

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach wie vor fällt es vielen Menschen schwer, um adäquate fachliche Hilfe nach-zusuchen, wenn sie unter psychischen Problemen oder Störungen leiden. Stellen Sie sich nun vor, es ginge *Ihnen* so und Sie lebten – sagen wir – in Russland oder in China. Was würde es dann für Sie bedeuten, zum Psychotherapeuten zu gehen? Zu welchen Missverständnissen und Komplikationen würde das führen? Es wäre jedenfalls nicht dasselbe, wie hier in Deutschland bequem die Homepage der KV durchzuklicken! Vielleicht käme dem einen oder anderen recht bald der Song "People are strange when you're a stranger" (The Doors) in den Sinn – mit eher bitterem Beigeschmack. Umgekehrt: Wie wichtig wäre es für Sie, gerade in dieser Situation auf jemanden zu treffen, der fachlich kompetent ist und Ihre Migrationssituation gut versteht? Mit ausgewählten Beiträgen möchten wir einen Einstieg in die Schwierigkeiten und Besonderheiten des Themenfeldes „Psychotherapie bei Migranten“ ermöglichen und zum Weiterlesen animieren. Nach einer kurzen Einleitung (Anne Springer, Berlin) gibt Thomas Bär (BPTK, Berlin) zunächst einen Überblick zum Thema: Begriffe, Fakten, Zahlen. Er konstatiert eine mangelhafte Anpassung des Gesundheitssystems an die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe. Zudem skizziert der Artikel Vorschläge der BPTK zur Optimierung der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Im Beitrag von Behrends und Callies (Hannover) werden wesentliche therapeutische Haltungen, diagnostische Ansätze und Verständniss-zugänge für migration- und kulturspezifische Konfliktlagen erörtert. Interessant auch die Fallbeispiele aus einer Spezialsprechstunde

für seelische Gesundheit von MigrantInnen. Jan Ilhan Kizilhan (Freiburg) beleuchtet die stationäre psychotherapeutische Behandlung von Migranten aus familienorientierten Gesellschaften. Er gibt Hinweise zu den Aspekten Generations- und Kulturkonflikte, vorhandene Sprachbarrieren, unterschiedliches Krankheitsverständnis sowie zu den divergierenden Verhaltens- und Kommunikationsregeln.

Wenn Psychotherapie schwer zugänglich ist, dann kann auch „Internettherapie“ ein ergänzendes Angebot sein. Den Blick auf die kritischen Aspekte, welche internetbasierte Hilfsangebote mit sich bringen können, betont der Beitrag von Jürgen Hardt und Matthias Ochs (Wiesbaden). Birgit Wagner (Leipzig) und Andreas Maercker (Zürich) beschäftigen sich seit längerem in viel beachteten Forschungsarbeiten mit dem Thema Internettherapie und geben einen Überblick zu den Forschungsergebnissen. Sie betonen, dass Internettherapie kein Ersatz sein kann für die ambulante Psychotherapie, letzterer aber neue Möglichkeiten eröffnet. Beide Beiträge sollte man unbedingt „am Stück“ lesen!

Im Beitrag von Peikert et al. (Jena) werden ausgewählte Ergebnisse einer vom Forschungsausschuss der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer durchgeführten Studie zur Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie in den Neuen Bundesländern präsentiert. Die Ergebnisse zeigen eine dynamische positive Entwicklung genauso wie noch bestehende, teilweise für den Osten spezifische Defizite. Passend dazu stellt Rüdiger Nübling (Stutt-

gart) in der Rubrik „Aktuelles aus der Forschung“ neuere Arbeiten zur Versorgungsforschung vor.

Scham, Würde und Respekt und manche TV-Formate stehen in unversöhnlichem Gegensatz – eine Chance abzuschalten. Wie aber ist es, wenn ein seriöses Team über Psychotherapie berichten möchte? Über eine Profession, deren Außenwahrnehmung immer noch durch Verzerrungen und Desinformation geprägt ist. Kann man in dieser Situation „geeignete“ Patienten um ihre Mithilfe bitten? Wolfgang Schmidbauer (München), Kollege und bundesweit bekannter Publizist, meint in einem lesenswerten Zwischenruf: nein!

Auch die Rubrik „Recht: Aktuell“ regt zum Nachdenken an. Rüping und Möhring (Hannover) fragen aus der juristischen Perspektive heraus, ob bei der Vergabe von Vertragspsychotherapeutenstellen nicht stärker die Generationengerechtigkeit eine Rolle spielen sollte.

Zusammen mit den weiteren Rubriken können wir ein randvolles Heft von Psychotherapeuten *für* Psychotherapeuten vorlegen. Gelegenheit, einmal allen Autoren zu danken, die ihre Arbeiten beim Psychotherapeutenjournal einreichen! Wir – die Redaktion des Psychotherapeutenjournals (siehe Foto) – freuen uns über eine stetig steigende Zahl von Beiträgen und über die Chance, dadurch ein facettenreiches, interessantes Fachjournal zu gestalten!

Jürgen Hoyer (OPK)
Mitglied des Redaktionsbeirates



Redaktionssitzung im Januar in Frankfurt (v.l.n.r.): H. Vogel, J. Hermann, J. Hoyer, U. Wirth, M. Thielen, G. Corman-Bergau, J. Hardt, K. Welsch, N. Melcop, U. Cramer-Düncher, A. Springer, J. Dürkop, M. de Brito Santos-Dodt, A. Dinger-Broda.

Inhalt

Editorial	1
Schwerpunkt: Psychotherapie bei Migranten	
<i>Anne Springer</i> Psychotherapie und Migration	4
<i>Thomas Bär</i> Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund	5
Mindestens 19 Prozent der Bevölkerung in Deutschland haben einen Migrationshintergrund. Die wenigen aussagekräftigen Studien hierzu zeigen ein Missverhältnis zwischen Prävalenz psychischer Erkrankungen und Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen. Dies spricht vor allem für eine mangelhafte Anpassung des Gesundheitssystems an die Bedürfnisse dieser Population. In dem Artikel werden die Vorschläge der BPTK zur Optimierung der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund skizziert.	
<i>Katharina Behrens, Iris Tatjana Calliess</i> Psychotherapeutischer Beziehungsaufbau im interkulturellen Erstkontakt	12
Vor dem Hintergrund eines Prozessmodells der Entwicklung psychischer Erkrankungen bei PatientInnen mit Migrationsbiographie werden für den psychotherapeutischen Erstkontakt wesentliche therapeutische Haltungen, diagnostische Ansätze und Verständniszugänge für migration- und kulturspezifische Konfliktlagen erörtert und anhand von Fallbeispielen aus einer Spezialsprechstunde für seelische Gesundheit von MigrantInnen illustriert.	
<i>Jan Ilhan Kizilhan</i> Zum psychotherapeutischen Arbeiten mit Migrantinnen und Migranten in psychosomatisch-psychiatrischen Kliniken.	21
In der psychotherapeutischen Behandlung von Migranten aus familienorientierten Gesellschaften haben die kulturelle Identität und die Rolle der Familie eine besondere Bedeutung. Generations- und Kulturkonflikte, vorhandene Sprachbarrieren, das unterschiedliche Krankheitsverständnis und eine spezifische Krankheitsverarbeitung, unterschiedliche Verhaltensregeln und Kommunikation sind wichtige Aspekte, die eine stationäre psychotherapeutische Behandlung dieser Gruppe beeinflussen.	
Originalia	
<i>Jürgen Hardt, Matthias Ochs</i> „Internettherapie“ – Chancen und Gefahren – eine erste Annäherung	28
Verschiedene Aspekte der „Internettherapie“ werden unter berufsrechtlichen und fachlichen Gesichtspunkten kritisch beleuchtet.	
<i>Birgit Wagner, Andreas Maercker</i> Psychotherapie im Internet – Wirksamkeit und Anwendungsbereiche	33
Die internetbasierte Psychotherapie bietet neue Behandlungsmöglichkeiten und Anwendungsgebiete. Die therapeutische Kommunikation findet in der Regel ausschließlich manual- und textbasiert zwischen Therapeut und Patient statt. Die ersten Studienergebnisse zu diesem neuen Forschungsbereich belegen eine gute Wirksamkeit insbesondere für die Behandlung spezifischer Störungsbilder. Der Artikel gibt einen Überblick, für welche Patientengruppen diese Therapieform geeignet ist und welche Vor- und Nachteile bei einer internetbasierten Psychotherapie zu berücksichtigen sind.	
<i>Gregor Peikert, Jürgen Hoyer, Andrea Mrazek, Wolfram Rosendahl, Hans-Joachim Hannich, Frank Jacobi</i> Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland	43
Von Kostenträgern unabhängige Daten zur psychotherapeutischen Versorgung sind bisher rar, speziell in Ostdeutschland. Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer befragte 2009/10 sämtliche ihrer Mitglieder zu ihrer Tätigkeit in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Aus den Ergebnissen können vor dem Hintergrund regionaler Unterschiede repräsentative Aussagen zu Versorgungsumfang, Therapieverfahren, Wartezeiten und zur globalen Einschätzung der Versorgungsgüte abgeleitet werden.	
<i>Wolfgang Schmidbauer</i> Können Sie uns einen Depressiven vermitteln? Wenn Medien nach Anschauungsmaterial suchen	51
Das Vertrauensverhältnis in einer Psychotherapie erfordert, darauf Rücksicht zu nehmen, dass ein Patient nicht frei ist, seinem Psychotherapeuten etwas abzuschlagen. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die mediale Darstellung für einen Laien nicht vorhersehbaren Stress entfalten kann.	

Recht: Aktuell

Uta Rüping, Anja Möhring
 Generationengerechtigkeit bei der Vergabe von
 Vertragspsychotherapeutenstellen 53

Aktuelles aus der Forschung

Rüdiger Nübling
 Psychotherapeutische Versorgungsforschung –
 Versorgungsforschung in der Psychotherapie 57

Buchrezension

Dagmar Kumbier
 Eckert, J., Barnow, S. & Richter, R. (Hrsg.). (2010).
 Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie.
 Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie.
 Bern: Huber. 62

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer 63
 Baden-Württemberg 67
 Bayern 71

Berlin 76
 Bremen 80
 Hamburg 84
 Hessen 87
 Niedersachsen 91
 Nordrhein-Westfalen 96
 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer 100
 Rheinland-Pfalz 103
 Saarland 107
 Schleswig-Holstein 111

Kontaktdaten der Kammern 116

Inserentenverzeichnis 116

Stellen-/Praxismarkt 117

Kleinanzeigen 127

Impressum 128

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

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

- NRW: Verwaltungsvorschrift

epikur psychotherapie

GRATIS
 Software für Umsteiger!
 Aktion bis 31. Mai 2011

In Kürze mit
 Hogrefe-
 TestSystem



10 GUTE GRÜNDE JETZT ZU WECHSELN

1. Modernste Softwarearchitektur
2. Für Mac, Windows und Linux
3. Bedienbar über mobile Geräte
4. Perfektes Patientenmanagement
5. Nie wieder Datenverlust
6. Exzellenter Support Service
7. Optimaler Datenschutz
8. Brief- und Formularensammlung
9. Komfortabler Terminplaner
10. Einzel- und mehrplatzfähig

Patientendaten können selbstverständlich aus
 alten Programmen in die Epikur-Software
 übernommen werden.

www.epikur.de

E-Mail: info@epikur.de Tel. 030 - 644 924 730

Psychotherapie und Migration

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im PTJ diskutieren wir in dieser Ausgabe Fragen der psychotherapeutischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten unter dem Aspekt der Versorgungsrealität und des -bedarfs sowie mit dem Blick auf die psychotherapeutische Praxis im stationären und im ambulanten Setting.

„Migration“ bezeichnet eine Wanderungsbewegung, die der Globalisierung inhärent ist. Menschen entscheiden sich aus sehr unterschiedlichen Gründen, ihre Heimat zu verlassen und sich in eine ihnen mehr oder weniger fremde Welt hineinzubegeben: sie flüchten vor Kriegen und Kriegsgefahr, vor politisch, ethnisch und religiös begründeter Verfolgung, vor materieller und geistiger Armut; sie suchen ein besseres Leben für sich und die Ihren, und manchmal suchen sie nach einer Chance, ihr Leben zu retten. Alle Migrantinnen und Migranten sind dabei konfrontiert mit der Aufgabe, sich in einer ihnen neuen Welt zurechtzufinden und entsprechende Strategien zu entwickeln. Das unvermeidbare Aufeinanderprallen von eigenem Mitgebrachtem und neuem Aufzunehmendem bewirkt Lösungsversuche in der ganzen Bandbreite von gelungener Adaptation mit einer ausgewogenen Mischung von

Fremdem und Eigenem über eine ausgeprägte Überangepasstheit bis hin zu einer Verlorenheit im Fremden, die sich in einer Verarbeitungsform äußern kann, die in unserer Gesellschaft als Erkrankung erlebt und bezeichnet wird. MigrantInnen werden oft zu PatientInnen, die unsere Institutionen und Praxen aufsuchen und uns als PsychotherapeutInnen mit Fremdem konfrontieren; sie benötigen unsere Fähigkeit, mit uns fremder Sprache, fremden Gebräuchen, Gewohnheiten und Wertungen sowie fremder Erlebensverarbeitung umzugehen.

In dieser Konfrontation markieren Migranten einerseits eine Konstante jeder Psychotherapie (alle unsere PatientInnen haben das Recht, für uns neu, unvertraut und in diesem Sinn auch „fremd“ zu sein; darin besteht ihre Chance, neu gesehen und erlebt zu werden und sich so neu zu entwerfen). Andererseits fordern sie uns als PsychotherapeutInnen auf, zu klären und zu verstehen, wie wir es denn mit dem Fremden halten: Fühlen wir uns überfordert und ziehen uns zurück? Idealisieren wir Fremdes und distanzieren wir uns so? Sehen wir genau hin und akzeptieren wir unser Nichtwissen über andere Lebens-

welten und unseren Lernbedarf ohne Eigenes zu entwerfen oder zu verleugnen?

Die Beiträge in diesem Heft geben hierzu ausschnitthaft Überlegungen und Gedanken wieder. Neben der Information über die reale Versorgungssituation (Herr Bär) geben die Beiträge von Herrn Kizilhan sowie Frau Behrens und Frau Callies Einblick in die Konfrontations- und Konfliktgestaltung und -verarbeitung an der Nahtstelle von Eigenem und Fremdem aus jeweils unterschiedlicher Perspektive.

Eine besondere Herausforderung stellt hierbei die Konfrontation mit Realtraumatisierungen in Form von lebensbedrohender Verfolgung und Folter und deren Verarbeitungsformen dar, die eine besondere umfassende Kompetenz der PsychotherapeutInnen erfordert. Vielleicht zeigt sich die Qualität einer Gesellschaft und (psychotherapeutischen) Kultur wie der unsrigen in der realen (auch ökonomischen) Bereitschaft, sich der Herausforderung der Migrationsbewegungen zu stellen. Das Thema wird uns auch im PTJ weiter beschäftigen; Ihre Diskussionsbeiträge sind uns willkommen!

Anne Springer (Berlin)
Mitglied des Redaktionsbeirates



djpv Deutscher Psychologen Verlag GmbH

Wissenswertes zu Approbation und Berufspraxis

VPP im BDP e.V. (Hrsg.)
Marcus Rautenberg
Jetzt bin ich Psychotherapeut
Wissenswertes zu Approbation und Berufspraxis
2011, ca. 120 Seiten, Broschur,
mit Zusatzmaterial zum Download,
ISBN 978-3-942761-01-7, 19,80 EUR

„Jetzt bin ich Psychotherapeut“ bezieht sich im Wesentlichen auf die Zeit nach erfolgreichem Abschluss der staatlichen Prüfung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Das Buch liefert neben Informationen zum rechtlichen Hintergrund der beruflichen Tätigkeit zahlreiche Tipps und Hinweise zu ganz konkreten Aufgaben, die vor Ihnen liegen, wenn Sie Ihr Abschlusszeugnis in den Händen halten und Ihre Tätigkeit als Psychotherapeut aufnehmen möchten.

Zu beziehen über den Buchhandel oder direkt beim Verlag:

Deutscher Psychologen Verlag GmbH · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin · Tel. 030 - 209 166 410 · Fax 030 - 209 166 413 · verlag@psychologenverlag.de

DIE WEBSITE ZUM BUCH: WWW.PSYCHOTHERAPEUT-JETZT.DE

Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Thomas Bär

Bundespsychotherapeutenkammer

Zusammenfassung: Mindestens 19 Prozent der Bevölkerung in Deutschland haben einen Migrationshintergrund. Die Hintergründe für Migration sind ausgesprochen heterogen. Die wenigen aussagekräftigen Studien zur Prävalenz psychischer Erkrankungen bei dieser Population weisen darauf hin, dass Migranten häufiger an Depressionen oder somatoformen Störungen erkranken. Demgegenüber werden psychotherapeutische Versorgungsleistungen seltener von Menschen mit Migrationshintergrund in Anspruch genommen. Dieses Missverhältnis spricht in erster Linie für eine mangelhafte Anpassung des Gesundheitssystems an deren Bedürfnisse. Es besteht vor allem Anpassungsbedarf hinsichtlich der Gestaltung der Informationen zum Gesundheitssystem, der interkulturellen Kompetenz von Gesundheitsberufen und Behörden, der Verfügbarkeit muttersprachlicher Psychotherapie im ambulanten und stationären Sektor und bezüglich spezifischer Behandlungsangebote. Bei Kindern und Jugendlichen besteht die Möglichkeit, einen frühzeitigen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu ermöglichen, z. B. durch die Ergänzung von U- und Schuleingangsuntersuchungen um Screenings auf psychische Auffälligkeiten.

Migration ist Kennzeichen einer globalisierten Welt. In Deutschland leben 6,7 Millionen Menschen mit ausländischem Pass. Dies entspricht einem Anteil von ca. 8% der Bevölkerung. 19% der Bevölkerung (15,6 Millionen Menschen) haben einen Migrationshintergrund, d. h. mindestens ein Elternteil ist immigriert. Die tatsächliche Zahl dürfte sogar noch höher liegen, da z. B. Spätaussiedler nicht als Migranten gezählt werden. Schätzungen gehen davon aus, dass ca. drei Millionen Menschen mit russischsprachigem Migrationshintergrund in Deutschland leben. Außerdem geht man davon aus, dass sich ca. 500.000 Menschen anderer Nationalitäten illegal in Deutschland aufhalten.

1. Psychische Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund

Die Hintergründe für eine Migration sind ausgesprochen heterogen. Migranten un-

terscheiden sich neben der Herkunft u. a. hinsichtlich Einreisemotiv, Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer oder Bildungsvoraussetzungen. Die damit im Einzelfall verbundenen Risiken für die psychische Gesundheit sind dementsprechend unterschiedlich. Die Beantwortung der Frage, inwieweit Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung häufiger psychisch erkranken, muss darüber hinaus folgende Faktoren berücksichtigen:

- Die Generalisierbarkeit vieler Forschungsergebnisse ist durch die starke regionale Streuung bestimmter Migrantenanteile in der Bevölkerung eingeschränkt. Beispielsweise sind Berichte zum Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in einzelnen stationären Behandlungseinrichtungen oft von den lokalen Gegebenheiten um die Klinik herum geprägt und stellen sich in anderen Regionen anders dar.
- Das Studienteilnahmeverhalten von einigen Migranten weicht deutlich von

dem Teilnahmeverhalten der autochthonen Bevölkerung ab (d. h. Einheimische ohne eigene Migrationserfahrung).

- Viele Migranten gehören in Deutschland im Vergleich mit der autochthonen Population zu einfachen sozialen Schichten. Die Aussagekraft von Studien, in denen die gefundenen Ergebnisse diesbezüglich nicht adjustiert wurden, ist begrenzt, da die soziale Schichtzugehörigkeit Einfluss auf die Häufigkeit psychischer Erkrankungen hat.
- Die Untersuchungsmethodik zu psychischen Erkrankungen variiert zwischen den Studien, beispielsweise bezüglich der eingesetzten Instrumente und Schwellenwerte. Hierbei ist zusätzlich zu beachten, dass eine kulturübergreifende Reliabilität und Validität der Diagnostik von psychischen Erkrankungen nicht ohne Einschränkungen vorausgesetzt werden kann.
- Letztlich unterscheiden sich viele Studien auch hinsichtlich der Definition von „Migranten“ oder Menschen mit Migrationshintergrund.

Eine Literaturübersicht von Lindert, Brähler, Wittig, Mielck und Priebe (2008a) verdeutlicht diese Problematik. So berichten die Autoren bei depressiven Erkrankungen Prävalenzraten zwischen 3 und 47% bei Arbeitsmigranten und zwischen 3 und 81% bei Flüchtlingen. Ähnlich große Prävalenzspannweiten zeigen sich bei Angststörungen (6 bis 44% bei Arbeitsmigranten; 5 bis 90% bei Flüchtlingen) und Posttraumatischen Störungen (4 bis 86%). Lindert et al. leiten daraus einen erheblichen Mangel an methodisch sauberen Studien in diesem Themenbereich ab.

Eine Studie von repräsentativer Aussagekraft ist die Reanalyse des Bundesgesundheits surveys (BGS; Wittchen & Jacobi, 2001) von Bermejo, Ruf, Mösko und Härter (2010). In dieser Studie wurden die BGS-Daten ausländischer Migranten (mit eigener Migrationserfahrung) mit denen von Deutschen ohne eigene Migrationserfahrung verglichen. Die Ergebnisse wurden hinsichtlich Alter, Geschlecht und sozialer Schicht adjustiert. Es zeigten sich speziell bei Depressionen und somatoformen Störungen höhere Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei Migranten im Vergleich zu Einheimischen (affektive Störungen, 12-Monatsprävalenz: 17,9% vs. 11,3%; somatoforme Störungen: 19,9% vs. 10,3%).

Die Ergebnisse können zwar nicht auf Menschen mit Migrationshintergrund ohne eigene Migrationserfahrung übertragen werden, sie sprechen dennoch zumindest in gewissem Maße für psychosoziale Belastungen, die mit einer Migration assoziiert sein können.

In der Literatur werden mehrere Stressfaktoren mit einer Migration in Zusammenhang gebracht (z. B. Muthny & Bermejo, 2009; Spallek & Zeeb, 2010), die in Tabelle 1 zusammengefasst sind.

Für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund ist die Datenlage zur Prävalenz psychischer Erkrankungen aktuell noch unbefriedigender. An repräsentativen Studien zu diesem Thema ist vor allem der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) zu nennen. Dort zeigen sich im Vergleich von Kindern von Migranten mit deutschen Kindern erhöhte Prävalenzen von Verhaltensauffälligkeiten (21,3% vs. 13,5%; Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer & Schlack, 2007) oder Essproblemen (30,3% vs. 20,2%; Hölling & Schlack, 2007). Die Ergebnisse beziehen sich jedoch nur auf Syndrome, nicht auf psychische Erkrankungen. Darüber hinaus ist es beim KiGGS nicht gelungen, speziell bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund die Repräsentativität der Erhebung zu gewährleisten (Schenk, Ellert & Neuhauser, 2007). Die Ergebnisse zu Essproblemen und Verhaltensauffälligkeiten sind hinsichtlich der sozialen Schichtzugehörigkeit nicht adjustiert. Letztlich kann anhand dieser Daten nicht sauber beantwortet

werden, inwieweit die Unterschiede zwischen einheimischen Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund auf Unterschiede in der sozialen Schicht zurückzuführen sind.

Nach unserem Kenntnisstand existieren keine weiteren repräsentativ angelegten Studien zur Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Dies ist vor allem deswegen problematisch, da der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund bei jungen Altersgruppen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung nochmals erhöht ist. Speziell in Großstädten und bei sehr jungen Kindern gibt es sogar mehr Kinder mit als ohne Migrationshintergrund. In Frankfurt am Main beispielsweise liegt der Anteil von Kindern unter sechs Jahren mit Migrationshintergrund bei 67,5% (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2010). Dies unterstreicht die Notwendigkeit weiterführender Studien zu diesem Themengebiet.

2. Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen von Menschen mit Migrationshintergrund

Prinzipiell sollte man davon ausgehen, dass eine erhöhte Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Menschen mit Migrationserfahrung eine erhöhte Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen zur Folge hat. Demgegenüber zeigt eine repräsentative Befragung von ambulanten Psychotherapeuten in Hamburg (Mösko, Gil-Martinez & Schulz, 2010), dass nur 14% der behandelten Patienten einen Migrationshintergrund aufwiesen, was deutlich unter dem Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg (27%) liegt.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine bundesweite Umfrage der AG „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz (Schouler-Ocak et al., 2008) im stationären Behandlungssektor. Dort zeigt sich ein deutlich unterdurchschnittlicher Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in psychosomatischen und psychotherapeutischen Einrichtungen. So betrug der Migrantenanteil in psychosomatischen und

Tabelle 1: Stressfaktoren, die mit einer Migration assoziiert sein können

■ unklare Zukunft, ungesicherte Aufenthaltssituation, Spannungssituation zwischen Rückkehr und Verbleib
■ Identitätskrisen, Entwurzelungsgefühle, innere Bezogenheit auf die Heimat
■ geringes soziales Netzwerk
■ prekäre Arbeits- und Wohnsituation, sozioökonomische Probleme
■ Verständigungsprobleme
■ Familienunstimmigkeiten, verstärkte Generationenkonflikte
■ „Rollentausch“ für die Nachfahrgeneration, wenn die Eltern nicht hinreichend Deutsch sprechen
■ Familien-/Partnerschaftsprobleme durch Statusverluste von Familienmitgliedern
■ kritische Lebensereignisse/Traumatisierungen vor und während der Migration
■ belastende Migrationsgeschichte, z. B. lange Trennung von den Eltern
■ erlebte Diskriminierung

psychotherapeutischen Einrichtungen nur 4,5% bei einem durchschnittlichen Migrantenanteil von 17,4% in allen stationär-psychiatrischen Einrichtungen. In forensischen Abteilungen zeigte sich demgegenüber ein deutlich erhöhter Migrantenanteil von 27,2%. Ergebnisse aus Einzelstudien weisen (mit den o. a. Einschränkungen) ebenfalls in die Richtung, dass einzelne Migrantengruppen in forensischen Einrichtungen überproportional häufig vertreten sind oder überproportional häufig in die Psychiatrie zwangseingewiesen werden (Lindert et al., 2008b; Collatz, 2009). Teilweise scheinen Migranten das Versorgungssystem also erst am Ende der Versorgungskette zu erreichen. Dies kann als Ausdruck einer erheblichen Fehlversorgung interpretiert werden und zeigt die Notwendigkeit, den betroffenen Personen einen frühzeitigeren Zugang zu ermöglichen.

3. Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Das deutliche Missverhältnis zwischen der Prävalenz psychischer Erkrankungen und

der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen bei Menschen mit Migrationshintergrund spricht vor allem für eine schlechte Anpassung des Gesundheitssystems an diese Population. Die Ursachen dafür allein in kulturell bedingten Unterschieden bezüglich der Krankheitskonzepte oder Behandlungserwartungen zu suchen, greift zu kurz und wird darüber hinaus dem Versorgungsauftrag des Gesundheitssystems nicht gerecht. Es existieren an mehreren Stellen Barrieren, die eine frühzeitige bedarfsgerechte Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen bei Menschen mit Migrationshintergrund verhindern.

Die BpTK hat auf der Grundlage der Sonnenberger Leitlinien (Machleidt, 2002) in einem Standpunktpapier Möglichkeiten zur Optimierung der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund erarbeitet.

3.1 Informationen

Besonders für Migranten, die noch nicht lange in Deutschland leben, stellen mangelnde Informationen über Leistungen des Gesundheitssystems eine entscheidende Barriere für die Inanspruchnahme solcher Leistungen dar. Informationen zu psychischen Erkrankungen und psychotherapeutischer Versorgung sollten z. B. bei den kommunalen Ausländerbehörden oder bei Integrationskursen vorliegen und mehrsprachig gestaltet sein.

3.2 Interkulturelle Kompetenz

Teilweise scheinen ungünstige Erfahrungen mit Behördenmitarbeitern dazu zu führen, dass Migranten zu einer geringeren Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen tendieren (Machleidt & Callies, 2004). Dies spricht dafür, die Mitarbeiter in solchen Behörden spezifisch in interkultureller Kompetenz zu schulen.

Auch für die Gesundheitsberufe sollte die interkulturelle Kompetenz gefördert werden. Für die Psychotherapie mit Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund liegen gut ausgearbeitete klinische Konzepte vor (z. B. Kahraman, 2008; Gavranidou & Abdallah-Steinkopf, 2007; Erim & Senf, 2002). Die Landespsychotherapeutenkammern bieten bereits entsprechende Fortbildungen an.

Zudem werden Inter- und Supervisionsangebote in diesem Bereich über die Landespsychotherapeutenkammern gefördert. Auch in der Ausbildung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollte dieses Thema einen höheren Stellenwert erhalten, z. B. durch die Aufnahme von Inhalten zur interkulturellen Kompetenz in den Gegenstandskatalog der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung.

3.3 Ambulanter Sektor

Bei einer Optimierung der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund ist im ambulanten Sektor neben der Fortbildung in interkultureller Kompetenz zunächst an die Verringerung der Sprachbarrieren zu denken. Migranten, die nicht hinreichend Deutsch sprechen, sollte nach Möglichkeit eine „muttersprachliche“ Psychotherapie angeboten werden. Die BpTK schlägt vor, für Migranten mit häufig vertretenen Fremdsprachen das Ziel aufzugreifen, die Versorgung mit muttersprachlichen Psychotherapeuten sicherzustellen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sollte muttersprachliche Psychotherapie in seiner Bedarfsplanungs-Richtlinie als Kriterium für einen lokalen Sonderbedarf berücksichtigen. Die Sonderbedarfszulassungen sollten an das Durchführen von Psychotherapien in der Muttersprache der Patienten geknüpft werden, um denjenigen Migranten einen Zugang zur Psychotherapie anbieten zu können, deren Deutschkenntnisse hierfür (noch) nicht ausreichen.

Der Aufwand hierfür ist durchaus überschaubar: Wenn man ausschließlich Regionen ermittelt, in denen der Anteil einer Migrantengruppe z. B. mehr als 10% der Bevölkerung beträgt (i. d. R. einzelne Stadtviertel in großstädtischen Ballungsräumen), würde sich unter Berücksichtigung der allgemeinen Verhältniszahl Einwohner zu Psychotherapeuten bezogen auf den Anteil der Migranten, deren Sprachkenntnisse für eine Psychotherapie nicht ausreichen, für die türkischstämmigen Migranten in Berlin ein lokaler Sonderbedarf von insgesamt sieben Psychotherapeuten für drei Stadtbezirke ergeben. Durch die lokale Sonderbedarfszulassungsregel in der

HASOMED Elefant

Die Praxisverwaltung für
Psychotherapeuten und Ärzte

QUALITÄTSMANAGEMENT
mit dem Elefant - kein Problem

- Integration vom QEP der KBV in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Ärzteverlag in den Elefant
- QEP empfohlen von Stiftung Warentest (Heft 11/2009)
- Unsere Service-Partner kommen bei Bedarf zu Ihnen in die Praxis und unterstützen Sie vor Ort

Hotline: 0391 / 61 07 630

E-Mail: elefant@hasomed.de



HASOMED®
Hard- und Software für die Medizin

Paul-Ecke-Straße 1 • 39114 Magdeburg
Tel.: 0391.62 30 112 • www.hasomed.de

Bedarfsplanung wäre besser als bei einer allgemeinen Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie gewährleistet, dass sich die mehrsprachigen Psychotherapeuten auch am richtigen Ort innerhalb eines Planungsbereichs niederlassen könnten.

Analog zu diesem Vorgehen sollten andere Träger (z. B. Sozialpsychiatrische Dienste) ihre Angebote in diesen Regionen interkulturell öffnen und anteilig Stellen für mehrsprachige Psychotherapeuten schaffen.

Für seltene Sprachen bzw. bei einer breiten regionalen Streuung der Wohnorte ist zu prüfen, inwieweit „muttersprachliche“ Psychotherapie im Rahmen der Kosten-erstattung nach § 13 SGB V gewährleistet werden kann. Sind „muttersprachliche“ Psychotherapeuten mit einer dem deutschen Gesundheitssystem angemessenen Qualifikation nicht verfügbar, sollte auf speziell qualifizierte Dolmetscher zurückgegriffen werden. In diesen Fällen sollte der Einsatz von Dolmetschern GKV-Leistung werden.

3.4 Stationärer Sektor

Im Krankenhausbereich besteht nach wie vor ein Mangel an spezifischen Angeboten für Migranten, wie beispielsweise Gruppentherapieangebote für Frauen aus islamischen Ländern oder spezialisierte Suchtbehandlungsprogramme (Lindert et al., 2008b; Collatz, 2009). Kliniken mit regionalem Versorgungsauftrag sollten sich mit ihrem Angebot auf die in ihrem Einzugsbereich lebenden Migranten einstellen, z. B. durch Psychotherapeuten mit den entsprechenden Kompetenzen, therapeutischen Angeboten, die dem kulturellen Hintergrund der Migranten angepasst sind oder durch Dolmetscherdienste.

Zusätzlich zur Profilbildung und Spezialisierung der Kliniken in der Versorgung psychisch kranker Migranten sollte generell die interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiter durch entsprechende Fortbildungen verbessert werden. Außerdem sollten sich Leistungserbringer und Patienten darüber informieren können, welche Kliniken Mitarbeiter entsprechend fortbilden bzw. sich auf die Versorgung von Migranten einstellen. In den Qualitätsberichten nach § 137 Abs. 3

SGB V sind die Krankenhäuser u. a. dazu verpflichtet, Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen anzugeben. Hierzu gehören auch Angaben zur personellen Ausstattung und zu besonderen Leistungsangeboten. Durch entsprechende Vorgaben durch den G-BA sollten die Krankenhäuser in Zukunft – insbesondere die psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen – Angaben zu spezifischen Versorgungsangeboten für Migranten und zu dem Vorhalten eines Dolmetscherdienstes machen. Dabei sollten diese Informationen nutzerfreundlich aufbereitet werden und z. B. im Internet (u. a. die „Weisse Liste“) zielgruppenspezifisch präsentiert werden.

Als weiterer Schritt könnte im Rahmen der Einführung des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik ein Code im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) geschaffen werden, der den Einsatz von Dolmetschern oder spezifische Behandlungskonzepte für Migranten abbildet. Damit kann überprüft werden, ob die Behandlung von Migranten kostenaufwändiger ist als die Behandlung anderer Patientengruppen und dementsprechend einer anderen Kostengruppe zugeordnet werden müsste.

3.5 Kinder und Jugendliche

Bei Kindern und Jugendlichen besteht die Möglichkeit, einen frühzeitigen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu gewährleisten. Eine Möglichkeit hierfür bieten die Früherkennungsuntersuchungen. Aus den Ergebnissen des KiGGS weiß man, dass die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (U3 bis U9) bei Kindern mit Migrationshintergrund deutlich unterdurchschnittlich ausfällt (Kamtsuris, Bergmann, Rattay & Schlaud, 2007). Der Einsatz von Screenings zu psychischen Auffälligkeiten im Rahmen von Routinegesundheitsuntersuchungen (z. B. Schuleingangsuntersuchungen oder zusätzliche U-Untersuchungen im Setting Schule) von allen Kindern einer Altersgruppe könnte zur Lösung dieses Problems beitragen. Die BPTK fordert seit Langem die Ergänzung von U- und Schuleingangsuntersuchungen um Screenings auf psychische Auffälligkeiten. Außerdem sollte mindestens eine zusätzliche Früherkennungsuntersuchung

zwischen dem siebten und neunten Lebensjahr stattfinden, vorzugsweise im schulischen Setting, da hierdurch alle Kinder eines Jahrgangs erreicht werden können.

Auffällige Befunde müssten adressatengerecht aufbereitet und mit dem Angebot weiterer Leistungen (z. B. zur diagnostischen Abklärung) oder Hilfen (z. B. Fördermaßnahmen in Schulen oder Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe) vermittelt werden. Für die bereits psychisch Erkrankten sollte der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung sichergestellt werden, was ggf. durch das Instrument der Sonderbedarfszulassung erfolgen kann.

3.6 Versorgung traumatisierter Flüchtlinge

Besonderer Bedarf psychotherapeutischer Versorgung besteht bei traumatisierten Flüchtlingen. Viele der Menschen, die in Deutschland Asyl beantragen und viele Kriegsflüchtlinge haben traumatische Erfahrungen in den Herkunftsländern gemacht. Dementsprechend sollte bei Asylsuchenden, Kriegsflüchtlingen oder Folteropfern ein besonderes Augenmerk auf der Versorgung psychischer Krankheiten liegen. Aufgrund der Vorgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes und der Anwendung dieses Gesetzes in der Praxis ist es jedoch gerade für diese Gruppe deutlich schwieriger, die notwendigen Leistungen zu erhalten, als beispielsweise für Sozialhilfeempfänger. In Bezug auf die Bedingungen der Leistungsgewährung im Krankheitsfall sollte mindestens die Verwaltungspraxis verbessert werden. Um das Problem nachhaltig zu lösen, ist jedoch eine gesetzliche Anpassung des Leistungsanspruchs der Asylbewerber an den der Sozialhilfeempfänger notwendig, beispielsweise durch eine Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes.

Zur Verbesserung der Versorgung von „illegalen“ Migranten schlägt die BPTK außerdem eine gesetzliche Regelung vor, die sicherstellt, dass Sozialdaten, die eine öffentliche Stelle im Zusammenhang mit der Gewährung von Leistungen zur Krankenbehandlung oder (medizinischen) Rehabilitation erhält, nicht an die Ausländerbehörde weitergegeben werden dürfen. In

der bisherigen Praxis bestand für Ausländer ohne bzw. mit unsicherem Aufenthaltstitel schon bei einem Antrag zur Prüfung, ob ein Anspruch auf eine notwendige medizinische Leistung besteht, die Gefahr, dass die Antragstellung aufenthaltsrechtliche Maßnahmen nach sich zieht. Durch eine Verwaltungsvorschrift („verlängerter Vertrauensschutz“) konnte diesbezüglich zwar bereits eine Verbesserung in der Praxis erreicht werden. Eine gesetzliche Neuregelung wäre dem jedoch vorzuziehen.

Für Menschen, die nach einer traumatischen Erfahrung eine Posttraumatische Belastungsstörung oder eine andere schwere psychische Störung entwickelt haben, stellt Psychotherapie die Methode der Wahl dar. Dementsprechend ist zu erwarten, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Migranten auch zu einer Verbesserung der Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen führen.

Besonders in der Traumatherapie für fremdsprachige Menschen sind speziell qualifizierte Dolmetscher erforderlich, die aufgrund der hohen Emotionalität der Behandlung oft gesonderte Supervision benötigen. Vor diesem Hintergrund ist die Vernetzung von entsprechend qualifizierten Dolmetschern weiter zu fördern. Hierdurch kann u. U. auch in ländlichen Regionen eine adäquate Versorgung gewährleistet werden. Die spezialisierten

Zentren zur Behandlung von Folteropfern können aktuell nur einen Bruchteil des Behandlungsbedarfs abdecken. Die staatlichen Zuschüsse für diese Zentren sollten in ausreichender Höhe verstetigt werden.

Die Bundespsychotherapeutenkammer wird dem Thema der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund auch weiterhin hohe Priorität einräumen. In diesem Jahr wird der Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeutenchaft an eine Organisation vergeben, die sich besonders um die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund verdient gemacht hat. Die BPTK wird sich für eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund beim anstehenden GKV-Versorgungsgesetz, der weiteren Entwicklung des neuen Krankenhausentgeltsystems und dem geplanten Patientenrechtegesetz einsetzen.

Literatur

Bbeauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. (2010). *8. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*. Verfügbar unter: http://www.bundesregierung.de/Content/DE/___Anlagen/2010/2010-07-07-langfassung-lagebericht-ib,property=publicationFile.pdf [21.01.2011].

Bermejo, I., Ruf, D., Mösko, M. & Härter, M. (2010). Epidemiologie psychischer Störungen bei Migrantinnen und Migranten. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit*. München: Urban & Fischer.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.). (2005). *Illegal aufhältige Drittstaatsangehörige in Deutschland – Staatliche Ansätze, Profil und soziale Situation – Forschungsstudie 2005 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks*, S. 59.

Collatz, J. (2009). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Erim, B. & Senf, W. (2002). Psychotherapie mit Migranten. *Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. Psychotherapeut*, 47, 336-346.

Gavranidou, M. & Abdallah-Steinkopff, B. (2007). Brauchen Migranten eine andere Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 6 (4), 353-361.

Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheits-*

SIE WÜNSCHEN SICH EINE PRAXISNAHE, WISSENSCHAFTLICH FUNDIERTE, KOMPAKTE FORTBILDUNG?

Der jährliche Workshopkongress des Hochschulverbundes sowie der PTK NRW möchte Ihnen genau das anbieten!

KONGRESSPROGRAMM UND NÄHERE INFORMATIONEN UNTER:

www.unifortbildung-psychotherapie.de

Es erwarten Sie spannende Vorträge und anschließend insgesamt mehr als 50 spannende Praxis-Workshops zum diesjährigen Themenschwerpunkt „Psychotherapie bei sexuellen Problemen und sexuellen Gewalterfahrungen“ sowie vielfältigen anderen Themen (PTBS, Essstörungen, Affektive Störungen, Suizidalität, Schlafstörungen, Prokrastination, Therapie bei Kindern und Jugendlichen etc.)

PLENUMSVORTRÄGE

Prof. Dr. Uwe Hartmann (Medizinische Hochschule Hannover): Sexuelle Funktionsstörungen: Wie kann man sie heute begreifen und welche Psychotherapiekonzepte sind sinnvoll?

Prof. Dr. Tanja Michael (Universität des Saarlandes):

Folgen sexueller Gewalt: Seelisches Leiden, körperliche Erkrankungen, sexuelle Störungen

Prof. Dr. Peer Briken (Universität Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf):

Psychotherapie bei Paraphilien: Aktuelle Modelle und Konzepte

Wir freuen uns darauf, Sie in Bochum begrüßen zu dürfen!



Hochschulverband
Psychotherapie NRW
Universitäre Fortbildung Psychotherapie

22./ 23. Oktober 2011
7. Jahreskongress Psychotherapie
des Hochschulverbundes Psychotherapie NRW
und der Psychotherapeutenkammer NRW

Psychotherapie bei
sexuellen Störungen und sexuellen Gewalterfahrungen

Wissenschaft Praxis
Praxis Wissenschaft

www.unifortbildung-psychotherapie.de

- heitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (5-6), 784-793.
- Hölling, H. & Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 794-799.
- Kahraman, B. (2008). *Die kultursensible Therapiebeziehung. Störungen und Lösungsansätze am Beispiel türkischer Klienten*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P. & Schlaud, M. (2007). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 836-850.
- Lindert, J., Brähler, E., Wittig, U., Mielck, A. & Priebe, S. (2008a). Depressivität, Angst und Posttraumatische Belastungsstörungen bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 109-122.
- Lindert, J., Priebe, S., Penka, S., Napo, F., Schouler-Ocak, M. & Heinz, A. (2008b). Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 123-129.
- Machleidt, W. (2002). Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 73, 1208-1209.
- Machleidt, W. & Callies, I.T. (2004). Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Migrantinnen/Migranten und transkulturelle Psychiatrie. In B. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (S. 1161-1183). Berlin: Urban & Fischer.
- Möske, M., Gil-Martinez, F. & Schulz, H. (2010, März). Interkulturelle Öffnung in der ambulanten Psychotherapie. Vortrag am DGVT Kongress, Berlin.
- Muthny, F.A. & Bermejo, I. (Hrsg.). (2009). *Interkulturelle Medizin. Laientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Schenk, L., Ellert, U. & Neuhauser, H. (2007). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 590-599.
- Schouler-Ocak, M., Bretz, H.J., Penka, S., Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R.G., Schepker, R., Özek, M., Hauth, I. & Heinz, A. (2008). Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities: A representative national survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. *European Psychiatry*, 23 (S1), 21-27.
- Spallek, J. & Zeeb, H. (2010). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch transkulturelle Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Statistisches Bundesamt. (2010). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2008*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44 (10), 993-1000.

