den Beteiligten bei Aufnahme der sexuellen Beziehungen noch bestand, auch wenn es im Einzelfall objektiv schwer festzustellen sein mag. Dieser unsichere derzeitige Rechtszustand könnte durch eine zeitliche rahmenfestlegende Bestimmung der öffentlich-rechtlichen Berufskammern klarer strukturiert werden. Eine Regelung der Berufsordnung, die ihrerseits den rechtlichen, namentlich verfassungsrechtlichen Anforderungen genügt, würde für die Auslegung der zivilrechtlichen Pflichten gerade hinsichtlich der derzeit umstrittenen Frage nach der Geltung des Abstinenzgebotes nach Beendigung des Behandlungsverhältnisses Bedeutung erlangen.[39]

d) Ein Fallbeispiel

Das Landgericht Hannover (LG Hannover, U. v. 13.03.1998 AZ.: 13 O 9/97, veröff. in juris) hatte über einen Schadensersatzanspruch der Patientin und über den Honoraranspruch des Behandlers zu urteilen. Es führte aus:

Danach steht für das Gericht fest, dass der Beklagte während der laufenden Behandlung privaten Kontakt zur Klägerin aufgenommen und hierdurch gegen das auch für ihn geltende Abstinenzgebot verstoßen hat. Danach muss der Therapeut, so lange die Behandlung dauert, jeden privaten Kontakt mit dem Patienten meiden, weil dadurch unvermeidlich neue Reaktionen mobilisiert werden, die einer Überwindung der diagnostizierten Erkrankung im Wege stehen. Der Therapeut handelt demnach grob fehlerhaft, wenn er aus eigenem Antrieb oder dem Verlangen einer weiblichen Patientin folgend persönliche Beziehungen mit emotionaler Bindung eingeht. Der Beklagte hätte die persönliche Distanz unbedingt einhalten und notfalls die Therapie abbrechen müssen. Die Missachtung des Abstinenzgebotes hat zu einer gesundheitlichen Schädigung der Klägerin geführt. ... Die Grenzüberschreitung des Beklagten habe zu seelischen Verletzungen bei der Klägerin geführt. ... Die Auslösesituation für die Labilisierung der Klägerin habe in der Abhängigkeit zu dem Beklagten gelegen. Ein solcher Konflikt sei als Auslöser für eine Verschärfung des Krankheitsbildes anzusehen. Aufgrund dieser vom Beklagten schuldhaft verursachten gesundheitlichen Belastung ist der Klägerin eine nicht vermögensrechtliche Entschädigung von 5.000,00 DM zuzusprechen. Aufgrund dieser vom Beklagten schuldhaft verursachten gesundheitlichen Belastung ist der Klägerin eine nicht vermögensrechtliche Entschädigung von 5.000,00 DM zuzusprechen.

Und zu dem Honoraranspruch heißt es:

Nach der herrschenden Rechts- und Sozialmoral sind jedenfalls grob standeswidrige Rechtsgeschäfte als sittenwidrig anzusehen (vgl. Palandt/Heinrichs, BGB, § 138 Rdnr. 57 m.w.N.). Durch die Verletzung des Abstinenzgebotes liegt hier ein derartig schwerer standesrechtlicher Verstoß vor. Die Aufnahme persönlicher Beziehungen zu einer Patientin im Rahmen einer Suchttherapie kann für die Patientin zu nicht absehbaren negativen Folgen führen und ist schon aus diesem Grund sittlich anstößig i.S.d. § 138 Abs. 1 BGB. Der dem geltend gemachten Anspruch zugrundeliegende Behandlungsvertrag zwischen den Parteien war jedenfalls ab Aufnahme der privaten Beziehungen zur Klägerin gemäß § 138 Abs. 1 BGB wegen Sittenwidrigkeit nichtig. Ein Zahlungsanspruch lässt sich aus ihm nicht mehr herleiten.

5. Recht der Berufskammern

a) Voraussetzungen

Die Berufsausübung der Psychotherapeuten ist in den landesrechtlichen Regelungen der Heilberufsgesetze sowie in den

39 Kniesel, S. 29 - 35 ; 40 - 43.

untergesetzlichen Normen der öffentlich-rechtlichen Berufskammern, namentlich der Berufsordnung, geregelt. Die Muster-Berufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer, eine Empfehlung der privatrechtlichen Bundeskammer an die öffentlich-rechtlichen Landeskammern, regelt das Gebot der psychotherapeutischen Abstinenz wie folgt:

§ 6 Abstinenz

(1) Psychotherapeuten haben die Pflicht, ihre Beziehungen zu Patienten und deren Bezugspersonen professionell zu gestalten und dabei jederzeit die besondere Verantwortung gegenüber ihren Patienten zu berücksichtigen.

(2) Sie dürfen die Vertrauensbeziehung von Patienten nicht zur Befriedigung eigener Interessen und Bedürfnisse missbrauchen.

(3) Die Tätigkeit von Psychotherapeuten wird ausschließlich durch das vereinbarte Honorar abgegolten. Die Annahme von entgeltlichen oder unentgeltlichen Dienstleistungen im Sinne einer Vorteilnahme ist unzulässig. Psychotherapeuten dürfen nicht direkt oder indirekt Nutznießer von Geschenken, Zuwendungen, Erbschaften oder Vermächtnissen werden, es sei denn, der Wert ist geringfügig.

(4) Psychotherapeuten sollen außertherapeutische Kontakte zu Patienten auf das Nötige beschränken und so gestalten, dass eine therapeutische Beziehung möglichst wenig gestört wird.

(5) Jeglicher sexuelle Kontakt von Psychotherapeuten zu ihren Patienten ist unzulässig.

(6) Die abstinente Haltung erstreckt sich auch auf die Personen, die einem Patienten nahe stehen, bei Kindern und Jugendlichen insbesondere auf deren Eltern und Sorgeberechtigte.

(7) Das Abstinenzgebot gilt auch für die Zeit nach Beendigung der Psychotherapie, solange noch eine Behandlungsnotwendigkeit oder eine Abhängigkeitsbeziehung des Patienten zum Psychotherapeuten gegeben ist. Die Verantwortung für ein berufsethisch einwandfreies Vorgehen trägt allein der behandelnde Psychotherapeut. Bevor private Kontakte aufgenommen werden, ist mindestens ein zeitlicher Abstand von einem Jahr einzuhalten.

Diese Regelung wurde inhaltlich weitgehend von den Landespsychotherapeutenkammern (soweit vorhanden) in ihre Berufsordnungen mit einer gewissen Varianz übernommen.

b) Rechtsfolgen

Schuldhafte Verstöße gegen die Bestimmungen der Berufsordnung können berufsgerichtliche Verfahren nach den Heilberufsgesetzen nach sich ziehen. In diesen Verfahren kann dem Betroffenen eine Rüge erteilt, eine Geldbuße auferlegt, ihm sein aktives und passives Berufswahlrecht entzogen oder seine Berufsunwürdigkeit feststellt werden. Die Kammern kooperieren zudem mit der zuständigen Verwaltungsbehörde, die gem. § 3 Abs. 2 i.V.m. § 2 Abs. 1 Ziff. 3 PsychThG die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut widerruft, wenn der Betroffene sich eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung seines Berufes ergibt. Solch ein Verhalten kann bei entsprechender Erheblichkeit in der Verletzung des psychotherapeutischen Abstinenzgebots durch Aufnahme sexueller Kontakte im Rahmen eines psychotherapeutischen Behandlungsverhältnisses gesehen werden.

c) Abstinenz nach Beendigung des Behandlungsverhältnisses

Die Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern regeln das Abstinenzgebot. Die meisten Bestimmungen enthalten einen Absatz über die Wirkung des psychotherapeutischen Abstinenzgebots nach Beendigung der Therapie. Darin wird das psychotherapeutische Abstinenzgebot entweder allgemein und ohne zeitliche Konkretisierung auch auf die Zeit nach Beendigung der Therapie erstreckt[40] oder die Notwendigkeit eines abstinenten Verhaltens des Therapeuten von der Behandlungsnotwendigkeit oder der Abhängigkeitsbeziehung des Patienten zum Therapeuten abhängig gemacht.[41] Die Berufs-

PSYCHOHOLIC®
Psychologie & Neue Medien
EDV in der psychotherapeutischen Praxis schenkt Ihnen viel Zeit für das Wesentliche

DiagnoPro
Das Computerprogramm für die schnelle und einfache Erstellung individueller Gutachten

- entwickelt von Experten für Experten
- einfach zu bedienen und übersichtlich aufgebaut
- komplette Kassenanträge innerhalb kürzester Zeit

alle Informationen
und weitere Programme auf
www.psychoholic.de

Platanenallee 113 - 42897 Remscheid - Tel.: 02191-4627495 - info@psychoholic.de - www.psychoholic.de

ordnung Baden-Württemberg konkretisiert die zeitliche Wirkung des psychotherapeutischen Abstinenzgebots nach Beendigung der Therapie, indem innerhalb einer Dreijahresfrist nach Abschluss der Behandlung das Fortbestehen einer Abhängigkeitsbeziehung unwiderleglich zu vermuten sei. In der Berufsordnung Niedersachsen findet die Abstinenzverpflichtung nach Beendigung der Therapie keine Erwähnung. Die am 13.01.2006 beschlossene Musterberufsordnung sieht in § 6 Abs. 7 vor, dass mindestens ein zeitlicher Abstand von einem Jahr einzuhalten sei, bevor private Kontakte zwischen Psychotherapeut und Patient aufgenommen werden. Von der amerikanischen psychologischen Vereinigung wurde in den neusten berufsethischen Normen ein Zeitraum von zwei Jahren festgelegt.[42]

Die Regelungen der Berufsordnung sind also hinsichtlich der Frage, wie lange nach Beendigung der psychotherapeutischen Behandlung das Abstinenzgebot in Bezug auf sexuelle Handlungen fortgilt, uneinheitlich. Die Musterberufsordnung stellt durch § 6 Abs. 7 Satz 1 auf die Erforderlichkeit des Abstinenzgebotes ab. Diese ist dann anzunehmen, wenn eine Behandlungsnotwendigkeit oder eine Abhängigkeitsbeziehung des Patienten zum Psychotherapeuten noch gegeben ist. Damit kommt es auf eine Würdigung im Einzelfalle an. Darüber hinaus bestimmt die Musterberufsordnung durch § 6 Abs. 7 S. 3, dass für „private Kontakte" ein zeitlicher Mindestabstand von einem Jahr einzuhalten ist.

Die Bestimmung einer bemessenen Mindestfrist setzt rechtlich voraus, dass die Abwägung der unterschiedlichen rechtlichen Interessen – Patientenschutz und Freiheitsrechte des Patienten sowie Freiheitsrechte des Behandlers – nicht unverhältnismäßig, namentlich angemessen ist. Dabei kommt der Berufskammer ein begrenztes gestaltendes Normsetzungsermessen zu, das einer rechtlichen Kontrolle nicht zugänglich ist.

Die Frist von einem Jahr als Mindestfrist für sexuelle Kontakte zu bestimmen, erscheint mit Rücksicht auf das hohe Gefährdungspotential gut begründet. Für „private Kontakte" erscheint diese Frist nur dann gerechtfertigt, wenn der Begriff eher eng ausgelegt und „Kontakte" eher persönlicher Art darunter verstanden werden. Einer starren Frist von drei Jahren für die Aufnahme sexueller Kontakte kann man durchaus das Argument entgegenhalten, dass für die Einzelfallprüfung, in der Behandlungsnotwendigkeit oder Abhängigkeitsbeziehung widerlegt werden können, zu wenig Raum verbleibt. Es ist ja zu gewährleisten, dass die Regelung nicht nur den Vorteil der Klarheit (dadurch effektiver Schutz) für sich hat, sondern auch eine sachgerechte Lösung gewährleistet, wenn eine Behandlungsbedürftigkeit oder eine Abhängigkeit zum Behandler nicht mehr besteht. Der langen Frist, die Baden-Württemberg bestimmt, könnte als widerlegliche Vermutung womöglich ihre Funktion in freiheitsschonenderer Weise erreichen. Es hängt von den wissenschaftlichen Erkenntnissen ab. Stützen sie die dreijährige Frist oder fehlt es überhaupt an aussagekräftigen Belegen, dann liegt die Festsetzung einer solchen Frist – jedenfalls derzeit – im Rahmen der Gestaltungsfreiheit der Berufskammer.

Literatur

Deutscher Bundestag, BT-Drucksache 13/8267.

Dietrich, L. (2001). *Einverständliche sexuelle Kontakte zwischen Psychotherapeuten und Klienten. Zur Frage der Notwendigkeit eines Verbotes und seiner rechtlichen Durchsetzungsmöglichkeiten de lege et ferenda*. Marburg: Tectum Verlag.

Gründel, M. (2000). *Psychotherapeutisches Haftungsrecht: die zivilrechtliche Haftung des psychologischen Psychotherapeuten bei Verletzung seiner Berufspflichten*. Berlin u.a.: Springer.

Jähnke, B., Laufhütte, H. W. & Odersky, W. (2005). *Strafgesetzbuch Leipziger Kommentar* (11. Aufl.). Berlin: De Gruyter Recht.

Joeks, W. (2005). *Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch*. Bd. 2, 2: §§ 80–184f StGB. München: C.H. Beck Verlag.

Kindhäuser, U., Neumann, U. & Paeffgen, H.-U. (2005). *Strafgesetzbuch Kommentar* (2. Aufl.). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Kniesel, B. (1997). *Rechtsprobleme beim Bruch des psychotherapeutischen Abstinenzgebots*. Berlin: Duncker und Humblot.

Laubenthal, K. (2000). *Sexualstraftaten: die Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung*. Berlin u.a.: Springer.

Pulverich, G. (1996). *Rechts-ABC für Psychologinnen und Psychologen: psychologisches Berufsrecht in Stichworten*. Bonn: Dt.-Psychologen-Verlag.

Rudolphi, H.-J. (2005). *Systematischer Kommentar zum Strafgesetzbuch* (7., teilweise 8. Aufl.). München/Unterschließheim: Luchterhand.

Schönke, A. & Schröder, H. (2001). *Strafgesetzbuch Kommentar* (26. Aufl.). München: Beck.

Tröndle, H. & Fischer, T. (2004). *Strafgesetzbuch und Nebengesetze* (52. Aufl.). München: Beck.

Zauner, G. (2004). *Sexueller Mißbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs-, oder Betreuungsverhältnisses*. § 174c StGB. Tübingen: Köhler-Druck.

40 § 7 Abs. 4 BerufsO LPsychThK Hamburg; § 13 Abs. 2 BerufsO LPsychThK Berlin; § 5 Abs. 5 BerufsO LPsychThK Nordrhein-Westfalen; § 13 Abs. 7 BerufsO LPsychThK Hessen ; § 12 Abs. 2 BerufsO LPsychThK Rheinland-Pfalz.

41 § 14 Abs. 5 BerufsO LPsychThK Schleswig-Holstein; § 11 Abs. 6 BerufsO Landespsychotherapeutenkammer Bremen; § 8 Abs. 4 BerufsO LPsychThK Baden-Württemberg; § 4 Abs. 5 BerufsO LPsychThK Bayern.

42 Dietrich, S. 215; Rules of the American Psychological Association (APA).

Prof. Dr. Robert Francke

Direktor am Institut für Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Bremen
Institut für Gesundheits- und Medizinrecht
Universität Bremen
Postfach 330 440
28334 Bremen
rfrancke@uni-bremen.de
www.igmr.uni-bremen.de

Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg

Rüdiger Nübling[1], Michael Reisch[2, 3] & Trudi Raymann[3, 4]

1 Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
2 Erziehungs- und Familienberatungsstelle des Landkreises Emmendingen
3 Ausschuss „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen" der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
4 Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Stuttgart

Zusammenfassung: Der Grad der psychotherapeutischen Versorgung von psychisch kranken oder beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen wird nicht nur in Baden-Württemberg kontrovers diskutiert. Während epidemiologische Studien und Eltern, die einen Therapieplatz für ihr Kind suchen, einen offensichtlichen Mangel an verfügbaren Therapieplätzen beklagen, sieht bspw. die Bundesregierung aktuell keine Anhaltspunkte für größere Versorgungsengpässe im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Deutscher Bundestag, 2006).

Am Beispiel der Versorgungssituation in Baden-Württemberg, einem vergleichbar gut versorgten Bundesgebiet, wird eine Modellrechung zur Abschätzung des tatsächlichen Versorgungsgrades versucht. Hierbei werden vorhandene epidemiologische Daten mit der aktuellen Versorgungssituation in Beziehung gesetzt. Hiernach gibt es deutliche Hinweise auf eine bestehende Unterversorgung. Bezieht man sich auf die epidemiologische Datenlage (1-Jahres-Prävalenz zwischen 7 und 20%), so kann davon ausgegangen werden, dass derzeit – je nach Berechnungsgrundlage – zwischen 4 und 35% der betroffenen Kinder und Jugendlichen versorgt werden können.

Für eine belastbarere Modellrechnung allerdings fehlen sektorübergreifende Studien über die vorhandenen Versorgungskapazitäten im Sinne einer fundierten und substantiellen Versorgungsforschung. Die vorliegende Arbeit soll erste Hinweise auf die Situation in Baden-Württemberg liefern und ein epidemiologiebasiertes Modell zur Versorgungsgradabschätzung vorstellen. Die Notwendigkeit einer Bedarfsplanung, die ihren Namen verdient und sich am empirisch ermittelten Bedarf orientiert, wird hervorgehoben.

1. Einleitung

Der Grad der psychotherapeutischen Versorgung von psychisch kranken oder beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen wird nicht nur in Baden-Württemberg kontrovers diskutiert. Während epidemiologische Studien und Eltern, die einen Therapieplatz für ihr Kind suchen, einen offensichtlichen Mangel an verfügbaren Therapieplätzen beklagen, sieht bspw. die Bundesregierung aktuell keine Anhaltspunkte für größere Versorgungsengpässe in Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Deutscher Bundestag, 2006).

Die regionale psychotherapeutische Versorgungsdichte hat sich in den Bundesländern und Planungsbereichen unterschiedlich entwickelt, wobei die 1999 eingeführte Bedarfsplanung für die Fachgruppe Psychotherapeuten[1] auf der Grundlage der am Stichtag zugelassenen Mitglieder dieser Gruppe erfolgte. Die Gleichsetzung des Versorgungsbedarfs mit dem Ist-Zustand der Behandlerzahlen ohne Bezug zur tatsächlichen Verbreitung behandlungsbedürftiger psychischer Störungen führte insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zu einer Festschreibung des Mangels, da in den meisten Planungsbereichen Zulassungssperren erfolgt sind und bei der Bedarfsplanung nicht zwischen der Psychotherapie von Erwachsenen und von Kindern und Jugendlichen differenziert wird.

Die aktuelle Gesundheitsberichterstattung zur psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland (Schulz, Barghaan, Harfst & Koch, im Druck) zeigt, dass Baden-Württemberg bzgl. ambulanter Psychotherapie im Ländervergleich gut abschneidet. Mit 26,4 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf 100.000 Einwohner kann von der relativ besten Versorgung eines Flächenlandes ausgegangen werden, nur die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen weisen eine noch höhere Versorgungsdichte auf. Zum Vergleich: in Bun-

1 Für die Bedarfsplanung bilden die ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte sowie die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Fachgruppe.

desländern wie Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg liegt die Quote unter 5,0. Ein umgekehrtes Verhältnis besteht bezüglich der Bettenmessziffer für kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Kliniken (Betten pro 10.000 Einwohner bis 18 Jahre), bei der Baden-Württemberg neben Bayern, Rheinland-Pfalz und dem Saarland mit 2,0 die niedrigsten Werte aufweist (Verhältnis von ca. 1:3 gegenüber den höher versorgten Bundesländern wie z. B. Sachsen mit 6,6). Ein ebenfalls umgekehrtes Verhältnis besteht bzgl. des Beratungsstellennetzes. Auch hier zählt Baden-Württemberg mit Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen mit einer Dichte von etwa 13 Beratungsstellen auf 100.000 Einwohner[2] zu den am schlechtesten versorgten Bundesländern (zum Vergleich: Mecklenburg-Vorpommern 23,4, Thüringen 20,4 und Brandenburg 20,3; Koch, 2005).

Die Unterversorgung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen hat in den Landespsychotherapeutenkammern eine Reihe von Aktivitäten ausgelöst. Es wurden Studien erstellt, so beispielsweise in Hamburg (Albota, 2004), Hessen (Psychotherapeutenkammer Hessen, 2006) und Baden-Württemberg (Reisch et al., 2005; Seeger et al., 2005), um exaktere Daten über die psychotherapeutische Versorgung und ihre regionale Verteilung zu gewinnen. In anderen Landeskammern sind Studien in Vorbereitung, so z.B. in Bayern (Bayrische Psychotherapeutenkammer, 2005). Parallel zu diesen Aktivitäten finden auf Landes- wie auf Bundesebene viele Gespräche mit Politikern, Krankenkassenvertretern und anderen Entscheidungsträgern statt, in denen es auch um Maßnahmen zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung geht. Auch die Bundespsychotherapeutenkammer ist intensiv mit diesem Thema befasst. In einem Positionspapier zur „Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher" (BPtK, 2005) werden Sonderbedarfszulassungen, Job-Sharing-Modelle, Teilzulassungen, eine getrennte Bedarfsplanung und Mindestquoten von KJP-Leistungen in Hinblick auf ihre Auswirkung für eine Verbesserung der Versorgung erörtert. Da die Einführung einer eigenen Bedarfsplanung für Kinder und Jugendliche den größten Effekt auf die Versorgung hätte, spricht sich die Bundeskammer für diese Option aus.

Die Realisierung der BPtK-Vorschläge hätte bundesweit eine Zulassung von ca. 900 zusätzlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Folge, was einer Zunahme von 36% entsprechen würde. Für Baden-Württemberg würde sich auf dieser Berechnungsgrundlage eine Zunahme von 7,5% zugelassenen Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten ergeben, gegenüber anderen Ländern, in denen die Quote mehrere hundert Prozent betragen würde (Brandenburg: 159%, Sachsen: 218%, Mecklenburg-Vorpommern: 230%, Thüringen: 353% oder Sachsen-Anhalt: 3750%), eine vergleichsweise geringe Steigerung.

Bei der Einführung der Bedarfsplanung fand eine auf epidemiologischen Daten basierende Bedarfsschätzung auch wegen der seinerzeit unzureichenden Datenlage nicht statt. Obwohl diese sich inzwischen deutlich verbessert hat, gibt es nach wie vor noch zu wenig auf die konkrete bundesdeutsche Versorgungssituation bezogene und/oder aus spezifischen und methodisch anspruchsvollen epidemiologischen Studien stammende Daten. Auch das so genannte Bedarfsplanungsprojekt (Löcherbach et al., 2000), das mit die aktuellsten Daten zur bundesdeutschen psychotherapeutischen Versorgung liefert, konnte kein alternatives Modell der Bedarfsermittlung vorlegen, das epidemiologische Untersuchungen einbezieht. Eine deutliche Verbesserung der Datenlage wird mit der Vorlage der Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys erwartet, mit denen ab 2007 zu rechnen ist.

Am Beispiel der Versorgungssituation in Baden-Württemberg, einem wie oben skizziert vergleichbar gut versorgten Bundesgebiet, soll im Folgenden eine Modellrechnung zur Abschätzung des tatsächlichen Versorgungsgrades versucht werden. Hierbei werden vorhandene epidemiologische Daten mit der aktuellen Versorgungssituation in Beziehung gesetzt, ein Vorgehen, wie es bereits mit dem Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz Anfang der 1990er Jahre vorgeschlagen wurde (Meyer, Richter, Grawe, Schulenburg & Schulte, 1991, vgl. auch Vogel, 1996). Die Autoren wollen damit eine Diskussion anregen, in ähnlicher Form vorhandene Daten der bundesweiten Versorgung zu einer Modellrechung und möglichst auch zur Bedarfsplanung heranzuziehen. Vorweggenommen werden soll an dieser Stelle einschränkend, dass die derzeitige Datenlage noch nicht ausreichend ist für eine abschließende Einschätzung des Versorgungsgrades. Es fehlen, wie auch im BPtK-Positionspapier hervorgehoben, sektorübergreifende Studien über die vorhandenen Versorgungskapazitäten (BPtK, 2005), was auch auf die Notwendigkeit einer fundierten und substantiellen Versorgungsforschung (Schulz et al., 2006) hinweist. Die vorliegende Arbeit soll erste Hinweise auf die Situation in Baden-Württemberg liefern und ein epidemiologiebasiertes Modell zur Versorgungsgradabschätzung vorstellen.

2. Fragestellung und Methodik

Ziel der Arbeit ist die Abschätzung des Bedarfs an psychotherapeutischen und psychosozialen Unterstützungen, der derzeitigen Behandlungskapazität und des Versorgungsgrads psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden Württemberg.

Zur Abschätzung des Bedarfs legt die folgende Analyse die bislang vorliegenden epidemiologischen Daten zu Grunde. In einem ersten Schritt wird aus der Epidemiologie der aktuelle Behandlungsbedarf abgeleitet.

In einem zweiten Schritt wird analysiert, in welchem Umfang eine psychotherapeutische bzw. psychosoziale Versorgung in Baden-Württemberg besteht. Dabei wird unterschieden zwischen dem ambulanten und teil-/vollstationären Versorgungssektor sowie zwischen Psychotherapie im enge-

2 Neben Erziehungs- und Familienberatungsstellen sind hierin auch Beratungsstellen enthalten, deren Angebot sich ausschließlich auf Erwachsene bezieht, z. B. AIDS- oder Sexualberatungsstellen.

ren Sinne und einer psychosozialen Versorgung, die auch erweiterte Leistungen z.B. der Jugendhilfe mit einbezieht. Dabei wird unter Rückgriff auf derzeit verfügbare Daten in einer Modellrechnung versucht, die Versorgungskapazität sowie – in Relation zu den Bedarfszahlen – den Versorgungsgrad zu ermitteln.

3. Behandlungsbedarf

Die vorliegenden epidemiologischen Studien gehen bei Kindern und Jugendlichen von einer Jahresprävalenz zwischen 7 und 20% aus. In der Übersichtsarbeit von Ihle und Esser (2002) wurden insgesamt 19 internationale und nationale Studien zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters untersucht. Der Median der Prävalenzraten der wichtigsten Studien betrug 18%, wobei sie bei ca. ¾ der Studien zwischen 15 und 22% lagen. Als häufigste Störungen zeigten sich Angststörungen mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 10%, gefolgt von dissozialen Störungen mit 8%. Es ergaben sich darüber hinaus konsistent hohe Persistenzraten der Störungen von ungefähr 50% über einen Zeitraum von 2–5 Jahren. Zu ähnlichen Ergebnissen (Jahresprävalenz ca. 20%) kommt Petermann (2005) in seiner Bestandaufnahme zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Mehrere nationale epidemiologische Untersuchungen (z.B. Döpfner et al.1998, Ihle et al. 2000, Barkmann & Schulte-Markwort et al. 2004) sowie auch der Jugendgesundheitssurvey der WHO (Hurrelmann et al., 2003, Ravens-Sieberer et al., 2003) zur Erfassung gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen junger Menschen bestätigen diese Trends.

Genauere und repräsentative Daten zur psychischen Gesundheit verspricht man sich vom derzeit laufenden bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (vgl. Kurth et al., 2002), dessen Ziel es ist, für Deutschland verallgemeinerungsfähige und umsetzungsrelevante Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung zu stellen. Bis Ende 2006 sollen insgesamt 18.000 repräsentativ ausgewählte Kinder und Jugendliche an über 150 Orten zur körperlichen und psychischen Gesundheit untersucht und befragt werden.

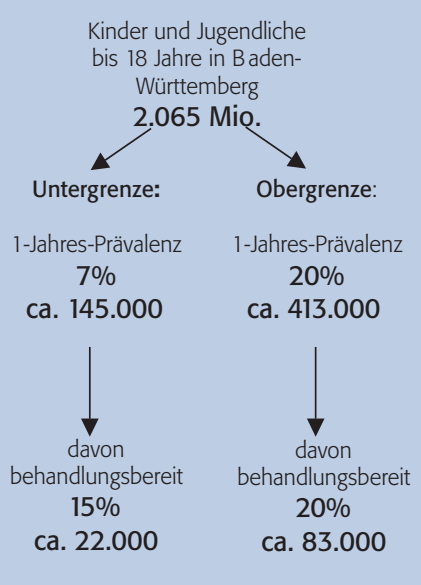


Abb. 1: Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungsplätzen für Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg in Abhängigkeit von Prävalenz und Behandlungsbereitschaft

Als Basis für die Ermittlung des Behandlungsbedarfs werden die Daten des Statistischen Landesamts herangezogen. Danach leben derzeit insgesamt etwa 2.065 Mio. Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren in Baden-Württemberg (Stichtag 31.12.2004). Geht man von einer Jahresprävalenz psychischer Störungen und Beeinträchtigungen von mindestens ca. 7 bis maximal ca. 20% aus, so können landesweit zwischen 145.000 und 413.000 Kinder und Jugendliche als behandlungsbedürftig bezeichnet werden. Legt man den Bedarfsberechnungen eine aktuelle Inanspruchnahme-Rate von ca. 15–20% zu Grunde (nur etwa 15–20% der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen erhalten oder wollen einen Behandlungsplatz; Petermann, 2005), so ergeben sich jährlich zwischen 22.000 und 83.000 Behandlungsfälle (vgl. Abb. 1). Diese Zahlen stellen jeweils eine Untergrenze des Bedarfs dar. Wegen des hohen Chronifizierungsrisikos und der wahrscheinlichen und hohen Folgekosten bei einer eingetretenen Chronifizierung müssten allein schon aus gesundheitsökonomischen Gründen mehr Kinder zu einer psychotherapeutischen Behandlung motiviert werden, ganz abgesehen von dem oft erheblichen Leidensdruck. Bereits unter der Annahme, dass nur weitere 15-20% der Behandlungsbedürftigen, bei Kindern und Jugendlichen auch deren Eltern, motiviert werden könnten, was einer (noch immer zu niedrigen) Inanspruchnahme-Rate von 30-40% entsprechen würde, verdoppelt sich die Zahl der jährlichen Behandlungsfälle auf 44.000 – 166.000.

4. Aktuelle Versorgungssituation

Für die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher stehen neben den niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Reihe weiterer Vertragsärzte und -psychotherapeuten zur Verfügung. Daneben gibt es ein Netz psychosozialer Versorgungsangebote aus dem Bereich der Beratungsstellen und der Kinder- und Jugendhilfe. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Anzahl der in der ambulanten psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen tätigen Professionen sowie über die Anzahl der Behandlungsplätze in der teilstationären und stationären Versorgung.

Je nach Informationsquelle schwanken die Versorgerzahlen z.T. beträchtlich. In der von uns zugrunde gelegten Mitgliederdatenbank der Landespsychotherapeutenkammer sind aktuell 367 niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten belegt. Daneben gibt es 252 KV-zugelassene Psychologische Psychotherapeuten, die auch über eine Zulassung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verfügen. Des weiteren sind im Arztregister Baden-Württemberg zwei zugelassene Ärzte mit Ausbildung als Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, 71 Kinder- und Jugendpsychiater und 23 Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie dokumentiert. An den von den Kommunen, Kirchen oder freien Wohlfahrtsverbänden getragenen Erziehungs- und Familienberatungsstellen stehen bei derzeit 430 Vollzeitstellen etwa 600 Fachkräfte mit unterschiedlichen Berufs- und Ausbildungsabschlüssen

Tab. 1: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg, Anzahl Therapeuten und Einrichtungen der ambulanten, teil- und vollstationären Versorgung; aktueller Stand 2006

Versorgungsbereiche	Anzahl
Ambulante Versorgung: Therapeuten	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Kassenzulassung als KJP)	367[1]
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, gleichzeitig auch Erwachsenenpsychotherapeuten (Kassenzulassung als KJP und PP)	252[1]
Ärzte mit Ausbildung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	2[2]
Kinder- und Jugendpsychiater	71[2]
Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie	23
Fachkräfte an Psychologischen Beratungsstellen	430[3]
davon mit Approbation als PP/KJP	107[3]
Teil- und vollstationäre Versorgung: Behandlungsplätze	
Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär (Univ.-Kliniken, Krankenhäuser, andere)	470[4]
Kinder- und Jugendpsychiatrie teilstationär	56
Kinder- und Jugendlichenrehabilitation mit Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen“	102[5]
Jugendhilfe vollstationär	6373[6]
Jugendhilfe teilstationär	3228[6]

[1] Daten der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Stand Januar 2006; [2] Auszählung Arztregister der KV Baden-Württemberg; [3] Ergebnisse der Erhebung der Landesarbeitsgemeinschaft Erziehungsberatung (LAG) Baden-Württemberg, 2005; [4] Statistisches Landsamt Baden-Württemberg 2005; [5] Hochrechnung auf der Grundlage von ca. 900 Rehabilitationsmaßnahmen bei Kindern mit der Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen“ und einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 42 Tagen (DRV Bund, 2005; s.u.); [6] Angaben des Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg KVJS. Stand 31.12.2003

(durchschnittlich 75%-Stellenbesetzung) zur Verfügung, davon 25 % als KJP oder PP mit einer Doppelapprobation als KJP (Reuser & Chudziak, 2005).

Im vollstationären Bereich stehen in Baden-Württemberg insgesamt 470[3] Betten, meist für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Verfügung. Darüber hinaus kann von 56 teilstationären Plätzen[4] ausgegangen werden (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2005a). Der Anteil psychotherapeutisch relevanter Kinder- und Jugendlichenrehabilitation kann nach derzeitiger Datenlage nicht abschließend eingeschätzt werden. Er spielt hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung eine deutlich untergeordnete Rolle. Primär psychosomatische oder psychotherapeutische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen besteht bundesweit erst in Ansätzen. Für Baden-Württemberg kann hochgerechnet von etwa 100 Behandlungsplätzen ausgegangen werden. Im Bereich der hier zur erweiterten psychosozialen Versorgung ebenfalls einbezogenen Jugendhilfe stehen derzeit ca. 9.500 (3.200 teilstationäre, 6.400 vollstationäre) Plätze zur Verfügung (KVJS, 2003; Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2005b).

5. Versorgungskapazität – Modellrechnung

5.1 Grundannahmen der Modellrechnung

Die folgende Modellrechnung unterscheidet eine Versorgungskapazität für Psychotherapie im engeren Sinne (PT) sowie für eine psychosoziale Versorgung (PSV), die neben den psychotherapeutischen Versorgungsangeboten auch Leistungen der Jugendhilfe mit einbezieht.

Die kontroverse Diskussion zur Abgrenzung von Beratung und Psychotherapie kann nicht abschließend geklärt werden. Unbestritten ist jedoch, dass Mitarbeiter an Psychologischen Beratungsstellen und Erziehungsberatungsstellen mit einer Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder als Psychologische Psychotherapeuten ihre therapeutische Kompetenz in ihre Arbeit einbringen und zu einer guten Versorgung von Kindern und Jugendlichen beitragen, von denen ein Teil auch psychische Störungen hat. Obwohl an den Beratungsstellen nach der diagnostischen Abklärung einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung bzw. Störung (ICD-10) nach Möglichkeit eine Weiterverweisung an einen niedergelassenen Psychotherapeuten erfolgen sollte, ist diese nicht immer realisierbar. Zum einen stehen insbesondere in ländlichen Einzugsgebieten häufig nicht genügend freie Therapieplätze zur Verfügung, zum anderen gibt es eine nicht unerhebliche Zahl von Eltern, die nicht für die Inanspruchnahme einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und den damit verbundenen Rahmenbedingungen für ihr Kind zu motivieren sind. Die Inanspruchnahme von Beratung mit ihrem niederschwelligen Zugang, der Möglichkeit eines relativ flexiblen Settings und einer oft zeitnahen Terminvergabe ist für viele ratsuchende Eltern attraktiv. Pädagogische und therapeutische Unterstützung gehört zum Spektrum der Beratungsarbeit. Es muss davon ausgegangen werden, dass auch in diesem Sektor ein bedeutsamer Beitrag zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen geleistet wird.

Zur Abschätzung des Versorgungsgrades werden in einem weiteren Schritt beide Versorgungsbereiche der Untergrenze des epidemiologisch ermittelten Bedarfs (7%

3 durchschnittliche Aufenthaltsdauer: ca. 42 Tage

4 Die teilstationären Betten sind in den Statistiken nicht gesondert ausgewiesen, sie können aus den absoluten Pflegetagen (20.570) und der Anzahl durchgeführter Behandlungen (794) über die mittlere Verweildauer berechnet werden (Mittlere Verweildauer: 25,9 Tage=3,7 Wochen pro Fall → 14.1 Fälle pro Jahr und Platz → 56 Plätze).

bzw. 145.000 behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche) sowie der Obergrenze (20% bzw. 413.000 behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche) gegenübergestellt. Tab. 2 gibt zunächst einen Überblick darüber, welche Versorgungsbereiche (vgl. Tab. 1) in welchem (prozentualen) Umfang in diese Modellrechnungen eingegangen sind.

Wie aus Tabelle 2 hervorgeht, wird die psychotherapeutische Versorgung durch die KJP und Ärzte mit KJP-Ausbildung mit jeweils 100% angesetzt. Dies bedeutet, dass die unten hinzugezogenen empirischen Versorgungszahlen in vollem Umfang in die Abschätzung der psychotherapeutischen Versorgungskapazität eingehen. Der gleiche Anteil wird für den teil-/vollstationären Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation angesetzt. Für Psychotherapeuten mit einer Doppelapprobation wird ein Umfang von 30% ihrer Psychotherapiekapazität für Kinder und Jugendliche angesetzt. Hierbei wird auf Daten von Zepf et al. (2001) zurückgegriffen, nach denen Doppelapprobierte 8,3 von 28 Wochenstunden (=30%) für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen aufwenden. Bei den Fachkräften an Psychologischen Beratungsstellen bzw. an Erziehungsberatungsstellen wird ein Anteil von 15% an psychotherapeutischer Beratung mit Kindern und Jugendlichen angenommen, wobei hier nur die als KJP und/oder PP approbierten Kräfte einbezogen werden. Für Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie wurden aufgrund der vielen anderen Leistungen durchschnittlich maximal 10% der Wochenstundenkapazität für Psychotherapie angenommen. Die Leistungen der Jugendhilfe wurden bezogen auf die psychotherapeutische Versorgung ganz ausgeklammert.

Tab. 2: Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher; prozentualer Anteil der Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungsbereichs in den Modellrechnungen zur Abschätzung der Versorgungskapazität

Versorgungsbereiche in %	PT[1]	PSV[2]	Gesamt[3]
Ambulante Versorgung: Psychotherapeuten			
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Kassenzulassung als KJP)	100	--	100
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, gleichzeitig auch Erwachsenenpsychotherapeuten (Kassenzulassung als KJP und PP)	30	--	30
Ärzte mit Ausbildung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	100	--	100
Kinder- und Jugendpsychiater	10	100	100
Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie	10	20	30
Fachkräfte an Psychologischen Beratungsstellen (PP, KJP und andere)	15	30	45
Teil- und Vollstationäre Versorgung: Behandlungsplätze			
Kinder- und Jugendpsychiatrie (Univ.-Kliniken, Krankenhäuser, andere)	100	--	100
Kinder- und Jugendlichenrehabilitation mit Indikation „Psychische und Verhaltensstörungen“	100	--	100
Jugendhilfe vollstationär	0	100	100
Jugendhilfe teilstationär	0	100	100

[1] PT: Psychotherapeutische Versorgung; [2] PSV: Psychosoziale Versorgung; [3] Summe PT und PSV

In Abweichung dazu wurde in die erweiterte Modellrechung für die psychosoziale Versorgung die Kapazität der teil- und vollstationären Jugendhilfe und die der Kinder- und Jugendpsychiater mit 100% berechnet. Die Anteile der Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie sowie der Fachkräfte der Beratungsstellen hingegen wurden verdoppelt. Die letzte Spalte bildet ab, in welchem Ausmaß die einzelnen Versorgungsbereiche in die Gesamtabschätzung (Psychotherapie + psychosoziale Versorgung) eingegangen sind.

5.2 Behandlungskapazität Psychotherapeutische Versorgung

Neben der Struktur der Versorgung ist für die empirische Abschätzung des tatsächlichen Versorgungsgrades im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auch die mittlere Behandlungsdauer und die durchschnittliche wöchentliche Be-

MFK
Münchner FamilienKolleg

Programm-Anforderung:
Pfarrstr. 4, 80538 München
Fon: 089 – 22 29 92
Fax: 08134 – 92 365
E-mail: MFK.FamilienKolleg@t-online.de
Internet: http:/www.mfk-fortbildung.de

Fortbildung 2007 *(Auswahl)*
09. – 10.03. Gerd F. Müller: Das Stärken betonende systemische Interview
19. – 21.03. Marie-Luise Conen: Aufsuchende Familientherapie
18. – 21.04. Doris Heueck-Mauß: Multiplikatorenkurs Präventives ElternTraining PET
11. – 12.05. Insoo Kim Berg: Lösungen Live
22. – 23.06. Jim Wilson: Kreative Methoden in der syst. Therapie mit Kindern und Eltern
18. – 21.10. Olaf Schulz u.a.: Multiplikatorenkurs „Erziehen mit Liebe und Grenzen“
16. – 17.11. Yvonne Dolan: Mehr als nur Wunder – der lösungsfokussierte Ansatz
Für die Seminare gibt es Fortbildungspunkte der Bay. Psychotherapeutenkammer.
Weiterbildung „Systemische Beratung und Therapie“
07.05.2007: Beginn einer neuen Gruppe (DGSF-zertifiziert)

handlungskapazität zu berücksichtigen. Zur mittleren Behandlungsdauer von Kinder- und Jugendlichentherapien liegen unterschiedliche empirische Befunde vor. So geht Koch (2005) von durchschnittlich 40 Behandlungsstunden pro Fall aus. In einer bundesweiten Befragung von über 300 – allerdings ausschließlich – analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ergab sich ein Stundenmittel von fast 120 Stunden pro Fall zuzüglich etwa 25 Stunden für begleitende Elterngespräche (Hirschmüller, Hopf, Munz & Szewkies, 1997). In der Erhebung von Löcherbach et al. (2000) wurden 70 Stunden Therapiezeit pro Fall ebenfalls für analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie dokumentiert. Empirische Daten zur mittleren Dauer ambulanter Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen liegen nicht vor. Für die folgende Modellrechnung werden für die **ambulante psychotherapeutische Versorgung** durch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anlehnung an Koch (2005) 40 Behandlungsstunden zu Grunde gelegt. Dies führt gegenüber den höheren Fallstundenzahlen zu einer „optimistischeren" Schätzung der Versorgungskapazitäten im Bereich der niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Bezüglich der wöchentlichen Behandlungszeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapie des Kindes und begleitende Psychotherapie von Bezugspersonen) liegen keine Daten aus der Honorarstatistik der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg vor. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayern hat als durchschnittliche wöchentliche Behandlungszeit dieser niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten 16,4 Stunden ermittelt, wobei weitere patientenbezogene Leistungen nicht einbezogen wurden (Bundespsychotherapeutenkammer, 2005). Aus anderen Kassenärztlichen Vereinigungen wird eine durchschnittliche wöchentliche Behandlungszeit von circa 18 Stunden berichtet. Dieses Ergebnis umfasst nur die Psychotherapie mit Patienten, die GKV-versichert sind, und muss um den Anteil der Psychotherapie mit privat Versicherten erhöht werden. Die wöchentliche Arbeitszeit liegt um mindestens 30% höher, da neben weiteren patientenbezogenen Leistungen Zeiten hinzukommen für Dokumentation, Vorbereitung der Therapiestunden, Antragstellung, Fortbildung, Supervision sowie unter dem Aspekt fehlender Hilfskräfte auch Verwaltungsarbeiten wie Abrechnung und Terminvergaben. Wie aus der QS-Befragung der Landespsychotherapeutenkammer aus dem Jahr 2004 hervorgeht (Seeger et al., 2005), liegt die Selbsteinschätzung der wöchentlichen Behandlungszeit von Psychotherapeuten z.T. deutlich höher bei etwa 25 Stunden. Diese Differenz kann zum einen darauf beruhen, dass in der Honorarstatistik der Kassenärztlichen Vereinigungen nur die Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung ermittelt werden, während die Niedergelassenen zusätzlich auch Psychotherapien von privat Versicherten einbeziehen. Zum anderen ist naheliegend, dass bei der Selbsteinschätzung die vereinbarten Stunden berücksichtigt werden, die vorgehalten werden, während gerade bei der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen oft kurzfristige Absagen durch Krankheit, Teilnahme an psychosozialen Aktivitäten wie Schulausflug etc. erfolgen, die zu einer niedrigeren Abrechnung führen. In der hier durchgeführten Modellrechnung werden für die KJP 20 Stunden als durchschnittliche wöchentliche Behandlungszeit angenommen. Da der Anteil, den Psychotherapeuten mit einer Doppelapprobation zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlichen beitragen, für Baden-Württemberg nicht bekannt ist, werden in der Modellrechnung die o.g. 30% (Zepf et al., 2001) eingesetzt. Nach einer 2005 von der Psychotherapeutenkammer Hessen durchgeführten Befragung ist ein deutlich niedrigerer Anteil wahrscheinlich. Nach dieser Erhebung behandeln Psychologische Psychotherapeuten, die auch eine Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut haben, eher Patienten über 18 Jahren und stehen für die Behandlung jüngerer Kinder weniger zur Verfügung. Ähnliche Daten hat kürzlich die Bayrische Psychotherapeutenkammer (2005) vorgelegt. Bzgl. der Wartezeit auf einen Therapieplatz ergab sich für Baden-Württemberg ein Durchschnitt von ca. 10 Wochen (in der o.g. QS-Befragung; Seeger et al., 2005), wobei es starke regionale Unterschiede gibt und teilweise viel längere Wartezeiten bestehen, die in Verbindung mit oft langen Anfahrtswegen problematisch sind. Die Umfrage aus Hessen ergab eine durchschnittliche Wartezeit bei Schulkindern von 18 Wochen (Psychotherapeutenkammer Hessen, 2006).

Für die beiden Ärzte mit KJP-Ausbildung wurde – da keine empirischen Daten dazu vorliegen – die durchschnittliche Behandlungsstundenzahl der KJPs zugrunde gelegt. Für Kinder- und Jugendpsychiater und Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie konnten ebenfalls keine verlässlichen Daten zur psychotherapeutischen Behandlungskapazität ermittelt werden. Für die hier durchgeführte Modellrechnung gehen diese beiden Therapeutengruppen maximal ca. 10%, also 2,0 Stunden wöchentliche psychotherapeutische Leistungen im engeren Sinne, ein bei einer Jahresarbeitszeit von durchschnittlich 44 Wochen. Als durchschnittliche Behandlungsdauer pro Fall wurden auch hier 40 Std. angesetzt (Koch, 2005).

Tab. 3 zeigt die Modellrechnung der mit der verfügbaren Kapazität behandelbarer Fälle pro Jahr für den Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und jeweils bezogen auf die einzelnen Professionen. Hierbei wurden die in Kap. 3 berichteten Daten übernommen (vgl. Tab. 1). Bzgl. der wöchentlichen/jährlichen Behandlungszeit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden 20 Std. wöchentlich bzw. 880 Stunden jährlich zu Grunde gelegt. Bei einer durchschnittlichen Therapiedauer von 40 Stunden ergibt sich daraus eine durchschnittliche jährliche Fallzahl von 22. Bei kontinuierlicher Verfügbarkeit aller bei der LPK Baden-Württemberg gelisteten 367 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ergibt sich ein jährliches Fallvolumen von etwa 8.000 behandelten Fällen. Bei Psychotherapeuten mit einer Doppelapprobation als PP und KJP ergibt sich ein Fallzahlvolumen von ca. 1.700. Für die Ärzte mit KJP-Ausbildung wurde die gleiche mittlere Fallzahl pro Jahr angenommen wie für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Hieraus ergibt sich eine weitere Kapazität von 44 Behandlungsfällen pro Jahr. Bei Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Kinderärzten mit Zusatztitel Psychotherapie

Tab. 3: Versorgungskapazität für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg – Ambulante psychotherapeutische Versorgung

Ambulante Versorgung	Anzahl Therapeuten	∅ Std/W nur PT	∅ Std/J	∅ Fälle/Jahr[1]	Fälle/Jahr Ges
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Kassenzulassung als KJP)	367	20	880	22,0	8.074
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, gleichzeitig auch Erwachsenenpsychotherapeuten (KJP/PP)	252	6,0[2]	264,4	6,6	1.663
Ärzte mit Ausbildung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	2	20[3]	880[4]	22,0	44
Kinder- und Jugendpsychiater	71	2,0[3]	88[4]	2,2	156
Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie	23	2,0[3]	88[4]	2,2	50
Beratungsstellen, nur approbierte Fachkräfte (25%)	107	6,0[5]	264[4]	6,6	706
Summe					10.693

[1] Ø Stunden pro Jahr bei einer Ø-Behandlungsdauer von 40 Stunden; [2] für KJP 20 Std. x 30% (vgl. Zepf et al. 2001); [3] geschätzt anhand der KJP; [4] bei 44 Arbeitswochen; [5] geschätzt 15% von 40 Wochenarbeitsstunden

wurde mit 2,0 Stunden eine deutlich niedrigere durchschnittliche Wochenstundenzahl für Psychotherapie angenommen. Dies beruht auf einer reinen Schätzung, da uns hierzu keinerlei Daten zugänglich waren. Von den 430 vollzeitigen Fachkräftestellen an den Beratungsstellen wurde für die Berechnung der psychotherapeutischen Versorgungskapazität nur die 107 approbierten Kräfte herangezogen und dabei eine durchschnittliche Wochenstundenzeit für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern oder Jugendlichen von 6,0 angesetzt, dies entspricht ca. 15% der Arbeitskapazität. Auch hier gibt es keine verlässlichen Zahlen. Bei – ebenfalls geschätzten – 44 Arbeitswochen pro Jahr (52 – 6 Wochen Urlaub, 1 Woche krankheitsbedingte Fehlzeit, 1 Woche Fortbildung) ergeben sich so etwa 6,6 Behandlungsfälle je Therapeut bzw. pro Jahr bzw. etwa 700 Behandlungsfälle landesweit. Insgesamt summiert sich die Behandlungskapazität im Versorgungsbereich der ambulanten Psychotherapie damit auf etwa 11.000 Fälle pro Jahr.

Im Bereich der **stationären psychotherapeutischen Versorgung** wurde für die Kinder- und Jugendpsychiatrie von einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 6,1 Wochen ausgegangen (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2005a). Hierdurch ergibt sich eine durchschnittliche Fallzahl pro Behandlungsplatz von 8,5 bzw. eine jährliche Gesamtfallzahl von 4.006. Für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation liegen bundesweite Daten der Deutschen Rentenversicherung vor. So wurden 2004 insgesamt 6.822 Heilverfahren wegen „psychischer und Verhaltensstörungen" durchgeführt; dies entspricht einem Anteil von ca. 18% an allen Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche (VDR, 2005). Für eine Schätzung der auf Baden-Württemberg bezogenen Daten wurde als Orientierungsgröße das Verhältnis von Landesbevölkerung (2005: 10.7 Mio.) zu Bundesbevölkerung (2005: 82,5 Mio.) zu Grunde gelegt. Auf dieser Berechnungsgrundlage ergeben sich für Baden-Württemberg 887 (13%) Rehabilitationsmaßnahmen mit psychischer Indikation. Unklar ist allerdings auch hier, welcher Anteil dieser Patienten in welchem Ausmaß psychotherapeutisch versorgt wird. Wie oben ausgeführt, wird dieser Bereich in der Modellrechnung voll in die psychotherapeutische Versorgung einbezogen. Auf dieser Berechungsgrundlage ergibt sich für den voll- und teilstationären Versorgungs-

igw

Weiterbildung in Gestalttherapie (Schwerpunkte: Gestalt-orientierte Beratung und Klinische Gestaltpsychotherapie)
Neue Ausbildungsgruppen in Würzburg/ Nürnberg, München, Freiburg und Zürich

Informations- und Auswahlseminare:

Würzburg/Nürnberg 22.09.06 - 24.09.06
München 15.09.06 – 17.09.06
Freiburg 15.09.06 - 17.09.06
Zürich 01.09.06 - 03.09.06

Fachtagung:
Krise, Wandel und die Kunst des Lebens - 30 Jahre IGW

Referate, Workshops, Kunst und Kultur
10. - 12. November 2006 in Würzburg
Tagungsgebühr: 240,00 €

Theaterstraße 4 • 97070 Würzburg
Fon: 0931/354450 • Fax: 0931/3544544
e-mail: info@igw-gestalttherapie.de
internet: www.igw-gestalttherapie.de

STELLENAUSSCHREIBUNG

Die **BEWÄHRUNGSHILFE STUTTGART e.V.**

sucht ab sofort für seine
PSYCHOTHERAPEUTISCHE AMBULANZ FÜR SEXUALSTRAFTÄTER
eine/en

Psychologische/n Psychotherapeut/in/en

mit 50% Stellenanteil. Eine Ausweitung des Stellenanteil ist zukünftig möglich.

Arbeitsgebiet
– Psychotherapie und Aufarbeitung der Straftaten von Straftätern nach einem verhaltenstherapeutischen Konzept
– Ziel der Behandlung ist die Verhaltensveränderung zur Vermeidung von weiteren Straftaten und die Behandlung von psychischen Störungen.

Wir wünschen uns
– eine/n engagierte/n approbierte/n Psychotherapeut/in/en
– n. M. bereits Erfahrungen in der Behandlung von Straftätern oder mit Patienten des Maßregelvollzugs.

Wir bieten
– einen Arbeitsplatz nach einem innovativen Konzept
– fachlichen Austausch im Team, durch Supervision und wissenschaftlichen Beirat
– eine fachlich gut vernetzte Einrichtung in Stadtmitte
– Vergütung in Anlehnung an BAT, zuzüglich betriebliche Altersversorgung u.a.

Rückfragen bei Herrn Dipl.-Psych. H.-J. Pitzing, 0711-2398848.
Bewerbungen bitte ausschließlich per e-mail senden an bayer@sd-stgt.de.
Ausführlicher Ausschreibungstext unter www.sd-stgt.de.

Tab. 4: Versorgungskapazität für psychisch kranke Kinder und Jungendliche in Baden-Württemberg – Voll- und teilstationäre psychotherapeutische Versorgung

Voll- und teilstationäre Versorgung	Anzahl Behandl-Plätze	∅ Dauer der Beh/ Wochen	∅ Fälle/ Jahr / Platz	Fälle/ Jahr Ges
Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär (Univ.-Kliniken, Krankenhäuser, andere)	470	6,1	8,5	**4.006**
Kinder- und Jugendpsychiatrie teilstationär	56	3,7	14,1	**794**
Kinder- und Jugendlichenrehabilitation	102	6,0	8,7	**887**
Summe				**5.687**

bereich eine Gesamtbehandlungskapazität von 5.687 Fällen pro Jahr (vgl. Tab. 4).

Unterstellt man eine Verallgemeinerbarkeit dieser Daten auf die Gesamtversorgung und nimmt alle Versorgungsbereiche zusammen, so besteht in Baden-Württemberg eine jährliche Behandlungskapazität im Bereich der Psychotherapie für ca. 16.500 Kinder und Jugendliche. Diese liegt damit deutlich unter dem o.g. genannten und auf der Grundlage epidemiologischer Daten ermittelten Mindestbedarf von ca. 23.000 (Abb. 1). Diese hier als „Mindestbedarf" bezeichnete Grenze geht bereits davon aus, das nur ein Teil (15%) der jährlich behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern auch behandlungsbereit ist. Bei zu Grunde legen der Epidemiologie (also ohne Berücksichtigung der Behandlungsbereitschaft, d.h. 7% oder 145.000) kann davon ausgegangen werden, dass durch die derzeit verfügbare Behandlungskapazität der Bedarf nur bei etwa 11% der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen gedeckt wird.

5.3 Behandlungs- bzw. Betreuungskapazität Psychosoziale Versorgung

Die bisherige Modellrechnung hatte sich darauf konzentriert, in welchem Ausmaß psychotherapeutische Versorgungsangebote bestehen, und weitere psychosoziale Beratungs- bzw. Versorgungsangebote ausgeklammert. Zur Abschätzung dieser zusätzlichen psychosozialen Versorgungskapazität werden die in 5.2. durchgeführten Modellrechungen entsprechend ihrem in Tab. 2 geschätzten prozentualen Anteil in der psychosozialen Versorgung ergänzt. In den folgenden beiden Tabellen werden dabei nur jene Versorgungskapazitäten aufgeführt, die in Kap. 5.2. noch nicht abgeschätzt wurden. Die Summe beider ergibt dann die Gesamtversorgungskapazität der erweiterten psychosozialen Versorgung. Tab. 6 zeigt zunächst die zusätzliche Versorgungskapazität in der ambulanten Versorgung. Die Arbeitszeit der Kinder- und Jugendpsychiater wurde in vollem Umfang einbezogen und eine durchschnittliche Beratungsdauer von 10 Sitzungen je Fall angenommen. Insgesamt ergibt sich für diese Versorgungsgruppe einen Umfang von insgesamt etwa 6.200 Behandlungsfälle pro Jahr. Bzgl. der Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie wurde, da sie auch und sicher überwiegend mit der Versorgung körperlich kranker Kinder und Jugendlicher befasst sind, eine Quote von 20% der Arbeitszeit zu Grunde gelegt (vgl. auch Tab. 2). Auf dieser Grundlage ergibt sich eine jährliche Kapazität von 405 Behandlungsfällen. Für die Beratungsstellen wurde wie oben ausgeführt, eine wöchentliche Kapazität für Beratung und psychosoziale Hilfeleistungen von 30% angenommen, was zu einer jährlichen Fallzahl von etwa 23.000 Kinder und Jugendlichen führt. Zur Dauer der Interventionen in diesem Versorgungsbereich waren keine konkreten empirischen Daten zugänglich. Die Annahme von durchschnittlich 10 Stunden je Fall erscheint etwas hochgegriffen. Bei einer Halbierung der Behandlungsdauer auf 5 Stunden für alle drei der hier aufgeführten Versorgungsbereiche ergibt sich die doppelte Versorgungskapazität (ca. 55.000 Fälle).

Im **teil- und vollstationären Versorgungsbereich** können unter der Annahme einer erweiterten psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher auch die Leistungen der Jugendhilfe einbezogen werden. In ihr werden mehr oder weniger umfassende psychologische, sozialpädagogische, heilpädagogische und andere Hilfen angeboten. Bei vielen dieser Kinder und Jugendlichen liegt eine chronifizierte Störung vor, die auch eine Klassifizierung im Rahmen der ICD 10 möglich machen und einen entsprechenden psychotherapeutischen Behandlungsbedarf auslösen würde. Da nur ein geringer Teil dieser in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe betreuten Kinder und Jugendlichen parallel eine psychotherapeutische Begleitung erhält, muss davon ausgegangen werden, dass diese Jugendhilfemaßnahmen zur psychosozialen Versorgung beitragen und vermutlich auch Familien erreichen, die derzeit nicht die Ressourcen und Voraussetzungen für die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie ihres Kindes haben,

Tab. 5: Erweiterte Versorgungskapazität für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg; ambulante psychosoziale Versorgung

Ambulante Versorgung	Anzahl Therapeuten	∅ Std/W	∅ Std/J	∅ Fälle/ Jahr[1]	Fälle/ Jahr Ges
Kinder- und Jugendpsychiater	71	20[2]	880[4]	88	6.248
Kinderärzte mit Zusatztitel Psychotherapie	23	4,0[3]	176[4]	17,6	405
Beratungsstellen, alle Fachkräfte	430	12,0[5]	528[4]	52,8	22.704
Summe					**29.357**

[1] Ø Stunden pro Jahr/Ø-Behandlungsdauer von 10 Stunden; [2] geschätzt anhand der für KJP hochgerechneten Stundenzahl von 20; [3] 20% der Wochenstundenzeit von 20; [4] bei 44 Arbeitswochen; [5] geschätzt 30% von 40 Wochenarbeitsstunden

Tab. 6: Versorgungskapazität für psychisch kranke Kinder und Jungendliche in Baden-Württemberg – voll- und teilstationäre psychosoziale Versorgung in der Jugendhilfe

	Anzahl Behandl-Plätze	∅ Dauer der Beh/ Wochen	∅ Fälle/ Jahr / Platz	Fälle/ Jahr Ges
Jugendhilfe, vollstationäre Plätze	6373	118,0	0,44	**2.807**
Jugendhilfe, teilstationäre Plätze	3228	123,2	0,42	**1.362**
Summe				**4.169**

z.B. auch sozial benachteiligte Kinder. Außerdem kann angenommen werden, dass wegen des Mangels an freien ambulanten Therapieplätzen die Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendhilfe entsprechend größer ist.

In der hier ausgeführten Modellschätzung wird in Ermangelung differenzierterer Daten der gesamte Bereich der Jugendhilfe einbezogen. Nach Angaben des Statistischen Landesamtes (2004) waren zum Jahresende 2004 etwa 6000 Kinder und Jugendliche in einem Heim untergebracht und etwa weitere 3000 Kinder und Jugendliche wurden in einer teilstationären Einrichtung betreut. Mit Stand 31.12.2003 wurden landesweit insgesamt etwa 9.500 genehmigte Plätze vorgehalten. Die durchschnittliche Verweildauer in den Einrichtungen lag bei 2,3 im voll- und 2,4 Jahren im teilstationären Bereich (schriftliche Angaben des KVJS Baden-Württemberg, 2006). Auf der Basis dieser Daten kann eine Versorgungskapazität von ca. 4.000 Fällen jährlich angenommen werden (Tab. 6).

Insgesamt kann damit davon ausgegangen werden, dass im Bereich der Psychosozialen Versorgung, wie hier definiert wurde, zusätzlich eine Behandlungskapazität von jährlich etwa 34.000 Kindern und Jugendlichen besteht.

5.4 Synopse der Modellrechnungen

Nimmt man psychotherapeutische und zusätzliche psychosoziale Versorgung zusammen, so ergibt sich eine jährliche Gesamtkapazität für die Betreuung und Behandlung von rund 50.000 Kindern und Jugendlichen. Tabelle 7 zeigt abschließend die Relation der Versorgungskapazität zur Epidemiologie in den jeweiligen Ober- und Untergrenzen. Bezogen auf die epidemiologischen Daten liegt der Versorgungsgrad zwischen 4 und 35%. Die Psychotherapie allein kann dabei derzeit nur maximal 11,3% der behandlungsbedürftigen Fälle abdecken. Legt man zusätzlich die Daten der psychosozialen Versorgung zu Grunde, kann ein Versorgungsgrad zwischen 12 und 35% angenommen werden. Dies bedeutet, dass auch bei Einbeziehen erweiterter Versorgungsstrukturen außerhalb der – eigentlich indizierten Psychotherapie – in keinem Fall von einer Bedarfsdeckung gesprochen werden kann.

6. Zusammenfassung und Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht, den psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungsgrad psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg anhand epidemiologischer und verfügbarer Versorgungsdaten abzuschätzen. Nach den durchgeführten Modellrechnungen gibt es Hinweise darauf, dass eine mehr oder weniger große Unterversorgung besteht. Bezieht man sich auf die epidemiologische Datenlage, wonach die 1-Jahres-Prävalenz zwischen 7 und 20% liegt, so kann davon ausgegangen werden, dass nur ein Bruchteil der betroffenen Kinder und Jugendlichen – zwischen 4 und 35% – versorgt werden kann. Diese Zahlen korrespondieren großteils mit Ergebnissen früherer Arbeiten (z.B. Pohl, 1999, Zepf et al. 2001, 2003, Löcherbach et al. 2000) und aktueller Initiativen (Albota, 2004). Bestätigt wird die Untersorgung u.a. auch durch die langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz sowie der Erfahrung der Vermittlungsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, nur für einen Teil der Kinder einen Therapieplatz vermitteln zu können (Löcherbach et al. 2000). Aus Versorgungsstudien wird auf der anderen Seite berichtet, dass nur etwa 15-20% der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen tatsächlich einen Behandler aufsuchen oder finden (Petermann, 2005). Würde man den Versorgungsgrad nur auf diese psychotherapiemotivierten Kinder und Jugendlichen beziehen (vgl. Abb. 1), ergäbe sich ein psychotherapeutischer „Versorgungsgrad" zwischen etwa 20 und maximal 75%.

Vor allem unter der Berücksichtigung möglicher Folgen unbehandelter Störungen müsste ein deutlich höherer Versorgungsgrad der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen unabhängig von ihrer Behandlungsbereitschaft gewährleistet werden. Viele Störungen treten im Kindes- und Jugendalter erstmals auf. Bleiben sie unbehandelt, besteht die Gefahr eines progredienten Verlaufs mit der Entwicklung weiterer komorbider Störungen (Wittchen & v. Zerssen, 1987). Dies hat Konsequenzen für die jungen Patienten, ihr Umfeld und auch für die Gesundheitsversorgung (Schmidt, 2004, Juster, Brown & Heimberg, 2000). Folgen sind z.B. eine reduzierte Leistungsfähigkeit in der Schule, im späteren Berufsleben sowie Einschränkungen in vielen anderen Lebens-

Tab. 7: Versorgungsgrad in Prozent nach Epidemiologie und Versorgungskapazität, jeweils Ober- und Untergrenze

		Versorgungskapazität (jährliche Behandlungsfälle)	
		Psychotherapie (16.380)	Psychosoziale Versorgung (inkl. Psychotherapie) (49.906)
Epidemiologie (12-Monats-Prävalenz)	Untergrenze 7% (=145.000)	11,3	34,4
	Obergrenze 20% (=413.000)	4,0	12,1

bereichen. Für soziale Phobien liegt der Median des Erstauftrittsalters bei 12 Jahren, d.h. dass 50% der Patienten mit einer sozialen Phobie diese Störung bis zum Abschluss des zwölften Lebensjahres entwickelt. Um Folgeerkrankungen und Chronifizierungsprozesse sowie Folgekosten zu vermeiden, müsste die Inanspruchnahme-Rate von Psychotherapie deutlich gesteigert werden. Deshalb ist eine möglichst frühzeitig einsetzende Behandlung für den weiteren Krankheitsverlauf von besonders großer Bedeutung (Löschmann & Nübling, 2003). Dabei geht es auch um die Frage, wie sozial benachteiligte Kinder erreicht werden können. Diese Überlegungen bedeuten für die Bewertung des aktuellen Versorgungsgrads, dass es zu kurz greift, nur die behandlungsbereiten Kinder und Jugendlichen zu berücksichtigen. Unter einer präventiven Perspektive müssen unbedingt auch Angebote für die Gruppe der zwar psychisch beeinträchtigten, aber (noch) nicht motivierten Kinder und Jugendlichen und ihrer sorgeberechtigten Bezugspersonen entwickelt und vorgehalten werden. Für eine frühzeitige Feststellung von Entwicklungsschwierigkeiten, Beeinträchtigungen und psychischen Störungen könnte die Einbeziehung des psychischen Anteils an den Vorsorgeuntersuchungen bedeutsam sein (Bundespsychotherapeutenkammer, 2005).

Mit der Modellrechnung wurde ein erster Versuch unternommen, die Behandlungskapazität abzuschätzen. Hierzu wurde versucht, soweit wie möglich aktuelle empirische Daten zu Grunde zu legen. Es liegen bisher kaum Daten aus den Kassenärztlichen Vereinigungen zum Abrechnungsverhalten der Vertragsärzte und -psychotherapeuten vor, die den Anteil der Leistungserbringer an der ambulanten Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sowie die Altersgruppe der behandelten Kinder zeigen (Ausnahme Bayern, vgl. Bayrische Psychotherapeutenkammer, 2005). In Ermangelung umfassenderer Daten einer bislang nur in Ansätzen vorhandenen Versorgungsforschung (Schulz et al. 2006) wurde neben den öffentlich zugänglichen (Arztregister, Krankenhausplan, Statistisches Landesamt, überregionale Studien zur psychotherapeutischen Versorgung) auch auf (ebenfalls unzureichend vorhandene) Befragungsdaten zurückgegriffen.

Ein zentraler Punkt bei der Abschätzung der aktuellen Versorgungssituation besteht in der Festlegung der Modellparameter, d.h. der Festlegung des Umfangs der Beteiligung der unterschiedlichen Professionen bzw. Einrichtungen an der Gesamtversorgung. Für den Bereich der ambulanten Kinder- und Jugendlichentherapie, für den aus mehreren Erhebungen eine vergleichsweise gute Datengrundlage besteht, wurden in die Modellschätzung 20 real geleistete Wochenstunden Psychotherapie (bzw. 880 jährlich) eingesetzt. Diese Zahl steht in einem gewissen Widerspruch zu Daten aus den Befragungen der PTK Hessen (2006), der QS-Befragung der LPK Baden-Württemberg (Seeger et al., 2005) und der Studie von Zepf et al. (2000), nach denen von 22 – ca. 25 Stunden ausgegangen werden kann. Die Daten aus der KV Bayern wiederum weisen darauf hin, dass nur ca. 10% der KJP 20 und mehr Therapiesitzungen in der Woche abrechnen (Bayrische Psychotherapeutenkammer, 2005). In Abhängigkeit der zu Grunde gelegten Behandlungszeit variiert die jährlich mögliche Fallzahl beträchtlich. In der hier durchgeführten Modellrechnung wird davon ausgegangen, dass mit den 20 Stunden ein realistisches Mittel aus den vorliegenden Daten zu Grunde gelegt wurde.

Auch die mittlere Stundenzahl pro Fall führt zu einer Variation der jährlichen Versorgungskapazität. In der Literatur werden auch hier sehr unterschiedliche Werte berichtet. Während Koch (2005) von einer mittleren Fallstundenzahl von etwa 40 ausgeht, kamen Löcherbach et al. (2000) mit durchschnittlich 70 und Hirschmüller et al. (1997) mit 117 Stunden zu deutlich höheren Zahlen. Nicht einbezogen sind dabei jeweils die in der Regel nach jeder 4. Therapiestunde stattfindenden begleitenden therapeutischen Gespräche mit den Bezugspersonen, die ebenfalls die Versorgungskapazität der KJPs beanspruchen. Da auch hierfür keine aktuellen Versorgungszahlen aus Baden-Württemberg zur Verfügung stehen, wurde in der Modellrechnung die niedrigste mittlere Stundenzahl der drei aufgeführten Studien herangezogen (40), zumal neben Langzeittherapien auch kürzere Behandlungen wie kriseninterventionen und Kurzzeittherapien durchgeführt werden. Dies führt zu einer etwa um den Faktor 2,5 bis 3,5 „optimistischeren" Schätzung des realen Versorgungsangebots als bei zu Grunde legen der höheren Fallstundenzahlen. Zudem kann bei allen Leistungserbringern von einer höheren Fallzahl ausgegangen werden, wenn die probatorischen Sitzungen sowie die Diagnostik einbezogen werden.

Derzeit ohne ausreichende Datengrundlage ist die Frage, in welchem Umfang neben den zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andere Vertragspsychotherapeuten und -ärzte, zur psychotherapeutischen Versorgung beitragen und wie viele Kinder und Jugendliche sie behandeln. Hier sind vor allem die Fachärzte aus dem ambulanten, teil- und vollstationären Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Fachkräfte der Erziehungs- und Familienberatungsstellen in Baden-Württemberg zu nennen. Nicht einbezogen wurden die kinder- und jugendpsychiatrischen Fachambulanzen in Akut- bzw. Universitätskliniken, die in der Regel vorwiegend eine diagnostische und indikative Funktion haben. Ebenfalls nicht einbezogen wurden Psychologische Psychotherapeuten, die zwar nicht als KJP approbiert sind, aber eine Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche besitzen. Schwer abzuschätzen ist auch, in welchem Umfang die teil- und vollstationären Einrichtungen der medizinischen und rehabilitativen Versorgungssysteme und insbesondere die Einrichtungen der Jugendhilfe zur Versorgung beitragen. Es muss darauf hingewiesen werden, dass für diejenigen in die Modellrechungen einbezogenen Parameter, für die wenige oder gar keine Daten vorlagen, Schätzungen seitens der Autoren vorgenommen wurden. Mit der hier durchgeführten Modellrechnung soll eine Diskussion über eine deutlich stärker empirisch basierte Bedarfsplanung angestoßen werden. Ob sich die hier präsentierten Schätzungen halten lassen, kann erst durch umfassendere Erhebungen im Rahmen einer unbedingt zu fordernden breiteren Versorgungsforschung geklärt werden.

Im vorliegenden Beitrag wurden keine Aussagen über regionale Versorgungsunterschiede gemacht, die selbstverständlich auch in Baden-Württemberg bestehen. Die regionale Verteilung weist wie in anderen Bundesländern ein massives Stadt-Land-Gefälle auf, d.h. es muss zudem davon ausgegangen werden, dass die Versorgung für Kinder und Jugendliche im ländlichen Bereich noch deutlich schlechter ist als in der durchgeführten landesweiten Modellrechung. Eine ausführlichere Darstellung der regionalen Versorgungsunterschiede befindet sich in Vorbereitung (Reisch, Raymann & Nübling, in Vorb.).

Die vorliegenden Zahlen sind, wenn sich diese ersten Schätzungen bestätigen lassen, alarmierend und dies, obwohl für Baden-Württemberg im Vergleich mit anderen, v.a. den ostdeutschen Bundesländern, von einer relativ guten Versorgungslage ausgegangen wird (wie dies implizit auch aus dem Positionspapier der BPtK hervorgeht; BPtK, 2005). Daten aus anderen, relativ gut versorgten Regionen, wie z.B. Hamburg, in denen die Versorgungslage von Experten ebenfalls unzureichend eingeschätzt wird, bestätigen diese Aussage (Albota, 2004). Für eine genauere Einschätzung des derzeitigen Behandlungsbedarfs sollten die epidemiologischen Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys abgewartet werden. Für eine belastbarere Modellrechnung zur Versorgung im Land Baden-Württemberg bedarf es letztlich – zusätzlich zu den Survey-Daten – einer umfassenderen Versorgungsforschung, in der die vielen Unbekannten und Schätzgrößen der aktuellen psychotherapeutischen Versorgung ermittelt werden und – mittelfristig möglichst – in die Bedarfsplanung einfließen können.

Literatur

Die Literatur zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter „www.psychotherapeutenjournal.de".

Dr. Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg
Hauptstätter Str. 89
70178 Stuttgart
nuebling@lpk-bw.de

Dipl.-Psych. Michael Reisch

Psychologischer Psychotherapeut
Erziehungs- und Familienberatungsstelle
des Landkreises Emmendingen
Gartenstr. 30
78132 Emmendingen

Dipl.-Päd. Trudi Raymann

Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutin
Marienstr. 9
70178 Stuttgart

TIEFENPSYCHOLOGISCHES INSTITUT BADEN e.V.
Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut und
Weiterbildungsstätte der Deutschen Fachgesellschaft
für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)

Postgraduierten-Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin/ zum Psychologischen Psychotherapeuten in tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie

Anmeldung und Info-Material:
Geschäftsstelle des TIB – Klinik Bad Herrenalb
Kurpromenade 42, 76332 Bad Herrenalb
Tel.: 0 70 83 - 50 92 43 **Fax:** 0 70 83 - 50 92 42
E-mail: info@ti-b.de
Homepage: www.ti-b.de

Beginn des neuen Curriculums: November 2006

Akademie für Fortbildung in Psychotherapie

Interaktive Fortbildung

Fortbildungspunkte über das Internet!

www.afp-info.de

Aktuelle Fachartikel:

- Diagnostik in der Psychotherapie sexueller Störungen
- Soziale Phobie: Grundlagen und neue Entwicklungen Kognitiver Verhaltenstherapie
- Bindungsorientierte Verhaltenstherapie – eine Erweiterung der Perspektive

Alle Artikel sind von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg akkreditiert und damit bundesweit anerkennungsfähig.

Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie ist eine Einrichtung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V.

Körperpsychotherapie – Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie Teil 2

Ulfried Geuter

Zusammenfassung: Der erste Teil des Aufsatzes bestimmte den Ort der Körperpsychotherapie im Spektrum der psychotherapeutischen Ansätze und skizzierte ihre therapeutischen Potenziale. Im Weiteren untersuchte er die Frage, inwieweit die Ergebnisse von Säuglingsforschung und Bindungsforschung wissenschaftlich den Ansatz der Körperpsychotherapie unterstützen. Die entsprechende Forschung legt nahe, dass eine Psychotherapie ohne Körper dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht mehr entspricht.

Dieser Teil des Aufsatzes stellt die Verbindung zur Hirnforschung her. Die Bedeutung dieser Forschung für die klinische Praxis wird an der Arbeit mit den Emotionen in der Psychotherapie ausgeführt und an einigen Interventionstechniken und einer klinischen Vignette illustriert. Nähere Ausführungen finden sich zur Relevanz der körperlichen Selbstwahrnehmung und der kathartischen Arbeit.

Emotionen und Gehirn – Der Körper als Organ des Fühlens

Gedanken aus der Säuglingsforschung stimmen mit einigen neueren neurobiologischen Überlegungen gut überein. Hier wie dort treffen wir auf die Bedeutung prozedural gespeicherter Interaktionserfahrungen als unbewusste erlernte Gefühls- und Verhaltensgewohnheiten. Darüber hinaus unterstreichen die Befunde der Neurowissenschaften die Bedeutung des Körpers für das Erleben und Fühlen. Der Hirnforscher Gerald Hüther schreibt dazu: „...indem sie ... Patienten für körperliche Empfindungen sensibilisieren und deren Vermögen (wieder) verbessern, selbst gemachte Körpererfahrungen in eigene artikulierbare und differenzierbare Sinneserfahrungen zu übertragen, ermöglichen körperorientierte Erfahrungen die Wiederentdeckung einer ganz früh gemachten ganzheitlichen Erfahrung: Mein Körper – das bin doch ich!" (Hüther, 2005a, S. 23).

Veränderung durch Psychotherapie kann nur bei einer höheren Intensität psychischer Prozesse stattfinden. Das bedeutet, dass eine hohe *emotionale* Beteiligung vonnöten ist. Denn Gedanken können nicht intensiv sein – man kann sich nur intensiv über etwas Gedanken machen. Erleben wir etwas als intensiv, haben wir es mit der emotionalen Qualität einer Situation zu tun (Downing, 2003). Aus Sicht der Neurobiologie besteht laut Roth kein Zweifel daran, dass Vernunft und Verstand eingebettet sind „in die affektive und emotionale Natur des Menschen" (2001, S. 451). Ohne Gefühle wäre der Mensch orientierungslos. Das ist für die Psychotherapie von grundsätzlicher Bedeutung. Alle Störungen des Kapitels F der ICD 10 abgesehen von der Intelligenzminderung beinhalten eine Störung der Emotionalität. Daher geht es im psychotherapeutischen Handeln immer „um die Wahrnehmung, Klärung, Differenzierung, Feinabstimmung, Regulation, Deutung, Versprachlichung, Veränderung von Gefühlen" (Petzold, 1993, S. 609).

Es ist verblüffend, dass die Psychologie jahrzehntelang die Beschäftigung mit Gefühlen als geradezu unwissenschaftlich ansah. Sie galten allenfalls als Epiphänomene von Kognitionen. In meiner Studienzeit war wissenschaftlich fortschrittlich, wer sich über eine Psychologie, die von Gefühlen handelt, lustig machte – wie das zugegebenermaßen köstliche satirische Buch „Dichotomie und Duplizität" (Herrmann, 1974). Die Allgemeine Psychologie behandelte Wahrnehmung, Denken, Handeln und Motivation, aber nicht Emotion. Dies ist ein erhellendes Beispiel dafür, wie eine wissenschaftliche Community als ganze etwas als wissenschaftlich anerkennen kann, das nur Ausdruck eines vorwissenschaftlichen Menschenbildes ist. Felix Krüger (1915), der sich mit seiner These vom Primat der Gefühle heute bestätigt sehen könnte, wurde in den Jahren der Dominanz behavioraler und kognitiver Psychologie der Lächerlichkeit preisgegeben, ebenso die deutsche Ausdrucks-psychologie. Darin zeigte sich nicht nur eine Negierung der Gefühle, sondern auch des Körpers.

Emotionen können nämlich ohne Bezug auf die subjektive körperliche Erfahrung nicht verstanden werden. Downing (2003, S. 63ff.) nennt dafür drei Argumente: Wir erleben sie immer in einem Grad an körperlicher Intensität; wir können sie lokalisieren (das wird in der Körperpsychotherapie in „erkundenden Interventionen" getan, z.B. indem man fragt: „Wo in Ihrem Körper fühlen Sie das gerade?" oder „Könnten Sie näher beschreiben, wie sich das dort anfühlt?"), und sie können als geradezu körperliche Regungen auch

ohne bewusstes intentionales Objekt auftreten (z.B. wenn ein Patient bemerkt, sich gerade ängstlich oder traurig zu fühlen, ohne zu wissen, weswegen).

Als Orientierungsreaktionen markieren Emotionen grundsätzlich jedoch ein Verhältnis des Subjektes zu einem Objekt, das körperlich-räumliche Aspekte beinhaltet. Neugier markiert eine Bewegung auf das Objekt zu, bei Freude bewegt man sich zu einem Objekt hin oder lässt sich von ihm bewegen, beim Ekel soll ein Objekt, das sich nähert oder genähert hat (real oder auch in der Phantasie), aus der Nähe entfernt (oder ausgeschieden) werden, bei Angst soll das Objekt weg vom Subjekt (durch eine Bewegung eines von beiden), in der Wut will man manchmal das Objekt wegstoßen. Darin kann man einem Komponentenmodell affektiver Prozesse folgend die motorisch-expressive Komponente von Emotionen sehen (Krause, 1997, S. 61; Geuter & Schrauth, 2001, S. 12), die in der körperpsychotherapeutischen affektmotorischen Arbeit in Gesten und Bewegung durchlebt und über Gesten und Bewegung hervorgerufen werden kann.

In der Neurobiologie hat Damasio (1997, 2000, 2005) die Bedeutung des Körpers für die Emotionen herausgearbeitet. Auf Damasio beruft sich Sulz (2005) in seinen Überlegungen zu einer Neubewertung des Körpers in der Psychotherapie, während in Grawes (2004) neurobiologischer Fundierung der Psychotherapie Damasios Theorien im Unterschied zu denen von LeDoux (1998) nicht rezipiert werden. Welche neurobiologischen Befunde und Theorien aufgegriffen werden, hängt augenscheinlich von der Ansicht darüber ab, inwieweit der erlebte Körper für die Psychotherapie als bedeutsam angesehen wird.

Damasio hat gezeigt, dass der „Apparat der Rationalität" nur im Kontext von Emotionen arbeiten kann (1997, S. 178ff.). Gefühle bestehen seiner Ansicht nach „in zahlreichen Veränderungen von Körperzuständen, die in unzähligen Organen durch Nervenendigungen hervorgerufen werden" (ebd., S. 192f.). Mit seiner Hypothese von der Existenz so genannter „somatischer Marker" begründet Damasio, dass Körperempfindungen auch an kognitiven Entscheidungsprozessen beteiligt sind, da sie uns auf mögliche Konsequenzen unserer Entscheidungen verweisen (ebd., S. 237ff.). Damasio unterscheidet Emotionen als das, was sich auf der Bühne des Körpers zeigt, von den Gefühlen als das, was eher im Verborgenen auf der geistigen Ebene geschieht (2005, S. 37ff.). Emotionen seien „immer Übergang und Aufruhr, manchmal erdrutschartige Veränderungen des Körperzustandes" (ebd., S. 79). Sie gehen phylogenetisch, ontogenetisch und aktualgenetisch den Gefühlen voraus, die im Bewusstsein aus ihnen entstehen. Grundlage für ihre Wahrnehmung sind Damasio zufolge Kartierungen von Körperzuständen im Gehirn (ebd., S. 103f., 120f.). Solche Kartierungen würden aufgrund von emotionalen Reaktionen auf Ereignisse angelegt. Für sie gebe es eine Klasse von Signalen, die aus den Muskeln und Organen an das Gehirn gehen: Schmerzen, Körpertemperatur, Hitze, Kitzeln, Schauern, viszerale und genitale Empfindungen, Meldungen über den Zustand der glatten Muskulatur in den Blutgefäßen, über lokale ph-Werte oder Glukose-Werte (ebd., S. 129). Diese Innenwahrnehmungen bezeichnet Damasio als *„interozeptiven Sinn"*. Gefühle basieren auf der Körperwahrnehmung und der gleichzeitigen Wahrnehmung von Gedanken (ebd., S. 104). Auch falsche Kartierungen können Gefühle erzeugen, die uns dann in die Irre leiten.

Storch sieht in den somatischen Markern Wegweiser „zu den Themen, Inhalten, Absichten und Plänen, die von dem Selbstsystem eines Klienten unterstützt werden" (2002, S. 292). Sie könnten geradezu als „diagnostisches Leitsystem für Selbstkongruenz" dienen, da sie anzeigen, wann ein Mensch „eine Entscheidung gefällt hat, die er als zu sich selbst passend erlebt" (a.a.O.). Einen ähnlichen Gedanken hat Gendlin (1993) schon früher aufgrund hermeneutischer Überlegungen formuliert, als er schrieb, dass der Körper mitteilt, ob wir in unserem Denken weitergehen sollen oder einen Gedanken für richtig erachten. Gendlins (1996) Methode des Focusing könnte als eine Methode betrachtet werden, den Körper daraufhin zu befragen, ob man eine Wahrnehmung oder einen Gedanken als richtig und passend ansieht. Gendlin allerdings befragt nur die Körpermitte, während der Körper viel umfassender befragt werden kann, nicht nur nach dem „felt sense" im Bauch, sondern auch nach „felt gestures" (Aalberse, 2001).

Ansermet und Magistretti (2005) schreiben, dass jede Wahrnehmung eines äußeren Objekts mit der inneren Wahrnehmung eines körperlichen Zustands einhergeht. Dieser jeweilige somatische Zustand werde bei allen Assoziationen, die später einer Wahrnehmung hinzugefügt werden, mit weitergereicht und könne sich daher mit Phantasien und mit späteren assoziativ verknüpften Wahrnehmungen verbinden (2005, S. 125ff.). Mit dieser These ließe sich erklären, dass frühkindliche Erfahrungen auch aus vorsprachlicher Zeit in das heutige Leben hineinbrechen, wenn sich ein somatischer Zustand aus einem alten Erleben mit einem neuen Erleben verknüpft und aus dem Drang, die mit diesem Zustand verbundene Spannung abzubauen, eine Handlung hervorgebracht wird, die nicht dazu dient, aktuelles Erleben zu bewältigen, sondern den alten unerträglichen Zustand zu beendigen. Ansermet und Magistretti geben hierzu ein anschauliches Beispiel (ebd., S. 140ff.).

Ansermet und Magistretti ziehen aus ihren Überlegungen eine Schlussfolgerung für die Psychoanalyse. Diese solle die Kette der Wahrnehmungszeichen zurückverfolgen und die innere Wirklichkeit dekodieren „einschließlich der für die somatischen Zustände charakteristischen Prozesse" (ebd., S. 198, 243). Ihre und Damasios Überlegungen legen aber eine weitere Schlussfolgerung für die Psychotherapie nahe: Körperliche Wahrnehmung ist ein essenzieller Weg zur Erschließung der inneren Wirklichkeit und zu einer differenzierten Gefühlswahrnehmung. Über sie wird das eigene Erleben zugänglich, das man als Wahrnehmung der äußeren in Verbindung mit der inneren Wirklichkeit und den somatischen Zuständen verstehen könnte. „Der Körper als Träger von Information", schreibt Klopstech mit Blick auf die Neurowissenschaft, „tritt gleichberechtigt neben das gesprochene Wort, und

die Notwendigkeit der Einbeziehung von Körper und auch Körperinterventionen in den allgemeinen Ideen- und Methodenfundes wird deutlich" (Klopstech, 2005, S. 72).

Körperliche Selbstwahrnehmung

Die körperliche Selbstwahrnehmung zu schulen, ist eine der wichtigsten körperpsychotherapeutischen Interventionsformen. Die hier dargelegten neurobiologischen Überlegungen unterstützen ihre allgemeine Bedeutung für die Psychotherapie. In der Körperpsychotherapie gibt es dazu eine Fülle von Techniken mit langer Tradition, die sich um die Begriffe Wahrnehmung, Gewahrsein, awareness oder Achtsamkeit ranken. Diese Tradition ist zunächst mit der in der Gindler-Arbeit verwurzelten erfahrungsorientierten Körperarbeit verbunden (Geuter, 2004). Die Gindler-Schülerin Charlotte Selver verband diese Arbeit mit Vorstellungen aus dem Zen-Buddhismus und entwickelte in den fünfziger Jahren in den USA die Richtung des *sensory awareness*, die von Perls in der Gestalttherapie rezipiert wurde (Huppertz, 2003, S. 379f.). Ron Kurtz (1985) führte in seiner „Hakomi"-Methode die buddhistische Vorstellung von innerer Achtsamkeit in einen auf die Charakterstrukturtheorie zurückgreifenden körperpsychotherapeutischen Ansatz ein. Dabei geht es um eine nicht bewertende aufmerksame Beobachtung von Empfindungen, Gefühlen oder Gedanken im jeweiligen Moment, die eine innere Distanz gegenüber habituellen Mustern des Erlebens und Verhaltens ermöglicht (Johanson, i. Dr.). In letzter Zeit gingen ähnliche Überlegungen in die Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Störungen von Linehan (1996) ein; neuerdings finden wir sie unter dem Begriff „mindfulness" in der kognitiven Therapie (Michalak & Heidenreich, 2005). Achtsamkeitsbezogene Ansätze (Kabat-Zinn, 2003) sprechen der Achtsamkeit für den Körper an sich eine therapeutische Funktion zu. In der Körperpsychotherapie haben die funktionalen Richtungen wie „Konzentrative Bewegungstherapie", „Funktionelle Entspannung" oder „Sensory Awareness" in der Arbeit an der Wahrnehmung ihren Schwerpunkt. Hilfreich sind hier auch atemtherapeutische Techniken, da der Atem als eine unwillkürliche körperliche Funktion, die willkürlich verändert werden kann, die Stimmungslage eines Menschen anzeigt. Die entsprechenden Techniken stoßen vielfach über Achtsamkeit selbstregulatorische Prozesse an.

Das Konzept der Achtsamkeit wird aber auch im Kontext einer aufdeckenden Arbeit mit dem Körper vertreten. In einem solchen Kontext sind typische Fragen der Exploration: „Was spüren Sie gerade?" „Wo spüren Sie das?" „Wie fühlt sich das an?" „Bis wo breitet sich diese Empfindung aus?" „Woher kennen Sie dieses Gefühl?" „Woran erinnert Sie dieses Gefühl?". Ähnlich fordert Greenberg (2005, S. 328) für die „Emotionszentrierte Psychotherapie", erst einmal die unbeachteten oder vermiedenen sensumotorischen Reaktionen eines Patienten zu beachten, bevor man sich auf Gedanken konzentriert. Im Weiteren kann der Therapeut über die körpersprachliche Assoziation den Erfahrungsraum vergrößern und einen Zugang zu noch nicht bewussten Gefühlen, Erfahrungen und Erinnerungen suchen. Zeigt beispielsweise ein Patient unbemerkt eine spontane Geste wie die Hände vor dem Bauch zu kneten, kann der Körperpsychotherapeut diese Geste aufgreifen, dazu auffordern, die Aufmerksamkeit dorthin zu lenken oder die Geste bewusst zu verstärken oder auch abzuschwächen oder die Bewegung in der Geste auszudehnen oder sie zu verlangsamen, damit der Patient beobachtet, was dann mit ihm geschieht, was ihm also diese Geste mitteilt. Eine typische Frage wäre: „Was möchten die Hände weiter tun?" Bewusst wird nicht gefragt „Was möchten Sie weiter tun?", um einen Beobachterstatus des Patienten gegenüber dem Geschehen zu etablieren und dem unwillkürlichen Prozess die Führung zu geben, damit sich der Bedeutungsgehalt einer körpersprachlichen Äußerung erschließt.

In einem Modell affektiver Zyklen und deren Störung, das an das Modell des „Vasomotorischen Kreises" aus der biodynamischen Körperpsychotherapie angelehnt ist (Southwell, 1990), haben Geuter und Schrauth (2001) ausgeführt, dass die erste mögliche Blockade im Erregungsverlauf affektiver Prozesse die Blockierung der Wahrnehmung eines inneren oder äußeren Reizes und der zugehörigen Affekte ist. Solche Blockaden zu lösen und die Wahrnehmung zu öffnen, ist ein wesentliches Wirkprinzip der Körperpsychotherapie. Es entspricht dem, was Greenberg in der „Emotionszentrierten Psychotherapie" als Gewahrwerden von Emotionen bezeichnet und dort als erstes Prinzip der Emotionsverarbeitung gilt, nämlich die „Steigerung der Emotionsaufmerksamkeit" (Greenberg, 2005, S. 331). Vor allem Menschen mit so genannten Grundstörungen im Sinne von Balint sind häufig in der Innen- und Außenwahrnehmung so beeinträchtigt, dass sie die körperlichen Signale emotionaler Regungen nicht bemerken. Wahrnehmungsbezogene körperpsychotherapeutische Methoden dienen dazu, diese Signale wieder zu lesen. Sie werden häufig in der Psychosomatik bei Patienten genutzt, bei denen sich Emotionen und Konflikte nur über körperliche Symptome mitteilen, dem bewussten Erleben aber nicht zugänglich sind.

Selbstwahrnehmung, Selbstempfinden, Selbstgefühl und Selbstgewissheit sind zudem Grundlagen für das Selbstwertgefühl (Petzold, 1993, S. 631). Interventionen, die die Selbstwahrnehmung fördern, unterstützen daher im Sinne von Grawes (2004) Bedürfnismodell das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung. Sie fördern das „implizite Selbstwertgefühl". Grawe schreibt, dass man insbesondere Patienten mit schlechtem Selbstwertgefühl „im Sinne einer prozessualen Aktivierung zunächst implizit selbstwerterhöhende Wahrnehmungen machen lassen" sollte (Grawe, 2004, S. 257). Ein zentrales und von Grawe nicht angesprochenes Mittel dazu ist die Förderung der körperlichen Selbstwahrnehmung.

Emotionsregulation

Auch das zweite Prinzip der Emotionsverarbeitung in Greenbergs Modell, das der „Verbesserung der Emotionsregulation", wird in der Körperpsychotherapie als Wirkprinzip verstanden. Dazu zählen

zunächst einmal Achtsamkeitsübungen, Entspannungsübungen oder Massagen, die die Stressregulation fördern; auch Körpertechniken wie das Auflegen von Eis bei überschießenden Gefühlen in der Borderline-Behandlung gehören zur Emotionsregulation. Bewusstseinsfördernde Techniken zur Regulation von Emotionen stammen vor allem aus den affekt- oder konfliktzentrierten Richtungen der Körperpsychotherapie. Nach dem Modell von Geuter und Schrauth (2001) können sie genutzt werden, um Blockaden im Zyklus des Aufbaus der Erregung eines Affektes, seines Aushaltens, Ausdrucks und Abbaus zu lösen und gestörte affektive Zyklen zu vollenden. Im Ergebnis fördern sie die Fähigkeit des Patienten zur Selbstregulation[1].

Techniken zum gezielten Evozieren von Emotionen gehören zum reichhaltigen Erfahrungsschatz neoreichianischer und bestimmter tanztherapeutischer Richtungen der Körperpsychotherapie. Sie haben ihren Platz vor allem in der Arbeit mit Menschen mit reiferen neurotischen Strukturen. Gottwald schreibt: „Über Gesten und Veränderung von Haltungen und Spannungsmustern der willkürlichen und unwillkürlichen Muskulatur, der Faszien und der Gelenke genauso wie über Massagetechniken und Veränderung des Atems und des Stimmausdrucks wird die emotionale Befindlichkeit geprägt und kann absichtlich verändert werden" (Gottwald, 2005, S. 122). Da alle großen Emotionen wie Wut, Angst, Trauer, Freude spezifische Muster der Mimik, der Gestik und des Atems besitzen, können über das Einsteigen in diese Muster Emotionen ausgelöst werden (Petzold, 1993, S. 642). Petzold spricht in diesem Zusammenhang von „Affekttraining" oder „thymopraktischen Übungen", bei denen in bestimmten Schritten Patienten in Affekte hineingeführt werden, von denen vielleicht kaum merkliche Anzeichen zu entdecken sind. Werden entsprechende Techniken benutzt, wird der ausgelöste Prozess immer von einer Benennung des Erlebten begleitet, das im Weiteren verbal aufgearbeitet wird.

Zur körperpsychotherapeutischen Emotionsregulation gehört aber nicht nur das Evozieren, sondern auch das Abschwächen von Emotionen. In der Trauma-Behandlung kann Körperarbeit dabei helfen, den Umgang mit potenziell überwältigenden Affekten zu regulieren. Körperarbeit dient hier dazu, Affekte halten und sie aktiv dissoziieren zu können, letzteres ein Schutzmechanismus aus der traumatisierenden Situation. Indem sich der Patient, wenn er heftig erregt ist, auf seine körperlichen Empfindungen konzentriert, zum Beispiel auf den Atem, gewinnt er eine Beobachterrolle außerhalb des gerade ablaufenden affektiven Geschehens. Unter Rückgriff auf Levine (1998) schreibt Reddemann (2000, S. 129), dass die Konzentration auf das Körpererleben einen beruhigenden und angst-mindernden Effekt haben kann. Dies setzt Selbstheilungskräfte frei. Die Technik kann nicht nur symptombezogen bei PTBS eingesetzt werden, sondern auch prozessbezogen in Momenten einer Behandlung, in denen Patienten von Affektstürmen hinweggefegt werden.

„Emotionaler Aufruhr"

Die Außenwahrnehmung der Körperpsychotherapie war in den letzten Jahrzehnten vielfach von dem Bild bestimmt, sie würde mit provozierenden Techniken, wie sie insbesondere über die Bioenergetik von Alexander Lowen verbreitet wurden, Patienten „pushen". In der Kritik daran ging verloren, dass hohe Gefühlsintensität von großem therapeutischen Wert für die Umstrukturierung emotionaler, affektmotorischer Schemata sein kann. So schreibt Roth, der Zugang zum Unbewussten des Patienten könne „niemals ausschließlich sprachlich geschehen, sondern nur in Verbindung mit der Erzeugung eines 'emotionalen Aufruhrs', der auf das Unbewusste des Patienten einwirkt. Die Amygdala und die anderen limbischen Zentren verstehen Sprache als rein kognitives Kommunikationsereignis nicht, sondern nur über die mit ihr verbundenen emotionalen Komponenten wie Prosodie, Mimik und Gestik oder über sprachlich ausgelöste emotionale Zustände wie bildliche Erinnerungen oder Vorstellungen" (Roth, 2004, S., 68). Auch andere Autoren betonen die Notwendigkeit eines erhöhten Erregungsniveaus für neuronale Umstrukturierungen; Greenberg spricht von einem erhöhten Arousal (Klopstech, 2005, S. 90). Klopstech weist darauf hin, dass die von Greenberg geforderte Paarung von Intensität mit Ausdruck und Reflexion kathartische Erfahrungen wie deren Integration ermögliche, und fordert im Licht der neurobiologischen Erkenntnisse eine Neubewertung des Katharsiskonzeptes, die früher auch schon Traue (1998) gefordert hat. Kathartische Erfahrungen zeichnen sich nach Klopstech (2005, S. 93f.) in der Körperpsychotherapie dadurch aus, dass sie einen Abbau von Muskelspannung und Widerständen ermöglichen, Gefühlen und Empfindungen durchbruchartig zum Ausdruck verhelfen und in einer Entspannung und Lösung enden.

Ich möchte dazu ein kleines klinisches Beispiel aus einer Therapiestunde geben. Eine Patientin, die in dieser Phase der Therapie mit Gefühlen der Wertlosigkeit und des Versagens in einer depressiven Stimmungslage beschäftigt ist, spricht in der Stunde davon, wie sehr sie sich als kleines Kind fühlt. Dieses Kind brauche einmal 'einen Tritt in den Hintern'. Aber dann würde sie sich noch kleiner fühlen. Ich denke mir, dass in dieser Phantasie der positive Impuls verborgen ist, vorwärts gehen zu wollen, zugleich aber das Gefühl vorherrscht, das aus eigenem Vermögen nicht zu können. Sie spricht von der Macht, die ihre Mutter immer noch über sie habe und gegen die sie sich nicht wehren könne. Im Gespräch erschließt sich eine in ihrer Verzweiflung gebundene Wut, vor der sie Angst hat. Die folgende Stunde beginnt sie damit zu sagen, wie peinlich es ihr gewesen sei, wie ein kleines Kind vor mir zu sitzen. Auf die Frage, wie alt sie sich heute im Verhältnis zu mir fühle, meint sie, sie sei schon beim Hereinkommen jünger geworden und fühle sich, als wäre sie weniger als zehn Jahre alt. Dies macht

1 An anderer Stelle habe ich vorgeschlagen, die Vertiefung des Erlebens als einen grundlegenden Wirkfaktor in ein allgemeines Modell psychotherapeutischer Wirkfaktoren einzuführen (Geuter, 2004, S. 107). Dieser Wirkfaktor ist neurobiologisch gut zu untermauern. Die Techniken zur Evozierung von Emotionen sind diesem Wirkfaktor zuzurechnen.

sich an Gedanken fest, sie sei abhängig von dem, was die Großen über sie denken, und an einem Gefühl des Unterlegenseins. Sie müsse sich vernünftig verhalten, um gemocht zu werden. Ich spreche sie darauf an, dass sie auch denken könnte, ich würde sie nicht mögen. Ja, es gebe den Gedanken 'Was muss der von mir nach der letzten Stunde denken'. Sie ist in einer Mutterübertragung. Ihr fällt der Spruch der Mutter ein 'Ach Mädchen, komm!' Ich würde in ihrer Phantasie riesengroß. Sie sehe mich so, als würde ich den halben Raum ausfüllen und sie sitze zittrig in der Ecke. Sie habe oft das Gefühl, vor einem Menschen nicht einmal stehen bleiben zu können.

An dieser Stelle schlage ich ihr vor, dieses konkrete Gefühl einmal so darzustellen, wie es sich in ihrem Bild äußert, und in der Darstellung zu erkunden. Sie wählt für sich eine Ecke an einem Bücherregal hinter meinem Sessel. Ich gehe, den Raum ausfüllend, langsam auf sie zu und frage sie, wie sie mich dabei empfindet: 'Riesig', dabei werde sie immer kleiner, ihr gehöre nur mehr eine ganz kleine Ecke. Wir sondieren, ob es einen Punkt gibt, an dem ein Impuls gegenzuhalten entsteht, oder ob sie die Schranke einer gefühlten notwendigen 'Intimdistanz', um einen Ausdruck aus der Sozialpsychologie zu verwenden, überschreiten lässt. Als ich vielleicht anderthalb Meter von ihr entfernt bin, streckt sie die Arme vor und sagt: 'Jetzt ist genug'. Wir gehen einen Schritt weiter und erkunden, was geschieht, wenn jemand über diese Schranke des 'genug' hinweggeht. Ich gehe sehr langsam ein bisschen mehr auf sie zu, bis ich an ihre vorgestreckten Hände komme. Sie beginnt mich wegzuschieben. Beim ersten Versuch bricht sofort ihre Kraft ein. Sie sagt dabei zu sich selbst: 'Du bist sowieso unterlegen'. Ich schlage ihr vor, es noch einmal auszuprobieren und übe etwas mehr Druck gegen ihre Hände aus. Plötzlich wallt eine Kraft in ihr auf, und sie schiebt mich regelrecht vor sich her. Obwohl ich als Mann im Grunde kräftiger und auch deutlich größer als sie bin, kann ich diesem Sturm von Kraft nicht standhalten; obwohl ich mich anstrenge, dagegen zu halten, schiebt sie mich vor sich her. Sie ist vollkommen überrascht über ihre Kraft.

In der nächsten Stunde sagt sie, dass das Erlebnis dieser Kraft sehr einprägsam war. Sie habe es bei der Arbeit erinnert und sich dann kraftvoll gefühlt. Aber sie habe auch gemerkt, wie eingequetscht sie sonst sei. Diese Erfahrung sei viel plastischer und nachhaltiger dadurch, dass sie dies durchgespielt und nicht nur sich vorgestellt habe. Wenn sie durch Worte bestärkt werde, verpuffe das schnell, diese Erfahrung aber wirke nach.

Das Beispiel veranschaulicht einen kleinen kathartischen Zyklus. Die Intensität eines schwer erträglichen Gefühls äußert sich in einem Bild. Indem dieses Bild verkörpert und damit die Modalität der Kommunikation gewechselt wird, kommt es zu einer Erhöhung der für die Patientin unangenehmen emotionalen Anspannung. Die Erkundung führt schließlich zu einer momentanen Lösung. Sie entdeckt ein anderes mögliches affektmotorisches Schema. Technisch handelt es sich um die körperliche Inszenierung eines Übertragungsgefühls, dessen Exploration dazu dient, einen Zugang zu einem verschütteten Selbstanteil der Patientin zu gewinnen, nämlich einer aggressiven Kraft der Abgrenzung, die gegenüber der als beherrschend erlebten Mutter fehlt. Dass diese Kraft in dem Gefühl des Kleinseins gebunden, verschlossen, aber doch verfügbar ist, wurde durch die körperliche Inszenierung nach einem Ausdruck von Heisterkamp (2002) 'präsentisch verstanden'. Es bedurfte keiner Deutung von außen, da sich das Geschehen für die Patientin aus der Erfahrung unmittelbar erschloss.

Die Interventionstechnik hat Eberwein (1996) 'biodramatische' Arbeit oder 'Biodrama' genannt. Damit ist gemeint, dass in einer Interaktion von Therapeut und Klient Lebensdramen ähnlich aufgeführt und in Szene gesetzt werden können wie in einer psychodramatischen Arbeit in der Gruppe. Der Vorteil dieses Vorgehens liegt darin, dass es durch die körperlich-handelnde Inszenierung zu einer Aufwallung der zugehörigen Emotionen kommt (vgl. Müller-Braunschweig, 2004, S. 40). Wird aber im Zustand emotionaler Erregung nicht nur das bekannte Leid, sondern auch eine neue Handlungsalternative erfahren, kann es zu einer neuen limbischen Lernerfahrung kommen. In der Aufführung eines Dramas dieser Patientin, nämlich sich nie gegenüber einer als bis heute immer perfekt erfahrenen Mutter behaupten zu können, erschlossen sich ihr sowohl die aus den interaktionellen Erfahrungen resultierenden Repräsentanzen – die Spannung zwischen sich klein fühlen und den Anderen als groß erleben – wie auch die brachliegenden Selbstanteile. Indem Letzteres hinzukommt, wird die Inszenierung zu einem Baustein korrigierender emotionaler Erfahrungen.

Es ist ein immer wieder anzutreffendes Missverständnis, dass bei intensiver Arbeit mit Affekten alte Muster nur neu aufgelegt und damit verstärkt werden könnten[2]. Wie das Beispiel zeigt, liegt der Sinn intensiver emotionaler Erregung aber darin, dass Veränderung dann eher möglich ist, wenn alte Erregungszustände, in denen Erfahrungen gespeichert wurden, wachgerufen sind. Sind Menschen ohnehin durch ihr Leben erschüttert, durch Verluste, Trennungen, Tod, traumatische Erfahrungen oder starke Ängste, ist die Intensität alter Gefühlszustände ohne therapeutisches Dazutun vorhanden. In anderen Fällen kann es helfen, diese zu wecken. Denn der Mensch erinnert Gedächtnisinhalte am besten in dem Zustand, in dem er sie einst gespeichert hat[3]. Werden Patienten in die alten Gedächtnisspeicher hineingeführt, können diese mit neuem Erleben angereichert werden (Maurer-Groeli, 2004, S. 102). Gottwald schreibt in seinen Ausführungen zur Bedeutung der Neurowissenschaften für die Körperpsychotherapie: „Um grundlegende Muster des Erlebens und ihre organische Struktur zu verändern, müssen die alten Erfahrungen mit den historischen Gefühlen möglichst spezifisch und mit möglichst

2 Worm (1998) hat allerdings gezeigt, dass es auch ein unproduktives Arbeiten mit starken Erregungen in Form einer „aktionistischen Abwehr" geben kann; diese immer wieder neu aufzulegen, verstärkt bestehende Muster.

3 Darauf verweist Miethge aus lerntheoretischer Sicht; daher könnten Emotionen auch um so besser verändert werden, „je näher der jetzige, in der therapeutischen Situation hergestellte emotionale Zustand dem der ursprünglichen Lernsituation entspricht" (Miethge, 2002, S. 19).

vielen Anteilen der zugehörigen motorischen, sensorischen und affektiven neuronalen Muster wieder aufgerufen werden" (2005, S. 167). Dann können zugrunde liegende kindliche Gefühle und Überzeugungen eine Antwort finden und neuronale Muster erweitert und verändert werden, indem sie sich mit heilsamen neuen Erfahrungen verbinden (ebd., S. 168f.). Das alte Leid wird geweckt, um ein besseres neues Ende der alten Geschichte zu finden (ebd. S. 178). Die regressive Arbeit wird hilfreich durch die progressive Wendung, durch die korrigierende emotionale Erfahrung[4]. Wie Gottwald sagt, kann dieser Weg über Körperübungen wie etwa Stresspositionen oder über Massagen gegangen werden; oft aber sei er leichter, wenn ein anderer Mensch körperlichen Kontakt anbietet.

Spiegelneurone, Empathie und Resonanz

Nicht nur die Arbeit mit dem Körper des Patienten kann nämlich die psychotherapeutische Arbeit bereichern; auch der Körper dieses Anderen, der Körper des Therapeuten, ist ein wichtiges Instrument therapeutischer Arbeit. Diese Feststellung findet Unterstützung durch die aktuellen neurowissenschaftlichen Forschungen zu den Spiegelneuronen. Wie Damasio (2005, S. 139f.) schreibt, kann man Körperzustände simulieren. In der Empathie würden wir gleichsam die Zustandskartierungen eines Anderen nachbilden. Dafür werden Hirnareale für Körperzustände benutzt. Vor einigen Jahren entdeckte eine Forschergruppe um Giacomo Rizzolatti, dass bestimmte Nervenzellen nicht nur dann feuern, wenn im eigenen Körper ein Programm umgesetzt wird, sondern auch, wenn man mitbekommt, wie ein anderer Mensch dieses Programm umsetzt. Sie bezeichneten diese Zellen als Spiegelneurone (Bauer, 2005, S. 23). In einem bahnbrechenden Experiment wurde das Gehirn von Affen untersucht, die nach einer Erdnuss griffen; anschließend zeichnete man die Hirnaktivität auf, während der Affe beobachtete, wie ein anderer Affe nach der Nuss griff. Beide Male feuerten dieselben Nervenzellen. Sie feuerten sogar dann, als die Nuss für den beobachtenden Affen unsichtbar hinter einer Platte lag und dieser nur den Arm eines anderen Affen dorthin gehen sah. Der beobachtende Affe musste also den Fortlauf der Bewegung des greifenden Affen zur Nuss hin phantasieren. Die Nervenzellen taten dabei etwas, das man psychologisch als Vollendung einer unterbrochenen Gestalt bezeichnen könnte.

Spiegelnervenzellen wurden zunächst in den Motoneuronenfeldern gefunden, später auch in Nervenzellen, die für Empfindungen und Gefühle zuständig sind. Da diese Nervenzellen nur tätig werden, wenn Lebewesen beobachtet werden, nicht aber bei unbelebten Objekten, bezeichnet Bauer (2005) sie als ein System der Resonanz.

Carr, Iacoboni, Dubeau, Mazziotta und Lenzi (2003) untersuchten mittels funktionalem MRT Versuchspersonen, die emotionale Gesichtsausdrücke anderer beobachteten oder nachmachten[5]. Sie fanden, dass die Beobachtung des emotionalen Ausdrucks in gleicher Weise prämotorische Areale aktiviert wie dessen Nachahmung. Daraus ziehen sie den Schluss, dass das Erkennen von Emotionen anderer an die Repräsentation von Handlungen gebunden sei (Carr et al., 2003, S. 5500). Empathie ist neurobiologisch ein Spiegelphänomen in den Arealen der Körperkartierung: „We ground our empathic resonance in the experience of our acting body and the emotions associated with specific movements" (ebd., S. 5502). Allerdings gab es einen Unterschied zwischen Beobachten und Nachahmen. Nachahmen führte zu einer Erhöhung der Aktivität in der Amygdala, was für eine stärkere emotionale Eigenreaktion spricht.

Der Befund unterstreicht die Ansicht von Keleman, dass Übertragung und Gegenübertragung nicht nur psychische Phäno-

4 Das entspricht dem Wechsel von maladaptiven zu adaptiven Gefühlen in der Theorie von Greenberg (2005).
5 Ich danke Joachim Bauer für den Hinweis auf diese Studie
6 Ähnlich beschreibt Wehowsky (1994) Atem-Dialoge in der Therapie als Muster sozialer Bindung.

Fortbildungsstelle
Psychotherapeutisches Zentrum
Christian-Belser-Strasse 79a
70597 Stuttgart
Fon 0711. 6781 421
info@fortbildungsstelle-online.de
www.fortbildungsstelle-online.de

Lösungsorientierte Arbeit bei Persönlichkeitsstörungen
16.-17.11.06

Einsatz von Genogrammen
24.-25.11.06

Systemische Paartherapie
Dauer 1 Jahr
Beginn 18.01.07

Weitere **akkreditierte** Kurse finden Sie unter www.fortbildungsstelle-online.de oder im aktuellen Programmheft
- Bitte anfordern-

KORTE
RECHTSANWÄLTE
Prof. Dr. Niels Korte**
Marian Lamprecht*
Constanze Herr*

Absage durch Hochschule oder ZVS? Klagen Sie einen Studienplatz ein!

Wir haben seit 1998 zahlreiche Mandate im Bereich Hochschulrecht erfolgreich betreut. Unsere Kanzlei* liegt direkt an der Humboldt-Universität. Prof. Dr. Niels Korte lehrt selbst an einer Berliner Hochschule.

Entfernung spielt keine Rolle
- wir werden bundesweit für Sie tätig.

24-Stunden-Hotline:
030-226 79 226
www.studienplatzklagen.com

*Unter den Linden 12, 10117 Berlin-Mitte
**Rudower Chaussee 12, 12489 Berlin-Adlershof

www.anwalt.info, kanzlei@anwalt.info
Fax 030-226 79 661

mene sind, sondern eine „somatische Bindung“ darstellt, die „zelluläre, motorische und muskuläre Ausdrucksformen“ umfasst (Keleman, 1990, S. 7). In der therapeutischen Beziehung kommt es Keleman zufolge auch zu einem kommunikativen Austausch über den muskulär-motorischen Ausdruck, zu körperlichen Empfindungen und „Gegenempfindungen“[6]. Daher wird in der Körperpsychotherapie von der Arbeit mit der körperlichen Resonanz gesprochen, bei der der Körper des Therapeuten als Träger von Informationen über die Stimmungen, Haltungen und Prozesse des Patienten angesehen und benutzt wird. Shaw (2003) spricht von „body empathy“. Er meint, dass der Körper des Therapeuten noch mehr sei als ein Informationsmedium, ein Instrument der Gegenübertragung. Innerhalb der Therapie ereigne sich zwischen Patient und Therapeut ein „embodied encounter“ (ebd., S. 34), bei dem es zu einer körperlichen Interaktion komme: “The aim of such an encounter is ... to acknowledge the phenomena arising from the lived-bodies of those involved and use this as the basis for a therapeutic narrative, not as a means of interpreting another body’s behaviour” (ebd., S. 45). Damit wird das „Körper-Narrativ” zweier erlebender Körper, wofür in der deutschen Sprache vielfach der phänomenologische Begriff des Leibes benutzt wird, im französischen des “corps vécu”, zum Teil einer interaktionell verstandenen Psychotherapie. “The lived experience of therapist’s embodied experience within the therapeutic encounter ... becomes a form of body narrative which enables the therapist to make sense and use of their bodily feelings” (ebd., S. 42). Nicht nur Patienten, auch Psychotherapeuten profitieren daher von einer besseren körperlichen Selbstwahrnehmung, weil sie dann empathischer sein können und besser in der Lage sind, die Geschichte, die in einem Therapiezimmer erzählt wird, in weiteren Dimensionen wahrzunehmen. Dies dürfte ein wichtiger Aspekt für die Selbsterfahrung von Psychotherapeuten sein[7].

Viele der hier geäußerten Konzepte wie das der Resonanz, das der Bedeutung starker Erregungsniveaus von Emotionen für die psychotherapeutische Arbeit oder das der Veränderung affektmotorischer Schemata sind auf psychologischem Wege gewonnen worden. Wenn neurowissenschaftliche Forschungsergebnisse jetzt für ihre Richtigkeit sprechen, heißt das nicht, dass diese Konzepte erst durch die Neurowissenschaft zu wissenschaftlich begründeten Konzepten geworden wären. Auch hat man nicht durch die Neurowissenschaften die „Grundlage“ der Empathie gefunden, vielmehr nur das, was bei Empathie im Gehirn geschieht. Empathie empfinden Menschen, denen ein Hirn gehört, im Austausch mit anderen. Leider wird bei der Rezeption neurowissenschaftlicher Ergebnisse oft die wissenschaftliche Fundierung einer Theorie durch die Befunde einer anderen Wissenschaft, die epistemische Fundierung mit einer gegenständlichen Fundierung verwechselt und so getan, als stoße man nun endlich im Gehirn auf wissenschaftlich nachvollziehbare Weise auf psychische Prozesse. Ob wir das Erleben eines Menschen als psychisch, hirnphysiologisch oder körperlich beschreiben, hängt aber vielmehr ab von der Perspektive, aus der wir es betrachten, derjenigen der Psychologie, der Neurobiologie, der Physiologie oder der Motologie. Als Erleben ist es ohnehin immer untrennbar. Für die psychotherapeutische Arbeit gilt der Satz von Gendlin: „We need not ask whether a symptom is physical or psychological; any human experience is actually both” (Gendlin, 1996, S. 182). Der Psychotherapeut kann daher im Zugang zum Patienten den Weg über das seelische Erleben und das Wort und den Weg über das körperliche Erleben und die Körperarbeit gehen. Es kennzeichnet den Ansatz der Körperpsychotherapie, dass diese beiden Wege gemeinsam begangen werden. Der Sinn ihrer klinisch bewährten Interventionskonzepte wird durch die neueren wissenschaftlichen Ergebnisse aus Säuglingsforschung, Bindungsforschung und Neurobiologie bestätigt.

Literatur

Die Literatur zu beiden Teilen des Artikels finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter „www.psychotherapeutenjournal.de“.

7 Eine differenzierte Eigenwahrnehmung ist in der Körperpsychotherapie auch wichtig, um die eigene Gegenübertragung analysieren zu können, damit man nicht in ein unbedachtes Miteinander-Agieren verfällt.

PD Dr. Ulfried Geuter

Psychologischer Psychotherapeut
Psychoanalytiker und Körperpsychotherapeut
Otto-von-Wollank-Str. 57
14089 Berlin
u.geuter@gmx.de

Zur Diskussion: Wie können die Kammern die Ausbildungsteilnehmer/innen stärker in ihre Arbeit einbeziehen?[1]

Heiner Vogel, Nikolaus Melcop, Christa Müller, Nathali Klingen und Britta Hermann

Eine der wichtigsten Aufgaben der Kammern als selbst verwaltete Körperschaften ist die Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder. Zu den Mitgliedern der Psychotherapeutenkammern zählen zunächst nur die approbierten Psychologischen Psychotherapeut/inn/en und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/inn/en.

Derzeit sind mancherorts Bemühungen im Gange, die Ausbildungsteilnehmer/innen[2] stärker „an die Kammern heranzuholen". Der folgende Beitrag erläutert Gründe und die damit verbundenen Problemstellungen, und er zeigt einige Wege auf, wie eine Vertretung der Ausbildungsteilnehmer/innen in den Kammern gelingen kann.

Die Landeskammern der Psychologischen Psychotherapeut/inn/en und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/inn/en ähneln sich zwar in mancher Hinsicht, sind jedoch bei der Ausgestaltung zahlreicher Details durchaus unterschiedlich geregelt. Das ergibt sich zunächst daraus, dass die Heilberufekammern – entsprechend der föderalen Struktur der Bundesrepublik – landesgesetzlichen Regelungen folgen. Des Weiteren bleibt aber festzuhalten, dass viele Regelungen im jeweiligen Heilberufsgesetz oder auch in der Satzung einem Konsens der bei der Formulierung Beteiligten entspringen, der je nach Zusammensetzung der Mitwirkenden und den jeweils vorherrschenden Überlegungen und Erfahrungen unterschiedlich gewesen ist. Diese Situation bietet die Chance, durch einen Vergleich der Regelungen der Kammern und ihrer je spezifischen Bedingungen und Folgerungen Anregungen zu gewinnen, um durch die eine oder andere Regelung die Ausbildungsteilnehmer/innen zukünftig stärker in die Kammer einzubeziehen.

Welche Bedeutung haben die Kammern für die Ausbildungsteilnehmer/innen und die Ausbildungsteilnehmer/innen für die Kammern?

Immer wieder wird gefordert, dass die Kammern sich für eine Verbesserung der Psychotherapeutenausbildung stark machen sollen (Georgi, 2006, Hölzel, in diesem Heft). Dies dürfte – angesichts der vielen kritischen Einschätzungen zur gegenwärtigen PT-Ausbildung (vgl. Kuhr & Ruggaber, 2003) – insbesondere mit Blick auf die materielle Situation auch sinnvoll und notwendig sein. Allein: Streng genommen gehört es gar nicht zum Aufgabengebiet der Kammern, solange die Ausbildungsteilnehmer/innen nicht auch Mitglieder der Kammern sind. Viel eher wäre es als paternalistisch zu diskreditieren, würde sich die Kammer für die Ausbildungsteilnehmer/innen einsetzen, ohne einen Auftrag dafür zu haben. Das Engagement der Kammern wäre daher also auch umso überzeugender und umso besser begründet, je eher die Ausbildungsteilnehmer/innen sich auch als Teil der Kammer verstehen und auch so verstanden werden.