Dr. Thomas Bär

Wissenschaftlicher Referent
Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstr. 64
10179 Berlin
baer@bptk.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 9001:2008

Fortbildung in Klin. Hypnose (MEG-Regionalgruppe): 8 Wochenenden, Beginn: 29. / 30.10.2011

Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen: Ergänzungsqualifikation für die fachliche Befähigung zur Abrechnung von VT bei Kindern u. Jugendlichen, ca. 200 Std. in 12 Blöcken, Beginn: 15. Oktober 2011

Curriculum Sexualtherapie / Sexualmedizin 100 Std. in 6 Blöcken (für 2012 in Planung)

Fachtagung: Psychotherapie – Eine Vielfalt, Samstag, den 19. November 2011

Weitere Angaben zu unseren Fort- und Weiterbildungen finden Sie auf unserer Homepage: www.ivs-nuernberg.de

INFOS: Psychotherapeutische Ambulanz des IVS, Rudolf-Breitscheid-Str. 43, 90762 Fürth, Tel. 0911-950991-13, Fax: 0911-950991-23



Dazu der Ratgeber „Gelassen und sicher im Stress“

- ▶ Kursleiter-Manual zum erfolgreichen Training „Gelassen und sicher im Stress“
- ▶ Von den gesetzlichen Krankenkassen als Leistung anerkannt
- ▶ Alle Trainingsmaterialien im Anhang und auf CD-ROM

2. A. 2011. 276 S. 60 Abb. In Farbe. Mit CD-ROM. Geb.
€ (D) 39,95 | € (A) 41,07 | sFr 54,00
ISBN 978-3-642-13719-8



- ▶ Trend in der Psychotherapie: Positive Psychologie, Ressourcen, Stärken
- ▶ Praxisnutzen: Überblick über Therapieansätze zur Steigerung von Wohlbefinden, inkl. neurowissenschaftlicher Erkenntnisse

2. akt u. erw. A. 2011. 330 S. 9 Abb. Geb.
€ (D) 39,95 | € (A) 41,07 | sFr 54,00
ISBN 978-3-642-13759-4



- ▶ Manual mit konkreter Anleitung für den Kursleiter
- ▶ Power-Point-Präsentation, Arbeitsblätter und Fragebogen zur Diagnostik emotionaler Kompetenzen
- ▶ Patientenbroschüre, Audio-Trainingslektionen, Trainingskalender

2. A. 2010. 188 S. 36 Abb. Geb.
€ (D) 44,95 | € (A) 46,21 | sFr 60,50
ISBN 978-3-642-05229-3



- ▶ Praxisnah; Die wesentlichen Punkte in der transkulturellen Erziehung
- ▶ Erfahrene Fachfrau: Forschung und Anwendung zum Thema
- ▶ Gut lesbar: Verständlich aufbereitet, mit vielen Fotos

2011. 169 S. 62 Abb. Geb.
€ (D) 29,95 | € (A) 30,79 | sFr 40,50
ISBN 978-3-642-15302-0



- ▶ Innovativ: Neue Erklärungsmodelle und therapeutische Ansätze für die diversen Formen von Störungen
- ▶ Verständliche Sprache, viele Fallbeispiele, spannend und sehr unterhaltsam trotz fachlicher Seriosität

2010. 156 S. Geb.
€ (D) 34,95 | € (A) 35,93 | sFr 47,00
ISBN 978-3-642-02513-6



- ▶ Zahlreiche Arbeitsblätter und Materialien helfen den Weg aus dem Teufelskreis „Zwangsgedanken“ zu finden
- ▶ Für Therapeuten, die ihren Patienten ein unterstützendes Therapiemanual an die Hand geben möchten, und für Betroffene, die Hilfe suchen

2010. 162 S. 82 Abb. Mit CD-ROM. Brosch.
€ (D) 34,95 | € (A) 35,93 | sFr 47,00
ISBN 978-3-642-11307-9



- ▶ Selbsthilfe für Betroffene - mit Fallbeispielen, Kontaktadressen und konkreten Tipps
- ▶ Als Vorbereitung oder Begleitbuch für einen Psychotherapie geeignet
- ▶ Hörbuch zum Download

2011. 240 S. 20 Abb. Brosch.
€ (D) 19,95 | € (A) 20,51 | sFr 27,00
ISBN 978-3-642-04120-4



- ▶ Der Klassiker für Betroffene: Erweitert und mit neuen Übungen
- ▶ Selbsthilfe funktioniert: Bei Zwangsstörungen ist Verhaltenstherapie nachweislich in Eigenregie hilfreich

13. A. 2011. 180 S. Brosch.
€ (D) 19,95 | € (A) 20,51 | sFr 27,00
ISBN 978-3-642-14665-7



- ▶ Umfassendes Werk zu Neurosen, mit Schwerpunkt Neurosenauffassung von C.G. Jung

2011. 600 S. Geb.
€ (D) 49,95 | € (A) 51,35 | sFr 67,00
ISBN 978-3-642-16147-6

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7% MwSt; € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10% MwSt; sFr sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

Wissen bewegt, gestaltet, verändert!

110083x

Psychotherapeutischer Beziehungsaufbau im interkulturellen Erstkontakt

Katharina Behrens, Iris Tatjana Calliess

Medizinische Hochschule Hannover

Zusammenfassung: Ausgehend von der Situation eines interkulturellen Erstkontaktes im psychotherapeutischen Setting wird zunächst dargestellt, welche Faktoren in der Entwicklung einer psychischen Erkrankung im Rahmen eines Migrationsprozesses zum Tragen kommen können und somit in der klinischen Exploration und der Gestaltung von Interventionen berücksichtigt werden sollten. Wesentlich ist dabei, Kultur und Migration als zwei miteinander verzahnte, jedoch unabhängig voneinander zu analysierende Einflussgrößen zu betrachten. Der Migrationsprozess als andauernde psychokonstitutionelle Variable wird in seiner Bedeutung gegenüber mehr ins Auge fallenden kulturellen Aspekten häufig unterbewertet. Ansatzpunkte für eine spezifische Diagnostik migrationsbezogener und kultureller Besonderheiten sowie eine Einschätzung des Akkulturationsgrades werden vorgestellt. Erste Daten aus einer Spezialsprechstunde für seelische Gesundheit von MigrantInnen zeigen einen hohen Versorgungsbedarf auch bei langer Aufenthaltsdauer im Gastland. Fallvignetten illustrieren beispielhaft die Interaktion unterschiedlicher Prozesse, die bei PatientInnen mit Migrationshintergrund zur Symptomentwicklung führen können. Es wird postuliert, dass in der interkulturellen Psychotherapie die Integration unterschiedlicher Kulturen als zusätzliche Entwicklungsdimension sowohl im psychischen Binnenraum als auch im Übergangsraum der therapeutischen Situation sowie als lebenslanger Prozess in Auseinandersetzung mit den äußeren Anforderungen der Gastkultur einbezogen werden muss.

1. Interkulturelle Erstkontakte

Im psychotherapeutischen Erstkontakt mit Patienten mit Migrationshintergrund stellt sich beim Gegenüber oft unmittelbar ein Erleben von Überforderung durch vielfältige irritierende Eindrücke ein: Äußerlich können Kleidung und Auftreten fremd wirken, Sprachprobleme werden häufig zumindest bei der vertieften Exploration emotional bedeutsamer Inhalte deutlich, im Gespräch können grundlegende Werthaltungen und Einstellungen nicht als gemeinsamer Erfahrungshorizont vorausgesetzt werden. Dies kann eine tiefe Verunsicherung bei der behandelnden Person hervorrufen, da selbstverständliche Annahmen plötzlich relativ und angreifbar erscheinen. Hinzu kommt die Erfahrung, vom Anderen als „deutsch“

wahrgenommen zu werden, was im sonstigen alltäglichen Leben meistens eine untergeordnete oder wenig bewusste Rolle spielt. In der beschriebenen Situation erlebt man unter Umständen Zuschreibungen und damit verbundene Ängste, die gerade aufgrund der sonst selten reflektierten eigenen kulturellen Zugehörigkeit irritierend sind.

Die Reflektion der Art und Weise des Wahrgenommenwerdens durch den Psychotherapeuten spielt in jeder Behandlung eine Rolle, erfährt jedoch im interkulturellen Setting aufgrund der hinzukommenden Dimensionen von Migration und Kultur eine brennglasartige Verschärfung.

Das Gefühl von Überforderung angesichts der interkulturellen Psychotherapiesituation und die damit verbundene Hilflosigkeit

führen nicht selten zu dem Impuls, Patienten aus anderen Kulturen abzulehnen oder weiter zu verweisen. Irritationen nachzugehen, kulturelle Hintergründe zu explorieren und Unterschiede zu benennen scheint eher nicht nahezuliegen (Behrens & Calliess, 2008a). Bei einheimischen Therapeuten ist häufig eine „Gleichbehandlungsmaxime“ zu beobachten dergestalt, dass betont wird, zwischen ausländischen und einheimischen Patienten würde kein Unterschied gemacht (Erim, 2004). Rommelspacher (2000) erklärt dies mit der Abwehr von Schuldangst, welche durch eine mögliche Dominanzposition gegenüber MigrantInnen hervorgerufen sein könnte, und mit der kollektiven Erinnerung an die Nazi-Vergangenheit, in der die ethnische Zugehörigkeit fatale Folgen hatte. Dadurch wird eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Schwierigkeiten in interkulturellen Behandlungen vermieden. Diese wäre aber notwendig, um in der Behandlung ein Erleben von Hilflosigkeit angesichts der kulturellen Besonderheiten des Patienten oder der spezifischen Bedingungen im Zusammenhang mit dessen Migrationserfahrung zu überwinden.

2. Welche Faktoren können zur Entwicklung einer psychischen Erkrankung im Rahmen des Migrationsprozesses beitragen?

Das psychische Wohlbefinden im Rahmen von Migration kann als Resultat verschiedener interagierender Entwicklungsprozesse betrachtet werden, die auch zum Tragen kommen, wenn Patienten in bestimmten Phasen Hilfe aufsuchen (s. Abb. 1):

- a) Das Lebensalter einer Person steht im Zusammenhang mit wesentlichen Entwicklungsaufgaben, Sozialisationserfahrungen und dem Charakter von Zukunftsziele (Erikson, 1959; Löckenhoff & Carstensen, 2004);
- b) die spezifische Identität und Struktur des Selbst sind darüber hinaus durch individuelle biographische Prägungen beeinflusst;
- c) Kultur als übergreifendes System von Traditionen, Normen, Werten und Glaubenseinstellungen wird heute als dynamische Matrix betrachtet, die der gesamten individuellen Entwicklung unterliegt und im Falle der Migration in besonderem Maße und in fundamentaler Weise Veränderungen unterworfen ist (Kirmayer, 2006);
- d) der Prozess der Migration ist durch die vielfältigen Konsequenzen gekennzeichnet, die sich aus dem Wechsel des Wohnortes in ein anderes Land ergeben: Erfahrungen von Verlust und Trennung, Heimweh, soziale Isolation, Verlust oder Diffusion der eigenen Rolle (Machleidt & Calliess, 2008);
- e) schwierige soziale und politische Voraussetzungen sowie eine ungünstige ökonomische Situation gelten prinzipiell als wichtige Einflussfaktoren für die Gesundheit: Im Falle von Migration können diese Aspekte entweder Grund für die Emigration aus der Heimat sein oder infolge der Migration wesentliche nachteilige

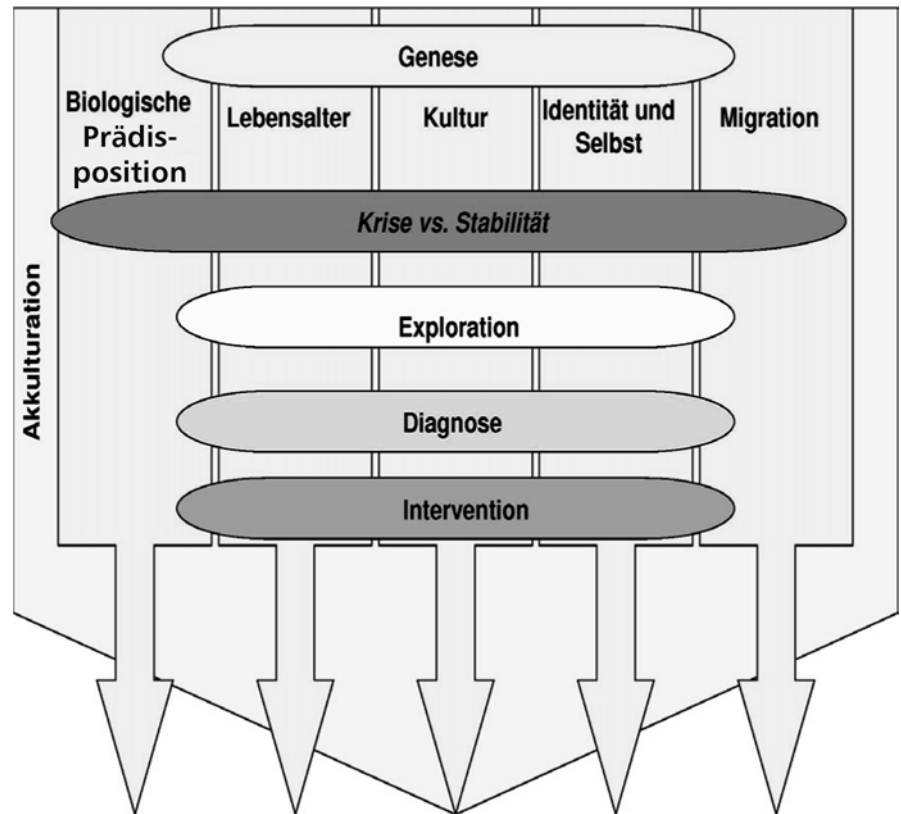


Abbildung 1: Entwicklungsmodell zur psychischen Gesundheit von Migranten im Akkulturationsprozess

Bedingungen darstellen, z. B. unsicherer Aufenthaltsstatus, Arbeitslosigkeit und unklare Zukunftsaussichten (Keller & Baune, 2005; Kirkcaldy, Wittig, Furnham, Merbach & Siefen, 2006);

- f) biologische Entwicklungsfaktoren beinhalten psychophysiologische Prädispositionen für Gesundheitsrisiken, Komorbiditäten

sowie die Kapazität zur Erschließung neuer Ressourcen und nicht zuletzt die biologische Voraussetzung, Kultur zu konstituieren (Jackson, Meltzoff & Decety, 2006; Kirmayer, 2006).

Mithilfe des Entwicklungsmodells zur psychischen Gesundheit von Migranten im Ak-

Zertifizierte Fortbildungsangebote für approbierte Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Ärzte im Bereich Klinische Psychologie/Psychotherapie.

Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen in den Bereichen Gesundheitspsychologie, Schulpsychologie, Rechtspsychologie, Verkehrspsychologie, Beratung, Supervision, Coaching und Wirtschaftspsychologie. Viele unserer Fortbildungsveranstaltungen können Sie nutzen, um die Voraussetzungen für den Erwerb anerkannter Zertifikate des BDP und externer Fachgesellschaften zu erlangen.

Tod und Sterben in der Psychotherapie Eine Annäherung

Sophie Hemmo, Dipl.-Psych. · Cornelia Sinz, Dipl.-Psych.
28.–29. Oktober 2011 in Berlin



Deutsche Psychologen Akademie

GMBH DES BERUFSVERBANDES DEUTSCHER PSYCHOLOGINNEN UND PSYCHOLOGEN
Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin · (030) 20 91 66-314 · info@dpa-bdp.de · www.dpa-bdp.de

kulturationsprozess soll verdeutlicht werden, dass optimalerweise alle genannten Entwicklungsdimensionen sowohl in der Exploration als auch in der Gestaltung der Interventionen Berücksichtigung finden sollten.

Insbesondere der *Migrationsprozess als andauernde psychokonstitutionelle Variable* (Behrens & Callies 2008b) wird im klinischen Kontext leicht übersehen, während kulturellen Aspekten und den entsprechenden Vorannahmen bezüglich eines bikulturellen Settings häufig eine höhere Bedeutung zugesprochen wird.

Die Forschung der letzten Jahre hat jedoch gezeigt, dass migrationsbezogene Aspekte in ähnlichem Maße wie kulturspezifische Aspekte zur Vulnerabilität für psychische Erkrankung beitragen, deren Symptomatologie und Verlauf kennzeichnen und Behandlungsergebnisse beeinflussen können (Behrens & Callies, 2008b; Machleidt & Heinz, 2010). So kann die Ambivalenz zwischen einer Orientierung an der Gastgesellschaft und der Wunsch nach einer Rückkehr in die Heimat zu erheblicher emotionaler Spannung führen, wobei manchmal beide Pole durch unterschiedliche Familienmitglieder vertreten werden, was zu entsprechenden Konflikten und Symptomentwicklungen führen kann. Wie sich die Migrationserfahrung in der Symptomatologie niederschlagen kann, illustriert anschaulich das Beispiel eines aus Polen stammenden Patienten, dessen akustische Halluzinationen aus Stimmen bestanden, die perfektes Deutsch sprachen, während er selbst die Sprache nur mit deutlichen Defiziten beherrschte. Sehr plastisch stellt sich hier das angstvoll als verfolgend erlebte Gefühl von Fremdheit und Unterlegenheit dar: Im Falle dieses Patienten hatten die erheblichen Verunsicherungen im Zuge der Migration (Arbeitslosigkeit, Statusverlust, Entfernung von Familienmitgliedern) offenbar eine Desintegration der Ich-Struktur zufolge, die sich durch das bedrohliche Erleben der das dominierende Gastland verkörpernden Stimmen im Inneren manifestiert, welchen gegenüber sich der Patient somit unzureichend und ausgeliefert fühlen muss.

Besonders deutlich werden die vielfältigen Interaktionen der verschiedenen Prozesse

unter der Perspektive der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: So scheint sich zum einen das Alter bei Migration als wichtige Variable für die langfristige Bewältigung der Akkulturationsanforderungen herauszustellen (bspw. Rundberg et al., 2006). So müssen z. B. im Falle einer Migrationserfahrung während der Adoleszenz nicht nur die Pole von Elternhaus vs. Peergroup im Rahmen der Identitätsentwicklung integriert werden, sondern zusätzlich kulturelle Unterschiede und Modelle im Selbstbild vereinbart werden. Je nach Verlauf dieses Prozesses kann eine anhaltende Vulnerabilität der psychischen Struktur langfristig, gerade auch in kulturell bedeutsamen Schwellensituationen, wie Berufsfindung und Heirat, zur Dekompensation führen. Drastisch zeigt sich dies am Beispiel einer Patientin, die zwischen dem 9. und dem 14. Lebensjahr wiederholt ihren Wohnort zwischen Deutschland und einem arabischen Land wechselte, seit dem letzten Umzug zunehmend dissoziative Symptome entwickelte und trotz hoher Intelligenz vor dem Abitur die Schule abbrach, was sie mit den Worten kommentierte: „Ich habe kein Ich – wie soll ich wissen, was ich werden will?“

Zum anderen gewinnt aber auch der Bezug zum Heimatland und zur Herkunftskultur im Verlauf des Lebens und im Rahmen der mit dem jeweiligen Alter verbundenen Entwicklungsaufgaben unterschiedliche Bedeutungen (Akthar & Choi, 2004). Ein Beispiel ist der Zeitpunkt, wenn die erwachsenen Kinder das Haus verlassen: Da sich die Haltung zu Heimat- und Gastkultur zwischen Eltern und Kindern meistens unterscheidet, wird die Entfernung nun noch tiefer und schmerzhafter erfahren, so dass in dieser Phase die Unterstützung durch die eigene kulturelle Gruppe erneut benötigt wird. Dementsprechend kann sich auch die Adaptivität bestimmter Akkulturationsstrategien je nach Lebensphase unterscheiden (Ritsner & Ponizovsky, 1999; Yip, Gee & Takeuchi, 2008). In einer der wenigen existierenden Längsschnittstudien zeigten qualitative Interviews, dass handlungsorientierte Copingstrategien zu Beginn des Migrationsprozesses besonders wichtig sind (z. B. das Erlernen der Fremdsprache, Umgang mit schwierigen Arbeitsbedingungen), während im späteren Verlauf emotionsfokussierte Bewäl-

tigungsstrategien (z. B. Integration von Lebensentscheidungen) wesentlicher werden (Mirdal, 2006).

Die Einordnung der verschiedenen Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Migranten als sich jeweils gegenseitig beeinflussende langfristige Prozesse soll helfen, den Zeitpunkt einer möglichen psychischen Dekompensation vor diesem Hintergrund besser nachvollziehen und Interventionsstrategien daran ausrichten zu können.

3. Spezifische Aspekte in der Diagnostik

Für eine adäquate Diagnostik und Therapie seelischer Störungen bei Migranten ist eine modifizierte Anamneseerhebung unter Berücksichtigung kultur- und migrations-spezifischer Einflussgrößen auf Entwicklung und Manifestation psychischer Störungen notwendig (Callies & Behrens, 2010). Dadurch kann das Risiko einer Fehldiagnose sowie einer Unter- bzw. Überbewertung des kulturellen Einflusses im Vergleich zu den anderen o. g. Faktoren gemindert werden. Eine Haltung von Neugier und Offenheit sowie die Reflektion der eigenen kulturellen Bedingtheit bieten die Chance, kulturelle Stereotypisierungen und kulturelle Verzerrungen weitgehend zu vermeiden. Kultur und Migration sind zwei miteinander verzahnte, jedoch unabhängig voneinander zu analysierende Einflussgrößen.

Zu den migrations-spezifischen Besonderheiten in der Diagnostik zählt ein Überblick über die Bewältigung der Phasen des Migrationsprozesses (Vorbereitung, Übergang, Überkompensation, kritische Anpassung, Trauer, erfolgreiche Anpassung/Bikulturalität; Bhugra & Jones, 2001; Machleidt & Callies, 2008; Sluzki, 2001) sowie eine Einschätzung des aktuellen Stadiums des Prozesses und des erreichten Anpassungsstatus. In der Phase der kritischen Anpassung, in der sich Betroffene in der Ambivalenz zwischen Trauer um das Zurückgelassene und Engagement in den neuen Herausforderungen befinden, besteht eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Erkrankungen.

In der Anamnese sind darüber hinaus Fragen nach den in der Heimat bzw. im Gastland verbrachten Lebensjahren und die aus diesen Lebensabschnitten übernommenen kulturellen Werte, Traditionen und Haltungen relevant. Besonders prägend ist bei Migranten die Zugehörigkeit zu ethnischen Minoritäten in Kindheit und Jugend. Weitere wichtige Inhalte betreffen Traumata, Trennungs- und Verlusterlebnisse sowie Remigrationsabsichten. Ferner sind die Zufriedenheit mit dem Leben in der Gastkultur, die Lebensqualität und die Zukunftserwartungen, die transnationalen Bezüge zur Ursprungskultur sowie die Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft und die Religiosität zu erfragen. Einen möglichen Leitfaden zur Exploration migrationsspezifischer Aspekte bietet das „Hannover Interview ‚Migration, Akkulturation und seelische Gesundheit‘ (HMMH)“ (Calliess et al., 2009).

Kultur sollte nicht als stereotype Kategorie betrachtet werden, sondern in Bezug auf die kulturelle Identität eines Menschen als dynamisches Geschehen, das im Prozess immer wieder erfragt werden muss.

Eine kulturelle Besonderheit, die in der Exploration zu Irritationen auf Seiten des Behandlers führen kann, ist eine Neigung zu vorwiegend somatischer Symptompräsentation in akuten seelischen Krisen von Migranten, wenn der entsprechenden Ursprungskultur die für den westlichen Kulturkreis typische Dichotomie zwischen Leib und Seele fremd ist.

Die therapeutische Implikation des Konzepts „Somatisierung“ ist, dass die Patienten ihre somatische Ausdrucksform durch ein explizites Sprechen über Emotionen ersetzen sollten, da erstere als „primitive“ Form der Kommunikation betrachtet wird. In vielen Kulturen ist jedoch die Frage eines körperlichen oder emotionalen Erlebens irrelevant und Ausdruck einer westlichen Weltsicht, die diese Aspekte eines Kontinuums in separate Entitäten trennt; Depressionen, möglicherweise aber auch andere psychische Erkrankungen werden dabei primär vegetativ-leibnah erfahren und nicht erst sekundär in den körperlichen Bereich verschoben (Kraus, 2006).

Auch wenn „Somatisierung“ heute grundsätzlich als universelles Phänomen bei der

Symptompräsentation depressiver Erkrankungen aufgefasst werden kann (Bhugra & Mastrogianni, 2004), ist dennoch die Interpretation somatischer Symptome als kulturspezifische „idioms of distress“ hilfreich (Kirmayer & Young, 1998). Somatische Idiome von Belastung beinhalten in der Regel Kombinationen von körperlichen, emotionalen und sozialen Bedeutungen. Klagen, die dem Kliniker als Evidenz für ein Syndrom aus somatischen Beschwerden erscheinen, enkodieren dabei möglicherweise eine „ethnomedizinische Theorie“.

Es gilt zu versuchen, von dem Dualismus von Körper und Seele in der Interpretation von Symptomen und in der Behandlung Abstand zu nehmen. Stattdessen können die gegebenen Beziehungsangebote (z. B. Kommunikation über Schmerzen und Medikation) angenommen und als Variante des therapeutischen Dialogs interpretiert werden. Dies verringert die Gefahr von Frustration, negativer Gegenübertragung und potentieller negativer therapeutischer Reaktion. Denn die Einführung einer „psychologisierten“ Sprache als Zugang zu einem Problem bei Migranten bedeutet auch die Konfrontation mit einer (westlich orientierten) kulturspezifischen Auffassung vom Menschen, was mit den Werten und Sichtweisen der Ursprungskultur eines Patienten konfliktieren und so neue Dilemmata für ihn hervorrufen kann (Nika & Basdekis, 2000).

Kulturelle Faktoren finden in der 4. Auflage des US-amerikanischen Klassifikationssystems psychischer Störungen, dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, APA, 1994) erstmals in einem Diagnosemanual Berücksichtigung, während dies in dem europäischen Pendant, der International Classification of Diseases, ICD-10, nicht der Fall ist. Das DSM-IV verfügt über spezielle Abschnitte im Begleittext, die auf kulturspezifische Aspekte bei den jeweiligen Störungsbildern eingehen. Darüber hinaus enthält das DSM-IV einen speziellen Leitfaden zur kulturspezifischen Anamnese (Mezich, 1995). Die kulturbezogenen Fragestellungen ermöglichen eine systematische Betrachtung des kulturellen Hintergrundes einer Person, der Rolle, die der kulturelle Kontext im Ausdruck und bei der Bewertung von Symptomen und Funktionsstörungen

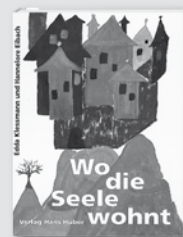
Seele und Körper



2011. 104 S.,
10 farb. Abb., Kt
€ 14.95 /
CHF 22.40
ISBN 978-3-456-
84944-7

Regine Tschan
Wenn die Seele taumelt
Somatoformer Schwindel – ein Ratgeber

Ein haltgebender Begleiter für die aus der Balance geratene Seele



2. Aufl. 1999.
180 S., Gb
€ 39.95 /
CHF 78.00
ISBN 978-3-456-
83142-8

Edda Klessmann / Hannelore Eibach
Wo die Seele wohnt
Das imaginäre Haus als Spiegel menschlicher Erfahrungen und Entwicklungen

Seit Menschen Häuser bauen, sind diese immer auch Symbol für den Körper, in dem die «Seele wohnt». Die Autorinnen wählten aus ihrer großen Sammlung von Bildern 165 besonders eindruckliche aus, ordneten sie und kommentierten sie gemeinsam.

Erhältlich im Buchhandel oder über
www.verlag-hanshuber.com

HUBER



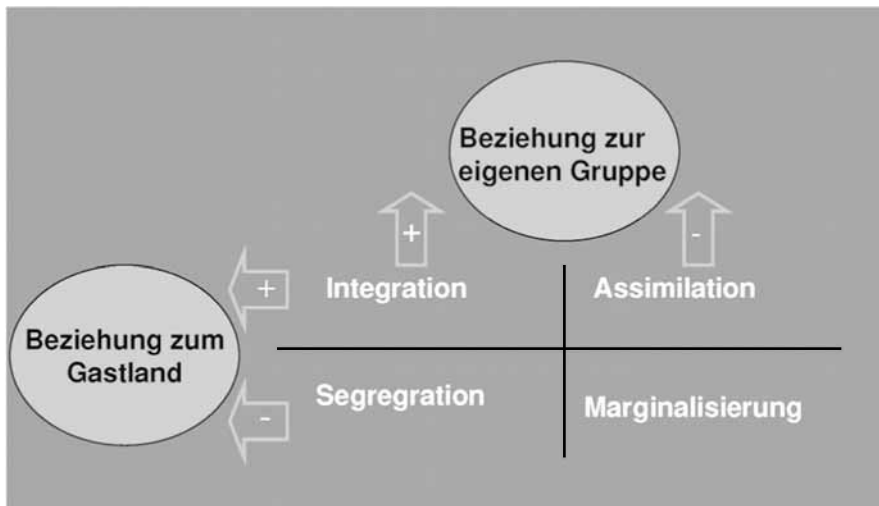


Abbildung 2: Akkulturationsstile (nach Berry, 1997)

spielt, und des Einflusses, den kulturelle Unterschiede auf die Beziehung zwischen Untersucher und Betroffenem haben können. Zusätzlich bieten die kulturbezogenen Bewertungen eine Gelegenheit, die kulturelle und soziale Bezugsgruppe des Individuums zu beschreiben und zu erfassen, inwieweit der kulturelle Kontext für die Behandlung insgesamt relevant ist.

Mezzich hat diesen integrativen Ansatz bei der Entwicklung des ICD-11 zu einem umfassenden Konzept, der „person-centered integrative diagnosis (PID)“ ausgebaut (Mezzich & Salloum, 2008).

Neben einer Einschätzung migrations- und kulturbezogener Aspekte ist ein dritter relevanter Bereich in der Diagnostik die Einschätzung des erreichten Akkulturationsgrades. Während in früheren Modellen davon ausgegangen wurde, dass mit Veränderungen in Richtung der neuen Kultur immer der Verlust der ursprünglichen Kultur verbunden ist (Makarova, 2008), werden in heutigen Konzeptualisierungen beide Dimensionen berücksichtigt (z. B. Berry, 1990):

- 1.) das Interesse an der Aufrechterhaltung der Herkunftskultur und die Wertschätzung der eigenen kulturellen Identität und
- 2.) der Grad der erwünschten Kontakte und Interaktionen mit den Mitgliedern der Aufnahmegesellschaft und die Wertschätzung positiver Beziehungen zu anderen Kulturen.

Hieraus entwickeln sich vier unterschiedliche Strategien der Akkulturation (s. Abb. 2): (a) Integration, (b) Assimilation, (c) Segregation und (d) Marginalisierung, wobei letztere in besonders starkem Zusammenhang mit psychischer Dekompensation steht (Berry, 1990). Der Akkulturationsstil der Integration, in dem sowohl Beziehungen zur Herkunftskultur als auch zur Gastkultur gepflegt werden, als dem „gold standard“ der Anpassung an eine neue Gastkultur im Migrationsprozess, bietet langfristig – zumindest im europäischen Kontext – die größte Chance, migrations- und kulturspezifische Konfliktlagen konstruktiv zu lösen und in diesem Sinne „gelungene Lernerfahrungen“ in eine modifizierte Identität zu integrieren. Die Marginalisierung ist demgegenüber durch eine Lage gekennzeichnet, in der weder Halt durch Kontakte mit der Herkunftskultur gefunden werden kann, u. U. hier sogar eine Abkehr stattgefunden hat, aber ebenso wenig Bindungen zur Gastkultur bestehen. Traditionen bieten dann keine haltgebende Orientierung, sondern können im Zusammenwirken mit dysfunktionalen familiären Strukturen sogar zusätzlich destabilisierend wirken.

Entscheidend ist dabei, dass es sich bei der Akkulturation um ein langfristiges, prozesshaftes Geschehen handelt, welches nicht nur in verschiedenen Lebensbereichen unterschiedliche Gestalt haben, sondern auch im Laufe der weiteren Entwicklung Veränderungen unterliegen kann. Im klinischen Interview ist es hilfreich, das Aus-

maß der Orientierung an der Heimatkultur respektive der Aufnahmekultur sowie die damit verbundenen positiven und negativen Erfahrungen im Rahmen des Akkulturationsprozesses zu erfassen. Aspekte der Orientierung an der Heimatkultur betreffen z. B. Sprachpräferenz/Mediennutzung sowie gelebte Traditionen, während z. B. das Vorhandensein von Freunden/Bekanntem aus der neuen kulturellen Umgebung oder das Vorhaben, sein Leben in Deutschland zu verbringen, Hinweise auf eine Orientierung an der Aufnahmekultur wären. Ein Instrument zur Erfassung grundlegender Akkulturationsstrategien ist die Frankfurter Akkulturationskala (FRAKK; Bongard, Kelava, Sabic, Azami-Gilan & Kim, 2007).

4. Sprechstunde für seelische Gesundheit von Migranten

Seit Anfang 2010 bietet die Medizinische Hochschule Hannover eine psychiatrisch-psychosomatische Spezialsprechstunde für seelische Gesundheit von Migranten an, in der durch muttersprachliche Teammitglieder bzw. durch Unterstützung von professionell geschulten Dolmetschern kultur- und migrationssensible Diagnostik und Behandlungsbahnung vorgenommen werden. Neben den klinischen Interviews wird eine umfangreiche standardisierte Diagnostik zur Psychopathologie sowie zu Akkulturationsstrategien und zur Migrationsbiographie vorgenommen.

Die Zuweisung zur Sprechstunde erfolgt durch alle Abteilungen der Klinik, durch niedergelassene Allgemeinärzte im Stadtteil der Poliklinik sowie durch Mundpropaganda in den Migrantengruppen. Aufgrund der hohen Inanspruchnahme können außer den zwei anfänglichen Erstkontakten in der Regel lediglich niederfrequente supportive Gespräche sowie bei Bedarf eine medikamentöse Einstellung angeboten werden. Eine Gruppe für russischsprachige Frauen befindet sich im Aufbau. Darüber hinaus wird für die PatientInnen ein geeignetes weiterführendes Angebot (z. B. muttersprachliche PsychotherapeutInnen, reguläre stationäre Behandlungen, erforderliche somatische Diagnostik, wohnortnahe Gruppen etc.) gebahnt.

Tabelle 1: Sprechstunde für seelische Gesundheit von MigrantInnen (N=53)

Geschlecht			Alter			Herkunftsland			Hauptdiagnose			Aufenthalt in Deutschland		
	%	N		%	N		%	N		%	N		%	N
Männlich	19	11	18-25 J.	12,3	7	GUS	71,9	41	Affektive Störungen	42	21	< 5 J.	12,3	7
Weiblich	73	42	26-35 J.	17,5	10	Türkei	7	4	Traumafolgestörungen	7	4	5-10 J.	26,3	15
			36-45 J.	22,8	13	Asien	3,5	2	Somatoforme Störungen	5,3	3	10-20 J.	40,4	23
			46-55 J.	28,1	16	Westafrika	1,8	1	Ängstl. u. depr. Symptomatik	35,1	20	> 20 J.	7	4
			56-65 J.	7,0	4	Südeuropa	1,8	1						
			> 65 J.	5,3	3	Süd-/Mittelamerika	3,5	2						

Bislang wurden die Daten von 53 in diesem Rahmen gesehenen PatientInnen ausgewertet. Einen Überblick bietet Tabelle 1.

Die häufige Inanspruchnahme durch PatientInnen aus den GUS Staaten erklärt sich durch die Mitarbeit eines russischsprachigen Arztes im Team. Auffallend ist die große Varianz der Aufenthaltsdauer in Deutschland, d. h. die PatientInnen stellten sich zu ganz unterschiedlichen Phasen des Migrationsprozesses in der Sprechstunde vor. Dies gibt Grund zur Annahme, dass migrationsspezifische Belastungen entgegen einer weit verbreiteten Vermutung nicht nur in den ersten Jahren nach dem Übergang in ein anderes Land auftreten, sondern manche Aspekte im Gegenteil im Verlauf zunehmend an Bedeutung gewinnen können.

Im Folgenden sollen anhand von Fallvignetten aus der Spezialsprechstunde einige der o. g. Aspekte interkultureller Diagnostik und Therapieplanung vorgestellt werden.

5. Fallbeispiele aus der Migrantensprechstunde

Fr. D., eine Anfang 40-jährige Patientin aus Westafrika mit attraktivem Erscheinungsbild, stellte sich mit einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des

kardiovaskulären Systems sowie depressiver Symptomatik vor. Die Patientin war elf Jahre zuvor mit ihren Kindern nach Deutschland migriert, nachdem ihr Mann bereits fünf Jahre zuvor hierher gezogen war. Während sie in ihrem Heimatland zuletzt als Verkäuferin tätig gewesen sei, habe sie in Deutschland einige Jahre als Raumpflegerin gearbeitet, sei aber nun bereits seit einiger Zeit krank geschrieben. Einen Deutschkurs hatte sie bereits vor einiger Zeit erfolgreich absolviert. Sie habe in Deutschland eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis und kümmere sich derzeit um die Einbürgerung. Sie erwäge eine Rückkehr in die Heimat, wenn ihre Kinder erwachsen seien.

Gefragt nach möglichen Auslösern ihrer Beschwerden, berichtet Frau D. von seit drei Jahren anhaltenden Partnerschaftsproblemen. Der ebenso aus ihrem Heimatland gebürtige Ehemann sei sehr eifersüchtig. Hauptauslöser für die anhaltenden Partnerschaftskonflikte sei ein Gespräch über einen einmaligen Kontakt zu einem anderen Mann zu Beginn der Partnerschaft gewesen. Diese Episode werfe ihr ihr Ehemann immer wieder vor. Da sie aus familiären Gründen nach Deutschland gekommen sei und die fünf Jahre des räumlichen Abstands überstanden hatte, empfinde sie die derzeitige Konfliktsituation in der Ehe als besonders belastend. Auch ihre wichtigste Ressource, die Religiosität, helfe ihr nicht mehr weiter.

Wir verstanden die von Frau D. beklagten Symptome nach vertiefter Exploration als Ausdruck einer intrapsychischen Konfliktlage: Offenbar hatten sich im Zuge der Migration nachhaltige Veränderungen in der Rollenverteilung in der Partnerschaft in Zusammenhang mit spürbarem Statusverlust des Mannes im Vergleich zum Heimatland ergeben. Es entstand der Eindruck, dass der Ehemann, den wir in einem der Gesprächskontakte dazu baten, auf die progressive Entwicklung seiner Ehefrau mit ängstlicher Eifersucht reagierte. Auf diese Weise entstand für die Patientin das Dilemma, sich für ein gutes Funktionieren in der hiesigen Gesellschaft zwar weiter entwickeln zu müssen, andererseits dadurch jedoch in ihrem Erleben ihre Partnerschaft zu gefährden.

Das Beispiel macht deutlich, dass auch bei, gemessen an äußeren Rahmenbedingungen, erfolgreicher Migration (freiwillige Entscheidung zur Migration, sicherer Aufenthaltsstatus, Sprachkenntnisse) dieser Prozess, der mit einem Wandel der familiären Rollen einherging, im veränderten kulturellen Umfeld als bedrohlich erlebt werden und zur Entwicklung von Symptomen im System der Partnerschaft führen kann.

Fr. M., eine 30- bis 40-jährige Patientin aus Nordafrika stellt sich in Begleitung ihres über 60-jährigen deutschen Ehemannes vor. Die Patientin lebte seit sechs Jahren in Deutschland, hatte ein ausreichendes Sprachverständnis, jedoch erstaunlich

wenig aktiven Wortschatz. Zu Beginn ihres Aufenthaltes habe sie eine Zeitlang, so wie in der Heimat, in der Gastronomie gearbeitet, jedoch seit mehreren Jahren nicht mehr. Seit zwei Jahren leide sie unter dem beständigen Verlangen nach Nahrungsaufnahme – wenn sie dies unterlasse, werde sie „nervös und aggressiv“. Eine somatische Ursache hatte sich bei umfangreicher Diagnostik nicht eruieren lassen. Sie habe bereits mehr als 12 kg an Gewicht zugenommen. Auch im Gesprächskontakt verspeist die Patientin fortwährend mitgebrachte belegte Brötchen.

In einem zweiten Termin berichtet die Patientin mit Unterstützung eines Dolmetschers von ihrer Lebensgeschichte: Nachdem sie im Alter von vier Jahren verwaist sei, sei sie bei einer Tante aufgewachsen, die sie jedoch gegenüber ihren eigenen Kindern immer benachteiligt und sie nicht im Erlernen eines Berufs unterstützt habe. In einem Café habe sie ihren heutigen Ehemann kennen gelernt und sich trotz der Kritik ihrer Familie entschieden, mit dem deutlich älteren Mann nach Deutschland zu gehen.

Die Patientin öffnet sich in ihrer Muttersprache und in Abwesenheit ihres Partners zunächst, scheint auch aufgeschlossen gegenüber einem psychosomatischen Krankheitsmodell, weist dies jedoch im weiteren Verlauf entschieden von sich. Es entsteht der Eindruck einer subjektiv unlösbaren Situation: Für die Patientin besteht aufgrund der anhaltenden Konflikte mit ihrer Familie nicht die Möglichkeit zur Rückkehr, gleichzeitig erscheint die Partnerschaft als wenig harmonisch und perspektivreich, sodass die Patientin die beständige Nahrungsaufnahme als Weg der Spannungsregulation gewählt hat.

Bei freiwilligen, nicht z. B. durch Kriege oder Verfolgung bedingten Migrationsentscheidungen, erscheint die Migration nicht selten als Versuch der inneren Heilung (Hilpert, 2010). Gerade bei ungelösten Konflikten mit frühen Bindungsfiguren kann der Wunsch entstehen, sich „neu zu erfinden“, alles hinter sich zu lassen. Durch das rasche Eingehen fester neuer Bindungen wird die Trauer um verlorene Objekte überwunden. Auch der Zweitsprache kann dabei

die Funktion der Abwehr von Konflikten, die mit der Muttersprache assoziiert sind, zukommen. Gegenüber der Herkunftskultur besteht eine Aversion, die in gestörten frühen Bindungen begründet ist. Im Falle der oben beschriebenen Patientin bewirkt die fehlende Beziehung zur Heimatkultur bei gleichzeitig weitgehendem Rückzug aus der Gastkultur eine Marginalisierung, die als erhebliches Risiko für Symptomentwicklung zu betrachten ist (Berry, 1997).

6. Welche Haltungen können in der Psychotherapie mit Migranten hilfreich sein?

Obwohl häufig die Annahme besteht, sich ohne umfangreiches Wissen über unterschiedliche Kulturen und Traditionen nicht in eine interkulturelle Psychotherapie wagen zu können, hat sich bislang vor allem der Zugang über bestimmte therapeutische Haltungen als hilfreich erwiesen. Offenheit und Neugier im Umgang auch mit den eigenen entgegenstehenden Werthaltungen sind günstig – ohne dass eigene Orientierungen dabei verleugnet werden müssen. In gewisser Weise erscheint es sogar notwendig, das Eigene (Werte, therapeutische Vorgehensweisen, affektive Bewertungen von berichteten Episoden) zu bewahren, um gleichzeitig auch Fremdes zu erfahren und zu ermöglichen und die damit verbundene Unsicherheit und Ambiguität auszuhalten. Diese selbstverständlich generell geltende psychotherapeutische Haltung wird im Kontakt mit PatientInnen aus anderen Kulturen in besonderem Maße herausgefordert, was gelegentlich auch die Scheu vor diesen Behandlungen begründet.