Eine Beteiligung der Ausbildungsteilnehmer/innen wäre aber auch deshalb wichtig, weil die Kammern schließlich für die weitere Ausgestaltung des Tätigkeitsfeldes zuständig sind und insbesondere diejenigen Bedingungen festlegen, unter denen die Ausbildungsteilnehmer/innen zukünftig selbst tätig sein werden (Fortbildungsordnung, Berufsordnung, Weiterbildungsordnung etc.). Ein erster Schritt dabei kann und muss es sein, den engen Kontakt und Austausch mit den Ausbildungsinstituten zu pflegen. Weiterhin ist es auch im Interesse der beruflichen Selbstverwaltung, frühzeitig nachfolgende Kolleg/inn/en mit den Inhalten der Kammerarbeit vertraut zu machen und sie in die Organisationsstrukturen mit einzubeziehen.

Um die gegenwärtige Situation der Kammerbeteiligung von Psychotherapeut/inn/en in Ausbildung näher beschreiben zu können, haben wir am 13. Juli 2006 eine kurze schriftliche Umfrage bei den Landeskammern durchgeführt. Die folgende Darstellung bezieht sich auf die Ergebnisse dieser Umfrage.[3]

Wie kann die Mitwirkung in den Kammern aussehen?

Die Mitwirkung der Ausbildungsteilnehmer/innen kann in zweierlei Hinsicht erfolgen:

1 Für wertvolle Anregungen zu einer früheren Fassung des Beitrages danken wir Dr. Lothar Wittmann, Präsident der PT-Kammer Niedersachsen.
2 Wir haben uns angewöhnt, von Ausbildungsteilnehmern und Ausbildungsteilnehmerinnen und nicht von Ausbildungskandidat/inn/en zu sprechen. Der zuletzt genannte Begriff impliziert einen Status besonderer Abhängigkeit und Unsicherheit, als wäre noch nicht einmal geklärt, ob die Person an einer Ausbildung teilnimmt.
3 Eine ausführlichere, tabellarische Darstellung der Ergebnisse findet sich bei der Internetausgabe des Artikels: www.psychotherapeutenjournal.de

Einerseits als Mitgliedschaft (aktives und passives Wahlrecht) und andererseits als aktive Beteiligung in der Delegiertenversammlung. Beides scheint wünschenswert, beides ist aber in gewisser Weise auch unabhängig voneinander.

Mitgliedschaft: Eine „ordentliche Mitgliedschaft" wird durch das jeweilige Heilberufsgesetz geregelt und ist nicht im alleinigen Ermessen der Kammer herzustellen. Die Kammer kann eine entsprechende Regelung allerdings dem Gesetzgeber vorschlagen, wie es beispielsweise in Niedersachsen erfolgreich umgesetzt wurde. Vergleichbare Regelungen gibt es inzwischen auch in Baden-Württemberg, Bremen und Hamburg. In diesen Landeskammern können die Ausbildungsteilnehmer/innen, ggf. erst nach Beginn der praktischen Ausbildung oder bei fortgeschrittener Ausbildung, seit kurzem Mitglieder der Psychotherapeutenkammer werden – gelegentlich als Pflichtmitglied, gelegentlich als freiwilliges Mitglied. In Berlin, Hessen und Rheinland-Pfalz befindet sich eine solche Regelung in Planung/Vorbereitung. In den Ländern Bayern, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein ist solches – laut zuständiger Aufsichtsbehörde – vorerst nicht möglich.

Da die wirtschaftliche Situation der Ausbildungsteilnehmer/innen – durchgängig – alles andere als gut ist, haben die meisten Landeskammern sie – bis zur Approbation – beitragsfrei gestellt.

Alternativ zur gesetzlich geregelten "ordentlichen" Mitgliedschaft ist prinzipiell auch eine „unter-gesetzliche" Regelung denkbar, indem beispielsweise eine Art "assoziierter" Mitgliedschaftsstatus oder freiwillige "Gastmitgliedschaft" geschaffen wird (§ 2 Abs. 4 Hauptsatzung PTK Rheinland Pfalz, § 3 Abs. 5 Hauptsatzung LPPKJP Hessen).

Geregelte Mitwirkung in der Kammer: Neben zahlreichen Möglichkeiten, die PiA durch freiwillige Initiativen der Kammer an der Kammerpolitik und -interessenvertretung zu berücksichtigen und zu beteiligten[4], gibt es noch die Variante einer geregelten bzw. formalisierten Mitwirkung. Eine geregelte Mitgliedschaft der PiA in der Kammer bedeutet rechtlich zwar eine besondere Wertschätzung und die prinzipielle Möglichkeit zur Mitwirkung in der Kammer ("aktives und passives Wahlrecht"). Jedoch wird die tatsächliche Mitarbeit an der Kammer und die Beteiligung an Kammerprozessen damit noch nicht sicher gewährleistet. Hilfreich könnte dazu beispielsweise die Mitgliedschaft von PiA in der Delegiertenversammlung bzw. die entsprechende Wahl als Delegierte/r und zuvor die Kandidatur für ein Amt in der Delegiertenversammlung sein[5].

Natürlich kann jede/r PT-Ausbildungsteilnehmer/in, sofern er/sie ordentliches Kammermitglied ist, bei einer Wahl für die Delegiertenversammlung kandidieren (passives Wahlrecht). Jedoch ist dies bisher unseres Wissens noch in keinem Fall erfolgt. Und es gibt auch mehrere Gründe, die es unwahrscheinlich erscheinen lassen, dass überhaupt ein PiA in die Delegiertenversammlung gewählt wird, geschweige denn, dass dies regelmäßig geschieht: Erstens ist die Zeit, in der ein/e Ausbildungsteilnehmer/in Kammermitglied ist, naturgemäß begrenzt. In Niedersachsen, wo die Kammermitgliedschaft auf die Zeit nach Beginn der praktisch-klinischen Tätigkeit begrenzt ist, kann diese i.d.R. also höchstens 2-3 Jahre dauern (deutlich weniger als eine Wahlperiode für die Delegiertenversammlung). Zweitens sind die wenigsten Ausbildungsteilnehmer/innen gleich bei Beginn ihrer Ausbildung bereit, sich für ihresgleichen in einer Kammerdelegiertenversammlung zu engagieren. Und sie trauen es sich oft auch noch nicht zu, weil sie ja erst wenig von der Ausbildung kennen gelernt haben. Drittens ist fraglich, ob sie überhaupt die entsprechende Organisation für die Beteiligung an einer Kammerwahl bewältigen und sich dann auch noch bei der Wahl in der Konkurrenz gegen andere Interessenten durchsetzen könnten.

Welche satzungsrechtlichen Möglichkeiten bleiben, einer Minderheit aus einer Population im Rahmen eines demokratisch strukturierten Prozesses Plätze in einem Wahlgremium zu sichern?

Man könnte – wie in den meisten PT-Kammern für die Beteiligung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/inn/en bereits erfolgt – eine gewisse Quote von Delegiertenplätzen für die Ausbildungsteilnehmer/innen reservieren, ggf. verbunden mit der Definition eines eigenen „Wahlkörpers". Diese Regelung kann zielführend sein. Jedoch muss bedacht werden, dass die Kandidat/inn/en kaum während der ganzen Wahlperiode PT-Ausbildungsteilnehmer/innen bleiben werden – insofern nicht ganz unproblematisch.

In Bayern waren die Kammerverantwortlichen im vergangenen Jahr einerseits gewillt, für Ausbildungsteilnehmer/innen Mitsprache in der Kammer und damit in der Delegiertenversammlung zu ermöglichen, andererseits war es aus Sicht der Aufsichtsbehörde aber nicht möglich, für sie eine „ordentliche" oder eine "assoziierte oder außerordentliche" Mitgliedschaft festzulegen. Somit erschien uns folgende Variante eine gelungene Lösung:

Eine knappe Formulierung in der Satzung legt fest (§ 5 Abs. 8 Satz 2), dass die Ausbildungsteilnehmer/innen bayerischer PT-Ausbildungsinstitute gemeinsam eine/n Vertreter/in als Gast in die Delegiertenversammlungen entsenden können.[6] Dies bedeutet zunächst, dass diese ständigen Gäste der Delegiertenversammlung die Sitzungsunterlagen erhalten, dass sie Rederecht haben und an den Diskussionen in den Delegiertenversammlungen mitwirken können. Sie haben kein Stimmrecht, da dieses den gesetzlich definierten Delegierten vorbehalten ist.

4 Von den Kammern wurden in der Umfrage u.a. angegeben: Regelmäßige Treffen mit Ausbildungsinstituten, mit PiA-Vertretern/Sprechern, öffentliche Kammerversammlungen, Initiativen zur besseren Bezahlung in den Kliniken der praktischen Tätigkeit, Gespräche mit Krankenhäusern, Politik.

5 Für die Kammer in Bremen nicht relevant, weil es hier keine Delegiertenversammlung, sondern eine regelmäßige Vollversammlung der Mitglieder gibt, in der die PiA die gleichen Rechte haben wie alle anderen Kammermitglieder.

6 In gleicher Weise legt die Satzung der bayerischen PT-Kammer auch fest, dass die Ausbildungsinstitute und die Hochschulinstitute, die die Grundberufe ausbilden, jeweils eine/n Vertreter/in als Gast in die Delegiertenversammlung entsenden.

Die erwähnte Formulierung in der Satzung hat aber noch eine, vielleicht weit wichtigere Konsequenz: Die Kammer fühlt sich dadurch in die Pflicht genommen, dafür zu sorgen, dass die Ausbildungsteilnehmer/innen in Bayern in einem geregelten Prozess eine/n Vertreter/in (mit Stellvertreter/innen) wählen und dass sie sich zu diesem Zweck regelmäßig treffen. Dies soll zukünftig mindestens 1mal im Jahr geschehen, denn angesichts der begrenzten Zeit, in der die Ausbildungsteilnehmer/innen mitwirken können, erscheint diese Frist sinnvoll. Und damit wird die Kammer regelmäßige Treffen für die Ausbildungsteilnehmer/innen organisieren, in denen sie sich mit ihren Fragen und Problemen beschäftigt und auch aufgefordert ist, an Lösungen mitzuwirken.

Resumee:

Aus unserer Sicht ist es angesichts der besonders problematischen Situation der Ausbildungsteilnehmer/innen unverzichtbar, dass diese durch die Kammern mitvertreten werden. Inzwischen hat die Mehrzahl der Kammern entsprechende Regelungen gefunden bzw. erlangt, um dieses zu ermöglichen. Auch haben alle Kammern inzwischen vielfältige Initiativen zur Unterstützung der PiAs ergriffen.

Was nicht immer gewährleistet scheint, ist die gesicherte Mitwirkung der PiA in den Kammergremien. Dazu erschien es uns in Bayern unverzichtbar, dass die Ausbildungsteilnehmer/innen in der Kammer und in der Kammerdelegiertenversammlung repräsentiert sind. Die Probleme, die sich bei der Umsetzung dieser Ziele im Rahmen des bayerischen Heilberufsgesetzes ergaben, brachten uns zu einer Lösung, die von allen Beteiligten inzwischen positiv bewertet wird. Sie sichert die tatsächliche Mitwirkung in der Kammer und fördert den Dialog zwischen Kammer und Ausbildungsteilnehmer/innen.

Literatur

Georgi, C. (2006). Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten – in Vollzeitform attraktiv und lohnenswert? Ein Erfahrungsbericht verbunden mit der Frage nach Kompetenzen und Anforderungen aller Beteiligten. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 38 (2)*, 388–395.

Kuhr, A. & Ruggaber, G. (Hrsg.). (2003). *Psychotherapieausbildung. Der Stand der Dinge*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Heiner Vogel
Nikolaus Melcop

Mitglieder des Vorstandes

Christa Müller
Nathali Klingen
Britta Hermann

Vertreterinnen der PT-Ausbildungsteilnehmer/innen für die Delegiertenversammlung der PTK-Bayern
Postfach 151506
80049 München
info@ptk-bayern.de

Deutsches Institut für Rational-Emotive & Kognitive Verhaltenstherapie (**DIREKT**) e.V.
Dt.Tochterinstitut des New Yorker

ALBERT ELLIS INSTITUTE

Kammeranerkannte Aus- u. Fortbildungen 2006/7 (Punkte in Klammern)

REVT-Grundkurs (Primary Certificate des Albert Ellis Institute):
5 Workshops (100 FE), Würzburg ab 11.Nov.06

Workshops Würzburg:
„KVT/REVT und **Acceptance & Commitment Therapy (ACT)**“ mit Dr.Burkhard Hoellen 9./10.12.06 (20 FE)
„REVT/KVT in Gruppen“ mit Doris Maluck 17./8.3.07 (20 FE)
„KVT/REVT bei Angststörungen“ mit Dr.Rolf Winiarski 14./15.7.07 (20 FE)
Vollausbildung in REVT (200 FE)

Rational Emotive Cognitive Coaching
„Business-Coaching auf Grundlage der REVT-Techniken“ Doppelworkshop mit **Dr.P.Grüne**
Teil 1: 21./22.4.2007 - Teil 2: 15./16.9.2007 (40 FE)

Zeitschrift f. REVT/KVT, Beratungshilfen & Fachbücher für Beratung & Coaching,
Tel. Beratung/Coaching,
Programm und Info/Anm.: DIREKT e.V. • Müllersweg 14 • 97249 Eisingen •
Tel/Fax 09306-3298
Website: www.ret-revt.de
e-mail: revt.direkt@t-online.de

praxis
Institut für systemische beratung

Fortbildung
Supervision
Organisationsentwicklung

Leitung:
Rainer Schwing
Dipl.-Psychologe, Supervisor dgsv, Lehrtherapeut DGSF

Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie u. Familientherapie (DGSF e.V.)

WEITERBILDUNG

Ressourcenorientierte Paartherapie 2006-2007
Die Weiterbildung umfasst 3 Blockveranstaltungen von insgesamt 15 Tagen. November 2006 bis September 2007, Ort: **Schwalbach / Taunus** , Referentin: Erika Lützner-Lay

Des Weiteren führen wir berufsbegleitende Weiter- und Zusatzausbildungen in **systemischer Beratung, Familientherapie, Supervision und Organisationsberatung**, anerkannt durch d. DGSF e.V., durch.

FORTBILDUNGSWORKSHOPS

Niemand ist alleine krank – Patienten haben Familien 12 FE*
17.-18.11.2006 Darmstadt
Referent: Prof. Dr. med. F. Kröger
Heikle Gespräche: Wie finde ich Lösungen in schwierigen Situationen? 22 FE
05.-06.10.2006 Obertrubach - Referent: R. Schwing
Trauma und systemisches Arbeiten 32 FE
19.-21.10.2006 Obertrubach - Referentin: A. Iff-Kamm
Selfcare – wie sorge ich für mich im herausfordernden beruflichen Alltag? 10 FE *5 Abende zur kollegialen Unterstützung*
10.10.-14.11.2006 Würzburg - Referenten: G. Rüger +A. Iff-Kamm
Hilfeprozesse planen und steuern 16 FE
27.-28.11.2006 Hanau - Referent: Prof. Dr. J. Herwig-Lempp
Eltern als Kooperations-Partner – Gespräche mit Eltern in sozialen Organisationen 24 FE
05.-07.10.2006 Darmstadt - Referentin: C. Velte-Siepmann

*FE = *durch die jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern als FoBi anerkannt und mit Fortbildungspunkten akkreditiert*

UNSER PROGRAMM

senden wir Ihnen gerne zu; Informationen zum Programm, dazu Artikel + Aktuelles finden Sie auf unserer Homepage im Internet.

PRAXIS INSTITUT FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG
KRÄMERSTR. 5 • 63450 HANAU
SCHWING@PRAXIS-INSTITUT.DE • WWW.PRAXIS-INSTITUT.DE

Recht: Aktuell

Praxistipps – Hinweise – Informationen

Hartmut Gerlach

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

„Die Rente ist sicher"

***Dozenten und Supervisoren an Ausbildungsinstituten** – Teil 1 -*

Der Bescheid der Prüfbezirksstelle der Deutschen Rentenversicherung (DRV, früher: BfA) löste beim Vorstand des Instituts, vor allem aber bei den Dozenten, Supervisoren und Selbsterfahrungsleitern einen Schock aus. Und dies, obgleich das „Ausbildungsinstitut für Psychotherapie" – irgendwo in Deutschland – doch die angekündigte

Betriebsprüfung des Instituts

begleitet und mit der Offenlegung aller arbeits- und sozialrechtlichen Verhältnisse unterstützt hatte. Denn, da war sich der Vorstand ganz sicher, mit allen seinen Buchhaltungs-, Aufzeichnungs- und Abführungspflichten stünde alles zum Besten. Man hatte schließlich einen Steuerberater unter Vertrag; überdies war die Institutssekretärin ausgebildete Buchhalterin. Nichts konnte mithin schief gehen. Aber schon als das Protokoll der Schlussmitteilung seitens der Prüfstelle mit den aufgeführten Beanstandungen eintraf, machte sich erstmals Unsicherheit breit. Der nachfolgende Prüfbescheid selbst nahm den Rest Hoffnung: Das Institut sollte für die freien Mitarbeiterinnen und die Dozenten und Supervisoren aus eigenen Mitteln einige Tausend Euro Rentenbeiträge für den Prüfzeitraum von vier Jahren nachzahlen. Wie denn das?

Rechtsgrundlage der Betriebsprüfung waren die § 28p Abs. 1 SGB IV in Vbd. mit § 7 *ff.* der BeitragsverfahrensVO – BVV v. 3.5.2006 (BGBl. I S. 1138). Die für das Institut, eine von der zuständigen Behörde steuerbefreite Ausbildungsstätte (§ 4 Nr. 21 b) UStG), tätigen **Dozenten** – alle führten noch eine eigene Praxis als niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten (PP) – erhielten monatlich z. T. weit mehr als 400 Euro für Vorlesungen und Seminare. Ähnliches galt für die **Supervisoren**: Sie waren ebenfalls alle als selbstständige Psychotherapeuten niedergelassen und führten Supervisionen im Rahmen der „praktischen Ausbildung" (§ 4 Abs. 2 PsychTh-APrV) bei den Ausbildungskandidaten durch. Ihre monatlichen Vergütungen lagen zumeist weit über 400 Euro. Auch bei den „**freien Mitarbeiterinnen**" handelte es sich um Therapeutinnen, die eine eigene Praxis unterhielten. Für das Institut nahmen sie Tätigkeiten u. a. für die Ambulanz oder für Organisationsaufgaben wahr. Sie besaßen im Institut eigene Büros mit Schreibtisch u. ä. m.; sie erhielten vom Vorstand Vorgaben, die sie ausführten; kurz: sie waren weisungsgebunden und fest in das Institut integriert. Alle, die Dozenten, die Supervisoren und die freien Mitarbeiterinnen, nicht aber die Institutssekretärin, hatten sog. Honorarverträge mit dem Institut, genauer: mit dessen Vorstand. U. a. enthielten diese Verträge den Passus, die Steuerpflicht sei nicht Sache des Instituts, jeder müsse dieser Pflicht selber nachkommen.

Wieso Rentenversicherungspflicht?

Fragen über Fragen stellte sich der Vorstand: Wieso sollten selbstständige Psychotherapeuten, die eine Dozenten- oder Supervisonstätigkeit für das Institut ausübten, plötzlich rentenversicherungspflichtig sein – ebenso die freien Mitarbeiterinnen? Und es war doch der Wille aller, nicht angestellt, sondern freiberuflich für das Institut tätig zu sein; so stand es jedenfalls ausdrücklich im Vertrag. Und wieso kann die Prüfstelle behaupten, Dozenten und Supervisoren seien „Lehrer"? Verstehe, wer das wolle.

Dozenten sind „Lehrer"

Wir wollen sehen, ob der Vorstand Recht hat mit seinen Zweifeln. Beschäftigen wir uns zunächst mit den Dozenten. Werfen wir deshalb einen Blick in das Gesetz der Rentenversicherung, genauer in § 2 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) VI. Dort heißt es: „Versicherungspflichtig sind selbstständig tätige **Lehrer** und Erzieher, die im Zusammenhang mit ihrer selbstständigen Tätigkeit keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen ...". Einige der Dozenten und Supervisoren beschäftigten in ihrer Praxis zwar Schreibkräfte und Putzfrauen, aber keine verdiente dabei mehr als 400 Euro. Denn: Bis zu dieser Verdienst-höhe besteht Versicherungsfreiheit für die beschäftigten Hilfskräfte (§ 5 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI in Vbd. mit § 8 Abs. 1 SGB IV). Diese geringfügig Beschäftigten helfen dem Dozenten aber nicht, um seinerseits der Rentenversicherungspflicht zu entgehen. Als „selbstständig tätiger Psychotherapeut" unterliegt er zwar nicht der Versicherungspflicht, „als Dozent/in für das Institut" jedoch sehr wohl. Denn er beschäftigt keinen „versicherungspflichtigen Arbeitnehmer". Bleibt nur noch

die oben gestellte Frage zu beantworten: Sind denn Dozenten „Lehrer"? Die Antwort ist eindeutig: Ja. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) und der Landessozialgerichte (LSG) legt den Begriff „Lehrer" weit aus (z.B. LSG NRW NZS 2004, 434: Lehrerin ist die nebenberuflich tätige Beamtin als Dozentin an einer Fachhochschule, oder BSG-Urteil v. 22.6.2005 – B 12 RA 6/04 R: Selbstständige Aerobic-Trainerin). Nur dann, wenn im Monat der

400 Euro-Schwellenwert

der Vergütung für die Dozententätigkeit nicht überschritten wird, verbleibt es bei der Rentenversicherungsfreiheit. Kann sich der Dozent denn dadurch der Versicherungspflicht entziehen, indem er eine Putzfrau **und** eine Schreibkraft für insgesamt mehr als 400 Euro im Monat beschäftigt (sog. addierte Arbeitsentgelte)? Die Antwort des BSG (NZS 2006, Heft 1, S. IX) lautet: Nein.

Supervisoren: Sind das etwa auch „Lehrer"?

Die Frage ist – soweit bekannt – noch von keinem Gericht entschieden worden; sie muss aber in unserem Zusammenhang gestellt werden – zur Vermeidung eventuell böser Überraschungen. Die Frage mit „ja" zu beantworten, liegt nämlich an sich nahe, wenn man Folgendes bedenkt: Supervision (S.) findet statt als Ausbildungs-S., als Praxis- (kollegiale) S. und als Fortbildungs-S. (*Meermann u. a.* in *Behnsen/Bell/Best/Gerlach/ Schirmer/Schmid* „Management-Handbuch für die psychotherapeutische Praxis", ON 2090, Rdn. 6). Bekanntlich ist die **Praxis-(kollegiale)S.** aufgrund des Urteils des Bundesfinanzhofs (BFH – V R 1/02 v. 30.06. 2005) umsatzsteuerpflichtig. Die Folgen dieser Rechtsprechung mussten viele Therapeuten im letzten Jahr schmerzlich erleben. Denn, so der BFH, es liege keine *unmittelbare* Patientenbehandlung (also heilkundliche Tätigkeit i. S. des § 2 Nr. 14 UStG) vor, vielmehr diene diese S. der Professionalisierung und der Bewältigung spezifischer Probleme der therapeutischen Arbeit von Kollegen/Mitarbeitern.

Wie steht es aber mit der **Ausbildungs-S.** i. S. des § 4 Abs. 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PsychTh-APrV – „Praktische Ausbildung")? **Lehranalysen**, so jedenfalls das Finanzgericht (FG) Köln (4 K 8382/98 vom 22.5. 2002), waren in den Jahren 1995/96 gemäß § 4 Nr. 21 b) UStG umsatzsteuerbefreit, weil sie unmittelbar dem Schul- und Bildungszweck dienten. Steuerbefreiung wurde i. Ü. 1999 auch auf die „selbstständigen Lehrer" an berufsbildenden Einrichtungen, zu denen auch die Institute zählen, erstreckt. Wenn wir uns unter diesem Blickwinkel den o. e. § 4 PsychTh-APrV ansehen, so liegt es doch nahe, die Ausbildungs-S. als steuerbefreit nach § 4 Nr. 21b) UStG in Betracht zu ziehen – oder?

Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT) e. V.
German Association for Psychodynamic Psychotherapy (GAPP)

Der Block **Gruppenselbsterfahrung** beginnt im Januar 2007 in Hamburg und es gibt noch einige Restplätze. **Termine: 12.-14.01., 09.-11.02., 09.-11.03., 20.-22.04., 11.-13.05.**, Fr. 17 – 20.30 , Sa. 9.30 – 13 , So. 9.30-13 Uhr

Die Fortbildungen in „**Gruppenpsychotherapie**" und „**Psychodynamische Supervision in Organisationen**" haben schon begonnen. Bei Interesse richten wir gern neue Durchgänge ein.
Eine Fortführung der Fortbildung der **Supervision in Organisationen**:
10./11.03.07 Der Beitrag von System-Aufstellungen für die tiefenpsychologisch verstandene Supervision in Organisationen

Restplätze im Fortbildungs-Programm 2006
in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

Hamburg:
07./08.10.06 Sprache des Körpers – Sprache der Psyche: Innere Bilder
28./29.10.06 Liebe in Übertragung und Gegenübertragung
10./11.11.06 Psychodynamik von Paarbeziehungen
01./02.12.06 Paardynamik in Familien mit Krebs
13./14.01.07 Tiefenpsychologie und Achtsamkeit
17./18.02.07 Psychologische Schmerztherapie
11./12.05.07 Fairbains Objektbeziehungstheorie

Hannover:
11./12.11.06 Zur Idealisierung von Neidfreiheit
13./14.01.07 Komplikationen der fortgeschrittenen Behandlung

Kiel:
09./10.12.06 Tiefenpsychologische Sicht auf Paardynamik
17./18.02.07 Zur Identität von KörpertherapeutInnen in der TfP
21./22.04.07 Generationenfolge und innere Repräsentanzen

Münster:
17./18.11.06 Psychotherapeutische Arbeit mit Jugendlichen in der Gruppe
24.03.07 Ressourcenorientierte Psychoonkologische Psychotherapie

Anmeldung und weitere Informationen bei:
DFT-Bundesgeschäftsstelle
Humboldtstr. 50a
22083 Hamburg
Tel.: 040 / 22 75 75 00
Fax: 040 / 22 75 75 01
EMail: info@dft-online.de
Home: www.dft-online.de

Aus- und Weiterbildung in Gruppenanalyse

Drei Blockseminare pro Jahr, je vier Tage Selbsterfahrung in Klein- und Grossgruppen, sowie Theorie und Supervision.

LeiterInnen der Selbsterfahrung:
Hymie Wyse, London; Sally Willis, London;
Helga Wildberger, Frankfurt a.M.; Harm Stehr, Köln.

Das SGAZ ist eine anerkannte Weiterbildungsstätte der Sektion Gruppenanalyse im DAGG.
Die Teilnehmenden kommen aus Deutschland, der Schweiz und Österreich und haben vorwiegend einen medizinischen, psychologischen oder anderen beruflichen Hintergrund.

Jubiläumstagung vom 23. - 25. 02. 2007 in Zürich.
Thema: «Gruppenanalyse: ein Modell für die Zivilisierung von Konflikten».

Weitere Informationen und Anmeldungen bei:

Seminar für Gruppenanalyse Zürich S **G** A Z
Quellenstrasse 27
CH-8005 Zürich
Tel. +41 44 271 81 73
E-mail: sgaz@bluewin.ch
www.sgaz.ch

Warum wandten wir uns bei der Beantwortung der oben gestellten Frage zunächst der USt-Pflicht zu? Nun – weil der o. e. § 4 Nr. 21 b) UStG mit § 2 Satz 1 Nr. 1 SGB VI (Rentenversicherungspflicht für Lehrer) und mit § 4 Abs. 2 PsychTh-APrV in gewisser Weise korrespondiert. Wir lernten, dass selbstständig tätige Lehrer, die im Zusammenhang mit ihrer selbstständigen Tätigkeit keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigten, rentenversicherungspflichtig seien. Nach 112a Abs. 1 der USt-Richtlinien 2005 (UStR) gilt für freie Mitarbeiter an Schulen (das sind die o. e. selbstständig tätigen Lehrer) oder ähnlichen Bildungseinrichtungen USt-Befreiung, soweit sie Unterricht erteilen. Abs. 2 der Richtlinien lautet zudem: „**Unterrichtstätigkeit** liegt vor, wenn Kenntnisse im Rahmen festliegender Lehrprogramme und Lehrpläne vermittelt werden. Die Tätigkeit muss regelmäßig und für eine gewisse Dauer ausgeübt werden. Sie dient Schul- und Bildungszwecken unmittelbar, wenn sie Schülern und Studenten tatsächlich zugute kommt ...". Und: Sie muss nur ihrer Art nach den Zielen der Berufsaus- oder -fortbildung dienen (113 Abs. 2 UStR). Hält man nun die Definition der A.-Supervision von *Meermann* u. a. (aaO. 2090, Rdnr. 13) den zitierten USt-Richtlinien entgegen, die da heißt: „Pädagogisch-didaktische Vorgehensweise des Lehrens und Lernens, Bearbeitung des Lernzielkatalogs des jeweiligen Ausbildungs-Curriculums, aktiv-direktive Praxisanleitung ...", dann bestehen eigentlich kaum noch Zweifel, dass Ausbildungs-S. Unterrichtstätigkeit darstellt. Verstärkt wird diese Feststellung dadurch, dass die Anerkennung als Supervisor ja eine mindestens dreijährige Lehrtätigkeit (!) an einer Ausbildungsstätte verlangt (§ 4 Abs. 3 PsychTh-APrV). Fazit: Bei der Ausbildungs-S. dürfte es sich damit um Unterrichtstätigkeit nach den o. e. Kriterien handeln, wenn auch in spezifisch psychotherapeutischer Form. Damit sind auch Supervisoren als „Lehrer" i. S. des o. e. § 4 Nr. 21 b) UStG und des § 2 Nr. 1 SGB VI anzusehen. Ihre Vergütung ist damit zwar nicht USt-pflichtig, sie löst aber, wenn die übrigen Voraussetzungen vorliegen, Rentenversicherungspflicht aus. Ob diese meine Rechtsmeinung auch von den Sozialgerichten so gesehen wird, ist freilich ungewiss, aber auf dieses mögliche Risiko will ich hingewiesen haben.

Und Selbsterfahrungsleiter?

Ist deren Tätigkeit auch Unterrichtstätigkeit? Wenn schon – wie das o. e. FG Köln meint – Lehranalysen unmittelbar dem Schul- und Bildungszweck dienen, dann ist die **Selbsterfahrung** des § 3 PsychTh-APrV erst recht als Lehrtätigkeit und damit als umsatzsteuerbefreit anzusehen (denn sie gehört zwingend zur Ausbildung). Was soll sie denn auch sonst sein? Krankenbehandlung kann sie nicht sein, bleibt also nur die Unterrichtstätigkeit in weiterem Sinne. Gewiss, Steuer- und Sozialrecht können hinsichtlich ihrer Folgen auseinanderfallen, aber warum sollten sie das hier?

Meldepflichten ...

Welche Folgerungen sollten Sie als Dozent/in, Supervisor/in und Selbsterfahrungsleiter/in daraus ziehen? Nun, Sie sollten gem. §§ 169 Nr. 1, 173, 190a SGB VI innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme Ihrer Lehrtätigkeit mit mehr als 400 Euro monatlich Ihrer **Meldepflicht** beim Rentenversicherungsträger (DRV) nachkommen. Ggfl. sollten Sie bei der DRV schriftlich anfragen (analog § 7a SGB IV), wie Ihre Tätigkeit sozialrechtlich beurteilt wird.

Für die „**freien Mitarbeiterinnen**" gilt i. Ü. Folgendes: Für sie ist entweder der § 2 Nr. 9 SGB VI oder aber der § 7 Abs. 1 SGB IV einschlägig. So könnte es sich bei jenen um eine „Beschäftigung", also um eine nichtselbständige Arbeit, insbesondere um ein Arbeitsverhältnis handeln. Dafür spräche die Weisungsabhängigkeit und die Eingliederung in die Institutsorganisation, dagegen die eigene Praxis mit einem Patientenstamm (mehrere Auftraggeber!). Gleichwohl kam die DRV in unserem Fall zu der Feststellung, dass sie zwar nicht rentenversicherungspflichtig nach § 2 Nr. 9, wohl aber nach § 1 Nr. 1 SGB VI seien. Nach ersterer Bestimmung unterliegen diejenigen Personen der Rentenversicherungspflicht, die im Zusammenhang mit ihrer selbstständigen Tätigkeit keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer (das kennen wir schon von den „Lehrern" her, s. o.) beschäftigen, **und** die auf Dauer und im Wesentlichen nur für einen Auftraggeber tätig sind. In unserem Fall haben die freien Mitarbeiterinnen indes mehrere Auftraggeber (die Patienten!). § 2 Nr. 9 SGB VI greift mithin nicht ein, wohl aber die Bestimmung des § 1 Abs. 1 SGB VI in Vbd. mit § 7 Abs. 1 SGB IV angesichts der Weisungsabhängigkeit und der Eingliederung in die Institutsorganisation. Über diese Schlussfolgerung kann man durchaus streiten, denn sie ist immer vom Einzelfall abhängig. Die Prüfstelle kam hier jedenfalls zum Ergebnis, sie seien „Arbeitnehmer" i. S. der vorgenannten Vorschriften. Folglich hätte das Institut, Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge als sog. Gesamtsozialversicherungsbeitrag nachzuzahlen ...

Könnte denn das Institut nun seinerseits die **Nachzahlung** auf die freien Mitarbeiterinnen anteilig umlegen? Nur beschränkt, wie sich aus § 28g Satz 3 SGB IV ergibt: Ein unterbliebener Abzug darf nämlich nur bei den nächsten drei Gehaltszahlungen (beschränkt auf Höchstbeträge) nachgeholt werden, es sei denn, der Abzug ist ohne Verschulden des Instituts unterblieben. Die Dozenten, Supervisoren und die Selbsterfahrungsleiter hingegen müssen ihre Nachzahlungen aus eigenen Mitteln aufbringen.

Bleibt zum Schluss hier nur noch die Empfehlung, ggfl. fachanwaltlichen Rat einzuholen, um vor Überraschungen gefeit zu sein.

Im nächsten Heft widmen wir uns den **Pflichten** und **Haftungsrisiken der Supervisoren/innen** (2. Teil) im Rahmen der „praktischen Ausbildung".

RA Hartmut Gerlach

Justiziar der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Hauptstätter Str. 89
70178 Stuttgart
Tel. 0711/674470-50
gerlach@lpk-bw.de

Das Psychotherapeutengesetz und die Psychotherapie in Institutionen

Anmerkungen zu dem Urteil des LAG Frankfurt vom 20. Januar 2006: Führung der Berufsbezeichnung

Johann Rautschka-Rücker

Landespsychotherapeutenkammer Hessen

Vorbemerkung

Als Geschäftsführer der hessischen Psychotherapeutenkammer habe ich den Rechtsstreit (LAG Frankfurt, 3 Sa 951/05) begleitet. Meines Erachtens kommt ihm – obwohl es sich bisher um einen Einzelfall handelt – große berufspolitische Bedeutung zu. Der Vorstand der Kammer unterstützte das betroffene Mitglied deshalb von Anfang an und finanzierte die Durchführung des Berufungsverfahrens. Jenseits aller berufspolitischen Implikationen illustrieren aber der Prozessstoff, der Sachvortrag des beklagten Arbeitgebers und seine rechtlichen Argumente, dass es mit dem Psychotherapeutengesetz und den damit einhergehenden Änderungen des SGB V (andere relevante Teile des SGB wurden nicht einmal angefasst) noch nicht gelungen ist, die rechtliche Position von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Institutionen klar zu bestimmen. Im Vergleich zu den in der Gesetzlichen Krankenversicherung ambulant tätigen Mitgliedern der beiden Berufe besteht ein erheblicher Regelungsbedarf.

Die Ausgangslage

Das Mitglied, ein Diplom-Psychologe, ist seit 1990 für die beklagte Klinik tätig. Sein Arbeitsvertrag enthält (naturgemäß) die Bezeichnung Diplom-Psychologe. Er erlangte seine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut nach den Übergangsvorschriften des § 12 PsychThG. Der Arbeitgeber bescheinigte ihm, die für die Approbation erforderliche psychotherapeutische Berufstätigkeit in der Klinik geleistet zu haben. Seither führte das Mitglied jahrelang unbeanstandet die Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut". Er und seine Kolleginnen und Kollegen unterzeichneten mit diesem Zusatz im Schriftverkehr, hatten entsprechende Türschilder, waren im Internetauftritt der Klinik als Angehörige des Teams mit dieser Berufsbezeichnung aufgeführt etc.

Im April 2003 wies der ärztliche Direktor der beklagten Klinik unser Mitglied an, künftig jede Verwendung seiner Berufsbezeichnung im dienstlichen Zusammenhang zu unterlassen. Während des Arbeitsgerichtsverfahrens in der ersten Instanz wurde dieses Verbot zusätzlich gegenüber allen anderen in der beklagten Klinik beschäftigten Mitgliedern der Berufsgruppe ausgesprochen und die Klinik in ihrem offiziellen Auftreten sozusagen von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten „gesäubert".

Vor dem Arbeitsgerichtsverfahren gab es zahllose Versuche seitens des Mitgliedes, des Betriebsrates der Klinik und des Vorstandes der Kammer, eine Beilegung des Konfliktes zu erreichen. Leider blieben auch Gespräche und schriftliche Interventionen bei der Spitze des Trägers der Klinik, der Sozialministerin und Landtagsabgeordneten ergebnislos, die Kammer wurde auf die Autonomie der Klinik und die Möglichkeit einer gerichtlichen Durchsetzung verwiesen.

Der Rechtstreit

Aufgrund der Situation blieb unserem Mitglied nur die Möglichkeit, gegen seinen Arbeitgeber zu klagen. Vor dem Arbeitsgericht (ArbG) wollte er feststellen lassen, dass der Arbeitgeber nicht berechtigt sei, ihm die Führung der Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut" zu untersagen. Dazu musste er darlegen, dass er ein Recht auf Führung der Berufsbezeichnung in der Klinik hat. Die Klage stützte sich auf § 1 PsychThG, die langjährige unwidersprochene Übung und den Anspruch auf Gleichbehandlung mit den Kolleginnen und Kollegen, die weiterhin die Berufsbezeichnung führten.

Die beklagte Klinik argumentierte, „der Diplompsychologe wird im Rahmen eines ärztlich verantworteten psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplanes mit einem bestimmten Anteil seiner Arbeitszeit bei bestimmten Patienten in unterschiedlichem Ausmaß auf Anweisung des ärztlichen Direktors hin psychotherapeutisch tätig." Psychotherapie bestehe nicht aus Einzelhandlungen, sondern sei als Gesamtprozess zu sehen. Der Gesamtprozess werde allerdings „nicht durch den Kläger gesteuert, sondern durch einen ärztlich verantworteten psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplan". Der Kläger übe „nicht die Tätigkeit eines psychologischen Psychotherapeuten aus, da er das Gesamtkonzept, d.h. den bewussten und geplanten interaktionellen Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörung und Leidenszuständen nicht aufstellt" und könne mithin auch nicht beanspruchen, diese Berufsbezeichnung zu tragen.

Man kann bezweifeln, ob diese Darstellung eine Entsprechung in der Realität des klinischen Alltags findet, ob der ärztliche Direktor oder ein anderer weisungsbefugter Arzt einen Patienten überhaupt sieht, bevor der „Diplompsychologe" die psychotherapeutische Behandlung aufnimmt und ob er überhaupt die reale Möglichkeit hat, im Behandlungsverlauf, in einer Gesprächssituation, die eine sofortige therapeutische Intervention notwendig macht, zu steuern. M. E. wird die Verantwortung des ärztlichen Direktors eine andere sein als die reale

Steuerung, und in den konkreten Behandlungsverläufen dürfte zwischen den Psychologischen Psychotherapeuten und den ärztlichen Kollegen des ärztlichen Direktors kein fachlicher Unterschied bestehen, weil alle Berufsgruppen der Klinik unter seiner Leitung tätig sind. Das Hierarchieproblem wurde in diesem Streitfall übrigens nie aufgeworfen, unser Mitglied hat die allgemeine Weisungsgebundenheit nie in Frage gestellt und das vor Gericht bekundet.

Mit dieser Argumentation geriet der Rechtsstreit aber auf eine berufspolitisch hoch brisante Ebene. Letztlich bestreitet sie nämlich, dass es Berufsausübung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in ärztlich geleiteten Einrichtungen überhaupt gibt beziehungsweise geben kann; sie beschränkt die Relevanz des Psychotherapeutengesetzes auf den ambulanten Bereich.

Das ArbG Wetzlar wies die Klage in erster Instanz ab. Zum Zeitpunkt des Urteils war der Anspruch aus dem Gleichbehandlungsgrundsatz (die Kolleginnen und Kollegen hatten zunächst die Berufsbezeichnung weiter führen dürfen) entfallen. Das hatte der Arbeitgeber mit der Ausweitung des Verbots erreicht. Darüber hinaus vertrat das Gericht die Auffassung, das Führen der Berufsbezeichnung über die Dauer von 4 Jahren habe noch nicht zu einer Konkretisierung des Arbeitsverhältnisses geführt.

In der Begründung vermied es das Gericht, auf die Frage nach der Art der Berufstätigkeit einzugehen. Es stellte stattdessen eine Abwägung zwischen dem Weisungsrecht des Arbeitgebers und dem Recht des Klägers, eine ihm zustehende Berufsbezeichnung zu führen, an. Die Kernsätze des Urteils lauten: „Darüber hinaus ist das Interesse der Beklagten höher zu bewerten, dass die Arbeitnehmer nicht solche Berufsbezeichnungen verwenden, die sie im Laufe des Arbeitsverhältnisses erworben haben, ohne dass sich der Zuschnitt der Tätigkeit verändert hätte. Das Interesse des Arbeitgebers, das Führen von Berufsbezeichnungen nur insofern zu dulden, wie sie arbeitsvertragliche Basis geworden sind, ist (gegenüber) dem Interesse des Arbeitnehmers an der Führung der Berufsbezeichnung, die er nach Abschluss des Arbeitsvertrages erworben hat, höher zu bewerten." Welche konkreten berechtigten Interessen das sein könnten, blieb weitestgehend im Dunkeln. Das Gericht bezog sich lediglich auf die vom Arbeitgeber vorgetragene Besorgnis, die Führung der Berufsbezeichnung könne ein mögliches späteres Höhergruppierungsverlangen (nach dem BAT) begleitend unterstützen.

In der Berufungsinstanz, in der unser Mitglied obsiegte, stellte das Landesarbeitsgericht auf das Persönlichkeitsrecht des Klägers ab, der nach dem PsychThG berechtigt sei, die Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut" zu führen. Der Persönlichkeitsschutz erstrecke sich nicht nur auf von einem Arbeitnehmer erworbene akademische Grade, sondern auch auf eine aufgrund besonderer Befähigung und Qualifikation erworbene Berufsbezeichnung.

Ein Eingriff in das Persönlichkeitsrecht sei nur bei überwiegend schutzwürdigen Interessen des Arbeitgebers möglich. Nach solchen Interessen fragte das Gericht sehr dezidiert, konnte aber keine berechtigten Interessen erkennen. Selbst wenn der Kläger nicht die Verantwortung für den Gesamtprozess trage, entspreche die (zumindest teilweise) tatsächlich ausgeübte Tätigkeit der von ihm geführten Berufsbezeichnung. Ein falscher Eindruck über die Verantwortung der Behandlung entstehe bei Patienten nicht oder könne durch eine entsprechende Erklärung ohne großen Aufwand korrigiert werden. Auf die aktuelle oder eine spätere tarifliche Eingruppierung wirke sich die Führung einer Berufsbezeichnung nicht aus. Das Urteil ist rechtskräftig.

Offensive oder defensive Folgerungen?

Wegen der oben angesprochenen berufspolitischen Brisanz wurde der Prozess bundesweit aufmerksam verfolgt. Es gab viele Stimmen, die vor der Führung bzw. Fortsetzung warnten, um ein negatives Präjudiz zu vermeiden. Unser Mitglied und der Vorstand der hessischen Kammer haben sich für ein Durchfechten entschieden, ohne die Risiken zu verleugnen. Meines Erachtens gab es dazu auch keine Alternative.

Die beiden neuen psychotherapeutischen Berufe sind darauf angewiesen, gerade im institutionellen Bereich eine Position zu erringen, die ihren Qualifikationen, ihrem fachlichen Potential und dem Stellenwert der Approbation in den institutionellen Arbeitsfeldern entspricht. Das erfordert ein strategisches Herangehen, das Abwägen von Optionen und die Wahl des geeigneten Zeitpunktes für Initiativen.

Johann Rautschka-Rücker

Geschäftsführer der Landespsychotherapeutenkammer Hessen
Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de

Aktuelles aus der Forschung

Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften des Bundesforschungsministeriums und der Deutschen Rentenversicherung 1998-2006

Ausgewählte Studien mit Psychotherapierelevanz

Vorwort

Aktuelles aus der Forschung wird in dieser Ausgabe einen Versorgungsbereich beleuchten, der in den vergangenen v.a. 5–10 Jahren ausgesprochen gut und umfangreich beforscht wurde. Die Rede ist von der medizinischen Rehabilitation, einem für die Psychotherapie traditionell wichtigen Sektor der Gesundheitsversorgung. Allein in der psychosomatischen Rehabilitation werden bundesweit jährlich ca. 90.000 Patienten psychotherapeutisch versorgt. Hinzu kommt die zunehmend stärker in den Focus rückende Bedeutung der psychischen Komorbidität bei Patienten mit primär körperliche Erkrankungen.

Die medizinische Rehabilitation stand viele Jahre im Zentrum der Kritik, wenn es darum ging, die Notwendigkeit und die Nützlichkeit von Versorgungszweigen des bundesdeutschen Gesundheitssystems in Frage zu stellen. Bis etwa Mitte der 1980er Jahre konnten Kritiker der Rehabilitation mit Fug und Recht behaupten, dass die erbrachten und von der Solidargemeinschaft mit beträchtlichem Aufwand finanzierten Leistungen jeglicher wissenschaftlichen Grundlage entbehrten. Als Folge dieser und anderer, immer massiver werdender Kritik wurde von der Deutschen Rentenversicherung die so genannte Reha-Kommission berufen. Die von ihr 1991/1992 vorgelegten Ergebnisse enthielten neben strukturellen und konzept- bzw. indikationsbezogenen Reformvorschlägen insbesondere auch die Forderung nach einer stärkeren wissenschaftlichen Fundierung der Rehabilitation.

Ende der 1990er Jahre wurde dann – nach einem langwierigen Abstimmungs- und Antragsverfahren – vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften" ins Leben gerufen, in dem zwischen 1998 bis 2006 mit ca. 40 Mio. € acht regionale Forschungsverbünde mit insgesamt 150 einzelnen Forschungsprojekten gefördert wurden. Zielsetzung des Förderschwerpunkts war es, Qualität und Umfang anwendungsorientierter Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitation zu steigern und die strukturelle Verankerung der Rehabilitationswissenschaften an Universitäten und Hochschulen nachhaltig zu stärken.

Im Folgenden sollen einige, v.a. für die psychotherapeutische Versorgung wesentliche Ergebnisse ausgewählter Forschungsprojekte bzw. Themenbereiche des Förderschwerpunktes vorgestellt werden. Die Ergebnisse der Projekte sind vielfach, sowohl national als auch international, publiziert. Interessierte Leser können sich umfassend auf der Internet-Seite der Deutschen Rentenversicherung informieren. Dort wurde eine Forschungsdatenbank eingerichtet, in der alle Projekte einschließlich ihrer Publikationen vorgestellt werden. Aus diesem Grund werden in der vorliegenden Zusammenstellung – anders als den bisherigen Übersichten – keine konkreten Publikationen, sondern nur die Projektautoren einschließlich Projekttitel genannt und auf die in der Forschungsdatenbank dokumentierten Publikationen verwiesen. In ihr stehen darüber hinaus die meisten Projekt-Abschlussberichte als Download zur Verfügung [http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/]. Die je Projekt genannten Autoren sowie die Jahreszahl beziehen sich auf die Projektabschlussberichte.

Outcome psychosomatischer/psychotherapeutischer Rehabilitation

Im Zentrum der hier vorgestellten Forschungsarbeiten steht der Indikationsbereich der psychosomatischen Rehabilitation. Psychosomatische Rehabilitation ist dabei ein Sammelbegriff für Kliniken und Fachabteilungen mit dem Hauptindikationsbereich „Psychische und Verhaltensstörungen" (ICD 10 F00 – F99), in denen psychotherapeutische Interventionen im Vordergrund stehen, und der deshalb besser als psychosomatische/psychotherapeutische Rehabilitation bezeichnet werden sollte. Insgesamt bestehen derzeit ca. 150 Kliniken und Fachabteilungen mit einer Behandlungskapazität von etwa 15.000 Betten, wovon etwa 50% psychoanalytisch und ca. 35% verhaltenstherapeutisch ausgerichtet sind. Die Bedeutung der psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation kann aus verschiedenen Perspektiven als hoch ein-

geschätzt werden: es handelt sich um den – gemeinsam mit den Krebserkrankungen – bzgl. des Anteils am Gesamt der Rehabilitationsverfahren inzwischen zweitgrößten und um den mit am besten beforschten Indikationsbereich der medizinischen Rehabilitation. Im Folgenden werden v.a. Projekte besprochen, die Aussagen über die Ergebnisqualität bzw. die Behandlungsergebnisse psychosomatischer/psychotherapeutischer Rehabilitation sowohl bei spezifischen Settingvariablen als auch bezogen auf den gesamten Versorgungsbereich erlauben.

Beutel, M. E., Hillert, A., Kayser, E., Cuntz, U. & Schattenburg, L. (2002). Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der psychosomatischen Rehabilitation.

In einigen Studien des Förderschwerpunkts wurden Ansätze zur Weiterentwicklung der psychosomatischen Rehabilitation evaluiert. So untersuchten z.B. Beutel et al. in einer randomisierten Studie, die in zwei Kliniken unterschiedlicher konzeptueller Grundlage (verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch/psychoanalytisch) durchgeführt wurde, die Effekte einer beruflichen Belastungserprobung. Hierzu wurden von ca. 3500 bei Behandlungsbeginn auf berufliche Belastungen untersuchte Patienten etwa 600 mit besonders hohen Belastungen ausgewählt und ihnen zusätzlich zu den stationären psychotherapeutischen Interventionen die Teilnahme an einer Belastungserprobung (BE) im beruflichen Feld angeboten. Ein erstes und überraschendes Ergebnis war, dass nur etwa die Hälfte der als schwer belastet identifizierten Patienten dieses Angebot annahmen, was auf Probleme mit der Therapiemotivation hindeutet. Für die Teilnehmer der BE-Maßnahme ergaben sich am Ende der Behandlung günstigere berufsbezogene Einstellungen, ein positiveres Selbstbild sowie eine realistischere Einschätzung ihres Arbeitsverhaltens und ihrer kommunikativen Fähigkeiten. Darüber hinaus konnten sie häufiger in berufsbezogene Reha-Maßnahmen im Anschluss an die stationäre Behandlung vermittelt werden. Ein Jahr nach der Rehabilitation waren mehr der Patienten mit BE-Maßnahme wieder erwerbstätig und wiesen geringere Arbeitsfehlzeiten auf.

Bischoff, C., Gönner, Ehrhardt, M., S., Limbacher, K. & Jäger, R. S. (2003). Ambulante prä- und poststationäre Maßnahmen – ein Beitrag zur Flexibilisierung der stationären psychosomatischen Versorgung.

Ziel des Projektes von Bischoff et al. war die Evaluation der Vernetzung stationärer psychosomatischer Rehabilitation mit ambulanten Vor- und Nachbehandlungen. Es wurden zwei wesentliche Schnittstellenprobleme der medizinischen Rehabilitation aufgegriffen: die häufig mangelnde Therapiemotivation vieler Patienten (was den Einstieg in die Reha-Maßnahme erschwert und den Behandlungserfolg beeinträchtigt) sowie die häufig zu wenig nachhaltige Umsetzung des Gelernten in die Alltagspraxis. Mit den innerhalb des Projektes eingeführten zusätzlichen prä- und poststationären Maßnahmen sollte dies verbessert werden. Die vorbereitende Maßnahme umfasste neben Information v.a. auch Einzelgespräche und praktische Übungen in Psychosomatik und Verhaltenstherapie, die nachbereitende Maßnahme bestand v.a. in einer post-stationäre themenzentrierte Psychotherapiegruppe. Die Überprüfung der Effekte erfolgte in einem Kontrollgruppendesign mit randomisierter Zuweisung zu einer Gruppe mit diesen Maßnahmen (n=135) und einer Gruppe mit traditioneller stationärer Behandlung (n=112). Entgegen den Erwartungen bestand bei den untersuchten Patienten beider Gruppen bereits zu Beginn eine relativ hohe durchschnittliche Therapiemotivation, weshalb das prästationäre Angebot keine weitere Verbesserung erzielen konnte. Einfluss hatte dieses Angebot aber auf die Informiertheit der Patienten über die bevorstehende stationäre psychosomatische bzw. psychotherapeutische, die bei der Experimentalgruppe deutlich höher war als in der Vergleichsgruppe. Zum Behandlungsende und zum Katamnesezeitpunkt verbesserte sich die Befindlichkeit in beiden Studiengruppen, wobei die Effekte in der Experimentalgruppe für verschiedene Outcomeparameter gesteigert werden konnte.

Schmidt, J., Steffanowski, A., Nübling, R., Lichtenberg, S. & Wittmann, W. W. (2003). Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation – Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien.

In einer Studie der ersten Förderphase wurden unterschiedliche Varianten der Ergebnismessung untersucht. Ziel der Studie war u. a. die Abschätzung der Validität einfacher bzw. und ökonomischer Verfahren durch die klassische prä-post-Messung. Einfachere Verfahren der Ergebnismessung werden z.B. im Rahmen von Routineerhebungen und als Input für ein klinikinternes Qualitätsmanagement verwendet, wobei ihre Güte häufig in Frage gestellt wird. Die vorgelegte Studie vergleicht auf der Grundlage einer in vier psychosomatischen Rehabilitationskliniken erhobenen großen Patientenstichprobe (n=964) erstmals umfassend die unterschiedlichen Arten der Veränderungsmessung (indirekte, quasi-indirekte und direkte VM) simultan. Die Übereinstimmung lag bei ca. 80%, was für eine beeindruckende Validität einfacherer Verfahren spricht. Darüber hinaus zeigten sich auf allen Veränderungsparametern deutliche Effekte, die auch nach Behandlungsende stabil blieben. Die mittlere Effektstärke (ES) lag für die 19 betrachteten Zielgrößen nach einem Jahr bei ES=0.45, wobei die psychischen Parameter deutlich höhere Effekte auswiesen (ES um 0.80), als z.B. kostenrelevante oder körperliche.

Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Nübling, R. & Wittmann, W. W. (2005). Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation.

Mit der so genannten MESTA-Studie steht erstmals eine Metaanalyse aller seit 1980 in der psychosomatischen Rehabilitation durchgeführten Ergebnisstudien zur Verfügung. Insgesamt wurden 67 Studien mit Daten von fast 30.000 Patienten einbezogen, von denen für 46 Studien (n=16.486) neben einer Aufnahme- und Entlassmessung auch katamnestische Daten erhoben wurden. Das mittlere Alter der untersuchten Patienten lag bei ca. 42 Jahren, etwa 2/3 waren Frauen und etwa die Hälfte

hatte lediglich einen Hauptschulabschluss. Im Schnitt lag die Chronifizierung, d.h. die Zeit seit Erstauftreten der Symptomatik, bei fast 8 Jahren, wobei ein größerer Teil bereits ambulant (52%) und/oder stationär (30%) psychotherapeutisch vorbehandelt waren. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 56 Tage, wobei neuere Studien z.T. deutlich niedrigere Werte aufwiesen. Bzgl. des Outcomes ergab sich bei Behandlungsende eine über alle Studien gemittelte Effektstärke von ES=0.51 (was einem „mittleren" Effekt entspricht), wobei sich deutliche Unterschiede sowohl zwischen Einrichtungen bzw. Studien (Range= 0,14 – 2,20) als auch zwischen Störungsbildern (Indikationsgruppe „Depression" ES = 0.84; „Angst" ES = 0.71, „Somatoforme Störung" ES = 0.49) zeigten. Die Effekte blieben auch nach einem Jahr weitgehend stabil. Zur Vorhersage der Behandlungsergebnisse trug neben dem Frauenanteil, höherer Bildungsgrad, Anteil somatoformer Störungen, der Erkrankungsdauer und Aktualität der Studie insbesondere die stationäre Behandlungsdauer bei. Patienten, die länger behandelt wurden, weisen bessere Ergebnisse auf als Patienten mit kürzerer Behandlung auf. In einer zusätzlich durchgeführten Primärdatenanalyse an einer Substichprobe von 10 Studien (bzw. n=3700 Patienten) zeigten sich darüber hinaus auch bei den dort differenzierter erhobenen kostenrelevanten Indikatoren (Arbeitsunfähigkeitszeiten, Krankenhaustage, Arztbesuche) eine positive Entwicklung. Als weitere Prädiktoren der Behandlungsergebnisse wurden hier zusätzlich die Therapiemotivation, eine Rentenantragstellung sowie hohe AU-Zeiten im Vorfeld der Behandlung ermittelt.

Kommentar: Die hier skizzierten Projekte sind Teil einer umfassenden, bereits über 20 Jahre dauernden Forschungstradition in der psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation. Dieser Indikationsbereich hat – vielleicht wegen des besonderen Legitimationsdrucks – bereits früh mit der Evaluierung ganzer Kliniken und/oder dort angebotener spezifischer Maßnahmen begonnen. Die Projekte zeigen an zwei Beispielen und stellvertretend für andere, dass in der psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation spezifische konzeptuelle Schwerpunkte nicht nur weiterentwickelt, sondern auch erfolgreich implementiert werden. Die letzten beiden Projekte zur Abschätzung der allgemeinen Behandlungsergebnisse, insbesondere die Metaanalyse, sind darüber hinaus ein wichtiges empirisches Dokument für die allgemeine Legitimation psychosomatischer Rehabilitation, sowohl aus Perspektive der Patienten (denen es überwiegend besser geht) als auch der Leistungsträger bzw. der gesundheitsökonomischen Perspektive (die in die Behandlungen investierten Versichertenbeiträge lohnen sich).

Psychische Komorbidität bei primär körperlichen Erkrankungen

Neben dem Schwerpunkt Psychosomatische Rehabilitation wurden innerhalb des Förderschwerpunktes eine Reihe von Studien durchgeführt, die die psychische Komorbidität bei primär körperlichen Erkrankungen fokussierten. Untersucht wurden v.a. die Indikationsbereiche Orthopädie, Kardiologie, Onkologie, Pneumologie und Endokrinologie. Die häufige Assoziation von somatischen Erkrankungen mit psychischen Störungen ist durch zahlreiche klinische Studien belegt. Allerdings fehlten bislang Daten über Art und Ausmaß in der medizinischen Rehabilitation. Im folgenden wird über vier Projekte berichtet, die dieses Forschungsdefizit aufgreifen.

Härter, M. & Bengel, J. (2001). Epidemiologie psychischer Störungen in der medizinischen Rehabilitation und (2004) Prävalenz und Behandlungsbedürftigkeit komorbider psychischer Störungen.

In zwei aufeinander folgenden Projekten der beiden Förderphasen wurde von der Arbeitsgruppe Martin Härter und Jürgen Bengel in allen fünf o.g. Indikationsbereichen untersucht, wie häufig eine psychische Komorbidität vorliegt und wie hoch ihre Erkennensraten sind. Ziel der Studie war u.a. die Verbesserung der differentialdiagnostischen Einschätzungen und Zuweisungsentscheidungen zu psychologischen Behandlungsverfahren und damit die Vermeidung von Fehlzuweisungen. Hierzu gehörte auch die Entwicklung eines praktikables Methodeninventar zum Screening psychischer Störungen. Die Datenerhebung basierte auf einem zweistufigen Studiendesign, der eine schriftliche Befragung konsekutiv ausgewählter Patienten und – bei einer Substichprobe – ein klinisch-psychiatrisches Interview (M-CIDI) vorsah. Insgesamt wurden etwa 3000 Patienten befragt, von denen mehr als 600 interviewt wurden. Insgesamt zeigten sich knapp 40% der untersuchten Patienten mit einer der genannten somatischen Erkrankungen psychisch belastet, eine aktuelle komorbide Störung wies mehr als jeder fünfte Patient auf. Die 12-Monats-Prävalenz betrug 35%, die Lebenszeitprävalenz über 60%: Affektive Störungen, Angststörung und somatoforme Störungen standen im Vordergrund. Dabei blieb mehr als jede zweite psychische Störung von den Reha-Medizinern unerkannt, nur jeder vierte Patient erhielt eine seiner Störung entsprechende Diagnose. Von diesen Ergebnissen abgleitet entwickelten die Autoren ein Fortbildungsmodul für die in den Rehabilitationskliniken arbeitenden Ärzte, das gut angenommen wurde. Die Effekte dieser Fortbildung auf die Erkennensrate konnte dabei noch nicht untersucht werden. Zur valideren Erfassung psychischer Komorbidität wurde ein zweigestuftes diagnostisches Vorgehen, basierend auf einem Screening und einer ggf. vertiefenden Diagnostik, vorgeschlagen.