Wenn Migrationsprozess und altersentsprechende Entwicklungsaufgaben in belastender Weise interagieren, können Individuen dekompensieren und als Reaktion eine verstärkte Orientierung an ihre Heimatkultur zeigen (Akthar & Choi, 2004), d. h. gewissermaßen auf einen früheren Punkt der Akkulturation „regredieren“. Insbesondere im Erstkontakt kann es hilfreich sein, sich zu vergegenwärtigen, dass Ambivalenz und Skepsis bezüglich hiesiger

Behandlungsangebote Ausdruck eines Wunsches nach Gewohntem und Vertrauten gerade in Situationen von Haltlosigkeit und Verlust sein können.

Wohlfart schlägt für die Psychotherapie mit Migranten in Anlehnung an den intermedialen Raum nach Winnicott das Konzept des transkulturellen Übergangsraums vor (Wohlfart, Hodzic & Özbek, 2006), in dem innerer Haltlosigkeit und „Chaos“, welches Migranten in seelischen Krisen erleben, begegnet werden kann und ein Erfahrungs- und Entwicklungsbereich zur Verfügung gestellt wird. Im gemeinsamen Prozess des Austausches über Kultur, Differenzen und Ähnlichkeiten kann eine Neuentwicklung symbolischer Strukturen ermöglicht und weitere psychische Entwicklung eröffnet werden.

In der interkulturellen Psychotherapie muss also die Integration unterschiedlicher Kulturen als zusätzliche Entwicklungsdimension sowohl im psychischen Binnenraum als auch im Übergangsraum der therapeutischen Situation sowie als lebenslanger Prozess in Auseinandersetzung mit den äußeren Anforderungen der Gastkultur einbezogen werden.

Individuelle Veränderung im Zuge der Migration in Richtung einer bikulturellen Identität, die Aspekte der Heimat- und der Aufnahmekultur beinhaltet, wird häufig als wünschenswerter Adaptationsprozess betrachtet. Für die psychotherapeutische Begleitung eines Migranten in einem komplexen und durch Ambivalenzen gekennzeichneten Adaptationsprozess ist es hilfreich, eine Vorstellung über Art und Ausmaß von Kontinuität und Veränderung von Identität zu haben: Der im Inneren erlebte Aspekt der personalen Identität, der weitgehend durch das Selbstbild determiniert ist, ist wesentlich von der Herkunftskultur geprägt. Der Einfluss der Aufnahmekultur hingegen kommt vor allem in der sozialen Identität zum Tragen, die in erster Linie durch das Fremdbild bestimmt wird. Für eine gesunde Ausbalancierung der Herausforderungen der Migration braucht jeder Schritt der Neuerung eine ausreichende innere Sicherheit. Für die Begleitung eines solchen Prozesses im Rahmen einer interkulturellen Psychotherapie wird postuliert, dass eine Stabilisierung im In-

nen erforderlich ist, um eine Dynamisierung nach außen zu ermöglichen (Calliess & Behrens, 2011).

Literatur

- Akhtar, S. & Choi, L.W. (2004). When evening falls: The immigrant's encounter with middle and old age. *The American Journal of Psychoanalysis*, 64 (2), 183-191.
- Behrens, K. & Calliess, I.T. (2008a). Gleichbehandlung ohne gleiche Behandlung. Zur Notwendigkeit der Modifikation bestehender Versorgungsstrukturen für die Behandlung von Migranten. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 76, 725-733.
- Behrens, K. & Calliess, I.T. (2008b). Migration und Kultur als Determinanten diagnostischer und therapeutischer Prozesse bei seelisch erkrankten Migranten: Eine systematische Differenzierung anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse von Behandlungsverläufen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 162-168.
- Bongard, S., Kelava, A., Sabic, M., Aazami-Gilan, D. & Kim, Y.B. (2007). Akkulturation und gesundheitliche Beschwerden bei drei Migrantenstichproben in Deutschland. In H. Eschenbeck, U. Heim-Dreger & C. W. Kohlmann (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitspsychologie* (S. 53). Schwäbisch Gmünd: Gmünder Hochschulreihe Band 29.
- Berry, J.W. (1990). Psychology of acculturation: Understanding Individuals moving between Cultures. In W. Brislin (Ed.), *Applied cross-cultural psychology* (pp. 232-253). Thousand Oak: Sage.
- Berry, J.W. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology*, 46, 5-68.
- Bhugra, D. & Jones, P. (2001). Migration and mental illness. *Advances in psychiatric treatment*, 7, 216-222.
- Bhugra, D. & Mastrogianni, A. (2004). Globalisation and mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 10-20.
- Calliess, I.T., Ünlü, A., Neubauer, A., Hoy, L., Machleidt, W. & Behrens, K. (2009). Hannover Interview „Migration, Akkulturation und seelische Gesundheit“: Ein innovatives Instrument zur systematischen Erfassung der Risiken und Ressourcen einzelner Migrationsphasen im Hinblick auf seelische Gesundheit. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 2, 145-167.
- Calliess, I.T. & Behrens, K. (2010). Kultursensible Diagnostik und migrationspezifische Anamnese. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychiatrie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 191-197). München: Elsevier.
- Calliess, I.T., Bauer, S. & Behrens, K. (2010). *Was sind hilfreiche Entwicklungskonzepte in der Psychotherapie mit Migranten? Vorstellung eines kulturdynamischen Modells der bikulturellen Identität unter Berücksichtigung der Struktur des Selbst*. Manuskript eingereicht zur Publikation.

EMDR-Institut Deutschland

der autorisierte Partner des Instituts von Francine Shapiro PhD, USA



EMDR ist eine der erfolgreichsten Psychotherapiemethoden zur Behandlung von Traumafolgeerkrankungen und gut integrierbar in jedes Psychotherapieverfahren. 2006 wurde EMDR als wissenschaftliche Methode anerkannt.

Unser Institut ist das **führende Ausbildungsinstitut** in EMDR. **Dr. Arne Hofmann** führte EMDR im deutschsprachigen Raum ein und entwickelte es mit seinem Team weiter. Die praxisnahe Ausbildung erfolgt in supervidierten Kleingruppen und ist mit **Fortbildungspunkten** zertifiziert.

EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

08.-10.04.11 + 09.07.11 **Bad Endorf** (Oberbayern)
 06.-08.05.11 + 25.06.11 **Bremen**
 12.-14.05.11 + 17.09.11 **Wiesloch**
 20.-22.05.11 + 18.06.11 **Bad Segeberg** (bei Hamburg)
 30.06.-02.07. + 23.09.11 **Köln**
 01.-03.07.11 + 24.09.11 **Stuttgart**
 08.-10.09.11 + 22.10.11 **Traben-Trarbach** (Mosel)
 14.-16.10.11 + 19.11.11 **München**
 17.-19.11.11 + 20.01.12 **Köln**
 25.-27.11.11 + 14.01.12 **Bad Bevensen** (bei Lüneburg)

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.de
 info@emdr-institut.de



Hamid Rezapour / Mike Zapp
Muslime in der Psychotherapie
 Ein kultursensibler Ratgeber

2011. 119 Seiten mit 4 Abb. und 4 Tab., kartoniert
 € 18,95 D
 ISBN 978-3-525-40172-9

Dieser Ratgeber will interkulturellem Missverstehen zwischen Psychotherapeuten und ihren muslimischen Patienten entgegenwirken, indem er über Grundlegendes des Islam aufklärt und einen kultursensiblen Umgang vermittelt.



Stefan Kühne /
 Gerhard Hintenberger (Hg.)
Handbuch Online-Beratung
 Psychosoziale Beratung im Internet

2. Auflage 2009. 265 Seiten mit 2 Abb. und 9 Tab., kartoniert
 € 29,95 D
 ISBN 978-3-525-40154-5

»Dieses Handbuch ist sicherlich die beste Veröffentlichung zum Thema, die es aktuell auf dem Markt gibt. Sehr empfehlenswert!«
www.online-tutoring-journal.de

Vandenhoeck & Ruprecht

Vandenhoeck & Ruprecht 37070 Göttingen info@v-r.de www.v-r.de

VER

- Erikson, E.H. (1959). *Identity and the life cycle*. Psychological Issues Monograph 1. New York: International University Press.
- Erim, Y. (2004). Interkulturelle Aspekte in der psychotherapeutischen Beziehung. Kollektive Übertragungsbereitschaften. *Psychotherapie im Dialog*, 5, 368-374.
- Hilpert, H. (2010, November). *Migration as a road to inner healing*. Vortrag auf der Tagung „Intercultural aspects of mental disorders“, 11.-13.11.2010, Heidelberg.
- Jackson, P.L., Meltzoff, A.N. & Decety, J. (2006). Neural circuits involved in imitation and perspective-taking. *Neuroimage*, 31 (1), 429-439.
- Keller, A. & Baune, B.T. (2005). Impact of social factors on health status and help seeking behaviour among migrants and Germans. *Journal of Public Health*, 13, 22-29.
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M. & Siefen, R.-G. (2006). Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49, 873-883.
- Kirmayer, L.J. (2006). Beyond the „new cross-cultural psychology“: cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43 (1), 126-144.
- Kraus, M. (2006). Somatisierung im kulturellen Kontext. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 363-376). Heidelberg: Springer.
- Löckenhoff, C.E. & Carstensen, L.L. (2004). Socioemotional selectivity theory, aging and health: the increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *Journal of Personality*, 72 (6), 1395-1424.
- Machleidt, W. & Calliess, I.T. (2008). Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Migranten und transkulturelle Psychiatrie. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie* (2. Auflage) (S. 1161-1183). München: Urban & Fischer.
- Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg.). (2010). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Elsevier.
- Makarova, E. (2008). *Akkulturation und kulturelle Identität*. Bern: Haupt.
- Meltzoff, A.N. & Prinz, W. (2002). Elements of a developmental theory of imitation. In A.N. Meltzoff & W. Prinz (Eds.), *The imitative mind: Development, Evolution and Brain Bases* (pp. 19-41). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Mezzich, J.E. (1995). Cultural formulation and comprehensive diagnosis. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18, 649-657.
- Mezzich, J.E., Snaedal, J., Van Weel, C., Botbol, M. & Salloum, I. (2010). *Introduction to person-centered medicine: from concepts to practice*. Journal of Evaluation in Clinical Practice. Online-Publikation vor Druck, verfügbar unter: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2753.2010.01606.x/full> [21.01.2011].
- Mirdal, G.M. (2006). Stress and distress in migration: Twenty years after. *International Migration Review*, 40 (2), 375-389.
- Nika, L. & Basdekis, R. (2000). Somatisierung. In C. Haasen & O. Yagdiran (Hrsg.), *Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft* (S. 71-88). Freiburg: Lambertus.
- Özbek, T. & Wohlfart, E. (2006). Der transkulturelle Übergangsraum – ein Theorem und seine Funktion in der transkulturellen Psychotherapie des ZIPP. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 169-175). Heidelberg: Springer.
- Ritnser, M. & Ponizovsky, A. (1999). Psychological distress through immigration: A two-phase temporal pattern? *International Journal of Social Psychiatry*, 45 (2), 125-139.
- Rommelspacher, B. (2000). Interkulturelle Beziehungsdynamik in Beratung und Therapie. In B. Strauß & M. Geyer (Hrsg.), *Psychotherapie in Zeiten der Veränderung* (S. 161-171). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Rundberg, J., Lidfeldt, J., Nerbrand, C., Samsoe, G., Rommelsjö, A. & Öjehagen, A. (2006). Mental symptoms, psychotropic drug use and alcohol consumption in immigrated middle-aged women. The women's health in Lund Area (WHILA) Study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 480-485.
- Sluzki, C. (2001). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 101-115). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wohlfart, E., Hodzic, S. & Özbek, T. (2006). Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 143-168). Heidelberg: Springer.
- Yip, T., Gee, G.C. & Takeuchi, D.T. (2008). Racial discrimination and psychological distress: the impact of ethnic identity and age among immigrant and United States-born Asian adults. *Developmental Psychology*, 44 (3), 787-800.



Dr. Katharina Behrens

Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Behrens.Katharina@mh-hannover.de



PD Dr. med. Iris Tatjana Calliess

Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Psychiatrie,
Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Zum psychotherapeutischen Arbeiten mit Migrantinnen und Migranten in psychosomatisch-psychiatrischen Kliniken

Jan Ilhan Kizilhan

Universität Freiburg

Zusammenfassung: Bei der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund benötigen sowohl Psychotherapeuten als auch die Gesundheitsinstitutionen spezifische interkulturelle Kenntnisse, um diese Gruppe frühzeitig und adäquat behandeln zu können, nicht zuletzt um Chronifizierungen zu vermeiden. In der psychotherapeutischen Behandlung von Migrantinnen und Migranten bestehen wie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung Defizite im Wissensstand aber auch in den Behandlungskonzepten. Sprachliche Barrieren, die Unkenntnis vorhandener Beratungs- und Hilfesysteme, unterschiedliches Krankheitsverständnis und Bewältigungsstrategien erschweren die psychotherapeutische Arbeit in psychosomatisch-psychiatrischen Kliniken. Neben der Förderung der Bildung von multikulturellen Behandlungsteams in psychosomatisch-psychiatrischen Kliniken ist v. a. eine Sensibilisierung aller Mitarbeiter für eine transkulturelle, kultursensitive Perspektive und die Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Erwerb transkultureller Kompetenz notwendig.

diese Normen und Wertvorstellungen in verschiedenen Formen verändert. So ist zu beobachten, dass einige Migranten eher an konservativen Vorstellungen von Familie und Religion festhalten, andere wiederum eher eine liberale Einstellung angenommen und wieder andere eine Mischung aus individuell-westlichen und kollektiven Vorstellungen entwickelt haben (Özbek, 2006).

Die Migration kann somit als ein Lebensereigniskomplex verstanden werden, der zahlreiche miteinander verknüpfte migrationspezifische Faktoren und Prozesse (Veränderungen, Anforderungen und Dauerbelastungen) beinhaltet und u. a. auch von der Art und Weise der Migration abhängt (Kizilhan & Beremejo, 2009).

Gerade Menschen aus familienorientierten Gesellschaften (hierzu zählen z. B. Südtalien, Mittelmeervölker und Asiaten, im Gegensatz hierzu werden z. B. Nordeuropäer und Nordamerikaner wie z. B. Deutschland, England, die USA zu den individualorientierten Gesellschaften gezählt), geprägt von patriarchalisch-religiösen Denkweisen mit entsprechenden Identitätskonzepten, müssen neben den sozial und kulturell vorgegebenen Bildern und Ereignissen des Herkunftslandes auch in der Migration gemachte Erfahrungen zusätzlich konstruieren und perpetuieren, was wiederum psychosoziale Stressoren hervorbringen kann (Koch, 2003). Bei einer psychotherapeutischen Behandlung scheint daher von besonderer Bedeutung zu sein, unterschiedliche Selbstkonzepte, die Rolle der Familie und das Verständnis von Krankheit und Gesundheit in der Herkunftsgesellschaft zu berücksichtigen.

1. Einleitung

Migration bedeutet nicht nur die Veränderung des Wohnortes, sondern auch eine Veränderung der äußeren Lebensbedingungen, der Arbeits- und Wohnumwelt sowie soziale und kulturelle Umstellungen. Welche Auswirkungen diese neuen Lebensbedingungen haben, hat nicht nur mit dem Ausmaß der Veränderung zu tun; auch die Gründe dafür, wie Krieg, Naturkatastrophen, Arbeitslosigkeit etc. und individuelle Kontrollierbarkeit sind wichtige Faktoren. Als wesentliche Migrationsursachen in der Gegenwart wären zu nennen:

- staatliche und halbstaatliche Kriegsführung und Kriegszustände,
- ethnische und religiöse Konflikte,
- Unterdrückung demokratischer Bewegungen,
- Modernisierung in Entwicklungsländern,
- weltwirtschaftliche Globalisierung, einhergehend mit Armut und kulturellen Konflikten.

Die biografische Veränderung durch Migration hat einen erheblichen Einfluss auf die individuelle und kollektive Identität sowie auf die Art und Weise, wie die Vergangenheit verarbeitet wird und ob die Anpassung im Aufnahmeland gelingt. Die Gestaltung dieser neuen Lebensphase, in der sich auch Krankheit entwickeln kann, ist abhängig von den individuellen und kollektiven Bewältigungsmechanismen und von den Nutzungsmöglichkeiten der sozialen Netzwerke. Ein neues Beziehungsnetz in einem anderen kulturellen, ethnischen und gesellschaftlichen Zusammenhang aufzubauen, verlangt neue soziale Ressourcen, eine neue Orientierung und neue Handlungskompetenzen (Kizilhan, 2010).

Während z. B. die traditionelle Vorstellung von Familie und Funktion jedes Einzelnen innerhalb dieses Netzwerks im Herkunftsland klar definiert waren und die Einhaltung der vorgegebenen Vorschriften und Normen vom und durch das Kollektiv kontrolliert wurden, haben sich mit den nachfolgenden Generationen in der Migration

Eine genaue Betrachtung und Entwicklung von Therapiemodulen, hier insbesondere im psychosomatisch-psychiatrischen Setting für Patienten und Patientinnen familienorientierter Gesellschaften in der Migration und die Bedeutung der kollektiven Identität sind bisher kaum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung gewesen. Therapeuten, die Menschen mit Migrationshintergrund behandeln, betonen jedoch immer wieder, wie wichtig kollektive Ressourcen und die Gruppendynamik aus der Herkunftskultur sind und dass diese auch in die Konzeptualisierungen für die verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren (Koch, 2003; Kizilhan, 2009) einbezogen werden sollten.

In diesem Beitrag möchte ich daher beispielhaft für die Gruppe der Arbeitsmigranten aus familienorientierten Gesellschaften, vor allem aus dem Mittleren Osten (wir haben nicht nur mit türkischstämmigen Patientinnen und Patienten zu tun, sondern auch mit Kurden, Persern, Arabern und religiösen Gruppen wie Yeziden, Zarathustra, assyrischen und armenischen Christen) und ihren nachfolgenden Generationen, die Chancen und Schwierigkeiten der psychotherapeutischen Arbeit in psychosomatisch-psychiatrischen Kliniken diskutieren.

2. Krankheitsverständnis und Krankheitsbewältigung in familienorientierten Gemeinschaften

Menschen aus traditionell ländlichen Regionen sind in der Regel von einer kollektiven Denkweise geprägt, in der persönliche Wünsche, Interessen und Beschwerden eines Einzelmitglieds als sekundär betrachtet werden. Harmonie und Sicherheit in der Familie und der Peergroup sind wesentlich wichtiger als die individuelle Autonomie. Das einzelne Individuum sieht sich als Teil einer Solidargemeinschaft, aus der sich die entsprechenden Aufgaben und Pflichten ergeben. Seine Hauptaufgabe ist es dafür zu sorgen, dass der Solidargemeinschaft, insbesondere der Kern- und Großfamilie, kein Schaden zugefügt wird. Es ist deshalb folgerichtig, dass persönliche Gefühle und

Beschwerden nicht geäußert werden, um möglicherweise die Familie nicht zu belasten oder ihr zu schaden (Kizilhan & Berejmo, 2009).

Im Rahmen von Behandlungsmaßnahmen kann dieser Hintergrund dazu führen, dass schwierige und traumatische Themen wie z. B. sexuelle Gewalt und Folter vermieden werden, da die Angst vor der eigenen und kollektiven Entehrung durch die Gemeinschaft immer vorhanden ist. Dabei spielen kollektiv-dysfunktionale Kognitionen des „Ehrverlustes“ und die Angst vor einer möglichen Zerstörung der Gesamtfamilie sowie vor einer Verstoßung aus der Herkunftsgemeinschaft eine wichtige Rolle. Konflikte zwischen den Migrantengenerationen und der Umgang damit können ebenfalls für die Behandlung wichtig sein. Zu erwähnen seien hier schlagwortartig u. a. traditionelle Heirat, Zwangsheirat oder „Ehrenmorde“.

Als ein besonderes Beispiel sei hier vor allem aber auch die Einstellung zur Sexualität in familienorientierten Gesellschaften genannt, in der sich patriarchalische Sitten und Traditionen mit religiösen Verhaltensregeln (z. B. Islam) vermischen. Dies führt häufig zu einer erheblichen Unsicherheit bei den Patientinnen und Patienten im Umgang mit diesem Thema, wenn nicht gar zu dessen gänzlicher gesellschaftlicher Tabuisierung (Baumeister, 2007). Hohe moralische Vorstellungen und Einschränkungen führen gerade bei Frauen mit patriarchalischen Vorstellungen zu erheblicher Sorge und Angst, da sie jeden Augenblick Gefahr laufen könnten, in ihrer Ehre verletzt zu werden.

Innerpsychische Konflikte und auch traumatische Ereignisse werden z. B. von türkischen Patienten meist über Schmerzäußerungen thematisiert (Koch, 2003). Ein Grund dürfte in der vorhandenen Krankheitsvorstellung und dem Krankheitsverständnis sowie der ungewohnten Behandlungssituation liegen. Ein weiterer Aspekt des schwierigen Umgangs mit psychischen Beschwerden ist u. a. das kollektive Denken, in der die Familie eine übergeordnete Rolle spielt. Deshalb werden oft persönliche Gefühle und innerpsychische Beschwerden nicht geäußert. Die Anpas-

sung an das soziale Umfeld wird als Zeichen persönlicher Reife verstanden. Dem Körper des Individuums ist allerdings eine Erkrankung „erlaubt“, weswegen beide, körperliche und psychische Beschwerden über den Körper zum Ausdruck gebracht und zunächst nicht unterschieden werden. Die Unterscheidung von körperlichen und psychischen Anteilen wird erst erarbeitet.

Aus einer psychodynamischen Perspektive bietet die Somatisierung für sozial benachteiligte Gruppen und Menschen mit schweren traumatischen Erlebnissen zudem eine Möglichkeit, Ausgrenzung, soziale Kränkung, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle aus dem bewussten Erleben auf die Körperebene zu verlagern, um so die Selbstachtung zu bewahren und gleichzeitig darauf zu hoffen, dass Arzt und Medizin ihnen helfen können.

In einer vergleichenden Studie zwischen deutschen und türkischen Patienten konnte ich zeigen (Kizilhan, 2008), dass türkische Patienten die Ursachen ihrer Erkrankung häufiger in externalen Einflüssen wie „Schicksal“ oder „Gottes Wille“ sehen, d. h. sie attribuieren allgemein externaler, erleben bedeutend weniger persönliche Kontrolle wie auch Behandlungskontrolle und entwickeln ein auffällig geringeres Verständnis für ihre Krankheit. Um ihre Krankheit zu bewältigen, setzen sie z. B. nicht, wie häufig die deutschen Patienten, eine langfristig planvolle Strategie ein, sondern versuchen stattdessen aktiv und kurzfristig problemorientiert zu agieren (Kizilhan, 2008).

2.1 Traditionelle Medizin, Magie und Gesundheit

Magische Vorstellungen im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit, wie z. B. Geister, Dschinnen, Symbole und Rituale, haben in den Balkanländern und im Mittleren und Nahen Osten schon immer eine wichtige Rolle gespielt. Noch heute lässt sich in ländlichen, stark von der Tradition geprägten Gebieten der nahöstlichen Gesellschaften, aber auch in großen Städten eine Affinität zur traditionellen Medizin feststellen. Verschiedene traditionelle Heiler sind sowohl im Herkunftsland als auch im Gastland aktiv, wie z. B. Knochenheiler,

religiöse Heiler, die als Magier oder Zauberer tätig sind, aber auch arabische Ärzte, die in der Tradition der „Vier-Säfte-Lehre“ stehen, Pflanzenheiler und die heilkundigen Frauen, die besonders bei gynäkologischen Problemen und der Geburt zu Rate gezogen werden (Heine & Assion, 2005).

Trotz möglicher Widersprüche und Interessenskonflikte kann unter Umständen auch ein auf Religion oder Magie basierendes Krankheitsverständnis als Ressource in die Behandlung, vor allem in den Gruppen, miteinbezogen werden und steht nicht per se schon im Widerspruch zur modernen Medizin, sofern die Gesundheit des Patienten das höchste Kriterium darstellt. Dschinnen, Geister, Kultstätten, magische Steine, Gebete etc. können daher bei der psychosozialen Versorgung durchaus von Bedeutung sein, insbesondere im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich für Diagnostik und Behandlung.

Fallkasuistik

Ein Mitte 50-jähriger türkischer Patient arbeitete 25 Jahre in einer Fabrik in Süddeutschland und bekam vor zwei Jahren eine Agoraphobie mit Panikstörung. Er war nicht mehr in der Lage, zur Arbeit zu gehen. Hintergrund waren familiäre Konflikte. Besonders schlimm und kränkend empfand er die Beziehung seiner Tochter mit einem nicht-muslimischen Mann. Neben Familiengesprächen in der

Therapie wurde ein Expositionstraining in Verbindung mit dem Koran durchgeführt. So lernte der Patient vier Verse aus dem Koran auswendig, und beim Aufsuchen von Menschenmengen begann er richtig zu atmen, nahm die Gebetskette in seiner Hosentasche in die Hand und sprach leise die gelernten Verse, bis die Angst nachließ. Nach einer vierwöchigen stationären Rehabilitationsbehandlung mit fast täglicher Exposition konnte der Patient zuhause wieder Menschenmengen aufsuchen und arbeiten.

3. Psychotherapie im stationären Setting

An dieser Stelle möchte ich das spezifische psychotherapeutische Behandlungskonzept für psychosomatisch erkrankte türkischstämmige Patientinnen und Patienten in der Klinik, in der ich tätig bin, beispielhaft vorstellen.

Es besteht aus muttersprachlicher Einzelpsychotherapie (2x 50 Min.), interaktioneller Gruppentherapie (2x 45 Min.), Gestaltungstherapie (2x 90 Min.), Progressiver Muskelrelaxation (PMR) (2x 30 Min.), jeweils wöchentlich. Dazu kommen psychoedukative Seminare (Depression, Angst, Schmerz), ärztliche Betreuung und Sprechstunde, Visite, Kochgruppe und Tanztherapie für türkische Frauen sowie

bei Bedarf getrennten Traumagruppen für Männer und Frauen. Physiotherapeutische Maßnahmen, Sport- und Freizeitaktivitäten werden gemeinsam mit deutschen Patienten angeboten. In der Klinik arbeiten neben fünf Ärzten und Psychotherapeuten eine Schwester und ein Gestaltungstherapeut, alle muttersprachlich türkisch. Die Hausordnung, Schweigepflichtentbindung, Einbestellung zu Terminen etc. sind auch in türkischer Sprache vorhanden. Türkischstämmige Patienten, die ausreichend Deutsch sprechen und dies wünschen, können in anderen Abteilungen von deutschen Ärzten und Psychotherapeuten behandelt werden.

Bei genauer Betrachtung des Therapiekonzeptes zeigt sich, dass der Schwerpunkt auf die Verständigung, also auf die muttersprachliche Behandlung gelegt wird. In einem weiteren Schritt geht es dann um spezifische Angebote unter Berücksichtigung kultureller Aspekte.

Eine Reihe allgemeiner Aspekte für eine Psychotherapie, wie z. B. die Motivation der Patienten, eine offene Grundhaltung der Psychotherapeuten oder die Definition von Zielen, unterscheidet sich nicht von jenen bei deutschen Patienten. Auf Grundlage der bisherigen Studien zu diesem Thema kann davon ausgegangen werden, dass zu Beginn der Behandlung eine kultursensible Hinführung zu einem

Tabelle 1: Interaktion in der Behandlung von Patientinnen und Patienten aus familienorientierten Gesellschaften

Kontakt	Freundlich, zugewandt, wartend auf Anweisungen und Vorgaben des Psychotherapeuten.
Hierarchie	Konzentriert auf Hierarchie und Status (Psychotherapeut hat eine hohe hierarchische Position).
Respekt	Erwarten Intimität bei ausreichender Distanz und Einhaltung von kulturellen Regeln (z. B. bei Begrüßung von gleichgeschlechtlichen Personen die Hand reichen oder aufstehen, wenn sie in den Raum treten etc.).
Harmonie	In der Beziehung auf Harmonie bedacht. Konflikte und Auseinandersetzungen, Argumentationen werden eher vermieden. Möchten nicht bloßgestellt werden. Widerspricht möglicherweise nicht dem Psychotherapeuten, um dessen Autorität nicht in Frage zu stellen.
Scham statt Schuld	Vor allem islamisch-familienorientierte Gesellschaften verfügen eher über eine Scham- als über einer Schuldkultur. Daher stehen körperliche Beschwerden, die weniger Schamgefühle erzeugen als psychische Konflikte im Vordergrund.
Kollektives Denken	Psychische Konflikte können als eine Schwäche gesehen werden, die wiederum zu einer Ablehnung durch das Kollektiv führen können. (<i>Die Person ist schwach und für das Kollektiv nicht zu gebrauchen.</i>) Körperliche Beschwerden sind aber etwas „sichtbares“ und werden als Krankheit akzeptiert.
Erst der Körper dann die Seele	In den ersten Behandlungsstunden geht es vornehmlich um körperliche Beschwerden, die auch als indirekte Hinweise auf psychische Konflikte verstanden werden können. Bei ausreichendem Vertrauen und Beziehungsgestaltung werden dann mögliche psychische Konflikte und Belastungen thematisiert.
Ratschläge und klare Direktiven	Erwartet von dem Psychotherapeuten Informationen über seine Krankheit, Ratschläge auch in Form von Beratung und klare Direktiven, was er in der Behandlung zu machen hat (Medikation, Massagen, körperliche Untersuchung).
Die imaginäre Familie in der Einzeltherapie	Beschwerden, mögliche Konflikte und Belastungen in der Einzelbehandlung werden immer in Relation zu der familiären Situation gestellt. (<i>Mein Rückenschmerz führt dazu, dass ich nicht arbeiten kann und damit nicht in der Lage bin, meine Familie zu versorgen; meine Kinder verlieren den Respekt vor mir, wenn sie erfahren, dass ich noch eine Depression habe etc.</i>)
Passives Krankheitsverhalten	Nicht der Einzelne mit seinen persönlichen Merkmalen und eigenen Anteilen, sondern außerhalb des Individuums liegende Faktoren, wie familiäre, berufliche oder soziale Bedingungen, werden in hohem Maße verantwortlich gemacht. (<i>Seit meine Tochter eine Beziehung zu einem Mann hat, ohne verheiratet zu sein, sind meine Schmerzen unerträglich geworden. Wenn Sie heiraten, dann muss ich mich in der Gemeinde nicht so schämen und die Schmerzen könnte ich besser aushalten.</i>)

Verstehen psychischer Zusammenhänge notwendig ist (Kizilhan, 2010). Auch bei Patienten aus familienorientierten Gesellschaften geht es um eine Bearbeitung intrapsychischer und intrafamiliärer Konflikte (Machleidt & Calliess, 2003).

Neben diesen Gemeinsamkeiten gibt es jedoch spezifische Fragestellungen. Bei Menschen mit psychosomatischen Leiden ergeben sich diese auf der einen Seite aus der Erfahrung der Migration, die oftmals einen radikalen Umbruch der individuellen

und der familiären Biografie darstellt. Auf der anderen Seite entwickeln sich besondere Probleme aus der Komplexität der Lebenswelt der Migranten (Moro & Sturm, 2006). Daher scheinen in der Behandlung von Migranten die Migrationsgeschichte, ethnische und religiöse Lebenswelten, Familienstruktur, Generationskonflikte, soziales Umfeld, mögliche Kulturkonflikte zwischen der Herkunfts- und Residenzkultur sowie Vorstellungen von psychischen und körperlichen Beschwerden besonders wichtig zu sein.

3.1 Therapeut-Patient-Beziehung

Patientinnen und Patienten aus familienorientierten Gesellschaften erwarten schon nach den ersten Psychotherapiesitzungen von den Therapeuten ein komplettes Erklärungsmodell über ihre Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten. Die Vorstellung, dass die Patientinnen und Patienten mit dem Psychotherapeuten gemeinsam an einem Erklärungsmodell arbeiten und dieses entwickeln ist unbekannt. Sie können schnell enttäuscht sein, weil solche „Erklärungsmodelle“ früher bei den traditionellen Heilern üblich waren. Daher ist es hilfreich, den Patienten bereits nach dem Aufnahmegespräch über die für ihn möglicherweise ungewohnte Behandlungsstrategie und ihren Sinn zu informieren.

Da eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung der Patientinnen und Patienten aus familienorientierten Gesellschaften von besonderer Bedeutung ist, sollten u. a. folgende Besonderheiten der Patientengruppe bei der Untersuchung und Behandlung bedacht werden:

Sowohl der Arzt als auch der Psychotherapeut werden traditionell als väterlicher Freund der Familie verstanden. Er stellt eine Autoritätsfigur dar, die einen aktiven, wissenden und beratenden Umgang mit dem Patienten und seiner Familie pflegt. Diese „kulturelle Übertragung“ wird der Psychotherapeut annehmen müssen, wenn er nicht erhebliche Verunsicherung auslösen will. Im Gegensatz zum Umgang mit einheimischen Patienten, bei denen ein Mobilisieren des eigenen Potenzials im Vordergrund steht, wird bei o. a. Patienten mehr Hilfe durch die Autorität erwartet und angeboten werden müssen. Dies bedeutet aber, dass der Psychotherapeut auch ein Bewusstsein für die eigene kulturelle Gebundenheit entwickeln sollte. Er sollte in der Lage sein, seine eigene Übertragungsbereitschaft auf den Patienten, seine individuellen und gesellschaftlichen Vorurteile und Stereotypen, die als kollektive Übertragungen auftauchen, wahrzunehmen und möglichst weitgehend zu entaktualisieren, bevor sie in der Behandlung destruktiv wirksam werden. Erst danach ist eine Bereitschaft des Patienten zur Ver-

haltensänderung auf psychischer und physischer Ebene möglich.

Fallkasuistik

Eine 26-jährige Patientin kommt mit den Einweisungsdiagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode und Anpassungsstörung in die Klinik und berichtet vor allem über ihre Ehekonflikte. Den Ehemann habe sie vor einem Jahr im Irak auf Wunsch der Eltern geheiratet. Es sei eine traditionelle Heirat gewesen. In ihrer Familie sei es noch üblich, dass die Eltern ihre Kinder verheiraten. Sie habe der Heirat zugestimmt, um das Elternhaus verlassen und nach Deutschland kommen zu können. Mit der Ehe sei sie sehr unzufrieden, sie werde von ihrem eifersüchtigen und sehr traditionellen Ehemann geschlagen. Die Psychotherapeutin thematisiert eine mögliche Trennung, was von der Patientin vehement abgelehnt wird. Ihre Familie würde sie im Falle einer Trennung verstoßen und sie habe Angst, dass der Ehemann ihr etwas antun könne. Es sei in ihrer Kultur nicht üblich, dass man sich vom Ehemann trennt. Bisher sei dies noch nie in ihrer Familie vorgekommen. Nachdem die Psychotherapeutin im Sinne einer Aufklärung erklärt, dass sie im Falle einer erneuten Gewaltanwendung die Polizei einschalten könne, bricht die Patientin die Psychotherapie ab. Noch vor dem Verlassen der Klinik berichtet sie dem Abteilungsleiter, dass sie nur über ihre Probleme sprechen und einige Ratschläge von der Psychotherapeutin haben wollte, wie sie den Ehemann dazu bringen könnte, dass er sich mehr um sie kümmert und nicht mehr schlägt. Sie wolle und könne sich nicht trennen. Die Patientin verließ die Klinik. In der anschließenden Supervision erklärte die Psychotherapeutin, dass sie mit ihrem Selbstverständnis nicht damit umgehen könne, dass die Patientin die Gewalt des Ehemannes einfach so akzeptiere.

Dieses Beispiel klingt sehr frauenfeindlich. Im klinischen Alltag haben wir sehr oft mit häuslicher Gewalt, vor allem gegen Frauen, zu tun. Aufgrund der Übernahme von patriarchalischen Vorstellungen auch durch die Opfer ist die Entwicklung von veränderten Sichtweisen mit Hilfe einer Psychotherapie sehr schwierig. Ihre Erwartungen an den Psychotherapeuten, hier den gewalttätigen Ehemann ohne Kontakt durch Ma-

nie zu einem friedlichen und liebevollen Ehemann zu verändern, werden schnell enttäuscht. Aber solche Themen können z. B. sehr gut in Gruppentherapien mit den Patientinnen und Patienten thematisiert werden. Hier ist wiederum die Rolle des Gruppentherapeuten von Bedeutung. Nicht selten erleben wir, dass einige Patientinnen und Patienten aus dem gleichen Kulturkreis selbst eine ganz klare Stellung gegen häusliche Gewalt annehmen, was in der Gruppe sehr heftig, aber effektiv diskutiert werden kann.

In den Gruppen können Psychotherapeuten in die Rolle eines „Lehrers“ gedrängt werden, vom dem sie passiv nur lernen wollen. Die interaktionelle Kommunikation mit dem Ziel einer erweiterten Selbsterkenntnis durch Besprechung bestimmter Themen in der Gruppe muss vom Gruppenpsychotherapeuten immer wieder angestrebt und die Gruppe dazu angeleitet werden. Dies kann die ersten Gruppensitzungen erschweren, da viele Patienten diese Form der Gruppenbehandlung nicht kennen.

In der Gruppe erzählen Menschen aus orientalisches-patriarchalischen Gesellschaften Ereignisse, die thematisch nicht in die Gruppe passen, wie z. B. „warum muss ich dieses Medikament nehmen“ oder „können Sie mir eine Bescheinigung ausstellen“. Hier muss der Gruppenleiter wieder mit viel Geduld und Empathie die Patienten zurück in „die Inhalte und Rahmen“ der Gruppenpsychotherapie holen.

3.2 Verhaltensregeln und Rituale in der Einzel- und Gruppentherapie

In der Gruppentherapie mit Menschen aus traditionellen Gemeinschaften sind bestimmte Verhaltensrituale, wie z. B. der geschlechtsspezifische Kontakt, die Begrüßung oder religiöse Begriffe zu beachten.

Eine erste Schwierigkeit kann schon der Erstkontakt sein, in dem der Patient zur Begrüßung einen *Händedruck* verweigert. Der Händedruck zwischen einem Mann und einer Frau kann bei einigen religiösen Muslimen als eine Verletzung der Intimität verstanden werden. Nach dem Gebet geben sich z. B. viele Frauen und Männer

nicht die Hand. Auch sollte man die Patienten danach fragen oder sich Informationen einholen, ob z. B. zum Zeitpunkt der Gruppentherapie *Ramadan (Fastenmonat)* ist, um dies entsprechend bei der Gruppentherapie zu würdigen und vielleicht auch zu thematisieren.

Man muss wissen, dass viele Menschen aus nichtwestlichen Ländern häufig geringes Wissen über die westeuropäische Bürokratie, asyl- bzw. aufenthaltsrechtliche Bestimmungen und möglicherweise Psychotherapie haben und oft versuchen, diese Themen in der Gruppe anzusprechen. Ebenfalls können in der Gruppenpsychotherapie die Patienten sehr stark auf körperliche Beschwerden fixiert sein und nur noch über ihre Schmerzen sprechen. Hier wäre eine genaue und auch taktvolle Aufklärung und Information über die Gruppentherapie notwendig.

In der Gruppenpsychotherapie kann es vorkommen, dass einige Patienten auf Grund ihrer anderen Erzählstruktur langsam zu erzählen beginnen, was zunächst aus der europäischen Denkkultur her keinen *Sinn* ergibt. Auch hier sind sehr viel Geduld und eine gewisse therapeutische Sensibilität erforderlich, um z. B. das Gespräch zu unterbrechen, da eine Unterbrechung als Respektlosigkeit oder *nicht-ernstgenommen-werden* verstanden werden kann. Die Erzählungen, wenn man sie zu Ende hört, ergeben einen Sinn, allerdings kann dies die vorgegebene Zeit der Gruppentherapie sprengen. Hier ist je nach Indikation durchaus auch an längere Gruppentherapiezeiten von insgesamt mehr als 90 Minuten zu denken.

Politische Konstellationen, wie z. B. ethnische oder religiöse Konflikte, werden oft weit wichtiger genommen, als die eigene Befindlichkeit und können den Rahmen einer Gruppentherapie sprengen.

Dem Gruppenleiter muss klar sein, dass eine Reihe von traumatisierten Patienten nicht in der Lage ist, sich in der Gruppe aktiv zu beteiligen, da sie möglicherweise auf Grund ihrer Störung noch sehr misstrauisch und unsicher sind. Ebenso bleibt oft die Tatsache unbeachtet, dass traumatisierte Menschen meist nur fragmentarisch

ihre erlittene Geschichte oder auch andere Dinge aus ihrem Leben wiedergeben können. Bei einer Patientenanzahl von 6 bis 8 Personen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung sind spezifische Traumagruppen zu empfehlen. Im Falle einer sexualisierten Gewalt sind geschlechtsspezifische Gruppen notwendig. Gruppen mit Männern und Frauen sind in der Regel unproblematisch und empfehlenswert, wenn der Grund und Ablauf (z. B. Schweigepflicht) der Gruppentherapie erklärt wird. Hiernach wird nach unseren Erfahrungen die traditionelle Zurückhaltung aufgehoben und Patientinnen und Patienten sprechen dann über ihre Familien- und Beziehungskonflikte, da sie erkennen, dass nicht sie allein solche Konflikte haben. Es entwickelt sich gelegentlich auch ein starker Gruppenzusammenhalt und Unterstützung bei auftretenden Krisen während des Klinikaufenthaltes.

3.3 Psychoedukativ-interaktionelle Gruppen

In den psychoedukativ-interaktionellen Gruppen treffen wir häufig auf einfache, z. B. der „Vier-Säfte-Lehre“ zugehörige Vorstellungen über Anatomie, Krankheit und Krankheitsbewältigung, die sich von den westlichen Vorstellungen sehr unterscheiden. Auch die soziokulturellen Kommunikationsformen sind sehr verschieden. Dies bedeutet, dass in den psychoedukativen Maßnahmen ein gemeinsames Krankheitsmodell entwickelt werden muss, das die Vorstellungen der Herkunftskultur berücksichtigt, um verstanden und angenommen werden zu können.

Zur Wirksamkeit von psychoedukativen Seminaren ist der Einsatz von Medien wie Selbsthilfebroschüren und Videos in der Muttersprache zu empfehlen. Ziel ist, den Patienten mit seinen mitgebrachten Vorstellungen neuere Sichtweisen im Zusammenhang von körperlichen und psychischen Prozessen zu vermitteln.

3.4 Einbezug von Familienmitgliedern in die Psychotherapie

Auf Grund der kollektiv-traditionellen Sozialisation und entsprechenden Kognitionen ist bei einigen Patienten die Einbindung

der Familie in die Behandlung manchmal indiziert. So kann durch die Sicht auf die jeweiligen Rollen aller Familienmitglieder der Großfamilie ein besseres Verständnis für mögliche familiäre Konflikte und Beziehungsabhängigkeiten (z. B. Heirat von Cousinen, finanzielle Unterstützung der Familie im Herkunftsland, Zwangsheirat etc.) gewonnen werden. Doch die starke Solidarität der Familie für ein erkranktes Mitglied kann unter Umständen auch einer schnellen Besserung nicht nur im Wege stehen, sondern seinen Zustand sogar noch verschlimmern. Wichtig ist jedoch, dass die früheren Familienkonflikte nicht nur einfach rekapituliert werden, sondern korrigierend durchlebt werden. Dies erfordert ein Durcharbeiten vergangener Konfliktsituationen.

Fallkasuistik

Eine Anfang 20-jährige türkischstämmige Patientin, die in Deutschland geboren und aufgewachsen ist, möchte seit einigen Jahren aus der Wohnung ihrer Eltern ausziehen, was der Vater nicht erlaubt. Nach den Vorstellungen der Eltern dürfe ihre Tochter nur ausziehen, wenn sie verheiratet sei. Die Patientin möchte aber mehr Autonomie und selbstständig ihr Leben gestalten, ohne die Beziehung zu ihren Eltern zu gefährden. Der Vater drohe immer wieder, sie als Tochter abzulehnen und den Kontakt im Falle eines Auszuges mit der gesamten Familie zu verbieten. Die Patientin leidet seit mehreren Jahren unter einer Bulimie und Depression. Nach der Schule müsse sie sich sofort bei der Mutter melden und dürfe kaum allein die Wohnung verlassen. Einmal habe sie der ältere Bruder von einem abendlichen Treffen mit einigen deutschen Freunden mit Gewalt nach Hause gebracht. Er habe ihr gesagt, es gehöre sich nicht, als junge Frau abends auf der Straße zu sein. Sie fühle sich zu Hause nicht wohl, möchte aber auch ihrer Familie keine „Schande“ machen. Neben der psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung der Essstörung und Depression wurden mehrere Familiengespräche geführt. Bei diesen stellte sich heraus, dass der Vater sehr traditionell eingestellt und Vorstandsvorsitzender einer örtlichen Moschee-Gemeinde war. Der Vater sprach von

einem Gesichtsverlust und einer Ehrverletzung, falls die Tochter unverheiratet die gemeinsame Wohnung verlassen würde. Die Moschee-Gemeinde würde ihn ausgrenzen und glauben, er sei nicht in der Lage, seine Kinder der eigenen Tradition entsprechend zu erziehen. Nach mehreren Gesprächen über die Krankheit der Tochter und ihre Bedürfnisse, über die Bedeutung von Ehre, Familie und die Rolle der Gemeinde wurde vereinbart, dass die Tochter in einer anderen Stadt in ein betreutes Wohnen kommt. Hierzu wurde dem Vater ein Attest über die Krankheit der Tochter und die Notwendigkeit einer Betreuung außerhalb des Wohnortes ausgehändigt. Dieses Attest wurde der Moschee-Gemeinde vorgelegt, und alle waren aufgrund der Krankheit der Tochter mit diesem Wohnortwechsel einverstanden. Nach einem Jahr zog die Tochter aus der betreuten Wohnung aus und lebt seither allein. Es besteht weiterhin ein guter Kontakt zu den Eltern und Geschwistern.

Um diese Lösung zu ermöglichen, wurden mehrere Gruppengespräche mit der Kernfamilie (Eltern und Geschwistern) durchgeführt und verschiedene Möglichkeiten diskutiert. Das Ergebnis, dass die Tochter in ein betreutes Wohnheim zieht, wurde dann von der ganzen Familie getragen.

4. Schlussbetrachtung

In einer Gesellschaft mit verschiedenen Kulturen existieren immer auch damit verbundene unterschiedliche kulturelle Lebenskonzepte zur Bewältigung von Konflikten. Migration bewirkt in der Regel einen dauerhaften und sich dynamisch entwickelnden Wechselwirkungsprozess dieser Konzepte. Durch die Einbeziehung sprachlicher, kultureller und migrationspezifischer Aspekte in die Beratung, Behandlung und soziale Unterstützung von Migranten bei der Bewältigung ihrer Probleme ist es möglich, ihre Versorgung und Integration grundlegend zu verbessern. So sind bei der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund sowohl aufseiten des Behandelnden als auch aufseiten der Gesundheitsinstitutionen spezifische interkulturelle Kenntnisse notwendig, um diese Patienten frühzeitig und adäquat be-



Achtsamkeit – Schlüssel zum Unbewussten
Seit über 30 Jahren integriert die HAKOMI Methode die aus den buddhistischen Traditionen entnommene Praxis der Achtsamkeit in den tiefenpsychologischen Prozess.

3-jährige HAKOMI Fortbildung

Einführungsworkshops in die HAKOMI Methode (Processings)

Praxisnahe, körperorientierte Weiterbildungsangebote

Fort- & Weiterbildung für Menschen in therapeutischen Berufsfeldern – vielfach kammerzertifiziert

Unsere Fortbildungsbroschüre erhalten Sie vom:
HAKOMI INSTITUTE of Europe e.V.,
Weißbergergasse 2a, 90403 Nürnberg,
Telefon: 0049-(0)-911/30 700 71,
info@hakomi.de www.hakomi.de

Processing Orte: Berlin · Bochum · Bonn · Dresden · Essen · Freiburg
Halle · Hamburg · Heidelberg · Heigerding · Köln · Leipzig
Locarno · München · Nürnberg · Potsdam · Rheinfelden · Wien · Zist

IFK BERLIN

Institut für Körperpsychotherapie

Der Körper in der Psychotherapie

Einjährige Fortbildung
(160 FP (PTK Berlin))
Zeitraum: 9.4.11 – 20.12.11
20 Tage / 7 Wochenenden,
6 Supervisionsabende
Kosten: 1795,- €

Leitung, Info:

Dr. Dipl.-Psych. Manfred Thielen
Cosimaplatz 2, 12159 Berlin,
Tel.: 030/22327203

E-Mail: ma.thielen@gmx.de
Web: www.institut-koerperpsychotherapie.de

DozentInnen:

Ebba Boyesen,
Prof. Dr. Ulfried Geuter,
Anna Willach-Holzapfel u.a.

handeln zu können und so z. B. eine Chronifizierung der Krankheit zu vermeiden. Neben gezielter Bildung von multikulturellen Behandlungsteams ist vor allem eine Sensibilisierung aller Mitarbeiter für eine transkulturelle, kultursensitive Perspektive in den jeweiligen Institutionen notwendig. Verschiedene kultursensible stationäre Behandlungskonzepte können die Behandlung dieser Klientel noch effektiver gestalten.

5. Literatur

- Baumeister, W. (2007). *Ehrenmorde. Blutrache und ähnliche Delinquenz in der Praxis bundesdeutscher Strafjustiz*. Münster: Waxmann.
- Gilson, L., Alilio, M. & Heggenhougen, K. (1994). Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro Region of Tanzania. *Social Science & Medicine*, 39 (6), 767-780.
- Heine, P. & Assion, H.J. (2005). Traditionelle Medizin in islamischen Kulturen. In J.H. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 29-46). Berlin: Springer Verlag.
- Kizilhan, J. (2008). Interaktion von Krankheitswahrnehmung und Krankheitsbewältigung bei türkischstämmigen Patienten – Eine vergleichende Studie. *Verhaltensmedizin & Verhaltenstherapie*, 29 (4), 352-366.
- Kizilhan, J. (2009). Interkulturelle Aspekte der somatoformen Schmerzstörung. *Psychotherapeut*, 52 (4), 381-388.
- Kizilhan, J. (2010). Migration, Identität und Gesundheit. *Familiendynamik*, 35 (1), 50-59.
- Kizilhan, J. & Beremejo, I. (2009). Migration, Kultur, Gesundheit. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 509-518). Göttingen: Hogrefe.
- Koch, E. (2003). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Rehabilitation und Migration. In Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesund-

- heit, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), *Gesunde Integration* (S. 43-53). Berlin: Verlag der Bundesregierung.
- Macheleidt, W. & Calliess, I.T. (2003). Psychiatriisch-psychotherapeutische Behandlung von Migranten und Transkulturelle Psychiatrie. In M. Berger (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 281-201). München: Urban & Fischer.
- Moro, R.S. & Sturm, G. (2006). Die Differenzierung der therapeutischen Räume in der Therapie von Migranten. In W. Macheleidt, R. Salman & I.T. Calliess (Hrsg.), *Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 141-149). Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Özbek, T. (2006). Autonomieentwicklung und Identität im transkulturellen Alltag. In E. Wohlfahrt & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie* (S. 96-109). Heidelberg: Springer.
- Schmeling-Kludas, C. (2003). Psychosoziale Belastungen und Krankheitserleben bei psychosomatisch erkrankten Migranten aus der Türkei. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 63, 315-321.



Prof. Dr. Jan Ilhan Kizilhan

Universität Freiburg
Institut für Psychologie, Abteilung für
Rehabilitation und Psychotherapie
PG Migration und Rehabilitation
Engelbergerstr. 41
79106 Freiburg
kizilhan@psychologie.uni-freiburg.de

„Internettherapie“ – Chancen und Gefahren – eine erste Annäherung

Jürgen Hardt, Matthias Ochs

Psychotherapeutenkammer Hessen

Zusammenfassung: Die Psychotherapeutenkammer Hessen hat sich schon mehrmals mit den Fragen der virtuellen und Internetbeziehungen (z. B. Hardt et al., 2009) und den Chancen und Risiken einer „Internettherapie“ unter berufs- und berufsordnungsrechtlichen sowie Qualitätssicherungsgesichtspunkten beschäftigt und eine Stellungnahme zu „Deprexis“ ausgearbeitet (LPPKJP Hessen, 2009; Langer, 2009). Die unterschiedlichen Fragen in Bezug auf „Internettherapie“ werden zudem unter einigen fachlichen Gesichtspunkten diskutiert.^{1, 2}

Unter „Internettherapie“³ wird bekanntlich sehr Verschiedenes verstanden. Das reicht von angeblich vollständigem Ersatz sogenannter „Sprechzimmer-Therapie“, bis zum Angebot „therapeutischer“ Selbsthilfe; von Überbrückungsangeboten bei Unterbrechungen in ambulanter Psychotherapie oder Nachsorge, von stationären oder zeitlich begrenzten ambulanten psychotherapeutischen Interventionen bis zu Angeboten therapeutischer Hilfe in isolierten Lebenssituationen, die es unmöglich machen, eine reguläre Psychotherapie aufzusuchen (z. B. Ott & Eichenberg, 2003; Bauer & Kordy, 2008; Moessner, Zimmer, Wolf & Bauer, 2008; Eichenberg, im Druck a). Einiges von dem kann selbstverständlich mehr oder weniger sinn- und wirkungsvolles „therapeutisches“ Angebot sein – hierzu liegt inzwischen eine Fülle von Evaluationsstudien vor (zudem existieren eine Reihe von Fachzeitschriften, die sich speziell diesem Themenbereich widmen, wie etwa „Cyberpsychology & Behavior“, „Computers in Human Behavior“ oder das „Journal of Medical Internet Research“).

Die „User“ von „Internettherapie“ sind deshalb äußerst unterschiedlich und es ist ungewiss, wie weit sie immer Patien-

ten im engeren Sinne sind. Nicht selten entsteht der Patientenstatus infolge einer Selbstbeurteilung; dabei ist klar, dass das Erstellen einer Diagnose und Indikation für Psychotherapie heilkundlich-fachliches Wissen, d. h. den Kontakt zu einer/einem Psychotherapeutin/Psychotherapeuten voraussetzt. Das Problem der Eingangsdagnostik von „Usern“ von Internettherapieangeboten (-programmen) ist in der einschlägigen Literatur ausführlich diskutiert und wird als ein entscheidendes Problem angesehen, ist bisher allerdings noch nicht klar gelöst worden (z. B. Clarke et al., 2005; Mackinnon, Griffiths & Christensen, 2008; Meyer et al., 2009).

Bekanntlich ist nach dem Psychotherapeutengesetz die Feststellung einer Diagnose, also auch der Behandlungsbedürftigkeit, die Aufgabe einer/eines Psychotherapeutin/Psychotherapeuten und an die Approbation gebunden. Die „Selbstdiagnose“ spielt allerdings auch bei den regulären Psychotherapien eine gewisse Rolle – allerdings weniger zur Feststellung des Behandlungsbedarfs, eher als Hinweis auf die Art und Weise, wie der Patient mit sich selbst umgeht; sie alleine kann also nicht ausschlaggebend für einen verantwortlichen Behandlungsbeginn sein.

Nach der Erstellung der Diagnose erfolgt lege artis die gemeinsame Erarbeitung eines Behandlungsplanes und die Etablierung einer Behandlungsbeziehung mit allen ihren Verpflichtungen, Chancen und Risiken. Wie weit das ohne direkten Kontakt erfolgen kann oder im eher unverbindlichen Medium des Netzes geschieht, ist ebenfalls fraglich und ungeklärt (z. B. Abbott, Klein & Ciechomski, 2008; Harbou & Kordy, 2009).

Oft ist auch unklar, um welche Art von Beziehung es sich bei den verschiedenen Formen von „Internettherapie“ genau handelt (z. B. Martin, 2010; Hoefert & Klotter,

1 Wir danken dem Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer Prof. Dr. Rainer Richter für die Anregung, diesen Text zu schreiben, Frau Yvonne Winter, Ausschuss Beschwerde und Schlichtung der LPPKJP Hessen, und Herrn Dr. Ulrich Müller, Mitglied des Vorstandes der LPPKJP Hessen und zuständig für den Ausschuss Qualitätssicherung, für hilfreiche Anregungen, sowie Dr. Thomas Baer, wissenschaftlicher Referent der BPTK, für Unterstützung bei der Literaturrecherche. Für die hilfreiche und kritische Durchsicht eines Textentwurfs danken wir insbesondere Herrn Prof. Dr. Jürgen Hoyer (Dresden). Für das Überlassen von Publikationen in Druck danken wir Frau Dr. Christiane Eichenberg (Köln).

2 Dieser Text beabsichtigt nicht, die gesamte Bandbreite der Diskussion zum Gegenstandsbereich abzubilden – es sollen hier lediglich einige uns relevant erscheinende Aspekte skizziert werden.

3 Es ist unklar, ob es berechtigt ist bei „Internettherapie“ von Heilkunde zu sprechen, deswegen wird der Titel in Anführungszeichen gesetzt (siehe Wollstadt, 2011).

2011).⁴ Dass es sich überhaupt um eine „Beziehung“ handeln soll⁵, mag einige Kolleginnen und Kollegen befremden, aber die neue Medienwelt hat neue Formen von Beziehungen eröffnet, die von Vielen als Erweiterung oder gar als Ersatz für eine reale Beziehungswelt genützt werden. So scheint es empirische Hinweise darauf zu geben, dass diejenigen, die online viel kommunizieren, dies auch offline, also im sog. „real life“ tun (Doering, 2010); dass es sich hier nur um Internetfreaks, die solche Internetbeziehungen nützen und die ansonsten sozial völlig isoliert seien, ist also eher ein Vorurteil. Diese indirekte und eingeschränkte Beziehung, ohne körperliche Präsenz, in der therapeutische Interventionen erfolgen, geschieht zwar in einem neuen Medium, sie ist aber an sich kein Novum. So gibt es schon lange den ausführlichen exklusiven Briefwechsel als kulturelles Medium therapeutischer Beeinflussung.⁶

Weil die Beziehungskultur und die Beziehungsformen sich geändert haben, ist es naheliegend, auch in den neuen Medien Psychotherapie als eine professionelle Beziehungsform zu probieren. Zugleich ist aber auch zu bedenken, ob diese „neuen Beziehungskulturen“ nicht auch neue Pathologien hervorbringen können (z. B. Hardt, Cramer-Düncher & Ochs, 2009; Becker, Hauch & Leiblein, 2009; Petry, 2009).

Zudem gibt es neben den Chancen innovativer Anwendungsbereiche tatsächlich auch schwerwiegende Gefahren zu bedenken. Eine Gefahr für den Patienten besteht darin, dass eine oft unzureichende Diagnostik zu ungeeigneten Behandlungen führen kann oder dass dort keine schnelle und entschiedene therapeutische Intervention (wie z. B. Klinikeinweisung) erfolgt, wo sie dringend erforderlich wäre. Darüber hinaus wird die Grenze zwischen zum Leben gehörenden Misslichkeiten, denen Mitgefühl gut tut, und einer wirklichen ernsthaften Erkrankung, die fachlicher Behandlung bedarf, labilisiert. Frühe Befunde zur „Internettherapie“ weisen darauf hin, dass die Unterschiede zwischen „nicht gut drauf sein“ und depressiven Erkrankungen in der „Selbstdiagnose“ oft verschwimmen. Damit entsteht ein Risiko, nicht nur für die Patienten, sondern auch

für die Psychotherapie als fachliche Disziplin. Die mühsam aufgerichtete Grenze zwischen bloßer zwischenmenschlicher Beratung (Wellnessbehandlung) und fachlicher Psychotherapie könnte durchlässiger werden.

Damit ist eine Gefahr für die gesetzlich geregelte psychotherapeutische Krankenbehandlung verbunden, denn es ist ein verlockender Gedanke für Kostenträger von psychotherapeutischen Behandlungen, dass psychotherapeutische Erkrankungen wie zum Leben gehörige Misslichkeiten verstanden und aus den Leistungskatalogen ausgeschlossen werden.

Eine weitere Schwierigkeit ist zu beachten: „Internettherapie“ als Ersatz für reguläre Psychotherapie ist lediglich für bestimmte Verfahren und Methoden der Psychotherapie denkbar. So scheint es für einen kognitiv-behavioralen Ansatz vorstellbar, Module mit Aufgabencharakter und Rückmeldungsschleifen zu konzipieren und Patienten im Internet „therapeutisch“ damit zu betreuen (für einen guten Überblick hierzu z. B. Wagner & Maercker, in diesem Heft; Kessler et al., 2009).⁷

Allerdings gibt es auch hier einen wesentlichen Unterschied, der unterschiedlich gewichtet werden muss. „Internettherapie“ – egal in welcher Form – ist immer mit einer sogenannten Kanalreduktion des Austauschs in der Beziehung verbunden (zu Theorien der computervermittelten Kommunikation vgl. Döring, 2003). Im Gegensatz zur Face-to-face-Situation, in der eine ständige mimische und gestische Kommunikation stattfindet – es sei denn dass sie durch ein methodisches Arrangement bewusst verhindert wird, wie in der Couchsituation – beschränkt sich der Internetkontakt auf mitgeteilte Sprache, die auf wesentliche Intonationsaspekte verzichtet. Er ist sogar ausschließlich auf das Verschriftete, aber mit seinem besonderen Charakter des Halt- und Haftbaren, reduziert.⁸ Der Austausch ist dadurch eher

flüsse und Effekte auf zweierlei Arten von Beziehung: die therapeutische Beziehung zwischen Professionellen und Betroffenen im Speziellen und zwischenmenschliche Beziehungen im Allgemeinen. Im Rahmen der therapeutischen Beziehung werde neben der Etablierung grundsätzlich neuer Kontaktformen durch medienvermittelte Kommunikation (z. B. E-Mail-Kontakt zwischen den regulären Sitzungen) auch das klassische Face-to-face-Setting beeinflusst (z. B. auch indirekt, durch die Möglichkeit des Patienten, während einer laufenden Psychotherapie parallel noch eine Online-Beratung bei einer dritten Person in Anspruch zu nehmen).

- 5 Tatsächlich gibt es aber empirische Hinweise dafür, dass auch im Internetkontext eine Art von therapeutischem Bündnis eingegangen werden kann (z. B. D'Arcy et al., 2006; Kraevelsrud & Maercker, 2006; Germain et al., 2010).
- 6 So hat z. B. der französische Philosoph René Descartes einen psychotherapeutischen Briefwechsel mit Elisabeth von Böhmen geführt, die ihn ihren „Docteur de l'âme“ nannte und die von dieser Psychotherapie offensichtlich profitierte. Es handelte sich um einen Vorläufer Kognitiver Verhaltenstherapie oder Rational Emotiver Therapie. Ob Descartes seine Patientin jemals leibhaftig getroffen hat, ist nicht zu klären (Bense, 1949; Hardt, 2010).
- 7 Eichenberg (im Druck b) ermittelte in einer Übersichtsarbeit, dass im Rahmen von „Internettherapie“ fast immer ausschließlich KVT/CBT zum Einsatz kommt. Von daher wäre u. E. zu diskutieren, ob es nicht ohnehin fachgerechter und wissenschaftlich exakter wäre, von modularisiert-kognitiven Verhaltensprogrammen per Internet zu sprechen und nicht von „Psychotherapie per Internet“. Denn bekanntlich umfasst in Deutschland Psychotherapie berufsrechtlich vier psychotherapeutischen Verfahren (psychodynamische, behaviorale, personzentrierte und systemische) und KVT/CBT stellt lediglich eine – wenn auch weit verbreitete – Subform behavioraler Verfahren dar.
- 8 Derrida hat auf den Unterschied und die Gemeinsamkeiten sprachlicher und verschrifteter Worte hingewiesen (Derrida, 1972). Beide sind nur im Sinnkontext zu verstehen und von daher interpretationsbedürftig. (Für Derrida ist allerdings der Unterschied gering, weil er sich auf gesprochene oder verschriftete Texte jenseits kommunikativer Situationen bezieht.) Ein solcher Sinnkontext ist etwa die psychotherapeutische Situation: Psychotherapeuten begegnen Mitmenschen in einer geteilten, wenn auch asymmetrischen Situation, in der sich eine zwischenmenschliche Beziehung entwickelt. Das darin gesprochene Wort steht immer in diesem Kontext. So gewinnt das gesprochene Wort eine größere Unmittelbarkeit, es transportiert den alltäglichen Sinn und zugleich eröffnet sich ein Subtext, das Mitgemeinte und nicht Mitgeteilte – sei es, weil es verdrängt ist oder bloß zu verstehen gegeben wird, ohne ausgesprochen zu werden. Die besondere Kunst des psychotherapeutischen Zuhörens ist gerade das Wahrnehmen des hinter der Alltagskommunikation verborgenen Textes unter

4 Eichenberg (im Druck a) weist darauf hin, dass Stetina und Kryspin-Exner (2009) den Aspekt der Beziehungsänderung durch die Nutzung neuer Medien betonen. Demnach habe, so Eichenberg (im Druck a), die Mediennutzung im klinischen Kontext Ein-

„überlegt“ (rational/sekundärprozesshaft) und lässt Emotionales nur nach weiterer Überlegung (sekundärer Bearbeitung) verschriftet zu. So wird das flüchtige, vertrauliche Wort verfestigt.

Damit stellt sich eine weitere Frage, die nach der sicheren Diskretion. Verschriftetes im Internet ist grundsätzlich nicht völlig sicher, vor Dritten nicht absolut geschützt, zumindest kann der Therapeut keinen absoluten Vertrauensschutz aus eigener Macht garantieren. Daraus ergibt sich ein Problem der Berufsordnung, denn fast alle Berufsordnungen verlangen einen absoluten Vertrauensschutz, der vom verantwortlichen Psychotherapeuten zu gewähren ist.

Die Verschriftung bietet allerdings einen Vorteil, der darin besteht, dass therapeutische Interventionen und der gesamte Verlauf replizierbar und kontrollierbar werden. Hier müssen Vor- und Nachteile sorgsam gegeneinander abgewogen werden. Die Gewichtung wird je nach theoretischem Standpunkt sehr unterschiedlich sein: während kognitiv-behaviorale Ansätze weniger Schwierigkeiten in der Verschriftung der Kommunikation sehen, sind damit für andere Ansätze unüberwindbare Hürden aufgestellt, was mit der unterschiedlichen Bewertung der unmittelbaren Beziehung zusammenhängt.

Psychodynamische, psychoanalytische und humanistische Ansätze sehen sehr viel größere Schwierigkeiten, wenn sie therapeutische Prozesse im Internet und ohne leibhaftige Präsenz verantworten sollten. Die absolute Vertraulichkeit und die Flüchtigkeit der diskreten Situation sind selbst therapeutische Agentien. Ihr Konzept von therapeutischer Beziehung ist komplexer und weit davon entfernt, nur ein Medium von Information (Aufklärungen, Rückmeldungen und Anleitungen) zu sein. Auch ist die Qualität einer therapeutischen Beziehung nicht ihre „Güte“ – im Sinne, dass man sich darin gut und verstanden fühlt – sondern ihre gegenseitige Belastbarkeit. Hier bildet die gemeinsame Situation, die gemeinsam verbrachte Zeit eher einen eigenständigen Bereich gemeinsamer Erfahrung (containing), in dem Störungen in Anwesenheit des anderen neu bearbeitet werden. Für eine solche Art von Psychotherapie ist „Internettherapie“ allenfalls zur Überbrückung

von Abwesenheiten denk- und verantwortbar, aber sie kann nie vollwertiger Ersatz für eine real life Psychotherapie sein.

Außerdem wissen wir aus der medienpsychologischen Forschung, dass Onlinekommunikation bzw. computerunterstützte Kommunikation Enthemmungsprozesse begünstigt, sowohl in positive wie in negative Richtung (Döring, 2010). So ist nicht verwunderlich, dass die eher auf kurzzeittherapeutische Prozesse ausgerichtete „Psychotherapie“ per Internet Idealisierungsprozesse des Therapeuten befeuern kann, die eine ganze Zeit aufrechterhalten werden können und dazu führen können, dass der Patient mit dem Psychotherapeuten „zufrieden“ ist und die therapeutische Beziehung entsprechend positiv evaluiert. Jeder erfahrene Psychotherapeut kann jedoch ohne Probleme über eine längere Zeit eine solche wellnessartige Feel-good-Beziehung mit dem Patienten aufrechterhalten.⁹ Eine solche nur gute Beziehung – ein Thema, das schon oft diskutiert worden ist¹⁰ – birgt die große Gefahr in sich, dass der Patient ein irreales, nur gutes, verständnisvolles und nettes Therapeutenphantom in seinen innerseelischen Objektehaushalt implementiert, das nicht unbedingt zur psychischen Robustheit und Heilung beiträgt. Die Qualität solcher therapeutischen Idealisierungsbeziehungen sollte aber nicht mit der Qualität von in Krisen entwickelten belastbaren, Ambiguität und Ambivalenzen einschließenden therapeutischen Beziehungen gleichgesetzt und verwechselt werden.

Als letztes Moment ist zu beachten, dass modularisierte „Internettherapie“ meist auf monosymptomatische Erkrankungen hin angelegt ist (Wagner & Maercker, in diesem Heft). Das bringt eine große Schwierigkeit mit sich, denn wir wissen aus epidemiologischen Erhebungen, dass die monosymptomatische psychische Erkrankungen eher die Ausnahme und die polysymptomatische Erkrankungen die Regel sind (z. B. Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008).

Folgende Fragen stellen sich:

- Wie geschieht die Diagnostik, wer stellt die Indikation und schließt Kontraindikationen aus?

- Welche Sicherheit gibt es in der Diagnosestellung?
- Handelt es sich bei dem Angebot einer „Internettherapie“ um eine Therapie im Sinne der Heilberufsgesetze und des Psychotherapeutengesetzes? Ist das Angebot mit den zuständigen Berufsordnungen vereinbar?
- Wer ist für den therapeutischen Verlauf verantwortlich und für Schäden haftbar?
- Welche explizierten und anerkannten Verfahren begründen das Internetangebot? Ist es mit dem fundierenden Verfahren kompatibel, wenn es sich um

Zuhilfenahme der gemeinsamen Erfahrung in einer auf Verstehen und Nichtverstehen angelegten Situation. Das macht die „Difference“ zwischen psychotherapeutischer und Alltagspraxis aus. Die Unvollständigkeit des Verstehens wird in der verschrifteten Kommunikation gesteigert, besonders, weil das verfestigte Wort eindeutig zu sein scheint.

9 Selbstverständlich würde dies kein Psychotherapeut ohne triftige fachlich-inhaltliche Gründe tun – er wäre aber dazu imstande, wenn es ihm ausschließlich darum ginge, dass der Patient ihn positiv evaluiert im Sinne davon, dass der Patient sich wohl mit dem Therapeuten fühlt.

10 Hier Literatur anzugeben, würde bedeuten, die gesamte neuere Entwicklung der psychoanalytischen Behandlungstechnik nachzuzeichnen. Die Bearbeitung negativer Gefühle (sogenannter negativer Übertragungen) in der therapeutischen Beziehung hat die Psychoanalyse immer schon beschäftigt und zu immer weiterer Entwicklung gezwungen: Sigmund Freud hat sich immer wieder mit der Übertragungsliebe und deren Chancen und Gefahren auseinandergesetzt. Er hat vor den kurzen Erfolgen der analytischen „Flitterwochen“ gewarnt und die Bearbeitung negativer Gefühlseinstellungen, die zwangsläufig aus der Versagung in der therapeutischen Beziehung erfolgen, hingewiesen. Sein kollegialer Patient S. Ferenczi hat Freud Vorhaltungen gemacht, dass er die negative Übertragung nicht bearbeitet habe, was Freud zu einer technischen Arbeit veranlasste, die heute zum Teil eher kritisch gesehen wird: „Die endliche und die unendliche Analyse“ (1937). Ferenczi hat diese Auseinandersetzung in seinem klinischen Tagebuch geführt, das erst lange nach seinem Tod publiziert worden ist (Ferenczi, 1985/1988). Die jüngere Entwicklung der psychoanalytischen Behandlungstechnik (in der sogenannten Postkleinian und Post-Ego-Psychologie) kreist um die „Handhabung“ der negativen Übertragung, deren Bearbeitung als Voraussetzung eines dauernden Behandlungserfolges gesehen wird. Aus diesem Kontext stammt die etwas spöttische Bezeichnung der „wellnessartigen Feel-good-Beziehung“.

eine Erweiterung handelt, wie ist sie abgeleitet?

- Welche Verantwortung übernehmen die User/Patienten, welche Verpflichtungen müssen/sollten ihnen auferlegt werden (Konsultation eines Arztes bei Auftreten somatischer oder psychotischer Symptomatiken!)?

Die Anbieter müssen die Grenzen zwischen Therapie, Beratung und Selbsthilfe beachten, weil es sich um unterschiedliche Rechtssphären handelt, in denen sie sich mit den verschiedenen Angeboten bewegen. Wenn diese Gefahren und Probleme fachkundig geklärt sind, dann sind die Chancen und Vorteile von computervermittelten, psychosozialen Unterstützungsangeboten verantwortlich zu nutzen.

Literatur

- Abbott, J., Klein, B. & Ciechomski, L. (2008). Best practices in online therapy. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 360-75.
- Bauer, S. & Kordy, H. (Hrsg.). (2008). *E-Mental Health*. Heidelberg: Springer.
- Becker, S., Hauch, M. & Leiblein, H. (2009). *Sex, Lügen und Internet: Sexualwissenschaftliche und psychotherapeutische Perspektiven*. Gießen: Psychosozial.
- Bense, M. (Hrsg.). (1949). *Descartes, René: Briefe 1629 – 1650*. Aus dem Franz. von Fritz Baumgart, mit Anmerkungen von Max Bense. Köln: Staufien.
- Clarke, G., Eubanks, D., Reid, E., Kelleher, C., O'Connor, E., DeBar, L.L., Lynch, F., Nunley, S. & Gullion, C. (2005). Overcoming Depression on the Internet (ODIN) (2): A Randomized Trial of a

Self-Help Depression Skills Program With Reminders. *Journal of Medical Internet Research*, 7 (2), 16.

Derrida, J. (1972). *Die Schrift und die Differenz*. Frankfurt: Suhrkamp.

Döring, N. (2003). *Sozialpsychologie des Internets. Die Bedeutung des Internets für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen*. Göttingen: Hogrefe.

Döring, N. (2010, November). „Sex, Liebe und Internet“ – Beziehungsgestaltung im Web 2.0. Vortrag auf der Fachtagung der Psychotherapeutenkammer Hessen „Im Netz der Neuen Medien“, 06.11.2010, Wiesbaden.

Eichenberg, C. (Im Druck a). Zur Rolle moderner Medien in der Psychotherapie: Stand und Perspektiven. *Psychotherapie im Dialog*, 12.

MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN

Rechtsanwältinnen
Rechtsanwälte · Notare

NUMERUS CLAUSUS PROBLEME?

Z.B. bis heute im Studienfach
Psychologie:
Erfolgsquote 100%
bei Studienplatzklagen
mit unserer Strategie!

außerdem: Sonderanträge
Zulassung zum Masterstudium
BAFÖG · Prüfungsrecht

Wir haben die
Erfahrung.

Geiststraße 2
D-48151 Münster
Tel. 0251/5 20 91-0
Fax 0251/5 20 91-52
duesing@meisterernst.de
www.meisterernst.de



Neurobiologie der Psychotherapie

Perspektiven und
systemtherapeutische Innovationen

1. - 3. Juli 2011

Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Salzburg, Österreich

HAUPTVORTRÄGE

Wolfgang Aichhorn, Ludwig Aigner,
Niels Birbaumer, Simon Eickhoff, Herta Flor,
Thomas Fuchs, Hermann Haken, Christiane Heim,
Thilo Kircher, Klaus Mathiak, Anne Schienle,
Günter Schiepek, Gunther Schmidt,
Christian Schubert, Gert Scobel, Wolf Singer,
Guido Strunk, Peter A. Tass, Dieter Vaitl,
Kai Vogele, Hans Westmeyer

UNIVERSITÄT
SALZBURG

neurobiologiederpsychotherapie.com

- Eichenberg, C. (im Druck b). Psychotherapie und Internet – eine Übersicht. *Psychotherapeut*.
- Ferenczi, S. (1988). *Ohne Sympathie keine Heilung*. Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1937). *Die endliche und die unendliche Analyse*. Gesammelte Werke Bd. XVI, S. 59-99. Frankfurt: Fischer.
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S. & Drouin, M. (2009). Assessment of the Therapeutic Alliance in Face-to-Face or Videoconference Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 13*, 29-35.
- Gouzoulis-Mayfrank, E., Schweiger, U. & Sipos, V. (2008). Komorbide Störungen. In S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 657-677). München: Elsevier.
- Hardt, J. (2010). *Psychotherapie im Kontext – Tradition und Aufgabe*. Vortrag auf der Fachtagung der Psychotherapeutenkammer Bremen anlässlich des 10-jährigen Bestehens der Kammer „Psychotherapie in Zeiten des Wandels – Zwischen Erwartungen und Möglichkeiten“. Verfügbar unter: <http://www.ptk-hessen.de/neptun/neptun.php/oktopus/download/720> [26.01.2011].
- Hardt, J., Cramer-Düncher, U. & Ochs, M. (Hrsg.). (2009). *Verloren in virtuellen Welten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hoefert, H.W. & Klotter, C. (Hrsg.). (2011). *Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S., Sharp, D., Araya, R., Hollinghurst, S. & Peters, T. (2009). Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *The Lancet, 374*, 628-634.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online therapy for traumatized patients? *Journal of Medical Internet Research, 8*, 31.
- Langer, C. (2009, 8. September). Hilfe per Computer. Online-Therapie gegen Depressionen. Frankfurter Allgemeine Zeitung. Verfügbar unter: <http://www.faz.net/s/Rub5785324EF-29440359B02AF69CB1BB8CC/Doc~E37D74F33B20D403B8B37CEE2DF2FC9A1~ATpl~Ecommon~Scontent.html> [26.01.2011].
- LPPKJP Hessen. (2009). *Stellungnahme zu „Deprexis“*. Verfügbar unter www.ptk-hessen.de/neptun/neptun.php/oktopus/download/557 [26.01.2011].
- Mackinnon, A., Griffiths, K.M. & Christensen, H. (2008). Comparative randomised trial of online cognitive-behavioural therapy and an information website for depression: 12-month outcomes. *The British Journal of Psychiatry, 192*, 130-134.
- Martin, R. (2010). Psychodynamische Aspekte der virtuellen Beziehung. Ist Psychotherapie per Internet möglich? *Psychosozial, 122*.
- Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C. G., Andersson, G. & Weiss, M. (2009). Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 11*, 15.
- Moessner, M., Zimmer, B., Wolf, M. & Bauer, S. (2008). Neue Medien für die gesundheitliche Versorgung. *Psychotherapeut, 53*, 277-283.
- Ott, R. & Eichenberg, C. (Hrsg.). (2003). *Klinische Psychologie und Internet. Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Petry, J. (2009). *Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet-Gebrauch*. Göttingen: Hogrefe.
- Reynolds, D. J., Stiles, W. B. & Grohol, J. M. (2006). An investigation of session impact and alliance in internet based psychotherapy: Preliminary results. *Counselling and Psychotherapy Research, 6*, 164-168.
- Stetina, B.U. & Kryspin-Exner, I. (2009). Gesundheitsrelevante Aspekte neuer Medien. In B.U. Stetina & I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Gesundheit und Neue Medien* (S. 1-36). Berlin: Springer.
- von Harbou, K. & Kordy, H. (2009). Psychiatrische Sprechstunde im Internet. *Psychiatrische Praxis, 36*, 308-310.
- Wagner, B. & Maercker, A. (2011). Psychotherapie im Internet – Wirksamkeit und Anwendungsbereiche. *Psychotherapeutenjournal, 10* (1), 33-42.
- Wollstadt, J. (2011). *Von Heilkunde weit entfernt*. Verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/80220> [26.01.2011].



Jürgen Hardt

Präsident der Psychotherapeutenkammer Hessen
Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
JHardt@ptk-hessen.de



Dr. Matthias Ochs

Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Psychotherapeutenkammer Hessen
Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
MOchs@ptk-hessen.de

Psychotherapie im Internet – Wirksamkeit und Anwendungsbereiche

Birgit Wagner¹, Andreas Maercker²

¹Universitätsklinik Leipzig, ²Universität Zürich

Zusammenfassung: Die internetbasierte Psychotherapie bietet neue Perspektiven in der Psychotherapie und der therapeutischen Kommunikation. Der Artikel beschäftigt sich vor allem mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen. Derzeitige Forschungsergebnisse belegen dafür eine gute Wirksamkeit, die vergleichbare Behandlungseffekte wie normale ambulante Psychotherapien aufweisen. Inzwischen wurden zahlreiche neue Anwendungsbereiche für spezielle Patientengruppen entwickelt, wie zum Beispiel die Internettherapie für Traumapatienten oder Internetbrücken in der poststationären Nachversorgung. Ferner bietet die Internettherapie neue Möglichkeiten im humanitären Einsatz in Konfliktregionen. Implikationen für die therapeutische Beziehung und Vor- und Nachteile der Onlinetherapie werden diskutiert.

Einleitung

Mit dem fortschreitenden Einzug des Internets in unseren Alltag erobert sich das Internet durch seine weite Verbreitung auch neue Anwendungsbereiche im Gesundheitswesen. Während noch vor einigen Jahren die Vorstellung, dass der Patienten-Therapeuten-Kontakt ausschließlich über das Internet stattfindet, große Kritik und Zweifel hervorrief, überzeugen heute immer mehr evidenzbasierte Studien, die in diesem Bereich durchgeführt wurden. Die Ergebnisse belegen, dass die Internettherapie gute bis sehr gute Behandlungseffekte aufzeigt, die vergleichbar sind mit der traditionellen Face-to-face-Therapie. Das Ergebnis überrascht, denn es wurde gerade der therapeutischen Beziehung eine wichtige Rolle im Bezug auf Symptomverbesserung in der Psychotherapie zugeschrieben. Die Vielfalt der Angebote von psychologischen Interventionen im Internet ist inzwischen groß und umfasst sowohl Beratungsofferten, Einzel- und Gruppenchats, Internetbrücken zur Nachversorgung, Selbsthilfeprogramme als

auch die sogenannte Internettherapie, bei der Therapeut und Patient textbasiert und zeitversetzt miteinander kommunizieren. Die Internettherapie unterscheidet sich dadurch maßgeblich von internetgestützten Präventionsprogrammen, virtuellen Beratungseinrichtungen (z. B. Telefonseelsorge) oder von der Psychoedukation durch Informationswebseiten. Während im deutschen Sprachraum internetgestützte Therapieangebote bisher aus rechtlichen Gründen (Almer & Warntjen, 2009) fast ausschließlich in Form von Studien oder Modellprojekten durchgeführt werden, ist die internetbasierte Psychotherapie in einigen europäischen Nachbarländern bereits in der Gesundheitsversorgung angekommen und wird von den dortigen Krankenkassen getragen.

Wirksamkeit von internetbasierten Therapien

Obwohl der Forschungsbereich noch relativ jung ist, wurde der Bereich der internetbasierten Interventionen in den vergan-

genen Jahren intensiv auf ihre Wirksamkeit hin untersucht. Zahlreiche Metaanalysen zu den verschiedensten Störungsbildern und Angebotsformen wurden publiziert (Andersson & Cuijpers, 2009; Barak, Hen & Boniel-Nissim, 2008; Cuijpers et al., 2009; Spek et al., 2007). Die weite Verbreitung des Internets, die gute Erreichbarkeit und das niedrighschwellige psychotherapeutische Behandlungsangebot förderte die zahlreiche Durchführung dieser Studien. Der große Zuspruch, den diese Studien von Seiten der Patienten erfahren, spiegelt aber auch eine hohe Bereitschaft der Patienten wider, diese neue Therapieform zu nutzen. In der bisher umfangreichsten Metaanalyse über die Wirksamkeit von internetbasierter Psychotherapie in der insgesamt 92 Studien eingeschlossen wurden, konnte gezeigt werden, dass der mittlere Behandlungseffekt bei 0.53 liegt, gemittelt über alle Störungsbilder und Interventionsformen (Barak et al., 2008). Dies ist vergleichbar mit einer herkömmlichen ambulanten Therapie. Ferner wurden auch einzelne Wirkfaktoren, wie beispielsweise die Therapieform untersucht. Hier erzielte die Kognitive Verhaltenstherapie den größten Behandlungseffekt, verglichen mit Psychoedukation oder der reinen Verhaltenstherapie. Insbesondere für Angststörungen (z. B. soziale Phobie, Panikstörung, Posttraumatische Belastungsstörung) zeigten die bisher durchgeführten randomisierten Kontrollgruppenstudien konstante empirische Evidenz (Andersson & Cuijpers, 2009; Cuijpers et al., 2009; Spek et al., 2007). Am wenigsten profitierten die Patienten von Interventionen zur Gewichtsreduktion oder von Behandlungen von somatischer

Symptomatik (Cuijpers, van Straten & Andersson, 2008). Eine weitere wichtige Fragestellung betrifft die Langzeiteffekte der Internettherapie. Eine Evaluation der Langzeitverläufe der Metaanalyse von Barak et al. (2008) weist darauf hin, dass die Verbesserungseffekte nach der Postmessung aufrechterhalten werden konnten. Ähnliche Ergebnisse konnten 1,5-Jahres Follow-up-Untersuchungen der internetbasierten Therapie für die posttraumatische Belastungsstörung (Knaevelsrud & Maercker, 2010) und die komplizierte Trauer (Wagner & Maercker, 2007) gefunden werden. Die untersuchten Therapien basierten fast alle auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Das heißt, das manualbasierte Arbeiten mit dem Patienten scheint sich besonders gut ins Internet übertragen zu lassen.

Während man bei den Angststörungen fast ausschließlich gute bis hohe Behandlungseffekte in randomisierten Kontrollgruppenstudien erzielte (Berger & Andersson, 2009), zeigen die Ergebnisse für die Depressionstherapie über das Internet gemischte Resultate im Bezug auf ihre Wirksamkeit. Eine Reihe von internetbasierten Interventionen und Selbsthilfeprogrammen für Depression wurden in den letzten Jahren entwickelt und in randomisierten Kontrollstudien evaluiert. In einer Metaanalyse, die internetbasierte Interventionen für Depression und Angst auswertete ($n=12$) wurde ein Behandlungseffekt von $d=0.40$ gefunden (Spek et al., 2007). Interventionen, die einen direkten therapeutischen Kontakt hatten, wiesen einen signifikant größeren Behandlungseffekt ($d=1.0$) auf, als diejenigen, die keinen Kontakt hatten ($d=0.27$). Eine neuere Metaanalyse von Andersson und Cuijpers (2009) in welcher zwölf Depressionsstudien zu internetbasierten Therapien eingeschlossen wurden, bestätigt diese Ergebnisse. Insbesondere bei der Behandlung der Depression über das Internet ist das Ausmaß des therapeutischen Kontaktes ein wichtiger Einflussfaktor. Reine Selbsthilfeprogramme, die keine therapeutische Unterstützung anboten, waren zwar sehr kostengünstig, hatten aber so gut wie keine Wirksamkeit und eine hohe Ausfallquote. Kaltenthaler, Parry, Beverley und Ferriter (2008) evaluierten ausschließlich

kognitiv-verhaltenstherapeutische computergestützte Selbsthilfeprogramme für Depression vor allem im Hinblick auf deren Drop-out-Raten. Die Ergebnisse zeigen, dass die interaktiven Depressionstherapie-Webseiten zwar schwache bis mittlere Behandlungseffekte haben, allerdings eine sehr hohe Drop-out-Rate (25%-41%) aufweisen. Insbesondere die reinen computergestützten Selbsthilfeprogramme ohne therapeutischen Kontakt (z. B. ODIN, *Overcoming depression in the Internet*) zeigten hohe Abbruchraten (41%) bei den Teilnehmern (ODIN; Clarke et al., 2005; Clarke et al., 2002).