Keck, M., Budde, H. G., Kallinke, D. & Behrens, J. (2002). Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation

Im Rahmen einer Studie von Keck et al. über die Effekte einer Unterstützungsmaßnahme zur beruflichen Wiedereingliederung bei jüngeren kardiolo-

gischen Patienten wurde auch die psychische Komorbidität untersucht. Im Rahmen einer prospektiven Studie wurden 915 AHB-Patienten aufgenommen, die jünger als 50 Jahre waren. Erfasst wurden neben medizinischen und sozialmedizinischen Parametern, Risikofaktoren etc. auch die Angst- und Depressivitätswerte bei Aufnahme in die Reha und bei Entlassung. Insgesamt wiesen in der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) 20% der Patienten (40% der Frauen und 18% der Männer) deutlich erhöhte Angst- sowie 9% (7%/9%) erhöhte Depressionswerte. In wenigstens einem der beiden Maße erhöhte Werte zeigten 24% der Patienten. Bei Behandlungsende waren die Patienten weniger ängstlich und depressiv, ein Effekt, der zum Katamnesezeitpunkt nach sechs Monaten nicht mehr nachzuweisen war. Verbesserungen auf den psychischen Parametern waren deutlich assoziiert mit der Intensität der psychologischen Betreuung, insbesondere bezog sich dies auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen. Bei dieser Subgruppe blieben die Effekte auch katamnestisch stabil. Bezogen auf die Chancen für eine berufliche Wiedereingliederung zeigte sich, dass diese durch hohe Ausgangswerte bzgl. Angst und/oder Depression gemindert werden.

Nübling, R., Hafen, K., Jastrebow, J., Körner, M., Löschmann, C., Rundel, M., Schmidt, J., Wirtz, M. & Bengel, J. (2002). Indikation zu psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen im Rahmen stationärer medizinischer Rehabilitation.

Ziele der Studie von Nübling et al. lagen in der Abschätzung des Anteils psychisch belasteter bzw. beeinträchtigter Patienten in den Indikationsbereichen Orthopädie, Kardiologie und Psychosomatik, der Abschätzung ihrer Behandlungs- bzw. Reha-Motivation, der Abbildung der Inanspruchnahme psychosozialer Behandlungsangebote und letztlich der prognostischen Bedeutung von Belastung, Motivation und Inanspruchnahme für die kurz- und längerfristigen Behandlungsergebnisse. Hierzu wurde eine Stichprobe von knapp 1000 in sieben Reha-Kliniken konsekutiv ausgewählten Patienten zu drei Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung und 1-Jahres-Katamnese) untersucht. Als Instrumente für den psychosozialen Bereich wurden u.a. HADS, SCL-90-R, F-Sozu-24 und IRES eingesetzt, für die Erfassung der Reha-Motivation wurde ein neues Instrument entwickelt (PAREMO) und die Inanspruchnahme wurde über eine klinikinterne Basisdokumentation erhoben. Es zeigte sich, dass in den beiden somatischen Indikationsbereichen ein bedeutender Teil der Patienten psychische Beeinträchtigungen aufwies (Kardiologie: 23%; Orthopädie: 36%); dieses Ergebnis ist umso bedeutsamer, als in der Vergleichsgruppe der Psychosomatik unter Zugrundelegung der eher strengen Cut-Off-Kriterien nur 77% als psychisch im engeren Sinn beeinträchtigt eingestuft wurden. Durch die Behandlung besserten sich die Patienten. Im Rahmen der Rehabilitation besserten sich die meisten dieser Belastungen, zum Katamnesezeitpunkt zeigte sich häufig ein Wiederanstieg, der sich aber immer noch deutlich vom Ausgangszustand unterschied. Die Studie zeigte auch, dass in den beiden somatischen Indikationsbereichen nur ein Teil der psychisch beeinträchtigten Patienten auch für psychosoziale Behandlungsmaßnahmen motiviert und wiederum nur ein Teil davon auch solchen Maßnahmen zugewiesen werden. Prognostisch konnte über pfadanalytische Modelle ein Zusammenhang zwischen psychosozialer Beeinträchtigung, Motivation, Inanspruchnahme mit den Behandlungsergebnissen nachgewiesen werden.

Kommentar: Die genannten Projekte weisen alle auf die teilweise hohe psychische Komorbidität bei primär oder besser vordergründig körperlichen Erkrankungen hin. Dies bezieht sich auf alle wichtigen Indikationsbereiche der medizinischen Rehabilitation. Sie zeigen auch, dass in der häufig ärztlich dominierten, manchmal einseitig aus der Akutversorgung übertragenen somatischen Sichtweise viele dieser komorbiden psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen nicht erkannt werden. Das Vorgehen in der aktuellen Versorgungspraxis entspricht oft nicht den Vorgaben der Umsetzung eines ganzheitlichen Modells der medizinischen Rehabilitation, wie es von der WHO oder von der Deutschen Rentenversicherung gefordert wird. In den Projekten wurden wegen der niedrigen Erkennensrate Verbesserungen sowohl in der Diagnostik (zweistufiges Verfahren) als auch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten vorgeschlagen. Mittelfristig sollte v.a. auch über die Stellung der Psychologen bzw. Psychologischen Psychotherapeuten – sowie in der Kinder- und Jugendrehabilitation über die Stellung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in den Kliniken und deren Möglichkeiten eines Beitrags zur Verbesserung der Behandlungskonzeptionen bzw. der Behandlung nachgedacht werden.

Auf die vielen anderen Projekte mit Bezug zur Psychotherapie, z.B. zum Thema Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation sei an dieser Stelle nur ausdrücklich auf die o.g. Forschungsdatenbank verwiesen.

Dr. Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Hauptstätterstr. 89
70178 Stuttgart
nuebling@lpk-bw.de

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Änderung der Psychotherapie-Richtlinien beschlossen: Auswirkungen für Psychotherapeuten

Am 20. Juni 2006 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) substanzielle Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien (PTR) beschlossen, insbesondere zu den Bedingungen, unter denen zukünftig neue psychotherapeutische Verfahren in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden. Doch auch bereits zugelassene psychotherapeutische Verfahren könnten von diesen Änderungen betroffen sein, sollten sie durch den G-BA überprüft werden.

Keine indikationsbezogene Zulassung von Verfahren

Voraussetzung der Zulassung eines neuen Psychotherapieverfahrens für die ambulante GKV-Versorgung ist künftig, dass es bei den drei häufigsten psychischen Störungsgruppen nachweislich wirksam, medizinisch notwendig und wirtschaftlich ist. Diese drei Störungsgruppen (Anwendungsbereiche) sind „affektive Störungen", „Angst- und Zwangsstörungen" sowie „somatoforme Störungen". Erfüllt ein Verfahren diese Kriterien, kann es im gesamten Spektrum der Anwendungsbereiche der Psychotherapie eingesetzt werden. Damit ist die Gefahr der Zulassungsbeschränkung psychotherapeutischer Verfahren für ausgewählte Indikationen abgewendet und eine adäquate psychotherapeutische Versorgung auch von multimorbid erkrankten Patienten weiterhin möglich.

Hintergrund

Anlass für die Änderung der PTR war die neue Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses, die seit Oktober 2005 in Kraft ist und an die alle gültigen Richtlinien anzupassen sind. Allerdings stellte sich schon in der Vergangenheit bei Bewertungsverfahren gemäß der BUB-Richtlinie (Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) die Frage, in welcher Weise die Ergebnisse einer indikationsbezogenen Bewertung im Bereich der Psychotherapie in die Psychotherapie-Richtlinien Eingang finden könnten.

Kriterien der Zulassung neuer psychotherapeutischer Verfahren

Nach der alten Systematik der PTR konnten neben sozialrechtlich bereits anerkannten Verfahren neue psychotherapeutische Verfahren als Psychotherapie gemäß der Richtlinien in der vertragsärztlichen Versorgung nur dann zur Anwendung kommen, wenn vier Bedingungen (siehe B I 3.1 bis 3.4 der bislang gültigen PTR) erfüllt wurden:

1. Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung des Verfahrens durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP)
2. Nachweis der erfolgreichen Anwendung an Kranken überwiegend in der ambulanten Versorgung über mindestens 10 Jahre durch wissenschaftliche Überprüfung
3. Ausreichende Definition des Verfahrens und Abgrenzung von bereits angewandten und bewährten psychotherapeutischen Methoden, so dass seine Einführung eine Erweiterung oder Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung bedeutet (Zusatznutzen)
4. Nachweis von Weiterbildungseinrichtungen für Ärzte und Ausbildungsstätten für PP und KJP mit methodenbezogenem Curriculum in theoretischer und praktischer Krankenbehandlung

Zukünftig muss ein Verfahren zwei Voraussetzungen erfüllen:

B I 3.1: Feststellung durch den WBP, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt für die vertiefte Ausbildung angesehen werden kann.

B I 3.2: Für die Verfahren der Psychotherapie bei Erwachsenen der Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses für mindestens die in D 1.1 bis 1.3 genannten Anwendungsbereiche. Für Verfahren der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen der Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA für mindestens die in D 1.1, D 1.2 und D 1.9 genannten Anwendungsbereiche.

Damit ein psychotherapeutisches Verfahren vom G-BA geprüft wird, muss es also weiterhin vom WBP wissenschaftlich anerkannt und für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen sein. Die wesentliche Änderung bezieht sich auf den Nachweis des Nutzens, dessen Kriterien in der Neufassung (B I 3.2) präziser definiert werden. Scheidekriterium für die Zulassung eines psychotherapeutischen Verfahrens ist die Versorgungsrelevanz, definiert als Nachweis des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit bei den drei häufigsten psychischen Störungen.

Dabei unterscheidet das Kriterium B I 3.2 hinsichtlich der Zulassung neuer Verfah-

ren zwischen der Psychotherapie bei Erwachsenen und der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Implizit wird damit die Systematik des WBP aufgegriffen, der seine Empfehlungen für die vertiefte Ausbildung bereits in der Vergangenheit differenziert für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgesprochen hat. Für den Bereich der Psychotherapie bei Erwachsenen benennt die PTR als besonders versorgungsrelevante Erkrankungen die affektiven Störungen (D 1.1), die Angst- und Zwangsstörungen (D 1.2) und die somatoformen Störungen (D 1.3). Bei Kindern und Jugendlichen sind dies die affektiven Störungen und die Angst- und Zwangsstörungen sowie die große heterogene Gruppe der psychischen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter (D 1.9), also alle Störungen der Kategorie F9 des ICD-10 Kapitels V.

Im Vergleich zu dem ehemals geforderten „Nachweis der erfolgreichen Anwendung an Kranken überwiegend in der ambulanten Versorgung über mindestens 10 Jahre durch wissenschaftliche Überprüfung" wird nun präziser und transparenter definiert, welche Kriterien ein Verfahren für die Zulassung in die GKV-Versorgung erfüllen muss. Die alten Kriterien 3 und 4 entfallen künftig vollständig. Der Nachweis von Weiterbildungseinrichtungen für Ärzte und Ausbildungsstätten für PP und KJP wäre in der Regel nur schwer zu erfüllen, solange die Zulassung des Verfahrens zur GKV noch ungeklärt ist. Auch die Kriterien der Abgrenzung von anderen psychotherapeutischen Verfahren und des Zusatznutzens haben sich in der Vergangenheit als ausgesprochen problematisch erwiesen.

Unzureichende Definition der Versorgungsrelevanz

Das neue Scheidekriterium der psychotherapeutischen Versorgungsrelevanz psychischer Störungen wird jedoch ausschließlich über die bevölkerungsepidemiologischen Daten begründet. Dieses verkürzte Verständnis wurde bereits auf dem Symposium der BPtK am 3. April 2006 und in der Stellungnahme der BPtK kritisiert, denn weitere zentrale Dimensionen der Versorgungsrelevanz psychischer Störungen bleiben damit unberücksichtigt:

- die Schwere einer Erkrankung, das Chronifizierungsrisiko und die damit einhergehenden Funktionsbeeinträchtigungen,
- die gesundheitlichen und sozialen Folgen nicht behandelter Erkrankungen und die daraus resultierenden gesundheitsökonomischen Konsequenzen,
- der tatsächliche Behandlungsbedarf: Bei welchen psychischen Störungen wird Psychotherapie tatsächlich in Anspruch genommen bzw. würde sie bei adäquater Gestaltung der Versorgungsbedingungen in Anspruch genommen?
- Existenz wirksamer psychotherapeutischer Behandlungsansätze, die überhaupt erst die Versorgungsrelevanz im Sinne eines Behandlungsbedarfs begründen.

Die BPtK forderte daher, auch Suchterkrankungen als Anwendungsbereich mit besonders hoher Versorgungsrelevanz zu benennen. Auch sollte eine Engführung des Nutzennachweises auf nur drei Anwendungsbereiche vermieden werden. Die Entscheidungslogik zur Einführung des Scheidekriteriums „Versorgungsrelevanz" besagt, dass der Nachweis des Nutzens eines Verfahrens für den größten Teil der zu behandelnden Patienten (und deren psychische Erkrankungen) erbracht werden muss. Daher sollte ein fehlender Nutzennachweis bei einem der drei „versorgungsrelevanten" Anwendungsbereiche durch Nutzennachweise bei weiteren bedeutsamen Erkrankungen (z.B. Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen) kompensiert werden können.

In ihrer Stellungnahme legt die BPtK zudem dar, dass der Anwendungsbereich der „psychischen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend" viel zu heterogen gefasst ist. Wissenschaftlich ist unbestritten, dass in diesem Anwendungsbereich den externalisierenden Störungen (Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens) für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen größte Bedeutung zukommt. Bei der jetzigen Definition bleibt offen, ob für ein Verfahren zusätzlich der Nachweis des Nutzens auch bei den zwar häufigen, aber weit weniger versorgungsrelevanten Störungen wie Enuresis oder Ticstörungen oder seltenen Erkrankungen wie dem elektiven Mutismus erbracht werden muss.

Rechtliche Bedenken

Aus rechtlicher Perspektive ausgesprochen kritisch erscheint die Regelung für Verfahren, die nicht in allen drei besonders versorgungsrelevanten Anwendungsbereichen den Nachweis des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit erbringen können. Sie sollen (…) indikationsbezogen als Methode oder Technik Anwendung finden. Weiterhin kann eine Methode oder Technik nach vorangegangener Anerkennung durch den WBP und Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit indikationsbezogen Anwendung finden (B I 4).

Trotz bestehender verfassungsrechtlicher Bedenken kann das dazu führen, dass Verfahren, die bereits für die Ausbildung zum PP oder KJP als Vertiefungsgebiet zugelassenen sind, in der GKV-Versorgung nur als Methode (oder Technik) und nur bei den nachgewiesenen Indikationen zur Anwendung kommen können. Damit würde approbierten Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren die Zulassung zur GKV verwehrt bleiben, wenn sie nicht zusätzlich die Fachkunde in einem der Richtlinienverfahren nachweisen können. Dies wäre nicht nur ein Eingriff der Richtlinien in die Freiheit der Berufsausübung der Leistungserbringer, sondern letztlich in die Berufswahl von Psychotherapeuten.

Verfahrensunabhängige Zulassung psychotherapeutischer Methoden

Dagegen ist der zweite Satz in B I. 4 eine wichtige Neuerung für psychotherapeutische Methoden, die sich keinem der zugelassenen Psychotherapieverfahren zuordnen lassen. Bislang kannten die PTR ausschließlich Methoden, die einem der Richtlinienverfahren zugeordnet wurden.

Die neue Regelung ermöglicht beispielsweise, nach der vom WBP festgestellten

wissenschaftlichen Anerkennung der ambulanten Neuropsychologie für den Bereich der (hirn-) organisch bedingten psychischen Störungen auch deren sozialrechtliche Zulassung. In Übereinstimmung mit den Regelungen in der Musterweiterbildungsordnung könnten dann alle Vertragspsychotherapeuten unabhängig von ihrer Verfahrenszugehörigkeit diese Methode in der GKV anwenden, eine entsprechende Qualifikation in Klinischer Neuropsychologie vorausgesetzt.

Auch für eine psychotherapeutische Methode bleibt die Anerkennung durch den WBP jedoch die Grundvoraussetzung für eine Überprüfung durch den G-BA. Wenn diese Überprüfung den Nachweis des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Methode in einem oder mehreren Anwendungsbereichen erbringt, kann sie bei den entsprechenden Erkrankungen zu Lasten der GKV angewendet werden. Diese Regelung dürfte auch für die jüngst vom WBP positiv begutachteten Methoden Hypnotherapie, Interpersonelle Psychotherapie und EMDR bedeutsam werden. Somit könnte insgesamt ein schnellerer Transfer von wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Methoden in die Versorgung ermöglicht werden.

Definition der Anwendungsbereiche

Im Kern handelt es sich bei der vorgenommenen Neudefinition der Anwendungsbereiche um eine Übersetzung der Anwendungsbereiche der Psychotherapie in die Sprache und Klassifikationssystematik des ICD-10.

Neu ist dabei die Aufnahme der Persönlichkeitsstörungen unter den Anwendungsbereichen der Psychotherapie im kurativen Sinne. Andere bedeutsame psychische Störungen wie die Suchterkrankungen oder die psychotischen Erkrankungen können weiterhin lediglich im Rahmen der medizinischen Rehabilitation psychotherapeutisch behandelt werden. Dem wissenschaftlichen Kenntnisstand, dass Psychotherapie auch im Sinne der Kuration bei diesen Störungen wirksam ist, wurde damit nicht Rechnung getragen. Allerdings wurde hier von Seiten des G-BA Handlungsbedarf eingeräumt und angekündigt, sich dieses Themas in nächster Zeit erneut anzunehmen.

Bundesministerium für Gesundheit beanstandet Richtlinienänderung

Aktuelle Informationen und Dokumente zum Download hierzu finden sich auf der Homepage der BPtK (www.bptk.de).

BPtK-Newsletter

Nachrichten und Mitteilungen jetzt auch als Download auf der BPtK-Homepage

Die BPtK gibt viermal im Jahr einen Newsletter heraus mit Berichten und Kommentaren zu aktuellen gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Entwicklungen, Entscheidungen und Aktivitäten auf der Bundesebene.

Adressaten des BPtK-Newsletters sind neben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten insbesondere auch Leserinnen und Leser in Politik, Medien, Verbänden und Verwaltungen.

Mit der Ausgabe 3/2006 ist der BPtK-Newsletter nun auch als Download-Version auf der Homepage der BPtK (www.bptk.de) verfügbar.

BPtK Newsletter 3/2006

Themen)*

- 109. Deutschen Ärztetag: Standespolitik vor Patienteninteressen
- Vertragsarztrechtsänderungsgesetz: Stand des Gesetzgebungsverfahrens und Stellungnahme der BPtK
- KBV-Vertreterversammlung: Stärkere eigenständige Verfolgung der Interessen von Fach- und Hausärzten – Konsequenzen für Psychotherapeuten
- Private Krankenversicherung: Das Angebot psychotherapeutischer Leistungen in den PKVen
- EU-Grünbuch: Gemeinsame Stellungnahme von BPtK und Bundesärztekammer zum Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern"
- Nichtraucherschutzgesetz: Schutz vor Zigarettenqualm gilt auch für Raucher – Hilfen bei starker Abhängigkeit
- Neue Studienabschlüsse und Zugang zur Psychotherapieausbildung: Noch keine eindeutigen Regelungen
- Geplante Änderungen bei Maßregelvollzug und Führungsaufsicht: BPtK nimmt Stellung
- Psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall: Empfehlungen der BPtK zu Fortbildungs- und Schulungsinhalten

BPtK-Focus

- Gesundheitsreform 2006: Kommentierung der Eckpunkte

BPtK-Inside

- QS/QM-Workshop: Kammern und Verbände diskutierten Risiken und Chancen von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis

*) Aufgrund aktueller Ereignisse kann es geringfügige Änderungen geben

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG

Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie verabschiedete in der Sitzung vom 6. Juli 2006 das folgende Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung:

1. Grundlagen der Begutachtung

Das Gutachten stützt sich auf folgende Unterlagen:

a) Ein Gutachtenantrag, der durch die EMDRIA Deutschland e.V. (Fachgesellschaft für EMDR in Deutschland) im Januar 2005 eingereicht wurde,

b) ergänzt durch insgesamt 21 Originalstudien zur EMDR bei Erwachsenen, die als kontrolliert und randomisiert bezeichnet werden, zwei kontrollierte nicht randomisierte Originalstudien und drei unkontrollierte Originalstudien. Der Antrag wurde ergänzt durch vier Meta-Analysen zur Wirkung von EMDR bei Erwachsenen, von denen zwei in Zeitschriften mit Peer-Review-Verfahren veröffentlicht sind. Ferner wurden vier kontrollierte und randomisierte sowie drei weitere Studien zur Anwendung der EMDR-Methode bei Kindern und Jugendlichen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung eingereicht.

2. Gutachtenauftrag / Fragestellung

Gemäß dem Gutachtenantrag wird von der Fachgesellschaft EMDRIA-Deutschland e.V. in Zusammenarbeit mit der Sektion für Psychotraumatologie der Universität Heidelberg der Antrag gestellt, die EMDR-Methode als wissenschaftlich begründetes Verfahren anzuerkennen. Der Antrag ist begrenzt auf die Anwendung der EMDR-Methode bei Patienten mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD10: F43.1; DSM-IV: 309.81).

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG hat mit Beschluss vom 15.09.2003 festgelegt, dass er für die Entscheidung, ob ein Verfahren oder eine Methode die Kriterien für eine wissenschaftliche Anerkennung erfüllt, die Wirksamkeitsnachweise für definierte Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen bzw. bei Kindern und Jugendlichen prüft. Der Wirksamkeitsnachweis für einen Anwendungsbereich kann danach in der Regel dann als gegeben gelten, wenn in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien die Wirksamkeit bei Störungen aus diesem Bereich nachgewiesen ist und mindestens eine Studie eine Katamneseuntersuchung mindestens sechs Monate nach Therapieabschluss einschließt, die den Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachweist.

Die üblicherweise in einem zweiten Schritt vorgenommene Prüfung, ob eine Empfehlung zur Zulassung als Verfahren zur vertieften Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Absatz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten ausgesprochen werden kann, entfällt im Falle des hier begutachteten Antrages, da die wissenschaftliche Anerkennung nur für einen Anwendungsbereich der Psychotherapie bei Erwachsenen sowie einen Anwendungsbereich der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Posttraumatische Belastungsstörung) gestellt wurde.

3. Definition

Gemäß dem Gutachtenantrag ist EMDR eine psychotherapeutische Methode, bei der durch bilaterale Stimulation die Verarbeitung traumatisch erlebter Erfahrungen ermöglicht wird. EMDR folgt einem achtphasigen Behandlungskonzept, dessen Kernstück ein Prozess ist, bei dem der Patient sich auf bestimmte Anteile seiner traumatischen Erinnerung konzentriert und gleichzeitig den Fingerbewegungen des Therapeuten folgend die Augen bewegt. Der Verarbeitungsprozess kann auch durch andere Formen der „bilateralen Stimulation" mit dem rhythmischen Berühren beider Hände oder durch wechselseitige Beschallung beider Ohren induziert werden. Es wird davon ausgegangen, dass dadurch ein „meist mit einer zügigen Entlastung verbundener assoziativer Verarbeitungsprozess ausgelöst" wird, in dem durch spontane Verbindungen von Erinnerungsbruchstücken aus dem traumatisierenden Ereignis mit Elementen aus dem biografischen Gedächtnis („Kontextualisierung") oder einfaches Verblassen der traumatischen Erinnerung für viele Patienten eine affektive Entlastung spürbar wird.

4. Von den Antragstellern benannte Indikationsbereiche

Die primäre Indikation für die Anwendung der EMDR ist die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Einzelsetting. Als Kontraindikationen gelten laut Antragsteller „akute Psychosen sowie komorbide schwere dissoziative Symptome und komorbide schwere Persönlichkeitsstörungen". Darüber hinaus werden im Gutachtenantrag folgende weitere relative Kontraindikationen genannt: „fehlende soziale Sicherheit, insbesondere anhaltende Traumaeinwirkung oder anhaltender Täterkontakt; unzureichende Stabilität im körperlichen, sozialen und psychischen Bereich; akute körperliche Erkrankungen; akute psychiatrische Störungen; dekompensierte Angsterkrankung; schwere Depressionen mit akuter Suizidalität: aktiver Substanzmissbrauch".

5. Theorie

Die Theorie der EMDR stützt sich laut Antrag auf ätiologische Modelle der Entstehung posttraumatischer Symptome, die eine gestörte Informationsverarbeitung infolge traumatischer Ereignisse annehmen. Die Ätiologiemodelle gehen davon

aus, dass traumatische Ereignisse mit dem Erleben extremer Hilflosigkeit und Ohnmacht einhergehen, die daraus resultierende Belastung führt zu einer Überforderung der psychischen Bewältigungs- und Verarbeitungsmechanismen. Die Modelle nehmen ferner an, dass Erinnerungen eine traumatische Qualität erreichen, wenn ihre Integration in das semantische Gedächtnis fehlschlägt. Daraus folgen separat registrierte, sensorische Elemente der Erfahrung, die unabhängig von dem Kontext, dem sie angehören, aktiviert werden können.

Modelle zur Wirksamkeit der EMDR-Methode stützen sich auf drei unterschiedliche Konzepte: zum einen wird vermutet, dass die EMDR-Behandlung zur einer Dekonditionierung wirksamer Auslösereize beiträgt durch wiederholte imaginäre Exposition mit der belastenden Erinnerung, die im Rahmen der EMDR-Behandlung wiederholt und kontrolliert erfolgt. Des Weiteren werden in der Behandlung dysfunktionale Kognitionen bearbeitet. Durch Entspannungsinduktion über die bilaterale Stimulierung – so die Theorie – soll es zu einer beschleunigten Dekonditionierung kommen. Hypothesen zur Wirksamkeit der EMDR-Methode stützen sich in diesem Kontext auf psychophysiologische Befunde zur Orientierungsreaktion bei der Konfrontation mit neuen Reizen. Die für die EMDR-Methode spezifische bilaterale Stimulation soll zu einer länger ausgeprägten Orientierungsreaktion, gekoppelt mit einer parasympathischen Stimulierung, führen, wodurch der aversive Reiz der traumatischen Erinnerung dann an einen nicht-aggressiven Entspannungsreiz gekoppelt würde. Ein drittes Modell geht davon aus, dass durch repetitive parasympathische Stimulation eine Beschleunigung der Informationsverarbeitung erfolgt. Die wiederholten sakkadischen Augenbewegungen im Zusammenhang mit der EMDR-Behandlung sollen zu einer Vagusstimulierung führen, die durch einen reziproken Mechanismus einen Verarbeitungsmodus anstößt, der dem REM-Schlaf ähnlich ist.

6. Diagnostik

Neben einer sorgfältigen allgemeinen Diagnostik, die in der Psychotherapie generell üblich ist (biografische Anamnese, Sozialanamnese, aktueller psychopathologischer Befund, allgemeinmedizinisch-neurologische Untersuchung) halten die Antragsteller eine Diagnostik der Art der Traumatisierung und deren Bewältigung bzw. Konsequenzen, die Diagnostik von Komorbiditäten sowie eine störungsspezifische Diagnostik für notwendig, die eine reliable und valide Diagnose einer PTBS oder eines Teilsyndroms der PTBS zum Inhalt hat. Als Hauptgegenstände einer Prozessdiagnostik werden folgende Aspekte genannt: Sicherheit in körperlicher und sozialer Hinsicht, psychische Stabilität, Stabilität des Arbeitsbündnisses, Ausprägung von Übertragungsmanifestationen (unbeabsichtigtes Wiederholen dysfunktionaler Beziehungsmuster), Tendenz/Neigung, intrapersonale Konflikte bevorzugt handelnd zu lösen. Als besonders bedeutsam für eine EMDR-Behandlung wird die kontinuierliche Prüfung der Stabilität und äußeren Sicherheit des Patienten postuliert.

7. Wirksamkeitsnachweise bei Erwachsenen

Von insgesamt 21 unabhängigen randomisiert-kontrollierten Studien, die sich auf den Anwendungsbereich (Belastungsstörungen, F43) beziehen, können 13 nicht anerkannt werden, da entweder keine Effekte nachweisbar waren, keine Randomisierung durchgeführt worden war oder andere Einschränkungen der methodischen Studienqualität festzustellen waren (zu kleine Stichproben, keine echte Kontrollgruppe, keine standardisierten Instrumente, Patienten weisen keine PTBS auf)[1]. Fünf nicht-randomisierte Vergleichsstudien sowie drei nicht-kontrollierte Studien können aus diesen Gründen ebenfalls nicht anerkannt werden.

Die Wirksamkeit der EMDR-Methode bei Patienten mit PTBS – in einigen Studien allerdings vergleichbar mit den Effekten einer Expositionsbehandlung – belegen acht Studien (Nr. 5, 6, 9, 10, 11, 13, 18, 19). Da mindestens eine Studie vorliegt (Nr. 19), in der eine Katamnese von mindestens sechs Monaten durchgeführt und die Stabilität der Effekte belegt wurde, sind die vom Wissenschaftlichen Beirat festgelegten Kriterien für die Anerkennung in dem **Anwendungsbereich 3 (Belastungsstörungen, F 43)** erfüllt. Es ist allerdings anzumerken, dass der wissenschaftliche Nachweis für die Wirksamkeit der für die EMDR spezifischen Techniken (insbesondere der bilateralen Stimulation) bisher nicht eindeutig erbracht ist. Die beiden in wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlichten Meta-Analysen (Nr. 33, 35) kommen eher zu dem Schluss, dass die EMDR-Methode im Vergleich zu Kontrollbedingungen und Behandlungen ohne Traumaexposition wirksam ist, dass aber kein systematischer Unterschied zu Expositionsbehandlungen nachgewiesen werden konnte.

8. Wirksamkeitsnachweise bei Kindern und Jugendlichen

Von den insgesamt sieben eingereichten Studien zur Wirksamkeit der EMDR-Methode bei Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt nur eine Studie (Nr. 28) das methodische Mindestkriterium einer Vergleichsgruppe. Die Aussagekraft dieser Studie ist durch eine geringe Stichprobengröße eingeschränkt. Unter methodischen Gesichtspunkten ist bei dieser Studie ferner problematisch, dass der klinische Status der Patientinnen als Folge sexuellen Missbrauchs zwar wahrscheinlich ist, jedoch keine differenzierte Diagnostik durchgeführt worden war. In dieser Untersuchung an 14 iranischen Mädchen erwies sich die EMDR-Methode gegenüber der „cognitive-behavioral therapy" (CBT) als vergleichbar wirksam. Eine weitere Studie (Nr. 29) mit Vergleichsgruppe ist bislang nur als Poster auf einem Kongress publiziert worden und kann mangels detaillierter Angaben nicht als Wirksamkeitsnachweis gewertet werden. Es liegen keine Katamnese-Untersuchungen vor, die den Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachweisen. Insgesamt kann daher die wissenschaftliche Anerkennung der EMDR-Methode bei Kindern und Jugendlichen für diesen Anwendungsbereich nicht festgestellt werden.

1 Eine Übersicht zu den eingereichten Studien zur EMDR bei Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen sowie deren Bewertung findet sich auf der Homepage des WBP (http://www.wbpsychotherapie.de)

9. Anwendung in der Praxis
Die EMDR-Methode hat sich in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum verbreitet und wird sowohl in ambulanten als auch stationären Einrichtungen mit einer Spezialisierung für die Behandlung von Traumaopfern – eingebettet in einen verfahrensspezifischen Behandlungsplan – angewandt.

10. Aus- und Weiterbildung
Zur EMDR existieren in Deutschland Ausbildungsinstitute und Ausbildungscurricula. Zum Erlernen und zur eigenverantwortlichen Anwendung der EMDR-Methode ist eine abgeschlossene, staatlich anerkannte Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. zum Psychologischen Psychotherapeuten, zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder eine abgeschlossene ärztliche psychotherapeutische Weiterbildung unbedingte Voraussetzung.

11. Zusammenfassende Stellungnahme
Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie stellt zusammenfassend fest, dass die EMDR-Methode bei Erwachsenen als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung als wissenschaftlich anerkannt gelten kann.

Die EMDR-Methode kann nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten empfohlen werden, da sie nicht für die geforderte Mindestzahl von fünf der 12 Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie bzw. für mindestens vier der acht klassischen Anwendungsbereiche als wissenschaftlich anerkannt gelten kann.

Für die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter liegen zwar aus einer anerkannten Studie begründete Hinweise für die Wirksamkeit der EMDR-Methode vor. Insgesamt ist jedoch die Anzahl der Studien für eine wissenschaftliche Anerkennung der EMDR-Methode bei Kindern und Jugendlichen für den Bereich der posttraumatischen Belastungsstörungen nicht ausreichend. Bei Kindern und Jugendlichen kann für keinen Anwendungsbereich der Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung der EMDR-Methode festgestellt werden.

Die EMDR-Methode kann nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen werden, da sie nicht für die geforderte Mindestzahl von vier der acht Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie bzw. für mindestens drei der fünf klassischen Anwendungsbereiche als wissenschaftlich anerkannt gelten kann.

Berlin, den 6. Juli 2006

Prof. Dr. Gerd Rudolf
(Vorsitzender)
Prof. Dr. Dietmar Schulte
(Stellvertretender Vorsitzender)

Korrespondenzadressen:
Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
(Geschäftsführung des WBP der zweiten Amtsperiode)
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG

Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Interpersonellen Psychotherapie (IPT)

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie verabschiedete in der Sitzung vom 6. Juli 2006 das folgende Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Interpersonellen Psychotherapie (IPT):

1. Grundlagen der Begutachtung
Das Gutachten stützt sich auf folgende Unterlagen:

a) Ein Gutachtenantrag, der im April 2005 von Prof. Dr. Mathias Berger und Dr. Elisabeth Schramm, Universitätsklinikum Freiburg, vorgelegt wurde,
b) 47 eingereichte Publikationen sowie zwei Vortragsabstracts.

2. Gutachtenauftrag/Fragestellung
Es soll geprüft werden, ob die Interpersonelle Psychotherapie die Kriterien für die wissenschaftliche Anerkennung erfüllt und wenn ja, für welche Anwendungsbereiche.

Hierzu überprüft der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) die Wirksamkeitsnachweise getrennt für jeden der zwölf vom WBP definierten Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen (Deutsches Ärzteblatt 2000, 97, Heft 1 – 2, A-59 unter Berücksichtigung der Änderung vom 16.09.2002, Deutsches Ärzteblatt 2002, Heft 46, A-3132, PP-572) bzw. der acht definierten Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Deutsches Ärzteblatt 2000, Heft 33, A-2190). Der Wirksamkeitsnachweis für einen Anwendungsbereich kann in der Regel dann als gegeben gelten, wenn in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien die Wirksamkeit bei Störungen aus diesem Bereich nachgewiesen ist und mindestens eine Studie zu einem der Anwendungsbereiche eine Katamnese-Untersuchung einschließt, mit der ein Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach

Therapieende nachgewiesen wird (Kriterium für die Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung in einem Anwendungsbereich gemäß Beschluss des WBP vom 15.09.2003).

In einem zweiten Schritt prüft der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie zum einen, ob eine Empfehlung zur Zulassung als Verfahren zur vertieften Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten ausgesprochen werden kann. Diese Empfehlung kann gemäß den Kriterien des WBP nur für solche Therapieverfahren ausgesprochen werden, welche die Kriterien der wissenschaftlichen Anerkennung für mindestens fünf Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen (1 bis 12 der Anwendungsbereichsliste) oder mindestens vier der „klassischen" Anwendungsbereiche (1 bis 8) erfüllen.

Zum anderen prüft der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie, ob eine Empfehlung zur Zulassung als Verfahren zur vertieften Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgesprochen werden kann. Diese Empfehlung kann gemäß den Kriterien des WBP nur für solche Therapieverfahren ausgesprochen werden, welche die Kriterien der wissenschaftlichen Anerkennung für mindestens vier Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (1 bis 8 der Anwendungsbereichsliste) oder mindestens drei der „klassischen" Anwendungsbereiche (1 bis 5) erfüllen.

3. Definition

Die Interpersonelle Psychotherapie ist eine Kurzzeittherapie, die ursprünglich für die Akutbehandlung der unipolaren Majoren Depression entwickelt wurde. Die Therapie fokussiert primär auf interpersonelle und im psychosozialen Kontext aktuell bedeutsame Themen der Patienten. Das Verfahren wird keinem anderen Psychotherapieverfahren zugeordnet und setzt vor allem interpersonell relevante Techniken ein, wozu z. B. Rollenspiele, Klärung von Kommunikationsverhalten, Gefühlsaktualisierung in Interaktionen und klärungsorientierte Explorationen gehören. Als spezifisch für die Interpersonelle Psychotherapie wird erachtet, dass diese Strategien insbesondere für die psychotherapeutische Bearbeitung der als bedeutsam diagnostizierten Foki der Patienten eingesetzt werden.

4. Von den Antragstellern benannte Indikationsbereiche

Die Antragsteller formulieren als Indikationsbereiche:

a) Affektive, insbesondere depressive Störungen bei Erwachsenen und älteren Jugendlichen
b) Anpassungsstörungen
c) Bulimia nervosa und Essattacken bei anderen psychischen Störungen (Binge Eating Disorder)

Die Interpersonelle Psychotherapie wird als Einzel- und Gruppentherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen durchgeführt. Als Kontraindikationen der Interpersonellen Psychotherapie werden psychotische Störungen, manische Symptomatik, Drogenmissbrauch und (unter dem Vorbehalt der Ergebnisse einer aktuellen Überprüfung) das Vorliegen einer Borderline- oder einer antisozialen Persönlichkeitsstörung angegeben.

5. Theorie

Im Verständnis der Interpersonellen Psychotherapie werden psychische Störungen vor allem als misslungene Versuche betrachtet, sich an belastende Umweltbedingungen (z. B. Verlust von Bezugspersonen) anzupassen, wobei das psychosoziale und interpersonelle Umfeld der jeweiligen Personen eine zentrale Rolle spielt. Unter Berücksichtigung von Erkenntnissen aus der Entwicklungspsychologie, Neuropsychologie und der Verhaltensbiologie werden das Grundbedürfnis nach engen persönlichen Bindungen und die damit verbundenen Emotionen als besonders bedeutsam erachtet. Insgesamt liegt der Interpersonellen Psychotherapie jedoch kein eigenes umfassendes Theoriegebäude der Ätiologie, Pathogenese und Behandlung von psychischen Störungen zugrunde.

In Hinblick auf depressive Störungen wird von einer multifaktoriellen Kausalität ausgegangen: Biologische und psychologische Vulnerabilität, Persönlichkeitsmerkmale und akute Auslöser, v. a. erlebte Verluste, tragen zur Entwicklung von Depressionen bei. Für die Auslösung und die Aufrechterhaltung der Depression sind insbesondere aktuelle psychosoziale und interpersonelle Faktoren von Bedeutung. Depressionen können zudem ihrerseits zur Auslösung und/oder Aufrechterhaltung interpersoneller Probleme führen. Das Verstehen und das therapeutische Bearbeiten dieses Kontextes werden als entscheidend sowohl für die Remission der Depression als auch für die Prävention eines Rückfalls erachtet.

6. Diagnostik

In der vorliegenden Dokumentation werden bekannte, psychometrisch gut evaluierte und anerkannte diagnostische Verfahren zur kategorialen und dimensionalen Beurteilung von affektiven und anderen psychischen Störungen und der dazugehörigen Symptomatik genannt. Ein für die Interpersonelle Psychotherapie spezifisches diagnostisches Vorgehen wird nicht aufgeführt.

7. Wirksamkeitsnachweise bei Erwachsenen

Zum **Anwendungsbereich 1 (Affektive Störungen, F3)** wurden 29 Publikationen (Nr. 1 – 29) vorgelegt[2]. Vier Studien untersuchen die Wirksamkeit von IPSRT (Interpersonal and Social Rhythm Therapy), einer Variante der Interpersonellen Psychotherapie für Bipolare Störungen. Zwei dieser vier randomisiert-kontrollierten Studien wurden nicht gruppenvergleichend ausgewertet und können daher nicht beurteilt werden. Zwei Studien (Nr. 1 und Nr. 46) werden als Beleg für die Wirksamkeit anerkannt, wobei aufgrund des Untersuchungsdesigns die Wirksamkeit von IPSRT nur in Kombination mit psychopharmakologischer Behandlung nachgewiesen wird.

2 Eine Übersicht zu den eingereichten Publikationen zur IPT bei Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen sowie deren Bewertung findet sich auf der Homepage des WBP (http://www.wbpsychotherapie.de)

Von 18 eingereichten Publikationen zur Untersuchung der Wirksamkeit der Interpersonellen Psychotherapie bei depressiven Episoden bei Erwachsenen (Nr. 4 – 19, 45, 48) können vier nicht anerkannt werden, da es sich hierbei nicht um RCT-Studien handelt (Nr. 6, 10, 19) bzw. diese nicht vorliegen (Nr. 15). Zwei der Untersuchungen wurden mit Frauen nach einer Entbindung (Nr. 14, 18) durchgeführt. Je drei Paare von Publikationen (Nr. 5 und 13, Nr. 16 und 17 sowie Nr. 4 und 45) wurden jeweils an gleichen Stichproben durchgeführt. Zusammenfassend können zehn Studien als Wirksamkeitsbelege für die Interpersonelle Psychotherapie in diesem Anwendungsbereich anerkannt werden. In einer Studie (Nr. 48) ist die IPT im Vergleich zu Kontrollbedingungen nicht überlegen. Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass die Interpersonelle Psychotherapie bei der Behandlung von Erwachsenen mit einer depressiven Episode meist gleich gut wie eine pharmakologische und/oder kognitiv-verhaltens-therapeutische Behandlung ist.

Für die Behandlung rezidivierender depressiver Störungen können die Befunde von zwei unabhängigen Studien in vier Publikationen (Nr. 22, 23 und 24, 25) als Wirksamkeitsnachweise gewertet werden. Es wurde die Wirksamkeit von Varianten der Interpersonellen Psychotherapie im Sinne von Erhaltungstherapien jeweils in Kombination mit pharmakologischer Behandlung nachgewiesen.

Die vorgelegten fünf Untersuchungen für anhaltende affektive Störungen stellen keine Belege für die Wirksamkeit der Interpersonellen Psychotherapie dar, da (a) unklar ist, ob tatsächlich die Interpersonelle Psychotherapie als Behandlungsverfahren eingesetzt wurde (Nr. 26), (b) für IPT allein im Vergleich zu Pharmakotherapie allein und einer Kombinationsbehandlung ein ungünstigeres Ergebnis vorliegt (Nr. 27, 47), (c) lediglich eine Überblicksarbeit mit Fallvignette darstellt wird (Nr. 28) und (d) bei sehr kleiner Stichprobe eine signifikante Überlegenheit der Kombinationsbehandlung mit Interpersoneller Psychotherapie nicht gezeigt werden konnte (Nr. 29).

Zum **Anwendungsbereich 2 (Angststörungen, F 40 – F 42)** wurden eine Studie (Nr. 30) sowie zwei Vortragsabstracts eingereicht. Die Studie (Nr. 30) kann aus methodischen Gründen nicht als Wirksamkeitsbeleg anerkannt werden, da sie weder die Bedingungen eines RCT-Designs noch einer parallelisierten Kontrollgruppe erfüllt. Die beiden Vortrags-abstracts können nicht als Wirksamkeitsnachweise anerkannt werden, da sie keine ausreichenden Informationen zur Beurteilung der Studien enthalten (Nr. 31, 32).

Anwendungsbereich 3 (Belastungsstörungen, F 43). Die vorgelegte Studie (Nr. 33) zu Anpassungsstörungen kann v. a. deshalb nicht als Wirksamkeitsbeleg anerkannt werden, weil in dieser Studie nicht ausschließlich Personen mit krankheitswertigen Störungen behandelt wurden. In einer Studie zur Behandlung von Patienten mit komplizierter Trauer ist die IPT einem spezifischen Treatment (Complicated grief treatment) unterlegen (Nr. 49).

Für den Anwendungsbereich 5 (Essstörungen, F50) wurden vier Publikationen (Nr. 34 – 37) zur Wirksamkeit der Interpersonellen Psychotherapie bei Bulimia nervosa eingereicht, wobei drei davon sich auf nahezu die gleiche Stichprobe beziehen. Zwei der Publikationen weisen darauf hin, dass die Interpersonelle Psychotherapie der Vergleichsbedingung unterlegen ist. In zwei der Publikationen (Nr. 36 und Nr. 37, die aufgrund der Überschneidung der Untersuchungsstichproben nicht unabhängig voneinander sind) ist die Interpersonelle Psychotherapie gleich erfolgreich wie eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung.

Zwei weitere Studien (Nr. 38 und Nr. 39) liegen zur Behandlung von Essattacken bei anderen psychischen Störungen (Binge Eating Disorder) vor. Beide Studien zeigen bei ausreichender statistischer Power gleich gute Ergebnisse wie kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungen; eine Studie (Nr. 38) weist zusätzlich die Überlegenheit der Interpersonellen Psychotherapie gegenüber einer nicht behandelten Kontrollgruppe nach. Damit erfüllen für diesen Anwendungsbereich drei Studien die Kriterien als Wirksamkeitsbelege.

Für den **Anwendungsbereich 6 (Persönlichkeitsstörungen)** wurde eine Studie (Nr. 40) zur Behandlung von Personen mit Emotional instabiler Persönlichkeitsstörung – Borderline Typus eingereicht, die jedoch keine Wirksamkeitsstudie darstellt.

Follow-up Studien und Metaanalysen. Insgesamt liegen je zwei Follow-up-Studien für die Behandlung von depressiven Episoden (Nr. 13, 17) bzw. rezidivierenden depressiven Störungen (Nr. 22, 25), eine Follow-up-Studie für die Behandlung der Bipolar I-Störung sowie eine Follow-up-Studie für die Behandlung von Patienten mit Bulimia nervosa (Nr. 36 und 37) vor, die die Wirksamkeit der Interpersonellen Psychotherapie mindestens sechs Monte nach Ende der Behandlung nachweisen. Die Antragsteller präsentieren weiterhin vier Überblicksarbeiten. Nur eine davon (Nr. 42) ist eine systematische Metaanalyse von 13 Studien, mit der die Wirksamkeit der Interpersonellen Psychotherapie im Vergleich zu Kontrollbedingungen zusammenfassend dokumentiert wird.

8. Wirksamkeitsnachweise bei Kindern und Jugendlichen

Die beiden eingereichten Studien zu den Anwendungsbereichen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beziehen sich auf den **Anwendungsbereich 1 – Affektive Störungen (F 30 – F 39) und Belastungsstörungen (F 43)**. Beide kontrollierten Studien (Nr. 20, 21) untersuchen die Wirksamkeit der Interpersonellen Psychotherapie bei Jugendlichen mit einer depressiven Störung und werden als Wirksamkeitsbelege eingestuft.

9. Anwendung der Methode in der Praxis

Interpersonelle Psychotherapie wird im deutschsprachigen Raum gegenwärtig in einigen stationär-psychiatrischen Einrichtungen, insbesondere bei der Behandlung von Patienten mit affektiven Störungen, eingesetzt.

10. Aus- und Weiterbildung

Es liegen Behandlungsmanuale zur Interpersonellen Psychotherapie vor. Zum Erlernen und zur eigenverantwortlichen Ausübung der Interpersonellen Psycho-

therapie ist eine abgeschlossene, staatlich anerkannte Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. zum Psychologischen Psychotherapeuten, zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder eine abgeschlossene ärztliche psychotherapeutische Weiterbildung unbedingte Voraussetzung.

Die Ausbildung in Interpersoneller Psychotherapie umfasst nach Angaben der Antragsteller theoretische Seminare im Umfang von mindestens 40 Stunden sowie Behandlung mit Interpersoneller Psychotherapie von mindestens zwei Patienten unter intensiver Supervision. Insgesamt werden als Zeitrahmen für die Qualifikation in Interpersoneller Psychotherapie bei bereits ausgebildeten Psychotherapeuten sechs bis zwölf Monate veranschlagt.

11. Zusammenfassende Stellungnahme

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie stellt zusammenfassend fest, dass die Interpersonelle Psychotherapie bei Erwachsenen für Behandlungen in folgenden Anwendungsbereichen als wissenschaftlich anerkannt gelten kann: Affektive Störungen und Essstörungen. Für den Anwendungsbereich der Essstörungen liegen Wirksamkeitsnachweise für die Behandlung der Bulimia nervosa sowie der Binge Eating Disorder vor.

Die Interpersonelle Psychotherapie kann nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten empfohlen werden, da sie nicht für die geforderte Mindestzahl von fünf der 12 Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie bzw. für mindestens vier der acht klassischen Anwendungsbereiche als wissenschaftlich anerkannt gelten kann.

Für den Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie liegen zwar aus zwei anerkannten Studien begründete Hinweise für die Wirksamkeit der Interpersonellen Psychotherapie bei Jugendlichen mit einer depressiven Störung vor. Insgesamt ist jedoch die Anzahl der Studien für eine wissenschaftliche Anerkennung der Interpersonellen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen für den Anwendungsbereich der affektiven Störungen nicht ausreichend. Bei Kindern und Jugendlichen kann für keinen Anwendungsbereich der Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung der Interpersonellen Psychotherapie festgestellt werden.

Die Interpersonelle Psychotherapie kann nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen werden, da sie nicht für die geforderte Mindestzahl von vier der acht Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie bzw. für mindestens drei der fünf klassischen Anwendungsbereiche als wissenschaftlich anerkannt gelten kann.

Berlin, den 6. Juli 2006

Prof. Dr. Gerd Rudolf
(Vorsitzender)
Prof. Dr. Dietmar Schulte
(Stellvertretender Vorsitzender)

Korrespondenzadressen:
Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
(Geschäftsführung des WBP der zweiten Amtsperiode)
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Winnicott Institut Hannover

An Institut der Evangelischen Fachhochschule Hannover
sucht zum baldmöglichsten Termin eine/n

Psychologin/en

mit Approbation in analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zur Mitarbeit in der Ambulanz und in der Lehre.

Es handelt sich um eine ganze Stelle, die Bezahlung erfolgt nach AvR.
Weitere Informationen unter Telefon: 0511/800 497-13, Dr. Michael Kögler.
Bewerbungen an **Winnicott Institut**, Geibelstr. 104, 30173 Hannover.

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG

Im Mittelteil dieser Ausgabe sind für die Mitglieder in Baden-Württemberg die folgenden, am 1. Juli 2006 verabschiedeten Satzungen der Landespsychotherapeutenkammer eingeheftet: Satzung zur Änderung der Hauptsatzung, Satzung zur Änderung der Wahlordnung, Neufassung der Fortbildungsordnung (FBO), Satzung zur Änderung der Gebührenordnung (GebO), Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung für die Vertreterversammlung, Neufassung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung (ERKO) und Neufassung der Geschäftsordnung des Vorstandes und der Ausschüsse.

WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

beim Erscheinen dieses PTJ liegt die Fußball-Weltmeisterschaft schon länger zurück und Sie hatten hoffentlich einen angenehmen und erholsamen Sommerurlaub.

Wir möchten an dieser Stelle zunächst den Kolleginnen und Kollegen danken, die auf unsere Anfrage zur Teilnahme an der psychotherapeutischen Notfallversorgung im Rahmen der Fußball-Weltmeisterschaft ihre Bereitschaft erklärt haben, ehrenamtlich an der Erstversorgung teilzunehmen. Auch den Kolleginnen und Kollegen, die für die psychotherapeutische Erstversorgung am Praxisort Therapieplätze bereit hielten, möchten wir auf diesem Wege nochmals danken. Wir sind alle froh, dass wir Ihre Hilfe nicht in Anspruch nehmen und Sie zu einem Einsatz rufen mussten und die WM in einer friedlichen und fröhlichen Atmosphäre ohne große Zwischenfälle ablief.

Die Novellierung des Heilberufe-Kammergesetzes – wir berichteten im letzten PTJ – war Anlass, einige Änderungen an Kammersatzungen vorzubereiten und diese der Vertreterversammlung vorzulegen. Vereinfachungen des Verfahrens zur Akkreditierung und Anerkennung von Fortbildungen wurden ebenfalls beschlossen.

Um die Kammerarbeit nach der Phase des Kammeraufbaus und der wichtigen Phase der Etablierung der Regelungen und Satzungen effektiv und mitgliederorientiert weiter zu gestalten, hat der Vorstand beschlossen, eine Organisationsberatung durch einen im Bereich der Kammern erfahrenen Beratungsdienstleister wahrzunehmen.

Der künftig zweistufige Hochschulabschluss mit dem Bachelor nach sechs und dem Master nach weiteren vier Semestern hat uns weiter beschäftigt, da die Forderung der Kammer, dass künftig der Masterabschluss Voraussetzung für beide Ausbildungen zum PP und KJP sein soll, vom Bundesgesundheitsministerium nicht unterstützt und eine klärende Gesetzesänderung abgelehnt wird. Das BMG äußerte die Meinung, dass für die KJP-Ausbildung künftig ein Bachelor-Abschluss ausreichend sein könne. Wir sehen die große Gefahr, dass hierdurch sowohl fachlich als auch in der Vergütung Unterschiede entstehen können, die die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abwerten. Dem werden wir weiterhin mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln entgegen wirken und den Master-Abschluss als Voraussetzung für beide Ausbildungen fordern.

Zum Versorgungswerk können wir in Ergänzung zu unserem Bericht im letzten PTJ nur mitteilen, dass uns von Seiten des Ministeriums für Arbeit und Soziales zugesichert wurde, dass alles versucht werde, noch in diesem Jahr eine Regelung in einem Staatsvertrag zu erarbeiten, um uns die Mitgliedschaft im Versorgungswerk in Nordrhein-Westfalen zu ermöglichen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Kammervorstand
Dietrich Munz
Martin Klett
Kristiane Göpel
Renate Hannak-Zeltner
Birgitt Lackus-Reitter

Vertreterversammlung beschließt Satzungsänderungen

Vereinfachungen der Akkreditierung und Anerkennung von Fortbildungen wurden vom Fortbildungsausschuss erarbeitet und in der Vertreterversammlung am 1. Juli 2006 verabschiedet. Festgelegt wurde, dass von anderen Psychotherapeuten- oder Ärztekammern akkreditierte bzw. anerkannte Fortbildungen und die dort erreichten Punkte von der LPK-BW anerkannt werden. Für Veranstalter von Fortbildungen ist zukünftig wichtig, dass die Veranstaltungen vor der Durchführung angemeldet werden müssen, andernfalls können diese nicht anerkannt und die Fortbildungszeiten nicht für das Fortbildungszertifikat berücksichtigt werden. Die Fortbildungskategorien wurden der Regelung der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundesärztekammer angeglichen. Entschieden wurde, dass pro Fachbeitrag (Artikel, Buch, Poster) nunmehr 4 Punkte (bisher 1 Punkt) für das Fortbildungszertifikat angerechnet werden können, wobei für die neue Kategorie F (bisher H) zugleich eine Begrenzung auf maximal 100 Punkte innerhalb von fünf Jahren festgelegt wurde.

Nachdem Kriterien für die Aufnahme in die Sachverständigenliste zur Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Fragen und die zugehörigen Fortbildungen umgesetzt werden, werden wir nach Beschluss der Vertreterversammlung für die Aufnahme in die Liste eine Gebühr in Höhe von 250,- € zur Deckung des Aufwandes für die Prüfung der Aufnahmekriterien erheben.

Neben redaktionellen Präzisierungen wurde in der Hauptsatzung neu festgelegt, dass ein Versammlungsleiter und nicht wie bisher der Kammerpräsident die Sitzungen der Vertreterversammlung leitet. Die Amtszeit der Delegierten der Bundespsychotherapeutenkammer wurde an die Amtszeit der Mitglieder der Vertreterversammlung angeglichen. Der politische Wille, bei der Wahl der Bundesdelegierten den Proporz der Wahllisten bei den Kammerwahlen abzubilden, wurde von den Mitgliedern der Vertreterversammlung deutlich zum Ausdruck gebracht.

Die Geschäftsordnung der Vertreterversammlung musste wegen der neuen Satzungsregelung mit einem Versammlungsleiter der Vertreterversammlung ebenfalls überarbeitet und angepasst werden. Darüber hinaus wurde die Geschäftsordnung des Vorstands und der Ausschüsse an einigen Stellen präzisiert.

1. Tätigkeitsbericht der Landespsychotherapeutenkammer erschienen

Die Landespsychotherapeutenkammer hat ihren ersten Tätigkeitsbericht über den Zeitraum der Errichtung der Kammer sowie der ersten Wahlperiode 2001-2005 veröffentlicht. Der Bericht beschreibt die wichtigsten Themen und Arbeitsschwerpunkte in der Zeit des Aufbaus der Kammer. Er stellt damit eine hervorragende Dokumentation dieser Arbeit dar. Der im Verlag Hüthig, Jehle & Rehm erschienene Bericht gibt einen Überblick über

- die Organe und Gremien der Kammer, einschließlich ihrer Funktionen und Ziele
- die Entwicklung grundlegender Regelwerke
- die Arbeitsschwerpunkte der Geschäftsstelle einschließlich Mitgliederservice, Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildungsmanagement
- die Kooperationen und Vernetzung der LPK in Baden-Württemberg sowie über
- die Arbeitsschwerpunkte des Vorstandes und der Gremien.

Eingangs gewürdigt wird in einem Nachruf die herausragende Leistung des vergangenen Sommer verstorbenen ersten Präsidenten der LPK, Detlev Kommer, sowohl für den Aufbau der Landes- als auch der Bundespsychotherapeutenkammer. In einem ausführlichen Anhang finden sich neben einer Auflistung der für die Kammer in der 1. Wahlperiode aktiven Mitglieder und wichtiger, größtenteils aus der Ausschussarbeit stammender Positionspapiere vor allem auch alle aktuellen Satzungen und Ordnungen auf einen Blick.

Der Bericht wurde federführend vom Vorstand der 1. Wahlperiode unter Mitwirkung der Ausschüsse, v.a. ihrer Vorsitzenden, sowie den Mitarbeitern der Geschäftsstelle der Kammer erstellt. Die Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammer haben den Bericht bereits mit der letzen Ausgabe des Psychotherapeutenjournals erhalten. Für Interessierte steht er zudem als Download auf der Kammerhomepage (www.lpk-bw.de unter „Aktuelles“) zur Verfügung.

Psychotherapeutische Notfallversorgung

Die Bereitschaft unserer Mitglieder, sich im Falle eines Ereignisses bei der Fußball-Weltmeisterschaft ehrenamtlich in der Akutversorgung zu organisieren, war überraschend groß. Deshalb konnten wir die Fortbildungen für die Notfallpsychotherapie nur denjenigen anbieten, die bereit waren, im Krisenfall zur Erstversorgung nach Stuttgart zu kommen. Wir konnten in der kurzen Zeit keinen größeren Raum für alle angemeldeten Kolleginnen und Kollegen organisieren.

Die erste Fortbildung war konzentriert auf die organisatorischen Abläufe im Falle ei-

nes Großschadensereignisses. Es referierten der leitende Notfallarzt der Stadt Stuttgart, ein Mitarbeiter der Feuerwehr Stuttgart und der leitende Notfallseelsorger der Stadt Stuttgart. Die zweite Fortbildung konzentrierte sich auf die Akutversorgung von Betroffenen und deren Angehörige. Als Referenten konnten wir Prof. J. Bengel und Dr. G. Pieper gewinnen. Neben Diagnostik der akuten Traumatisierung wurde auch mit Videomaterial der Umgang in der Akutsituation vorgestellt.

Mit dem Koordinator für die Notfallseelsorge in Baden-Württemberg haben wir vereinbart, dass wir gemeinsam beim Innenministerium eine weitere Verbesserung der psychosozialen Notfallversorgung im Land anstreben. Ziel ist einerseits, unsere psychotherapeutische Fachkompetenz besser in die Akutversorgung einzubringen. Weiterhin wollen wir erreichen, dass die Psychotherapeuten nicht nur in der Notfallversorgung in Stuttgart, sondern auch landesweit im Katastrophenschutzplan integriert werden. Wir werden dann, wie schon angekündigt, die erforderlichen Fortbildungen organisieren und durchführen.

Neue Homepage der Kammer seit Juli 2006 online

Seit Anfang Juli ist die neue Homepage der Landespsychotherapeutenkammer online. Der von der Arbeitsgruppe Hans Metsch, Martin Klett und Rüdiger Nübling entworfene Internetauftritt wurde deutlich benutzerfreundlicher gestaltet. Die inhaltliche Struktur der Seite wurde – aufbauend auf der bisherigen – angepasst und in einigen Bereichen erweitert, das Layout völlig neu gestaltet. Technisch geändert wurde unter anderem:

- einzelne Seiten können jetzt bequemer ausgedruckt werden (Druckersymbol am Seitenende)
- externe Verweise öffnen sich grundsätzlich in einem neuen Browser-Fenster
- wichtige Zusatzinformationen zu bestimmten Rubriken in der rechten Kolumne
- Möglichkeit zur direkten Rückmeldung an die Kammer
- die Seiten von Suchmaschinen sind besser zu finden

In der Kopfzeile sind symbolisch die vier baden-württembergischen Städte mit Sitz eines Regierungspräsidiums (v.l.n.r. Stuttgart, Karlsruhe, Freiburg, Tübingen) abgebildet. Vorstände, Mitarbeiter und die Vertreterversammlung der LPK werden sich nach und nach mit kleinen Info-Seiten persönlich vorstellen, so dass die Kammermitglieder auch wissen, mit wem sie es zu tun haben. Die Homepage soll kontinuierlich weiterentwickelt werden, so werden neue Inhaltsbereiche und erweiterte Downloadmöglichkeiten dazukommen. Mittelfristig soll die Seite zu einem qualifizierten Informationsportal nicht nur für die Kammermitglieder, sondern auch für andere bzgl. Psychotherapie interessierte Personenkreise werden, z.B. für Ärzte, Lehrer, Studierende oder Jugendliche. Wir hoffen, dass die neuen Seiten Anklang finden. Wenn Sie Vorschläge, Kritik, Lob oder Fragen haben, lassen Sie es uns bitte wissen und schreiben Sie uns.

Fortbildungen zur Begutachtung psychisch-reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren als Grundlage zur Eintragung in die Sachverständigenliste

Gemeinsam mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg werden wir Fortbildungen zur Begutachtung von traumatisierten Flüchtlingen durchführen. Diese Fortbildung ist ein Angebot für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die als Behandler Erfahrungen mit entsprechenden Patienten haben und sich in diesem Feld auch für die gutachterliche Tätigkeit weiter qualifizieren wollen.

Zur Erstellung dieser Gutachten wurden in den letzten Jahren allgemein anerkannte Standards entwickelt und mit der Bundesärztekammer abgestimmt. Die LPK hat deshalb bereits im vergangenen Jahr Kriterien festgelegt, die Psychotherapeuten erfüllen müssen, um als anerkannter Gutachter in die Sachverständigenliste der Landespsychotherapeutenkammer aufgenommen werden zu können. Hier sind auch die Voraussetzungen für diejenigen Kolleginnen und Kollegen definiert, die bereits in diesem Feld tätig sind und nach den Übergangsbestimmungen die Aufnahme in die Sachverständigenliste beantragen können.

Das Fortbildungscurriculum, das jetzt erstmals in Baden-Württemberg angeboten wird, vermittelt die erforderlichen Kenntnisse, Gutachten anhand dieser Standards und nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu erstellen. Es umfasst 24 Unterrichtsstunden, in denen neben einer Einführung in das Asylrecht und der Rechtsstellung des Gutachters alle fachlich relevanten Besonderheiten der interkulturellen Begutachtung sowie die Spezifika der Diagnostik und Psychotraumatologie behandelt werden.

Die **erste Fortbildung findet am 6. bis 8. Oktober 2006 in Stuttgart** statt. Weitere Fortbildungen sind geplant, die nächs-

te für voraussichtlich Februar 2007. Sollten Sie an der Fortbildung im Oktober teilnehmen wollen, laden Sie das auf der Kammerhomepage stehende **Anmeldeformular** herunter, füllen es aus und schicken es an die Geschäftsstelle der Landesärztekammer. Auf unserer Homepage stehen auch die **Anforderungskriterien als Download** zur Verfügung. Wenn Sie Fragen haben oder weitere Informationen wünschen, können Sie sich auch direkt per Telefon, Fax oder E-Mail an die Geschäftsstelle der Landespsychotherapeutenkammer wenden. Dort bekommen Sie, sobald feststehend, auch die **Termine für weitere Fortbildungen**. Aktuelle Infos finden Sie auch jederzeit auf der Kammerhomepage www.lpk-bw.de.

Zentren für Psychiatrie wollten aus dem Tarifverbund aussteigen

Die Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg wollten nicht unumstritten ihre Mitgliedschaft im Tarifverbund kurzfristig kündigen, um eigene Tarifvereinbarungen zu verhandeln. In der Vertreterversammlung verabschiedete die Kammer eine Stellungnahme mit einer ausführlichen Begründung zur Anpassung der Vergütung von Psychologischen Psychotherapeuten an die Gehälter der Fachärzte. Diese Stellungnahme haben wir sowohl an die Geschäftsführer als auch die Betriebsräte der Psychiatrischen Zentren und an Ver.di und den Marburger Bund gesandt und aufgefordert, in den Psychiatrischen Kliniken für approbierte Psychotherapeuten adäquate Vergütungsregelungen zu vereinbaren.

Suchtforum 2006 in Freiburg

Die Vorbereitungen für das am 14. November in Freiburg stattfindende Suchtforum – Tabakabhängigkeit sind in vollem Gange. Wie bereits berichtet, richtet sich das Forum in erster Linie an Jugendliche im Alter von 12 – 15 Jahren (5. – 7. Klasse). In diesem Lebensabschnitt liegt das Haupteinstiegsalter für Rauchen, weshalb hier ein besonderes präventives Potential gesehen werden kann. Die von der Landesapothekerkammer (LAK), der Landespsychotherapeutenkammer und dem Regierungspräsidium Freiburg konzipierte Veranstaltung versucht, in altersgerechter Form die Jugendlichen auf Ursachen und Folgen des Rauchens aufmerksam zu machen. Auf die an diesem Vormittag freigestellten Freiburger Schulklassen wartet ein abwechslungsreiches und interessantes Programm, das neben Vorträgen auch spielerische Angebote enthält. Für die Landespsychotherapeutenkammer wird Dr. Jürgen Barth, Universität Freiburg, Abt. Rehabilitationspsychologie, zur psychologischen Wirkung von Warnhinweisen sprechen. In der Vorwoche wird am 7.11. für interessierte Kollegen eine Fortbildung zum Thema angeboten, bei der Fortbildungspunkte erworben werden können.

Ausschuss Psychotherapie in Institutionen (PTI) – aktuelle Themen

In der ersten Sitzung der neu gewählten Vertreterversammlung wurde einer Erweiterung des Ausschusses Psychotherapie in Institutionen von 7 auf 9 Mitglieder zugestimmt. Durch die Bearbeitung von spezifischen Problemen in Untergruppen (Kliniken, Beratungsstellen) sollen die unterschiedlichen Rahmenbedingungen besser in der Ausschussarbeit berücksichtigt werden können. Der neu gewählte Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz betonte nach seiner Wahl, dass er den Anliegen und Problemen der angestellten KollegInnen verstärkte Aufmerksamkeit zukommen lassen wolle. Zu Beginn der Ausschussarbeit wurden die bisherigen Themen und neu hinzugekommene Aufgaben gesichtet und die folgenden Punkte als besonders dringlich bewertet:

- die Erstellung einer „institutionellen Landkarte“: in welchen Einrichtungen arbeiten PP in Baden-Württemberg?
- Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit zur Arbeit von PP und KJP in Institutionen (innerhalb und außerhalb der Kammer): Durchführung eines Angestellten-Themenblockes auf dem Psychotherapeutentag 2007, Newsletter für Angestellte
- Spezifische Probleme in Beratungsstellen: u.a. Sicherstellung der psychotherapeutischen Tätigkeit in Beratungsstellen und Klärung der Frage, unter welchen Bedingungen ein Ausbildungsjahr auch in Beratungsstellen möglich ist.
- Situation der psychotherapeutischen Versorgung von inhaftierten Straftätern in Baden-Württemberg: über 50% der Inhaftierten im Regelvollzug weisen laut Studien behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen auf. Der größte Teil der Gewalt- und Sexualstraftäter wird mangels Behandlungskapazität unzureichend psychotherapeutisch versorgt oder erhält überhaupt keine Behandlung, obwohl bei vielen dieser Inhaftierten eine zeitlich befristete Haftstrafe vorliegt und sie nach einiger Zeit in die Freiheit entlassen werden müssen.
- Bedeutung der Kammerordnungen für die Angestellten: Hilfestellung bei der Umsetzung der Pflichten aus Berufsordnung, Fortbildungsordnung etc. für Angestellte z.B. durch die Erstellung von „Werkzeugen“ für in Institutionen tätige PP und KJP (z.B. Erhebung und Dokumentation der Suizidalität, Fragen und Antworten zur Schweigepflichtentbindung).

Für den Ausschuss: Dr. Roland Straub (Vorsitzender)

Geschäftsstelle

Hauptstätter Straße 89
70178 Stuttgart
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
Tel. 0711 / 674470 – 0
Fax 0711 / 674470 – 15
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

PTK | Bayern

Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

8. Delegiertenversammlung der Kammer am 1.6.06 in München

Präsident Nikolaus Melcop eröffnete die 8. Delegiertenversammlung, die diesmal an einem neuen Tagungsort in München-Mittersendling stattfand. Im Bericht des Vorstands betonte er die besondere Rolle von Psychotherapeuten gerade in dieser Phase des gesellschaftlichen Übergangs, der durch den Zwang zu Flexibilisierung und permanenter Neuorientierung geprägt ist. Er forderte im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform, dass nicht nur die Neuordnung der Finanzstruktur, sondern auch zukunftsorientierte und präventive Konzepte umgesetzt werden. Weiterhin müssten die Forderungen der Ärzteproteste in jedem Fall auch für die Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), sowohl für die Angestellten als auch für Niedergelassene, umgesetzt werden. In Bezug auf den zurück liegenden Deutschen Ärztetag begrüßte er grundsätzlich, dass dieser sich mit dem Themenschwerpunkt psychische Erkrankungen befasst hat. Er kritisierte jedoch eine Reihe von dort gefassten Beschlüssen, die sich direkt auf PP und KJP und unsere Kammern bezogen.

Rückblick über die geleistete Arbeit

Es folgte der Rückblick über die geleistete Arbeit seit der letzten Delegiertenversammlung. Neben den zahlreichen Aufgaben, die sich der Kammer als "Pflichtaufgaben" und notwendige Bewältigung von Anforderungen und Anfragen von außen (Politik, Mitglieder) stellen, hat die Kammer zahlreiche aktuelle Themen aufgegriffen. So wurden u.a. Stellungnahmen erstellt zu den Schwerpunktthemen Gesundheitsreform, Notfallhilfe durch Psychotherapeuten bei Großereignissen (Fußball-WM, Papst-Besuch), Unterversorgung bestimmter Patientengruppen und zur Forderung des Master-Abschlusses als Zugangsvoraussetzung erstellt. Ferner wurden Initiativen zu den Themen Nachwuchsförderung, Musterberufsordnung und Musterweiterbildungsordnung, Heilberufeausweis und Vorbereitung der Kammerwahlen ergriffen, und es wurden Mitgliederinfo-Veranstaltungen durchgeführt. *Melcop* stellte schließlich Ergebnisse der Mitgliederumfrage zu Behandlungsangeboten und Notfallversorgung sowie die Zwischenauswertung einer Umfrage der PTK Bayern zur Nachwuchssituation der staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute vor.

In der anschließenden Aussprache wurden die geleistete Arbeit des Vorstands und die Vielzahl von zielführenden Aktivitäten umfassend gewürdigt und es wurden viele Anregungen gegeben. Bei der Thematik Notfallhilfe wurde differenziert auch auf die Frage der Kostenträger und der Organisation des Notfallsystems in Bayern eingegangen. Der Sprecher der Notfallkommission, *Bruno Waldvogel,* erläuterte die fachliche Trennung in „Notfallbehandlung" und „Traumafolgebehandlung". Die Kammer organisiert derzeit in Bayern insbesondere die Mitwirkung von Psychotherapeuten in der nachfolgenden Behandlung.

Resolution zur Studienreform

Zur Studienreform berichtete *Vizepräsident Peter Lehndorfer* von aktuellen Problemen in Bezug auf die pädagogischen Grundberufe aufgrund der Haltung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG). Das BMG vertritt im Unterschied zu den Kammern und der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) die Auffassung, dass für die KJP-Ausbildung ein Bachelor-Abschluss als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung ausreichen würde.

Einstimmig verabschiedete die Delegiertenversammlung daran anschließend eine Resolution, die den Master-Abschluss als sachgerechtes Zulassungskriterium insbesondere auch für die KJP-Ausbildung fordert (Text auf der Homepage). *Prof. Georg Hörmann*, Vertreter der Hochschulen in der Delegiertenversammlung, begrüßte diese Resolution und sicherte die Unterstützung der bayerischen Universitäten und Fachhochschulen bezüglich dieser Forderung zu.

Als nächster Punkt stand der Jahresabschluss 2005 auf der Tagesordnung: dieser wurde von der Delegiertenversammlung einstimmig angenommen.

Gutachterliche Tätigkeit im Bereich der Forensik

Zu den Eckpunkten für eine freiwillige Zusatz-Fortbildung zur gutachterlichen Tätigkeit von PP und KJP im Bereich der Forensik stellte der Vorstandsbeauftragte *Andreas Rose* den Sachstand vor und führte in das Thema ein. Die Vorlage wurde von der DV einstimmig angenommen und der Vorstand beauftragt, das Thema weiter zu verfolgen (vgl. hierzu PTJ 2/06, S. 172).

Ein weiterer Hauptpunkt war die intensive Beratung und Verabschiedung einer neu-

en Geschäftsordnung (GO) für die Delegiertenversammlung – sicher sinnvoll, nachdem die DV bisher auf der Basis einer sehr verkürzten, vorläufigen GO gearbeitet hat und die erste Legislaturperiode sich dem Ende zuneigt. Die Berichte aus den Ausschüssen und Kommissionen sowie die der Beauftragten rundeten die umfangreiche Tagesordnung ab.

Versorgungswerk: Aufnahme der Psychotherapeuten des Saarlandes befürwortet!

Am 19.7.06 fand die erste Sitzung des Verwaltungsrates statt, an der die Psychotherapeuten mit *Nikolaus Melcop* und *Herbert Ühlein* als Mitglieder des Verwaltungsrates sowie dem Geschäftsführer *Alexander Hillers* als Gast vertreten waren.

In dieser Sitzung wurde u.a. der Antrag der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes auf Integration der saarländischen Mitglieder in das bestehende Versorgungswerk befürwortet. Zum Hintergrund: Die Kammerversammlung des Saarlandes hatte sich mit großer Mehrheit für das „bayerische Modell" entschieden und einen Aufnahmeantrag gestellt. Nach den nun noch erforderlichen Gesetzesänderungen werden dann auch die Mitglieder der Kammer Saarland Mitglied im bayerischen Versorgungswerk werden können.

Wir freuen uns über die Entscheidung der Saarländischen Kollegen und des Verwaltungsrates und sehen in dieser Entwicklung auch eine Bestätigung für unser Modell.

Wir konnten uns bei dieser Sitzung erneut von der professionellen Geschäftsführung durch die Bay. Versicherungskammer überzeugen. Dies trifft insbesondere auf die Geldanlage zu. Genau dieses System der Geldanlage und Vorsorge ist anderen Möglichkeiten deutlich überlegen.

Bei gleichzeitiger Sicherheit und Ausschluss von Risiken wird die höchst mögliche Rendite des eingezahlten Geldes erwirtschaftet. Im Unterschied zu anderen Geldanlageformen muss außerdem kein Gewinninteresse Dritter mitfinanziert werden, und es besteht die optimale individuelle Gestaltungsmöglichkeit.

Wir sind überzeugt, dass das Versorgungswerk mit dieser Kombination aus Sicherheit und Rendite allen anderen Anlage- und Vorsorgeformen überlegen ist und für unsere Mitglieder eine einmalige Gelegenheit darstellt!

Unsere Empfehlung: Wenn Sie persönlich (noch) eine Wahlmöglichkeit haben, sichern Sie sich diese Möglichkeiten!

> Entscheidungsfrist 31.12.06 beachten!
Wenn Sie sich als sog. Anfangsbestand noch nicht entschieden haben sollten, ob Sie Mitglied im Versorgungswerk werden wollen, bitten wir Sie dies nun baldmöglichst zu tun. Die Entscheidungsfrist läuft am 31.12.06 ab.

Weitere Informationen: Homepage www.psychotherapeutenversorgung.de und über die telefonische Hotline: 089-9235-8770.

Aktuelle Tarifkonflikte im öffentlichen Dienst und die Psychotherapeut/inn/en: Wann kommt eine Besserstellung für PP/KJP?

Im Sommer berichtete die Süddeutsche Zeitung in einem Artikel zu den Ärztestreiks, dass der Vorsitzende des Marburger Bundes (MB), Montgomery, lediglich bezüglich zweier Punkte bei den Tarifgesprächen des Marburger Bundes mit der Tarifgemeinschaft der Länder (TdL) noch Verhandlungsbedarf sähe, u.a. beim Geltungsumfang des Vertrages, der z.B. Psychologische Psychotherapeuten nicht einschließen würde. Das ließ manche KollegInnen, die diese Meldung gefunden hatten, aufhorchen: Wollte die Ärztegewerkschaft sich wirklich für die Psychotherapeut/inn/en einsetzen?

Während die Psychotherapeut/inn/en sich traditionell – wie auch die Psycholog/inn/en und andere Gesundheitsberufe – nach dem Zusammengehen von ÖTV und DAG vor wenigen Jahren durch die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft Ver.di vertreten sehen, scheint sich mit dem zwischenzeitlich erhobenen Anspruch des MB auf eigene Tarifvereinbarungen, dem auch durch die Streiks Nachdruck wurde, eine Veränderung ergeben. Vor dem Hintergrund, dass die von PP/KJP beanspruchte Besserstellung bzw. Gleichstellung mit Fachärzten im neuen TVöD letztlich noch nicht wirklich gesichert ist, ist dies vielleicht eine chancenreiche Entwicklung. Sollte der MB anstreben, sich zu einer Gewerkschaft für (akademische) Gesundheitsberufe weiterzuentwickeln, wäre näher zu klären, welche Positionen hier den PP/KJP in den MB-Positionen bzw. -Forderungen zugestanden werden. Die Kammer unterstützt entsprechende Klärungen, die auch in anderen Kammerbereichen und von der Bundeskammer in diesen Wochen vorangetrieben werden (vgl. ausführlichen Bericht auf der Kammerhomepage).

Mitgliederumfragen: Danke für Ihre Mithilfe

Erfassung spezieller Behandlungsangebote

An der Mitgliederumfrage zur Erfassung spezieller Behandlungsangebote haben sich mittlerweile 1.064 Mitglieder beteiligt, das ist fast ein Viertel aller bayerischen Mitglieder. 75% der Antworten stammen von PP, 14% von KJP und 10% von Doppelapprobierten; 22% sind angestellt, 67% niedergelassen. 61% verfügen über eine KV-Zulassung.

Erfragt wurde die Bereitschaft der Mitglieder, Patienten mit bestimmten Störungsbildern zu behandeln. Am größten ist die Bereitschaft, Patienten mit einer Akuten Belastungsreaktion (86%) oder einer PTSD (85%) zu behandeln. Auch die Bereitschaft zur Behandlung von Opfern häuslicher Gewalt ist mit 74% positiven Antworten recht groß. Patienten mit geistiger Behinderung werden von 29%, solche mit Abhängigkeiten von 35% behandelt. 25% der Antwortenden sind bereit, straffällige Patienten zu behandeln.

Psychotherapeutische Notfallversorgung

Um die psychotherapeutische Nachsorge im Falle eines Notfalls zu unterstützen, hat die PTK Bayern eine Liste von Mitgliedern erstellt, die bereit sind, im Falle eines Großschadensereignisses kurzfristig Behandlungsplätze anzubieten. Zu diesem Zweck wurde eine Mitgliederumfrage zur Psychotherapeutischen Notfallversorgung und Traumabehandlung durchgeführt. Es haben sich bisher 803 Mitglieder beteiligt (17% aller bayerischen Mitglieder). Insgesamt erklärten sich 521 Mitglieder bereit, bei einem Notfall kurzfristig Behandlungsplätze bereitzustellen. Damit hätten für Großschadensereignisse im Zusammenhang mit der Fußball-WM 919 Erwachsenen-Plätze und 450 KJ-Plätze bereit gestanden sowie im Zusammenhang mit dem Papstbesuch 944 und 449 Plätze. Prinzipiell stehen rund 1.600 Therapieplätze kurzfristig zur Verfügung. 43% der Befragten wären bereit, an einer Akutversorgung vor Ort und 32% an einem Bereitschaftsdienst teilzunehmen.

Wir möchten uns noch einmal sehr herzlich bei Ihnen für Ihre „Einsatzbereitschaft" bedanken.

Reger Zulauf bei Mitgliederveranstaltungen

Im Rahmen von Infoveranstaltungen in Würzburg, Nürnberg, Rosenheim, Kempten und München informierte der Vorstand der PTK Bayern seine Mitglieder umfassend über die Aktivitäten der Kammer mit jeweils aktuellen Informationen. Schwerpunkte waren neben der Kommunikation mit den Mitgliedern auch gesundheitspolitisch aktuelle Themen, eine Einführung in die Berufsordnung, das freiwillige Fortbildungszertifikat sowie der geplante Heilberufeausweis.

Die gut besuchten Veranstaltungen wurden von den Teilnehmern zur Klärung offener Fragen und für Rückmeldungen an und Diskussionen mit Vorstand und Geschäftsstelle genutzt.

Kurznachrichten

Psychotherapeuten-Suchdienst: Präsentieren Sie Ihre Praxis online – kostenlos!

Im Zuge der Neugestaltung unserer Homepage haben wir auch eine „Psychotherapeutensuche" für Patienten eingerichtet. Damit ist es Patienten einfacher möglich, Psychotherapeuten zu suchen. Sie können Ihre Praxis kostenlos online präsentieren.

Wenn auch Sie an dem Suchdienst teilnehmen möchten, müssen Sie über eine E-mail-Adresse verfügen und uns diese mitgeteilt haben. Sie erhalten von uns ein Passwort und können Ihre Daten selbständig in das System einstellen und bearbeiten. Aus rechtlichen Gründen muss die Kammer Eingaben und Änderungen vor der Publikation prüfen. Nähere Informationen finden Sie auf der Kammer-Homepage.

Wichtiger Hinweis: Kammerwahlen 2007

Anfang nächsten Jahres finden die Neuwahlen zur Delegiertenversammlung der Kammer statt. Die Info-Materialien zur Kammerwahl werden in den kommenden Wochen verschickt.

Der Vorstand hat mit den dafür notwendigen Vorbereitungen begonnen. *Peter Kalb* wurde zum Wahlleiter berufen, *Klaus Laskowski* zu seinem Stellvertreter. In den Wahlausschuss wurden *Sigrid Böer-Müller* und *Matthias Obereisenbuchner* als Mitglieder und *Hermann Hennermann* und *Brigitte Kissinger* als stellvertretende Mitglieder berufen.

Der Einsatz für den Master-Abschluss als allgemeines Zugangskriterium der PT-Ausbildung geht weiter

Die Kammer hat in der Zwischenzeit neben der Resolution der Delegiertenversammlung (s.o.) eine Vielzahl von Aktivitäten zur Festlegung des Master-Abschlusses als allgemeines Zugangskriterium für die Psychotherapieausbildung unternommen. Hier die Wichtigsten: Termin mit den anderen Heilberufekammern beim Fraktionsvorsitzenden der CSU im Landtag, diverse Termine und Kontakte mit Vertretern der in Bayern zuständigen Ministerien und der betroffenen Fachhochschulen und Universitäten. Im bayerischen Landesgesundheitsrat konnte erreicht werden, dass in einer Resolution die besondere Situation unserer Berufe berücksichtigt

wurde (Text der Resolution unter: www.stmugv.bayern.de/de/ gesundheit/lgr/doc/beschluss_lgr10.pdf).

Die bayerischen Ausbildungsinstitute haben sich unter Federführung von *Dr. med. Tobias von Geiso* in enger Absprache mit uns ebenfalls in Briefen und Kontakten für die genannten Forderungen eingesetzt.

Psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen – Seniorenpolitik

Wir planen derzeit Aktionen und Maßnahmen, um eine Verbesserung der gravierenden Unterversorgung in der psychotherapeutischen Versorgung von älteren Menschen in Bayern zu erreichen.

In diesem Zusammenhang hat sich *Nikolaus Melcop* für die Kammer am 3.7.06 an der Veranstaltung „Neue Wege in der Seniorenpolitik" mit führenden bayerischen Politikern (Landtagspräsident, Sozialministerin, Landtagsabgeordnete) und Vertretern von Seniorenorganisationen in der Hanns-Seidel-Stiftung beteiligt.

Über unsere weiteren Planungen in diesem Bereich werden wir Sie in der nächsten Zeit informieren.

KV Bayerns startet Pilotstudie zur Qualitätssicherung Psychotherapie

Im Herbst dieses Jahres startet die KV Bayerns eine Pilotstudie zur Entwicklung und Erprobung eines neuen Qualitätssicherungsinstruments in der ambulanten Psychotherapie.

Es soll geprüft werden, wie sich mit diesem System, welches den Anspruch hoher Transparenz verfolgt und keine Sanktionsmöglichkeiten umfasst, Ergebnisqualität, Patientenzufriedenheit und ggf. Wirtschaftlichkeit entwickeln. Kernpunkte des Modells sind eine standardisierte Dokumentation, ein automatisiertes Rückmeldesystem sowie die Fortbildung der Psychotherapeut/inn/en. Über standardisierte Fragebögen werden soziodemographische Daten, Therapieverfahren, Therapielänge, Diagnosen, Symptome, Störungstiefe, Therapieziele, Aspekte der Beziehungsqualität und die Patientenzufriedenheit erfasst. Der teilnehmende Therapeut erhält automatisierte Rückmeldungen.

Zur Einführung wird eine Fortbildung durchgeführt, begleitend gibt es Workshops zum Erfahrungsaustausch. Teilnehmen können Vertragsärzte und -psychotherapeuten aller Richtlinienverfahren im Bereich Erwachsenenbehandlung (Einzeltherapie) mit Ersatzkassenpatienten, die u.a. über eine technische Mindestausstattung verfügen. Weitere Informationen erhalten Sie über die KV Bayerns (www.kvb.de).

Private Krankenversicherungen und Psychotherapie

Bekanntlich gibt es sehr unterschiedliche Bedingungen, zu denen die PKV die Kosten für eine ambulante Psychotherapie ganz oder teilweise übernehmen, oder die Kostenübernahme sogar ganz ausschließen. Wir sammeln derzeit die Erfahrungen unserer Mitglieder mit den unterschiedlichen PKV und ihren jeweiligen Bedingungen der Kostenübernahme, um Daten für eine fundierte Argumentation zu gewinnen.

Deshalb an dieser Stelle unsere Bitte: Teilen Sie uns mit, wenn Sie oder Ihre Patienten Probleme bei der Beantragung oder Abrechnung Ihrer Leistungen hatten und worin diese bestanden haben.

Termine

Landespsychotherapeutentag am 30.09.06: Prävention psychischer Störungen

Wenige Tage nach Erscheinen dieses Heftes findet unser Landespsychotherapeutentag statt. Da bei den Vorträgen in der Regel keine Teilnehmerbegrenzung ist, können Sie auch kurzfristig noch teilnehmen.

Sollten Sie sich noch nicht angemeldet haben, würden wir uns freuen, wenn Sie sich noch schnell entscheiden. Weitere Informationen dazu finden Sie auch auf der Kammer-Homepage.

9. Delegiertenversammlung

26.10.2006 in der Europäischen Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung der BLZK GmbH, Fallstr. 34, 81369 München. Sie ist – wie grundsätzlich jede Delegiertenversammlung – für die Kammermitglieder öffentlich: Nähere Infos, z.B. zur Tagesordnung, finden Sie auf der Homepage bzw. können über die Geschäftsstelle erfragt werden (falls möglich bitte vorherige Anmeldung).

Vorstand der Kammer:

Nikolaus Melcop, Gerda B. Gradl, Peter Lehndorfer, Ellen Bruckmayer, Rainer Knappe, Karin Tritt, Heiner Vogel.

Geschäftsstelle

80336 München, St.-Paul-Str. 9
Post: Postfach 151506, 80049 München
Tel. 089/515555-0, Fax 089/515555-25
Mo – Do 9.00 – 15.30, Fr 9.00 – 13.00
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn Sie dieses Heft erhalten, ist das erste Jahr der zweiten Wahlperiode der Kammer vorüber. Wir sind zusammengewachsen. Der Arbeitsanfall in dieser gesundheitspolitisch unruhigen Zeit war hoch, die gemeinsame Arbeit erfreulich und fruchtbar.

Die parteipolitische Konstellation in Berlin lässt es – trotz intensivster Bemühungen – weiterhin nicht zu, ein Versorgungswerk zu errichten. Neben der Prüfung juristischer Schritte bleibt uns nur die Hoffnung, dass die Wahl zum Abgeordnetenhaus im September zu einem anderen Senat führt.

Der Ausschuss „Neue Versorgungsformen" hat seine Arbeit aufgenommen u.a. mit dem Ziel, neue Arbeits- und Organisationsformen nach Inkrafttreten des Vertragsarztänderungsgesetzes (VÄG) zu eruieren. Die Kommission KJHG (13 Mitglieder aus öffentlichen Einrichtungen wie Beratungsstellen, Jugendpsychiatrischen Diensten, niedergelassene Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) hat das im Dezember fertig gestellte Ergebnispapier zu „Indikationskriterien für Psychotherapie in der Jugendhilfe (SGB VIII)" den Fachdiensten, Jugendämtern, Kliniken und weiteren Einrichtungen in Berlin zugesandt und um Rückmeldungen gebeten. Ein erster Rücklauf fiel äußerst positiv aus, konstruktive Kritik (zur Eingliederungshilfe nach § 35a) wird aufgenommen. (Das Papier ist auf unserer Homepage veröffentlicht.)

Seit März beschäftigt sich die Kommission mit dem Bereich Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Bereich Jugendhilfe. Nach der Anhörung kammereigener und externer Referenten/innen werden auch für diesen Bereich Empfehlungen erstellt.

Moderiert durch Vorstandsmitglieder tagt begleitend zur (Senats-) Vertragskommission eine Arbeitsgruppe, in der die Interessen der Leistungserbringer vor allem unter fachlich-berufsrechtlichen Aspekten bei der Entwicklung neuer Leistungsbeschreibungen und sog. Trägerverträge im Mittelpunkt stehen.

Die Kammer arbeitet jetzt offiziell im Berliner ‚Symposium zur Psychosenpsychotherapie' mit. Dort werden Vorträge und kasuistische Seminare zur methodenübergreifenden Darstellung verschiedener Vorgehensweisen in der Psychosentherapie angeboten. Sie fließen in die zertifizierte Fortbildung der Kammer und in die ärztliche Weiterbildung ein. In der Organisationsgruppe arbeiten die Charite, verschiedene Ausbildungsinstitute und Verbände und die Kammer zusammen.

Ende Mai hat die Kammer zusammen mit dem Berliner Bündnis gegen Depression eine gut besuchte und beachtete Tagung veranstaltet (s. Bericht). Es wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die die weitere Organisation des Netzwerks vorantreiben soll. Ein Tagungsband mit den Vorträgen, Fallvignetten und Diskussionen wird vorbereitet. Anfang Juli bot die Kammer eine Theorie-Praxis-Fortbildung zu QS/QM für Niedergelassene an (s. Ausschuss-Arbeit). Die vorwiegend positiven Evaluationsergebnisse zur Veranstaltung ermutigen uns, weitere "trockene" Themen in eigener Regie anzubieten. Für den Herbst ist eine FB zur Berufsordnung geplant.

Das gemeinsame Gespräch mit dem Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit über die Zusammenarbeit von PP und KJP mit den niedergelassenen Psychiatern und den psychiatrischen Institutionen, zur Entwicklung eines Netzwerkes zur Psychosenbehandlung wurde fortgesetzt. U.a. sind zunächst einmal in drei Berliner Bezirken Treffen von Psychiatern, Psychotherapeuten und im Bezirk zuständigen psychiatrischen Institutionen zum Austausch und Kennenlernen vorgesehen. Im nächsten Jahr ist eine zentrale trialogische Veranstaltung (Patienten, Angehörige, Behandler) zum Anstoß von weiteren Trialogen geplant, an der auch PP und KJP beteiligt sind, weiterhin die Einrichtung von gemeinsam von je einem Psychiater und einem PP geleiteten Kolloquien zur Psychosenbehandlung.

Für die Kammerdelegierten wurde eine interessante Informationsveranstaltung zur „Energetischen Psychologie/Psychotherapie" durchgeführt (s. Bericht). Anlass waren zur Zertifizierung eingereichte Fortbildungen, die in den Fortbildungsbeiräten kontrovers diskutiert wurden. Im Anschluss wurde der Wunsch geäußert, in Zukunft über neue Verfahren, Methoden und Techniken informiert zu werden, um ihre Bedeutung einschätzen zu können. Ab September ergänzt eine Ombudsstelle die bisherigen Beschwerde- und Schlichtungsverfahren. Dort arbeiten zunächst vier erfahrene Kollegen/innen mit einem niedrigschwelligen Beratungsangebot für Patienten/innen und für Kollegen/innen in schwierigen (Behandlungs-) Situationen.

Vor der Fußball-WM hat die Berliner Kammer eine eintägige Veranstaltung für in der Trauma- oder Notfalltherapie erfahrene Kollegen/innen durchgeführt, um diese auf den Einsatz bei möglichen Großschadensereignissen vorzubereiten. Für die Zeit der WM ist von der Kammer eine Rufbereitschaft eingerichtet worden. Der Senat kann sie im Katastrophenfall in Anspruch nehmen. Nach der Sommerpause soll ein umfassendes notfallpsychotherapeutisches Konzept für Berlin unter Sichtung vorhandener und erprobter Angebote in anderen Ländern und in Zusammenarbeit mit der Bundeskammer erarbeitet werden.

Mit der Zahnärztekammer steht die Entwicklung eines gemeinsamen Curriculums vor dem Abschluss. Die gemeinsame Patientenberatung wird in etwas erweiterter Form fortgesetzt.

Wir diskutieren die Einrichtung von Fallkonferenzen und regionalen Konsil- und Liaisondiensten.

Unser Engagement gilt auch den Kollegen/innen, die mit verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren und Methoden in Institutionen arbeiten. Zurzeit bemühen wir uns darum, den besonderen Fortbildungsbedürfnissen der angestellten Kollegen/innen nachzukommen und deren besondere Struktur in das Zertifizierungssystem der Kammer zu integrieren. Vorstand und Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen" bereiten einen Angestelltentag vor.

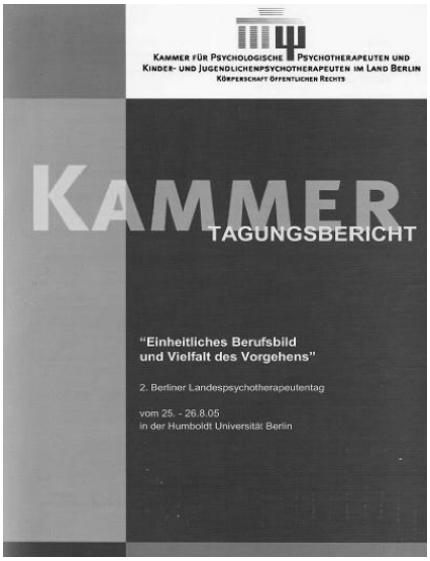
Für das Frühjahr 2007 planen wir einen Landespsychotherapeutentag mit dem Arbeitstitel: „Die Rolle des Psychotherapeuten. Beziehungen und Implikationen innerer und äußerer Realität".

Renate Mrazek (Vizepräsidentin)
Michael Krenz (Präsident)

„Einheitliches Berufsbild und Vielfalt des Vorgehens" Dokumentation des 2. Landespsychotherapeutentages als Broschüre erschienen

Mit über 600 Teilnehmer/innen war der 2. Landespsychotherapeutentag der Berliner Kammer im August 2005 in der Humboldt Universität sehr gut besucht. Eine nun erschienene Broschüre enthält alle Vorträge und Diskussionen dieser wegweisenden Veranstaltung. Sie enthält inhaltlich kontroverse, informative und innovative Beiträge zur Methodenintegration in der Psychotherapie, theoretische Reflexionen und praktische Anregungen. Anhand von Fallvignetten werden Diagnosen aus unterschiedlicher methodischer Sicht erstellt. Im zweiten Teil werden die Bedingungen von Psychotherapie im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes, ihre Situation in Institutionen, die Erweiterungen des Berufsbildes ‚Psychotherapeut/in' und die Kooperation mit der Zahnärztekammer in spannenden Beiträgen analysiert und diskutiert.

Im Mittelpunkt des ersten Teils der Broschüre stehen die Vorträge von Prof. Dr. Jürgen Kriz (Uni Osnabrück, Mitglied des WBP, Humanistische u. Systemische Psychotherapie), Prof. Dr. Michael Linden (Berlin, stellv. Mitglied des WBP, VT), Jürgen Hardt (Präsident der PTK Hessen, PA),



Dr. Manfred Thielen (2001 – 2005 Mitglied des VS der PTKB, Körperpsychotherapie) und Prof. Dr. Armin Kuhr (Berlin, VT) zum Thema „Methodenintegration". Während verschiedener Podiumsdiskussionen wurde diese Thematik und eine eventuell notwendige Reform der Psychotherapierichtlinien kontrovers diskutiert. Einig sind sich die meisten Diskutanten darin, dass die Gesprächspsychotherapie nach ihrer berufsrechtlichen Anerkennung auch die sozialrechtliche erhalten muss. Darüber hinaus gibt es jedoch sehr verschiedene Positionen. Sie reichen von der Forderung, sie abzuschaffen, sie zu reformieren und sie in der jetzigen Form beizubehalten.

Sehr spannend zu lesen sind die Beiträge der verschiedenen Referenten/innen zu den methodenvergleichenden Workshops zu „Borderline-Persönlichkeit", „Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen", „Depression" und „Psychose". Darüber hinaus enthält die Broschüre informative Beiträge über die verschiedenen Foren zur Psychotherapie in Institutionen, zur Situation der niedergelassen freien Psychotherapeuten und zur Kooperation mit der Zahnärztekammer. Der brillante Beitrag von Prof. Dr. Reinhard Wiesner, der als „Vater" des KJHG gilt, zu den Möglichkeiten von Psychotherapie im Rahmen dieses Gesetzes wird zusammen mit der anschließenden brisanten Podiumsdiskussion dokumentiert.

Die Broschüre ist gelungen und nicht nur für Berliner Kammermitglieder ein Gewinn. Sie kann über die Geschäftsstelle der Berliner Kammer für 7 € incl. Versand (5,50 € für Selbstabholer) bezogen werden.

Psychotherapie im Grenzbereich – Info-Veranstaltung zur ‚Energetischen Psychotherapie'

Der rasante Erkenntniszuwachs psychotherapeutischer Wirkfaktoren, um normierende Ansprüche konkurrierender Interessengruppen – die Psychotherapeutenkammer schafft Klärung und gibt Orientierung in den Grenzbereichen zwischen Krankenbehandlung und Selbstfindung, innovativen wissenschaftlich begründeten Ansätzen und ideologischen Heilungsversprechen. Unter dieser Prämisse lud der Vorstand zwei Vertreterinnen der ‚Energetischen Psychotherapie', Dipl.-Psychologin Servatia Geßner-van Kersbergen und Astrid Vlamynck, Fachärztin für psychotherapeutische Medizin, zu einer Info-Veranstaltung für die Kammerdelegierten ein. Fazit: In einer kontroversen, auf hohem fachlichem Niveau geführten Diskussion konnte mehr Klarheit erzielt werden für die Kriterien, die bei neuen und kaum erforschten Ansätzen mit psychotherapeutischem Anspruch eine genauere Standortbestimmung und Einordnung erlauben. Man war sich einig, mit weiteren Veranstaltungen die Auseinandersetzung (insbesondere) mit noch unbekannten oder umstrittenen Strömungen am Rande des psychotherapeutischen Spektrums der fachlichen Verantwortung der Kammer Rechnung zu tragen und sie so mit normativen Kompetenzen auszustatten.
Klaus Conrads

Nachruf

Am 30.4.06 ist unser Kammermitglied Dipl.-Psych. Dr. phil. Thomas Busch nach langer Krankheit gestorben. Thomas Busch hatte sich vor ca. 30 Jahren mit dem Hepatitis C-Virus infiziert, an dessen Spätfolgen er nach zwei Lebertransplantationen leider verstorben ist. Mit Thomas Busch verliere ich nicht nur einen meiner beiden besten Freunde, sondern auch den Initiator und Mitbegründer des „Instituts für Körperpsychotherapie Berlin". Wir haben es gemeinsam seit 1994 aufgebaut und regelmäßig Aus-, Fort- und Weiterbildungen durchgeführt. Er war ein hervorragender, theoretisch beschlagener und warmherziger Dozent, Ausbilder und Psychotherapeut. Das drückte sich auch in wichtigen Aufsätzen und Beiträgen auf Kongressen, Symposien und Tagungen zur theoretischen und praktischen Fundierung der Körperpsychotherapie aus. Sein letzter Artikel „Therapeutisches Berühren als reifungsfördernde Intervention" ist im aktuellen „Handbuch der Körperpsychotherapie" erschienen. In unserem gemeinsamen Verständnis von körperorientierter Psychotherapie spielt die dialektische Verbindung von Beziehungs- und Körperarbeit eine zentrale Rolle.

Sein dialektisches Verständnis der Psychotherapie war durch sein Studium (1973-1979) bei Prof. Klaus Holzkamp an der Freien Universität Berlin geprägt, mit dessen „Kritischer Psychologie" er sich auch als Wissenschaftlicher Mitarbeiter (1980-1986) auseinander setzte. Von 1987-89 war er Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Evangelischen Zentralinstitut für Familienberatung und entwickelte tiefenpsychologisch fundierte Fortbildungscurricula zur Beratung bei HIV-Infektion und Aids. Im Rahmen eines Forschungsprojektes des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit promovierte er 1992 zum Thema Aids.

Ab 1989 bis zu seinem Tod arbeitete er als wissenschaftlicher Angestellter und Psychotherapeut in der Psychologisch-psychotherapeutischen Beratungsstelle des Studentenwerks Berlin. Dort wurde er von seinen KolleginnenundPatientInnen sehr geschätzt. Thomas Busch vertrat seine Institution und ihre Arbeit auf vielen Kongressen und Tagungen und trat insbesondere mit einer körperpsychotherapeutischen Auseinandersetzung zur Prüfungsangst hervor. Seine empathische, kreative, integrative und innovative Art und Arbeitsweise traf auf Zuspruch und Anerkennung. Seit 1986 bis zu seinem Tod war er auch als niedergelassener Psychotherapeut, mit Kassenzulassung für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, tätig.

Sein Tod ist nicht nur ein schwerer Verlust für seine Familie – seine Frau, Angela Hofmeister, und seine beiden Kinder Felix (19 J.) und Sophie (12 J.) – und seine Freunde, sondern auch für die Körperpsychotherapie, für die er sich seit über 20 Jahren sowohl in Theorie als auch Praxis unermüdlich eingesetzt hat. Auch die Berliner Psychotherapeutenkammer verliert ein engagiertes und sehr kompetentes Mitglied. In den Herzen aller Freunde, vieler Kollegen und Patienten wird er weiter leben.

Manfred Thielen

Netzwerke bilden – Versorgungslücken schließen
Auftaktveranstaltung des Berliner Bündnisses gegen Depression

Das ‚Berliner Bündnis gegen Depression' und die Auftaktveranstaltung kamen vor der im Folgenden skizzierten Ausgangssituation zustande: *„Richtige Diagnose erst nach sieben Jahren. Unbefriedigend ist, dass psychische Erkrankungen in Deutschland vielfach nicht erkannt und erst nach durchschnittlich sieben Jahren richtig diagnostiziert werden. Erst dann beginnt die richtige Behandlung der eigentlichen Krankheitsursache."*[1] Laut „DAK Gesundheitsreport 2005" steigen psychische Erkrankungen in Deutschland dramatisch an: von 1997 bis 2004 um 70 %, in Berlin sogar überproportional. ***„Gesundheitspolitisch müssen wir diese Besorgnis erregende Entwicklung in den Fokus rücken und Prävention und Versorgungsqualität optimieren"***[2], so Herbert Rebscher, der DAK-Vorstandsvorsitzende. Einen äußerst bedeutsamen Anteil am Anstieg psychischer Erkrankungen haben die verschiedenen depressiven Störungsbilder. Auch davon ist Berlin besonders betroffen.

Betroffene erkennen oft nicht, dass sie an einer Depression leiden, sondern gehen – wenn überhaupt – davon aus, dass sie körperlich krank sind. Oft trauen sie sich etwa aus Scham nicht, Hilfsangebote anzunehmen. Selbst wenn sie hausärztlich betreut werden, stehen oft und allzu lang diffuse somatische Beschwerden im Vordergrund der medizinischen Behandlung. Die depressive Grunderkrankung wird übersehen. Zudem fehlen schlüssige Konzepte, der vorhandenen Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungssysteme für diese Zielgruppe. Oft dauert es Jahre bis ein angemessenes Hilfsangebot gefunden und erfolgreich genutzt wird.

Daher fördert die Europäische Kommission ein europaweites Interventionsprogramm, um die Versorgung depressiver Patienten zu verbessern. Mit der Auftaktveranstaltung am 19. Mai hat sich in Berlin ein offenes Netzwerk mit dem Ziel zusammengefunden, Versorgungslücken zu thematisieren, vorhandene Versorgungskonzepte zu bündeln und gemeinsam Lösungsstrategien zu entwickeln. Teilnehmer waren die St. Hedwig-Kliniken der Charité, die Berliner Psychotherapeutenkammer, der KBS e.V. mit dem Berliner Krisendienst Region Mitte, der Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin e.V., der Verein Berliner Nervenärzte e.V., der Sozialpsychiatrische Dienst des Bezirks Mitte, KommRum e.V., der Ange-

1 Netzwerk für die kranke Psyche: DAK-Magazin fit! 3/2006, S. 33
2 DAK Gesundheitsreport 2005 - im Auftrag der DAK erstellt durch das IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH Berlin

hörigenverband Psychisch Kranker LV Berlin e.V. und SEKIS. Da mehr Anmeldungen als erwartet eingingen, mussten kurzfristig Räume für bis zu 500 Teilnehmer organisiert werden. Über 300 von ihnen waren Mitglieder der Berliner Psychotherapeutenkammer. Das spricht fachlich für unsere hohe Fortbildungs-, Kooperations- und Auseinandersetzungsbereitschaft mit dem „Bündnis gegen Depression".

Die Grußworte des Präsidenten der Psychotherapeutenkammer Berlin, Michael Krenz, des Chefarztes des PUK Charité im SHK, Dr. Dieter Kunz, und des Berliner Landesbeauftragten für Psychiatrie, Heinrich Beuscher, zeigten sehr viel Offenheit für das Thema Depression (Anspruch). Die Beiträge der Praktiker verdeutlichten, wie schwierig es in der Praxis ist, sich diesem Problemfeld zu stellen und für die verschiedenen Zielgruppen eine angemessene Versorgung sicherzustellen (Wirklichkeit des Versorgungsalltags).

Die Vorträge der Praktiker zeigten durchgehend und unabhängig von Berufsgruppen und Einrichtungen, dass die jeweiligen Versorgungspartner (Krankenhäuser, niedergelassene Psychiater, Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten, ambulant-psychiatrische Einrichtungen, Beratungsstellen, Selbsthilfeeinrichtungen) sich hinsichtlich der Behandlung, der Beratung, der Betreuung und der Selbsthilfemöglichkeiten wenig aufeinander beziehen. Es wird wenig kooperiert, das Wissen und die Hilfsmöglichkeiten des jeweils anderen Bereichs werden kaum für das eigene Handeln genutzt. So entstand der Eindruck, dass in dem Hilfesystem allzu oft einzelne Anbieter ihre Leistung nur für sich definieren und erbringen. Mal konnte man mit Patienten das eigentlich professionell Erforderliche nicht wirklich tun, weil das Abrechnungssystem es verhindert, mal vergaß man über der Darstellung der Wirksamkeit des eigenen psychotherapeutischen Verfahrens, dass der Patient, um den es ging, auch mit Medikamenten behandelt wurde, die man vielleicht (mit einer anderen Berufsgruppe kooperierend?!) hätte stärker berücksichtigen müssen. Vor allem wurde deutlich, dass mit Psychotherapie, wie wissenschaftlich gut belegt ist, Depressionen erfolgreich behandelt werden können.

Auch bei der anschließenden Podiumsdiskussion „Was ist möglich und was ist nötig?" zeigte sich in den Beiträgen des Publikums eine erschreckende Diskrepanz zwischen Anspruch und Versorgungswirklichkeit. Eine klientenzentrierte Kooperation im Netzwerk war entgegen dem theoretischen Anspruch für keinen der referierenden Praktiker ein bestimmendes Thema. Es gibt viel zu tun, bis wir ein angemessenes Versorgungssystem für depressiv erkrankte Menschen aufgebaut haben werden.

Das Bündnis gegen Depression geht bei der Gestaltung eines Netzwerks davon aus, dass es in Berlin ein vergleichsweise sehr gut ausgebautes System der medizinischen, psychotherapeutischen, psychiatrischen und psychosozialen Versorgung gibt – vom stationären bis zum ambulanten Bereich. Es ist daher kaum zu erwarten, dass trotz der Zunahme depressiver Erkrankungen zusätzliche Versorgungsbausteine hinzukommen und finanziert werden. Daher wird man die vorhandenen Strukturen der Gesundheitsversorgung nur mit gezielten Maßnahmen dazu bewegen können, sich stärker als bisher den steigenden Diagnosezahlen „Depression" zu öffnen. Will man für Berlin eine verbesserte Versorgung für depressiv Erkrankte erreichen, müssen sich möglichst alle entsprechenden Einrichtungen und Dienstleister der Stadt an dieser Aufgabe beteiligen.

Möglichkeiten nutzen – Grenzen erkennen.

Zu berücksichtigen ist, dass Berlin es in wenigen Jahren modellhaft geschafft hat, sich erfolgreich von „der psychiatrischen Bettenburg der Nation" an die Spitze der bundesdeutschen Statistik zu setzen (von 1,4 auf jetzt ca. 0,6 Betten auf 1.000 Einwohner). Eine Entwicklung, die sich quantitativ und – wie der Vergleich mit Hamburg und Bremen zeigt – auch hinsichtlich der Versorgungsqualität sehen lassen kann. Diese Entwicklung hat für die ambulant-psychiatrische und psychosoziale Versorgung bis hin zu niedergelassenen Psychotherapeuten eine besondere Bedeutung. Die früher stationär versorgten chronisch psychisch Kranken bestimmen heute – und auch zukünftig – sehr stark die Praxis der ambulanten Einrichtungen. Eine Öffnung dieser Einrichtungen für neue Zielgruppen wie Depressive – soweit sinnvoll und möglich – muss sehr umsichtig und bewusst gesteuert werden, will man nicht einem Verdrängungswettbewerb unterschiedlich psychisch Erkrankter Vorschub leisten.

Die offensichtliche Fehl- und Unterversorgung von depressiv Erkrankten kostet alle Kostenträger sehr viel Geld – das erkennen zunehmend zumindest die Krankenkassen. Dennoch macht sich das Berliner Bündnis keine Illusionen darüber, dass sich die Finanzdecke für fachgerechte therapeutische Leistungen als zu „kurz" erweisen wird. Es wird sich – wie in der Podiumsdiskussion – immer die Frage stellen: Was ist möglich und nötig? Deshalb sollten wir uns den neuen Herausforderungen offensiv stellen und Optimierungsmöglichkeiten suchen, Steuerung und Kooperation fachgerecht verbessern. Sonst werden es Krankenkassen und Politiker tun!

Wir haben nett getagt – nun ist alles in Ordnung? Ganz sicher nicht! Die Auftaktveranstaltung war ein großer Erfolg, weil die Probleme der Versorgung sehr deutlich werden konnten. Eine Arbeitsgruppe wird nun die Auftaktveranstaltung auswerten und systematisch Lösungsmodelle und Umsetzungsstrategien zur Verbesserung der Versorgung depressiver Menschen zum Thema erarbeiten. Es war eine wichtige Veranstaltung, der konkrete Veränderungen folgen müssen, um zu sagen: Die Berliner Versorgungslandschaft entwickelt sich klientenzentriert zu einem network in progress. Gerd Pauli

Redaktionsteam

Ch. Stößlein, I. Brombacher, P. Isaac-Candeias, Dr. W. Knobbe, Dr. Th. Lecher, U. Meybohm, R. Mrazek, Dr. M. Thielen.

Geschäftsstelle

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

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie:

Wann wird Versorgungsnotlage in Nord und Bremerhaven endlich gelindert?

Mehrfach hatte die Psychotherapeutenkammer Bremen in der Vergangenheit auf Engpässe in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen insbesondere in Bremen-Nord und Bremerhaven hingewiesen. Bremerhaven als Stadt und das abgegrenzt von Bremen-Stadt liegende Bremen-Nord mit den Stadtteilen Burg, Lesum, Vegesack, Blumental, Farge umfassen jeweils etwas über 100.000 Einwohner.

Ein Antrag eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit dem Verfahren Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie auf Sonderbedarfszulassung veranlasste die Kammer, erneut dieses Anliegen argumentativ zu unterstützen. In einem Schreiben des Kammerpräsidenten Karl Heinz Schrömgens an den Vorsitzenden des Zulassungsausschusses von Seite der Krankenkassen Peter Kurt Josenhans ging es zunächst der Frage nach, ob in Bremen-Nord ein besonderer Versorgungsbedarf bestehe.

„Bei Bremen-Nord handelt es sich um einen Teil eines großstädtischen Planungsbereiches. In einer Stellungnahme vom 5.10.2004 hat die Psychotherapeutenkammer Bremen für Bremen-Nord anhand von wissenschaftlichen Prävalenzuntersuchungen nachgewiesen, dass in dieser Region ein besonderer Versorgungsbedarf besteht. In dieser Stellungnahme wird davon ausgegangen, dass ca. 8 % der Kinder und Jugendlichen aktuell behandlungsbedürftig sind. In einer Antwort der Bundesregierung auf eine Parlamentsanfrage vom 20.04.2006 werden 5 % der Kinder und Jugendlichen als „unbedingt behandlungsbedürftig" bezeichnet. Bei einer Zahl von ca. 13.200 Kindern (0-14 Jahre) in Bremen-Nord ergeben sich, legt man die konservativere Prozentzahl der Bundesregierung zugrunde, daraus für diesen Stadtbezirk 660 unbedingt behandlungsbedürftige Kinder. Dem stehen nach den Listen der KV gegenwärtig lediglich ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und eine Psychologische Psychotherapeutin mit einer Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche zur Verfügung. Diese sind, selbst bei vollzeitiger Auslastung, bei weitem nicht in der Lage, eine solch hohe Zahl von Kindern psychotherapeutisch zu versorgen."

Weiter wurde darauf hingewiesen, dass sieben Kinderärzte, ein Kinderpsychiater, zwei mit Kindern arbeitende Psychotherapeuten und die Erziehungsberatungsstelle in Bremen-Nord den erheblichen Notstand bestätigt und von Wartezeiten berichtet haben, die über einem Jahr liegen. Zusätzlich wurden die großen Entfernungen von Bremen-Nord zu Bremen-Stadt, insbesondere zu den Stadtbezirken Schwachhausen und Östliche Vorstadt, in dem die meisten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten niedergelassen sind, angeführt. Sie betragen im Durchschnitt 30 km. Für Kinder sei diese Entfernung ohne Begleitung nicht zumutbar. In der obigen Berechnung seien Jugendliche zwischen 14 und 18 ausdrücklich nicht einbezogen worden, da diesen durchaus längere Wegezeiten zumutbar sind. Dies habe zur Folge, dass insbesondere Kinder aus sozial belasteten Familien den Weg wegen des hohen zeitlichen und finanziellen Betreuungsaufwandes zum Kinderpsychotherapeuten nicht finden.

Das Dargelegte zeige, dass in Bremen-Nord als Teil eines großstädtischen Planungsbezirkes ein lokaler Versorgungsbedarf besteht und dass dieser für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen spezifiziert werden kann. Deshalb könne und müsse im Interesse der behandlungsbedürftigen Kinder nach Ziffer 24 Satz 1, Bedarfsplanungs-Richtlinien Ärzte der Zulassungsausschuss tätig werden.

Schon vorgemerkt?

Samstag 30.9.06 – 20.00 Uhr

Kammertanznacht

aller Bremer Psychotherapeuten

Haus im Park, Klinikum Ost.

Eintrittskarten gibt's in der Geschäftsstelle der Kammer

Tel. 0421 27 72 000

Fax 0421 277 2002

Da bisher in Bremen für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Sonderbedarfszulassungen hartnäckig verweigert wurden, wies Schrömgens zum Ver-

gleich auf den KV-Bezirk Hamburg hin, der in der Vergangenheit mehrfach Sonderbedarfszulassungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgesprochen hatte. Er legte dezidiert das dort entwickelte Procedere dar. Hamburg sei insofern vergleichbar, da es sich um eine Großstadt mit nur einem Zulassungsbezirk handelt.

Ein ähnlich lautendes Schreiben wurde auch an den stellv. KV-Vorsitzender Günter Scherer gesandt. In anschließenden Gesprächen wurde einerseits deutlich, dass in KV und Kassen die Notlage in der Versorgung von Kindern erkannt wird. Andererseits zeigte sich eine erhebliche Hemmung, das Instrument „Sonderbedarfszulassung" anzupacken. Im Zulassungsausschuss führte dies dazu, dass dem Antrag auf Sonderbedarfszulassung zunächst nicht stattgegeben wurde. Gleichzeitig wurde signalisiert, dass man in gemeinsamen Anstrengungen nach anderen Lösungswegen suchen wolle, um die Minderversorgung in den angesprochenen Gebieten zu lindern.

Quo vadis, KV Bremen?

Kassenärztliche Vereinigung vernichtet psychotherapeutischen Kassensitz

„Förderung der vertragsärztlichen Versorgung", unter diesem Tagesordnungspunkt verbarg sich auf der Vertreterversammlung der KV Bremen im vergangenen Mai ein heißes Eisen. Denn die 1,2 Millionen Euro, die unter diesem Punkt aus Überschüssen des KV-Verwaltungshaushaltes in einen sogenannten Sicherstellungsfond eingespeist werden, dienen vor allem dem Aufkauf von Vertragsarztsitzen, vorzugsweise psychotherapeutischen Sitzen, um sie anschließend stillzulegen. § 105. Abs. 3 SGB V erlaubt nämlich den Kven bei Praxisabgebern, die das 62 J. vollendet haben, „finanzielle Anreize" zu bieten, um einen Kassensitz nicht erneut auszuschreiben.

Nachdem im vergangenen Jahr die KV mit einem solchen Vorhaben scheiterte, weil der psychotherapeutische Praxisabgeber sich nicht auf einen solchen Handel einließ, hatte die KV in diesem Jahr Erfolg. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin ließ sich den Verzicht auf die Neuausschreibung von der KV versilbern. In die Röhre schaute der psychotherapeutische Nachwuchs, der sehnlich auf jeden frei werdenden vertragspsychotherapeutischen Sitz wartet.

Pro und Contra in der Diskussion

Die Pro- und Contraargumente, auf der Kammerversammlung im Mai zur Diskussion gestellt, ergaben ein eindeutiges Ergebnis. Einstimmig sprach sich die Kammerversammlung gegen ein solches Vorgehen aus. Der Kammervorstand wurde beauftragt, einerseits mit dem KV-Vorstand das Gespräch zu suchen, andererseits aber die Kammerangehörigen zu informieren und aufzuklären. Ziel: Zu verhindern, dass weitere Sitze aus der Versorgung psychisch kranker Menschen abgezogen werden.

Was sind die Hintergründe für diese Politik in der KV? Die Planungsbezirke Bremen (167 %) und Bremerhaven (120 %) gelten nach der Bedarfsplanung als sogenannte überversorgte Gebiete, obwohl alle Prävalenz-Untersuchungen zu psychischen Erkrankungen dies ad absurdum führen. Da die Vertragspsychotherapeuten im Rahmen des gestützten Punktwertes für genehmigungspflichtige Psychotherapie-Leistungen diese als Vorwegabzug aus dem Fachärztetopf im Rahmen des bremischen Honorarverteilungsvertrages erhalten, drängen die Fachärzte darauf, diese Summe zu verringern. Wenn die psychotherapeutischen Sitze sich verringern, reduzieren sich auch die abgerechneten Leistungen. Das ist die einfache Rechnung.

Da im Rahmen der Eckpunkte zur Gesundheitsreform und der Entwurf zum neuen Vergütungssystem seitens der KBV ebenfalls seit kurzem von Ab- bzw. Zuschlägen in über- bzw. unterversorgten Gebieten die Rede ist, tauchen jetzt auch Stimmen unter Psychotherapeuten auf, denen der eigene Geldbeutel näher als eine hochstehende psychotherapeutische Versorgung zu sein scheint. Dabei muss man wissen, dass die Ab-/Zuschläge sich nicht auf Einzelleistungen beziehen, die im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie weiterhin entsprechend den BSG-Urteilen vergütet werden müssen, sondern lediglich auf pauschalisierte Vergütungen im Rahmen der Kapitel 22 u. 23 des neuen EBM.