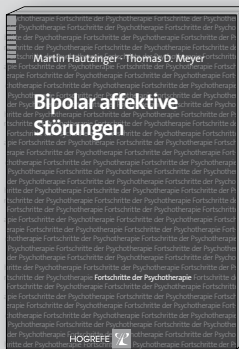
Vergleich Internettherapie versus ambulante Therapie

Bisher wurden nur wenige Studien durchgeführt, die eine internetbasierte Therapie mit einer ambulanten Therapie direkt vergleichen. Einige wenige Studien haben die internetbasierte Therapie mit *Treatment as usual* (TAU) verglichen. Die Behandlungseffekte zeigten keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf die Symptomreduzierung (Barak et al., 2008). In einer Studie zu Panikstörungen wurden die Patienten entweder der Onlinetherapie oder der ambulanten Therapie zugeordnet (Carlbring et al., 2005). Es wurden allerdings auch hier keine Unterschiede in der Symptomreduzierung der beiden Behandlungsangebote gefunden. Ebenso keine Unterschiede wurden für die Behandlung von Tinnitus (Kaldo et al., 2008) im Vergleich zu einer Gruppentherapie gefunden. Wenig ist bisher darüber bekannt, inwieweit sich beide Behandlungsformen unterscheiden, wenn beide Gruppen die gleichen Therapieinhalte im Einzelsetting erhalten. In einer vor kurzem abgeschlossenen noch unveröffentlichten Studie an der Universität Zürich wurden die Patienten zufällig einer 8-wöchigen ambulanten oder der internetgestützten Therapie zugeordnet (Wagner & Maercker, 2010). Beide Therapiegruppen erhielten die gleichen kognitiven verhaltenstherapeutischen Module im gleichen zeitlichen Rahmen. Sowohl in der Onlinegruppe als auch in der ambulanten Therapiegruppe wurden klinisch signifikante Symptom-

reduzierungen nach Beendigung der Behandlung gemessen. Auch bei dieser Studie wurde kein Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf die Wirksamkeit der Behandlungsformen festgestellt. Interessanterweise wurden auch keine signifikanten Unterschiede bei den Therapiefaktoren, wie beispielsweise die therapeutische Beziehung und Vertrauen zum Therapeuten gefunden. Das bedeutet, dass die Patienten die therapeutische Beziehung im Onlinesetting ebenso positiv einschätzten, wie in der ambulanten Therapie, obwohl ausschließlich ein schriftlicher Kontakt stattfand. Diese ersten Studien, die einen direkten Vergleich zwischen der herkömmlichen ambulanten Psychotherapie und der internetgestützten Therapie untersuchten, lassen vermuten, dass die therapeutische Darbietungsform (online vs. ambulant) keinen Einfluss auf die Symptomreduzierung und auf therapeutische Wirkfaktoren hat. Beide kognitiven verhaltenstherapeutischen Angebote scheinen im gleichen Ausmaß zu wirken.

Wirkfaktoren einer internetbasierten Psychotherapie

Die meisten der bisher existierenden Internettherapien sind störungsspezifische Therapieangebote und zeichnen sich durch eine vorwiegend textbasierte Kommunikation und strukturierte Manualisierung aus. Beispielsweise können durch die störungsspezifischen Onlinetherapien nicht zwei Störungsbilder gleichzeitig behandelt werden. Ein individuelles Vorgehen ist nur sehr bedingt möglich. Leidet beispielsweise ein Patient an einer Sozialphobie und einer Depression, kann die Symptomatik der sozialen Ängste in der Depressionstherapie nicht berücksichtigt werden. Aus diesem Grund ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine wirksame Anwendung der Internettherapie eine umfangreiche Diagnostik möglicher Patienten, um das störungsspezifische Manual entsprechend anwenden zu können. Derzeit werden insbesondere in Schweden Modultherapien untersucht, die es Patienten mit komorbiden Störungsbildern ermöglichen soll, dennoch internetbasierte Therapien zu nutzen (Andersson,



Martin Hautzinger
Thomas D. Meyer

Bipolar affektive Störungen

(Reihe: »Fortschritte der Psychotherapie«, Band 43)
2011, VI / 86 Seiten,
€ 19,95 / sFr. 29,90
(Im Reihenabonnement
€ 15,95 / sFr. 23,80)
ISBN 978-3-8017-2146-6



Andreas Mühlberger
Martin J. Herrmann

Strategien für entspanntes Fliegen

Ein Selbsthilfeprogramm zur Bewältigung von Flugangst

2011, 100 Seiten, Kleinformat,
€ 16,95 / sFr. 24,90
ISBN 978-3-8017-2327-9

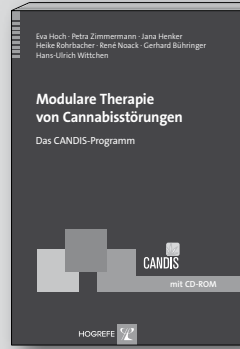


Steffen Fliegel · Andreas Veith

Was jeder Mann über Sexualität und sexuelle Probleme wissen will

Ein Ratgeber für Männer und ihre Partnerinnen

(Ratgeber zur Reihe »Fortschritte der Psychotherapie«, Band 22)
2010, 89 Seiten, Kleinformat,
€ 12,95 / sFr. 19,40
ISBN 978-3-8017-2148-0



Eva Hoch · Petra Zimmermann
Jana Henker · Heike Rohrbacher
René Noack · Gerhard Bühringer
Hans-Ulrich Wittchen

Modulare Therapie von Cannabisstörungen

Das CANDIS-Programm

(Reihe: »Therapeutische Praxis«)
2011, 150 Seiten, Großformat,
inkl. CD-ROM, € 39,95 / sFr. 59,-
ISBN 978-3-8017-2197-8



Anja Görtz-Dorten
Manfred Döpfner

Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV)

(Reihe: »Therapeutische Praxis«)
2010, 182 Seiten, Großformat,
inkl. CD-ROM, € 59,95 / sFr. 89,-
ISBN 978-3-8017-2084-1

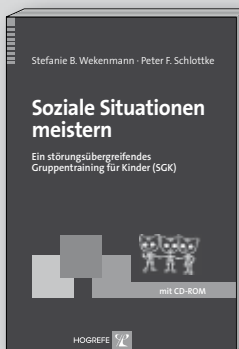


Rainer Sachse · Meike Sachse
Jana Fasbender

Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen

Grundlagen und Konzepte

(Reihe: »Praxis der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen«, Band 1), 2011, 162 Seiten,
€ 26,95 / sFr. 39,90
ISBN 978-3-8017-2350-7



Stefanie B. Wekenmann
Peter F. Schlottke

Soziale Situationen meistern

Ein störungsübergreifendes Gruppentraining für Kinder (SGK)

(Reihe »Therapeutische Praxis«)
2011, 107 Seiten, Großformat,
inkl. CD-ROM, € 39,95 / sFr. 59,-
ISBN 978-3-8017-2298-2



Eckhard Roediger
Gitta Jacob (Hrsg.)

Fortschritte der Schematherapie

Konzepte und Anwendungen

2011, 319 Seiten,
€ 34,95 / sFr. 52,-
ISBN 978-3-8017-2233-3

HOGREFE



Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Rohnsweg 25 · 37085 Göttingen · Tel: (0551) 49609-0 · Fax: -88
E-Mail: verlag@hogrefe.de · Internet: www.hogrefe.de

Carlbring, Berger, Almlöv & Cuijpers, 2009). Ein weiterer wichtiger Punkt die Diagnostik betreffend, ist die strenge Berücksichtigung von Ausschlusskriterien. Als wichtiges Ausschlusskriterium für die internetbasierte Psychotherapie zählt neben psychotischem und dissoziativem Erleben erhöhte Suizidalität, schwere Depression sowie Alkohol- und Drogenabusus. Die meisten der bisherigen Studien, welche internetbasierte Therapien evaluierten, führten die Diagnostik ebenfalls in einem Onlinesetting durch. Das heißt, typischerweise gab es keine Möglichkeit der Fremdbeurteilung des Patienten. Anstelle dessen wurden computergestützte störungsspezifische Selbsterhebungsfragebogen genutzt, die sich im Vergleich zur Papier- und Bleistift-Version als ebenso valide erwiesen haben. Inzwischen zeichnet sich allerdings in neueren Studien ein Trend ab, dass anstelle der internetbasierten Diagnostik auch klinisch-diagnostische Interviews eingesetzt werden, die sowohl im persönlichen Kontakt als auch telefonisch oder per Skype durchgeführt werden. In der klinischen Praxis wäre ein solches Vorgehen ebenfalls empfehlenswert, um eine erhöhte Validität der klinischen Diagnostik zu erzielen. Hierbei wären ein bis zwei persönliche therapeutische, diagnostische Sitzungen anzuraten.

Ein weiterer wichtiger Wirkfaktor der internetbasierten Interventionen ist das Ausmaß des therapeutischen Kontaktes. Interventionen, bei denen Therapeut und Patient persönlich miteinander kommunizieren, zeigten die größten Behandlungseffekte auf, deutlich mehr als beispielsweise computergestützte Selbsthilfeprogramme, die häufig mit geringer oder keiner therapeutischen Unterstützung angeboten werden. Palmqvist, Carlbring und Andersson (2007) fanden einen direkten Zusammenhang zwischen der aufgewendeten therapeutischen Zeit in Minuten und der Wirksamkeit der Behandlung. Das heißt, der Therapeut ist trotz des technischen Fortschritts nicht zu ersetzen und je mehr therapeutische Zeit und individualisierte Rückmeldung in die internetgestützten Behandlungen eingebracht wurde, desto besser waren die Behandlungseffekte und desto weniger Therapieabbrüche fanden statt (Andersson, 2009). Immer wieder stellt sich die Frage, welche Nutzergruppen

am ehesten für die internetbasierte Therapie geeignet sind. Die Vermutung, dass die Nutzer von Internettherapien einer sehr spezifischen Patientengruppe angehören, nämlich eher jüngere, gebildete oder männliche Patienten mit einer Affinität zu Computern, konnte nicht bestätigt werden. Alle bisherigen Studien zur internetbasierten Psychotherapie „Interapy“, die im deutschsprachigen Raum durchgeführt wurden (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Wagner, Knaevelsrud & Maercker, 2006; Wagner & Maercker, 2009), zeigen einen sehr hohen Anteil an weiblichen Studienteilnehmerinnen (90-92%). Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 40 Jahren in diesen Studien. Diese Befunde konnten auch in internationalen Studien bestätigt werden (Andersson et al., 2009).

Interapy: ein Behandlungskonzept aus den Niederlanden

Interapy heißt die von der Arbeitsgruppe von Prof. Alfred Lange von der Universität von Amsterdam entwickelte, wohl bekannteste Onlinetherapie (www.interapy.nl). Das Behandlungsangebot von Interapy umfasst inzwischen alle wichtigen Störungsbilder (Posttraumatische Belastungsstörung, sexueller Missbrauch bei Adoleszenten, Essstörungen, Panikstörung, Burnout und Depression). Alle Behandlungsprotokolle beruhen auf im Face-to-face-Setting evaluierten Therapiemanualen, die sich wissenschaftlich als wirksam erwiesen haben. Das Behandlungsprotokoll wurde im Anschluss entsprechend der spezifischen Anwendbarkeit des Internets angepasst. Neben dem Vorteil der geografischen Unabhängigkeit, das heißt, auch für Patienten, die in ländlicheren Gegenden leben und keinen Zugang zu einer psychotherapeutischen Versorgung haben, spielt natürlich auch die Kosten-Nutzen-Rechnung für die niederländischen Krankenversicherer eine zunehmend große Rolle. Die Kosten für die internetbasierte Therapie liegen bisweilen nur bei einem Drittel dessen, was für eine ambulante Psychotherapie bezahlt werden muss, und das mit einem vergleichbaren Erfolg, wie inzwischen die zahlreichen Wirksamkeitsstudien belegen. Interapy beruht auf einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapiean-

satz und ist eine zeitlich begrenzte (je nach Störung zwischen 5-12 Wochen) störungsspezifische Psychotherapie. Entgegen der weitläufigen Annahme ist es wichtig noch einmal herauszuheben, dass Interapy keine E-Mailtherapie ist. Die Behandlung findet vollständig im Rahmen einer stark strukturierten Webseite statt. Die Webseite besteht aus einem Patientenbereich, der nur für den Patienten aufrufbar und passwortgeschützt ist und einem Therapeutenbereich, der neben den Behandlungsaspekten auch noch Möglichkeiten zur Supervision und weitere administrative Aspekte beinhaltet. Der Patientenbereich enthält beispielsweise Informationen, Übungen, Hausaufgaben und die individuelle Rückantwort des Therapeuten, die in das Behandlungsmanual eingebettet ist. Die Schreibaufgaben werden auf der Webseite im geschützten Bereich von den Patienten durchgeführt. Telefon- oder E-Mailkontakt beschränkt sich auf Not-situationen, wie beispielsweise technische Störungen, Krisenintervention, oder Suizidalität. Die Kognitive Verhaltenstherapie besteht aus mehreren festgelegten Behandlungsschritten. Zu Beginn der Behandlung steht eine ausführliche Onlinediagnostik und Information über das Störungsbild.

Interapy-Behandlung für Posttraumatische Belastungsstörung und komplizierte Trauer

Grundlage der Entwicklung von Interapy waren die Untersuchungen von James Pennebaker aus den 80er-Jahren. Hier konnte aufgezeigt werden, dass diejenigen Studienteilnehmer, die mit Hilfe von strukturierten Schreibaufgaben mehrfach über traumatische Erlebnisse geschrieben hatten, nach der Schreibintervention deutlich niedrigere Traumasymptome aufwiesen, als die Teilnehmer der Kontrollgruppe. In einer ersten Internetstudie zur Behandlung von Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) konnte eine ebenso positive Wirkung nachgewiesen werden (Lange, van de Ven, Schrieken & Emmelkamp, 2001). Inzwischen wurden insgesamt drei randomisierte Kontrollgruppenstudien für PTBS in niederländischer und deutscher Sprache durchgeführt und die Therapie zeigte ho-

he Behandlungseffekte auf (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Lange et al., 2003; Lange et al., 2001). In allen bisher durchgeführten internetbasierten Therapiestudien zur PTBS hatten fast ein Drittel der Teilnehmerinnen sexuellen Missbrauch oder Vergewaltigung erfahren (Knaevelsrud & Maercker, 2007). Der Nutzen von neuen Medien kann insbesondere für Frauen eine neue Behandlungsoption darstellen, die sich entweder aus Gefühlen der Scham und Stigmatisierung nicht zu einer ambulanten Psychotherapie trauen oder für die es keine Behandlungsmöglichkeit gibt aufgrund von langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz.

Aufgrund dieser ermutigenden Befunde wurde im Anschluss an die PTBS-Studien ein Therapiemanual (Wagner et al., 2006; Wagner & Maercker, 2007) und ein Präventionsprogramm für komplizierte Trauer über das Internet entwickelt (Wagner & Maercker, 2008), welches ebenfalls eine deutliche Reduzierung der komplizierten Trauersymptomatik bewirkte.

Die Therapie selbst besteht aus Psychoedukation und einem strukturierten Behandlungsmanual, welches ein individualisiertes Feedback des Therapeuten berücksichtigt. Jeder Behandlungsphase geht eine ausführliche Psychoedukation voraus, die den Patienten erklärt, aus welchem Grund bestimmte Aufgaben gestellt werden, welchen Sinn einzelne Übungen haben und was bestimmte Symptome oder Reaktionen bedeuten. Die Behandlung für PTBS hat eine Behandlungszeit von fünf Wochen, in denen der Patient zweimal pro Woche zu festen Zeiten seine Schreibzeiten hat, wobei auch die Therapeuten angehalten sind, dem Patienten nach spätestens einem Werktag zu antworten. Der Patient schreibt insgesamt zehn Texte. Die Behandlung der PTBS erfolgt in insgesamt drei Therapiephasen. Am Anfang jeder Phase bestimmen die Patienten an welchen Tagen und zu welcher Uhrzeit sie die Essays schreiben werden.

Im Folgenden werden die drei Behandlungsphasen und ihr Inhalt kurz vorgestellt.

1. Phase: Selbstkonfrontation

In dieser Phase, die insgesamt vier Essays umfasst, steht die Selbstkonfrontation

mit den schmerzhaftesten Erinnerungen, Gedanken und Gefühlen bezüglich des traumatischen Ereignisses im Mittelpunkt. Der Patient wird gebeten, die schmerzhaftesten Momente und Augenblicke zu schildern. Die Texte sollten im Präsens und in der ersten Person, ohne Rücksicht auf Grammatik und chronologische Reihenfolge geschrieben werden.

2. Phase: Kognitive Umstrukturierung

In der zweiten Phase wird der Inhalt der vier Schreibaufgaben auf eine kognitive Umstrukturierung gerichtet. In dieser Phase schreiben die Patienten ihre Erfahrungen ein weiteres Mal auf, dieses Mal jedoch in Form eines unterstützenden Briefes an eine/n fiktive/n Freundin/Freund, der/dem genau das Gleiche widerfahren ist wie dem Patienten. Durch diesen Perspektivenwechsel werden die Teilnehmer in die Lage versetzt, ihre eigenen automatisierten Gedanken in Frage zu stellen. Der Patient erhält nach dem sechsten Text eine Rückmeldung und eine neue Schreibanleitung.

3. Phase: Social Sharing

In der abschließenden Phase steht das „social sharing“ (andere teilhaben lassen) im Vordergrund. Das heißt, in den letzten beiden Schreibaufgaben verfassen die Teilnehmer einen Brief, in dem sie von ihrer traumatischen Erfahrung Abschied nehmen und damit Abstand gewinnen. Diesen Brief richten sie an eine nahestehende Person, an jemanden, der im Zusammenhang mit der traumatischen Erfahrung steht oder an sich selbst. Hierbei geht es nicht um die tatsächliche Versendung des Briefes, sondern um den symbolischen und rituellen Charakter. Im Gegensatz zu den ersten beiden Phasen, in denen die Patienten ermutigt werden, frei heraus zu schreiben, achten die Therapeuten in dieser letzten Phase auch auf Stil, Rechtschreibung und Grammatik, um die Wichtigkeit dieses Briefes zu unterstreichen.

Im Folgenden sollen zwei Anwendungsbereiche vorgestellt werden, die basierend auf dem Interapy-Ansatz durchgeführt werden.



Systemtherapie für Verhaltenstherapeuten – 3x3 Tage

Seminar 1: Der systemische Ansatz
Seminar 2: Systemische Interventionen
Seminar 3: Systemische Ansätze in der
VT-Praxis / Paartherapie

*Fortbildungspunkte: Anerkannt durch LPK
Bei späterer Systemtherapieausbildung
anrechenbar*

Kosten: € 972,- (zzgl. Unterkunft u. Verpflegung)

Karlsruhe /Ludwigshafen

17.–19.10.11, 01.–03.02.12, 16.–18.04.12

Leitung: Dr. Hans Lieb, Dr. Hagen Böser

IF Weinheim

**Institut für systemische Ausbildung
& Entwicklung**

Freiburger Straße 46 · 69469 Weinheim

Anmeldung und weitere Angebote:

Telefon: 06201 65952

www.if-weinheim.de

igw

**Institut für Integrative
Gestalttherapie**
Anerkannter
Fortbildungsveranstalter

Weiterbildung in Gestalttherapie

- Klinische Gestaltpsychotherapie (4 Jahre)
- Schwerpunkt Beratung (3-4 Jahre)

Fortbildung in Gestalttherapie (2 Jahre)

Anerkannt bei der Bayerischen
Psychotherapeutenkammer

Informations- und Auswahlseminare 2011

München 08.07.-09.07.2011

Würzburg 08.04.-09.04.2011

Freiburg 08.07.-09.07.2011

Zürich 06.05.-07.05.2011

Kompaktraining in Integrativer Gestalttherapie

vom 31.07. bis 12.08.2011 in St. Arbogast,
Götzis b. Bregenz, Österreich

Systemisches GestaltCoaching

12-tägige Fortbildung
Beginn: April 2011 in Würzburg

Gestalt-, Kinder- und Jugendlichentherapie

16-tägige Fortbildung
Beginn: Mai 2011, Raum Frankfurt

Anmeldungen und ausführliches
Informationsmaterial erhalten Sie
von IGW Würzburg, Theaterstraße 4,
D-97070 Würzburg

Tel.: 0049 – (0) 931/35 44 50,

Fax: 0049 – (0) 931/35 44 544

E-Mail: info@igw-gestalttherapie.de

Internet: www.igw-gestalttherapie.de

Onlineintervention nach dem Verlust eines Kindes in der Schwangerschaft

Ein Beispiel für eine therapeutisch unterversorgte Patientengruppe für die es nur unzureichende spezielle Therapieangebote gibt, sind Eltern nach dem pränatalen Verlust ihres Kindes. Häufig hindert die geographische Entfernung vom Wohnort zu einer Spezialeinrichtung oder Klinik an der Inanspruchnahme von Therapieangeboten. Aber auch familiäre Verpflichtungen sind hinderlich, da viele Mütter, die einen pränatalen Verlust erlebt haben, bereits Kinder haben und aus Mangel an einer Möglichkeit der Kinderbetreuung Psychotherapiesitzungen nicht regelmäßig wahrnehmen können. Mütter, die einen Verlust eines Kindes in der Schwangerschaft zu bewältigen haben, sind in der Regel jüngere Menschen, die über einen Internetzugang verfügen und in ihrem Alltag dieses Medium nutzen. Aus diesem Grund liegt es nahe, das Internet auch für die therapeutische Kommunikation zu nutzen.

Die Grundlage für diese Internet-Intervention (<http://www.internettherapie-trauernde-eltern.de>) war das Behandlungsmanual für komplizierte Trauer (Wagner, Knaevelsrud, & Maercker, 2005; Wagner et al., 2006) und PTBS (Lange et al., 2001). Unterschiede zwischen den Behandlungsmanualen bestehen vor allem in der Phase der kognitiven Restrukturierung. Während es bei der PTBS-Behandlung in dieser Phase hauptsächlich darauf ankommt, das Erlebnis zu verarbeiten, geht es beim pränatalen Verlust auch darum Schuldgefühle in Bezug auf den Tod des Babys und Gefühle von Mitverantwortlichkeit am Tode kritisch zu reflektieren. Ein weiterer Bestandteil dieser Phase ist das Entwickeln von Ritualen oder Aktivitäten, um dem verstorbenen Baby zu gedenken. Es geht hier vor allem darum, dem verstorbenen Kind einen festen Platz im Alltag zu geben. Neben den dysfunktionalen Gedanken werden auch Aspekte der posttraumatischen Reifung thematisiert, indem die Patientin auch nach positiven Auswirkungen und Veränderungen durch den Verlust des Babys gefragt wird. Die Patientin wird beispielsweise gefragt, ob sie etwas über die Welt oder das Leben entdeckt hat, das sie sonst gar

nicht oder viel später entdeckt hätte. In einer Studie zu einer internetbasierten Therapie für komplizierte Trauer, die ähnliche Fragen zur persönlichen Reifung nach dem Tod eines nahen Angehörigen stellte, wurde nach Abschluss der Behandlung eine signifikante Zunahme der Werte für posttraumatische Reifung festgestellt (Wagner, Knaevelsrud & Maercker, 2007). Die Ergebnisse der ersten Pilotphase zeigen eine deutliche Reduzierung der komplizierten Trauer-Symptomatik und der traumaspezifischen Symptome, die mit dem Verlust des Babys in Zusammenhang stehen.

Onlinetraumatherapie als humanitäre Hilfe im Irak

Obwohl das Internet auch in Krisengebieten und Konfliktregionen inzwischen eine immer weitere Verbreitung findet und dessen Informationsmöglichkeiten häufig vor allem im Bezug auf die aktuelle Sicherheitslage genutzt werden, werden die neuen Möglichkeiten des Internets bisher nur selten für den humanitären Einsatz genutzt. Am Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin/Kirkuk in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Leipzig wird derzeit im Irak eine der ersten psychologischen Interventionsstudien im E-Health-Bereich durchgeführt, die im humanitären Kontext stattfindet (Knaevelsrud, Wagner, Karl & Mueller, 2007). Der Mangel an psychotherapeutischer Hilfe im Irak ist derzeit groß und nur ein verschwindend kleiner Prozentsatz an traumatisierten Personen erhält tatsächlich Hilfe. Die meisten internationalen Hilfsorganisationen verließen aus Sicherheitsgründen den Irak. Diese Faktoren verdeutlichen eine große Notwendigkeit einer psychologischen Versorgung, die sowohl niederschwellig erreichbar ist, bei der der Aufenthaltsort der Therapeuten unabhängig von dem der Patienten ist und vergleichsweise kostengünstig ist. Das arabischsprachige virtuelle Behandlungszentrum für Traumaopfer im Irak „Ilajnasfsy“ (www.ilajnasfsy.org) ist eines der ersten Projekte, die das Internet als Brücke zur psychotherapeutischen Versorgung in Konfliktregionen nutzt. Das Interapy-Behandlungsmanual für posttraumatische Belastungsstörungen wurde ins Arabische übersetzt und dem arabischen

kulturellen Kontext angepasst. Die Therapeuten sind Psychiater und Psychologen aus dem Irak, Syrien, Dubai und Palästina. Erste Ergebnisse der Pilotstudie zeigen, dass dieses Behandlungsangebot vor allem von hoch traumatisierten Patienten in Anspruch genommen wird. Die Patienten waren häufig Zeuge oder Überlebende von Selbstmordanschlägen, *Random Shootings*, Entführungen oder Vergewaltigungen (Wagner, Schulz & Knaevelsrud, 2011). Auch an dieser Studie nahmen auffallend viele Frauen teil, die sexuelle Gewalt erlebt haben. Wie in den meisten kriegerischen oder bürgerkriegsähnlichen Auseinandersetzungen sind Frauen besonders häufig Opfer von sexueller Gewalt, Entführungen und Verschleppungen durch bewaffnete Gruppen. Diese Frauen erleben häufig Gefühle der Stigmatisierung und Scham und wagen es oft nicht sich einer Person anzuvertrauen, da dies unter Umständen lebensbedrohliche Konsequenzen für sie haben kann. In der arabischen Version der Interapy-Behandlung für PTBS werden weibliche Patientinnen ausschließlich durch eine weibliche Therapeutin behandelt, dasselbe gilt für Supervisoren und Therapeuten. Die ersten Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die internetbasierte Intervention trotz der schwierigen Situation in der sich häufig sowohl Patienten als auch Therapeuten befinden, die gleichen guten Behandlungseffekte erzielt wie in den europäischen Studien (Wagner et al., 2011).

Nachsorge nach stationärer Psychotherapie: Die Internetbrücke

Eine weitere Patientengruppe, die eine umfassendere therapeutische Unterstützung benötigt, als es das derzeitige Gesundheitssystem bieten kann, sind Patienten, die nach einem stationären Klinikaufenthalt aus einer Fachklinik für Psychotherapie oder Psychosomatik entlassen werden. Für diese Patienten entsteht zunächst eine Versorgungslücke, da ambulante und stationäre Behandlung in Deutschland nicht miteinander verknüpft sind. Die Patienten sind sich in der Regel selbst überlassen und werden zudem

noch mit langen Wartezeiten bei niedergelassenen Therapeuten konfrontiert. Allerdings ist gerade diese erste Phase von der Klinik in den Alltag besonders wichtig für die Patienten, damit der Transfer des in der Klinik Erlernten erfolgreich stattfindet. Ein schneller Erkrankungsrückfall gerade in der ersten Zeit nach dem Klinikaufenthalt steht sehr häufig in Zusammenhang mit sozialem Stress und mangelnder sozialer Unterstützung. Diese Lücke füllt die poststationäre Betreuung des Projektes „Internetbrücke“ (z. B. Panorama Fachklinik Scheidegg), die den entlassenen Patienten sowohl ein Gruppensetting via Chat als auch ein Einzelsetting (E-Mail-Brücke) per Email anbietet (Golkaramnay, Bauer, Haug, Wolf & Kordy, 2007; Wolf, Maurer, Dogs & Kordy, 2006). Die Betreuung der Patienten im Einzelsetting wird in der Regel von dem in der Klinik für diesen Patienten zuständigen Therapeuten übernommen und bietet somit ein niedrigschwelliges Kontinuum in der therapeutischen Versorgung an. Die Gruppenchats werden ebenfalls von den gleichen Therapeuten geleitet, die die stationäre Gruppentherapie in der Klinik leiten. Die Chatgruppen sind störungsübergreifend aufgebaut und verfolgen einen motivational-supportiven Ansatz. Die Chatgruppe findet einmal wöchentlich über einen Zeitraum von 12-15 Wochen statt. Die internetgestützte Nachbetreuung zeigte zwölf Monate nach der Behandlung beeindruckende Ergebnisse. Diejenigen, die an der Chatgruppe teilnahmen, zeigten signifikant weniger Rückfälle, als die Kontrollgruppe, die nicht daran teilnahm. Des Weiteren konnten diejenigen in der Chatgruppe deutlich besser ihre in der Klinik (Golkaramnay et al., 2007) erreichten positiven Entwicklungen aufrechterhalten und in den Alltag transferieren. Ähnlich positive Ergebnisse wurden im Einzelsetting bei der E-Mail-Brücke erzielt. Während die Patienten, die an der E-Mail-Brücke teilnahmen, ihre poststationär verbesserte Symptomatik aufrechterhalten konnten, verschlechterte sich die Symptomatik der Kontrollgruppe, die keine Internet-Intervention erhielt (Wolf et al., 2006). Inzwischen gibt es Angebote von Internetbrücken für eine Reihe von Störungsbildern. Die Klinik Berchtesgardener Land bietet im Rahmen ihres Projektes „Rückhalt“ eine Nachsorge für poststationäre Adipositaspatienten an.

An der Universitätsklinik Heidelberg Orthopädie wurde ein poststationärer Nachsorgechat für Rückenschmerzpatienten eingerichtet. Die Beispiele zeigen, dass eine internetbasierte Nachsorge Rückfälle und neue stationäre Aufenthalte verhindern kann und sehr effektiv und kostengünstig eine Lücke in der psychotherapeutischen Versorgung schließt.

Die therapeutische Beziehung im Internet

Die größten Zweifel und die am häufigsten geäußerte Kritik an internetbasierten Interventionen betrifft das Wesen der therapeutischen Beziehung. Traditionell räumen alle anerkannten psychotherapeutischen Verfahren der therapeutischen Beziehung einen hohen Stellenwert ein und die therapeutische Beziehung ist der Ausgangspunkt für eine erfolgreich verlaufende Psychotherapie. Eine schlecht bewertete therapeutische Beziehung trägt nachweislich zu einer geringeren Symptomreduzierung bei.

Berechtigterweise stellt sich die Frage, inwieweit die Psychotherapie Schaden nimmt, wenn die Kommunikation im Rahmen der Therapie online und ohne physische Präsenz vorstatten geht. Aber inwieweit ist eine erfolgreiche und wirksame Therapie davon abhängig, dass ein Face-to-face-Kontakt zwischen Patient und Therapeut vorhanden ist? Während in der normalen, ambulanten Psychotherapie das physische Bild des Therapeuten einschließlich aller sozialer und nonverbaler Signale (z. B. Sympathie, Körperhaltung, Gesichtsmimik, Augenkontakt) eine wichtige Rolle spielt und unter Umständen auch über das Zustandekommen oder Fortführen einer therapeutischen Beziehung entscheidet, ist die internetbasierte Kommunikation zwischen Therapeut und Patient deutlich sinnreduziert. Während einer psychologischen Intervention im Internet findet der therapeutische Kontakt entweder virtuell und textbasiert oder in Form von Selbsthilfemodulen statt. In der Regel besteht kein Kontakt von Angesicht zu Angesicht zwischen Therapeut und Patient in der Form, dass sie miteinander sprechen

oder sich sehen. Während einer internetbasierten therapeutengestützten Therapie erhalten die Patienten ein regelmäßiges therapeutisches Feedback und der Zeitaufwand für die Therapeuten ist mitunter 4-5mal geringer als in vergleichbaren störungsspezifischen ambulanten Psychotherapien (Berger & Andersson, 2009). Dennoch ist die eingebrachte Patientenzeit nicht weniger als in bisherigen Face-to-face-Therapien. Das Bearbeiten kognitiv-verhaltenstherapeutischer Hausaufgaben und Schreibenleitungen (z. B. Beschreiben des traumatischsten Moments des Traumas bei der Therapie für die Posttraumatische Belastungsstörung) ist für die Patienten sehr fordernd und zeitintensiv. Die Therapeuten arbeiten fast ausschließlich mit positiven Verstärkern, das heißt sie unterstützen den Patienten, arbeiten ressourcenorientiert und geben dem Patienten eine persönliche und positive Rückmeldung. Interpersonelle Konflikte oder Auseinandersetzungen zwischen Patient und Therapeut, die in der ambulanten Therapie durchaus Teil der therapeutischen Arbeit sind, finden nur selten statt.

Cook und Doyle (2002) verglichen anhand des Working Alliance Inventory (WAI) die Bewertung der therapeutischen Beziehung einer Onlinetherapie mit derjenigen einer ambulanten Psychotherapie. Dabei zeigte sich, dass die therapeutische Beziehung überraschenderweise in der Onlinetherapie insgesamt als signifikant besser bewertet wird als die direkte Face-to-face-Therapie. Dieses Resultat sollte aufgrund einer kleinen Stichprobe nicht überbewertet werden, dennoch ist die Tendenz positiver Einschätzungen erkennbar. Anknüpfend an diese Untersuchung untersuchten Knaevelsrud und Maercker (2006) in ihrer deutschsprachigen Therapiestudie für Posttraumatische Belastungsstörung explizit die therapeutische Beziehung im Internet. Die therapeutische Beziehung wurde nach der vierten und letzten Schreibsitzung erfasst. Interessanterweise bewerteten die Patienten bereits nach der vierten Schreibsitzung auf einer Skala von 1 bis 7 die Beziehung durchschnittlich mit einem Wert von 5,8, der für diese frühe Behandlungsphase als sehr hoch eingeschätzt werden kann. Diese Bewertung verbesserte sich weiterhin signifikant nach Abschluss der Behandlung.

Die Resultate dieser Untersuchung deuteten darauf hin, dass die therapeutische Beziehung im Internet sogar als besser eingeschätzt wird als in vergleichsweise ähnlichen Face-to-face-Therapien für PTBS. Diese ersten Ergebnisse zur therapeutischen Beziehung im Internet lassen vermuten, dass die therapeutische Kommunikation im Internet eine Reihe von Vorteilen mit sich bringt, die den Verlauf der Therapie positiv beeinflussen können.

Bargh, McKenna und Fitzsimons (2002) untersuchten in mehreren Experimenten die speziellen Aspekte der Internetkommunikation. So konnte sowohl eine größere Bereitschaft offen über sich selbst zu sprechen als auch eine Projektion von positiven Eigenschaften auf den anderen in ihren Studien festgestellt werden. Im Rahmen eines Experiments wurden Probanden gebeten, sich entweder 40 Minuten in einem Chatroom oder in einer normalen Gesprächssituation mit einer ihnen unbekannt Person zu unterhalten. Vor dem Experiment füllten beide Teilnehmergruppen einen Fragebogen zu den Eigenschaften ihres „idealen Freundes“ aus. Nach dem Experiment wurden beide Probandengruppen aufgefordert, den jeweiligen Gesprächspartner in Bezug auf seine Eigenschaften zu beurteilen. Das Ergebnis zeigte, dass die Chatgruppe ihre Gesprächspartner signifikant höher mit den Eigenschaften des „idealen Freundes“ in Zusammenhang stellte, während diese Beziehung bei der normalen Gesprächssituation nicht gefunden wurde.

Das heißt, die fehlenden Informationen über den Gesprächspartner können bei der interpersonalen Wahrnehmung mitunter positive Phantasiebilder evozieren, die nicht selten als besonders wohltuend empfunden werden und die emotionale Qualität teilweise sogar steigern können (Walther, 1996). Es kann vermutet werden, dass ähnliche Mechanismen bei der internetbasierten Therapie ebenfalls eine Rolle spielen.

Vor- und Nachteile der Onlinetherapie

Einer der wesentlichen Vorteile der Onlinetherapie ist, dass den Betroffenen eine

Therapieaufnahme ermöglicht wird, die sonst aus geografischen, finanziellen, zeitlichen, persönlichen oder anderen Gründen keine Therapie in Anspruch nehmen würden. Das niedrigschwellige Angebot ermöglicht eine breitere und verbesserte Versorgung der Menschen, die zwar Hilfe benötigen, aber nicht erhalten oder nicht in Anspruch nehmen. Die Kommunikation, die ohne soziale und nonverbale Signale zwischen Therapeut und Patient stattfindet, stellt einen weiteren möglichen Vorteil dar. Diese fehlenden Hintergrundinformationen über persönliche Merkmale von Patient und Therapeut, wie zum Beispiel Geschlecht, Alter, sozialer Status, können zu einer verstärkten Offenheit und sozialer Unbefangenheit führen. Informationslücken können bei der interpersonalen Wahrnehmung Fantasiebilder evozieren, die nicht selten als besonders wohltuend empfunden werden und die emotionale Qualität teilweise sogar steigert (Walther, 1996). Das Phänomen der „Telepräsenz“, das Gefühl (oder die Illusion), dass ein realer oder virtueller Therapeut als präsent wahrgenommen wird, obwohl er/sie physisch abwesend ist, ermöglicht eine erhöhte Offenheit (Suler, 2004). Dies kann vor allem bei Patienten, die an stigmatisierenden Symptomen oder Erlebnissen leiden, zu einem reduzierten Schamerleben führen. Gerade diese Patienten vermeiden oft aus Schamgefühlen den therapeutischen Kontakt. Aber auch die erhöhte Verfügbarkeit für Menschen, die sonst nicht die Möglichkeit einer psychologischen Behandlung hätten (Sprachprobleme, körperliche Immobilität, Therapieplatz) beschreibt einen deutlichen Vorteil der Onlinetherapie gegenüber der ambulanten Therapie (Knaevelsrud, Jäger & Maercker, 2004). Ein weiterer wichtiger Punkt in der Internetbehandlung stellt die Transparenz des Therapieprozesses dar. Die Archivierbarkeit der Texte bietet nicht nur den Patienten eine neue Möglichkeit den Therapieverlauf später noch einmal zurückzuerfolgen, sondern stellt auch für die Therapeuten neue Optionen in ihrer Arbeitsweise dar. So können die Therapeuten zum einen durch die asynchrone, zeitversetzte Kommunikation zunächst ihre Antwort genau reflektieren und sind nicht gezwungen, sofort den Patienten zu antworten. Aber es ermöglicht auch dem Supervisor, den the-

rapeutischen Prozess anhand der Texte der Patienten detailliert zu verfolgen. Ein Vorteil der Onlinetherapie gegenüber der normalen Psychotherapie liegt mit Sicherheit auch darin, dass eine stärkere Verlagerung in Bezug auf Anwendung und Nutzung von störungsspezifischen Therapiemanualen stattfindet. Durch die starke Strukturierung in Form von Behandlungsmanualen kommt dem Patienten bei der internetgestützten Behandlung in der Regel eine *best-practice* der Kognitiven Verhaltenstherapie auf Grundlage evidenzbasierter Studien zu gute. Denn häufig führt gerade im klinischen Alltag die starke Konzentration auf die therapeutische Beziehung zu einer Vernachlässigung eines manuellen Arbeitens. Nicht selten erhält eine Therapie eine eigene Dynamik und evidenzbasierte Therapiemanuale werden bestenfalls nur durch den Einsatz einzelner Behandlungsmodule angewandt.

Dennoch können Faktoren, die als Vorteile gewertet werden, in diesem Zusammenhang immer auch ein gewisses Risiko beinhalten. So bietet ein rein textbasierter Kommunikationsaustausch eine erhöhte Gefahr der falschen Interpretation des Geschriebenen. Patienten und Therapeuten, die Schwierigkeiten haben, sich schriftlich adäquat auszudrücken, ihre Gefühle und Gedanken über Geschriebenes zu vermitteln, haben in einer Onlinetherapie ein erhöhtes Risiko missverstanden oder missinterpretiert zu werden. Durch die asynchrone Kommunikation ist ein direktes Nachfragen nicht möglich.

Allerdings gibt es auch mögliche Einschränkungen, die noch weiter untersucht werden sollten: Die gegebene Anonymität macht es dem Therapeuten zum Beispiel in Krisensituationen (Suizidalität) beinahe unmöglich, angemessen und schnell zu handeln. Auch fehlende nonverbale Signale können zur Folge haben, dass Verzerrungseffekte wie z. B. Missverständnisse, auf der Seite des Gegenübers schwieriger zu bemerken und zu korrigieren sind (Knaevelsrud et al., 2004). Deshalb ist es besonders wichtig, gegenüber dem Patienten eine maximale Transparenz (z. B. Name der Einrichtung, telefonische Erreichbarkeit) zu gewährleisten. Ebenso bedeutsam ist es für die Kontinuität und Verbindlichkeit im Kontakt, einen

festen Kontaktmodus vor der Behandlung festzulegen (z. B. festgelegte Schreibtermine des Patienten und Termine für die Reaktionsantworten des Therapeuten). Ein weiterer ernstzunehmender Nachteil der Onlinetherapie ist, dass diese Therapie nicht für alle Patienten geeignet ist. Eine Reihe von Patientengruppen müssen vorab ausgeschlossen werden, z. B. suizidale Patienten oder Patienten, die dissoziative oder psychotische Tendenzen haben. Aber auch Patienten, die an komorbiden Störungen leiden, können derzeit nur unzureichend in einer störungsspezifischen Internettherapie behandelt werden. Dies bedeutet, dass die Onlinetherapie für eine große Anzahl von Patienten, die allerdings im ambulanten Psychotherapiealltag nicht selten vorkommen, nicht die richtige Behandlungsform ist.

Ausblick

Internetbasierte Psychotherapie stellt nicht eine Konkurrenz zu bisherigen ambulanten Psychotherapien dar, sondern bietet eine Reihe von Ergänzungsmöglichkeiten für eine bestimmte Gruppe von Patienten. So profitieren von dieser neuen Therapieform insbesondere Patienten, die entweder aufgrund von langen Wartezeiten unterversorgt sind und deshalb keine Therapie erhalten oder die spezifische Therapieangebote benötigen (z. B. Psychotherapie nach prä-natalem Verlust) oder prinzipiell den Gang zum Psychotherapeuten aufgrund von Schamgefühlen scheuen (z. B. Opfer von sexuellem Missbrauch). Die Resultate der vorgestellten Studien stimmen weitgehend darin überein, dass die Therapien, sofern sie therapeutisches Feedback involvierten, durchaus vergleichbar mit entsprechenden Face-to-face-Therapiewirksamkeitsstudien sind. Dennoch gibt es viele offene Fragestellungen und Forschungsbedarf dahingehend, dass bisher sehr wenig darüber bekannt ist, für welche Patientengruppen eine internetgestützte Therapie eher geeignet ist als für andere. Wenig bekannt sind auch eher technische Einflussfaktoren, wie beispielsweise die Gestaltung oder das Design der Webseite. Die meisten der bisher durchgeführten Studien finden im universitären Kontext statt, das heißt, die Web-

seiten vermitteln alleine dadurch häufig eine größere Vertrauenswürdigkeit als ein privater oder kommerzieller Anbieter. Die Frage, inwieweit sich Studienergebnisse in den psychotherapeutischen Versorgungsalltag erfolgreich transferieren lassen, stellt sich. Während in Psychotherapiestudien sehr selektiv Patienten nach Ein- und Ausschlusskriterien ausgesucht werden müssen, bietet der therapeutische Alltag andere Herausforderungen mit Patienten, die an den verschiedensten komorbiden Störungen leiden. Ein weiterer Forschungsbedarf besteht unter anderem in Bezug auf die Frage: Welche Persönlichkeitseigenschaften sollte ein Patient mitbringen, damit er optimal von einer solchen Behandlung profitiert? Ebenso Faktoren des Therapieprozesses sind weitgehend unerforscht. Die bisher wenigen Untersuchungen in diesem Bereich beziehen sich vorwiegend auf die therapeutische Beziehung.

Sowohl die Vorteile und möglichen Einschränkungen als auch offene Fragestellungen der internetbasierten Therapie zeigen, dass diese noch nicht abschließend aufgrund der bisherigen Datenlage zu beurteilen sind und die Durchführung empirischer Studien in der Versorgungsforschung notwendig ist. Gerade im deutschsprachigen Raum ist die Anzahl der durchgeführten Studien noch sehr begrenzt.

Literatur

- Almer, S. & Warntjen, M. (2009). Psychotherapie und Internet. *Psychotherapeut*, 54 (5), 393-396.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (3), 175-180.
- Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J. & Cuijpers, P. (2009). What Makes Internet Therapy Work? *Cognitive Behaviour Therapy*, 1, 55-60.
- Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (4), 196-205.
- Barak, A., Hen, L. & Boniel-Nissim, M. (2008). A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26 (2/4), 109-160.
- Bargh, J., McKenna, K. & Fitzsimons, G. (2002). Can you see the real me? Activation and expression of the „true self“ on the Internet. *Journal of Social Issues*, 58 (1), 33-48.
- Berger, T. & Andersson, G. (2009). Internetbasierte Psychotherapien: Besonderheiten und empirische Evidenz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59, 159-170.
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldö, V. et al. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (10), 1321-1333.
- Clarke, G., Eubanks, D., Reid, E., Kelleher, C., O'Connor, E., DeBar, L.L. et al. (2005). Overcoming Depression on the Internet (ODIN) (2): a randomized trial of a self-help depression skills program with reminders. *Journal of Medical Internet Research*, 7 (2), 16.
- Clarke, G., Reid, E., Eubanks, D., O'Connor, E., DeBar, L. L., Kelleher, C. et al. (2002). Overcoming depression on the Internet (ODIN): a randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program. *Journal of Medical Internet Research*, 4 (3), 14.
- Cook, J.E. & Doyle, C. (2002). Working Alliance in Online Therapy as Compared to Face-to-Face Therapy: Preliminary Results. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 5 (2), 95-105.
- Cuijpers, P., Marks, I.M., van Straten, A., Cavanagh, K., Gega, L. & Andersson, G. (2009). Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (2), 66-82.
- Cuijpers, P., van Straten, A. & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 31 (2), 169-177.
- Golkaramnay, V., Bauer, S., Haug, S., Wolf, M. & Kordy, H. (2007). The exploration of the effectiveness of group therapy through an Internet chat as aftercare: a controlled naturalistic study. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 76 (4), 219-225.

- Kaldo, V., Levin, S., Widarsson, J., Buhrman, M., Larsen, H.C. & Andersson, G. (2008). Internet versus group cognitive-behavioral treatment of distress associated with tinnitus: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 39 (4), 348-359.
- Kaltenthaler, E., Parry, G., Beverley, C. & Ferriter, M. (2008). Computerised cognitive-behavioural therapy for depression: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 193 (3), 181-184.
- Knaevelsrud, C., Jager, J. & Maercker, A. (2004). Internet-Psychotherapie: Wirksamkeit und Besonderheiten der therapeutischen Beziehung. *Logo*, 14 (3).
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *Journal of Medical Internet Research*, 8 (4), 31.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 7, 13.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2010). Long-term effects of an internet-based treatment for posttraumatic stress. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39 (1), 72-77.
- Knaevelsrud, C., Wagner, B., Karl, A. & Mueller, J. (2007). New treatment approaches: integrating new media in the treatment of war and torture victims. *Torture*, 17 (2), 67-78.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J.P., Schrieken, B. & Emmelkamp, P.M.G. (2003). Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (5), 901-909.
- Lange, A., van de Ven, J.P., Schrieken, B. & Emmelkamp, P.M.G. (2001). Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the Internet: a controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32 (2), 73-90.
- Palmqvist, B., Carlbring, P. & Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 7 (3), 291-297.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37 (3), 319-328.
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 7 (3), 321-326.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2005). Internet-Based Treatment for Complicated Grief: Concepts and Case Study. *Journal of Loss and Trauma*, 10 (5), 409-432.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Studies*, 30 (5), 429-453.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Post-traumatic growth and optimism as outcomes of an internet-based intervention for complicated grief. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36 (3), 156-161.
- Wagner, B. & Maercker, A. (2007). A 1.5-year follow-up of an Internet-based intervention for complicated grief. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (4), 625-629.
- Wagner, B. & Maercker, A. (2008). An Internet-Based Cognitive-Behavioral Preventive Intervention for Complicated Grief: A Pilot Study. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30, B47-53.
- Wagner, B. & Maercker, A. (2009). Internet-based Preventive Intervention (CBT) for Complicated Grief: A pilot study. *Psicologia Applicata alla Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, Suppl. A.
- Wagner, B. & Maercker, A. (2010, Mai). *Internetbasierte vs. ambulante Psychotherapie für Depression (RCT)*. Vortrag bei der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Mainz.
- Wagner, B., Schulz, W. & Knaevelsrud, C. (2011). *Efficacy of an Internet-Based Intervention for Posttraumatic Stress Disorder in Iraq: A Pilot Study*. Manuscript submitted for publication.
- Walther, J.B. (1996). Computer-Mediated Communication: Impersonal, Interpersonal, and Hyperpersonal Interaction. *Communication Research*, 23 (1), 3.
- Wolf, M., Maurer, W.J., Dogs, P. & Kordy, H. (2006). E-Mail in der Psychotherapie – ein Nachbehandlungsmodell via Electronic Mail für die stationäre Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56, 138-146.



Dr. Birgit Wagner

Universitätsklinik Leipzig
 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Semmelweisstr. 10
 04103 Leipzig
 birgit.wagner@medizin.uni-leipzig.de



Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker

Universität Zürich
 Psychopathologie und
 Klinische Interventionen
 Binzmühlestr. 14/17
 8050 Zürich
 maercker@psychologie.uzh.ch

Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland

Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter niedergelassenen und angestellten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

Gregor Peikert, Jürgen Hoyer, Andrea Mrazek, Wolfram Rosendahl, Hans-Joachim Hannich, Frank Jacobi

Forschungsausschuss der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Zusammenfassung: Die psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland unterscheidet sich von der in der übrigen Bundesrepublik, auch wenn in den zurückliegenden 20 Jahren eine dynamische Entwicklung stattfand. Eine von der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) unter ihren Mitgliedern 2009/10 durchgeführte Befragung diente dem Ziel, wichtige Parameter der aktuellen Versorgungssituation abzubilden. Bei einer Rücklaufquote von 69,4% machten N=1110 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Angaben zu ihrer derzeitigen ambulanten Tätigkeit. Im Mittel werden wöchentlich 22,9 Therapiesitzungen durchgeführt, dabei ist die Varianz recht hoch. Die mittleren Fallzahlen pro Quartal liegen mit 60,9 höher als im Westen Deutschlands, was den größeren Versorgungsdruck reflektiert. Zwischen Großstädten und den übrigen Regionen Ostdeutschlands differiert die Versorgungsdichte sehr stark. Konsequenzen für die zukünftige Bedarfsplanung werden diskutiert.

Seit 1967 gehört die Psychotherapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, seit 1999 bildet das Psychotherapeutengesetz die Grundlage für eine solide psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung.

Damit aber psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten in (bedarfs-)gerechter Weise all denjenigen auch zugänglich werden, die ihrer bedürfen, ist die Gesundheitspolitik gefordert, bestehende Versorgungssysteme effektiv weiterzuentwickeln. Rationale politische Entscheidungen können wiederum nur dann getroffen werden, wenn den Entscheidungsträgern verlässliche Daten über die tatsächliche Situation der psychotherapeutischen Versorgung

vorliegen. Gerade in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen fehlen im Hinblick auf die Psychotherapie Daten zur Versorgungssituation.

Die Entwicklung der Psychotherapie in den ostdeutschen Bundesländern verlief anders als in der „alten“ Bundesrepublik. In der DDR wurde Psychotherapie hauptsächlich von den im staatlichen Gesundheitssystem tätigen, zuletzt ca. 2000 klinischen Psychologen ausgeübt (Frohburg, 2004). Eine freiberufliche Tätigkeit als Psychotherapeut/in war gesetzlich nicht möglich.

Es gab wissenschaftliche Fachgesellschaften und psychotherapeutische Ausbil-

dungsgänge in tiefenpsychologisch fundierten Verfahren, in Gesprächspsychotherapie sowie in Verhaltenstherapie. Die gesetzlich geregelte postgraduale Weiterbildung zum „Fachpsychologen der Medizin“, die rechtlich dem Niveau von Fachärzten entsprach, schlossen bis 1990 in der DDR einschließlich Ost-Berlin insgesamt 811 Psychologen ab (Frohburg, 2004).

Die Zahl der Psychologie-Studierenden blieb in der DDR relativ konstant – und aus heutiger Sicht gering. In den 1970er Jahren wurden jährlich 130 Studierende an den vier psychologischen Universitätsinstituten der DDR (Berlin, Dresden, Jena, Leipzig) immatrikuliert (Busse, 2004), 1988 waren es 160 (Ministerium für Hoch- und Fachschulwesen der DDR, 1989). Im Jahr 1988 wurden 112 Psychologie-Absolventen registriert, davon 89 Frauen.

Nach der Wiedervereinigung begannen ostdeutsche Psychologen als Psychotherapeuten in eigener Praxis im Delegations- oder Kostenerstattungsverfahren zu arbeiten. Ausbildungsgänge in den nach Psychotherapie-Richtlinien zugelassenen Verfahren wurden neu etabliert. Aus westlichen Bundesländern zogen PsychotherapeutInnen zu. Die Anzahl der Studierenden im Fach Psychologie in den neuen Ländern stieg deutlich an. Nach Erhebung

der OPK schlossen 1993 149 Psychologen in den neuen Bundesländern ihr Studium erfolgreich ab, im Jahr 2000 326 und 2005 bereits 666.

Dies führte zu einer insgesamt sehr dynamischen Entwicklung, die bis heute anhält. Bei ihrer Gründung 2007 hatte die OPK ca. 1800 Mitglieder, Anfang 2010 bereits über 2500. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes bestätigt eine steigende Anzahl an PsychotherapeutInnen in den neuen Bundesländern (Schulz, Barghaan, Harfst & Koch, 2008).

Dennoch unterscheidet sich die psychotherapeutische Versorgung in den östlichen Bundesländern von der im Westen (Bundesministerium für Gesundheit, 2006). Während im gesamtdeutschen Durchschnitt 2009 auf einen niedergelassenen Psychotherapeuten 5.339 Einwohner kamen, waren es in den ostdeutschen Ländern 9.472 Einwohner (jeweils Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten addiert) (Peikert, 2009). Diese Diskrepanz ist nur zum Teil mit Unterschieden in der regionalen Struktur (weniger Großstädte, mehr ländliche Gebiete) zu erklären. Es müssen hier auch angesichts eingangs genannter Besonderheiten in Ostdeutschland vor und nach der Wiedervereinigung unterschiedliche Startbedingungen bezüglich der Verbreitung psychologischer Praxen, Ausbildungskapazitäten etc. zum Zeitpunkt der Bedarfsermittlung (1998) berücksichtigt werden. Im Osten waren Niederlassungen zu diesem Zeitpunkt erst im Aufbau begriffen, während im Westen an vielen Orten bereits mit einer nominellen „Übersorgung“ gestartet wurde. Illustriert werden kann dieser Unterschied z. B. anhand der Universitätsstädte Halle und Magdeburg: während in westdeutschen Universitätsstädten üblicherweise sehr deutliche „Übersorgung“ im Sinne der festgelegten Verhältniszahlen zu konstatieren ist, sind aktuell Halle und Magdeburg faktisch gerade mal zu 100% besetzt (KVSA, Bedarfsplanungsblatt vom 17.2.2010). Dort gibt es etwa 2860 Einwohner pro Psychotherapeut; während es im hinsichtlich Größe bzw. Bedarfsplanungstyp vergleichbaren Münster nur etwa 1390 Einwohner sind.

Trotz der vergleichsweise geringen Versorgungsdichte gelten die meisten Planungsbereiche der kassenärztlichen Vereinigungen in den OPK-Ländern nach gegenwärtiger Gesetzeslage als überversorgt, so dass neue Niederlassungen von Psychotherapeutinnen nur noch beschränkt möglich sind.

Der Bedarfsplanung für Psychotherapeuten in der Bundesrepublik liegen Verhältniszahlen zu Grunde, die 1998 ermittelt wurden. Dabei wurde damals erstmals Ostdeutschland mit seiner eher ungünstigen Angebotslage in die Berechnung einbezogen, was zu ungünstigeren Verhältniszahlen im Vergleich zu anderen Arztgruppen führte, denn bei anderen Arztgruppen wurden nach der Wiedervereinigung zur Bedarfsermittlung in Ostdeutschland die entsprechenden Zahlen von Westdeutschland auf Ostdeutschland übertragen. Die damals besonders außerhalb großer Städte bestehende Unterversorgung wurde damit also als Maßstab festgeschrieben. Während für Kernstädte in Ballungsgebieten eine Relation von 2.577 Einwohnern auf einen Psychotherapeuten festgelegt ist, sind es für ländliche Kreise 23.106 Einwohner pro Therapeut (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, 2007). Da im Osten, verglichen mit Westdeutschland, ein größerer Anteil der Bevölkerung in ländlichen Gebieten und ein geringerer Anteil in großen Ballungsräumen lebt (Heineberg, 2006), wirken sich in Ostdeutschland die Bedarfsplanungsrichtlinien besonders ungünstig aus.

Psychotherapeutenkammern sowie Patienten- und Fachverbände weisen auf die schlechtere Verfügbarkeit von Therapieplätzen und lange Wartezeiten für Patienten hin.

Aus der Anzahl an zugelassenen Psychotherapeuten kann aber noch nicht auf die tatsächliche Versorgungslage geschlossen werden. Hierfür sind Angaben zum tatsächlichen Tätigkeitsumfang, zur versorgten Klientel u. a. erforderlich. Entsprechende für Ostdeutschland repräsentative Daten lagen nach unserem Kenntnisstand bis Anfang 2010 nicht vor.

Aus diesem Grund initiierte der Forschungsausschuss der Ostdeutschen

Psychotherapeutenkammer (OPK) eine repräsentative Befragung der Kammermitglieder zur psychotherapeutischen Versorgung und zum Versorgungsbedarf in den neuen Bundesländern.

Ziele der OPK-Studie sind es,

- Eckpunkte der momentanen Situation der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Ostdeutschland abzubilden,
- Hinweise auf eventuell existierende Unter- bzw. Fehlversorgung zu finden,
- mögliche Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgungslage zu identifizieren und damit die Datenlage für die künftige Versorgungsforschung zu verbessern.

Methoden und Stichprobe

In die Untersuchung eingeschlossen wurden alle Mitglieder der OPK, also alle Personen mit Ausnahme von Ärzten, die die berufsrechtliche Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in den fünf beteiligten Bundesländern erfüllen. Ein hierfür im Forschungsausschuss entwickelter Fragebogen wurde im September 2009 an sämtliche Kammermitglieder (n=2460) verschickt. Die Beantwortung war entweder auf diesem Fragebogen oder mittels eines identischen Internetformulars möglich. Die Befragung erfolgte anonymisiert, der Rücklauf wurde lediglich anhand einer zufällig generierten Codenummer registriert. Daher war es möglich, den Kammermitgliedern, die innerhalb von vier Wochen nicht geantwortet hatten, ein Erinnerungsschreiben zu schicken mit der Bitte, doch noch an der Befragung teilzunehmen. Zudem wurden entsprechende Hinweise auf der Internetseite und im Mitteilungsblatt der OPK veröffentlicht.

Der Fragebogen erfasste

- demographische Angaben, wie Geschlecht und Alter der Psychotherapeuten, das Bundesland und die Größe des Ortes, an dem der Beruf ausgeübt wird,

- die Form der Berufstätigkeit (freiberuflich oder angestellt) bzw. die Form der freiberuflichen Tätigkeit (Einzelpraxis vs. Praxisgemeinschaft etc.),
- das Vorliegen einer eigenen Zulassung bzw. Ermächtigung zur kassenpsychotherapeutischen Versorgung,
- welche wissenschaftlich anerkannten Verfahren angewandt werden und für welche Verfahren die Psychotherapeuten eine Fachkunde-Anerkennung besitzen,
- die Wartezeiten in Wochen bis zum Erstgespräch und bis zum Therapiebeginn,
- der durchschnittliche Umfang der Teilnahme an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung innerhalb des letzten Jahres in Behandlungseinheiten pro Woche,
- der Umfang der Tätigkeit für verschiedene Kostenträger (gesetzliche oder private Krankenversicherung, Selbstzahler u. a.),
- die Anzahl der im letzten Jahr pro Quartal durchschnittlich behandelten Patienten,
- die globale Einschätzung der psychotherapeutischen Versorgungslage in der eigenen Region (auf einer vierstufigen Skala; 1 = sehr schlecht, 2 = eher schlecht, 3 = eher gut, 4 = sehr gut)

sowie weitere, teils qualitative Angaben, über die an anderer Stelle berichtet werden soll.

Bis März 2010 konnten 1708 auswertbare Antworten registriert werden, die Rücklaufquote betrug 69,4%. Davon betrafen 1139 Datensätze (67%) Psychotherapeuten, die gegenwärtig an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Es handelt sich sowohl um niedergelassene als auch um angestellte Psychologische Psychotherapeuten und Kin-

Tabelle 1: Stichprobe; ambulant tätige Psychotherapeuten im OPK-Gebiet (N=1110)

	Häufigkeit	Prozent
weiblich	732	65,9
eigene Niederlassung	905	81,5
■ Einzelpraxis	726	65,4
■ Gemeinschaftspraxis	18	1,6
■ Praxisgemeinschaft	153	13,8
■ MVZ	2	0,2
■ keine Angaben zur eigenen Niederlassung	6	0,7
sonstige (z. B. Ermächtigung, Anstellung)	205	18,5
Besitz der Fachkunde*		
■ nur Verhaltenstherapie (VT)	699	65,8
■ nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	244	23,0
■ VT + TP	21	2,0
■ Psychoanalyse (PA; gesamt, d. h. Mehrfach-Fachkunde eingeschlossen)	99	9,3

*keine Angabe von N=47

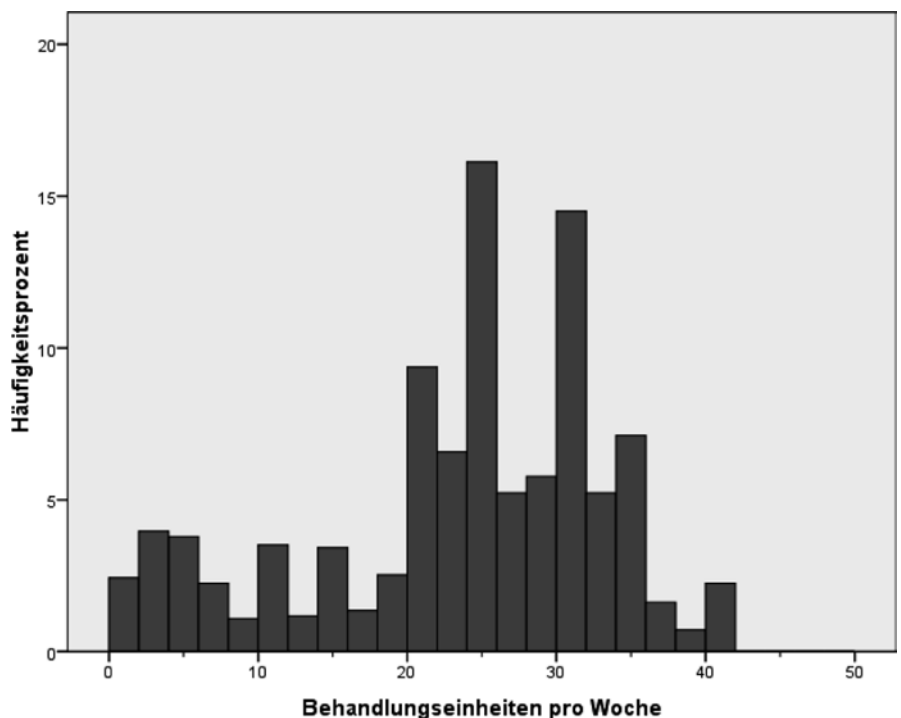


Abbildung 1: Verteilung der mittleren Anzahl von Behandlungseinheiten pro Woche; Mittelwert = 22,9 Behandlungseinheiten (SD=9,9)

MFK

Münchner FamilienKolleg

Programm-Anforderung:
Blutenburgstr. 57, 80636 München
Fon: 089 – 22 29 92
Fax: 08134 – 92 365
E-mail: MFK.FamilienKolleg@t-online.de
Internet: <http://www.mfk-fortbildung.de>

Fortbildungsseminare 2011 (Auswahl)

- 01. - 02.04. Danie Beaulieu: Impact-Techniken - Hochwirksame Interventionen für die Therapie
- 06. - 07.05. Karl Tomm: Transparenz und Bewusstheit - Interventives Interviewen
- 13. - 14.05. Gerd F. Müller: Das Stärken betonende systemische Interviewen
- 02. - 04.06. Doris Heueck: Multiplikatorenkurs Präventives ElternTraining PET
- 22. - 23.07. Jochen Peichl: Hypno-analytische Telearbeit (Ego-State-Therapie)
- 07. - 08.10. Karl Heinz Pleyer: Traumatischer Stress in der Familie
- 11. - 12.11. G.D. Ruf: Störungen stören - Systemische Therapie bei psychiatrischen „Krankheiten“

Weiterbildung

„Systemisch-integrative Therapie und Beratung“

Beginn: 21. - 22. Mai 2011. Bitte fordern Sie unsere Konzeption an.

Die Fortbildungsseminare sind von der Bayerischen Psychotherapeutenkammer anerkannt.

Tabelle 2: Versorgungs-Umfang in den angewandten Therapieverfahren (pro Therapeut)

		VT	Psycho-dyn.*	VT + psycho-dyn.	Gesamt	p**
N		688	322	100	1110	
Behandlungseinheiten pro Woche	MW	22,4	24,6	20,4	22,9	>0,001
	SD	9,6	9,7	11,5	9,9	
Patient(inn)en pro Quartal	MW	63,9	56,1	56,3	61,0	n. s.
	SD	60,3	58,1	57,9	59,5	

* psychodynamische Therapieverfahren, ** ANOVA

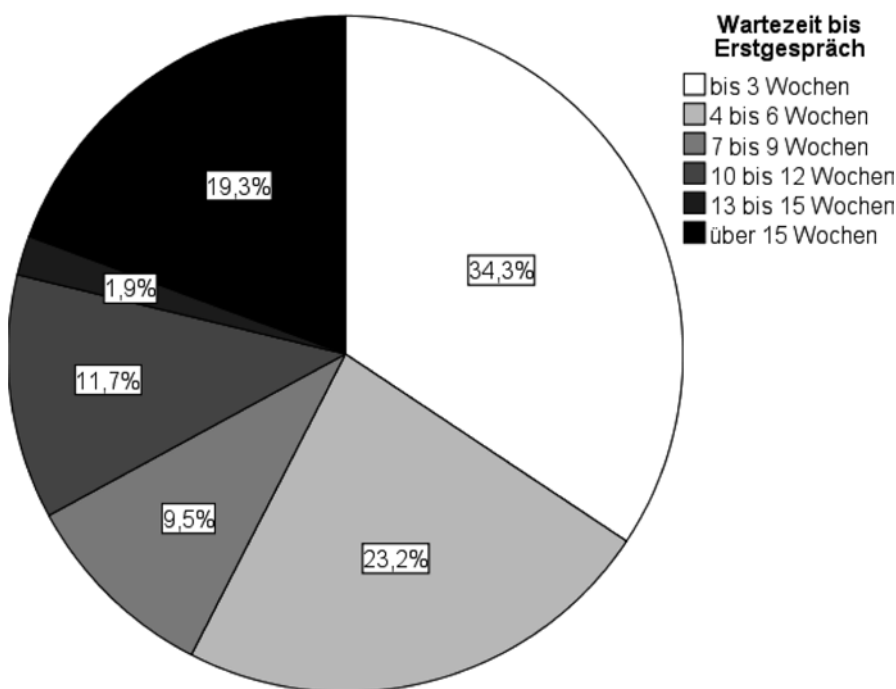


Abbildung 2: Verteilung der durchschnittlichen Wartezeiten pro Praxis bis zum Erstgespräch; Median = 5 Wochen, Gesamtdurchschnitt: 9,9 Wochen (SD=12,5); keine Angabe von N=49 (4,4%)

der- und Jugendlichenpsychotherapeuten. 29 Datensätze enthielten nicht plausible Angaben und wurden aus der weiteren Analyse ausgeschlossen. Die verbleibende Stichprobe (N=1110) kann als repräsentativ für die Mitgliedschaft der OPK angesehen werden, wie bereits in einer früheren Arbeit (Peikert, 2009) dargestellt wurde. Tabelle 1 charakterisiert die Stichprobe.

Ergebnisse

Umfang der psychotherapeutischen Versorgung

Als maximal ausgelastet gilt eine psychotherapeutische Praxis, wenn sie wöchentlich 36

genehmigungspflichtige Therapiestunden erbringt. Dies wird in der Realität allerdings selten erreicht: nur 5% der Psychotherapeuten in Deutschland erzielen einen Jahresumsatz, der dieser Auslastung entspricht (Best, 2010). Wir erfragten die durchschnittliche wöchentliche Anzahl erbrachter Behandlungseinheiten (à 50 Min.) unabhängig von einem sozialrechtlichen Bewertungsmaßstab bzw. einer Gebührenordnung.

Abbildung 1 gibt die Verteilung der wöchentlichen Anzahl an Behandlungsstunden wieder. Im Mittel erbringen die Psychotherapeuten in unserer Stichprobe pro Woche 22,9 Therapieeinheiten à 50 Min. (SD 9,9). Niedergelassene (N=905) geben im Mittel 25,6 Einheiten pro Woche

an (SD 7,9), die nicht niedergelassenen Psychotherapeuten mit 10,8 Sitzungen pro Woche (SD 8,4) wesentlich weniger.

Deutlich wird in der gesamten Stichprobe eine beträchtliche Streuung. 16,7% der Psychotherapeuten behandeln nicht mehr als 10 Stunden wöchentlich und 17,3% zwischen 10 und 20 Stunden.

Die Anzahl der behandelten Patienten pro Quartal liegt im Mittel bei 60,9 (SD 59,5), der Median liegt bei 49 Patienten.

Auf die Frage nach Kostenträgern für die Behandlungen berichten die Psychotherapeuten, dass der überwiegende Teil der Patienten (im Mittel 86,6%) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt wird. Privat Krankenversicherte machen durchschnittlich 6,1% aus, andere Kostenträger 5,6% und Selbstzahler 1,7%.

Therapieverfahren in der psychotherapeutischen Versorgung

In den ostdeutschen Bundesländern ist der Anteil der Psychotherapeuten deren grundlegende Ausbildung die Verhaltenstherapie (VT) ist, am höchsten: fast zwei Drittel aller Psychotherapeuten in der Stichprobe geben an, die Fachkunde in VT zu besitzen (Tab. 1). 62% üben VT als einziges Verfahren regelmäßig aus (nicht in Tabelle enthalten). Etwa ein Drittel der ambulanten Psychotherapeuten verfügt über die Fachkunde in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TP), teilweise in Kombination mit Psychoanalyse (PA), aber auch mit Verhaltenstherapie. „Reine“ Psychoanalytiker sind äußerst selten, nur zwei Psychotherapeuten (0,2%) jeweils geben an, ausschließlich für Psychoanalyse die Fachkunde zu besitzen und kein weiteres Verfahren anzuwenden.

Fast man die Verfahren TP und PA zu psychodynamischen Verfahren zusammen, dann sind bei der Frage nach der regelmäßigen Anwendung 29% der Psychotherapeuten dieser Gruppe zuzuordnen. 9% der Befragten erklären, regelmäßig sowohl psychodynamisch als auch verhaltenstherapeutisch zu arbeiten, wobei allerdings nur etwa 3% Fachkunde sowohl in psychodynamischen Verfahren als auch in VT besitzen.

Tendenziell behandeln Verhaltenstherapeuten etwas mehr Fälle pro Quartal als psychodynamisch arbeitende Psychotherapeuten, die Differenz ist jedoch statistisch nicht signifikant (Tabelle 2). Ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen den therapeutischen Verfahren besteht bei der mittleren Anzahl wöchentlicher Therapiestunden, hier geben psychodynamisch arbeitende Psychotherapeuten die meisten (24,6) und die mit kombinierten Verfahren arbeitende Psychotherapeuten mit 20,9 vergleichsweise die wenigsten Therapiestunden an.

Wartezeiten

Nach den Angaben der Psychotherapeuten müssen Patienten durchschnittlich 9,9 Wochen (SD 12,5) auf ein Erstgespräch warten. Der Median, also die Zeit, bis die Hälfte der Patienten einen Erstgesprächs-Termin erhält, liegt bei 5 Wochen. Die Wartezeiten bis zum Beginn einer Psychotherapie betragen im Mittel 14,2 Wochen (SD 13,1), der Median liegt bei 10 Wochen. Die Abbildungen 2 und 3 geben Aufschluss über die Verteilung der angegebenen Wartezeiten. Von 49 Psychotherapeuten (4,4%) liegen keine Angaben zur Wartezeit bis zum Erstgespräch vor, von 92 (8,3%) keine Angaben zur Wartezeit bis zum Therapiebeginn.

Einschätzung der Versorgungslage durch die Psychotherapeuten

Die Versorgungssituation in der eigenen Region wird von 10,9% der Psychotherapeuten

Tabelle 3: Psychotherapeuten in der Stichprobe und Bevölkerung in Städten mit über 100.000 Einwohnern

	Psychotherapeuten in Großstädten, %	Bevölkerungsanteil Großstädte, %
Brandenburg	18,9	10,1
Mecklenburg-Vorp.	23,7	12,1
Sachsen	59,7	30,3
Sachsen-Anhalt	43,1	19,4
Thüringen	28,7	18,0
OPK-Gebiet	41,1	19,9

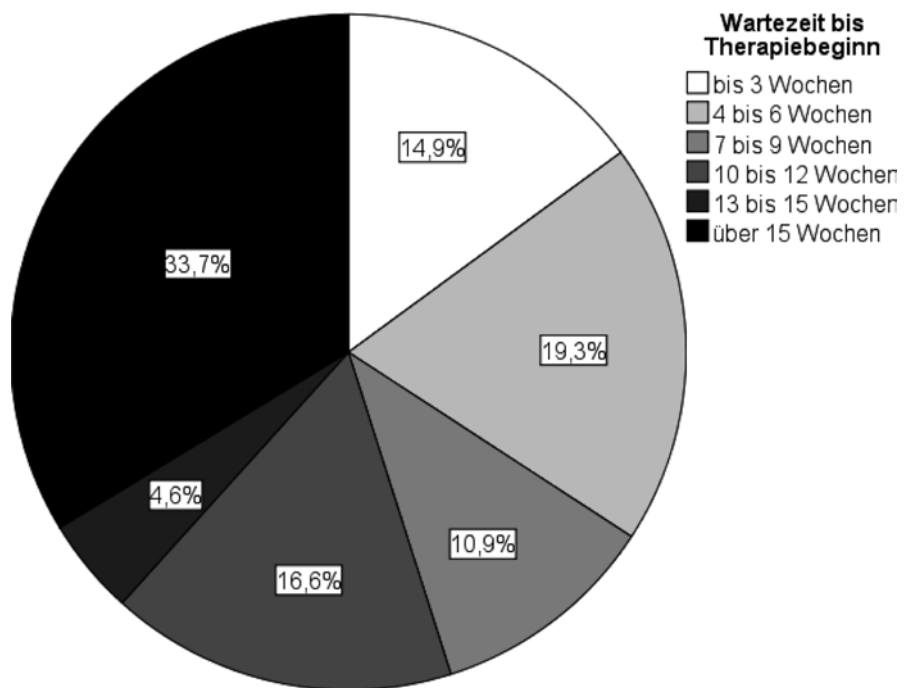


Abbildung 3: Verteilung der durchschnittliche Wartezeiten pro Praxis bis Therapiebeginn; Median = 10 Wochen, Mittelwert = 14,2 Wochen (SD=13,1); keine Angaben von N=92 (8,3%)

Sucht, Depression, Angst, Burn-out

Zurück ins Leben

Beratung und Information
0800 32 22 32 2
 (kostenfrei)

Unsere privaten Akutkrankenhäuser:
 Schwarzwald, Weserbergland,
 Berlin/Brandenburg
www.oberbergkliniken.de

Sofortaufnahme – auch im akuten Krankheitsstadium.
 Hochintensive und individuelle Therapien für
 Privatversicherte und Beihilfeberechtigte.
 Wir helfen bei der Klärung der Kostenübernahme.

Oberberg
 Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

peuten als sehr schlecht und von 42,8% als eher schlecht eingeschätzt, aber auch von 41,9% als eher gut und von 3,9% als sehr gut. Der Mittelwert dieser Bewertungen liegt bei 2,39 (SD 0,73), also knapp unterhalb des Mittelpunkts der vierstufigen Skala (4 = „sehr gut“).

Regionale Unterschiede

Es bestätigen sich systematische Differenzen in der Versorgungslage zwischen Großstädten (mit über 100.000 Einwohnern) und den übrigen Städten und Gemeinden. Bereits die Verteilung der Psychotherapeuten in der Stichprobe zeigt, dass der Anteil der Psychotherapeuten aus Großstädten wesentlich höher ist als der Anteil der großstädtischen Bevölkerung an der gesamten Einwohnerzahl der Länder. Im OPK-Gebiet leben 19,9% der Bevölkerung in Großstädten, aber 41,1% der befragten Psychotherapeuten sind hier tätig. Diese Disproportion zeigt sich konstant in allen ostdeutschen Bundesländern (Tabelle 3).

Entsprechend wird die regionale Versorgungslage in den Großstädten durch die Psychotherapeuten als signifikant besser eingeschätzt als in den übrigen Regionen (2,66 vs. 2,20, ANOVA, $F=36,26$, $p<0,001$).

Auch die mittleren Wartezeiten bis zum Erstgespräch bzw. bis zum Beginn einer Therapie unterscheiden sich signifikant. Bis zum Erstgespräch betragen sie in Großstädten durchschnittlich 7,7 Wochen (SD 8,8), sonst 11,4 Wochen (SD 14,5; $p<0,001$). Auf den Therapiebeginn warten Patienten in Großstädten im Mittel 11,4 Wochen (SD 10,2), in anderen Regionen 16,1 Wochen (SD 14,4).

Diskussion

Die vorliegende Studie liefert Daten über wichtige Aspekte der psychotherapeutischen Versorgung in Ostdeutschland, die an einer großen und repräsentativen Stichprobe und unabhängig von Kostenträgern gewonnen wurden. Neben niedergelassenen Psychotherapeuten, deren Anteil an der Stichprobe 81,5% beträgt, werden auch angestellte oder andere an der ambulanten Versorgung teilnehmende Psychotherapeuten erfasst.

Aufgrund der historischen und geographischen Situation ist die psychotherapeutische Versorgungsdichte in Ostdeutschland im Durchschnitt geringer als in der übrigen Bundesrepublik. Dies geht über die Unterschiede hinaus, die aufgrund verschiedener Stadt-Land-Struktur zu erwarten wären, d. h., trotz der dynamischen Entwicklung in den letzten 20 Jahren muss hier ein Psychotherapeut mehr Einwohner versorgen.

Bereits im Löcherbach-Gutachten (Löcherbach et al., 2000) zeigte sich, dass der Auslastungsgrad psychotherapeutischer Praxen erheblich variiert. Dies zeigte sich auch in der aktuellen OPK-Erhebung. Im Mittel erbringt ein Psychotherapeut in Ostdeutschland wöchentlich 23 Therapiestunden, davon etwa 20 für gesetzlich Krankenversicherte. Rechnet man nur die Psychotherapeuten in eigener Niederlassung ein, so sind es knapp drei Therapiestunden pro Woche mehr. Der überwiegende Teil der niedergelassenen Psychotherapeuten verfügt jedoch über einen vollen Versorgungsauftrag, so dass sich eine deutliche Diskrepanz zwischen rechnerischer und tatsächlicher psychotherapeutischer Versorgung auftut. Da uns keine Angaben zum Umfang des Versorgungsauftrags der einzelnen Psychotherapeuten vorliegen, lassen sich hierzu keine weiteren Analysen darstellen.

Die Varianz bei den wöchentlichen Behandlungsumfängen ist auch im OPK-Gebiet hoch, es gibt einen beträchtlichen Anteil an Psychotherapeuten, die nur zu einem Teil der vollen wöchentlichen Arbeitszeit an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung teilnehmen. Die Gründe hierfür dürften vielfältig sein. Angestellte an Krankenhäusern oder Institutsambulanzen haben neben der Psychotherapie oft weitere berufliche Aufgaben. Niedergelassene Psychotherapeuten üben teilweise auch nicht-therapeutische Tätigkeiten aus, etwa in Ausbildung, Fortbildung oder Supervision. Ebenso ist denkbar, dass einige Psychotherapeuten aus persönlichen oder familiären Gründen nicht im vollen zeitlichen Umfang berufstätig sind.

Es handelt sich hierbei keineswegs um ein spezifisch ostdeutsches Phänomen. Die von Best (2010) berichteten jährlichen

Einkommen, die Psychotherapeuten aus der Behandlung gesetzlich Krankenversicherter erzielen, sprechen für einen hohen Anteil nicht voll ausgelasteter Praxen auch außerhalb des OPK-Gebiets. Um die Ursachen hierfür zu erforschen, sind weitere, spezielle Datenerhebungen notwendig.

Möglicherweise wird sich die erst seit kurzer Zeit bestehende Möglichkeit, Praxis-sitze zu teilen, positiv auf die Versorgung auswirken. Auch dies bedarf weiterer Untersuchungen.

Mit der aktuellen Querschnitts-Untersuchung werden darüber hinaus spezielle Versorgungsprobleme deutlich. Durchschnittliche Wartezeiten von zweieinhalb Monaten bis zu einem Erstgespräch und von dreieinhalb Monaten bis zum Behandlungsbeginn bedeuten lange Zeitspannen psychischen Leidens für die Betroffenen und ihre Angehörigen, bedeuten auch hohe Kosten durch Arbeitsausfall, eventuell notwendige stationäre Behandlungen u. a. Welche Faktoren zur hohen Varianz der Wartezeiten beitragen, bedarf weiterer Untersuchung. Immerhin kann ein nicht geringer Anteil der Psychotherapeuten ihren Patienten innerhalb einer akzeptablen Zeitspanne zumindest ein Erstgespräch anbieten. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diese Angaben zu Wartezeiten auf Einschätzungen der befragten Psychotherapeuten beruhen; und von 4% bzw. 8% liegen hierzu keine Angaben vor (z. B. weil einige Kollegen keine Wartelisten führen). Wartezeiten lassen sich aber nur näherungsweise schätzen, da Patienten häufig bei mehreren Psychotherapeuten anfragen, eventuell auch mehrmals anrufen, bis sie auf einer Warteliste erfasst werden. Patienten, die nach längerer Wartezeit die Suche nach einem Therapieplatz aufgeben, werden nicht berücksichtigt.

In der globalen Einschätzung der Psychotherapeuten zeigt sich ein deutlicher „Trend zur Mitte“. Erfreulicherweise betrachten 45% die Versorgungslage in der eigenen Region als „eher gut“ oder „sehr gut“. Nur wenig mehr als ein Zehntel bezeichnet die Situation als „sehr schlecht“. Dies deutet darauf hin, dass durch die Psychotherapeuten größtenteils keine gravierenden generellen Versorgungsmängel wahrgenommen werden.

Dabei wird die Versorgungssituation in den Städten über 100.000 Einwohner hochsignifikant positiver eingeschätzt als in kleineren Städten oder Gemeinden. Offenbar ist es doch bedeutsam, ob in naher Umgebung mehr Psychotherapeuten verfügbar sind oder ob größere Entfernungen zu einem Behandler zurückgelegt werden müssen.

Die Therapieverfahren sind in Ostdeutschland anders verteilt als in der übrigen Bundesrepublik. Während sich im gesamtdeutschen Durchschnitt psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch arbeitende psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten derzeit die Waage halten (Best, 2010), dominieren in den neuen Bundesländern die Verhaltenstherapeuten mit einem Anteil von rund zwei Dritteln. Rein psychoanalytisch arbeitende Psychotherapeuten kommen in der Versorgungspraxis dagegen fast nicht vor. Ein Grund für den größeren Anteil der Verhaltenstherapie könnte darin liegen, dass sich nach der deutschen Wiedervereinigung im Osten mehr Kollegen für das sogenannte Delegationsverfahren entschieden und sich hier die Verhaltenstherapie als eine pragmatischere und sicherere Alternative im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung darstellte. Unter den neu Approbierten überwiegt in ganz Deutschland die Verhaltenstherapie, was von den Autoren des Forschungsgutachtens (Strauß et al., 2009) auf die vorwiegend verhaltenstherapeutische Ausrichtung der universitären Ausbildung zurückgeführt wird.

Entgegen mancherorts geäußerten Vorurteilen bestehen keine starken Unterschiede zwischen den Therapieverfahren, wenn man sie hinsichtlich ihres Behandlungsumfangs pro Therapeut für die psychotherapeutische Versorgung vergleicht. Psychodynamisch tätige Psychotherapeuten führen im Mittel gut zwei Therapiestunden mehr pro Woche durch als Verhaltenstherapeuten, letztere versorgen durchschnittlich etwa acht Patienten mehr pro Quartal. Bei Psychotherapeuten aller Verfahren besteht der Trend, relativ viele Patienten niederfrequent zu bestellen. Aus den durchschnittlichen Fallwerten der gesetzlichen Krankenversicherung 2009 (Best,

2010) lässt sich errechnen, dass Patienten im Osten pro Quartal im Mittel zwischen 3,8 (Verhaltenstherapie) und 4,6 (psychodynamische Therapie) Sitzungen erhielten. Im Westen sind die Leistungen pro Quartal etwas höher (4,3 Sitzungen bei VT und 6,0 bei psychodynamischen Psychotherapeuten). Höherer Versorgungsdruck führt im Osten bei Psychotherapeuten aller Verfahren zu höheren Fallzahlen als im Westen, und die Fallzahlen der psychodynamischen Psychotherapeuten liegen näher an denen der Verhaltenstherapeuten: nach den Daten der gesetzlichen Krankenversicherung (Best, 2010) sind es bei

psychodynamischen Psychotherapeuten 37 Fälle im Westen vs. 59 im Osten (OPK-Erhebung: 57 Fälle), bei Verhaltenstherapeuten 54 vs. 57 Fälle (OPK-Erhebung: 64 Fälle). Die ostdeutschen Psychotherapeuten versuchen offenbar nach Kräften, den pro Therapeut höheren Versorgungsbedarf abzudecken. Es bleibt die Frage offen, ob dieser Trend einen Einfluss auf Effektivität oder Qualität der Behandlungen ausübt.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass motivational bedingte Urteilsfehler der Befragungsteilnehmer nicht ausgeschlossen werden können, etwa bei

Symposium Positive Psychologie mit Professor Dr. Martin Seligman
Zürich, Samstag 2. Juli 2011

Symposium Positive Psychologie
Theorie und Praxis neuer Möglichkeiten für Pädagogik, Psychologie, Therapie, Beratung und Coaching

Martin Seligman - Ernst Fritz-Schubert - Fred Berger
Maja Storch - Willibald Ruch - Philip Streit

Heidelberg, Samstag 9. Juli 2011

2. Symposium Positive Psychologie
Wege zu Glück und Wohlbefinden – Kritische Auseinandersetzung und neue Möglichkeiten in Theorie und Praxis

Martin Seligman - Michael Eid - Gunther Schmidt - Philip Streit
Ernst Fritz-Schubert - Michael Frese - Heiko Ernst - Rainer Holm-Hadulla

Registrator

Online unter www.seligmaneuropa.com
per E-Mail an regheidelberg@seligmaneuropa.com
per Fax an +43 316 763919

Alternativ per Brief oder Mail an:

Fritz-Schubert-Institut
Philosophenweg 4, D- 69120 Heidelberg
+49(0)6221/6393405 anfragen@fritz-schubert-institut.de

Milton-Erickson-Institut Heidelberg
Im Weiher 12, D-69121 Heidelberg
+49 (0)6221 – 410941 office@meihei.de

Akademie für Kind, Jugend und Familie
Lagergasse 98a, A-8020 Graz
+43 (0)699 16030040 akjf@akjf.at

Institut für Selbstmanagement und Motivation Zürich (ISMZ)
Scheuchzerstrasse 21 8006 Zürich
+41 44 3501401 seligman@ismz.ch

Preise

Heidelberg:

€275.-	bis 30.04. 2011
€300.-	ab 01.05. 2011

Zürich:

360CHF.-	bis 30.04. 2011
400CHF.-	ab 01.05. 2011

Kombination:

€450.-	bis 30.04. 2011
€500.-	ab 01.05. 2011

570 CHF.- bis 30.04. 2011
635 CHF.- ab 01.05. 2011

In den Preisen sind sämtliche gesetzlich vorgeschriebene Abgaben inkludiert

Eine Veranstaltung des Fritz-Schubert-Institutes Heidelberg, des Milton-Erickson Institutes Heidelberg, des Instituts für Selbstmanagement und Motivation Zürich (ISMZ), in Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Persönlichkeitspsychologie und Diagnostik/Psychologisches Institut der Universität Zürich, der Akademie für Kind, Jugend und Familie in Graz und Seligman Europe.

der Beantwortung von Fragen nach dem Umfang der psychotherapeutischen Tätigkeit. Hier könnten beispielsweise Psychotherapeuten mit einem vollen Versorgungsauftrag bestrebt sein, nachzuweisen, dass sie diesen auch erfüllen. Allerdings wurde bei der Konstruktion und Anwendung des Fragebogens darauf geachtet, die Anonymität der Antwortter nicht zu gefährden, um solche Antworttendenzen zu minimieren. Ferner wirken die Daten vor dem Hintergrund früherer Studien sowie administrativer Daten plausibel (Löcherbach et al., 2000; Zepf et al., 2003).