Gründe für den Erhalt aller Sitze

Die Kammerversammlung ließ sich in ihrem Votum für den Erhalt der psychotherapeutischen Kassensitze vor allem von zwei Argumenten leiten:

1. Das Psychotherapeutengesetz wurde verabschiedet, um die eklatanten Missstände in der psychotherapeutischen Versorgung zu reduzieren. Seit 1999 wiederholen sich von Jahr zu Jahr die Nachrichten über die Zunahme von psychischen Erkrankungen. Dies belegte nicht zuletzt der zusammenfassende Bericht von Bremer Gesundheitswissenschaftlerinnen im Psychotherapeutenjournal 2/2006. Im Interesse der Aufrechterhaltung einer hochstehenden psychotherapeutischen Versorgung darf es nicht zu einer Verringerung von Versorgungsangeboten kommen.

2. Der Erhalt der vorhandenen Vertragsarztsitze dient zugleich der Förderung des psychotherapeutischen Nachwuchses, denn jeder Kassensitz, der wegfällt, vernichtet einen psychotherapeutischen Arbeitsplatz. Es kann in niemanden Interesse liegen, wenn die Attraktivität des psychotherapeutischen Berufes, die schon durch die enormen Ausbildungsbelastungen geschmälert ist, weiter gesenkt wird.

3. Im Rahmen neuer Versorgungsformen können die vorhandenen psychotherapeutischen Praxissitze genutzt werden, um neue Modelle zu entwickeln, die zu integrierten Versorgungsangeboten führen, um zum Beispiel in der Depressionsbekämpfung, eine der großen Volkskrankheiten, neue Wege gehen zu können.

Aufruf an alle Bremer Vertragspsychotherapeuten

Die Psychotherapeutenkammer ruft alle in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung tätigen Kolleginnen und Kollegen auf:

- Nutzen Sie beim Erreichen der Altersgrenze, bei Berufsunfähigkeit, Krankheit oder vorzeitigem Ruhestand ihr Recht auf Neuausschreibung und Verkauf ihres Praxissitzes.
- Setzen Sie sich mit der Psychotherapeutenkammer in Verbindung. Teilen Sie rechtzeitig Ihre Absicht, Ihren Kassensitz aufzugeben, mit. Wir beraten Sie gerne, auch bei der Ermittlung eines angemessenen Verkaufspreises.
- Nutzen Sie die Möglichkeit der Entlastungsassistenz, sollten Sie längerfristig erkranken.. Bedenken Sie, dass ihr Sitz an Wert verliert, wenn Sie über einen längeren Zeitraum keine Praxistätigkeit durchführen.

Veränderungsprozesse in Kliniken und Institutionen – Folgen für Psychotherapeuten?

Gemeinsame Angestelltentagung der Kammern Bremen und Niedersachsen stieß auf breite Resonanz

Über 100 angestellte und beamtete Kammermitglieder konnte der Bremer Kammerpräsident Karl-Heinz Schrömgens am 23.6.06 in Bremen begrüßen, die sich zum neuen Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TVöD) sowie zu den Veränderungsprozessen im Krankenhausbereich und zu arbeitsrechtlichen Fragen informieren wollten.

Gespannte Aufmerksamkeit unter den Teilnehmern der Angestelltentagung

Nach einem Grußwort von Dr. Schöfer, Referatsleiter beim Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, führte der Angestelltenvertreter im Bremer Kammervorstand Axel Janzen in das Thema ein und erläuterte die Grundzüge des TVöD, der zum 1.11.06 für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Öffentlichen Dienstes gelten wird.

Auch wenn der Tarifabschluss für einige Kolleginnen und Kollegen hinter den Erwartungen zurückblieb, verwies er auf die schwierige Streiksituation insbesondere im Bereich der Landesbediensteten und auf den Erhalt des Flächentarifvertrages, auf den Beschäftigte in privatisierten Bereichen neidvoll blicken. Neben der Darstellung des gesellschaftlichen Hintergrunds bei der Neugestaltung des Tarifrechts im Öffentlichen Dienst stellte Axel Janzen die wesentlichen Eckpunkte des Tarifvertrages dar. Bei der bis zum 1.11.06 zu verhandelnden Übergangesregelung bzgl. der Eingruppierung besteht die Hoffnung, dass die vorhandenen Beschäftigten in die Entgeltgruppe 14 (entsprechend bisher BAT 1b) eingruppiert werden können, was die Bundesfachkommission auch als zukünftige Entgeltgruppe für PP/KJP fordert.

Besonders spannend war der Vortrag des Organisationsberaters Peter Brückner-Bozetti, der über ‚Umwandlungsprozesse in Krankenhäusern aus Sicht eines Beraters' referierte. Herr Brückner-Bozetti, der über große Erfahrung mit den unterschiedlichsten Um- und Restrukturierungen im Krankenhausbereich verfügt, sprach über die Hintergründe der Umwandlungsprozesse wie Kostensteigerung, rückläufige Fallzahlen im stationären Bereich, DRGs, steigender Investitionsbedarf, Wettbewerb und über die sich daraus ergebenden Vorstellungen zukünftiger stationärer und psychiatrischer Versorgung. Als Konsequenz für die Beschäftigten in diesen Einrichtungen formulierte er fünf Thesen:

- der Wandel wird elementarer Bestandteil in psychiatrischen Einrichtungen;
- Privatisierung, ökonomischer Druck etc. prägen zunehmend auch die psychiatrische Versorgung;
- die Beschäftigungsverhältnisse sind nicht mehr sicher;
- der Psychotherapeut der Zukunft ist nicht mehr Angestellter, sondern Freiberufler, eingebettet in psychiatrische Versorgungsnetze;
- angestellte Psychotherapeuten brauchen neue Interessenvertretungsstrukturen.

Abschließend stellte Rechtsanwalt Dieter Dette die arbeitsrechtlichen Bedingungen und Konsequenzen bei Umstrukturierungen im Öffentlichen Dienst dar, die er angesichts vieler konkreter Nachfragen auch im Einzelfall erläuterte.

In der anschließenden Diskussion ging es insbesondere um die von Herrn Brückner-Bozetti aufgeworfene Frage nach neuen Interessenvertretungsstrukturen, mit und in denen Psychotherapeuten ihre Qualifikation deutlich machen können. Dabei können, sollten und müssten die Kammern neben Gewerkschaften, Fachverbänden etc. eine angemessene Rolle und Verantwortung übernehmen. Dabei wäre eine „Supervision" mit Außenstehenden, wie Organisationsberatern, eine sich aufzwingende Perspektive.

Der Kammerpräsident der Niedersächsischen Kammer Dr. Lothar Wittmann konnte in seinem Schlusswort auf eine interessante Veranstaltung zurückblicken. Der Erfolg spreche für eine weitere Zusammenarbeit der beiden Kammern auch im Rahmen größerer Veranstaltungen für die angestellten und beamteten Kammerangehörigen. Entsprechende Planungen wurden schon begonnen.

AK Notfall-Psychotherapie im Land Bremen

Der am 28.02.06 gegründete AK „Notfall-Psychotherapie im Land Bremen" (s. Bericht in der PTJ-Ausgabe 2/2006) traf sich am 28.03.06 zur weiteren Planung. Die mitarbeitenden Kammervorstandsmitglieder Axel Janzen und Helga Friehe-Rüdebusch luden daraufhin den Leiter des im November 2005 in Bremen gegründeten „SEG-KIT" (Schnelleinsatzgruppe Krisenintervention), Herrn Pastor Walther, sowie den Polizeipsychologen, Herrn Karm, zu einem ersten gemeinsamen Austausch mit dem AK zum 30.05.06 in die Kammergeschäftsstelle ein. Anwesend waren außerdem der Kammerpräsident Karl-Heinz Schrömgens sowie die AK-Mitglieder Ingrid I. Koop und Rahel Schüepp.

Herr Pastor Walther informierte zunächst den AK über Entstehung und Aufgabengebiete des „SEG-KIT" sowie über die Zusammenarbeit mit bestehenden Notfalleinrichtungen. Eine Notfallseelsorge gibt es in Bremen erst seit Mitte der neunziger Jahre, neben hauptamtlichen Kirchenmitarbeitern gibt es auch mehrere Ehrenamtliche, die mittlerweile alle psychotraumatologische Fortbildungen absolvieren (z.B. habe es im Mai schon 16 Notfall-Einsätze gegeben). Die Notfalleinsätze werden mittlerweile in der Feuerwehrleitstelle koordiniert, um Mehrfacheinsätze zu verhindern und gezielt Hilfe einsetzen zu können. Zusätzlich sind außer der Feuerwehr an diesen Notfalleinsätzen der „SEG-KIT" natürlich die Polizei sowie DRK und ASB beteiligt. Es seien Konzepte z.B zu Großlagen-Katastrophen und Massenunfallversorgungen erarbeitet worden. Darin werden jeweilige Bedarfe festgestellt, Hilfe verteilt und das „Care"-Projekt angewendet. Das beinhaltet: Mitbetroffene nicht allein lassen, mit nötigen Infos versorgen, Gefühle vermitteln, z.B wie werde ich ernst-/wahrgenommen, etc.

Von den AK-Mitgliedern sowie Herrn Pastor Walther wurde daraufhin nochmals das *gemeinsame* Interesse an Hilfen, speziell psychischer Hilfe, in Notfalllagen festgestellt. Gleichzeitig wurde von den AK-Mitgliedern aber auch betont, dass unser Berufsstand der Psychologischen Psychotherapeuten überwiegend für die psychische *Nachsorge* nach traumatischen Ereignissen bereit stehen sollte, da dort weiterhin eine Unterversorgung besteht und somit Konkurrenzsituationen weitgehend vermieden werden können. Es wurde von Seiten der Kammer die Aktualisierung der bereits bestehenden Bremer Notfall-Psychotherapie-Liste und deren Hinterlegung bei den „SEG-KIT"- Beteiligten angekündigt. Beide Seiten betonten ihr Interesse an einem weiteren regelmäßigen Austausch, um die Zusammenarbeit auszubauen.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Frank Bodenstein, Helga Friehe-Rüdebusch, Axel Janzen, Hans-Otto Platte, Hilke Schröder, Karl Heinz Schrömgens,

Geschäftsstelle:

Psychotherapeutenkammer Bremen
Hollerallee 22,
28209 Bremen
Fon: 0421 / 27 72 000
Fax: 0421 / 27 72 002
Verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de
Geschäftszeiten:
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Aktuelle Informationen des Vorstands

Hamburger Psychotherapeutentag

Wie schon in der letzten Ausgabe angekündigt, findet am 7. Oktober 2006 der 1. Hamburger Psychotherapeutentag zum Thema: „Glück und Psychotherapie – Auf der Suche nach einem großen Gefühl" statt. Mitte August ist an alle Kammermitglieder eine schriftliche Einladung mit angehängtem Anmeldeformular verschickt worden. Dieser Einladungsflyer und das genaue Programm sind zusätzlich auch auf der Homepage der PTK-Hamburg (www. ptk-hh.de) verfügbar. Falls Sie sich noch nicht angemeldet oder die Unterlagen verlegt haben, können Sie von der Homepage alles aktuell herunterladen.

Änderungen am Kammergesetz und Genehmigung von Satzungen

Im Zuge der Beratungen in der Hamburger Bürgerschaft zum neuen, am 20.12. 2005 in Kraft getretenen einheitlichen Hamburger Kammergesetz für die Heilberufe war die Frage der Pflichtmitgliedschaft von Juristischen Personen (z.B. Medizinische Versorgungszentren in der Rechtsform der GmbH) offen geblieben. Die Bürgerschaft hat mit einem sog. „Bürgerschaftlichen Ersuchen" die Behörde für Soziales, Gesundheit, Familie und Verbraucherschutz um Vorlage eines Lösungsvorschlags bis zum Jahresende 2006 gebeten. Diese Änderung wird um ca. sechs Monate verschoben und zusammen mit anderen, ebenfalls nötigen Gesetzesänderungen (u.a. der gesetzlichen Regelung der Weitergabe der Approbationsdaten der Behörde an die Kammern) erfolgen.

Die in Folge des zum 20.12.2005 geänderten Kammergesetzes notwendigen Satzungsänderungen sind erfolgt und genehmigt. Dies betrifft die Hauptsatzung und die Wahlordnung. Zusätzlich sind eine Novellierung der Berufsordnung und die Ethiksatzung in Kraft getreten. Damit steht jetzt nur noch die Verabschiedung der Schlichtungsordnung aus.

Mit dieser Ausgabe des PTJ erhalten alle Hamburger Kammermitglieder diese geänderten Satzungen in Form einer Beilage zugesandt.

Notfallpsychotherapeutischer Dienst bei der Fußballweltmeisterschaft

Die PTK-Hamburg hatte in Zusammenarbeit mit dem Kriseninterventionsteam des DRK-Hamburg einen Notfallpsychotherapeutischen Dienst angeboten, der glücklicherweise nicht ein einziges Mal zum Einsatz gekommen ist. Der Vorstand bedankt sich ganz herzlich bei den 24 Kammermitgliedern, die sich bereit erklärt hatten, an bestimmten Tagen rund um die Uhr zur Verfügung zu stehen.

Modellprojekt „Bessere Koordination der Hilfesysteme bei sexuellem Missbrauch von Minderjährigen durch Minderjährige"

Die Hamburger Bürgerschaft befasst sich auf Basis eines Antrages der CDU-Fraktion seit 2005 mit der Schaffung eines solchen Modellprojektes. Hierbei ist auch die Frage der Therapieangebote für Opfer und minderjährige Täter durch PsychotherapeutenInnen aufgeworfen worden. Mit einer aktuellen großen Anfrage der CDU-Fraktion in der Bürgerschaft vom 26. Juni soll das Hilfsangebot in den verschiedenen Sektoren erfasst und sodann ein Modellprojekt zur Verbesserung der Koordination und besseren Ausgestaltung des Hilfeangebots initiiert werden. Dieses Modellprojekt steht im Zusammenhang mit der Hamburger Bundesratsinitiative für vernachlässigte Kinder, die in der vorletzten Bundesratssitzung vor der Sommerpause mit einer Änderung vom Bundesrat angenommen wurde. Die Bundesregierung ist jetzt aufgefordert, in diesem Bereich den Rahmen für Modellvorhaben zu konzipieren, der in den Bundesländern durch spezifische Projekte ausgefüllt werden sollen. In einem Gespräch zwischen Prof. Richter und der Bundestagsabgeordneten Antje Blumenthal hat diese angedeutet, dass der Koalitionsausschuss dies bis Ende des Jahres fertig gestellt haben wollte.

Fortbildung im Bereich Drogen & Sucht

Der Senat hat öffentlich finanzierte Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe erheblich reduziert. Die dabei entstehenden Versorgungslücken können natürlich nicht einfach dadurch geschlossen werden, dass die niedergelassenen Hamburger PsychotherapeutInnen die Behandlung von Drogen- und Suchtmittelabhängigen übernehmen, wie Hamburger Politiker es nun fordern. Die niedergelassenen KollegInnen sind allermeist ausgelastet und es geht nicht an, entstehende Ver-

sorgungslücken zu füllen und dadurch neue Versorgungslücken bei anderen Patientengruppen hervorzurufen. Wenn die psychotherapeutische Behandlung dieser Klientel durch ambulante PsychotherapeutInnen erfolgen soll, dann müssen auch neue Kassenzulassungen erfolgen.

Gleichwohl könnte, wie eine Umfrage unter unseren Mitgliedern gezeigt hat, durch Fortbildungsmaßnahmen die Akzeptanz zur Behandlung von Drogen- und Suchtmittelabhängigen im ambulanten Bereich gestärkt werden. Der Vorstand der PTK-Hamburg hat deshalb mit dem Suchtpräventionszentrum des UKE wegen einer ersten Fortbildungsmaßnahme für Psychologische Psychotherapeuten Kontakt aufgenommen. So eine Fortbildung könnte sich an die aus dem ärztlichen Bereich bekannte Fortbildung „Fachkunde Sucht" anlehnen und speziell an die Vorkenntnisse und „institutionellen" Besonderheiten von niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten angepasst werden. Gedacht ist bisher an Wochenend- und Abendseminare im Gesamtumfang von ca. 50 Stunden, die durch Praktikaphasen in einer klinischen Suchteinrichtung ergänzt werden können.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Psychotherapeutenkammer Hamburg lädt Sie herzlich zum Hamburger Psychotherapeutentag 2006 ein. In Vorträgen und Workshops wird den Ansprüchen und Zielvorstellungen auf Glück und auf die Minderung von Unglück nachgegangen, wie sie sich für PatientInnen und TherapeutInnen im psychotherapeutischen Prozess präsentieren und wie damit umgegangen werden kann. ReferentInnen aus verschiedenen Arbeitsgebieten und mit verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen beschäftigen sich und uns mit dem Glück.

Hamburger Psychotherapeutentag 2006

„Glück und Psychotherapie"

Auf der Suche nach einem großen Gefühl

am Samstag, den 07. Oktober 2006, von 9.30 bis 17.30 Uhr

Universitätsgebäude Edmund-Siemers-Allee 1,
(gegenüber Dammtorbahnhof)

Veranstalter: Psychotherapeutenkammer Hamburg,
Curschmannstrasse 9, 20251 Hamburg,

Programm und Anmeldung: Das vollständige Programm samt Anmeldebogen finden Sie leicht auf unserer Homepage (www.ptk-hh.de). Sie erhalten es auch über unsere Geschäftsstelle (Tel. 42101234, E-mail: info@ptk-hh.de). Die Teilnahmegebühr beträgt 40.- €.

Einige Plätze sind noch frei.

Information und Begleitung bei der Praxisübergabe

In jüngster Vergangenheit sind immer wieder Praxissitze von Kammermitgliedern zurückgegeben worden, die damit verfallen sind. Ursache ist meistens Unwissenheit. Die PTK-Hamburg hat daher in den vergangenen Wochen alle Kammermitglieder, die älter als 60 sind, angeschrieben und Beratung für die geordnete Praxisnachfolge angeboten. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in diesem Alter wurden zusätzlich zu einer Informationsveranstaltung im September eingeladen, um in diesem stark unterversorgten Segment sehr frühzeitig abgabewillige Kammermitglieder und jüngere KollegenInnen zusammenzuführen. Für die Psychologischen Psychotherapeuten ist eine entsprechende Informationsveranstaltung für Anfang Dezember in Vorbereitung. Bei dem Beratungsangebot sollen auch die Änderungen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vermittelt und auf mögliche Chancen, aber auch auf Risiken hingewiesen werden.

Bereits jetzt würde sich die Kammergeschäftsstelle freuen, wenn seitens der Mitglieder Fragen und Anregungen zu diesem Thema eingereicht werden könnten, um eine optimale Vorbereitung zu gewährleisten.

Umstellung der Studienabschlüsse auf Bachelor/Master

Zwischenzeitlich hat ein Gespräch mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW, FB Soziale Arbeit) bezüglich der Umstellung der Abschlüsse auf BA/MA stattgefunden. Im Ergebnis hat die HAW mitgeteilt, dass sie zum WS 2006/2007 den Studiengang „Soziale Arbeit" (früher Sozialpädagogik) auf 7-semestrige Bachelor-Abschlüsse umstellen wird. Das Angebot von Master-Studiengängen soll im SS 2008 folgen. Es wurde vereinbart, über die Ausgestaltung der Inhalte des Masterstudienganges eine gemeinsame Konferenz unter Einbeziehung des zuständigen Lehrkörpers der HAW durchzuführen.

PiA in der Hamburger PTK: Hintergrund, Ziele und Aktivitäten

Von Mike Mösko, PiA-Sprechergruppe der PTK-Hamburg

Die Änderung des Hamburgischen Gesetzes für die Heilberufe hat ermöglicht, dass mit Beginn dieses Jahres in Hamburg Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) der Psychotherapeutenkammer Hamburg beitreten können. Diese Mitgliedschaft ist freiwillig und räumt den PiA erstmals in Deutschland

umfangreiche Partizipationsmöglichkeit ein. Neben einer kostenlosen Mitgliedschaft hat die PTK-Hamburg ihre neue Mitgliedergruppe mit dem aktiven und passiven Wahlrecht ausgestattet.

Bis zum Juni 2006 sind 104 PiA der PTK-Hamburg beigetreten. Nach internen Berechungen entspricht dies ca. einem Viertel aller Hamburger PiA. Angespornt durch das starke Interesse wurde am 15. Mai die 1. Allgemeine PiA Versammlung abgehalten. Unter anderem wurde für die Übergangszeit bis zur nächsten Wahl der Delegiertenversammlung Anfang 2007 ein Sprecherrat gewählt. Dieser wird die Interessen der PiA sowohl innerhalb als auch außerhalb der Kammer vertreten. Gewählt wurden Eberhard Binder (Arbeitsgemeinschaft für Integrative Psychoanalyse, Psychotherapie & Psychosomatik Hamburg, Sabine Gehm (Michael-Balint-Institut, Hamburg), Marion Hagemann-Goebel (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Hamburg), Florentine Larbig (Institut für Verhaltenstherapie – Ausbildung Hamburg), Mike Mösko (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Hamburg), Michaela Jux (Institut für Verhaltenstherapie – Ausbildung Hamburg), Iris Peckl (Institut für Psychotherapie) und Kerstin Sude (Institut für Psychotherapie).

Das langfristige Ziel der PiA-Sprechergruppe ist die vollwertige Bezahlung der Praktischen Tätigkeit in Hamburg, die Verbesserung der Rahmenbedingungen der Ausbildung, die stärkere Vernetzung der PiA und Kontakt zu anderen Organisationen (Landespsychotherapeutenkammern, Bundespsychotherapeutenkammer, Berufsverbände, Gewerkschaften etc.) sowie eine stärkere Mitgestaltung innerhalb der PTK-Hamburg.

Bei der Schwachstellenanalyse der Ausbildung bilden neben zahlreichen persönlichen Erfahrungsberichten einzelner PiA die Ergebnisse der ersten bundesweiten Studie „Die Praktische Tätigkeit in der psychotherapeutischen Ausbildung" des Instituts für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in Kooperation mit der Sektion Politische Psychologie des BDP eine wichtige Arbeitsgrundlage. Die wesentlichen Ergebnisse dieser Studie lauten wie folgt:

- Ein Drittel der PiA, die vor der Praktischen Tätigkeit ein festes Arbeitsverhältnis hatten, haben dieses zur Aufnahme ihrer Praktischen Tätigkeit gekündigt.
- In den Einrichtungen der praktischen Tätigkeit erhielten 20% der PiA keine Supervision.
- In einem Fünftel der Einrichtungen existierten keine Ansprechpartner der eigenen psychotherapeutischen Fachrichtung.
- 94% der Befragten führten selbständig Einzelpsychotherapie durch. Eine co-therapeutische Tätigkeit oder Hospitation fand lediglich bei 27% der PiA statt.
- Nach konservativen Schätzungen arbeiteten 61% der Befragten während dieses Ausbildungsabschnitts unterhalb des Existenzminimums.
- In den Stadtstaaten zahlten 96% der Einrichtungen den PiA ein Gehalt von 0 Euro.
- Mindestens 55% der PiA leisteten mehr Stunden als gesetzlich gefordert.

Die genannten Ergebnisse wurden erstmalig auf dem Deutschen Psychologentag des BDP im November letzten Jahres vorgestellt. Die ausführlichen Studienergebnisse erscheinen in der kommenden Septemberausgabe des Report-Psychologie der BDP.

Zur Erörterung der skizzierten Mängel des Ausbildungsabschnittes der Praktischen Tätigkeit sollen seitens der PTK-Hamburg in den kommenden Monaten Gespräche mit Hamburger Krankenhausträgern aufgenommen werden.

Zur Verbesserung der Kommunikation innerhalb der PiA wird derzeit sowohl die Online-Plattform des Webauftritts der Hamburger PTK (www.ptk-hh.de) als auch die Mailingliste ausgebaut.

Mittelfristig wird angestrebt, mit einer eigenen PiA Liste bei der Wahl der Delegiertenversammlung anzutreten, um PiA in die Delegiertenversammlung als aktiv stimmberechtigte Mitglieder entsenden zu können.

Um zukünftig eine qualifizierte und würdige psychotherapeutische Ausbildung zu ermöglichen, bedarf es neben dem lokalen Engagement der PTK-Hamburg einer gemeinsamen länderübergreifenden Zusammenarbeit.

Geschäftsstelle:

Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Tel. 040/42101234
Fax. 040/41285124
www.ptk-h.de
info@ptk-hh.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Der neue Vorstand auf den Stufen zur Geschäftsstelle in Wiesbaden.
Von links nach rechts, oben: Dr. Ulrich Müller, Jürgen Hardt, Hans Bauer, Thomas Merz, unten: Uta Cramer-Düncher, Marion Schwarz, Susanne Walz-Pawlita.

Liebe „Kolleginnen und Kollegen",

Zuerst möchte ich mich für die hohe Wahlbeteiligung bedanken, die nur unerheblich hinter der der ersten Kammerwahl zurücklag.

Der Wahlausgang hat zu einer Verschiebung der Mehrheitsverhältnisse in der Delegiertenversammlung geführt, aber doch eine Mehrheit ergeben. Eine Mehrheit, die mit einem ganz bestimmten Konzept für die Kammerarbeit angetreten ist und diese Arbeit fortsetzen möchte.

Die Delegierten haben entschieden, nicht mehr, wie das in der Aufbauzeit sinnvoll war, alle Kräfte im Vorstand einzubinden, sondern sie haben einen Vorstand gewählt, der sich auf gemeinsame Grundideen zur Kammerentwicklung verpflichtet fühlt.

Das wird die Arbeit in der Kammer wesentlich verändern. Die Richtungsentscheidungen werden in der Delegiertenversammlung nach demokratischen Regeln getroffen – dort wird sich der Vorstand einer starken Opposition gegenüber erklären und behaupten müssen. Die bisherigen Auseinandersetzungen im Vorstand, die die Arbeit oft belasteten, werden in die Delegiertenversammlung verlegt, wo sie ihren legitimen Ort haben. Das ist die normale demokratische Situation: Parteiungen ringen im Parlament miteinander und die Mehrheit bildet – analog zu einer Regierung – einen Vorstand, der die Aufgaben zu erledigen hat.

Aber die Kammer ist nicht nur eine politische Organisation. Sie wird zwar nach politischen Regeln gebildet und verfährt nach demokratischen Regeln, sie ist aber zugleich eine kollegiale Vereinigung, d. h. sie ist auch den Regeln der Kollegialität verpflichtet, die manchmal mit politischen Spielregeln schwer zu vereinbaren sind.

Im Laufe der ersten Amtszeit hat sich nach turbulentem Beginn ein kollegialer Umgang durchgesetzt, der aber mit dem beginnenden Wahlkampf und nach der Wahl in der Zeit der Verhandlungen über die Bildung eines Vorstandes erheblich in Frage gestellt wurde.

Im letzten Sommer hat die Delegiertenversammlung mit großer Mehrheit Leitlinien und Schwerpunkte der Kammerarbeit verabschiedet, die im so genannten „Geisenheimer Manifest" niedergelegt sind. Um so erstaunlicher war es, dass im „Wahlkampf" – der leider nicht nur ein Wettbewerb der Ideen war, wie ich gewünscht hatte – damit geworben wurde, die Kammer auf ihre Kernaufgaben zu beschränken, um Kosten für die Mitglieder zu senken. Die Kammerarbeit – das Kammerprojekt, wie ich es oft genannt habe – sollte umformuliert und reduziert werden.

Abgesehen davon, dass nirgendwo klargestellt wurde, was Kernaufgaben der

Kammer sind, wurde der Eindruck erweckt, dass das Bestreben der Kammer, die Berufe in der Gesellschaft, und das heißt kulturell und sozial, zu etablieren, ein eher luxuriöses Unternehmen sei, das nicht zu den satzungsmäßigen Aufgaben der Kammer gehöre.

Ein Blick in die Satzung, eine Besinnung auf die Geschichte der Kammern allgemein und besonders deutlich das „Geisenheimer Manifest" zeigen, dass die Kammer sinnvollerweise nicht nur eine Verwaltungsinstitution im Gesundheitssektor unter anderen sein soll, vielleicht noch mit der zusätzlichen Aufgabe, Lobbyarbeit zu betreiben, sondern dass sie ihrer Aufgabe nur gerecht werden kann, wenn sie eine „kulturelle Institution im Gesundheitswesen" ist. Genau zu erklären, was das im Einzelnen bedeutet, würde hier zu weit führen. Deswegen möchte ich nur drei Punkte, die uns beschäftigen, nennen:

- Um die „Identitätsbildung" der beiden Berufe zu betreiben, ist es erforderlich, sich inhaltlich mit den psychotherapeutischen Traditionen auseinander zu setzen. Wir meinen deswegen, dass es notwendig ist, die verschiedenen Traditionen, die in die verschiedenen Schulen eingegangen sind, genau zu kennen und Auswirkungen der unterschiedlichen Vorstellungen von Menschen zusammen mit den oft diametral gegensätzlichen wissenschaftlichen Grundannahmen auf die psychotherapeutische Tätigkeit zurückzuverfolgen. In der Vielfalt von Denkformen und Ansätzen im psychotherapeutischen Bereich sieht die Mehrheit der Delegierten einen kulturellen Reichtum, der durch die Forderung nach Effizienzbeweisen, die in erster Linie erhoben werden, um Kosten zu sparen, gefährdet ist. Deswegen können wir nicht die gängigen Vereinigungsbestrebungen einer allgemeinen Psychotherapie einfach mit betreiben, sondern wir müssen eigene Wege einschlagen. Wir streben an, die verschiedenen psychotherapeutischen Traditionen ineinander zu übersetzen. Dazu braucht es eine Basis, die wir in dem sehen, was Psychotherapeuten wirklich tun. Ein solcher Ansatz beraubt die verschiedenen Ansätze nicht ihrer Eigenart. Zu dieser Arbeit gibt es erste Ansätze, die weiter verfolgt werden sollen.
- Im Bereich der „Psychotherapie in Institutionen" gilt es, vermehrte und weit tragende Anstrengungen zu leisten. Es wird nicht nur darum gehen, die rechtliche Situation von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten zu verbessern, was dringend geboten ist, sondern es wird darüber hinaus darum gehen, das psychotherapeutische Denken in den Institutionen (wie z. B. in der Psychiatrie) zu schützen, auszuweiten und institutionell zu verankern. Auch das ist bekanntermaßen nicht nur eine Frage von Vertragsgestaltung, sondern eine kulturelle Aufgabe, wie die Psychiatriereform infolge eines gesellschaftlichen Aufbruchs deutlich gezeigt hat.
- Am deutlichsten kann man unser Verständnis von Kammerarbeit im Bereich der „Prävention" sehen. Präventionsmaßnahmen werden in Zukunft einen wesentlichen Anteil der Gesundheitsversorgung ausmachen. Hier reicht es unserer Ansicht nach nicht aus, dass Psychotherapeuten warten, ob sie überhaupt oder wie weit sie in Präventionsprogramme einbezogen werden. Vielmehr meinen wir, dass Prävention ein wesentlicher Aspekt psychologischer Tätigkeit ist. Ein Tätigkeitsbereich, der uns oft abgesprochen wird, den wir beanspruchen und erobern müssen. In diesem Bereich zeigt sich, dass Prävention ohne Bezug auf die kulturelle und soziale Situation, in der wir leben, überhaupt nicht planbar und durchführbar ist. Prävention von Krankheit und Leid war und ist immer (psychotherapeutische) Kulturarbeit.

Diese drei Arbeitsschwerpunkte beschreiben natürlich nicht das gesamte Spektrum der Kammerarbeit. Stattdessen werden die routinemäßigen Aufgaben wie Berufspflichtüberwachung, weiteres Ausarbeiten der Weiterbildungsordnung, Qualitätssicherung und andere gesetzlichen Aufgaben der Kammer den Normalbetrieb ausmachen. Die Kammer ist dazu verpflichtet, eine Fülle von Verwaltungsarbeit zu leisten, deren Aufwand erheblich ist. Die oben genannten Aufgaben sind aber nicht etwas Zusätzliches, sondern ergeben sich aus dem Satzungsauftrag.

Wir haben uns für die nächste Amtszeit viel vorgenommen, und ich bitte Sie sehr, unsere Arbeit kritisch zu verfolgen und mit Einwänden nicht zu sparen – manchmal wäre aber auch ein kleines bisschen geäußerte Zustimmung ganz angenehm.

Jürgen Hardt, Präsident

Erste Wahlperiode beendet

Bei strahlendem Sommerwetter endete mit der 13. Delegiertenversammlung am 28.06.2006 die erste Amtsperiode der Delegierten und der gewählten Funktionsträger an demselben Ort, an dem sie begonnen hatte: im Hotel „Schöne Aussicht" in Bergen-Enkheim bei Frankfurt.

Nach der **Entlastung des Vorstandes** verabschiedete die Delegiertenversammlung eine **Weiterbildungsordnung für das Land Hessen**. Damit konnte ein weiteres Projekt, das den Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung und die Delegiertenversammlung während der gesamten ersten Wahlperiode immer wieder beschäftigt hatte, auftragsgemäß noch von der alten Delegiertenversammlung abgeschlossen werden.

Bereits mehrfach hatte dieses Thema auf der Tagesordnung der Delegiertenversammlung gestanden und war intensiv diskutiert worden. Die nunmehr vorgelegte Ordnung, die der auf dem 8. Deutschen

Psychotherapeutentag verabschiedeten Musterweiterbildungsordnung entspricht, trug den vielfachen Bedenken, dass damit eine Zersplitterung des Berufsstandes in Fachpsychotherapeuten Vorschub geleistet werden könnte, doch soweit Rechnung, dass die Weiterbildungsordnung einstimmig bei nur sechs Enthaltungen beschlossen wurde. Als weitere Sicherheit gegen einen „Wildwuchs" in der Weiterbildungslandschaft erklärte die Delegiertenversammlung, eine Satzungsänderung anzustreben, wonach die Weiterbildungsordnung künftig nur noch mit einer Zwei-Drittel-Mehrheit der Delegiertenversammlung geändert werden kann.

Weiterhin wurde eine **Übergangsregelung für ausscheidende Vorstandsmitglieder** beschlossen, die dem Umstand Rechnung tragen soll, dass Vorstandsmitglieder, vor allem aber Präsident und Vizepräsident während ihrer Amtszeit ihre Praxistätigkeit in erheblichem Umfang reduzieren müssen. Die hierdurch entstandenen Einnahmeausfälle lassen sich bei einer Wiederaufnahme der ambulanten Tätigkeit nur sukzessive ausgleichen.

Nach der offiziellen Verabschiedung der ausscheidenden Delegierten trafen sich alle Funktionsträger der ersten Wahlperiode und auch schon viele neue Delegierte, die bereits am Abend für die am folgenden Tag stattfindende konstituierende Sitzung der Delegiertenversammlung für die zweite Wahlperiode angereist waren, zu einem geselligen Beisammensein.

Konstituierende Delegiertenversammlung der 2. Wahlperiode

Die konstituierende Sitzung stand im Zeichen zur **Wahl des Vorstandes**. Mehrheitlich wurde Jürgen Hardt erneut zum Präsidenten, Hans Bauer zum Vizepräsidenten gewählt. Als Beisitzer wurden gewählt: Marion Schwarz, Dr. Ulrich Müller als Vertreter der KJP, als weitere Mitglieder Uta Cramer-Düncher, Susanne Walz-Pawlita und Thomas Merz. Damit ist der neue Vorstand um drei Personen schlanker als der zehnköpfige Konsensvorstand der ersten Wahlperiode.

Der Präsident dankte den ausscheidenden Vorstandsmitgliedern Elisabeth Schneider Reinsch, Angelika Wolff, Manfred Burkhard, Dr. Roland Deister und Wilfried Schaeben für ihre im Vorstand geleistete Arbeit. Er äußerte den Wunsch, dass auch künftig eine konstruktive Sachdiskussion und -arbeit in der Delegiertenversammlung möglich sein möge.

Wegen der fortgeschrittenen Zeit konnten nur noch die **Mitglieder vom Finanz- und Satzungsausschuss gewählt** werden.

Neuer Vorsitzender des Finanzausschusses ist Dr. Friedhelm Jung, da Alfred Krieger leider nicht mehr zur Verfügung stand. Weitere Mitglieder sind Tilo Silwedel, Dr. Hildegard Felder und Jörg Hein.

Neuer Vorsitzender des Satzungsausschusses ist Reinhold Neef. Weitere Mitglieder sind Klara Kilber-Brüssow und Rosita Weigand-Wolff.

Die bisherigen Mitglieder derjenigen Ausschüsse und anderer Organe der Kammer, die im Laufe dieser Sitzung nicht neu gewählt wurden, wurden kommissarisch mit der weiteren Tätigkeit bis zur Neuwahl auf der nächsten Delegiertenversammlung beauftragt.

Gerichtlich festgestellt: Titel „Psychologischer Psychotherapeut" darf auch in Klinik geführt werden

Durch ein inzwischen rechtskräftiges Urteil des Hessischen Landesarbeitsgerichtes

vom 20. Januar 2006 (Az.: 3 Sa 951/05) wurde der Klage eines approbierten Psychologischen Psychotherapeuten stattgegeben. Er hatte sich gegen die Anweisung seines Arbeitgebers, einer hessischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, gewehrt, im dienstlichen Rahmen die Führung der Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut" zu unterlassen. Der Arbeitgeber begründete sein Verbot, soweit der Kläger Psychotherapie ausübe, erfolge das nicht selbständig, sondern auf Anweisung des ärztlichen Direktors im Rahmen eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplans.

Das Landesarbeitsgericht stellte bei seiner Entscheidung auf das Persönlichkeitsrecht des Klägers ab, der nach dem Psychotherapeutengesetz berechtigt ist, die Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut" zu führen. Der Persönlichkeitsschutz erstrecke sich nicht nur auf von einem Arbeitnehmer erworbene akademische Grade, sondern auch auf eine aufgrund besonderer Befähigung und Qualifikation erworbene Berufsbezeichnung.

Schutzwürdige Interessen des Arbeitgebers, die einen Eingriff in das Persönlichkeitsrecht legitimieren könnten, hat das Gericht nicht erkennen können. Selbst wenn der Kläger nicht die Verantwortung für den Gesamtprozess trage, entspreche die (zumindest teilweise) tatsächlich ausgeübte Tätigkeit der von ihm geführten Berufsbezeichnung.

Die Hessische Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unterstützte ihr Mitglied in dem Verfahren. Präsident Jürgen Hardt äußert seine Befriedigung: „Damit ist jeder weitere Versuch, das Psychotherapeutengesetz in der stationären Versorgung zu unterlaufen, von vornherein zum Scheitern verurteilt." Er bedauert, dass es eines Gerichtsverfahrens über zwei Instanzen bedurfte, um eine Selbstverständlichkeit zu erstreiten. Hardt: „Als neuer Berufsstand müssen wir uns gegen viele Widerstände durchsetzen, weil die Aufgaben und Pfründe verteilt sind, um den uns zustehenden Platz zu behaupten."

Fortbildung: Begutachtung von Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren – Kooperation mit Landesärztekammer

Der erste Fortbildungskurs zu diesem Thema begann am 23.-24. September 2006 in der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim. Eine Informationsbroschüre hierzu ging Ihnen zusammen mit dem Mitgliederrundbrief im Juli zu. Weitere Kurse werden folgen. Informationen erhalten Sie auch direkt bei der Akademie für Ärztliche Fortbildung.

Im Rahmen der Fortbildung sind insgesamt 24 Stunden Theorie und drei supervidierte Gutachten zu erbringen. Nach erfolgreicher Teilnahme können sich Psychologische PsychotherapeutInnen auf einer spezifischen Gutachterliste registrieren lassen. Kolleginnen und Kollegen, die schon über ausreichende Erfahrungen und Kenntnisse in diesem Bereich verfügen, können sich auf der Homepage der Landesärztekammer informieren, wie sie im Rahmen der Übergangsbedingungen auf die Gutachterliste aufgenommen werden können.

Die Veranstaltung ist von der LÄK und der LPPKJP akkreditiert und wird mit Fortbildungspunkten zertifiziert. Weitere Informationen unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj

Termine

- 2. DV der 2. Wahlperiode: 29. und 30. September 2006, IB Hotel Friedberger Warte, Homburger Landstraße 4, 60389 Frankfurt

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegin Frau Claudi Weißenstein, Darmstadt, tätig als angestellte Psychotherapeutin, geb. am 21.01.1958, Sterbedatum ist uns nicht bekannt.

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Im letzten Heft hatten wir uns von Ihnen verabschiedet. Wir freuen uns, Sie weiterhin über die Aktivitäten Ihrer Kammer informieren zu dürfen und hoffen, mit Inhalt und Form Ihr Interesse zu wecken. Für Anregungen sind wir jederzeit dankbar.

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier

E-Mail: ptj@psychotherapeutenkammer-hessen.de
Hessenseiten des Psychotherapeutenjournals im Internet: www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel 0611/53168 0
Fax 0611/53168 29
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Wir wollen Sie wieder darüber informieren, was uns in den letzten Monaten beschäftigt hat:

Dauerthemen sind die Konsequenzen der neuen Studienstruktur für die Ausbildung zu PP und KJP. Wir stehen in intensivem Kontakt mit dem Ministerium für Wissenschaft und Kultur (MWK) und Vertretern der niedersächsischen Hochschulen mit einem Studiengang Psychologie (Prof. Hahlweg, Prof. Kröner-Herwig, Prof. Wiedl). Wir finden in unserem Bundesland positive Resonanz für unsere – mittlerweile bundesweit von Fachverbänden und Kammern akzeptierte – Forderung, dass Unterschiede in den Ausbildungsvoraussetzungen für PP und KJP nicht begründbar sind, dass sie auf Master-Niveau aneinander angeglichen werden müssen; auch die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesbehörden Gesundheit ist mehrheitlich zu dieser Auffassung gekommen – das Bundesgesundheitsministerium (BMG) allerdings sieht nach wie vor keine Notwendigkeit, das PsychThG „anzufassen". Wir haben uns deshalb – angeregt auch durch den Vertreter des MWK – mit einer ausführlichen Stellungnahme (die Sie auch auf unseren Internetseiten finden) an das BMG gewandt, um auch von unserer Seite dieser Forderung Nachdruck zu verleihen.

Weiteres Thema in diesem Zusammenhang bleibt die Sicherung einer für unser Bundesland hinreichenden Anzahl von Master-Studienplätzen im Bereich Psychologie; bei dieser Frage sind wir zusätzlich mit dem Sozialministerium im Gespräch, dem gegenüber wir einen entsprechenden Bedarf zu belegen haben, und zwar gestützt auf Zahlen der BPtK, vor allem aber auf eigene für das Land Niedersachsen nachvollziehbare Hochrechnungen, die auch Wanderungsbewegungen zwischen den Bundesländern berücksichtigen müssen.

Prof. Dr. Jürgen Howe, der seit einiger Zeit an der TU Braunschweig lehrt, haben wir zum Vorstandsbeauftragten für Gerontopsychologische Fragen und Gerontopsychotherapeutische Versorgung ernannt. Damit haben wir auf konkrete Anfragen aus der Politik reagiert, die nach Weiterverbreitung einer BPtK-Pressemitteilung zu Defiziten in der psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen bei uns eingegangen sind.

Diese und andere Defizite waren auch ein Anlass, an Modellen Integrierter Versorgung weiterzuarbeiten. Es liegen Konzeptentwürfe vor zur Behandlung von Depressionen im höheren Lebensalter sowie für eine Früherkennung psychotischer Störungen schon im Jugendalter – für beide Konzepte bemühen wir uns um Kooperationspartner. Ziel ist, die Versorgung der Bevölkerung in unserem Bundesland zu verbessern, durch vernetzte Strukturen und durch ein abgestuftes Behandlungskonzept frühere und damit oft wirksamere und auch weniger aufwändige Behandlung zu ermöglichen sowie Übergänge vom ambulanten in den stationären Bereich und umgekehrt zu erleichtern.

Nach nunmehr vielen Erfahrungen mit unserer Internetseite werden wir sie nutzerfreundlicher gestalten. Daran arbeiten wir zur Zeit. Wichtig ist uns dabei vor allem: ein übersichtlicheres Menü, der Einbau einer Suchfunktion, damit die Besucher in dem mittlerweile ziemlich umfangreichen Material (auch in pdf-Dateien) recherchieren können. Außerdem soll der Zugriff auf eigene Fortbildungspunkte-Konten möglich sein.

Mit der PKN als Mitveranstalterin hat am 23.06.07 eine Angestellten-Tagung in Bremen zu dem Thema „Veränderungsprozesse in Kliniken und Institutionen – Folgen für Psychotherapeuten?" stattgefunden. Vorträge aus rechtlicher und unternehmensberaterischer Sicht regten zu Überlegungen zu laufenden Privatisierungsprozessen an; ausführlich konnte auch die tarifrechtliche Situation der angestellten Kolleginnen und Kollegen erörtert werden. Auch wenn wir uns eine größere Zahl von TeilnehmerInnen gewünscht hätten: Die positive Resonanz derer, die dabei waren, veranlasst uns, eine Fortsetzung im nächsten Jahr in Niedersachsen ins Auge zu fassen.

Intensiv prüfen wir übrigens die Möglichkeit einer engeren Kooperation mit ver.di, um in der noch laufenden Eingruppierungsdiskussion für unsere Berufsgruppen die Gewerkschaft zu stützen. Der Ausschuss für Angestellte/Beamte in der PKN hat dazu ein erstes Gespräch mit unserem Kollegen Richard Winter geführt, der der zuständigen ver.di-Fachkommission angehört.

Speziell für die angestellten und beamteten Mitglieder der PKN wird es nach dem Relaunch unserer Internetseiten einen mail-newsletter geben, um die Kommunikation mit dieser Gruppe unserer Mitglieder zu verbessern und Mitteilungen schneller transportieren zu können.

Auf Bundesebene hatte es schon vor einiger Zeit Kontakte zwischen der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung und der BPtK gegeben, die zu einigen Irritationen geführt hatten. Umso wichtiger war es uns, auf Landesebene diesen Kontakt erneut aufzunehmen. Bei einem Treffen von Vorstand und Lan-

desarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung, an dem von Seiten der LAG Frau Kahlert, Herr Detering und Herr Trepte teilnahmen, wurden eine ganze Reihe gemeinsamer Themen identifiziert, so dass eine Fortsetzung des Austauschs sinnvoll und notwendig erschien. Es wurde dazu eine Arbeitsgruppe gebildet, an der neben den drei LAG-Vertretern von Seiten der PKN Frau Reiffen-Züger, Herr Schwartz und Herr Hermann teilnehmen. Aufgabe dieser Gruppe wird es sein, die Bereiche auszumachen, die hinsichtlich einer kontinuierlichen Kooperation von besonderer Relevanz sind. Ein konkreter inhaltlicher Schwerpunkt wurde mit den „Hilfen in der frühen Kindheit" im Bereich der Prävention schon bestimmt.

Den von Herrn Stellpflug und Frau Berns verfassten Kommentar zur Musterberufsordnung haben Sie mittlerweile erhalten – wir hoffen, dass Ihnen dieser Kommentar bei vielen Fragen des beruflichen Alltags eine konkrete Hilfe ist. Dieses Buch macht es auch Vorstand und Geschäftsstelle leichter: Bei vielen Anfragen können wir jetzt auf dieses Buch in Ihrem Besitz verweisen, das fundierter und detaillierter Hilfestellungen geben kann, als wir es bei Anfragen tun könnten – vor allem deshalb, weil in der Regel Verweise auf eine entsprechende Rechtsprechung zu finden sind, die in der Telefonsprechstunde so nicht zur Verfügung stünden.

Am Thema „Hilfen für psychosoziale Notfälle" bleiben wir dran. Für unser Bundesland geht es uns darum, den angemessenen Platz für PP und KJP im Hilfesystem in Kooperation mit den anderen Helfern in diesem System zu bestimmen und zur Vernetzung beizutragen, damit im Bedarfsfall möglichst schnell und unkompliziert Hilfe zur Verfügung steht. Diesem Ziel diente auch ein ausgesprochen konstruktives Gespräch zwischen dem PKN-Vorstand, dem Vorstandsbeauftragten Dr. Kröger und dem Beauftragten der Evangelischen Landeskirche Hannover für Notfallseelsorge, Herrn Waterstraat. Wir werden zu diesem Thema noch einmal gesondert auf Sie zukommen – wenn Sie an dem Thema interessiert sind, verweisen wir gern auf das Buch von F. Waterstraat „Einsatz: Notfallseelsorge" (2004), das aufbauend auf einer Fülle von Erfahrungen sehr anschaulich und kompetent Aufgaben und Hilfemöglichkeiten über den seelsorgerischen Aspekt hinaus bei psychosozialen Notfällen beschreibt.

Ihr PKN-Vorstand
Dr. Lothar Wittmann, Gertrud Corman-Bergau, Werner Köthke, Bertke Reiffen-Züger, Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz

Sexualtherapie – Ein Gespräch mit Norbert Christoff

Die Kammerversammlung der PKN hatte im vergangenen Dezember ein Curriculum „Sexualtherapie" beschlossen. Dieser Beschluss beinhaltete zugleich, dass Absolventen einer Fortbildung, die den Anforderungen dieses Curriculums entsprachen, berechtigt sind, die Tätigkeitsbezeichnung „Sexualtherapie (PKN)" zu führen.

Das Curriculum war von einer Kommission vorgelegt worden, der Prof. Dr. Weig (NLKH Osnabrück), Prof, Dr. Hartmann (MHH), Dr. Wittmann (PKN), Frau Corman-Bergau (PKN) und Herr Christoff (DGSMT) angehören.

In einem Gespräch mit der Vizepräsidentin der PKN, Gertrud Corman-Bergau, stellt sich Herr Christoff Fragen zu diesem Curriculum. Herr Christoff ist Psychologischer Psychotherapeut und Leiter der Fortbildung- und Weiterbildungsakademie (FWA) der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualtherapie (DGSMT) e.V.

Was ist der Schwerpunkt des Fortbildungscurriculums „Sexualtherapie"?

Das noch heute übliche Verständnis von Sexualtherapie geht zurück auf das von William Masters & Virginia Johnson Anfang der 70er Jahre publizierte Standardverfahren, ein nach wie vor gültiger Meilenstein in der klinischen Sexualwissenschaft. Das damals Revolutionäre war der Einsatz paartherapeutischer Übungen, mit der eine dysfunktional gewordene partnerschaftliche Sexualität wieder „in Schwung kommen" konnte. Helen Singer Kaplan wies in ihrer psychosexualtherapeutischen Überarbeitung darauf hin, dass die Wirksamkeit dieser auf ein Sensitivitätstraining aufbauenden sexualtherapeutischen Übungen durch zwischengeschaltete psychotherapeutische Gespräche noch wesentlich gesteigert werden konnte. Denn Beeinträchtigungen der Kommunikation und Paarbeziehung stehen in einer unauflösbaren Wechselwirkung mit der Qualität der sexuellen Beziehung bei Paaren. Für den deutschsprachigen Raum wurde dieses Standardverfahren von Arentewicz & Schmidt im Rahmen des Hamburger Paartherapieprojektes adaptiert.

In den letzten zwei Jahrzehnten haben wir durch epidemiologische Studien zum einen erkannt, dass die sexuellen Störungen zu den, leider oft noch unerkannt bleibenden, häufigsten Krankheitsbildern unserer Zeit gehören und zum anderen, dass es sexuelle Störungsbilder gibt, die von Masters & Johnson noch nicht erkannt und behandelt worden waren. Dies hat uns sehr deutlich gemacht, dass die sexuellen Störungen einer differenzierteren Betrachtung und Behandlung bedürfen, als dies im Standardverfahren der 70er und 80er Jahre verwirklicht wurde. Hinzu kommen eine stark verbesserte Differentialdiagnostik und eine größere und zunehmend auch wirksamere Auswahl an medikamentösen Therapieoptionen.

Norbert Christoff im Gespräch

Der heutige Stand der klinischen Sexualforschung belegt, dass einseitige, nur medizinische, oder ausschließlich psychologische Herangehensweisen in ihren Wirkfenstern sehr eingeschränkt sind, aber durch einen mehrdimensionalen wie gleichzeitig integrativen bio-psycho-sozialen Ansatz an Wirksamkeit, Angemessenheit und Effizienz übertroffen werden können. Der Einsatz eines solchen Ansatzes erfordert auf Behandlerseite solide Kenntnisse, ausreichende berufliche Erfahrungen und eine intensive Vorfeld-Auseinandersetzung im Sinne von supervidierter Praxis und Selbsterfahrung. Die Diagnostik und Therapie sexueller Störungen einschließlich ihrer Prophylaxe, Rehabilitation und Begutachtung stellen anspruchsvolle und vielseitige Aufgaben dar, die nur interdisziplinär und im guten Kontakt mit der sich rasant weiterentwickelnden sexualwissenschaftlichen Forschung lösbar sind.

Diesem inhaltlichen Bedarf an qualitativ hochwertiger Fortbildung steht gerade bei den praktizierenden ärztlichen und Psychologischen PsychotherapeutInnen kein angemessenes Angebot gegenüber. Die DGSMT hat seit einigen Jahren curriculare Vorstellungen entwickelt und bereits in diversen Fortbildungsangeboten verwirklicht, die auf dem bio-psycho-sozialen Ansatz einer modernen Sexualtherapie beruhen.

Ein solches Fortbildungsangebot bietet den Teilnehmern eine Qualifizierung an, mit der sie den heutigen Anforderungen von PatientInnen mit sexuellen Problemen und Störungen in vollem Umfang gerecht werden können. Diese spezifische Art von Qualifikation wird die Bezeichnung „Sexualtherapie" im wahrsten Sinne des Wortes zu einer ankündigungsfähigen machen. Die entsprechende Beschlussfassung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen begrüßen wir deshalb als innovativ, weitsichtig und am Fortbildungsbedarf ihrer Mitglieder orientiert.

Können Sie ein praktisches Beispiel für den bio-psycho-sozialen Ansatz nennen?

Z.B. kann sich eine männliche Erektionsstörung, als Erektile Dysfunktion bezeichnet, erst nach einer mehr oder minder langen Phase völliger oder relativer sexueller Zufriedenheit in einer festen partnerschaftlichen Bindung entwickeln. Die Ursachen dafür sind fast immer mehrdimensional und komorbid. Oft liegen Partnerschaftskonflikte zugrunde, die, wenn sie die gemeinsame Sexualität betreffen, oft verschwiegen und nicht kommunikativ ausgetragen werden. Sexuelle Wünsche und Ängste werden gegenüber dem Partner oft nicht zum Ausdruck gebracht. Im eigenen Selbstbild über Männlichkeit oder Weiblichkeit nisten sich deshalb zunehmend normative und in der öffentlichen Meinung, z.B. durch Werbung und Medien, geprägte Vorstellungen ein, die wir als Sexualmythen bezeichnen. Z.B., dass ein richtiger Mann immer kann und immer will. Diese verinnerlichten Sexualmythen sind oft sehr weit weg von den realen Wünschen und Erwartungen des Partners sowie dem eigenen Erleben und sorgen für pathologische Ängste und Leistungsdruck. Diese pathogenen psychischen Momente hemmen und stören die sexuelle Funktion, so dass aus Versagensangst tatsächlich ein Versagen entstehen kann, was wiederum die Angst und den Leistungsdruck erhöht, so dass die sexuelle Funktion noch mehr labilisiert und schließlich zunehmend vermieden wird. Dieser Selbstverstärkungsmechanismus von Angst, Versagen und Vermeidung ist vorstellbar wie ein Teufelskreis, der sich regelhaft bei jeder Erektilen Dyfunktion findet. Störungen der Sexualität führen also häufig zu ausgeprägtem Vermeidungsverhalten, das dem der Angststörungen ähnelt und als vordergründig entlastend erlebt wird.

Zudem ist die Sexualität kein singuläres Geschehen, sondern entwickelt sich im komplexen Lebensweltgefüge eines Menschen über seine gesamte Lebensspanne. So weisen viele der besonders den Psychotherapeuten gut bekannten kritischen Lebensereignisse, wie Partnersuche, Familiengründung, aber auch Trennungen oder der Verlust des Partners, eine hohe Vulnerabilität auf die Sexualität aus. Auch beruflicher Stress oder soziale Konflikte können die Sexualfunktion schwächen, obwohl sie nicht direkt oder offensichtlich damit zu tun haben müssen. Leistungseinschränkungen aufgrund von Alterungsprozessen, (chronische) Krankheiten und deren Behandlungen sowie Unfallfolgen können eine Erektile Dysfunktion ebenfalls bewirken. Ist die Sexualfunktion erst einmal „aus dem Konzept gebracht", so erhält sie sich als chronifizierte Störung selbst aufrecht, indem sie mittels des eben beschriebenen Selbstverstärkungsmechanismus eine funktionelle Autonomie erlangt.

All dies sind ätiologische Faktoren und Begleiterscheinungen, die man als SexualtherapeutIn unbedingt kennen muss, wenn man sie in einer differentiellen Diagnostik und individuellen, d.h. auf den konkreten, einzelnen Fall bezogenen Behandlungsplanung umsetzen will.

Zudem sehen wir uns immer aufgeklärteren und über die Entstehungsbedingungen sexueller Störungen gut informierten Patienten gegenüber, die eine früher häufig gebräuchliche „Kochbuch-Therapie" ablehnen und Inkompetenzen der/des Therapeutin/en schnell entlarven können.

Sie sprechen von Partnerschaft, gemeinsamer Sexualität und dem Lebensweltgefüge. Ist der Ansatz, der in der Fortbildung gelehrt wird, somit der einer Paartherapie?

In unserem bio-psycho-sozialen Verständnis ist Sexualität eine biologisch, psychologisch und sozial determinierte Erlebnisdimension des Menschen. Die Beziehungsorientierung ist von zentraler Bedeutung: Sexualität ist auf Partnerschaft, auf eine „Wir-Bildung" hin angelegt und entfaltet sich in Kommunikation und Interaktion. Der „Patientenbegriff" der Sexualtherapie unterscheidet sich entsprechend deutlich von der üblichen medizinischen und auch psychotherapeutischen Konzeptualisie-

rung. Sexuelle Störungen sind letztlich immer nur aus der Perspektive des Paares zu verstehen, weswegen der in der Psychotherapie gewohnte Blick auf das „kranke" Individuum am Kern des Problems vorbeigeht. Das Ganze ist in der Sexualtherapie mehr als die Summe seiner Einzelteile: zwei isoliert betrachtete Menschen machen noch nicht die Besonderheit eines Paares aus.

Wenn in der menschlichen Kommunikation Bedeutungsgehalte, also Botschaften, vermittelt werden, so gilt dies auch ganz besonders für die sexuelle Kommunikation. Die sexuelle Interaktion dient darüber hinaus als Regulationssystem wichtiger Bedeutungsgehalte und zentraler Bedürfnisqualitäten, z.B. nach Beziehung, Akzeptanz, Nähe und Geborgenheit. Ergo ist eine gestörte Sexualität immer als ein interaktionelles und kommunikatives Geschehen im Rahmen einer partnerschaftlichen Bindung zu untersuchen. Der bio-psycho-soziale Ansatz legt also tatsächlich nahe, die Behandlung von Paaren und Paarbeziehungen zum Fokus einer sexualtherapeutischen Fortbildung zu machen. Die von MASTERS & JOHNSON bereits 1970 geprägte Formel: „Das Paar ist der Patient", hat an Aktualität bis heute nichts verloren.

Ein paartherapeutisches Setting stellt gegenüber der Einzelbehandlung Chance und Herausforderung zugleich dar. Im Allgemeinen ist es für die meisten Psychotherapeuten ungewohnt, sich mit einem Paar statt eines Einzelpatienten zu befassen. Selbst wenn beide Partner anwesend sind, besteht immer die Gefahr, sie nur wie zwei individuelle Patienten zu behandeln, was der besonderen Dynamik der Paarkonstellation nicht gerecht wird. Die Veränderung sexueller Einstellungen und Verhaltensweisen fällt aber leichter, wenn sie vom Partner unterstützt und erleichtert wird. Hierzu ist es erforderlich, beide Partner wirklich, d.h. intrinsisch motivational, und nicht nur strategisch für eine gemeinsame Therapie zu gewinnen.

Die Arbeit mit einem Paar bedingt ein Heraustreten aus der dyadischen Therapiesituation, was die Gefahr einer Parteilichkeit des Therapeuten heraufbeschwören kann. Veränderungen des sexuellen und partnerschaftlichen Verhaltens werden von einem Patientenpaar aber nur dann angenommen, wenn keiner der beiden Partner befürchten muss, dass sich der jeweils andere mit der Therapeutin oder dem Therapeuten gegen ihn solidarisiert. Zugleich kann sich der Behandler / die Behandlerin nicht auf eine zu neutrale Position zurückziehen, denn er / sie tritt ja für eine befriedigendere Sexualität für beide Partner ein, muss aber dem oft latenten, d.h. vorbewussten Paarkonflikt gegenüber unparteiisch sein.

Um die Zielsetzung einer Verbesserung der partnerschaftlichen Sexualität erreichen zu können, ist ein Mehr an aktivem und direktivem Engagement der / des Sexualtherapeutin/en erforderlich, als wir dies vom psychotherapeutischen Vorgehen her kennen. Wir haben deshalb den Begriff der Neutralität durch den der Allparteilichkeit ersetzt, um eine wirksame Grundhaltung des Sexualtherapeuten adäquat beschreiben zu können.