Fazit

Die psychotherapeutische Versorgungssituation in Ostdeutschland ist gekennzeichnet durch eine im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet geringere Dichte an Psychotherapeuten, insbesondere im Bereich außerhalb der Großstädte. Unter ambulanten Psychotherapeuten in ganz Deutschland besteht die Tendenz, Patienten relativ niederfrequent zu behandeln. Dies ist im Osten angesichts höherer Fallzahlen etwas stärker ausgeprägt.

Eine Flexibilisierung der Versorgungskontingente – z. B. vermehrte Teilung von Kassensitzen, oder Schaffung psychotherapeutischer Angebote außerhalb der Richtlinienpsychotherapie (Erreichung von mehr Fällen durch unterschwelligere und ggf. nicht-genehmigungspflichtige Angebote) – erscheint angesichts der häufig nicht vollständigen Auslastung von psychotherapeutischen Praxen vielversprechend.

Ferner ist die Bedarfsplanung, insbesondere die starke Ungleichverteilung zwischen Stadt und Land, kritisch zu hinterfragen. „Behandlungsbedarf“ ist ein immer noch unscharfer Begriff (Jacobi & Preiß, im Druck) und schließt neben dem Vorliegen einer Diagnose „mit Krankheitswert“ auch die subjektive Behandlungsbedürftigkeit auf Seite des Betroffenen ein. Auch wenn in epidemiologischen Studien in ländlichen Gebieten stets geringere Raten an psychischen Störungen und geäußerter Belastung gefunden werden (Wittchen & Jacobi, 2001), legt dies keinesfalls Bedarfsunterschiede nahe, die eine bis zu Faktor

10 unterschiedliche Psychotherapeutendichte rechtfertigen.

Danksagung

Kerstin Dittrich, Jürgen Friedrich, Carsten Jacknau, Heidi Krüger und Frank Massow leisteten wertvolle Beiträge zu dieser Studie.

Finanziert wurde die Untersuchung durch die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer.

Literatur

- Best, D. (2010). Zahlen und Fakten zur Psychotherapie. *Psychotherapie Aktuell*, 2 (3).
- Bundesministerium für Gesundheit. (2006). *Ambulante Psychotherapeutische Versorgung*. Gesundheit in Deutschland 2006, Kap. 4.1.2. Berlin: BMG.
- Busse, S. (2004). *Psychologie in der DDR: die Verteidigung der Wissenschaft und die Formung der Subjekte*. Psychologie, Forschung, aktuell, Bd. 17. Weinheim: BeltzPVU.
- Frohburg, I. (2004). Vergessene Daten – Zur Entwicklung der Psychotherapie in der DDR. *Psychotherapeutenjournal*, 3 (3), 231-234.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2007). Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) vom 15. Februar 2007. *Bundesanzeiger*, 64, 3491.
- Heineberg, H. (2006). *Stadtgeographie*. Paderborn: Schöningh.
- Jacobi, F. & Preiß, S. (im Druck). Epidemiologie psychischer Störungen, Behandlungsbedarf und Versorgungssituation. In W. Senf & W. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (5. vollständig überarbeitete Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Löcherbach, P., Henrich, T., Kemmer, H., Kinstler, H.-J., Knopp-Vater, M., Rieckmann, N., Schneider, A. & Weber, I. (2000). *Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 125. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Ministerium für Hoch- und Fachschulwesen der DDR (Hrsg.). (1989). *Statistisches Jahrbuch des Hochschulwesens der DDR*. Berlin.

Peikert, G. (2009). Psychotherapeuten im Osten müssen mehr Einwohner versorgen. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (2), 205-206.

Peikert, G. (2010). Genau hinschauen – Umfrage zur psychotherapeutischen Versorgung in Ostdeutschland ergibt ein differenziertes Bild. *Psychotherapeutenjournal*, 9 (3), 327-328.

Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). *Psychotherapeutische Versorgung*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H., Goldbeck, L., Leuzinger-Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44 (10), 993-1000.

Zepf, S., Mengele, U. & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 152-162.



Dipl.-Psych. Dr. Gregor Peikert

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Jena
Philosophenweg 3
07743 Jena
gregor.peikert@med.uni-jena.de

Können Sie uns einen Depressiven vermitteln? Wenn Medien nach Anschauungsmaterial suchen

Wolfgang Schmidbauer

Psychotherapeutische Praxis, München

Zusammenfassung: Häufig wenden sich Medienvertreter an Psychotherapeuten, weil sie für einen Bericht über psychische Probleme und Störungsbilder einen „passenden“ Patienten suchen. Der Autor hält es für unvereinbar mit der besonderen Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient, in solchen Fällen die Anfrage weiterzugeben. Das Vertrauensverhältnis erfordert, darauf Rücksicht zu nehmen, dass sich der Patient möglicherweise nicht frei fühlt, seinem Psychotherapeuten etwas abzuschlagen. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass eine mediale Darstellung beträchtlichen, für einen Laien nicht vorhersehbaren Stress entfalten kann.

Wer als Psychotherapeut in den Medien präsent ist – etwa durch eine Kolumne, eine Buchpublikation oder als Vertreter einer Institution, z. B. einer Klinik oder auch der Psychotherapeutenkammer – wird auch Anfragen von Seiten der Printmedien oder des Fernsehens kennen, ob er nicht zu einem gerade aktuellen Thema einen geeigneten Fall aus seiner Praxis beisteuern könne. Natürlich müsse die Patientin oder der Patient erst gefragt werden und einverstanden sein – es reiche, wenn der Therapeut entsprechende Kontakte knüpfe.

Meine eigenen Erfahrungen mit solchen Anfragen hängen damit zusammen, dass ich über Beziehungsdynamik und Paartherapie publiziert habe. Ich erinnere mich an Anrufe von privaten Fernsehsendern, ob

ich beispielsweise Paare beisteuern könne, bei denen die Frau mehr verdient als der Mann, Paare, bei denen ein Partner Sexspiele will, die der andere ablehnt, oder Paare, die sich abwechselnd trennen und wieder zusammenziehen, um nur einige Beispiele zu nennen.

Medienvertreter wissen, dass Experten gerne langatmig und mit dem üblichen akademischen Bemühen um Differenzierung reden. Daher böte ein Betroffener, der von sich selbst erzählt, für den Leser oder Zuschauer allemal die überzeugendere Darstellung. So ist ihr Anliegen verständlich. Dennoch bin ich überzeugt, dass Psychotherapeuten in solchen Fällen nicht nur die Identität ihrer Patienten nicht preisgeben, sondern sich auch nicht an

diese wenden dürfen, ob sie das etwa aus eigenem Ermessen zu tun bereit sind.

Ich erkläre den Medienvertretern, es sei nach meinem Dafürhalten unethisch und nicht mit den Pflichten eines Psychotherapeuten vereinbar, einen Patienten auch nur zu fragen, ob er sich für eine mediale Aufarbeitung seiner Therapie zur Verfügung stellen wolle oder nicht. Ich versuche dann auch die betreffenden Redakteure oder Journalisten mit dem besonderen Verhältnis zwischen Psychotherapeut und Klient vertraut zu machen.

Da sich der Klient dem Psychotherapeuten verpflichtet fühlt und eine gänzliche Entscheidungsfreiheit des Klienten nicht vorausgesetzt werden kann, halte ich es grundsätzlich nicht für vertretbar, als Therapeut einer Klientin oder einem Klienten die mediale Aufarbeitung einer Therapie nahezubringen. Bedenken sind angezeigt, dass die Zustimmung in der Absicht erfolgt, den Psychotherapeuten nicht zu enttäuschen, vielleicht sogar von der Phantasie unterstützt, der Therapeut verbinde mit seinem Ansinnen den Wunsch, als erfolgreicher Heiler in den Medien präsent zu

IFP

**INSTITUT FÜR
PSYCHOTHERAPIE POTSDAM**
- staatlich anerkannte Ausbildungsstätte -

Rosa-Luxemburg-Straße 40 • 14482 Potsdam-Babelsberg
Tel. 0331/235 31 33 • Fax. 0331/231 60 79

info@ifp-potsdam.com • www.ifp-potsdam.com

Kursbeginn zweimal jährlich (Frühjahr / Herbst) • Vollzeit- oder Teilzeitausbildung • persönliche Informationsgespräche mit Institutsleitung • Individuelle Begleitung in kleinen Ausbildungsgruppen • Praxisnähe und Integration einer breiten Palette humanistischer, körperorientierter und systemischer Psychotherapiemethodik auf der verbindenden Grundlage eines psychodynamischen Verständnisses von Psychotherapie • Inspirierende Ausbildungsatmosphäre in kreativer Umgebung und Hauptstadtnähe

Schwerpunkte:

- Psychodynamische Psychotherapie (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie u. Analytische Psychotherapie) - Approbation
- Gruppenpsychotherapie (TP) - Weiterbildung
- Körperpsychotherapie (Ergänzungsverfahren)

werden. Da sich ein solches Risiko nicht ausschließen lässt, wiegt die Gefährdung des Patienten nach meinem Ermessen schwerer als das Interesse der Medien an einer Erleichterung der Berichterstattung. Psychotherapeuten sollten ebenso wie die Journalisten zu dem Urteil kommen, dass Patienten und Patientinnen nicht im Dienste des sog. „öffentlichen Interesses“ verfügbar sind.

Ich habe einmal in meinem Umfeld erlebt, wie ein Therapeut eine Patientin für eine Fernsehsendung über Psychosentherapie gewann. Sie war begeistert in der Sendung über ihre Heilung berichten zu können, verlor nachher zunehmend den Realitätsbezug und musste schließlich stationär behandelt werden: Die gute Absicht, für die Psychotherapie zu werben, hatte nicht mit der Übertragungsdynamik und der Überforderung durch die exhibitionistische Befriedigung gerechnet. Nach Zusammenbruch und Klinikaufenthalt wollte die „Geheilte“ von dem Psychotherapeuten und seiner Therapie nichts mehr wissen.

Ein Einzelfall ist von begrenztem Aussagewert, aber er verdeutlicht die möglichen Gefahren einer solchen Zusammenarbeit mit Medienvertretern. Mit Hilfe identifizierbarer Patienten die eigene Medienpräsenz zu verbessern und davon auszugehen, wenn diese zustimmen würden, sei das ethische Problem gelöst, scheint mir nicht

viel einsichtiger als der Glaube, wenn eine Patientin zustimme, eine Behandlung zu beenden und sofort ein sexuelles Verhältnis aufzunehmen, sei das ganz in Ordnung.

Im letzteren Fall sieht die Berufsordnung der American Psychiatric Association als Mindestforderung eine Zeit von einem Jahr zwischen dem Ende einer Therapie und dem Beginn einer sexuellen Beziehung vor. Diese Regelung mag pragmatisch sein, ignoriert aber die Tatsache, dass sich menschliche Affekte nicht nach dem Kalender richten. Ich halte es *nicht* für vertretbar, Patienten in die Medien zu bringen, deren Behandlung vor mindestens einem Jahr abgeschlossen wurde. Ich glaube nicht, dass nach diesem Jahr alle Entscheidungen frei und rational getroffen werden.

Zusätzlich möchte ich zu bedenken geben, dass *jede* Selbstdarstellung in den Medien *gerade für Psychotherapiepatienten* ein spezielles Risiko enthält. Sie haben sich in der therapeutischen Situation beschützt und gehalten gefühlt. Sie werden diese Erwartung auch auf eine von dem Psychotherapeuten vermittelte Medien-Darstellung ihrer Person übertragen. Wer aber erst einmal in den Medien erscheint, muss damit rechnen, dass er Schutz seiner Intimsphäre und Verständnis für seine Verletzlichkeit nicht mehr voraussetzen kann.

Daher empfehle ich, Medienvertretern diese Situation freundlich und genau zu erklären. Ich habe fast immer Verständnis für meine Absagen erlebt und denke, dass z. B. neutrale Anzeigen in der Publikumspresse oder im Internet ein sehr viel besserer Weg sind, Kontakte zu Psychotherapiepatienten anzubahnen, die ihre Erfahrungen den Medien zur Verfügung stellen wollen. Für die Aufklärung der Öffentlichkeit noch sinnvoller erscheint mir eine Zusammenarbeit von Psychotherapeuten mit professionellen Drehbuchautoren und die Verwendung von Schauspielern.



Dr. Wolfgang Schmidbauer

Delegierter der PTK Bayern
Kolumnist des ZEIT-Magazins
Ungererstraße 66
80805 München
info@wolfgang-schmidbauer.de

Recht: Aktuell

Generationengerechtigkeit bei der Vergabe von Vertragspsychotherapeutenstellen

Uta Rüping¹, Anja Möhring²

¹ Rechtsanwältin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, ^{1,2} Rechtsanwälte Rüping, Karoff und Kollegen, Hannover

Nachdem die Altersgrenze von 55 Jahren für eine erstmalige Zulassung als Vertragsarzt/-psychotherapeut und das Höchstalter für die Ausübung des Berufes eines Vertragsarztes/-psychotherapeuten von 68 Jahren aufgehoben wurden, bewerben sich zunehmend Ärzte auf ausgeschriebene Praxisstellen, die bei Fortgeltung der Altersgrenzen von einer Zulassung ausgeschlossen wären. Es ist ein Trend zu beobachten, dass Zulassungs- und Berufungsausschüsse diesen Ärzten die Sitze zusprechen, da sie ihren jüngeren Mitbewerbern im Hinblick auf Approbationsalter und Dauer der ärztlichen Tätigkeit überlegen sind und die Zulassungs- und Berufungsausschüsse diesem Kriterium allein ausschlaggebendes Gewicht bei der Auswahl zwischen mehreren Bewerbern zuzumessen scheinen. Dies hat dazu geführt, dass größere Gemeinschaftspraxen ihre bereits ausgeschiedenen Seniorpartner reaktiviert haben, mit dem Ziel, einen weiteren Sitz für die Praxis zu gewinnen. Auch wenn diese Vorgehensweise im Bereich der Psychotherapie noch nicht verbreitet zu sein scheint, soll auf die damit verbundene Problematik hingewiesen werden, insbesondere im Hinblick auf die nun zu vergebenden

Sitze zur Erfüllung der KJP-Mindestquote.

In dem folgenden Beitrag werden wir zeigen, dass eine Auswahlentscheidung allein anhand des Approbationsalters und der Dauer der ärztlichen Tätigkeit auf einem falschen Verständnis der Auswahlkriterien beruht und rechtswidrig ist. Dass die (erneute) Zulassung eines Psychotherapeuten von über 70 Jahren zu Lasten eines Therapeuten von 45 Jahren, der sich eine berufliche Zukunft aufbauen will, gesellschaftspolitisch nicht gewünscht sein kann, bedarf keiner weiteren Erklärung.

1. Rechtliche Grundlagen

Wenn für eine Arztgruppe Zulassungsbeschränkungen bestehen, schreibt die Kassenärztliche Vereinigung im Falle einer Praxisnachfolge oder nach Entsperrung die freigeordneten Vertragsarztsitze aus. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss gem. § 103 Abs. 4 Satz 3 SGB V bzw. § 23 Abs. 3 Nr. 3 Bedarfsplanungsrichtlinie nach pflichtgemäßem Ermessen. Die Auswahlentscheidung erfolgt sowohl bei

der Praxisnachfolge als auch nach Entsperrung nach den Kriterien berufliche Eignung, Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit, Approbationsalter und Dauer der Eintragung in der bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geführten Warteliste. Bei der Praxisnachfolge wird gem. § 103 Abs. 4 Satz 4 SGB V ferner berücksichtigt, ob der Bewerber Ehegatte oder Kind des Praxisabgebers ist. Auch die Tätigkeit als angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes und die Tatsache der bisher gemeinschaftlichen Ausübung der Praxis ist zu berücksichtigen. Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben sind nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswerts der Praxis nicht übersteigt. Bei der Vergabe eines Sitzes nach Entsperrung soll gem. § 23 Abs. 3 Satz 2 Bedarfsplanungsrichtlinie bei der Auswahl unter mehreren geeigneten Bewerbern die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes und ihre Beurteilung in Hinblick auf die bestmögliche Versorgung der Versicherten berücksichtigt werden.

Das Gesetz sieht keine Rangfolge unter den Auswahlkriterien vor, so dass sich diese

grundsätzlich gleichrangig gegenüber stehen. Allerdings ist der u. a. vom Landessozialgericht Schleswig-Holstein (Beschl. v. 03.08.2006 – Az. L 4 B 269/06 KA ER) vertretenen Ansicht zuzustimmen, dass die Dauer der Eintragung in die Warteliste den übrigen Auswahlkriterien gegenüber nachrangig ist, da es sich um ein rein formales Kriterium handelt, das nichts über die Qualifikation oder Erfahrung des Bewerbers aussagt.

1.1. Berufliche Eignung

Die berufliche Eignung setzt zunächst den Status als approbierter PP oder KJP voraus. Grundsätzlich sind alle approbierten PP/KJP als in gleicher Weise beruflich geeignet anzusehen, eine weitere Differenzierung z. B. hinsichtlich der Abschlussnote oder Beurteilungen findet nicht statt (BSG, Urt. v. 14.07.1993 – Az. 6 RKA 71/91). Dies bedeutet indes nicht, dass bei der Beurteilung der beruflichen Eignung nicht weitere Kriterien wie Zusatzqualifikationen und damit verbundene Abrechnungsgenehmigungen berücksichtigt werden dürfen. Wäre dies nicht der Fall, würde die berufliche Eignung als Auswahlkriterium vollständig entwertet, da der Status approbierter PP/KJP

bereits Mindestvoraussetzung dafür ist, sich überhaupt auf den ausgeschriebenen Sitz bewerben zu können.

Für die Praxisnachfolge ist seit langem anerkannt, dass es bei gleicher berufsrechtlicher Qualifikation der Bewerber zu einer differenzierten Eignungswertung kommen kann, wenn zusätzliche Genehmigungen für die Fortführung des Praxisbetriebes wesentlich sind (**LSG Bayern, Urt. v. 23.04.2008 – Az. 12 KA 443/07**). Bei der Praxisübernahme kann ein ausschlaggebendes Kriterium der beruflichen Eignung sein, dass der Praxisübernehmer im gleichen Richtlinienverfahren arbeitet, wie der abgebende Therapeut. Auf diesem Weg ist die unproblematische Übernahme des vorhandenen Patientenstamms und deren weitere Versorgung sichergestellt. Sollte der abgebende Therapeut in seiner Praxis z. B. Gruppentherapie angeboten haben, kann es für die bessere Eignung eines Bewerbers sprechen, wenn dieser ebenfalls über eine Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie verfügt.

Aber auch bei neu zu vergebenden Sitzen können Zusatzqualifikationen in die Bewertung der beruflichen Eignung mit einfließen. Ziel einer Auswahlentscheidung bei der Vergabe von Vertragspsychotherapeutenstellen ist die möglichst umfassende Sicherstellung der Versorgung. Hier können zugunsten einzelner Bewerber vorhandene Kenntnisse und Erfahrungen z. B. in Traumatherapie, Sexualtherapie, Gruppentherapie etc. berücksichtigt werden, um diesem Anspruch gerecht zu werden.

Geradezu revolutionär dürfte sich ein aktuelles Urteil des

Bundessozialgerichts (**Urt. v. 23.06.2010 – Az. B 6 KA 22/09 R**) auf die Zulassungspraxis auswirken. Es war bislang herrschende Meinung, dass sich ein Anspruch auf Sonderbedarf nicht damit begründen lässt, dass ein nicht gedeckter Versorgungsbedarf in einem Richtlinienverfahren besteht. Begründet wurde dies damit, dass das Richtlinienverfahren lediglich den Zugang zum Beruf des PP/KJP ermöglicht aber weder eine fakultative Weiterbildung noch eine besondere Fachkunde darstellt.

Das Bundessozialgericht hat nun in dem genannten Urteil klargestellt, dass die Spezialisierung auf ein bestimmtes Richtlinienverfahren – wie psychoanalytische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie – der Qualifikation durch einen Schwerpunkt im Sinne der ärztlichen Weiterbildung gleichsteht. Zwar bezieht sich die Entscheidung auf die Sonderbedarfszulassung, sie bedeutet aber, dass Zulassungsausschüsse künftig bei der Vergabe von PP/KJP-Sitzen auch das Richtlinienverfahren berücksichtigen können, um eine gleichmäßige Versorgung der Versicherten mit allen psychotherapeutischen Verfahren sicherzustellen. So kann es für eine bessere berufliche Eignung eines Bewerbers sprechen, wenn dieser in einem Richtlinienverfahren tätig ist, das im Planungsbereich in dem der Sitz vergeben wird, unterrepräsentiert ist.

1.2. Approbationsalter und Dauer der ärztlichen Tätigkeit

Das Approbationsalter bezeichnet die Zeitspanne seit dem Tag der Approbation. Für die

Ermittlung der Dauer der Tätigkeit ist jede spezifisch psychotherapeutische Tätigkeit seit der Approbationserteilung maßgeblich; es kommt nicht auf die Funktion an in der man tätig war. Um eine Vergleichbarkeit sicherzustellen, ist nicht nur nach Tagen zu differenzieren sondern auch zu berücksichtigen, ob eine Tätigkeit ganz- oder halbtags ausgeübt wurde.

Das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit zielen auf die Bewertung ärztlichen Erfahrungswissens ab. Dabei lässt sich berufliches Erfahrungswissen aber nicht beliebig vermehren. Nach einer länger dauernden psychotherapeutischen Tätigkeit lässt sich aus dieser Dauer kein entscheidender Vorteil im Bezug auf die berufliche Eignung eines bestimmten Bewerbers mehr herleiten. Nach einer Entscheidung des Sozialgerichts Karlsruhe (**Urt. v. 27.10.2006 – Az. S 1 KA 240/06**) soll diese Grenze bereits nach 10 Jahren ärztlicher Tätigkeit erreicht sein. Wenn folglich mehrere Bewerber über eine längere berufliche Tätigkeit als 10 Jahre verfügen, ist es ermessensfehlerhaft, den Sitz allein mit der Begründung der Dauer der ärztlichen Tätigkeit an den ältesten Bewerber zu vergeben.

Durchaus umstritten und gerichtlich bislang nicht entschieden ist die Frage, ob Ausfallzeiten aufgrund von Mutterschutz bzw. Elternzeit bei der Ermittlung der Dauer der ärztlichen Tätigkeit berücksichtigt werden müssen. Dies scheint nicht nur im Hinblick auf den besonderen Schutz der Familie gem. Art. 6 GG geboten, sondern auch im Hinblick auf das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG). Gem. § 3

Abs. 1 Satz 3 AGG liegt eine unmittelbare Benachteiligung wegen des Geschlechts auch im Falle einer ungünstigeren Behandlung einer Frau wegen Schwangerschaft oder Mutterschaft vor. Zwar können die Ausfallzeiten nicht als Berufsjahre anerkannt werden, da in diesen Jahren tatsächlich keine Berufserfahrung gesammelt wurde. Wenn sich die Dauer der ärztlichen Tätigkeit zweier Bewerber allerdings nur um wenige Jahre unterscheidet und dieser Unterschied auf Ausfallzeiten aufgrund von Kinderbetreuung beruht, darf dies nicht zu Lasten der Bewerberin gehen, die sich für eine Familienphase entschieden hat.

2. Generationengerechtigkeit

Der Europäische Gerichtshof hat sich Anfang des Jahres mit der Frage auseinandergesetzt, ob die Höchstaltersgrenze für die Ausübung des Berufes eines Vertragszahnarztes mit europäischem Recht vereinbar ist. Der EuGH hat hierzu entschieden, dass eine solche Altersgrenze dann gerechtfertigt ist, wenn diese die Verteilung der Berufschancen zwischen den Generationen innerhalb der Berufsgruppe zum Ziel hat und wenn sie unter Berücksichtigung der Situation auf dem betreffenden Arbeitsmarkt zur Erreichung des Ziels angemessen und erforderlich ist (**EuGH, Urt. v. 12.01.2010 – Az. C-341/08**).

Auch wenn die Höchstaltersgrenze für Vertragspsychotherapeuten entfallen ist, ist der Rechtsgedanke, den der EuGH seiner Entscheidung zugrunde gelegt hat, auf die Entscheidung über die Vergabe von

Therapeutensitzen übertragbar. Es muss zulässig sein, einem PP/KJP, der bereits ein durchschnittliches therapeutisches Erwerbsleben zurückgelegt hat, die Zulassung zu verweigern, um einem beruflich gleichermaßen geeigneten jungen Therapeuten den Zugang zum Beruf zu ermöglichen. Wenn die Zulassungsausschüsse Auswahlentscheidungen allein anhand des Approbationsalters und der Dauer der ärztlichen Tätigkeit treffen, haben junge PP/KJP faktisch kaum noch Chancen auf eine Zulassung.

Entgegen der teilweise von den Zulassungsausschüssen vertretenen Meinung liegt hierin auch keine Altersdiskriminierung im Sinne des AGG vor. Bei einer abwägenden Einzelfallentscheidung, die sämtliche Zulassungskriterien umfasst, kann bereits keine Diskriminierung aufgrund des Alters eines Bewerbers vorliegen. Selbst wenn man dies annehmen wollte, gestattet § 10 Sätze 1 und 2 AGG eine unterschiedliche Behandlung wegen des Alters, soweit sie objektiv und angemessen und durch ein legitimes Ziel gerechtfertigt ist und sofern die Mittel zur Erreichung dieses Ziels ebenfalls angemessen und erforderlich sind. Die Verteilung der Berufszugangschancen zwischen den Generationen ist, wie bereits erläutert, ein solches legitimes Ziel.

Ebenfalls zur Generationengerechtigkeit gehört es, einem Therapeuten die Chance zu geben, mit seiner beruflichen Tätigkeit eine Alterssicherung aufzubauen. Dieser Aspekt war bis zur Aufhebung der Höchstaltersgrenze in der Ausnahmeregelung des § 97 Abs. 7 Nr. 1 SGB V normiert. Danach verlängerte der Zulas-

sungsausschuss die Altersfrist, wenn der Vertragsarzt/-psychotherapeut bei Vollendung des 68. Lebensjahres noch keine 20 Jahre zugelassen war. Bei der Auswahl zwischen zwei gleichermaßen geeigneten Bewerbern darf dem jüngeren der Vorzug gegeben werden, wenn ihm hiermit die Chance eröffnet wird, sich im Laufe seines durchschnittlichen Erwerbslebens eine Altersversorgung aufzubauen. Dies gilt jedenfalls dann, wenn der Mitbewerber bereits ein volles Erwerbsleben hinter sich hat und auf den Aufbau einer Altersversorgung nicht mehr angewiesen ist.

Zu Lasten eines Bewerbers, der unter Fortgeltung der Höchstaltersgrenze von der Zulassung ausgeschlossen gewesen wäre, spricht auch, dass ein solcher Therapeut der Versorgung voraussichtlich nicht sehr lange zur Verfügung stehen wird. Ein jüngerer Therapeut wird bei normalem Verlauf 20 Jahre und länger vertragspsychotherapeutisch tätig sein und so eine beständige Versorgung der Versicherten gewährleisten. Ein Therapeut, der über 60 Jahre alt ist, wird dies nicht tun, er wird wahrscheinlich nur einige wenige weitere Jahre arbeiten und sich dann zurückziehen. Versorgungsstabilität ist mit einem solchen Therapeuten nicht zu erreichen.

Schließlich soll noch ein Aspekt angesprochen werden, der vielleicht bei Psychotherapeuten nicht die gleiche Rolle spielt wie in anderen Facharztpraxen aber dennoch bedacht werden sollte. Ein Therapeut, der seine Zulassung zurückgibt, kann im Wege der Praxisnachfolge die Praxis veräußern. Wenn dieser Therapeut sich nun auf einen frei werdenden Sitz bewirbt und diesen aufgrund der

IAG – Internationale Arbeitsgemeinschaft für Gruppenanalyse

- Einladung zu den seit über 30 Jahren renommierten Workshops in Altaussee / Österreich, außerhalb der Verflechtungen am Heimatort
- Leitung durch international bekannte, überwiegend in der Tradition von S. H. Foulkes ausgebildete Gruppenanalytiker

Gruppenanalyse in Workshops

- für Menschen mit Interesse an persönlicher Selbsterfahrung
- zur Aus- und Weiterbildung oder Fortbildung in analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Gruppenpsychotherapie
- zur Qualifikation für Praxis, Klinik und Supervision

Inhalt und Umfang unserer Workshops:

- 25 Doppelstunden analytische und tiefenpsychologisch fundierte Selbsterfahrung in Klein- und Großgruppe
- 3 Doppelstunden Theorie der Gruppenpsychotherapie und der Gruppendynamik
- 3 Doppelstunden Gruppensupervision

Institutsleitung:

Prof. Dr. phil. Michael Hayne, Bonn (geschäftsführend)
Prof. Dr. med. Josef Shaked, Wien

Für diese Veranstaltung werden von der Österreichischen Ärztekammer 62 Fachpunkte vergeben, die in Deutschland auf Antrag als Fortbildungspunkte anerkannt werden können.

Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen hat unsere Workshops als Fortbildung akkreditiert. Es wurden 45 Punkte zuerkannt.

Termine:

15. April – 23. April 2011
30. September – 8. Oktober 2011

Teilnahmekosten:

je Workshop 880 €
Studenten 440 €

Information und Anmeldung:

IAG – Internationale Arbeitsgemeinschaft für Gruppenanalyse
Ingrid Berendes
Kreuzherrenstraße 65
53227 Bonn
Tel.: 0228 478951
Fax: 0228 477872
office@gruppenanalyse.info
www.gruppenanalyse.info

Dauer der ärztlichen Tätigkeit zugesprochen bekommt, kann er nach einiger Zeit erneut auf den Sitz verzichten und auch diesen veräußern. Auf diese Weise würden Praxen mehr noch als bisher zur Handelsware. Junge Therapeuten müssten sich erheblich verschulden, um überhaupt die Chance auf eine Zulassung als Vertragspsychotherapeut zu haben.

Fazit

Bei dem Approbationsalter und der Dauer der ärztlichen Tätigkeit handelt es sich um Auswahlkriterien, die anhand einer mathematischen Formel einfach zu berechnen sind. Da ist die Versuchung groß, eine Auswahlentscheidung allein auf diese harten Fakten zu stützen. Zulassungs- und Berufungsausschüsse, die dies tun entziehen sich allerdings ihrer Verantwortung.

Durch ihre Beschlüsse haben die Zulassungs- und Berufungsausschüsse maßgeblichen Einfluss auf die Gestaltung der Ärzte- und Therapeutenlandschaft in Deutschland. Bei den Medizinern ist bereits jetzt der Trend zu beobachten, dass junge, gut ausgebildete Ärzte ins Ausland

gehen, weil ihnen dort bessere Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten geboten werden. Der Ärztemangel in einigen ländlichen Bereichen ist schon heute dramatisch.

Noch werden ausreichend PP/KJP ausgebildet. Dies könnte sich aber schnell ändern, wenn sich die beruflichen Chancen junger Therapeuten derart verschlechtern, dass sie nach einer langen und kostspieligen Ausbildung faktisch keine Möglichkeit hätten, sich niederzulassen. Angesichts stetig steigenden Bedarfs könnte dies fatale Folgen für die Versorgung der Versicherten mit psychotherapeutischer Behandlung haben.

Die gerichtliche Kontrolle von Auswahlentscheidungen ist auf die Überprüfung beschränkt, ob der Zulassungsausschuss von einem vollständigen und richtigen Sachverhalt ausgegangen ist, die rechtlichen Grenzen seines Ermessensspielraums eingehalten und von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat. Eine danach rechtsfehlerfreie Auswahlentscheidung muss das Gericht hinnehmen, es

ist nicht befugt, an Stelle der Zulassungsinstanzen eine eigene Auswahlentscheidung zu treffen (**LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 20.07.2006 – Az. L 5 KA 3384/06 ER-B**).

Daher appellieren wir an die Zulassungs- und Berufungsausschüsse, ihrer Verantwortung gerecht zu werden und bei Auswahlentscheidungen sämtliche Auswahlkriterien zu ermitteln und zu bewerten. Wenn die Auswahl zwischen jüngeren Therapeuten und Therapeuten zu treffen ist, die bereits auf ein durchschnittliches Erwerbsleben zurückblicken

können, sollte bei ansonsten gleichwertiger beruflicher Eignung dem jüngeren Bewerber unter dem Gesichtspunkt der Generationengerechtigkeit der Vorzug gegeben werden.

PP/KJP, die aufgrund einer unzureichenden Ermessensausübung durch den Zulassungsausschuss nicht zugelassen wurden, raten wir zu Widerspruch und, soweit notwendig, zur Klage. Da sozialgerichtliche Verfahren sehr langwierig sind, sollte in jedem Fall die Möglichkeit eines einstweiligen Rechtsschutzverfahrens geprüft werden.



Dr. Uta Rüping

Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht
Rechtsanwältin der
PTK Niedersachsen
RAe Rüping, Karoff und
Kollegen
Hindenburgstraße 28/29
30175 Hannover
RAe@rueping-karoff.de



Anja Möhring

Rechtsanwältin
RAe Rüping, Karoff und
Kollegen
Hindenburgstraße 28/29
30175 Hannover
RAe@rueping-karoff.de

Aktuelles aus der Forschung

Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Psychotherapeutische Versorgungsforschung – Versorgungsforschung in der Psychotherapie

„Versorgungsforschung tut Not!“, sie ist eine wissenschaftliche und auch politische Herausforderung, wie Kordy (2008) es formulierte. Dies ist zutreffend sowohl für das Gesundheitswesen insgesamt als auch für die Psychotherapie im Besonderen. Ziel der Versorgungsforschung ist die Generierung von grundlegendem und vor allem anwendungsnahem Wissen über die Praxis der Kranken- und Gesundheitsversorgung, das der Öffentlichkeit wie auch Entscheidungsträgern zur Verfügung gestellt wird (vgl. Pfaff, 2003). Gesetzliche, politische und ökonomische Eingriffe modifizieren fortlaufend Versorgungsstrukturen und -prozesse, allerdings in der Regel ohne die Auswirkungen für die Betroffenen wissenschaftlich zu überprüfen. Wegen dieser fehlenden Evaluation besteht oft nur eine geringe Transparenz hinsichtlich der Auswirkungen sowohl für gesunde als auch vor allem für erkrankte Menschen. Psychotherapeutische Versorgungsforschung wird in Anlehnung an Kordy (2008) bzw. Schulz et al. (2006) verstanden als Forschung, die die konkrete geleistete psychotherapeutische Versorgung zum Gegenstand hat bzw. macht. Sie bezieht sich auf Strukturen, Prozesse

und Ergebnisse, erforscht Bedarf, Indikation, Zugangswege, Inanspruchnahme von Psychotherapie, ihre Schnittstellen bzw. Vernetzung, Dosis-Wirkungsbeziehungen, ihren Outcome (unter Alltagsbedingungen) oder ihre Kosten-Nutzen-Relation (Schulz et al., 2006). Zentrale Fragen und Schwerpunkte betreffen auch die Prävalenz, mögliche Ursachen und Auswirkungen von Unter-, Über- und Fehlversorgung, die Interaktionen zwischen Diagnostik und Therapie, transsektorale Verläufe und komplexe Interdependenzen der Versorgung (Glaeske et al., 2009). Aufgabe der Versorgungsforschung ist deshalb vor allem die Beschreibung und Analyse der Versorgungssituation („Ist“- und Defizit-Analysen) und hierauf aufbauend die Entwicklung von neuen Versorgungskonzepten und deren wissenschaftliche Begleitung sowie die Evaluierung von Versorgungskonzepten unter realen Bedingungen („Routineversorgung“) auf der Ebene der Gesamtbevölkerung oder relevanter Populationen (ebd.).

Bereits im Forschungsgutachten zum PsychThG (Meyer, Richter, Grawe, Schulenburg & Schulte, 1991, S. 30, 153f) wurde die Datenlage zur psycho-

therapeutischen Versorgung als unzureichend bezeichnet. Eine Aussage, die auch heute noch gültig ist. Obwohl aus der nun über 50-jährigen Tradition der Psychotherapieforschung eine heute kaum mehr überschaubare Anzahl von Therapiestudien entstanden ist, die die Wirksamkeit von Psychotherapie belegen, muss festgehalten werden, dass nur ein geringer Anteil dieser Studien in der konkreten Versorgungspraxis unter Alltagsbedingungen durchgeführt wurde. Dies bedeutet, dass aus den Befunden der Psychotherapieforschung nicht ohne weiteres auf die alltägliche Versorgung geschlossen werden kann. Eine entscheidende Frage für die psychotherapeutische Versorgungsforschung ist demzufolge die nach den Ergebnissen in der realen Versorgung. Zwischenzeitlich existieren eine Reihe von Studien, die – obwohl sie nie so benannt wurden – der Versorgungsforschung zuzurechnen sind (vgl. Nübling, 2009), sowohl im ambulanten als auch v. a. im Bereich der stationären Versorgung (vgl. u. a. die Metaanalyse über 67 fast ausschließlich naturalistische Studien in der psychosomatischen Rehabilitation; Steffanowski, Löschnann, Schmidt, Wittmann & Nübling, 2007).

In der vorliegenden Übersicht sollen beispielhaft zwei neue bzw. neuere Studien sowie eine alte (mit neuen Ergebnissen) herausgegriffen und vorgestellt werden:

- die Studie „Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung“ (TRANS-OP-Studie),
- die Studie „Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten“ sowie
- die abschließende Publikation der „Mannheimer Kohortenstudie“.

Die Studie „Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung“ (TRANS-OP-Studie)

In der TRANS-OP-Studie (u. a. Puschner & Kordy, 2010; Puschner & Kraft, 2008; Gallas et al., 2008, 2010) wurde der Verlauf der psychischen, körperlichen und interpersonalen Beeinträchtigungen während eines Zweijahreszeitraumes nach Beantragung ambulanter Psychotherapie untersucht. Die Studie versteht sich als ein Beitrag zur Versorgungsforschung in der Psychothe-

rapie. Untersucht wurden im Rahmen eines naturalistischen Forschungsansatzes $n=627$ Versicherte der Deutschen Krankenversicherung (DKV), die eine ambulante Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie [TP], analytische Psychotherapie [AP], oder Verhaltenstherapie [VT]) in Anspruch nahmen. Die Rücklaufquoten der Patienten bezogen auf die Ausgangsstichprobe lagen für die vier folgenden Messzeitpunkte jeweils um 80%, die der Therapeuten bei ca. 65%; dies zeigt eine hohe Akzeptanz der Studie v. a. bei den Patienten. Der Gesundheitszustand der Patienten wurde mittels standardisierter Instrumente (SCL-90-R, GBB-24, BSS, HAQ, Interpersonelle Probleme) erfasst.

Die wichtigsten Ergebnisse: Die überwiegende Mehrzahl der Patienten wies zu Beginn der Therapie erhebliche psychische Beeinträchtigungen, interpersonale Probleme und auch körperliche Beschwerden auf (Selbst- und Fremdbeurteilung). Die unterschiedlichen Parameter verbesserten sich in allen drei Therapieverfahren beträchtlich. Die therapeutische Arbeitsbeziehung war ein durchgängiger, aber nicht sehr starker Prädiktor für den Behandlungserfolg. Dabei erwies sich die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung als abhängig von der Beeinträchtigungsschwere (je schwerer beeinträchtigt, desto schlechter die Arbeitsbeziehung; Puschner & Kordy, 2010). Ein wesentlicher Befund zur Therapiedauer ist, dass der Median in allen drei Richtlinienverfahren deutlich niedriger war als in vergleichbaren früheren Studien (z. B. Löcherbach et al., 2000). Sie lagen für die VT bei 25, die TP bei 42 und für

die AP bei ca. 100 Sitzungen. Auch zeigte sich, dass das genehmigte Stundenkontingent nur bei ca. zwei Drittel (VT und AP) bzw. drei Viertel (TP) der Behandlungen ausgeschöpft wurde. Die Ergebnisse zeigen nach Auffassung der Autoren, dass der durch die Gutachter bewilligte Zeitrahmen in der Versorgungspraxis flexibel ausgestaltet wird, wobei soziodemografische Faktoren dabei kaum eine Rolle spielen. Häufigere Verlängerungen der Therapie ergaben sich bei Patienten, die zu Behandlungsbeginn stärker psychisch beeinträchtigt sind, was auf eine individualisierte, an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Inanspruchnahme psychotherapeutischer Ressourcen hindeutet.

Eine wesentliche Zielrichtung der TRANS-OP Studie lag in der Verbesserung der empirischen Grundlagen für ein Ergebnismonitoring und Ergebnismanagement in der ambulanten Psychotherapie. Damit verlagert sich das Interesse vom erreichten Gesundheitszustand zu einem bestimmten Zeitpunkt (z. B. Therapieende) zu der Dynamik des Änderungsverlaufes. In der Studie wurde u. a. deutlich, dass die Änderungsprozesse nicht mit dem Ende der Behandlung aufhören, sondern über die Behandlung hinaus bestehen bzw. sich weiter entwickeln (Puschner & Kordy, 2010). Die Repräsentativität der Studie ist durch die Beschränkung auf Patienten einer privaten Krankenversicherung sicher eingeschränkt (überdurchschnittliches Bildungs- und Einkommensniveau, untypisch ausgewogenes Geschlechterverhältnis bei Privatversicherten) oder zumindest nur für den Anteil privatversicherter

Psychotherapiepatienten gegeben. Dennoch schafft die TRANS-OP-Studie – wie in ihrem Namen programmatisch vorgegeben – ein erhebliches Maß an Transparenz in der psychotherapeutischen Versorgung und stellt damit beispielgebend einen wichtigen Meilenstein auf dem Weg zu einer systematischen psychotherapeutischen Versorgungsforschung dar.