Zugleich wird man eine Sexualstörung aber auch nicht erfolgreich behandeln können, wenn man die Problematik von Schuld- und Schamkonflikten nicht versteht und zu handhaben weiß. Oft ein schwieriges Unterfangen, zumal es häufig zu partnerschaftlichen Konflikten kommen kann, auch wenn die Behandlung einer sexuellen Dysfunktion erfolgreich verläuft. Denn neben der Versagensangst gibt es auch Ängste vor einem erfolgreichen (Wieder)-Funktionieren der partnerschaftlichen Sexualität oder sogar Neidgefühle des bisher symptomfreien Partners. Denn es kann der Fall sein, dass die sexuelle Funktionsstörung eines Partners den anderen bisher insoweit entlastet hatte, da dieser sich nicht mit seinen eigenen sexuellen Ängsten beschäftigen musste.

Es geht in der Behandlung darum, positive sexuelle Erfahrungen für die Patienten und Patientenpaare zu ermöglichen, jedoch auch die möglichen oder realen Folgen mitzureflektieren und in die Therapieplanung einzubeziehen, analog den Nebenwirkungen von Medikamenten. Da die Sexualtherapie im Paarsetting aus all diesen genannten Aspekten ein äußerst komplexes Wirkgefüge darstellt, ist auch die Supervision der Behandlungserfahrungen ein zentraler Baustein unserer Fortbildung.

Warum ist es wünschenswert, dass eine curriculare Fortbildung zu diesem Themenbereich angeboten wird? Haben wir in der Regel nicht genug im Rahmen unserer psychotherapeutischen Ausbildungen gelernt?

Ich glaube, dass meine bisherigen Antworten auch diese Frage schon hinreichend beantwortet haben. Zusammenfassend halten wir es für eminent wichtig, dass möglichst viele, aber vor allem auch gut ausgebildete PsychotherapeutInnen das immer bedeutender gewordene und noch werdende Feld der sexuellen Störungen bearbeiten. Zumal die Komorbidität mit den psychischen Volkskrankheiten wie Depressionen und Angststörungen hinlänglich nachgewiesen wurde. Gerade bei diesen Symptomgruppen sollte eine sexuelle Gestörtheit richtig erkannt und behandelt werden können. Auch bei vielen chronischen somatischen Erkrankungen, die psychotherapeutisch mitbehandelt werden, ist die Sexualität negativ betroffen, so dass viele PsychotherapeutInnen heutzutage gar nicht einzuschätzen wissen, wie sehr sie ihren Patienten helfen könnten, ein besseres psychisches Wohlbefinden zu erreichen, wenn sie auf diese Zusammenhänge therapeutisch einwirken. Der wechselseitige Einfluss von seelischer, körperlicher und sexueller Gesundheit sollte uns allen noch viel deutlich werden.

Unsere Erfahrungen mit bereits durchgeführten sexualtherapeutischen Veranstaltungsreihen haben ergeben, dass das Thema Sexualität in den Ausbildungen, gerade was die Selbsterfahrung anbetrifft, häufig zu kurz kommt. Eine mögliche Erklärung scheint, dass beide Seiten davon ausgehen, dass „es schon gut laufe", das Thema wird beidseitig vermieden. In den späteren Behandlungen reproduziert sich dieses Vorgehen.

Den bio-psycho-sozialen Ansatz in der Behandlung sexueller Störungen integrativ und ganzheitlich umsetzen zu können,

setzt aber auch eine eigenständige und darauf konzentrierte theoretische Fortbildung voraus. In den Ausbildungsinhalten werden die sexuellen Störungen eher wie eine Symptomgruppe unter vielen behandelt. Dies ist aus der Perspektive der Therapieschulen zwar verständlich, aber aus störungsspezifischer Sicht unzureichend. Auch dieser defizitären Situation wollen wir mit unserer Fortbildung abhelfen.

Wir werden Wert darauf legen, dass Kolleginnen und Kollegen in der Fortbildung lernen, wie man eine Sexualanamnese erhebt, wie man „Erfolgserlebnisse" bei Patienten induzieren kann und welche therapeutische(n) Haltung und Interventionen einen guten und stabilen Erfolg in der Arbeit mit Paaren begünstigen. Dies alles in einem Curriculum, in welchem möglichst frühzeitig und parallel zu den Theorieeinheiten mit supervidierter Praxis begonnen wird.

Wann wird es an Ihrer Akademie mit einer ersten Sequenz der Fortbildung losgehen, die zum ankündigungsfähigen Titel „Sexualtherapie (PKN)" führten wird?

Das zweijährige Curriculum soll Anfang 2007 starten. Attraktiv ist es vor allem für Kolleginnen und Kollegen, die Interesse haben an diesen sehr facettenreichen Störungsbildern und verstärkt Patienten mit Sexualproblemen behandeln wollen. Der Versorgungsbedarf ist laut aller bisher durchgeführten Studien sehr hoch, so dass der ankündigungsfähige Titel „Sexualtherapie (PKN)" auch zu einem Mehr an Patienten(an)bindung führen dürfte.

Und was den Kreis der angestellten Kolleginnen und Kollegen betrifft, so hat eine Fortbildung, die wir in einer Lebensberatungsstelle, in welcher viele Paarkontakte stattfanden, durchgeführt haben, gezeigt, dass die Anamneseerhebung und Paarberatung in diesem Bereich viel differenzierter und wirksamer wurde, was beide Seiten als sehr vorteilhaft beschrieben.

Herr Christof, ich bedanke mich für dieses Gespräch.

Nähere Informationen zum Curriculum:
Auf den Seiten der PKN www.pk-nds.de unter dem Menüpunkt „Satzungen"

Weitere Informationen und Anmeldung zum bisher einzigen Angebot nach diesem Curriculum:
Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualtherapie (DGSMT) e.V.
Fort- und Weiterbildungsakademie (FWA)
c/o Klinische Psychologie (OE 7180)
Abt. Klinische Psychiatrie u. Psychotherapie
Medizinische Hochschule
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Tel.: 0511/532-2407
Fax: 0511/532-8407
Internet: www.dgsmt.de
e-mail: info@dgsmt.de

Änderung der Kostenordnung

Ordnungen müssen, damit sie in Kraft treten können, im PTJ veröffentlicht werden. Diesmal betrifft es die Satzung des Psychotherapeutenwerks, die Sie wegen ihres Umfangs als Beilage vorfinden, sowie die Kostenordnung:

Die Anlage der Kostenordnung der PKN in der Fassung vom 24.11.2004 wird durch Beschluss der Kammerversammlung vom 22.04.2006 wie folgt geändert:

Ziffer 1.1 wird wie folgt ergänzt: Hinter dem Wort „Bescheinigungen" wird ein Komma gesetzt und das Wort „Fortbildungszertifikate" eingefügt.

Ziffer 1.2 wird durch wie folgt ergänzt: Hinter dem Wort „Akkreditierung" wird ein Komma gesetzt und die Worte „Anerkennung von nicht akkreditierten Veranstaltungen für die Fortbildungspunkte" eingefügt.

Hannover, den 17.05.2006
Dr. Lothar Wittmann
Präsident der PKN

Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44

Sprechzeiten allgemein:
Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 12.00 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr

Sprechzeiten für Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 12.00 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.00 – 13.30 Uhr
info@pk-nds.de
Bei Fragen zur Akkreditierung:
Akkreditierung@pk-nds.de
Internet: www.pk-nds.de

Familien-Mediation

Das **Berliner Institut für Mediation (BIM)** des Vereins „Zusammenwirken im Familienkonflikt e.V." als anerkanntes Ausbildungsinstitut der „Bundesarbeits-gemeinschaft für Familien-Mediation" **(BAFM),** bietet am **Freitag, 03.11.2006** ein eintägiges Informations- und Einführungsseminar zur Weiterbildung in **Mediation** mit dem Schwerpunkt Familienmediation an.

- Beginn der nächsten berufsbegleitenden Weiterbildung
- zum Mediator (BAFM) am **25.02.2007 in Berlin**
- Insgesamt 9 Seminare à 2/3 Tage und 8 Supervisionstage.
- Kursgebühr: 450,- € pro Seminar und Supervisionstag
- Fortbildungs-Zertifizierung mit **8 FE pro Tag** (192 FE insgesamt)
- Möglichkeiten der **Hospitation und angeleiteter Mediationspraxis**

Anfragen und Anmeldung:
Berliner Institut für Mediation,
Mehringdamm 50, 10961 Berlin,
Tel. 030/86395814,
Fax 030/8734830,
www.mediation-bim.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

„Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie" – TK-Modell-Vorhaben

Hintergrund

In Vereinbarung mit Leistungserbringern können Krankenkassen neue Versorgungsformen zur Qualitätsverbesserung von Behandlungsergebnissen in Modellvorhaben erproben (§§ 63, 64 SGB V). Das nach intensiver Diskussion erfolgreich gestartete Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse (TK) zum „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie" wechselt nun von der Anlaufphase in die Erprobung. Untersucht werden neue Strukturen psychotherapeutischer Behandlungen durch niedergelassene Psychotherapeuten unter den Bedingungen der Regelversorgung. Kern ist die ausdrückliche Berücksichtigung von Patienteneinschätzungen über die eigene Problematik sowie über den Verlauf der Behandlung. Anlass war u.a. auch die Kritik am herkömmlichen Gutachterverfahren, das ein reines Expertenverfahren ohne explizite Patientensicht und ohne Verlaufs- und Erfolgsmaße ist, in dem sowohl übergreifende einheitliche und transparente Kriterien für die Begutachtung fehlen als auch Möglichkeiten, die Ergebnisse von Therapien abzubilden. Im TK-Modell wird das herkömmliche Gutachterverfahren deshalb mit einem modifizierten Qualitätsmonitoring-Verfahren verglichen. Die Psychotherapeutenkammer NRW begrüßte das TK-Modellprojekt in einer gemeinsamen Erklärung mit der TK im September 2004. Beide Seiten legten Wert auf die Feststellung, dass die sorgfältige Einhaltung des Datenschutzes oberste Priorität haben muss.

Zur Klärung von Umsetzungsfragen, der Datenschutzkontrolle und zur Organisation von Studienforen werden regionale Projektbeiräte eingesetzt.

Mit der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation sind die Lehrstühle für Psychologie II in Mannheim (Prof. Dr. Werner Wittman) und für klinische Psychologie/Psychotherapie in Bern (Prof. Dr. Wolfgang Lutz) betraut. Ein unabhängiger wissenschaftlicher Beirat überprüft u.a. die Korrektheit der Auswertung und die Plausibilität der Ergebnisinterpretationen.

TK-Modell: Zwischenstand

Nach dem Start des Modellprojekts „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie" der Techniker Krankenkasse (TK) im Frühjahr 2005 konnte im Mai 2006 eine erste Zwischenbilanz gezogen werden: Es beteiligten sich wie geplant rund 400 PsychotherapeutInnen aus Hessen, Südbaden und Westfalen-Lippe an dem TK-Modellprojekt. Bis März 2006 hatten sich bereits über 300 Patienten eingeschrieben. Die Patientengruppe unterscheidet sich durchweg deutlich von einer gesunden Normstichprobe. Die mit Abstand häufigsten Erstdiagnosen waren bislang depressive Störungen (43%), Angststörungen (21%) sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen (20%). Wegen zu geringer Patientenzahlen im fortgeschrittenen Therapiestadium konnten dazu noch keine Verlaufsdaten vorgestellt werden. Auf dem Studienforum dankte die TK vor allem den Therapeuten der Kontrollgruppen, die zum Teil eine zu hohe Belastung durch das Modellprojekt kritisierten. Die Projektleitung versprach hier, durch ein geeignetes Entgegenkommen die Zusatzbelastung auszugleichen, um die Motivation zu fördern und so weiterhin den Erfolg des „Meilensteins der Psychotherapieforschung" zu sichern.

Erstes Studienforum in Dortmund

Die TK hatte am 31. Mai 2006 zum „1. Studienforum" nach Dortmund eingeladen. Dort wurde eine erste Bilanz gezogen (siehe auch Kasten „TK-Modell: Zwischenstand"). Geboten wurden Zahlen über das angelaufene Projekt, Vorträge über wissenschaftliche Strategien der Psychotherapieforschung und vor allem die Gelegenheit, sowohl untereinander als auch mit der Projektleitung und dem Hogrefe „Trust Center" die ersten Erfahrungen mit dem Modellvorhaben auszutauschen sowie Kritik und Anregungen zu sammeln.

Der größte Teil der teilnehmenden PsychotherapeutInnen kommt aus Westfalen Lippe, wobei sich Psychoanalytiker (10,2% Projektteilnehmer bei 4,3% Niedergelassenen) und Verhaltenstherapeuten (50,6% Projektteilnehmer bei 40,1% Niedergelassenen) überdurchschnittlich beteiligen, während tiefenpsychologisch fundiert arbeitende Therapeuten unterrepräsentiert sind (39,2% Projektteilnehmer bei 55,6% Niedergelassenen). Auch die PatientInnen stammen größtenteils aus Westfalen-Lippe, da das Projekt als erstes in dieser Region angelaufen ist.

In der lebhaften Diskussion gab es dennoch viel Anerkennung und positive Rückmeldung für das Modellvorhaben selbst, die Aufbereitung der Materialien und die Betreuung durch das „Trust Center" und das wissenschaftliche Projektbüro.

Kritisch wurde von den Teilnehmern allerdings der hohe projektbedingte Aufwand bei unzureichenden Honoraren in den ersten probatorischen Sitzungen angesprochen. Hier ergeben sich besonders für die KollegInnen in der Kontrollgruppe kaum noch vertretbare Bedingungen: Hoher Zeit-

aufwand durch Einsatz einer Testbatterie ohne vorausgehende Schulung sowie fehlende kontinuierliche Rückmeldung und Unterstützung. In Einzelfällen hat dies dazu geführt, dass PsychotherapeutInnen der Kontrollgruppe ihre TK-PatientInnen gar nicht erst in das Projekt hinein genommen haben. Es dürfte von daher kein Zufall sein, dass es bisher mehr PatientInnen in der Experimental- als in der Kontrollgruppe gibt.

Über die psychotherapeutische Arbeit unter den Projektbedingungen sprach die Redaktion im „PTK NRW – Interview" mit einer erfahrenen Psychotherapeutin.

PTK NRW – Interview

„Diagnostik um ein Vielfaches gründlicher"

Angelika Enzian, Psychotherapeutin im TK-Modellvorhaben, über die psychotherapeutische Arbeit unter Projektbedingungen

Frau Enzian, Sie nehmen als Psychotherapeutin am TK-Modellprojekt teil. Warum?

Anfangs war ich sehr skeptisch und misstrauisch. Ich befürchtete, dass eine psychotherapeutische Behandlung, die psychometrische Instrumente benutzt, schablonenhaft wird, dass der einzelne Psychotherapeut kontrolliert werden soll, dass die TK vor allem wirtschaftliche Interessen verfolgt. Mir war es andererseits sehr wichtig, dass die Intimität der Therapeut-Patient-Beziehung gewahrt bleibt und das persönliche Vertrauensverhältnis nicht beeinträchtigt wird.

Trotzdem haben Sie sich entschieden, an der TK-Studie mitzuarbeiten.

Ich sah in dem Modellprojekt auch die Chance, die Psychotherapie stärker als wichtige und wirksame Behandlung im Gesundheitssystem zu verankern. Gerade von Ärzten wird Psychotherapie ja immer wieder grundsätzlich als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in Frage gestellt. Ich habe zunächst verhaltenstherapeutisch gearbeitet, mich später aber auch tiefenpsychologisch und analytisch qualifiziert. Es geht mir insbesondere darum zu zeigen, dass in manchen Fällen auch 300 Sitzungen notwendig sein können. Hier waren die Vorbehalte von Kollegen besonders groß, dass die „schnelle" Verhaltenstherapie alleine das Rennen macht. In meiner praktischen Arbeit erlebe ich es jedoch immer wieder, dass es gar nicht um ein einziges Verfahren gehen kann. Psychotherapie ohne eine Vielfalt von Behandlungsmöglichkeiten kann ich mir gar nicht vorstellen. Allerdings zweifele ich auch nicht daran, dass das TK-Modell dies ergeben wird. Auf die Dauer geht es meiner Einschätzung nach mehr darum, herauszufinden, bei welchen Patienten mit welchen Störungsbildern zu welchem Zeitpunkt welches Vorgehen am wirksamsten ist.

Das TK-Modell beginnt mit einer „erweiterten Eingangsdiagnostik", die das Ziel hat, eine „klinisch valide, reliable, mehrdimensionale und standardisierte Diagnostik" zu entwickeln. Wie waren die Erfahrungen damit?

Ich habe meine Patienten am Ende der ersten probatorischen Sitzung über das TK-Modell informiert, ihnen Infoblatt und Einverständniserklärung mit nach Hause gegeben und sie gebeten, sich bis zur nächsten Stunde zu überlegen, ob sie mitmachen möchten. Keiner meiner bisher 15 TK-Patienten hat abgelehnt. Die Fragebögen lasse ich den Patienten dann in der zweiten oder dritten Stunde ausfüllen. Es geht um eine Selbsteinschätzung der Patienten. Diese andere Art der Patientenperspektive finde ich sehr interessant, weil die Antworten nicht dadurch zustande kommen, dass ich Fragen stelle. Der Patient muss sie nicht mir ins Gesicht sagen, sondern kann sich freier fühlen bei seiner Antwort. Der Fragebogen ist eine Art neutrale Stelle, eine dritte Instanz. Deshalb halte ich diese schriftliche Patientenbefragung für eine sinnvolle Ergänzung.

TK-Modell: Fragebogen für Patienten

Zur Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik (Qualitätsmonitoring) füllt der Patient fünf Selbstbeurteilungsfragebögen aus:

- Symptombelastung durch globale psychische Beeinträchtigung (7-10 Min.)
- Interpersonelle Beeinträchtigung (10-15 Min.)
- Störungsspezifische Beeinträchtigung (5-20 Min. je nach Instrument)
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität (3 Min.)
- Therapeutische Arbeitsbeziehung (3 Min.)

TK-Modell: Eingangsdiagnostik

Für die kategoriale Diagnostik und Beziehungsdiagnostik werden folgende Verfahren eingesetzt:

- SKID-I: Screening der Symptomstörungen nach den Kriterien der ICD-10
- IDCL: Diagnosestellung für die Symptomstörung
- SKID-II: Screening und Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen
- OPD: Beurteilung der Achse „Struktur" der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik bei psychodynamischen Verfahren

Auch der Psychotherapeut hat Fragebögen auszufüllen. Sind diese Instrumente ebenfalls sinnvoll?

Psychometrische Instrumente kannte ich selbstverständlich schon aus dem Studium. Seither habe ich sie aber nicht mehr häufig benutzt. Anfangs setzte ich noch einen Anamnesefragebogen ein, doch auch den fand ich auf die Dauer entbehrlich. Als alter Hase war ich mir meiner Sache sicher und ließ mich stärker auf den Einzelfall ein. Vergleiche mit anderen Patienten und Therapien erschienen mir nicht notwendig. Das TK-Modell führte dazu, dass ich jetzt wieder Fragebögen einsetzte und für meine Arbeit wiederentdeckte. Ich musste mir eingestehen: Mit dem TK-Instrumentarium war meine Diagnostik um ein Vielfaches gründlicher. Was ich abfragte, war deutlich breiter. Mein Vorgehen war jetzt systematischer. Ich war mir sicher, nichts Wichtiges übersehen zu haben.

Nennen Sie dafür bitte Beispiele.

Die Vorerkrankungen werden genauer abgefragt. Zum Beispiel ein traumatischer Krankenhausaufenthalt des Patienten in seiner Kindheit wäre in meiner herkömmlichen Anamnese vielleicht gar nicht zur Sprache gekommen. Sinnvoll ist es auch, abzufragen, was der Patient überhaupt an Medikamenten nimmt. Nebendiagnosen werden differenzierter erfasst. Auch die GAF-Skala ist hilfreich, einzuschätzen, wie schwer ein Patient psychisch und sozial insgesamt beeinträchtigt ist.

Alle Daten, die mit den Fragebögen ermittelt werden, gehen in ein Computerprogramm ein und werden automatisch und standardisiert ausgewertet. Wie beurteilen Sie die Ergebnisse?

Was mir persönlich als Teilnehmerin der Interventionsgruppe sehr entgegenkommt, ist die graphische Darstellung der Ergebnisse und eine kurze Zusammenfassung, die meist die entscheidende Formulierung enthielt: „Kein Gutachterverfahren! Die Indikationsvorprüfung bei Therapieaufnahme hat ergeben, dass kein Gutachterverfahren erforderlich ist. Aus diagnostischen Gründen kann eine Langzeittherapie bewilligt werden." Praktisch hielt ich bereits die TK-Genehmigung für eine Behandlung in der Hand. Mehr war nicht mehr zu tun.

Das Computerprogramm entlastet mich auch, weil es mir nicht leicht fällt, Berichte an den Gutachter zu schreiben. Je Bericht brauche ich etwa vier bis fünf Stunden. In dem TK-Modell erfuhr ich jetzt: Es geht auch anders!

Was passiert, wenn der Computer sagt: „Störungsbild nicht deutlich"?

In drei Fällen bekam ich dieses Fazit. Bei drei Patientinnen war die psychische Beeinträchtigung durch akute soziale Belastungen hervorgerufen, die sich nicht in einem persönlichen Krankheitsbild zeigten. Eine Mutter sorgte sich um ihr Adoptivkind, das in einer ausgeprägten Pubertätskrise steckte, eine Tochter erlebte, wie sich die Persönlichkeit ihrer Mutter durch eine Alzheimerkrankheit veränderte und eine Ehefrau mit zwei Kindern steckte mitten in einer Trennungskrise. In diesen drei Fällen kam dann das so genannte „modifizierte Gutachterverfahren" zur Anwendung, praktisch ein standardisiertes, dreiseitiges Formular, in dem ich begründete, warum eine Therapie trotz nicht eindeutigem Störungsbild notwendig war. Das Ausfüllen dieses Kurzberichts dauert nicht länger als 30 Minuten. In allen drei Fällen genehmigte die TK die Behandlung.

Der Eingangsdiagnostik folgen Verlaufs- und Abschlussdiagnostik. Wie bewerten Sie diese Instrumente des Qualitätsmonitorings?

Ich war gespannt auf die Rückmeldungen. Ich wollte wissen, ob sich etwas verändert hat. In den meisten Fällen zeigten die Ergebnisse eine Verbesserung der einzelnen Symptombereiche. Es gab allerdings zusammenfassende Beurteilungen, die „keine eindeutige Entwicklung" feststellten. Dass nach 10 Stunden, dem ersten Feedback-Punkt des Verlaufsmonitorings, noch etwas zu tun ist, ist eigentlich klar. Ich gehe davon aus, dass die Ergebnisse umso positiver werden, je länger die Behandlung dauert. Insgesamt sind für mich die Monitoringergebnisse ermutigend. Dass sich Patienten im analytischen Prozess erst einmal schlechter fühlen können, spiegeln die Daten auch wider. Bei der Rückmeldung „negative Entwicklung" kann ich mein therapeutisches Vorgehen in Frage stellen. Ich habe eine zusätzliche, statistisch begründete Vergleichsmöglichkeit, wie sehr mein Patient sich noch belastet fühlt. Und warum sollte ich in Fällen, in denen mich das Programm dazu auffordert, mein therapeutisches Vorgehen zu überprüfen, dies nicht tun? Selbstkritisches Reflektieren darf sogar ein Computerprogramm von mir verlangen. Die Monitoringstationen sind letztlich nicht mehr als fixe Kontrollpunkte, an denen ich routinemäßig prüfe, ob alles nach Plan läuft.

Wie lautet ihr Fazit nach rund einem Jahr?

Die Eingangsdiagnostik ist erstaunlich gründlicher, das habe ich unterschätzt. Es ist tatsächlich anregend, anhand einer Liste von Therapiezielen die wichtigsten auszuwählen und die Entwicklung dahin zu verfolgen. Die größte Chance sehe ich aber darin, mit dem TK-Modellprojekt Daten für die Psychotherapieforschung zu gewinnen, die diese unangreifbarer machen. Sie können die Psychotherapie fest in der Versorgung etablieren und im Einzelfall helfen, auch sehr langfristige Behandlungen zu begründen. Wir brauchen Studien in der Praxis, die den therapeutischen Prozess erschließen und ein differenziertes Vorgehen möglich machen.

Die Redaktion dankt Frau Enzian für das Gespräch.

Zur Person:

Angelika Enzian (Jahrgang 1955), Psychologische Psychotherapeutin. Seit 1980 psychotherapeutisch tätig, ab 1986 in eigener Praxis in Paderborn. KV-Zulassung in Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie. Mitglied im regionalen Projektbeirat des TK-Modellvorhabens in Westfalen-Lippe (für die Psychotherapeutenkammer NRW)

Umfrage zu Aktivitäten in der Prävention

Mit den Mitgliederinformationen von März 2006 wurde ein Fragebogen versandt, der sich auf Beteiligungen der Kammerangehörigen an Präventionsaktivitäten bezog. Inzwischen gingen über 300 Rückmeldungen ein, von denen 274 in der vorliegenden Auswertung berücksichtigt werden konnten.

Antwortverhalten: Bei einem Antwortrücklauf von bislang 4% sind in Relation zur Vertretung der Kammerangehörigen in den einzelnen Regierungsbezirken (Köln, Düsseldorf, Arnsberg, Münster, Detmold) die Antworten gleichmäßig verteilt: kein Regierungsbezirk ist unter- oder überrepräsentiert.

Approbation: Die große Mehrheit der Antworten entfällt mit 67% auf Psychologische Psychotherapeuten, mit 21% auf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und mit 12% auf doppelt Approbierte.

Hauptberuflicher Tätigkeitsort: Angaben zum hauptberuflichen Tätigkeitsort waren in 62% der Rückmeldungen auswertbar. 53% der Angaben entfielen auf die hauptberufliche Tätigkeit in einer Praxis und 9% auf die hauptberufliche Tätigkeit in einer Institution. Genannte Institutionen waren mehrheitlich Beratungsstellen, Kliniken und Universitäten.

Aktivitäten: 69% der antwortenden Kammermitglieder engagieren sich bei Präventionsmaßnahmen. Die benannten Zielgruppen der Aktivitäten entfielen zu gleichen Teilen auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen sowie auf die Zielgruppe der Erwachsenen/Familien. Sie umfassen ein breites Spektrum an Themen, die 10 Bereichen zugeordnet wurden und in der Reihenfolge ihrer anteiligen Zuordnungen aufgeführt sind: Stress/Burn Out, Familie, Sucht, Psychosomatik, Essstörungen, Gewalt, Sonstige (ADHS, Krebs u.a.), Selbstbehauptung, Depression und Trauma. Die vorherrschenden Präventionsaktivitäten entfielen auf die Themenbereiche „Stress" und „Familie". Unter die Kategorie „Stress" fallen Aktivitäten zur Stress- und Burn-Out-Bewältigung, Entspannung und Steigerung der Lebensqualität. Die Kategorie „Familie" umfasst Aktivitäten zur Stärkung von (Hochrisiko-)Familien, in der Schwangerschaft, Eltern-/Partnerschaft, Kindesentwicklung und Erziehung, bei psychischer Erkrankung der Eltern, Scheidung u.v.m. Die mit Präventionsaktivitäten darüber hinaus fokussierten Risikobereiche bezogen sich insbesondere auf Gesundheit am Arbeitsplatz, Gesundheit in Kindergarten und Schule sowie Kindesmisshandlung, Substanzabusus und Häusliche Gewalt.

Motivation: Die überwiegende Mehrzahl der bereits „Aktiven" ist auch weiterhin motiviert, präventiv tätig zu sein, während nahezu die Hälfte der derzeit noch „Inaktiven" ebenfalls motiviert ist, zukünftig präventiv tätig zu werden.

Fazit

Eine ganze Reihe von Kammerangehörigen ist bereits in der Prävention aktiv, obwohl diese Aktivitäten bislang nicht sozialrechtlich abgesichert sind. Psychotherapeuten haben Know-How und Erfahrung in einer komplexen Vielfalt präventiver Handlungsfelder. Diese Kompetenzen werden nicht in dem Maße abgerufen, wie Ressourcen bereitgestellt werden könnten. Die Integration psychotherapeutischer Kompetenzen in der Prävention sollte daher gefördert werden, gerade auch vor dem aktuellen rechtlichen Hintergrund. Als ein Beitrag dazu ist derzeit die Ausrichtung eines Landespsychotherapeutentages zum Thema Prävention in der Überlegung.

Bei allen bisher an der Umfrage beteiligten Kammerangehörigen bedanken wir uns für die Mitarbeit.

Weiterbildungsordnung NRW – Entwurf liegt vor

Nach der Verabschiedung der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer auf dem 8. Deutschen Psychotherapeutentag in Frankfurt/M. am 13. Mai 2006 hat der Ausschuss für Fort- und Weiterbildung der Psychotherapeutenkammer NRW zeitnah den Entwurf einer Weiterbildungsordnung vorgelegt. Der Entwurf orientiert sich eng an den Inhalten der Musterweiterbildungsordnung. Bis zu der nächsten Kammerversammlung im Dezember 2006 besteht Gelegenheit, diesen Entwurf in den Fraktionen und Gremien der PTK NRW zu beraten und die Genehmigungsfähigkeit von der Aufsichtsbehörde prüfen zu lassen.

Die nordrhein-westfälische Weiterbildungsordnung sieht bisher ausschließlich Weiterbildungen in „Bereichen" vor, um eine Partialisierung der Psychotherapie in „Gebiete" von vornherein auszuschließen. Im ersten Anlauf soll als bisher einziger Bereich die „Klinische Neuropsychologie" geregelt werden, um das Anliegen der dort tätigen PsychotherapeutInnen zu unterstützen, nach der wissenschaftlichen Anerkennung neuropsychologischer Therapie auch die sozialrechtliche Zulassung zu erhalten. Dieses Anliegen ist sowohl für die PatientInnen mit Hirnschädigungen, die im ambulanten Bereich kein geregeltes Versorgungsangebot vorfinden, von besonderer Dringlichkeit als auch für die hier tätigen PsychotherapeutInnen, um einer geplanten Abwertung der Klinischen Neuropsychologie als „Heilmittel" entgegenzutreten.

Wohin soll in Zukunft die Reise gehen? Es besteht Einvernehmen, dass für den Kernbereich der Psychotherapie kein Weiterbildungsbedarf besteht – hier werden die erforderlichen Kompetenzen umfassend in der Psychotherapieausbildung erworben und mittels Fortbildungen erhalten. In der Diskussion befindet sich der Bereich „Klinische Somatopsychologie" mit dem Schwer-

punkt „Schmerztherapie" und Spezialisierungen auf verschiedene somatische Krankheitsbilder. In der Diskussion befinden sich darüber hinaus die psychotherapeutischen Verfahren mit der Möglichkeit, weitere Fachkunden zu erwerben, sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für psychologische PsychotherapeutInnen. Es ist zu beraten, was davon zukünftig im Rahmen möglicher Erweiterungen der Weiterbildungsordnung NRW geregelt werden soll. Für den Herbst 2006 ist zunächst ein Workshop geplant, in dem die Kammerversammlungsmitglieder sich intensiv über die Implikationen der jetzt vorgelegten Weiterbildungsordnung, über die Abgrenzung zwischen Weiterbildung und curricularer Fortbildung und über die Bedeutung von Weiterbildungsregelungen nicht für den ambulanten Bereich der Praxen, sondern vor allem auch für die abhängig beschäftigten PsychotherapeutInnen informieren und verständigen können.

Kurzmeldungen

Hypnotherapie – Wettbewerbsverstöße von Nicht-Approbierten

Bei der Psychotherapeutenkammer NRW gehen zunehmend Beschwerden über Personen ein, die ohne Approbation, zum Teil als Heilpraktiker, mit dem Angebot psychotherapeutischer Tätigkeit werbend in Erscheinung treten. Insbesondere im Bereich der Hypnotherapie werden hier vielfach Internetauftritte, Briefköpfe oder auch die Berichterstattung in der lokalen Presse beanstandet. Die Kammer hat eine Auswahl typischer Fälle rechtlich prüfen lassen mit dem Ergebnis, das massive Verstöße gegen das Wettbewerbsrecht festgestellt werden konnten. Beanstandet wurde vor allem eine Vielzahl von unzulässigen Heilsversprechungen, die als irreführende Werbung sowohl gegen das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) als auch gegen das Heilmittelwerbegesetz (HWG) verstoßen. Ein Beispiel für solche Verstöße ist die Aussage: *„Therapeut XY braucht für die komplette Raucherentwöhnung gerade mal zwei Stunden".*

Die Kammer hat den Fachverbänden die juristischen Stellungnahmen zur Verfügung gestellt und sie ermuntert, gegen solche Personen wettbewerbsrechtlich durch Abmahnungen vorzugehen.

Bündnis Depression

Informationsveranstaltung „Depressive Kinder im Schulalltag. Wie fallen sie auf, was kann ich, was können Eltern, was können Experten tun?"

Mit Unterstützung der Psychotherapeutenkammer NRW führte das Düsseldorfer Bündnis gegen Depression am 18. Mai 2006 am Gymnasium Gerresheim in Düsseldorf die Informationsveranstaltung zum Thema „Depressive Kinder im Schulalltag – Wie fallen sie auf, was kann ich, was können Eltern, was können Experten tun?" durch. Die von der Bündniskoordinatorin der Ärztekammer Nordrhein moderierte Veranstaltung richtete sich an Schulleiter, Beratungslehrer und Interessenten der Real-, Haupt- und Gesamtschulen, der Berufs- und Kollegschulen und der Gymnasien der Landeshauptstadt, aber auch an betroffene Angehörige. Das Anliegen der Bündnispartner bestand darin, Verantwortlichen im Schulalltag das Düsseldorfer Bündnis gegen Depression vorzustellen und In-

Veranstaltungen

Kongresse

21. / 22. Oktober 2006
2. Jahreskongress Psychotherapie „Wissenschaft – Praxis"
Bochum, EBZ/Campus-Hotel, Springorumallee 20
Kongressprogramm und Anmeldung: www.unifortbildung-psychotherapie.de und Tel.: 0234 / 32-27716

Fortbildungen der PTK NRW

4. November 2006
Verfahrens- und Rechtsfragen für niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Düsseldorf, Akademie f. öff. Gesundheitswesen, Kanzlerstr. 4; **(8 Fortb.-Punkte)**

10. / 11. November 2006
Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen - 2. Teil des Fortbildungscurriculums
Düsseldorf, Akademie f. öff. Gesundheitswesen, Kanzlerstr. 4; **(14 Fortb.-Punkte)**

25. November 2006
Psychotherapie bei Frauen und Männern in der zweiten Lebenshälfte
Ratingen, Innside Premium Hotels, Am Schimmerfeld 9; **(11 Fortb.-Punkte)**

2. Dezember 2006
Case Management und Psychotherapie: Fallführung kranker Kinder, Jugendlicher und Erwachsener im Gesundheitswesen
Düsseldorf, Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstr. 9; **(8 Fortb.-Punkte)**

9. Dezember 2006
Sachverständige in Strafrechtsverfahren - Aufgaben, Rechte und Pflichten des Gutachters, Gutachtenerstellung vor Gericht
Ratingen, Innside Premium Hotels, Am Schimmerfeld 9; **(8 Fortb.-Punkte)**

Programmheft mit Anmeldung: Abrufbar auf der Homepage der PTK NRW http://www.psychotherapeutenkammer-nrw.de/seiten/fortbildung.php
oder bei der Geschäftsstelle: **Tel.: 0211 / 522847-0, Email: info@ptk-nrw.de**

formationen über das Erscheinungsbild, die Abklärung und Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter zu vermitteln. In Vorträgen wurden grundlegende medizinische und psychologisch / psychotherapeutische Erkenntnisse erläutert. Besonders in der Darstellung psychologischer Schulungs-, Beratungs- und psychotherapeutischer Interventionsmöglichkeiten wurde die Veranstaltung durch einen Beitrag der Berufsgruppe PP/KJP getragen. Die lebhafte Diskussion im Anschluss der Vorträge belegte den hohen Stellenwert und Informationsbedarf zu diesem Thema. Interesse bestand vor allem an konkreten Hilfestellungen im Umgang mit auffälligen Schülern. Für das Düsseldorfer Bündnis gegen Depression und die Psychotherapeutenkammer NRW als Bündnispartner ist dies ein klares Signal für den Bedarf weiterer Fortbildungen für Lehrer wie auch Aktivitäten, die Schüler und Eltern einbeziehen.

KJP-Ausbildung: Masterabschluss notwendig

Der „Zweckverband der staatlich anerkannten Ausbildungsstätten für Psychotherapie in NRW" hat sich für den Master-Abschluss als Voraussetzung für die KJP-Ausbildung ausgesprochen und in einer Stellungnahme an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ausführlich begründet. Wie bei Erwachsenen erfordert auch die Psychotherapie seelisch kranker Kinder, Jugendlicher und Adoleszenter bis 21 Jahre mit Einbeziehung der Bezugpersonen ein profundes Verständnis der Denk- und Handlungsgrundlagen psychotherapeutischer Heilmethoden. In einem sechssemestrigen FH-Studium mit Bachelor-Abschluss in Sozialpädagogik können diese nicht sicher vermittelt werden, um komplexe Ergebnisse der Psychotherapieforschung praktisch umzusetzen.

Beratung am Telefon

Beratung durch Rechtsanwalt
Mi.: 14.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **0**

Mitgliederberatung durch den Vorstand
Mo: 12.30-14.00 Uhr
Di: 12.30-13.00 Uhr
18.30-19.30 Uhr
Mi: 13.00-14.00 Uhr
Fr: 11.00-12.00 Uhr
12.30-13.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **27**

Anfragen Fortbildungsakkreditierung
Mo – Do: 13.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **26**

Sprechstunde der Präsidentin
Mo: 12.00-13.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **0**

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211 / 522847- 0
Fax 0211 / 522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Haben Sie an alles gedacht?

Niederlassung für Psychotherapeuten

Berufs- und vertragsarzt-rechtliche Fragen

Von Dr. jur. Martin H. Stellpflug.
IX, 194 Seiten. Gebunden. € 46,–
ISBN 3-7685-0537-5

Der vorliegende Band dient dem Psychotherapeuten als konkrete Handreichung, unterstützt ihn bei zulassungsrechtlichen Fragen, und informiert über die allgemeinen Pflichten und die Berufspflichten.

Den Kooperationsmöglichkeiten, die sich einem Psychotherapeuten bieten, wird ein eigener Abschnitt gewidmet.

Bestellen Sie beim Buchhandel oder beim Verlag:

Psychotherapeutenverlag
Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Im Weiher 10, 69121 Heidelberg

Kundenbetreuung München:
Tel. 089/54852-8178, Fax 089/54852-8137
E-Mail: kundenbetreuung@hjr-verlag.de

70331176

Psychotherapeuten Verlag

Mitteilungen der LandesPsychotherapeuten-Kammer Rheinland-Pfalz

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Auch nach Abschluß der Fußball-Weltmeisterschaft kann für die LPK Rheinland-Pfalz von einem Sommerloch keine Rede sein! Die LPK zieht ein positives Resümée des erstmaligen notfallpsychotherapeutischen Bereitschaftsdienstes. Wir informieren Sie über eine Projektidee im Rahmen der Partnerschaft unseres Landes mit Ruanda sowie über die Sicht der LPK zur Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnung.

Wir möchten an dieser Stelle noch einmal auf den Termin der Herbsttagung der LPK zum Thema „Sucht" und das Kammerfest hinweisen. Das Programm haben Sie mit Ihrer persönlichen Einladung erhalten.

Last but not least bitten wir Sie um freundliche Kenntnisnahme der personellen Veränderungen der Geschäftsstelle.

Mit kollegialen Grüßen!
Annelie Scharfenstein

Fachtagung „Psychotherapie in der Behandlung von Suchtproblemen" und Herbstfest der Kammer am 30.09.2006

Im Juli haben Sie von uns eine Einladung zu unserer diesjährigen Fachtagung erhalten, die dem großen Themenkomplex „Sucht" gewidmet ist. Es ist uns gelungen, drei renommierte Referenten aus Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen zu gewinnen, die einen Gesamtüberblick vom Aufgabengebiet über die damit verbundenen berufspolitischen Themen und die Versorgungsstrukturen bis zur weiteren Qualifizierung der im Suchtbereich tätigen Psychotherapeuten bieten. Wir legen Ihnen diese Veranstaltung, die – wie alle Veranstaltungen der Kammer bisher – kostenfrei ist, sehr an's Herz. Die Veranstaltung beginnt um 13.00 Uhr und endet um 17.30 Uhr.

Wegen der konkreten Vorplanung bitten wir Sie, sofern Sie dies noch nicht getan haben, sich mit dem Ihnen zugegangenen Faxblatt anzumelden.

Anschließend laden wir Sie alle herzlich zu unserem Herbstfest ein. Wir wollen Ihnen in lockerer Atmosphäre die Gelegenheit geben, Vorstand, die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle und unsere Räumlichkeiten kennen zu lernen und angeregte Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen zu führen.

Kammer hat Einsatzfähigkeit bei WM bestätigt

Die Fußball-WM ist in unserem Land ohne besondere Zwischenfälle friedlich verlaufen. Unser notfallpsychotherapeutisches Angebot wurde – zum Glück – nicht benötigt und dementsprechend auch nicht angefragt. Dennoch haben wir mit unserem erstmaligen Bereitschaftsdienst für den Katastrophenfall ein deutliches Zeichen gesetzt und unsere Berufsgruppe präsentiert.

Dass sich etwa 30 notfallpsychotherapeutisch tätige Kolleginnen und Kollegen innerhalb kurzer Zeit zu einem Bereitschaftsdienst freiwillig gemeldet haben, eine interne ganztätige Vorbereitung auf das Ereignis an einem Samstag durchlaufen haben und zusätzlich bereit waren, von der technischen Ausrüstung bis zum Aufenthalt in der Praxis an Bereitschaftstagen für eine schnellere Einsatzbereitschaft zusätzliches Engagement einzubringen, hat Anerkennung bis hin ins Innenministerium gefunden. Die engagierte und fachlich fundierte Arbeit unseres Notfallbeauftragten Matthias Heidt in den vorbereitenden Sitzungen auf Landesebene hat ihren Niederschlag darin gefunden, dass er in die Einsatzleitung berufen wurde. Gleichzeitig wurde die stringente Organisation der Ansprechpartner in der Kammer sowie die gute und schnelle unterstützende Arbeit der Kammergeschäftsstelle mit Organisation der Schulungen, Ausgabe der Notfallpsychotherapeutenausweise, Information aller beteiligten Organisationen über die teilnehmenden Psychotherapeuten und auch der von den Mitarbeiterinnen geleistete Rufbereitschaftsdienst als sehr positiv bei allen Beteiligten wahrgenommen. Der Vorstand dankt auf diesem Wege nochmals allen recht herzlich für diesen Einsatz!

Ausgehend von den jetzigen Erfahrungen wurde von den Notfallpsychotherapeutinnen und -therapeuten angeregt, dass die aufgebauten Strukturen in ein Netzwerk umgewandelt werden könnten. Genau dieses muss das mittelfristige Ziel unserer Berufsgruppe sein, um dem ge-

setzlichen Auftrag gerecht zu werden und die Kompetenz der Berufsgruppe in den Köpfen aller im Rettungswesen Engagierten fest zu verankern. Wir werden uns deshalb verstärkt in den nächsten Monaten mit der Weiterentwicklung des Systems befassen. Auf Landesebene soll der Rahmen-, Alarm- und Einsatzplan (Psychosoziale Unterstützung) PSU fertig gestellt werden. Von Seiten der LPK RLP wurden schon weit reichende Vorlagen hierzu geliefert, die unsere Stellung und Funktion bzw. unsere Einsatzmöglichkeiten im Katastrophenfall genauer beschreiben.

Auf der Ebene der Bundespsychotherapeutenkammer und in enger Kooperation der Landespsychotherapeutenkammern NRW und RLP wurden weitere Ausbildungsinhalte für die Fortbildung im Bereich der Notfallpsychotherapie erarbeitet, die jetzt der Umsetzung in konkreten Veranstaltungen harren. Wir wollen versuchen, dies gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen aus Nordrhein-Westfalen zu organisieren, auch die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes soll einbezogen werden, was sicher wünschenswert und im Hinblick auf die Ökonomie sinnvoll ist.

Die bislang 30 (WM)-Notfallpsychotherapeuten kommen aus unterschiedlichen Städten und Landkreisen:

NR 1	TR 4	KH 1	MZ 6	AZ 2
KL 7	DÜW/NW 2	PS/ZW 2	SÜW 4	GER 1

Es wird deutlich, dass der Nordteil von Rheinland-Pfalz bislang schlecht vertreten ist. Zudem kommen wir bisher nur aus 10 Städten und Kreisen. RLP hat aber insgesamt 36 Kreise und kreisfreie Städte. Der Katastrophenschutz ist stadt- und landkreisweit organisiert. D. h. dass unsere Berufsgruppe bislang in 73 % aller Kreise oder kreisfreien Städte noch nicht vertreten ist.

Somit besteht noch ein erheblicher Aufbaubedarf, insbesondere, wenn man bedenkt, dass es nicht sinnvoll erscheint, wenn nur auf eine Person in einem Kreis für den Katastrophenfall zurückgegriffen werden kann. Deshalb ist es für uns sinnvoll, dass eine Vernetzung erfolgt und ggf. Zwischenstrukturen, z. B. auf der Ebene der Rettungsleitstellengebiete, gebildet werden können.

Ruanda

Am 19. Juli 2006 fand im Innenministerium in Mainz ein erstes Gespräch zwischen der Geschäftsführerin des „Vereins Partnerschaft RLP-Ruanda e.V.", Frau Hilden, und Vertretern der Kammer (Herr Kappauf und Frau Heinrich) statt. Ziel des Gesprächs war es zu eruieren, inwieweit die Kammer durch ihren Sachverstand einerseits und die Kammermitglieder andererseits dazu beitragen können, in Ruanda selbst die Mitarbeiter der Gesundheitszentren zu schulen, damit diese dann der gesamten durch Bürgerkrieg traumatisierten Bevölkerung erste psychologisch-psychotherapeutische Hilfe zukommen lassen können. Im gesamten Land sind eine Psychologin im Rahmen des Deutschen Entwicklungsdienstes und eine Psychiaterin tätig. Dabei ist im ersten Schritt nicht angedacht, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach deutschem Vorbild ausgebildet werden, entsprechende Infrastrukturen sind überhaupt nicht vorhanden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind vielmehr eher den Pflegeberufen zuzuordnen. Gerade wird über unser Innenministerium bzw. den Verein in Ruanda ermittelt, welchen Bedarf man dort sieht. Grundsätzlich muss man davon ausgehen, dass es im gesamten Land keine Familie gibt, die nicht mindestens ein Familienmitglied durch den Bürgerkrieg verloren hat, oder in der durch Vergewaltigung und Folter Menschen zutiefst traumatisiert wurden.

Unseres Erachtens ist es wichtig, dass den Menschen im eigenen Land direkt unter den Bedingungen, in denen sie leben, geholfen wird. Deshalb unterstützen wir das Anliegen der Landesregierung sehr. Ein zweiter Schritt könnte dann sein, im Rahmen eines Projekts an der Universität in Butare einen Ausbildungsgang zu konzipieren, der dann eine weitergehende psychologisch-psychotherapeutische Qualifikation vermittelt. Hierzu werden wir Gespräche mit den Psychologischen Fakultäten der Universitäten in RLP führen, wenn das Innenministerium und die ruandischen Partner dies gemeinsam befürworten.

Heute möchten wir zunächst diejenigen Mitglieder ansprechen, die bereit sind, sich ehrenamtlich für eine Ausbildertätigkeit im französisch sprachigen Ruanda für einige Wochen im Jahr zur Verfügung zu stellen. Bitte melden Sie Ihr Interesse bis zum **20. Oktober 2006** an Frau Heinrich, die die Koordination übernehmen wird. Denjenigen, die sich für ein solches Ehrenamt entscheiden, danken wir bereits jetzt sehr herzlich.

Weiterbildung und sozialrechtliche Konsequenzen

Der 8. Deutsche Psychotherapeutentag ist mit einer respektablen Mehrheit dem Vorbild unserer Kammer gefolgt und hat im Mai eine Muster-Weiterbildungsordnung verabschiedet. Dort wurde genau wie in Rheinland-Pfalz die Möglichkeit des Erwerbs von Zusatzbezeichnungen auf der Basis einer Weiterbildung geschaffen, die eingehende Kenntnisse und Fähigkeiten in Bereichen vermittelt, die nicht Gegenstand der Ausbildung waren. In Rheinland-Pfalz können neben der jetzt auch auf Bundesebene verankerten Neuropsychologie weitere Zusatzbezeichnungen, die den somatischen Bereich betreffen, erwor-

ben werden, genau so wie in den wissenschaftlich anerkannten Verfahren von Kolleginnen und Kollegen, die die Approbation z. B. in einem nicht sozialrechtlich anerkannten Verfahren erlangt haben. Die Vertreterversammlung der Kammer hat dies nicht aus Selbstzweck getan, sondern vor dem Hintergrund, den Mitgliedern Möglichkeiten zu eröffnen, die auch in den sozialrechtlichen Bereich hineinwirken.

Genauso wie es einem Arzt möglich ist, durch die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie" die Fachkunde und damit Abrechnungsgenehmigung für psychotherapeutische Leistungen zu erhalten, so muss es zukünftig möglich sein, dass auch bei den Psychotherapeuten, die eine Zusatzbezeichnung durch ihre Kammer erhalten haben, eine entsprechende Fachkunde anerkannt und analog eine Abrechnungsgenehmigung erteilt wird. Dies ist nur durch Änderung der Psychotherapie-Vereinbarungen möglich.

Der Vorstand der LPK hat deshalb den Bundesvorstand aufgefordert, an die Vertragspartner der Psychotherapie-Vereinbarungen (Bundesverbände der Krankenkassen und KBV) heranzutreten und eine entsprechende Initiative zu starten. In einer Zeit, in der Ärzte die Möglilchkeit haben, durch relativ geringe Qualifikationsanforderungen den Titel „fachgebundene Psychotherapie" zuerkannt und eine Abrechnungsgenehmigung zu erhalten, darf den psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten eine Erweiterung des § 6 der Vereinbarung nicht verwehrt werden!

Veränderungen in der Geschäftsstelle

Herr Dr. Günter Müller, der Vorsitzende des Schlichtungsausschusses, hatte bis 30.04. 2006 für die Kammer auch die berufsrechtlichen Angelegenheiten bearbeitet, da sich oft erst im Laufe von Ermittlungen herauskristallisiert hatte, ob es tatsächlich um einen Schlichtungsfall oder einen Berufsrechtsfall ging. Aus persönlichen Gründen hat Herr Dr. Müller den Vorstand gebeten, sich bis zum Ende seiner Amtsperiode im Frühjahr nächsten Jahres nur noch auf die Schlichtungsverfahren konzentrieren zu müssen. Der Vorstand hat diesem Wunsch mit großem Bedauern entsprochen und dankt Herrn Dr. Müller für seine engagierte und von allen sehr geschätzte Arbeit.

Da das Berufsrecht eine zentrale Aufgabe der Kammer ist, hat man sich für eine nahtlose Nachfolge in der Stelle entschieden. Darüber hinaus hat die neue Mitarbeiterin weitere wichtige Funktionen übernommen. Sie bearbeitet den gesamten Weiterbildungsbereich und ist auch die Abwesenheitsvertreterin der Geschäftsführerin. Wir sind überzeugt davon, dass wir mit Frau Rendschmidt eine tatkräftige und kompetente Mitarbeiterin gewonnen haben, die es uns auch erlauben wird, mehr Zeit für die Beratung der Mitglieder aufzubringen.

Hier stellt sie sich Ihnen vor:

Julia Rendschmidt

Seit dem 1.5.2006 bin ich in der Kammer für die Bereiche Berufsrecht, Wettbewerbsrecht und Weiterbildung zuständig.

Ich bin Volljuristin und seit 2003 als Rechtsanwältin zugelassen. Meine berufliche Laufbahn begann ich – zunächst mit dem Schwerpunkt Arbeitsrecht – in Berlin. Unlängst ist noch das Medizinrecht hinzugekommen, was mich auch zu meinem spannenden und vielseitigen Tätigkeitsfeld in der Kammer geführt hat.

Die häufigsten Anfragen von Mitgliedern betreffen Auskünfte im Zusammenhang mit der Schweigepflicht. Natürlich kontaktieren mich auch Patienten mit Fragen oder Beschwerden gegen Mitglieder. Mein Anliegen ist es, einerseits unbegründete Beschwerden gegen Mitglieder abzuwehren, andererseits aber auch aufzuklären und ggf. weitere Maßnahmen zu ergreifen, wenn ein Mitglied sich tatsächlich nicht richtig verhalten hat.

Auch sieben Jahre nach Inkrafttreten des PsychThG besteht nach wie vor ein großer Handlungsbedarf, berufsfremde Personen abzumahnen, sofern sie als Psychotherapeuten auf dem Markt auftreten. Als Berufsvertretung der PP/KJP ist die Kammer hierzu befugt und kann so den einzelnen Mitgliedern, die auf solche Verstöße aufmerksam werden, die Arbeit und das rechtliche Risiko abnehmen.

Bei Fragen zu den genannten Tätigkeitsbereichen stehe ich gerne zur Verfügung.

An diesen Seiten arbeiteten mit:
Birgit Heinrich, Matthias Heidt, Julia Rendschmidt, Dr. Annelie Scharfenstein.

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel 06131/5 70 38 13
Fax 06131/5 70 06 63

service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de
telefonische Sprechzeiten:
Mo. – Fr. 10.00 – 12.30 Uhr
Di. und Do. 14.00 – 16.00 Uhr

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Berufsordnung verabschiedet

FORUM 15 (Juli 2006)

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 26. Juni nach konstruktiver Beratung, Diskussion und Beschlussfassung den durch den Ausschuss Berufsordnung und Schlichtung vorgelegten Entwurf der saarländischen Berufsordnung einstimmig verabschiedet. Die Berufsordnung wird zwar erst nach Genehmigung durch das Ministerium und der Veröffentlichung in unserem FORUM Rechtsgültigkeit erlangen. Schon jetzt spricht jedoch aus meiner Sicht viel dafür, dass die saarländische Berufsordnung als erste beschlossene Berufsordnung nach Verabschiedung der Musterberufsordnung (MBO) der BPtK, das wohl kompletteste und umfassendste Satzungswerk berufsrechtlicher Regeln und Pflichten auf Bundesebene sein könnte. Die Formulierung unserer Berufsordnung erfolgte in enger Anlehnung an die MBO, zeigt aber auch inhaltliche Abweichungen dort, wo im Hinblick auf liberalere Regelungen mehr Freiheiten für die Mitglieder und weniger Einfluss der Kammer angemessen erschien. Damit haben wir meines Erachtens einen wirklich guten Kompromiss gefunden zwischen einerseits *soviel wie nötig* an klaren Regelungen beruflicher Rechte und Pflichten der Kammermitglieder und andererseits *so wenig* Reglementierung *wie möglich* seitens der Kammer. Beispielhaft für die Notwendigkeit klarer und eindeutiger Vorgaben seien hier die Regelungen zur Abstinenz (§ 6 und § 26) genannt, wo die Kammer für eine schärfere zeitliche Abstinenzverpflichtung (zwei gegenüber einem Jahr in der MBO) gegenüber Patientinnen und Patienten auch nach Beendigung der Behandlung eintritt (§ 6). Außerdem wurde die Abstinenz gegenüber Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung detailliert geregelt (§26). Die liberalere Haltung bezüglich Nachweispflichten gegenüber der Kammer dokumentieren zum Beispiel die Paragraphen zur Honorierung und Abrechnung (§14), zur Fortbildungspflicht (§15) und zur Pflicht zur Qualitätssicherung (§16). Der Ihnen jüngst als „Geschenk" der Kammer zugegangene und im Sinne einer „Zukunftsinvestition in Berufsrecht" gedachte Kommentar zur Musterberufsordnung ist allerdings trotz der Abweichungen zur MBO gut geeignet, beim Verständnis und der Anwendung der saarländischen Berufsordnung Hilfestellung zu geben.

Vertreterversammlung beschließt am 24.04.06 einstimmig den Beitritt zum Bayerischen Versorgungswerk

FORUM 14 (Mai 2006)

Die Vertreterversammlung hat am 24. April 2006 einstimmig dem Antrag von Ilse Rohr zugestimmt, in dem der Anschluss an die Psychotherapeutenversorgung in der Bayerischen Versorgungskammer vorgeschlagen wird. Mit dieser Abstimmung wurde ein zweijähriger Vorbereitungs-, Informations- und Entscheidungsprozess abgeschlossen, der auf lange Sicht und insbesondere für unsere künftigen und jüngeren Mitglieder von erheblicher Bedeutung ist.

Unsere Vertreterversammlung beschäftigte sich am 12. Juli 2004 zum ersten mal mit dem Thema Versorgungswerk: Dr. Peter Schichtel vom saarländischen Gesundheitsministerium informierte uns über prinzipielle Fragen der berufsständischen Versorgungswerke, über die gesetzliche Grundlage (SHKG § 6, Abs. 3) und den rechtlichen und formalen Rahmen, in den eine solche Entscheidung einzuordnen ist.

Die Grundsatzentscheidung, den Weg in Richtung einer berufsständischen Versorgung für die saarländischen PsychotherapeutInnen überhaupt einzuschlagen, wurde in der Vertreterversammlung mit großer Mehrheit getroffen. Am 30. Mai 2005 hatten alle Mitglieder die Gelegenheit, im Rahmen einer Informationsveranstaltung die drei psychotherapeutischen Versorgungswerke von Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Bayern kennen zu lernen. In nächsten Schritt wurde am 18. Juli 2005 der Haushalts- und Finanzausschuss beauftragt, zur ersten Sitzung in 2006 einen Überblick über die Leistungsprofile der drei in Frage kommenden Versorgungswerke zu erarbeiten und die Entscheidung der Vertreterversammlung vorzubereiten. Im Rahmen eines Werkvertrages wurde eine umfangreiche Synopse zu dieser Fragestellung in Auftrag gegeben, mit den Ausschussmitgliedern diskutiert und nochmals überarbeitet. Schließlich konnten wir zu unserer ersten Sondervertreterversammlung am 1. April 2006 einladen, und zur Vorbereitung allen TeilnehmerInnen in schriftlicher Form einen tabellarischen Überblick über die wichtigsten Leistungselemente, über Mindest- und Höchstbeiträge, Altersgrenzen und zahlreiche andere Merkmale der drei in Frage kommenden Versorgungswerke zuschicken.

Es ging also darum, sich zunächst in einer komplexen und unübersichtlichen Fragestellung einen Überblick zu verschaffen, sich eine Meinung zu bilden und schließlich eine Entscheidung zu treffen.

Erfreulicherweise waren neben den gewählten VertreterInnen zahlreiche Mitglieder der Einladung zu der Sondervertreterversammlung gefolgt. Das Interesse an dem Vortrag von Herrn Haßdenteufel, einem Versicherungsexperten der Rentenzusatzversorgungskasse (RZVK) Saarland, der die oben erwähnte Synopse für uns erstellte hatte, war groß, die Diskussion lebhaft und umfassend. Ein Meinungsbild, das unter den zwar betroffenen aber in der Vertreterversammlung nicht ab-

stimmungsberechtigten Mitgliedern erstellt wurde, zeigte eine ganz eindeutige Präferenz für die Psychotherapeutenversorgung unter dem Dach der Bayerischen Versorgungskammer. In der Diskussion vor der entscheidenden Abstimmung der Vertreterversammlung (siehe oben) spielte dieses Votum eine wichtige Rolle.

Wie geht es nun weiter?

Mit der Entscheidung der Vertreterversammlung steht fest, welchem Versorgungswerk (nämlich dem bayerischen) wir uns anschließen wollen. Im nächsten Schritt entscheidet der Verwaltungsrat der Bayerischen Psychotherapeutenversorgung über unser Aufnahmegesuch. Danach wird auf der Ebene der zuständigen Ministerien beider Bundesländer ein Staatsvertrag vorbereitet, der die Zustimmung beider Länderparlamente braucht. Erst dann, also mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr in 2006, wird der individuelle Beitritt zum bayerischen Versorgungswerk für die Mitglieder unserer Kammer konkret.

Alle Pflichtmitglieder unserer Kammer, die unter 59 Jahre alt sind, können dann innerhalb von einem Jahr entscheiden, ob sie Mitglied im Versorgungswerk werden möchten oder nicht. Alle künftigen Mitglieder, die nicht Pflichtmitglieder in der gesetzlichen Rentenversicherung sind, werden automatisch Pflichtmitglied im Versorgungswerk.

Selbstverständlich werden Sie für diese wichtige Entscheidung zu einer weiteren Informationsveranstaltung eingeladen, bei der es um die konkreten Versorgungs- und Vorsorgemöglichkeiten geht.

Das Recht zur Gründung berufsständischer Versorgungswerke ist übrigens eine Besonderheit des deutschen Altersvorsorgesystems. Nur die so genannten kammerfähigen Berufe haben dieses Recht, also Ärzte, Apotheker, Architekten, Notare, Rechtsanwälte, Steuerberater bzw. Steuerbevollmächtigte, Tierärzte, Wirtschaftsprüfer und vereidigte Buchprüfer, Zahnärzte sowie Psychologische Psychotherapeuten. Innerhalb der ABV (Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V.), dem Spitzenverband der 83 öffentlich-rechtlichen Pflichtversorgungseinrichtungen in Deutschland, zählt die Bayerische Versorgungskammer mit über 150 000 Mitgliedern in 12 Versorgungswerken unter ihrem Dach zu den größten Mitgliedsverbänden.

Honorar für probatorische Sitzungen dramatisch abgestürzt KV: Kein Geld mehr in der Kasse

FORUM 14 (Mai 2006)

Mit dem Ende April abgerechneten 4. Quartal 2005 ergibt sich für das Jahr 2005 ein dramatischer Absturz unseres Honorars für die probatorischen Sitzungen (in €):

Quartal	1.	2.	3.	4.
Ersatzkassen	59,50	28,25	19,52	15,10
Primärkassen	36,94	17,20	7,33	7,33

50 Minuten Sitzung mit dem Patienten, danach noch aufwendige Dokumentation gerade der ersten Sitzungen – und dann landen wir bei diesem Stundenhonorar? Wie der Vorsitzende der KVS, Herr Dr. Hauptmann, die in die Vertreterversammlung gewählten psychotherapeutischen Vertreter (Michael Antes, PP, Ilse Rohr, PP, Dr. Alf Gerlach, Ärztlicher Psychotherapeut) wissen ließ, geht das Problem darauf zurück, dass die KV keine Rückstände mehr zur Verfügung hat, die sie auflösen könnte, um unseren Punktwert für die nicht bewilligungspflichtigen Leistungen zu stützen.

In einem neuen Honorarverteilungsvertrag (HVV) soll eine Lösung gefunden werden, bei welcher – akzeptablen! – Mindesthonorierung der Punktwert aufgefangen werden soll. Das geht nur, wenn er aus dem großen Topf der Fachärzte + Psychotherapeuten subventioniert = gestützt werden wird.

Wir hoffen und setzen uns selbst dafür ein, dass eine für uns akzeptable Lösung gefunden wird, die auch die Fachärzte bereit sind, mit zu tragen.

Krankenkassen schießen nach

FORUM 14 (Mai 2006)

Es hat lange gedauert und hat sich schließlich gelohnt: In sicher sehr schwierigen und zähen Verhandlungen ist es der KVS gelungen, die Krankenkassen zur Finanzierung der Psychotherapie mit ins Boot zu nehmen: Alle Krankenkassen beteiligen sich an den Nachzahlungen von 1/2000 – 4/2005 mit 62 – 65%.

Des weiteren beteiligen sich alle Krankenkassen an der Erhöhung unseres Mindestpunktwerts ab 1/2006 mindestens mit 50% bzw. übernehmen diesen sogar zu 100%. Wir sind von diesem Verhandlungsergebnis sehr angetan und sehen das bisher durch unsere Finanzierung beschwerte Verhältnis zu den Fachärzten wesentlich entlastet. Unser ausdrücklicher Dank gilt dem Vorstand der KVS!

Hoffnung auf angemessene Vergütung unserer Basisleistungen

FORUM 14 (Mai 2006)

Im letzten Forum, der Ausgabe 14, haben wir von dem dramatischen Absturz unseres Honorars für probatorische Sitzungen berichtet. Die KV hatte dies mit den gänzlich aufgebrauchten Rücklagen begründet. Da die Finanzierung der bewilligungspflichtigen Leistungen nunmehr rückwirkend ab 01/2000 auf ganz anderen Füßen gesichert ist, steht einer angemessenen Vergütung unserer Basisleistungen (probatorische Sitzungen, Anträge usw.) eigentlich auch nichts mehr entgegen. Die psychotherapeutischen Vertreter in der KV (Michael Antes, PP, Alf Gerlach, ÄP, und Ilse Rohr) haben bereits entsprechende Gespräche mit dem Vorsitzenden der KV geführt und hoffen, dass wir die Auswirkungen schon bald auf unserem Honorarbescheid sehen werden.

Zwischenbilanz saarländischer Vertrag zur Integrierten Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen

FORUM 14 (Mai 2006)

Wie wir bereits berichteten, startete im Mai 2005 im Landkreis Merzig-Wadern ein Projekt zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen. Allgemeines Ziel der Verträge zur Integrierten Versorgung ist, mit einer Verzahnung der ambulanten und stationären Hilfsangebote die Behandlung zu verbessern, Schnittstellenprobleme mit Leistungserbringern und Kostenträgern zu minimieren sowie Folgekosten durch Komorbidität und / oder unvollständige bzw. unnötige Behandlungen zu reduzieren. Die Zielgruppe des „Merziger" Vertrages sind alkoholkranke bzw. von Alkoholkrankheit akut bedrohte Menschen (ICD10: F10) sowie Patienten mit depressiven Krankheitsbildern (ICD10: F32, F33) einschließlich bipolarer Verläufe (ICD 10: F31). Die Vertragspartner (VdAK, Klinikum Merzig, kooperierende Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten) können nun auf ein Jahr Kooperationserfahrung innerhalb der integrierten Versorgung zurückblicken. Im Folgenden ein zusammenfassender Bericht über die Erfahrungen im bisherigen Verlauf und die Ergänzungen im Vertragswerk.

Patientenentwicklung

Die Aufnahme in einen IV-Vertrag erfolgt seitens der teilnehmenden Patienten freiwillig. Voraussetzung ist die Mitgliedschaft in einer der Ersatzkassen und die Zugehörigkeit zur indizierten Patientengruppe

Bis Mai 2006 haben sich insgesamt 105 Patienten in den Vertrag eingeschrieben. Dies scheint zunächst eine geringe Zahl, entspricht jedoch exakt der Planung: Die Anzahl der teilnehmenden Patienten ist wegen der Einschränkung auf Versicherte der Ersatzkassen (Vertragspartner auf Kassenseite ist der VdAK) und der diagnosespezifischen Zuordnung begrenzt. Gut zwei Drittel der eingeschriebenen Patienten (68 %) leiden an einer depressiven Erkrankung, ein Drittel (32%) an einer Alkoholerkrankung. Etwa 60 % der Patienten sind Frauen (58,9%), die zu ca. 80% depressiv erkrankt sind, während sich die Behandlungsdiagnosen der 41% in den Vertrag eingeschriebenen Männer in etwa gleich verteilen, auf ca. 45% Abhängigkeitskranke und 55% depressiv Erkrankte.

Kooperationspartner

Alle an einer Kooperation interessierten niedergelassenen Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten können Vertragspartner werden. Mittlerweile sind 36 Vertragspartner dem Vertrag mit den Kassen und dem Klinikum Merzig beigetreten. Darunter die 6 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenärzte und Neurologen des Kreises, 21 Allgemeinärzte und 5 Internisten. Von den 8 Psychologischen Psychotherapeuten mit Niederlassung im Landkreis ist die Hälfte dem Vertrag als Kooperationspartner beigetreten.

Zuweisung zur IV

Die Zuweisung zur integrierten Versorgung erfolgt über die Vertragspartner nach Information über den Vertrag und/oder kurzer diagnosespezifischer Befunderhebung. Die Patienten werden dann an die Fallmanagerin vermittelt, die mit dem jeweiligen Kooperationspartner den Gesamtbehandlungsplan abstimmt. Die Verteilung der Zuweisung der Patienten durch die Kooperationspartner ist wie folgt: knapp die Hälfte (46,7%) der Patienten kommt über die niedergelassenen Haus- bzw. Fachärzte und Psychotherapeuten, die andere Hälfte kommt nach Information über ihre Krankenkasse oder in Selbstzuweisung direkt zur Fallmanagerin (28,1%) und in Zuweisung über das Klinikum Merzig (22,9%).

Leistungskomplexe

Die Leistungserbringer erhalten ihre Vergütung für erbrachte Leistungen in der integrierten Versorgung wie vom Gesetzgeber im § 140 SGB V vorgesehen **außerhalb der Regelleistungen** über im Vertrag festgelegte Leistungskomplexe für vereinbarte Einzelleistungen wie z.B. Indikationsstellung, Fallkonferenzen (telefonisch oder aufsuchend), Laborleistungen, Patientenvorstellung im Quartal, Berichterstattung etc. innerhalb einer je Fall pauschalierten Leistungsmenge. Diese Leistungskomplexe wurden im Laufe des ersten Vertragsjahres entsprechend der Erfahrungen über ihre Anwendbarkeit in der Praxis fortlaufend in Abstimmung mit den gewählten Vertretern der Vertragspartner (Koordinierungsausschuss IV) angepasst.

Psychotherapie – Sofort

Eine besondere Anpassung der Leistungskomplexe ergab sich für die Psychotherapeuten (ärztliche und psychologische): Es zeigte sich mit wachsender Anzahl der eingeschriebenen Patienten, dass der hohe Anteil derjenigen Patienten, die einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung bedürfen (etwa die Hälfte), nicht vollständig durch die niedergelassenen Psychotherapeuten versorgt werden kann. Besonders in den Fällen, wo eine rasche Übernahme (< 3 Monate) in die psychotherapeutische Behandlung krankheitsbedingt indiziert ist, ergibt sich eine Versorgungslücke (die Wartezeiten betragen bekanntlich 6 Monate und länger). Hier konnte mit den Ersatzkassen ein Sonder-Leistungskomplex *Psychotherapie-Sofort* für die Vertragspartner vereinbart werden: die psychotherapeutische Behandlung kann laut Vereinbarung ab der 1. Sitzung (d.h. ohne probatorische Sitzungen, siehe auch den Artikel in dieser Ausgabe) zu einem angemessenen Vergütungssatz (75 €) und ohne übliches Antragsverfahren erfolgen. Es handelt sich dabei um die Leistungsinhalte *„ambulante psychotherapeutische Krisenintervention"* (5-10 Sitzungen á 50 Min., teilbar in 2 x 25 Min.) und *„störungsspezifische Intervention"* (bis 20 Sitzungen). Wenn eine weitere ambulante Psychotherapie nach Abschluss von „Psychotherapie Sofort" indiziert ist, kann sie auf dem üblichen Weg als KV-Leistung erfolgen, bevorzugt durch denselben Psychotherapeuten/Vertragsarzt.

Anmerkungen zum bisherigen Verlauf des Vertrages

Information und Aufklärung der Vertragspartner und der Patienten:

Es ist erfreulich, dass so viele der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten im

Kreis für einen Beitritt zum Vertrag gewonnen werden konnten. Dazu bedurfte und bedarf es einerseits intensiver Information und Aufklärung aller beteiligten Leistungserbringer über Inhalt und Ziel des Vertragswerkes durch das Fallmanagement, Mitarbeiter der Klinik sowie der VdAK und deren Mitgliedskassen. Im Mittelpunkt integrierter Versorgung steht der Austausch und die Kooperation zwischen den „Leistungssektoren". Gerade wenn es um psychische Erkrankungen geht, müssen eine ganze Reihe von Leistungssektoren miteinander vernetzt werden (vertragsärztliche, -psychotherapeutische Behandlung und stationäre Krankenhausbehandlung, ambulante und stationäre Rehabilitation, ambulante und stationäre Vorsorge). Hinzu kommen im Bereich psychiatrischer Erkrankungen Leistungserbringer psychosozialer Hilfs- und Beratungsangebote (Beratungsstellen, Selbsthilfe etc.) sowie ggf. die Leistungsträger ambulanter und stationärer Wiedereingliederungshilfen (Ministerium in einer Nebenabsprache des Vertrages). Nur so können die im Einzelfall erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zeitnah erfolgen und koordiniert werden.

Andererseits muss für die Aufklärung und Information der Leistungsempfänger, also der Patienten, gesorgt werden, welche sich vom Beitritt zum Vertrag fachliche Hilfen erhoffen u.a.:

- ggf. durch ein erstes Fachgespräch über ihre Erkrankung und die damit verbundenen Schwierigkeiten,
- über die Feststellung bisher erfolgter Behandlungsmaßnahmen,
- über die Planung weiter Behandlungsschritte und ggf. einzuleitender Hilfemaßnahmen in Absprache mit den zuweisenden Vertragspartner/n und/oder weiterer an der Behandlung Beteiligter.

Leistungskomplex Psychotherapie – Sofort

Mit dem Verlauf der IV ist den Kostenträgern und den Leistungserbringern noch einmal deutlich geworden, dass die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung im ambulanten Bereich im gegenwärtigen Versorgungssystem bei der derzeitigen Vergütung unzureichend ist. Nur deshalb haben sich die Krankenkassen auf den vereinbarten Leistungskomplex Psychotherapie-Sofort eingelassen. Die Unterversorgung kann jedoch durch den Integrierten Versorgungsvertrag nicht kompensiert werden, dazu ist die IV nicht geeignet. Sie bietet lediglich einen gesundheitspolitischen Rahmen, innerhalb dessen bestehende Leistungsangebote besser miteinander vernetzt und gegebenenfalls in der praktischen Anwendung fachlich fundiert modifiziert werden können. Hier sind grundsätzlichere Veränderungen in der Bedarfsplanung und Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen erforderlich (u.a. getrennte Bedarfsermittlung für PP und KJP, eine Aufstockung des für die Psychotherapie zur Verfügung gestellten Honorarvolumens durch die Krankenkassen, Erweiterung des Leistungsspektrums für PP und KJP im EBM etc.). Durch den Ausbau der Leistungskomplexe und die Aufnahme der Psychotherapie-Sofort im vorliegenden Vertrag konnte zwar theoretisch die Möglichkeit und der Anreiz geschaffen werden, rascher und „unbürokratischer" psychotherapeutische Behandlung anzubieten. Die Frage ist nur: Wer soll diese Behandlung in der Praxis leisten? Die Vertragspartner, ob niedergelassene oder angestellte PP oder Fachärzte, sind weitgehend ausgelastet und können – auch zu den besonderen Rahmenbedingungen – die indizierten Behandlungen nicht oder nur in begrenztem Umfang übernehmen.

Ausblick

Ein Ziel sollte der Beitritt weiterer Kassen sein, da die IV im vorgestellten Bereich ansonsten nur einer kleinen Gruppe von Versicherten zu Gute kommen kann. Entsprechende Bemühungen sind bereits im Gange. Bezüglich der Laufzeit des Vertrages muss von mehr als den ursprünglich anvisierten 2 Jahren ausgegangen werden. Die Politik drückt über die jüngst verlängerte Anschubfinanzierung der IV bis 2007 ihr Interesse an der weiteren Erprobung der innovativen Versorgungskonzepte aus. Dies ist grundsätzlich zu befürworten.

Wissenschaftliche Begleitung

Zur Überprüfung der anvisierten Ziele wird das Projekt wissenschaftlich untersucht. Die Studie wird sich mit der Effizienzmessung der Maßnahmen innerhalb des Versorgungsvertrages beschäftigen.

Die Vertragspartner verbinden mit diesem Versorgungsvertrag übergeordnete Zielsetzungen wie:

- Verbesserung der Versorgungssituation für psychisch kranke Menschen
- Verbesserung der Behandlungskontinuität
- Minimierung möglicher Folgekosten durch Komorbidität und/oder unvollständige bzw. unnötige Behandlungen
- Minimierung von Schnittstellenproblemen mit anderen Leistungserbringern und Kostenträgern etc.

Bernhard Morsch, Klinikum Merzig, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Sie finden alle vollständigen Ausgaben des FORUM auf unserer Website:
www.ptk-saar.de

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten Vorstand PKS (Präsidentin: Ilse Rohr, Vizepräsident: Bernhard Morsch, Beisitzerinnen: Irmgard Jochum, Liz Lorenz-Wallacher, Andrea Maas-Tannchen)

Geschäftsstelle

Talstraße 32
66119 Saarbrücken
Tel 0681 / 95455 56
Fax 0681 / 95455 58
kontakt@ptk-saar.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

wir hoffen, dass Sie den diesjährigen Rekordsommer genießen und für die eigene Erholung nutzen konnten und dabei die für norddeutsche Verhältnisse ungewöhnliche Hitzeperiode gut überstanden haben.

In unseren heutigen Mitteilungen gibt es einiges Erfreuliches zu berichten. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein hat Anfang Juli eine Nachvergütung für nicht-antragsgebundene psychotherapeutische Leistungen aus den vier Quartalen des Jahres 2004 zur Auszahlung gebracht. Es ist u.a. auch auf das intensive Bemühen der PKSH zur besseren Honorierung vor allem der probatorischen Sitzungen zurückzuführen, dass sich einige Primärkassen zu diesen Zusatzzahlungen für die antragsfreien Leistungen veranlasst sahen. Die PKSH hatte seinerzeit eine Erhebung zu den Auswirkungen der desolaten Vergütung der probatorischen Leistungen durchgeführt und als Ergebnis dieser Studie auf die Gefährdung der Versorgung im Bereich der Psychotherapie hingewiesen.

Weiterhin können wir Ihnen mitteilen, dass nun auch die Möglichkeit besteht, Fortbildungsveranstaltungen bei der PKSH online akkreditieren zu lassen. Hierdurch wird die Akkreditierung einfacher, schneller und kostengünstiger. Im Zuge dieser Vereinfachung werden nur noch solche Veranstaltungen auf unserer Homepage aufgelistet, die von der PKSH akkreditiert wurden. Sie erreichen die Online-Akkreditierung unter www.pksh.de und dann unter dem Menüpunkt „Fortbildung".

Als Verbesserung unseres Service-Angebots haben wir zudem die telefonische Erreichbarkeit der Geschäftsstelle erweitert. Sie können unsere Mitarbeiter jetzt auch Donnerstagnachmittag in der Zeit von 13:00 bis 16:00 Uhr erreichen.

Zum Jahreswechsel hatten wir Ihnen bereits den Psychotherapeutensuchdienst der vier Nordkammern „PsychInfo" vorgestellt und Ihnen den kostenlosen Eintrag in diese Datenbank ermöglicht. Viele unserer Kolleginnen und Kollegen haben von diesem Angebot bereits Gebrauch gemacht. Ein Eintrag in „PsychInfo" dient Patienten zur ersten Orientierung und hilft bei der Therapeutensuche. Auch bei anderen Institutionen und in den Medien hat es bereits ein positives Echo dieses Suchdienstes gegeben. Sie können dies durch Ihren eigenen Eintrag unterstützen! Bitte tragen auch Sie Ihre Daten ein. Am schnellsten gelangen Sie zur Erfassungsmaske für Ihre Praxisangeben über www.psychinfo.de und dann durch Klick auf „à hier einloggen". Sollten Sie Ihre Zugangsdaten (Mitgliedsnummer und Passwort) nicht mehr parat haben, können Sie diese bei der Geschäftsstelle der PKSH erfragen. Übrigens ist „PsychInfo" nicht nur ein Suchdienst für niedergelassene Psychotherapeuten, sondern kann auch von angestellten Kolleginnen und Kollegen für privat zu liquidierende Angebote genutzt werden.

Zu unserem Beitrag zur „Kostenerstattung" (siehe PTJ 2/2004) hat es vielerlei Anfragen zu dem dort zitierten Aktenzeichen des Vergleichs aus dem Jahre 1997 gegeben. Wir sehen uns daher veranlasst, folgendes hierzu klarzustellen: Das im Text erwähnte Aktenzeichen ist richtig wiedergegeben. Wenn unter diesem AZ der Vergleich nicht zu finden ist, liegt der Fehler beim Bundessozialgericht (BSG). Hier wurde der Vergleich falsch archiviert, deshalb ist er in der Online-Datenbank des BSG auch nicht verfügbar und deshalb bekommt man auf telefonische Nachfragen beim BSG die Auskunft, das Aktenzeichen sei falsch etc.. Selbstverständlich liegt der PKSH der Vergleich mit dem Aktenzeichen 6RKa 15/97 vor und kann hier bei Bedarf abgefordert werden.

Soweit in Kürze die aktuellen Informationen. Im Folgenden geben wir einen ausführlichen Rückblick auf den im Juni von der PKSH veranstalteten 1. Norddeutschen Psychotherapeutentag. Desweiteren geht RA Frau Dr. Julia Liebthal in ihrem Beitrag zu „Auskunfts- und Informationsrechte der Eltern bei psychotherapeutischen Behandlungen" auf die juristische Seite dieser oft hinterfragten Elternrechte ein. In dem sich anschließenden Beitrag von Heiko Borchers wird dieses Thema zusätzlich aus der berufsrechtlichen Perspektive der Berufsordnung der PKSH betrachtet.

Der Vorstand wünscht allen Kolleginnen und Kollegen einen schönen Herbst

Dr. Oswald Rogner
Dr. Angelika Nierobisch
Heiko Borchers
Christiane Foerster
Lea Webert

1. Norddeutscher Psychotherapeutentag in Kiel

Die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein hat am 9. und 10. Juni ihren ersten Norddeutschen Psychotherapeutentag in Kiel mit erfreulich großer Resonanz durchgeführt. Mehr als 150 Teilnehmer folgten der Einladung zu dieser Veranstaltung, die unter dem Motto" Vielfalt in der Psychotherapie" stand und ein breites Fortbildungsspektrum zu bieten hatte.

Teilnehmer des Norddeutschen Psychotherapeutentages

In seiner Begrüßungsrede wies der Präsident der PKSH, Dr. Oswald Rogner, auf die bestehende Diskrepanz zwischen der Zunahme psychischer Störungen in der Bevölkerung und die durch Vorschriften und Regelwerke eingeengten Anwendungsfelder der Psychotherapie hin. Psychotherapeuten können mehr, als ihnen die Psychotherapierichtlinien oder andere Gesetzesvorschriften erlauben würden. In der effektiven Nutzung der vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten von Psychotherapie liege ein bisher noch immer verkannter Beitrag zur Kosteneinsparung in der gesetzlichen Krankenversorgung.

Das Eingangsreferat zum Thema „Vielfalt in der Psychotherapie" hielt Herr Professor Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer. Prof. Richter bot einen interessanten Querschnitt durch die aktuellen berufspolitischen Themen. Unter der Überschrift „evidenzbasierte Psychotherapie" wies er darauf hin, dass man die Wirksamkeit von Psychotherapie nicht allein mit Testverfahren messen könne. Die Wirksamkeit, im Sinne von „effectivness", müsse unter naturalistischen klinischen Bedingungen untersucht werden und könne sich nicht auf reine „efficacy"- Kriterien entsprechend der Vorgaben von kontrollierten RCT-Studien beschränken.

Mit Blick auf zukünftige Entwicklungen im Gesundheitssystem wies Prof. Richter auf die Bedeutung neuer Versorgungsformen hin. Mit integrierter Versorgung, Medizinischen Versorgungszentren und Netzwerken werden die Psychologischen Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sich zukünftig zu beschäftigen haben. Hier sei es wichtig, den Anschluss nicht zu verpassen.

Den Grundsatz „Berufsrecht vor Sozialrecht" nannte er abschließend als eines der wichtigsten Ziele der BPtK. Die Weiterbildung, die die Kammern definieren, solle verbindliche Konsequenzen für das Sozialrecht haben.

Im Anschluss an das Referat begannen die Fortbildungen für die Teilnehmer. Von der Neuropsychologie über die Therapie des Schmerzes und von Sexualstörungen bis zum EMDR konnten die Teilnehmer zwischen 11 verschiedenen Workshops wählen, die einen kleinen Ausschnitt aus der Bandbreite der vielfältigen Tätigkeitsfelder von Psychotherapeuten widerspiegelten.

Prof. Richter im Gespräch

Heike Wienands führte in die „Hypnotherapie bei Kindern und Jugendlichen" ein und zeigte an Beispielen deren Anwendungs- und Kombinationsmöglichkeiten mit anderen Psychotherapiemethoden auf.

Die Frage „Was ist Neuropsychologie?" wurde von Stephan Stolz beantwortet, und er gab in seinem Workshop einen Überblick über die neuropsychologische Diagnostik, die Indikation spezifischer Methoden neuropsychologischer Therapie sowie die Rolle der Angehörigenarbeit und Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung.

Jens Möller von der Ostseeklinik Damp zeigte Einsatzmöglichkeiten der „Psychotherapie in der Konzeption der modernen Rehabilitation" auf und wies auf verhaltensmedizinische Prinzipien hin, mit denen die Selbstwirksamkeitserwartung und -erfahrung der Rehabilitanden optimiert werden können.

Dr. Rogner, Herr Schrömgens, Dr. Müller-Lucks

Auf spezielle Aspekte der „Psychoonkologie im Akutkrankenhaus" ging Juliane Dürkop näher ein und vermittelte in ihrem Workshop die Besonderheiten des psychotherapeutischen Handelns bei akuter Krebserkrankung.

Wie chronische Schmerzen zu anhaltenden Veränderungen im Denken, Fühlen und Verhalten führen und welche Möglichkeiten die „Psychotherapie zur Behandlung des chronischen Schmerzes" bietet, war Thema des Workshops von Dr. Annelie Scharfenstein.

Eine Einführung in „EMDR in der Praxis" vermittelte Elke Gimm. An Hand von (Video-) Beispielen aus der Praxis wurden Einsatzmöglichkeiten von EMDR in der Behandlung traumatisierter Patienten sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen vorgestellt.

Von einem methodenintegrativen Vorgehen bei der „Diagnostik und Behandlung von Posttraumatischen Störungen (PTBS)" ging Gerda Krause in ihrem Workshop aus. Auf der Grundlage von Traumatheorien und Erkenntnissen der neueren Gehirnforschung wurden verschiedene psychotherapeutische Behandlungsansätze vorgestellt.

Dr. Uwe Niederberger informierte in seinem Workshop über „Kopfschmerz und Migräne: Verhaltensmedizinische Behandlungsansätze". Ausgehend von der Frage der Wirkmechanismen psychologischer Schmerztherapie wurden dabei Grundlagen der Psychobiologie und Verhaltensmedizin in der Kopfschmerztherapie erarbeitet.

In dem Workshop „Therapie sexueller Störungen" gab Frau Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt einen Überblick über sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität. Fragen der Diagnostik und Indikationsstellung wurden dabei ebenso erörtert wie das Ansprechen von sexuellen Problemen und Störungen in der Praxis.

„Die Wirkung von Körpersprache in der Therapie" war das Thema von Prof. D. I. Walter S. Bartussek. Ausgehend von dem Leitgedanken, dass Körpersprache nicht nur auf Gestik und Mimik beruht, sondern sich auf äußerst subtile, meist unbewusste Art und Weise äußert, lernten die Teilnehmer, diese scheinbar unmerklichen und enorm wirksamen Botschaften zu erspüren, damit umzugehen und dabei präsent, klar und authentisch und sich seiner selbst bewusst zu bleiben.

Prof. Bartussek

Dieser 1. Norddeutsche Psychotherapeutentag bot aber nicht nur die Möglichkeit, sich fachlich auszutauschen und fortzubilden, sondern es gab auch Gelegenheit für Erholung und private Gespräche. Bei sonnigem Wetter nutzten zahlreiche Kolleginnen und Kollegen nach dem ersten Fortbildungstag die vom Vorstand der PKSH organisierte Abendfahrt auf der Kieler Förde mit dem Museumsschiff „Stadt Kiel" zur Entspannung und für den persönlichen Austausch miteinander.

Auch der zweite Fortbildungstag ging mit einem wahren Highlight für die Seele und die Lachmuskeln zu Ende. In einer pantomimischen Tagesschau fasste Prof. Bartussek die beiden sehr arbeitsintensiven Fortbildungstage in einer äußerst pointierten und humorvollen Darbietung zusammen und erntete dafür sehr viel Beifall.

Museumsschiff MS "Stadt Kiel"

Die Veranstaltung fand in der Kieler „Halle 400" einen interessanten und reizvoll gelegenen Rahmen. Aufgrund vielfacher Nachfragen und einer durchweg sehr positiven Beurteilung durch die Teilnehmer (Noten 1,5 bis 2,2) wird die PKSH einen weiteren Psychotherapeutentag im nächsten Jahr durchführen.

Dr. Angelika Nierobisch u.
Dr. Oswald Rogner

Auskunfts- und Informationsrechte der Eltern bei psychotherapeutischen Behandlungen

Gerade bei der psychotherapeutischen Betreuung und Behandlung von minderjährigen Kindern stellt sich häufig die Frage, wann und unter welchen Umständen einem Elternteil Auskunft über den Stand der Behandlung zu geben ist.

Bei der rechtlichen Bewertung ist danach zu differenzieren, ob der Elternteil sorgeberechtigt ist oder nicht. Ein nicht sorgeberechtigter Elternteil hat regelmäßig keinen eigenen Anspruch gegenüber dem Psychotherapeuten auf Auskunftserteilung über eine psychotherapeutische Behandlung des Kindes. Der Auskunftsanspruch richtet sich allein gegen den anderen Elternteil (§ 1686 BGB). Voraussetzung ist, dass der Auskunftssuchende ein berechtigtes Interesse an der Auskunft über die persönlichen Verhältnisse des Kindes hat und die Auskunft dem Wohl des Kindes nicht widerspricht. Nur dann, wenn der behandelnde Psychotherapeut von dem sorgeberechtigten Elternteil von der Schweigepflicht entbunden wurde, ist er verpflichtet, dem nicht sorgeberechtigten Elternteil wie einem sorgeberechtigten Elternteil Auskunft zu erteilen.

Anders liegt die Rechtslage, wenn ein sorgeberechtigter Elternteil an einen Psychotherapeuten herantritt und Auskunft über die psychotherapeutische Behandlung seines Kindes haben möchte. In diesen Fällen gibt es juristisch zwei Rechtsgrundlagen für das Auskunftsrecht, die Personensorge und ggf. auch den Behandlungsvertrag.

Aus dem Sorgerecht fließt das Recht und die Pflicht des sorgeberechtigten Elternteils zur Personensorge. Dazu gehört auch die Veranlassung und Durchführung ärztlicher Maßnahmen.

Daneben wird ein Elternteil, der für sein minderjähriges Kind eine psychotherapeutische Behandlung veranlasst, in der Regel auch Partner des Behandlungsvertrages. Nur dann, wenn der Vertrag ausdrücklich allein im Namen des Kindes abgeschlossen wird oder das Kind den Psychotherapeuten ohne Begleitung eines Elternteils aufsucht, erwächst keine eigene Verpflichtung des Elternteils aus dem Behandlungsvertrag. Sind die Eltern bei Vertragsabschluss zugegen, werden sie in der Regel den Behandlungsvertrag als Vertrag zu Gunsten Dritter für ihr Kind abschließen mit der Konsequenz, dass auch der Elternteil Vertragspartner wird und Rechte aus dem Behandlungsvertrag geltend machen kann. Der Behandlungsvertrag kommt bei bestehender Ehe mit beiden Elternteilen (§ 1357 BGB) zustande, unabhängig davon, ob beide bei Vertragsschluss anwesend sind.

Sind die Eltern Vertragspartner, steht ihnen direkt aus dem Behandlungsvertrag ein Auskunftsrecht gegen den behandelnden Psychotherapeuten zu. Aus diesem schuldet der behandelnde Psychotherapeut als Nebenpflicht Auskunft und sogar Einsicht in die Krankenunterlagen. Eine Ausnahme besteht nur dann, wenn aus

therapeutischen Aspekten und persönlichkeitsrechtlichen Schutzbelangen des Psychotherapeuten oder wegen der Rechte Dritter ein Einsichts- bzw. Auskunftsrecht nicht geboten erscheint. In diesen Fällen ist der behandelnde Psychotherapeut auch berechtigt, dem Patienten die Einsicht in die Krankenunterlagen zu verweigern. Das ist insbesondere der Fall, wenn das Ziel der psychotherapeutischen Behandlung durch die Bekanntgabe der Krankengeschichte gefährdet würde.

Wird die Auskunft oder die Einsicht in die Krankenunterlagen verweigert, muss der Psychotherapeut die therapeutischen Gründe der Einsichtsverweigerung zwar nicht im Einzelnen begründen. Er muss jedoch deutlich und erkennbar machen, dass er seine Entscheidung verantwortlich in voller Würdigung der Rechte des Patienten getroffen hat.

Dieselbe Grenze gilt, wenn ein Elternteil direkt aus dem Sorgerecht nach § 1626 BGB gegen den behandelnden Psychotherapeuten auf Auskunft vorgeht. § 1626 BGB, der die Personensorge regelt, erfasst auch die psychotherapeutische Behandlung. Die Personensorge begründet für jeden Elternteil eine ihm selbständig zustehende Stellung; sie schafft eigene Rechte und Pflichten der sorgeberechtigten Eltern, die gegebenenfalls durchgesetzt werden können.

Im Ergebnis ist also festzuhalten, dass immer dann, wenn ein Elternteil eines minderjährigen Patienten Auskunft verlangt, danach gefragt werden muss, ob der jeweils auskunftssuchende Elternteil sorgerechtsberechtigt ist. Ist dies der Fall, kann eine Auskunft insbesondere dann verweigert werden, wenn dies aus therapeutischen Gründen erforderlich ist und den Erfolg der Behandlung gefährden würde.

Dr. Julia Liebthal, Rechtsanwältin (Koch Staats Kickler Schramm & Partner)

Auskunfts- und Einsichtsrecht gemäß Berufsordnung

Nach der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (PKSH) steht Patientinnen und Patienten oder ihren gesetzlichen Vertretern ein Einsichtsrecht in die sie betreffenden Unterlagen einer psychotherapeutischen Behandlung zu. Der Aspekt der psychotherapeutischen Behandlung minderjähriger Kinder und Jugendlicher wurde in der Berufsordnung jedoch besonders bedacht. Auch hier war es die Absicht des Ausschusses Berufsordnung, eine Ordnung zu erstellen, die dem Kollegen oder der Kollegin Sicherheit bei der Ausübung des Berufes gibt. So ist es gemäß Berufsordnung der PKSH dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin unter gewissen Umständen durchaus erlaubt, den Einbezug oder die Beteiligung der gesetzlichen Vertreter – also auch die Beteiligung sorgeberechtigter Eltern – an dem psychotherapeutischen Prozess ihres Kindes abzulehnen. Dieses kann ja insbesondere bei familiären Konflikten zwischen Eltern und jugendlichen Kindern sehr wichtig sein und eine wichtige Bedingung zur Aufrechterhaltung bzw. Durchführung einer erfolgreichen Psychotherapie mit dem Jugendlichen darstellen. Diese Überlegungen finden in § 17 der Berufsordnung ihren Niederschlag:

§ 17 – Umgang mit minderjährigen oder beschränkt einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten

> (1) Bei Konflikten zwischen gesetzlichen Vertreterinnen oder gesetzlichen Vertretern und Patientin oder Patient ist auf das Wohl der Patientin oder des Patienten zu achten.
> (2) Bei in Absatz 1 genannten Fällen entscheidet grundsätzlich die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut über eine Beteiligung der gesetzlichen Vertreter an dem psychotherapeutischen Prozess (begleitende Psychotherapie). Dabei ist unter sorgfältiger Berücksichtigung der entwicklungsbedingten Fähigkeiten das Selbstbestimmungsrecht der Patientin oder des Patienten zu wahren. Andere gesetzliche Bestimmungen bleiben unberührt und gelten fort.

Der letzte Satz soll darauf hinweisen, dass die Berufsordnung das Bürgerliche Gesetzbuch (siehe vorangegangene Ausführungen) nicht außer Kraft setzen kann. Aber zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass die Berufsordnung die Überzeugung der Kammermitglieder zu ihrem berufswürdigen Verhalten gegenüber Patientinnen und Patienten darstellt. Die Ordnung setzt somit gewisse Normen für berufsethisches Verhalten. Diese psychotherapeutischen Normen unterscheiden sich von vielen ärztlichen Normen zur Berufsausübung und lassen sich somit nicht unter die Rechtsprechung im Bereich ärztlicher Behandlung subsumieren. Das Wesen einer Psychotherapie ist etwas anderes als das Wesen einer medizinischen Behandlung. An diesen fachlichen Einschätzungen der approbierten und verkammerten Psychotherapeuten, einem verhältismäßig jungen Berufsstand, wird sich im Konfliktfall die Rechtsprechung neu orientieren müssen.

Das heißt, verweigert eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut sorgeberechtigten Eltern Auskunft über die Behandlung ihres Kindes und kann dieses nachvollziehbar und vor allem fachlich (psychotherapeutisch) begründen, wird diese Kollegin oder dieser Kollege seitens der Psychotherapeutenkammer nicht mit berufsgerichtlichen Sanktionen rechnen müssen. Eine entsprechende Beschwerde von den Eltern würde von der Psychotherapeutenkammer mit dem Hinweis, dass kein berufsrechtliches Vergehen vorliegt, beantwortet werden. Diese fachlich-psychotherapeutische Einschätzung seitens der Psychotherapeutenkammer – einer Körperschaft des öffentlichen Rechts – kann im zivilrechtlichen Streitfall (BGB – vorangegangene Ausführungen) nicht unbeachtet bleiben.

Heiko Borchers

Geschäftsstelle

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo bis Fr 9 – 12 Uhr
zusätzlich Do 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstr. 64
10179 Berlin
Tel. 030/27 87 85-0
Fax 030/278785-44
Mo – Do 9.00 – 15.00 Uhr
info@bptk.de
www.bptk.de

Baden-Württemberg
Hauptstätter Straße 89
70178 Stuttgart
Tel. 0711/674470-0
Fax 0711/674470-15
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

Bayern
St.-Paul-Str. 9, 80336 München
(Post: Postfach 151506
80049 München)
Tel. 089/515555-0
Fax 089/515555-25
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Berlin
Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 14.00 – 19.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Bremen
Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel. 0421/27 72 000
Fax 0421/27 72 002
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr
verwaltung@lpk-hb.de
www.lpk-hb.de

Hamburg
Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Tel. 040/4210 1234
Fax 040/4128 5124
Mo, Di, Do, Fr 9.00 – 15.00 Uhr
Mi 9.00 – 17.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de

Hessen
Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Niedersachsen
Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 12.00
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi – Fr 9.00 – 12.00
Mo – Do 13.00 – 13.30 Uhr
info@pk-nds.de
www.pk-nds.de

Nordrhein-Westfalen
Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Rheinland-Pfalz
Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Saarland
Talstraße 32
66119 Saarbrücken
Tel. 0681/9545556
Fax 0681/9545558
Mo, Di 8.30 – 12.30, 13.30 – 17.30 Uhr
Mi 13.30 – 17.30 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Schleswig-Holstein
Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo bis Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Do 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Errichtungsgruppe der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer in Gründung
Promenade 25
06667 Weißenfels
Tel. 03443/302189
Fax 03443/231520
beate_caspar@hnw-online.de
www.ihre-opk.de

Kleinanzeigen

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Für die Anzeigen sind die Inserenten verantwortlich. Eine Überprüfung der Angaben durch die Psychotherapeutenkammern findet nicht statt.

Weiterbildung in Meridian-Energie-Therapie
Einzel-Gruppenkurse/ Supervision
www.EFTeuropa.de
Neues Buch: Trauma – endlich liebevoll, tränenloser und erfolgreicher behandeln
ISBN 3-930 648-63-6

NLP-Ausbildungen und Systemische Ausbildung in München, Rosenheim, Ulm
FoBiPunkte für NLP Practitioner, Master, Coach NLP-Ausbildung mit Qualität seit 1986, alle Termine unter www.inntal-institut.de
INNTAL INSTITUT, Dipl.-Psych. Claus und Daniela Blickhan, Asternweg 10a, 83109 Großkarolinenfeld, Tel. 08031 50601

Durch die PTK Hamburg anerkannte Fortbildung und Supervision in **Energetischer Psychologie nach Fred Gallo Einführung:** 20./ 21.01.2007 Hamburg, **Level 2:** 18./19. Nov. 2006 Hamburg. **Neu: Einführung und Level 1 kompakt auf Sylt: 10.-16.Mai 2007**, Info und Anmeldung: 04191/ 88551 www.EP-Institut.de mail@EP-Institut.de

Institut für Energetische Psychologie Dipl. Psych. Jutta Bockhold Durch die PTK Hamburg anerkannte Fortbildung und Supervision in **Energetischer Psychologie nach Fred Gallo Einführung:** 20./ 21.01.2007 Hamburg **Level 2:** 18./ 19.11.2006 Hamburg **Neu: Einführung und Level 1 kompakt auf Sylt: 10.-16. Mai 2007 Info und** Anmeldung: 04191-88551 www.EP-Institut.de, mail@EP-Institut.de

Klinische Hypnose M.E.G.

M.EG.- Fortbildungsgänge 07:

- **Start: KliHyp B1: 25.-27.01. 07**
- **Start: Kom1: 15.-17.02. 07**
- **Medizinsche Hypnose: laufend**

Infoabende, Seminar-, Supervisionstermine

Info: Tel: 0228/ 9493120
www. Institut - systeme. de

Milton Erickson Institut M.E.G.- Bonn
Venusbergweg 48, 53115 Bonn
Leitung: Dipl. Psych. Anne M. Lang

Supervision im Großraum Düsseldorf! Interesse?
Als kassenzugelassener PP'ler und KJP'ler besitze ich die Fachkunde in allen Verfahren (VT, TP, Analyse), werde als Supervisor vom Landesprüfungsamt anerkannt. Durch die Psychotherapeutenkammer NRW und die Ärztekammer Nordrhein bin ich akkreditiert (Supervision, Selbsterfahrung) für VT und TP, kann in diesem Rahmen Weiterbildungspunkte vergeben. Einzel- und Gruppensupervision und - Selbsterfahrung ist in meinen Räumen oder in Ihrer Praxis/ Organisation möglich. Telefonisch ist meine Praxis (Dr. Andreas Šoljan) werktags zwischen 9 und 12 Uhr unter Tel.: 0211 – 9 23 30 63 besetzt - sie sprechen mit Frau Hilger. Sie erreichen mich auch per E-Mail (soljan@soljan-zapp.de).

Deutsche Gesellschaft für Hypnose e.V.

Jahreskongress mit Vorträgen und Seminaren zur Anwendung von Hypnose und Hypnotherapie in Medizin, Psychotherapie und Zahnmedizin

Hypnose
Brücke
zwischen
Körper
und Seele

Bad Lippspringe
16.11.2006 – 19.11.2006

Infos zur Fortbildung in Hypnose und Hypnotherapie

Tel.: 0 25 41 / 88 07 60

DGH-Geschaeftsstelle@

t-online.de

www.hypnose-dgh.de

Einzel- u. Gruppensupervision für PP, KJP u. ÄP

für tiefenpsychologisch fundierte u. gesprächs-psychotherapeutische Therapien und Tätigkeitsfelder, Dipl.-Psych. Klaudia Bräuning, Psychologische Psychotherapeutin u. Supervisorin (Akkreditierung PTK- NRW), Fon u. Fax: Bielefeld 0521-139427,

psychotherapie@k-braeuning.de, www.k-braeuning.de

BIRGIT BADER
Seminare & Coaching

NLP-Ausbildungen in Hamburg
mit Fortbildungspunkten

Aktuelle Termine unter

www.bibader.de

Tel. 040-458600

Frankfurter Institut für Psychodynamische Körpertherapie Ausbildung zum: Psychodynamischen Körpertherapeuten (Tiefenpsychologisch fundiertes, körperorientiertes Verfahren). Beginn: Januar 2007; Infoabend 26.09.06 Offenbacher Landstr. 368, 60599 Frankfurt a.M. Tel. 0641 – 360 54 83

Zertifizierte WB für app. PPT/KJP Psychotherapie bei akuten und chron. Traumata, MPTT mit KÖDOPS

www.psychotraumatologie.de
Tel. 02245-9194-0

Dienstleistungen

Kompetent – individuell – schnell

Diplom-Psychologen bieten Supervision bei VT-Antragsstellung.
Tel.: 0421/259861
Mobil: 0179/7751398
E-Mail: lvkoepke@hotmail.com

Persönliche, kompetente und schnelle Supervision bei der Berichterstellung (TP / A - Erwachsene) von Diplom-Psychologin, per Post oder e-mail.
Tel. 040 / 399 055 65

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte **Supervision bei VT Antragsstellung** von Dipl.-Psychologin
Tel.: 0 22 34 / 94 91 70
E-Mail: jubender@freenet.de

CHIRON Psychologische Dienstleistungen Berichts-Check – wir prüfen Ihren Bericht noch vor Antragstellung professionell und legal nach den offiziellen GA-Kriterien. **Web-Service** – wir realisieren und pflegen den professionellen Internet-Auftritt Ihrer Psychologischen Praxis **Weitere Hilfen** rund um dem Praxisalltag
Internet: www.chiron-pd.de
E-Mail: service@chiron-pd.de
Fon: 02 21 / 4 68 09 73
Fax: 02 21 / 2 79 04 56
Mo - Do: 9 - 15 Uhr, Fr: 9 - 10 Uhr

Tiefenpsychologisch fundierte, analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie
Supervision bei Kassenberichten für Erwachsene, Kinder und Jugendliche, schnelle und kompetente Hilfe durch Dipl.-Psych. mit 14 Jahren Erfahrung, Express-Service
Tel.: 02 21 / 4 68 09 73, Fax 02 21 / 2 79 04 56 Mo.-Do. 9:00-15.00 Uhr, Fr. 9:00-10:00 Uhr

Erfahrener Kinderanalytiker

leistet Supervision bei der Antragserstellung für PA/ TP.

Tel: 08450/909269

Qualifizierte Supervision

bei VT-Antragsstellung für Erwachsene.

Tel.: 07681-25365
E-Mail: info@PSDCG.de

Qualifiziert, prägnant & gut:
Supervision bei der Berichterstellung (TP)
Dr. D. Weyers: 0228/ 18 02 40 84
weyers@jobsinn.de

Schnelle und qualifizierte Berichterstellungshilfe für TP, VT und Analyse. (Kinder und Erwachsene).
Tel. 04 21 / 44 47 00;
Fax 04 21 / 4 99 20 70 e-mail: mutschler.roswitha@t-online.de

Intervision

Bremen

Neugründung Intervision/ Qualitätszirkel, Focus tiefenpsychol. Körperarbeit

Tel.: AB 0421/342257

EMDR-Therapeuten gründen EMDR-Intervisionsgruppe in Mannheim. Wir suchen weitere TeilnehmerInnen.

email: info@angelikaschlegel.de,

Telefon 0621 - 412 904

Köln, Aa, Bn, D

KJP, w., TP, Gestalttherapie., Hypnotherapie, sucht Intervisions- o. Supervisionsgruppe - oder Kollegen für Neugründung.

Tel. 0221-71500428

Jobsharing

Raum Osnabrück, Vechta, Cloppenburg: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT,Approb.& Arztreg.) sucht Job-Sharing oder Anstellung in Teilzeit. Chiffre PTPJ 060305

Dringend! Psychologische Psychotherapeutin sucht kurz- oder mittelfristig **KV-Sitz oder Job-Sharing** im Raum **Marburg**.

Tel.: 06421/407400.

Biete Landshut,

Jobsharing

in VT-Praxis

(ca. 20 Std./Wo.)

Tel.: 0871/89909

Psychologischer Psychotherapeut (VT) sucht ab sofort Jobsharing oder KV-Sitz in Berlin.

Tel.: 030/79709785

Südpfalz
LD-SÜW-NW-GER-PS
PP (VT) sucht Jobsharing bzw. Mitarbeit, auch geringe Stundenzahl.

Tel.: 06341/950456

Psych. Psychotherapeutin (VT-Erw.) sucht KV-Sitz (Tausch, Jobsharing) in Frankfurt/M. Biete KV-Sitz in Marburg. Zuschriften unter Chiffre PTPJ 060306

Hamburg
Psychol. Psychotherapeutin (VT, Arztregistereintrag) sucht Praxismitarbeit mit geringer Stundenzahl.
Tel.:040/5394606 (ab 18 h)
Fax: 040/5394607

Psychologische Psychotherapeutin VT sucht Jobsharing oder KV-Sitz

in **KASSEL**

Tel.: 0561 493977

Psychologische Psychotherapeutin (VT) sucht nach Elternzeit **Praxismitarbeit/ Jobsharing in Münster**.
Tel.: 0251 / 16 27 192

Aschaffenburg
Kinder- und Jugendl. Psychotherapeut (TP, PA) bietet Jobsharing, Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 060310

Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw.) sucht Jobsharing/Praxismitarbeit ab 1/2007 in **Bremen** u. Umgebung

Tel.: 01520/5853968

Psychologische Psychotherapeutin (VT, prom., Türkisch-Kenntn.) sucht langfristig **Job-Sharing, KV-Sitz** bzw. ab sofort tageweise **Praxisraum** in **München**.

Tel.: 0170/8040124

Praxisgemeinschaft

Hamburg-Mundsburg
Wir bieten einen Praxisraum,
ca. 20 m², ruhig, hell, zentral,
im Ärztehaus Hammonia-Bad.
Einstieg in die psychotherapeutische Praxengemeinschaft
(Stella Sandberg und Rolf Hemlep, beide TP)
zum 1.8.2007.

Tel.: 040/2208983

Kollege/in zur Neugründung in Düsseldorf

ab 3/07 gesucht.

Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 060309.

Praxisgesuche

PP – VT (E) sucht Kassensitz in

Regensburg (Stadt/Land) –

biete Tausch mit Landshut

Tel.: 0172/5260013

Psychologischer Psychotherapeut

sucht KV-Sitz

im Großraum Bonn/Köln

Tel.: 0228/1802987

Psychologischer Psychotherapeut (PA, TP) sucht KV-Sitz in **Freiburg i. Brsg. Hochschwarzwald** oder im **Ortenaukreis** ab Mitte 2009. Möglich ist auch Tausch mit KV-Sitz in Stuttgart.

Tel. 0176/23912234

Kassensitz oder Jobsharing (VT), bevorzugt **Großraum München** von Psychol. Psychoth. gesucht.
Tel./Fax: 089/64260919

Psychol. Psychotherapeut (VT-Erw.) sucht **KV-Sitz** oder **Jobsharing** in **Nordbaden** oder **Südhessen.**

Tel.: 0163/4537328

Psychologischer Psychotherapeut (VT-Erw., mit KJ-Zulassung) sucht KV-Sitz in Nordwürttemberg oder Nordbaden.
Tel.: 0361-2627482

Deutsch- und Türkischsprachige
Psychologische Psychotherapeutin (VT / Erw. + KJP)
sucht KV-Sitz,
Jobsharing oder Anstellung
in **Nürnberg**
oder Umgebung
Tel.: 0171 / 5010298

Raum Nürnberg/Fürth
Psychol. Psychotherapeutin (VT) sucht **KV-Sitz** oder **Jobsharing**
ab sofort oder später.
Tel./Fax: 0911/471549

Psycholog. Psychotherapeutin (analytische Psychotherapie; tiefenpycholog.-fundierte PT) sucht KV-Sitz o.Jobsharing in **Oberfranken, Mittelfranken (Nürnberg), Oberpfalz oder Niederbayern**.
Tel.: 09621/657351

PP (VT, Erwachsene) sucht KV-Sitz in Worms-Stadt, Worms-Alzey oder Donnersbergkreis.

Tel. 06242/912040

PSYCHOLOGIN (PP, TP, Erw.), langjährige Klinikerfahrung, sucht KV-Sitz oder Job-Sharing
Im Raum WI/MZ/FFM/DA/GG
0611-9745748

Praxiskauf

Tiefenpsychologische Psychotherapeutin sucht netten Vertragspartner zwecks Erwerb eines KV-Sitzes in und um Köln.
Mobil: 0177-5803463

Psychologische Psychotherapeutin (TP, Erw.), prom., sucht KV-Sitz in Bonn. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 060307

Raum Zeven/Ottersberg/ Verden. Psychologischer Psychotherapeut (TP und AP für Erw.), approbiert, im Arztregister eingetragen, sucht KV-Sitz, jetzt oder später.
Tel.: 04293/786323

Praxistausch

aKJP tauscht KV-Sitz in Nordhessen gegen KV-Sitz in Berlin 2007. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 060303

Praxisverkauf

Frühplaner
KV-Sitz TP Frühjahr 2008
zu verkaufen,
Landkr. Rottal-Inn (Niederbay.)
Angebote erbeten unter Chiffre PTPJ 060301

Gut eingeführte P.P.-Praxis für Verhaltenstherapie in bester Lage Saarbrücken

zum 01.01.2007 frei.

Tel.-Nr. 0681/581789.

Ländl. Großraum Essen:

KV-Zulassung und gut eingeführte Praxis (VT, syst. Th.) aus Altersgründen zu verkaufen (Sperrgebiet).

Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 060302

KV-Sitz im

Grossraum Stuttgart

An PP (AP, TP) abzugeben

Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 060304

PP Praxis (TP, Erw.)

Nähe ERFURT (gesperrt. Bez.) zu verkaufen.

Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 060308

Suche Nachfolger/in für erfolgreichen KV-Sitz zwischen **Augsburg und Ulm** zum 1.04.07,
Tel.: 08223-5339

KV-Sitz PP (TP), **Neu-Ulm**, zentrale Lage, gut eingeführt, Praxisgemeinschaft, zu verkaufen, Zuschriften erbeten unter

Chiffre PTPJ 060312

Psychotherapie-Praxis mit KV-Sitz in Unterfranken zu verkaufen.
Zuschriften mit konkreten Angaben bitte an Chiffre PTPJ 060313

Praxisvermietung

Augsburg:
schöner Therapieraum in zentral gelegener Praxisgemeinschaft zu vermieten
Tel.: 0821/3497810

Berlin Kreuzberg
Mitbenutzung von 3 Therapieräumen für Kinder und Erwachsene, tage- u. stundenweise möglich; ab sofort.
Tel.: 030/6914013
Fax: 030/30810036

Köln: Praxisgemeinschaft Psychotherapie und Psychosomatik am Heumarkt (PPP)
bietet schöne Therapieräume,
Tel. (0221) 29209403

Hamburg-Schnelsen
PP m. KJP-Zusatz sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt Praxisräume wg. Niederlassung

Tel.: 0160- 95680402

Praxis Essen-Süd Großer Behandlungsraum (gruppentauglich), Wartezone, Teeküche, Büro. Auf Wunsch zus. Räume + Garage.
Tel. 0201-7499991,
E-Mail: info@psy-colog.de

Heller, freundlicher 16 qm großer Raum in psychotherapeutischer Praxis in Mainz günstig zu vermieten.

06131/366711 oder
dagmar_krueger2000@yahoo.de

Praxisvermietung

Schöner Praxisraum, 15 qm, in psychother. Praxis in **München-Schwabing** zu vermieten,

425 Euro inkl. NK.,

Tel.: 089/38380733

München
Praxisraum, hell, ruhig,
Blick ins Grüne, U-Bahn,

1 Tag/Woche zu vermieten

Tel. 089/266709 oder 8349253

Stellenangebote

Berlin: Legasthenie-Zentrum Prenzlauer Berg e.V. sucht **appr. männl. PP/KJP**, gern VT u. Erfahr. LRS-Therapie.
Tel.: 030/4444809
Fax: 030/46796775

Biete ½-tags-Stelle in

Hamburg (VT, Erw.)

an Dipl.Psych. mit Arztregistereintrag.

Tel.: 0175/3587065

Das **Zentrum Psychotraumatologie** im **Alexianer Krankenhaus Krefeld** sucht für sofort approbierte Psychologische Therapeutin für Tiefenpsychologische und/oder Analytische Psychotherapie für halbe Tage, Vergütung analog zu BAT IIa. Weiterbildung in psychotraumatologisch fundierter Psychotherapie, Reha-Psychologie und Neuropsychologie ist erwünscht. Schriftliche Bewerbung an: DIPT e. V., Herrn Univ.prof. Dr. G. Fischer Springen 26, 53804 Much

Eingeführte Praxis im Kreis Konstanz sucht Psychologen/ Psychologin mit Approbation in VT zur Mitarbeit.

Zuschriften erbeten unter

Chiffre PTPJ 060311

Praxismitarbeit:

KOLLEGIN gesucht

0211/164 61 61

Düsseldorf Stadtmitte

maf-hypnose@t-online.de

Verschiedenes

Sceno-Test

Suche gut erhaltenen, gebrauchten Sceno-Kasten.

Tel. 0221-71500428

Ihre Chiffre-Zuschriften
senden Sie bitte
in einem zweiten
geschlossenen Umschlag
an den Verlag:
Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH,
Herrn Günther Pfeffer
Chiffre Nr._____,
Im Weiher 10,
69121 Heidelberg

Anzeigenschluss
für die nächste Ausgabe
ist der 16.11.2006.
Ausgabe 4/06
erscheint
am 20.12.06.

Inserentenverzeichnis

Akademie bei König & Müller, Würzburg 241

AVM, Bamberg 227

CIP-Medien, München 223

CPO Hanser, Berlin 243

Deutscher Psychologen Verlag, Bonn 229

DFT, Hamburg 269

DGVT, Tübingen 257

DIREKT, Eisingen 267

EMDR, Bergisch-Gladbach 229

Ergosoft, Hassloch 2. US

Fachklinik Waren, Waren 237

GNP-Fortbildungsstelle, Stuttgart 263

IGW, Würzburg 253

Institut für Systemische Beratung, Hanau 267

IVS, Fürth 231

Korte RAe, Berlin 263

Münchner Familien Kolleg, München 251

Psychoholic, Remscheid 245

Tagungsbüro Pult, Neuss 227

Schattauer Verlag, Stuttgart 335

Seminar für Gruppenanalyse, CH-Zürich 269

Steinkopff Verlag, Darmstadt 235

Tiefenpsychologisches Institut Baden, Bad Herrenalb 257

Universität Tübingen, Tübingen 241

Westfälisches Institut, Hamm 237

Zentrum für Beratung und Mediation, Berlin 313

Dem Berliner Teil dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

– Jung, Berlin

– IVB, Berlin

Wir bitten unsere Leser um Beachtung!

Körperpsychotherapie

Marlock/Weiss
Handbuch der Körperpsychotherapie

Mit Geleitworten von
Dirk Revenstorf und
Bessel van der Kolk

2006. 999 Seiten,
36 Abbildungen, 3 Tabellen, geb.
€ 99,–/CHF 153,–
ISBN-13: 978-3-7945-2473-0
ISBN-10: 3-7945-2473-X

Das „Handbuch der Körperpsychotherapie" bietet erstmals eine Gesamtübersicht über das weite Spektrum dieser Disziplin, die immer mehr Beachtung und Anhänger findet. Über 60 international renommierte Vertreter und führende Lehrer der verschiedenen Grundrichtungen stellen zentrale Gesichtspunkte körperpsychotherapeutischer Behandlung vor. Alle wichtigen Bereiche – von der Geschichte, über Theorie, Methodik und die praktisch-klinischen Aspekte, bis hin zur Praxeologie – werden hierbei umfassend und aus verschiedensten Blickwinkeln beleuchtet dargestellt. Den Autoren gelingt so eine schulenübergreifende Synopsis, die das breite Spektrum dieses Therapiekonzepts veranschaulicht, dabei aber schulenbetonte Ideologien vermeidet.

Das Werk macht deutlich, dass die Körperpsychotherapie als Ganzes – auch wenn sie zunächst sehr bunt und heterogen erscheinen mag – durch ihren langen und gefestigten Erfahrungshintergrund sowie vielfältige therapeutische Ansätze substanzielle Beiträge zur Psychotherapie leistet und aus dieser nicht mehr wegzudenken ist.

- **Abhandlung aller zentralen Themenkomplexe der Körperpsychotherapie (Geschichte, Metatheorie, klinische Fragestellungen, Praxeologie)**
- **Darstellung aller relevanten Richtungen der Körperpsychotherapie durch deren Begründer oder wesentliche internationale Vertreter**

Schattauer

www.schattauer.de

Irrtum und Preisänderungen vorbehalten

Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal" publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Das „Psychotherapeutenjournal" ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet. Leserbriefe und andere Beiträge zu kammerspezifischen Themen werden nicht im redaktionellen Teil der Zeitschrift abgedruckt. Sie werden von den jeweiligen Länderkammern selbst bearbeitet und können ggf. auf ihren Mitteilungsseiten veröffentlicht werden.

Herausgeber
Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat
Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Dr. Annelie Scharfenstein (Rheinland-Pfalz), Ilse Rohr (Saarland), Dr. Uwe Speckenbach (Schleswig-Holstein).

Anschrift Redaktion
Karin Welsch
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
welsch@ptk-bayern.de

Verlag
Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/489-318; Fax: 06221/489-529, annette.kerstein@hjr-verlag.de

Anzeigen
Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

Satz
Strassner ComputerSatz
69181 Leimen

Druck
Druckhaus Darmstadt GmbH
64295 Darmstadt

Bezug und -bedingungen
Inland € 72,– (inkl. Versandspesen)
Ausland € 75,– (inkl. Versandspesen)
Studenten und Ausbildungsteilnehmer
€ 43,– (inkl. Versandspesen)
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

Abonnementservice
Justus-von-Liebig-Straße 1, 86899 Landsberg, Tel. 08191/97000-640 (Melanie Fröhlich) oder -641 (Jutta Müller), Fax: 08191/97000-103, aboservice@hjr-verlag.de

Erscheinungsweise
Das „Psychotherapeutenjournal" erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

Urheber- und Verlagsrechte
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Manuskripte
Redaktionsschluss der Ausgabe 1/2007 ist der 31. Dezember 2006, für Ausgabe 2/2007 der 30. März 2007. Manuskripte sind elektronisch (Diskette, Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 10 Seiten (zweizeiliger Abstand incl. Abbildungen und Tabellen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.
Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung", herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.
Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal", in der ihr Beitrag erschienen ist.

Rechtseinräumung
Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).
Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

a) Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
b) das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
c) das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z. B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung –, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
d) das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z. B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung.

Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.