Die Studie „Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten“

Die Studie von Albani et al. (2010, 2011) stellt die derzeit aktuellste publizierte Studie im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgungsforschung dar. Sie liefert Aussagen über die Versorgungssituation der ambulanten Psychotherapie in Deutschland unter realen Praxisbedingungen. Im Rahmen einer bevölkerungsrepräsentativen, naturalistischen Erhebung wurden im Zeitraum zwischen Juni 2008 bis September 2009 über Telefoninterviews insgesamt $n=1212$ Personen, die im Zeitraum der letzten 6 Jahre in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung ($n=698$) oder zum Zeitpunkt der Befragung noch in ambulanter Psychotherapie waren ($n=514$), zu ihren Erfahrungen mit ihrer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung befragt. Die Methodik ist angelehnt an die bekannte „Consumer-Reports-Studie“ (Seligman, 1995). Erhoben wurden sozioökonomische Merkmale, Angaben zu Anlass, Zugangswegen, Kostenträgern und Ansprechpartnern für psychische Erkrankungen, Behandlungsformen, begleitende medikamentöse Behandlungen und Behand-

lungssettings der Psychotherapie. Die Ergebnisse zeigen zum einen, dass der weitaus überwiegende Teil der Psychotherapiepatienten an mehreren Erkrankungen leidet (Multimorbidität) und bestätigen damit aus Sicht der Autoren den hohen Bedarf an fachgerechter psychotherapeutischer Versorgung. Die ambulante Psychotherapie wurde von den Patienten als sehr wirksam eingeschätzt. Die Besserungsraten betragen für alle Beschwerden mehr als 50%, häufig mehr als 65%, außer bei Übergewicht (37%) und sexuellen Funktionsstörungen (44%). Die „Verschlechterungsraten“ lagen durchweg unter 10%. Die Patienten bzw. ehemaligen Patienten gaben auch an, dass sich die Psychotherapie auch auf weitere, relevante Lebensbereiche sehr positiv auswirkte, u. a. auch auf ihre Arbeitsfähigkeit und Arbeitsproduktivität. Sie waren nach der Psychotherapie wesentlich seltener krankgeschrieben und nahmen weniger Termine bei anderen Behandlern in Anspruch. Etwa 9 von 10 Befragten gaben an, dass sie mit ihrem Therapeuten zufrieden waren. Ein äußerst problematisches Ergebnis der Studie ist, dass die Patienten bei ihrer Entscheidung für eine Psychotherapie nur selten zu einer psychotherapeutischen Behandlung ermutigt wurden, wenn sie über ihre Probleme sprachen, weder von Fachkräften (Psychiater, Hausärzte etc.) noch von Angehörigen (Familienmitglieder, Bekannte/Freunde). Die Autoren deuten dies als einen Hinweis darauf, dass es auch heute noch ein häufig tabuisiertes Thema zu sein scheint, psychische Probleme zu haben bzw. psychotherapeutische Hilfe zu beanspruchen (Stigmatisierungsängste). Dass selbst Fachärzte für

Psychiatrie nur etwa ein Viertel der Patienten an einen Psychotherapeuten weiter verweisen und dagegen in über 50% Psychopharmaka verschreiben, ist leider immer noch bezeichnende Realität.

Die „Mannheimer Kohortenstudie – 25-Jahres-Katamnese“

Die Mannheimer Kohortenstudie ist eine der aufwändigsten Studien zu Ursachen und Prognosen psychischer Erkrankungen weltweit. 600 Mannheimer der Jahrgänge 1935, 1945 und 1955 wurden über knapp 35 Jahre hinweg begleitet und untersucht. Für die Studie, die den Autor dieses Beitrags schon zu Studienzeiten begleitet hat – die ersten Zeitschriftenbeiträge erschienen Anfang der 1980er Jahre, die erste Monographie 1987 (Schepank, 1987) – arbeiteten drei Forschergenerationen mit einem Personaleinsatz von 75 Mannjahren und einem Mitteleinsatz von mehreren Millionen Euro. Aus ihr gingen insgesamt neun Monographien, über 50 Originalarbeiten, 3 Habilitationen und ca. 20 Dissertationen hervor. Sie stellt damit eine der bedeutendsten Studien dar, die jemals an einer deutschen Forschungseinrichtung zu psychogenen Erkrankungen durchgeführt wurde. Jetzt wurden die Ergebnisse der letzten Dekade als „25-Jahres-Katamnese“ in einer weiteren, abschließenden Monographie veröffentlicht (Lieberz et al., 2011). Weltweit ist diese Studie eine der wenigen Längsschnittuntersuchungen, die über 30 Jahre die psychische Gesundheit eines repräsentativen Bevölkerungsquerschnitts untersucht. Sie stellt damit – obwohl nie als solches benannt bzw. klassifiziert – auch eines der Pi-

onierprojekte psychotherapeutischer Versorgungsforschung dar. Die Studie hatte auch wesentlichen Einfluss auf die Aussagen des Forschungsgutachtens zum Psychotherapeutengesetz (Meyer et al., 1991) und damit auf die Realisierung des Gesetzes 1999.

Ergebnisse der bereits vorliegenden Studien A-D (A: 1979-1982, B: 1983-1985, C: 1988-1990, D: 1991-1994) waren u. a. die Schichtabhängigkeit psychogener Erkrankungen (niedriger Sozialstatus – häufigere psychogene Erkrankungen), das besonders hohe Chronifizierungsrisiko von Frauen der unteren sozialen Schichten, die langfristige pathogene Wirksamkeit von in Kindheit und Jugend auftretenden psychosozialen Belastungsfaktoren, der Zusammenhang zwischen Familienstand und psychischer Erkrankung (psychisch Kranke waren eher geschieden oder unverheiratet) sowie die Bildungsabhängigkeit seelischer Gesundheit (höhere Bildung – seelisch gesünder).

Etwa 10 Jahre nach Ende des Studienabschnitts D (D-Studie) wurden ab 2004 die Forschungsarbeiten für die letzte Phase, die sogenannte E-Studie, wieder aufgenommen und 2010 abgeschlossen. Mit unglaublicher Kleinarbeit und mit schier unglaublichem Zeiteinsatz, finanziell unterstützt durch zwei Stiftungen, hatte die Forschungsgruppe einen Teil der Studienpatienten zunächst wieder auffindig gemacht, angesprochen und aufwändig, v. a. mit ausführlichen Interviews, aber auch mit einer umfangreichen Testbatterie (u. a. SF12, F-Sozu-22, GBB, HADS) untersucht. Von den ursprünglich 600 Mannheimer

Bürgern, die an der Ausgangsstudie (A-Studie) teilgenommen hatten, konnten insgesamt n=127 (21,2%) für eine erneute Erhebung gewonnen werden, davon n=87 auch für die ausführlichen 3-5 Stunden dauernden häuslichen Interviews. Verstorben waren zwischenzeitlich 37 (21 Männer, 16 Frauen).

Ergebnisse: Ca. zwei Drittel der zu E untersuchten Bürger sind im Langzeitverlauf über 25 Jahre als seelisch stabil und gesund einzuschätzen. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen von ca. 25-30% hält sich konstant über alle Studienphasen, ein in den ersten Publikationen sensationelles Ergebnis, was inzwischen durch weitere epidemiologischen Untersuchungen gut belegt ist (u. a. Wittchen & Jacobi, 2005, 2006; Jacobi, Klose & Wittchen, 2004). In den Studien A-D zeigte sich eine hohe Zeitstabilität der quantitativen psychischen Beeinträchtigung, in der E-Studie war die psychische Beeinträchtigung deutlich geringer, was allerdings auf eine Positivselektion zurückgeführt werden könnte (E-Stichprobe ist zu allen Zeitpunkten A-D geringer beeinträchtigt). In der aktuellen E-Studie standen neben den o. g. Prädiktoren folgende deutlicher im Vordergrund: soziale Unterstützung hat eine Pufferwirkung für die psychische Gesundheit, soziale Kompetenz und Leistungsfähigkeit sind bedeutsam für die Bewältigung psychischer Belastungen. Ebenfalls wurde in der E-Studie die überragende Bedeutung der frühkindlichen und kindlichen psychosozialen Belastung für die spätere psychische Gesundheit bestätigt. Deutlicher wurde die Psychopathologie des Vaters als starker „Risikomarker“ für spätere

gesundheitliche Auffälligkeiten. In der Langzeitbetrachtung zeigt sich, dass väterliche Abwesenheit und/oder väterliche Psychopathologie einen großen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben. Von den Autoren wird die Frage aufgeworfen, ob das psychotherapeutische Versorgungssystem ausreichende und angemessene Angebote für Männer z. B. aus unteren sozialen Schichten bereithält.

Diskussion und Ausblick

Die vorgestellten Studien sind Meilensteine der psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Zwei der Studien zielen auf die Akzeptanz und die Ergebnisse ambulanter Psychotherapie, die dritte auf die Abschätzung der Häufigkeit psychischer Störungen, auch im Langzeitverlauf und damit des Bedarfs an psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten. Eine Reihe weiterer, früherer Studien kann aus heutiger Sicht der psychotherapeutischen Versorgungsforschung zugerechnet werden, so z. B. die Versorgungsanalyse im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung (Schulz, Barghaan, Harfst & Koch, 2008), die Versorgungsstudien zur ambulanten Psychotherapie (v. a. Löcherbach et al., 2000; Zepf et al., 2001; Scheidt et al., 1998, 1999; Rudolf et al., 2001; Grande et al., 2006; Jacobsen et al., 2007; alle zitiert nach Nübling, 2009), die Studien zur Versorgung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Albota, 2004; Reisch et al., 2007; Nübling et al., 2006; Zepf et al., 2003; alle zitiert nach Nübling, 2009), Programmevaluationsstudien im Bereich der stationären psychotherapeutischen/psy-

chomatischen Rehabilitation (vgl. die Metaanalyse von Steffanowski et al., 2007), Studien zur stationären psychiatrischen Versorgung (Härter et al., 2007; Heymann et al., 2003; alle zitiert nach Nübling, 2009), aktuelle Versichertenanalysen gesetzlicher Krankenkassen (Gmünder Ersatzkasse, 2008; Techniker Krankenkasse, 2008; BKK Bundesverband, 2008; Barmer, 2009; alle zitiert nach Nübling, 2009) oder auch die verfügbaren Kosten-Nutzen-Analysen (Margraf, 2009; Zielke, 2007, 2008; Wittmann et al., 2002; alle zitiert nach Nübling, 2009). Weitere Studien werden derzeit abgeschlossen und stehen kurz vor ihrer Veröffentlichung. Hervorzuheben sind hier die von der Forschungsgruppe des

Mannheimer Otto-Selz-Instituts um Prof. Werner Wittmann begleiteten bzw. durchgeführten Studien der Techniker Krankenkasse sowie der KV Bayern zur Qualitätssicherung ambulanter Psychotherapie, deren Ergebnisse ähnlich ausfallen werden (vgl. Steffanowski et al., 2011). Psychotherapie in der realen Versorgungssituation, weitab von kontrollierten RCTs, ist sehr erfolgreich und z. T. – was Psychotherapeuten selbst nicht so gerne hören, was aber gesundheitspolitisch ein äußerst schlagkräftiges Argument für die Psychotherapie, für deren Erhalt und v. a. auch für deren weiteren Ausbau darstellt – höchst effizient: Jeden in Psychotherapie investierten Euro bekommt die Gesellschaft in zwei-, drei-,

vierfachem Volumen zurück; der so genannte Return of Investment (ROI) ist für die Psychotherapie – v. a. auch im Vergleich zu anderen Gesundheitsleistungen – erheblich. Psychotherapie zahlt sich aus, für den einzelnen Patienten, aber auch für die Gesellschaft als Ganzes (vgl. z. B. Nübling, 2011). Und deshalb weiter: Versorgungsforschung in der Psychotherapie tut Not, weitere, kontinuierliche Studien sind aufzulegen, die Mittel dafür bereitzustellen. Auch sie selbst, die Studien also, lohnen sich für die Sicherstellung der Psychotherapie in der Gesellschaft und damit für alle Beteiligten, auch für die Psychotherapeuten selbst – wenn sie auch nach wie vor in der Profession wenig beliebt sind.

Literatur

- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G. & Brähler, E. (2010). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten – Teil I: Versorgungssituation. *Psychotherapeut*, 55 (6), 503-514.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G. & Brähler, E. (2011). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut*, 56 (1), 51-60.
- Gallas, C., Kächele, H., Kraft, S., Kordy, H. & Puschner, B. (2008). Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. Befunde der TRANS-OP-Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychothera-



Befugnisenerweiterung in der Psychotherapie

Nach § 73 Abs. 2 SGB V dürfen Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ihre Patienten nicht krankschreiben, ihnen keine Heil- und Hilfsmittel und keine Medikamente verordnen und sie nicht in eine Klinik einweisen. Die Empfehlungen des vorliegenden Forschungsgutachtens zum Psychotherapeutengesetz verlangen jetzt eine Auseinandersetzung mit der Thematik. Das Werk erläutert diese Empfehlungen, zeigt juristische und haftungsrechtliche Aspekte auf und stellt dar, wie sich die therapeutische Beziehung verändern könnte durch die Befugnisenerweiterung.

Die Herausgeber:

Jürgen Hardt, Präsident Landespsychotherapeutenkammer Hessen (LPPKJP Hessen),
Hans Bauer, Vizepräsident LPPKJP Hessen,
Uta Cramer-Düncher, Vorstandsmitglied LPPKJP Hessen, **Susanne Walz-Pawlita**, Vorstandsmitglied LPPKJP Hessen,
Dr. Ulrich Müller, Vorstandsmitglied LPPKJP Hessen,
Dr. Matthias Ochs, Wissenschaftlicher Referent LPPKJP Hessen

Das Werk richtet sich an Psychotherapeuten, Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen und Sozialarbeiter.

NEU

Hardt/Bauer/Cramer-Düncher u.a. (Hrsg.)
Neue Aufgaben in der Psychotherapie?

Sollen Psychotherapeuten krankschreiben, einweisen und Psychopharmaka verordnen dürfen?
 2010. VIII, 117 Seiten, Softcover, € 29,95
 ISBN 978-3-86224-009-8

Psychotherapeuten Verlag

Psychotherapeutenverlag, medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1
 69115 Heidelberg, Bestell-Tel. 089/2183-7928, Bestell-Fax 089/2183-7620,
 E-Mail: kundenbetreuung-mhz@hjr-verlag.de
 Kundenbetreuung und Auslieferung über Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm

- pie. *Psychotherapeut*, 53, 414-423.
- Gallas, C., Puschner, B., Kühn, A. & Kordy, H. (2010). Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60, 5-13.
- Glaeske, G., Augustin, M., Abholz, H. et al. (2009). Epidemiologische Methoden für die Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen*, 71, 685-693.
- Jacobi, F., Klose, K. & Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47, 736-744.
- Kordy, H. (2008). Psychosoziale Versorgungsforschung. Eine wissenschaftliche und politische Herausforderung. *Psychotherapeut*, 53, 245-253.
- Lieberz, K., Franz, M. & Schepank, H. (2011). *Seelische Gesundheit im Langzeitverlauf – Die Mannheimer Kohortenstudie*. Ein 25-Jahres-Follow-up. Heidelberg: Springer.
- Löcherbach, P., Henrich, T., Kemmer, H., Kinstler, H.-J., Knopp-Vater, M., Rieckmann, N., Schneider, A. & Weber, I. (2000). *Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 125. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Luppa, M., Luck, T., Heinrich, S. & Glaesmer, H. (2008). Forschung zur Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. Eine aktuelle Analyse der Publikationen in zwei deutschsprachigen Zeitschriften. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 203-210.
- Meyer, A.E., Richter, R., Graewe, K., Schulenburg, J.-M. & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Hamburg: Univ.-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.
- Nübling, R. (2009). Verankerung und Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung seit dem Psychotherapeutengesetz – aktueller Stand und Ausblick. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (3), 239-252.
- Nübling, R. (2011, Januar). *Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland. Bedarf – Inanspruchnahme – Outcome – Kosten-Nutzen*. Vortrag auf dem 2. Sufi-Treffen „Spiritualität und Gesundheit“, Ludwigshafen. Verfügbar unter: http://www.lpk-bw.de/fachportal/fachbeitraege/fb_vortraege/nuebling_pt_versorgung_sufi-treffen_ludwigshafen_14012011.pdf [10.02.2011].
- Pfaff, H. (2003). Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand, Aufgaben. In H. Pfaff, M. Schrappe, K.W. Lauterbach, U. Engelmann & M. Halber (Hrsg.), *Gesundheitsversorgung und Disease Management* (S. 13-23). Bern: Huber.
- Puschner, B. & Kordy, H. (2010). Mit Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung: Eine Studie zur Evaluation ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60, 350-357.
- Puschner, B. & Kraft, S. (2008). Kosteneffektivität ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53, 268-276.
- Schepank, H. (1987). *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung*. Berlin: Springer.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Dirmaier, J., Watzke, B. & Koch, U. (2006). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49, 175-187.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). *Psychotherapeutische Versorgung*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). *Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation*. Bern: Huber.
- Steffanowski, A., Fembacher, A., Kramer, D., Kriz, D., Glahn, E.M. & Wittmann, W.W. (2011). *Praxisübergreifende Dokumentation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie in Bayern: Umsetzung und Ergebnisse des Modellvorhabens „QS-PSY-BAY“*. Manuskript in Vorbereitung.
- Steffanowski, A., Ruprecht, T., Kriz, D., Völkle, M. & Wittmann, W.W. (2011). *Evaluation des Modellvorhabens „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ der Techniker Krankenkasse*. Manuskript in Vorbereitung.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2006). Psychische Störungen in Deutschland und der EU – Größenordnung und Belastung. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 38, 189-192.



Dr. Rüdiger Nübling

Wissenschaftlicher Referent
Landespsychotherapeuten-
kammer Baden-Württemberg
Jägerstr. 40
70174 Stuttgart
nuebling@lpk-bw.de

Buchrezension

Eckert, J., Barnow, S. & Richter, R. (Hrsg.). (2010). Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie. Bern: Huber. 476 Seiten. 39,95 €.

Dagmar Kumbier

Ausgehend davon, dass ein nicht unerheblicher Teil von Psychotherapien erfolglos bleibe oder durch Abbruch ende, will dieses Buch Hinweise für eine fundierte Indikationsstellung geben. Die Herausgeber geben dabei der „Passung“ zwischen Therapeut, Klient, Störung und Behandlungsmodell eine zentrale Bedeutung für den Erfolg von Psychotherapie und erläutern vor dem Hintergrund dieses Modells Aufgaben von Vorgesprächen und Aspekte einer differentiellen Indikationsstellung. Dieses Grundmodell wird von Vertretern unterschiedlicher Therapieverfahren und aus verschiedenen Perspektiven mit Leben gefüllt. So werden verfahrensspezifische Besonderheiten aus Sicht von Psychodynamischer Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Systemischer Therapie und Neuropsychologischer Therapie dargestellt. Zweitens geht es um Besonderheiten bestimmter Störungsbilder: worauf ist zu achten, worin liegen Herausforderungen und Fallen für die therapeutische Beziehungsgestaltung? Und schließlich gehen die Autoren auf spezifische Patientengruppen ein, diskutieren Indikationen für unterschiedliche therapeutische Rahmen und Alternativen zur Psychotherapie. Dabei werden auch Themen abseits des therapeutischen Mainstreams beleuchtet, beispielsweise die Indikationsstellung bei geistig Behinderten.

Geschrieben von erfahrenen Klinikern und Psychotherapieforschern bietet das Buch einen fundierten Überblick und eine Fülle von Anregungen und eignet sich so als Grundlagenlektüre wie als Nachschlagewerk. Mit Blick auf die kunstgerechte Durchführung von Erstgesprächen wird jeweils eine kondensierte Einführung in das jeweilige Therapieverfahren bzw. in eine Form der Psychotherapie geliefert, die auf die jeweilige Störung oder Patientengruppe zugeschnitten ist. Eine durchweg gut lesbare Darstellung und zahlreiche Fallvignetten erleichtern es, die Inhalte auf die eigene therapeutische Praxis zu beziehen. Die verfahrensübergreifende Darstellung bietet dem Leser dabei einerseits einen anregungsreichen Einblick in andere Therapieverfahren (und ein erfreuliches Gegenmodell zum fruchtlosen Schulenstreit!). Zugleich mag man bedauern, dass der Leser dadurch keine konsistente Darstellung vom Boden eines einzigen Verfahrens aus bekommt. So achten beispielsweise Psychodynamiker und Verhaltenstherapeuten in störungsspezifischen Vorgesprächen auf andere Dinge, haben ein anderes Verständnis und strukturieren auch anders – und werden bei einer Darstellung vom Boden des je anderen Verfahrens aus jeweils wesentliche Dinge vermissen.

Wenn es um die richtige „Passung“ zwischen Therapeut, Klient, Störung und Modell geht, dann ist eine wesentliche Aufgabe des Erstgesprächs, nicht indizierte oder fehlindizierte Patienten herauszufinden. Leider gibt der Band für den Umgang mit diesen Patienten keine Anregungen. Einem Patienten lediglich eine andere Therapieform zu empfehlen wird zumeist unproblematisch sein – aber wie vermittelt man einem Patienten kunstgerecht, dass man nicht mit ihm arbeiten möchte oder kann? Wenn man sieht, wie viele Patienten Kränkungen über eine solche „Zurückweisung“ mit sich herumtragen, nicht selten mit der Folge, dass der nächste Anlauf deutlich schwerer wird, scheint dies nicht unbedingt eine leichte Kunst zu sein – zumal es immer wieder die gleichen Patienten sind, die größte Mühe haben, einen Psychotherapieplatz zu finden (Borderline, Psychiatrieerfahrung...). Vor dem Hintergrund des Versorgungsauftrages wäre es womöglich auch eine Diskussion wert, wie die ambulante Versorgung dieser Patienten verbessert werden kann. – Es könnte lohnenswert sein, diese Themen bei einer Neuauflage noch zu berücksichtigen.

Dipl.-Psych. Dagmar Kumbier

Alsterdorfer Straße 2a
22299 Hamburg



Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

BPTK-Konferenz: Psychotherapy in Europe – Disease Management Strategies for Depression

Aus 20 Ländern kamen Psychotherapeuten und andere Vertreter des Gesundheitswesens am 23.02.2011 nach Berlin. Die BPTK hatte zu einer Fachtagung zur Psychotherapie in Europa eingeladen. Am Beispiel Depression diskutierten die Teilnehmer Status quo, Versorgungsleitlinien und Good-Practice-Modelle der psychotherapeutischen Versorgung.

BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter erinnerte in seiner Begrüßung daran, dass das europäische Parlament die Mitgliedstaaten 2009 sehr deutlich aufgefordert hat, das Bewusstsein für die große Bedeutung guter psychischer Gesundheit auch in der breiten Öffentlichkeit nachhaltig zu schärfen. Ziel der Fachtagung sei es, dabei zu helfen, den Stellenwert der psychotherapeutischen Versorgung in den verschiedenen europäischen Gesundheitssystemen aufzuzeigen.

Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen von der Universität Dresden gab einen Überblick zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen



Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, TU Dresden, Andrea Mrazek, M.A., M.S., BPTK-Vorstand

in Europa und die aktuelle Versorgungslage. Er zeigte, wie stark gerade die Versorgung psychisch kranker Menschen von den in Leitlinien beschriebenen Qualitätsstandards abweicht und wie groß seit Langem der politische Handlungsbedarf ist.

Einen europäischen Überblick gaben Kurzvorträge aus Österreich, Finnland, Frankreich, Deutschland, Italien, den Niederlanden, Polen, Portugal und dem Vereinigten Königreich mit der Darstellung nationaler Versorgungsstrukturen und innovativer Versorgungskonzepte für Menschen mit Depressionen.

Aus allen europäischen Ländern wurde ein steigender Behandlungsbedarf – insbesondere von jungen Menschen – berichtet. In keinem Land reicht das zur Verfügung stehende psychotherapeutische Behandlungsangebot aus, diesem Versorgungsbedarf auch nur annähernd gerecht zu werden. In mehreren europäischen Staaten werden Versorgungsmodelle gesucht, die einen schnellen Zugang zur Psychotherapie, unabhängig von Alter oder sozialer Schicht, sicherstellen und in so genannten Stepped-Care-Modellen auf Schweregrad und Komplexität der Krankheit abgestimmte Versorgungsangebote vorhalten.



Kann es – so zahlreiche Wortmeldungen aus dem Auditorium – gelingen, die Stärken intensiver Psychotherapie, insbesondere für Menschen mit schweren und komplexen gesundheitlichen Einschränkungen, zu wahren und dabei dem steigenden Bedarf auch mit niedrighschwelligem Interventionen evtl. sogar über neue Medien und in standardisierter Form gerecht zu werden? Ein Thema – da waren sich die Teilnehmer der Podiumsdiskussion einig – das alle europäischen Gesundheitssysteme gleichermaßen beschäftigen muss, wenn es das Ziel ist, eine qualitätsgesicherte Versorgung für psychisch kranke Menschen anzubieten und die bestehenden Versorgungslücken nicht länger zu akzeptieren.

Der Wunsch nach einer stärkeren Kooperation stand im Mittelpunkt des Fazits von BPTK-Präsident Prof. Richter. Die Konferenz habe gezeigt, wie die Potenziale der Psychotherapie noch stärker für die Versorgung genutzt werden könnten. Gleichzeitig müsse man aber feststellen, dass bei den politischen Initiativen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit in Europa die Psychotherapie noch nicht den Platz einnehme, den sie nach dem Stand der Wissenschaft haben müsste.

Prof. Richter regte die Einrichtung eines Netzwerkes für psychothera-



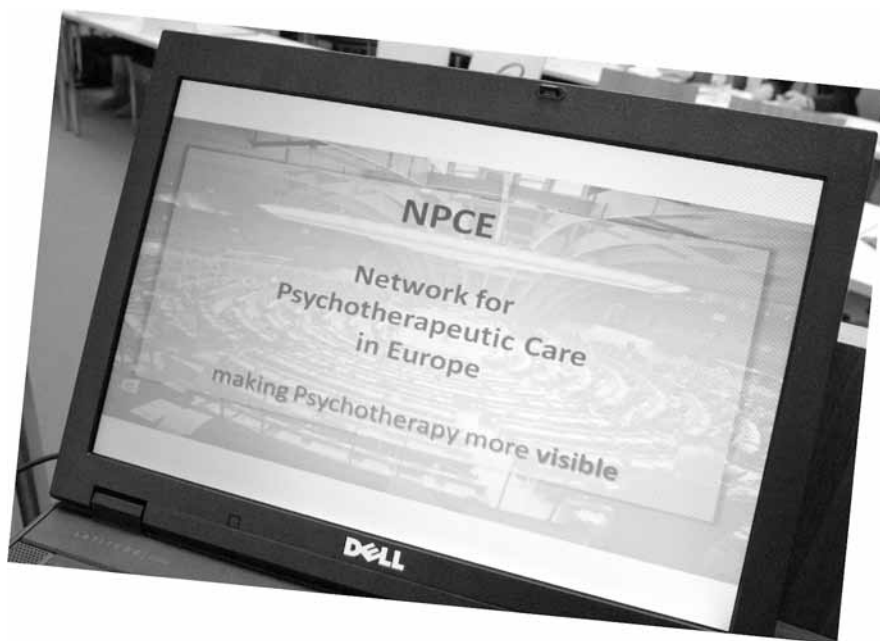
*Prof. Dr. Glenys Parry
Großbritannien*

*Prof. Dr. Rainer Richter
BPTK-Präsident*

*Patricia Göttersdorfer
Österreich*

peutische Versorgung in Europa an, um der Psychotherapie eine Stimme und eine Adresse zu geben. Ein solches Netzwerk solle die Erfahrungen und Expertise aller

nutzen können, die in ihren Gesundheitssystemen überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätig seien. Der erste Schritt zur Einrichtung dieses Netzwerkes könnte in einer Mailingliste bestehen, über die sich alle Interessierten über die weitere Ausgestaltung des Netzwerkes, weitere Initiativen und hoffentlich auch eine Folgekonferenz austauschen könnten. Für die BPTK als Ausrichter dieser Fachtagung bot er an, die Initiative für die Einrichtung dieses Netzwerkes zu übernehmen. Ein Vorschlag, der von den Teilnehmern sehr begrüßt wurde.



Gesetzesvorschlag zur Reform der Psychotherapeutenausbildung beim BMG

Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler hat einen Gesetzesvorschlag zur dringend notwendigen Reform der Psychotherapeutenausbildung erhalten. Nachdem der 16. Deutsche Psychotherapeutentag 2010 mit großer Mehrheit Eckpunkte einer weitreichenden Ausbil-

dungsreform beschlossen hatte, hatte die BPTK unter Beteiligung von Landespsychotherapeutenkammern, Berufs- und Fachverbänden, Ausbildungsstätten und Ausbildungsteilnehmern sowie Hochschulverbänden die Reformdetails ausgearbeitet.

Wesentliche Merkmale einer nach den Vorstellungen der Psychotherapeutenreformierten Ausbildung sind die Weiterentwicklung der heutigen Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu einem einzigen Psychotherapeutenberuf mit

einheitlicher Approbation und die Ablösung der heutigen praktischen Tätigkeit durch eine Praktische Ausbildung in verschiedenen Versorgungssektoren. Als Eingangsqualifikationen der postgradualen Ausbildung werden umfassende und näher definierte Kompetenzen auf Masterniveau verlangt.

Ohne eine Reform ist die hohe Qualität in der Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher immer stärker bedroht, denn schon heute reicht in den meisten Bundesländern der niedrigere Bachelorabschluss für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus. Für die Ausbildung zum Psychologischen

Psychotherapeuten ist dagegen ein Studienabschluss auf Masterniveau zwingend. Das BPTK-Konzept könnte zudem die prekäre finanzielle Situation von Ausbildungsteilnehmern beenden, die während ihrer einjährigen praktischen Tätigkeit in psychiatrischen Krankenhäusern heute häufig überhaupt nicht oder völlig unzureichend bezahlt werden. Die BPTK fordert deshalb eine eingeschränkte Behandlungserlaubnis für Teilnehmer der Psychotherapeutenausbildung, die es ermöglichen würde, deren Arbeit angemessen zu vergüten.

Das BM für Gesundheit kennt die drängenden Probleme, hält aber die Frage

noch nicht für beantwortet, ob die heutige postgraduale Ausbildung nicht durch eine psychotherapeutische Direktausbildung (Psychotherapiestudium) ersetzt werden sollte. Nach Einschätzung der Psychotherapeutenenschaft fehlt es aber an einem erprobten Konzept, wie dabei das mit dem Psychotherapeutengesetz geschaffene hohe Qualifikationsniveau gesichert bleibt. Auch zeigen die BPTK-Vorschläge (www.bptk.de/show/4348090.html), dass die drängenden Probleme ohne einen derart starken Eingriff in die Hochschullandschaft mit ungewissem Ausgang gelöst werden können.

S3-Leitlinie „Esstörungen“: Psychotherapie wichtigste Behandlungsstrategie

Für die Diagnostik und Behandlung von Anorexie, Bulimie und Binge-Eating-Störung wurde im Herbst 2010 die S3-Leitlinie „Esstörungen“ konsentiert. Die Leitlinie entstand unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM) und in Kooperation u. a. mit der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN) sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DGKJP). Sie wird voraussichtlich noch im Verlauf des 1. Quartals 2011 veröffentlicht (www.awmf.org/leitlinien). An dem Konsensusverfahren war auch die BPTK beteiligt.

Durch die S3-Leitlinie „Esstörungen“ sollen Patientinnen und Patienten mit einer Essstörung künftig früher erkannt und mit einer evidenzbasierten multimodalen Therapie behandelt werden. Hierbei spielt auch die umfassende Information über die Erkrankung und anhaltende Motivation der Betroffenen für eine Behandlung eine wichtige Rolle. Aufgrund

der vielfältigen körperlichen Risiken der Essstörungen ist außerdem eine umfassende medizinische Diagnostik zwingend erforderlich.

Bei allen drei Essstörungen stellt die Leitlinie fest, dass eine evidenzbasierte Psychotherapie die Behandlungsmethode der ersten Wahl ist. Dabei ist insbesondere bei magersüchtigen Patientinnen im Jugendalter eine Psychotherapie ratsam, die die Familie in die Behandlung einbezieht. Bei Bulimie und Binge-Eating-Störung kann unter der Voraussetzung einer fehlenden oder geringen psychischen Komorbidität eine angeleitete Selbsthilfe mit Behandlungselementen der Kognitiven Verhaltenstherapie eine ausreichende Therapie darstellen bzw. empfohlen werden. Als Psychotherapie gilt eine Kognitive Verhaltenstherapie als Therapie der ersten Wahl. In Abhängigkeit der Verfügbarkeit und des Patientenwunsches kann auch eine Interpersonelle Psychotherapie (IPT) oder eine Psychodynamische Psychotherapie bzw. eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie angeboten werden.

Die wichtigsten Ziele der Psychotherapie sind zunächst eine Normalisierung des Essverhaltens und Gewichts sowie eine Behandlung der psychischen Beschwerden und Probleme. Dazu gehört u. a., unangemessene Vorstellungen über Schlankheit und Gewicht zu verändern.

Eine psychopharmakologische Behandlung von Essstörungen wird aufgrund fehlender Evidenz und zum Teil fehlender Zulassungen in der Leitlinie nicht bzw. nur mit starken Einschränkungen empfohlen. Wenn eine Pharmakotherapie bei Bulimie angeboten wird, sollte Fluoxetin eingesetzt werden, der einzige Wirkstoff, der für diese Indikation bei Erwachsenen in Kombination mit einer Psychotherapie zugelassen ist.

Besteht eine körperliche Gefährdung, ist es meist notwendig, die Patientin im Krankenhaus zu behandeln, z. B. wenn das Körpergewicht sehr deutlich unter dem Normalgewicht liegt oder die Patientin rapide oder anhaltend abnimmt. Ein annähernd normales Körpergewicht ist in der Regel die Voraussetzung für eine weitergehende psychotherapeutische Behandlung.

Psychosoziale Faktoren entscheidend – NVL „Kreuzschmerz“

Für die Diagnostik und Behandlung von Kreuzschmerzen steht seit dem 30.11.2010 die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) „Kreuzschmerz“ zur Verfügung ([kreuz-](http://kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de)

[schmerz.versorgungsleitlinien.de](http://kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de)). Die Empfehlungen der Leitlinie beziehen sich auf die Versorgung von Patienten mit „nichtspezifischem Kreuzschmerz“, bei

denen keine bestimmten körperlichen Ursachen für die Schmerzen festgestellt werden können. Studien haben gezeigt, dass psychosoziale Faktoren (z. B. Depressivität,

beruflicher Stress, ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten) entscheidend dafür sind, dass akute Rückenschmerzen chronisch werden. Die Leitlinie gibt deshalb auch Empfehlungen, wie psychosoziale Risikofaktoren zu erfassen und Patienten aufzuklären sind.

Die zentralen Empfehlungen der NVL Kreuzschmerz lauten:

- Finden sich durch Anamnese und klinische Untersuchung keine Hinweise für gefährliche Verläufe (z. B. Lähmungserscheinungen) und andere ernstzunehmende Pathologien, sollen vorerst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden. Die Beschwerden sollen zunächst als unspezifischer Kreuzschmerz klassifiziert werden.
- Im Vordergrund der Therapie des nichtspezifischen Kreuzschmerzes steht die Aktivierung der Betroffenen. Insbesondere ist auf das Vorliegen von Risikofaktoren für die Chronifizierung des akuten Kreuzschmerzes („yellow flags“) zu achten.
- Patientinnen/Patienten sollen aufgefordert werden, körperliche Aktivitäten soweit wie möglich beizubehalten. Bewegungstherapie soll als primäre Behandlung bei subakutem/chronischem

nichtspezifischem Kreuzschmerz angewendet werden.

- Patientinnen/Patienten mit akutem/subakutem nichtspezifischem Kreuzschmerz sollen adäquat, individuell informiert und beraten werden. Kernpunkte einer angemessenen Beratung sollen sein: die gute Prognose, die Bedeutung körperlicher Aktivität, kein Bedarf einer Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule, die Option weiterer diagnostischer Maßnahmen bei Persistenz oder Verschlechterung der Beschwerden. Schulungsmaßnahmen (Beratung/Edukation), die zur Rückkehr zu den normalen Aktivitäten ermutigen und dies konkret fördern, sollen für Betroffene mit chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz in der Regelversorgung kontinuierlich durchgeführt werden.
- Dauern die Schmerzen trotz leitliniengerechter Maßnahmen länger als vier Wochen an, sollen psychosoziale Risikofaktoren schon in der primären ärztlichen Versorgung erfasst werden.
- Bei anhaltenden Schmerzen (mehr als zwölf Wochen) soll eine weitergehende somatische Diagnostik und die umfassende Diagnostik psychosozialer Einflussfaktoren erfolgen (möglichst im Rahmen eines inter-/multidisziplinären Assessments).

- Bei Vorliegen psychosozialer Risikofaktoren soll bei subakutem nichtspezifischem Kreuzschmerz eine auf das individuelle Risikoprofil bezogene Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) angeboten werden. Kognitive Verhaltenstherapie soll bei Betroffenen mit chronischem (mehr als zwölf Wochen) nichtspezifischem Kreuzschmerz, eingebunden in ein multimodales Behandlungskonzept, angewendet werden.
- Entsteht der Verdacht auf psychosoziale Belastungen, können bei zwei Wochen andauerndem nichtspezifischem Kreuzschmerz nach der ärztlichen Beratung ärztliche oder Psychologische Psychotherapeuten/Psychotherapeuten zur weiteren Diagnostik und Behandlung konsultiert werden.
- Bei Vorliegen (komorbider) psychischer Störungen soll eine entsprechende leitliniengerechte Versorgung eingeleitet werden.

Durch die NVL „Kreuzschmerz“ sollen Patienten mit hohem Risiko für anhaltende Rückenschmerzen früher erkannt und nach bestem medizinischem Wissensstand behandelt werden. Dadurch sollen besser als bisher langwierige, komplizierte und kostenintensive Rückenleiden vermieden werden. An der Erstellung der Leitlinie war auch die BPTK beteiligt.

Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) nach § 11 PsychThG hat seine Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie weiterentwickelt und einstimmig eine überarbeitete Fassung seines Methodenpapiers (Version 2.8) beschlossen.

Die Änderungen betreffen die Ergänzung von Kriterien für die Berücksichtigung von experimentellen Einzelfallstudien bei der Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden in Abschnitt II.4.6 des Methodenpapiers und

Folgeänderungen in den Abschnitten II.5.1 und II.5.2.

Die Beurteilung neu eingereichter Anträge auf Begutachtung von Psychotherapieverfahren und -methoden erfolgt seit der Verabschiedung von Version 2.8 des Methodenpapiers auf dieser neuen Verfahrensprüfungsgrundlage.

Das Methodenpapier 2.8 ist im Internet abrufbar unter www.wbpsychotherapie.de.

Berlin, im Februar 2011
 Prof. em. Dr. D. Schulte (Vorsitzender)
 Prof. Dr. M. Cierpka (Stellv. Vorsitzender)

Korrespondenzadressen:

Bundesärztekammer, Dezernat VI
 Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin
 (Geschäftsführung des WBP der dritten Amtsperiode 2009 bis 2013)

Bundespsychotherapeutenkammer
 Klosterstraße 64, 10179 Berlin

Geschäftsstelle

Klosterstraße 64
 10179 Berlin
 Tel. 030 278785-18
 Fax. 030 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem und in den kommenden Jahren wird uns die psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Menschen intensiver beschäftigen. Der prognostizierte Ärztemangel in den kommenden Jahren veranlasst Krankenkassen, Politiker und die anderen Akteure in unserem Gesundheitssystem über eine Umstrukturierung der ärztlichen Versorgung nachzudenken und Pläne für eine künftige Regelung der Patientenversorgung zu erarbeiten. Hiervon werden auch wir Psychotherapeuten betroffen sein.

Der Psychotherapeutenkammer kommt hierbei die Aufgabe zu, darauf zu achten, dass unabhängig von neuen Regelungen die Versorgung psychisch kranker Menschen nicht schlechter, sondern dem Bedarf dieser Menschen gerecht wird. Hierbei sind die freie Wahl des Psychotherapeuten und möglicher indizierter Behandlungsmethoden Grundanforderungen an jedes Versorgungsmodell.

Die bisherige Bedarfsplanung für die Praxissitze für Psychotherapeuten beruht auf dem Ist-Zustand des Jahres 1999, also noch vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes und ohne Berücksichtigung der damals über Kostenerstattung, d. h. direkte Bezahlung durch die Krankenkassen arbeitenden Psychotherapeuten. Nach der Zulassung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kam es somit in ganz Baden-Württemberg offiziell zu einer „Übersorgung“ mit Psychotherapeuten. Selbst in gut versorgten Regionen bestehen jedoch längere Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, so dass wir auch dort kaum von einer Übersorgung sprechen können. Deshalb fordern wir, dass sich eine künftige Bedarfsplanung

nicht an der Inanspruchnahme von Psychotherapie orientieren darf, sondern es muss aus der Bevölkerungsdichte und -struktur berechnet werden, wie hoch der regionale Bedarf an Psychotherapeuten sein muss.

Im bisherigen Modell der Bedarfsplanung fällt auf, dass eklatante Unterschiede zwischen dem derzeitigen Versorgungsgrad und der tatsächlichen Versorgungsdichte, d. h. Anzahl von Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner bestehen. So gilt beispielsweise der Landkreis Freudenstadt mit einem Versorgungsgrad von 311,8 Prozent als eklatant überversorgt. Insgesamt versuchen dort 18,7 Psychotherapeuten, eine flächendeckende Versorgung für 100.000 Einwohner sicherzustellen. Dagegen ist Karlsruhe mit 113,7 Prozent nur „leicht überversorgt“. Hier arbeiten aber immerhin 48,2 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. Im Landkreis Tübingen, der bundesweit gemäß derzeitiger Versorgungsplanung psychotherapeutisch bestversorgte Kreis, arbeiten 69,6 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner, bei einem Versorgungsgrad mit 584 Prozent wird dort eine eklatante Überversorgung angenommen. Würde man in diesem Landkreis den aus der Bedarfsplanung zugrunde gelegten Bedarf von 110 Prozent annehmen, müssten dort 12 Psychotherapeuten ausreichen, um die gesamte Bevölkerung des Landkreises Tübingen zu versorgen. Im gesamten Landkreis Freudenstadt wären es bei einem Versorgungsgrad von 110 Prozent gerade mal 6,5 Praxissitze.

Wir gehen davon aus, dass es sicher noch ungenutzte Ressourcen gibt, um im Rahmen derzeitiger Bedarfsplanung Verbesserungen zu erreichen. Die derzeitige Bedarfsplanung und daraus abgeleitete Zahlen für den Bedarf an Psychotherapeuten kann jedoch nach unserer Einschätzung den wirk-

lichen Bedarf in keiner Weise abbilden. Würde das Ziel der Krankenkassen nach einer flächendeckend 110-prozentigen Versorgungsdichte umgesetzt werden, würde die psychotherapeutische Versorgung in Baden-Württemberg auf den Stand der 70er oder 80er Jahre des letzten Jahrhunderts zurückfallen.

Jedes künftige Modell zur Versorgung psychisch kranker Menschen in Baden-Württemberg muss daran gemessen werden, ob die Versorgung auch ausreichend und qualitativ angemessen ist. Die aktuelle Entwicklung mit rasch wachsender Häufigkeit psychischer Erkrankungen und der Verursachung von Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung durch deren Zunahme verdeutlicht, dass wir davon ausgehen müssen, dass die Versorgung besser werden muss, als sie derzeit ist. Frühere Intervention und eine gemeinsame Gestaltung der stationären, teilstationären und ambulanten psychotherapeutischen Versorgung kann hierzu Ansätze anbieten. Es ist jedoch auch hier zunächst eine Einigung erforderlich, wie hoch der Bedarf an Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner sein soll. Nach den Ergebnissen fundierter epidemiologischer Studien kann davon ausgegangen werden, dass bereits jetzt nur ein Teil (etwa 25-30%) der Menschen mit einer psychischen Erkrankung vom System adäquat psychotherapeutisch versorgt werden kann. Es sollten für derartige Planungen auch Risikofaktoren und protektive Faktoren einbezogen werden, wobei davon auszugehen ist, dass die wissenschaftlichen Grundlagen hierzu erst erarbeitet werden müssen.

*Ihr Kammervorstand Dietrich Munz,
Martin Klett, Kristiane Göpel, Birgitt
Lackus-Reitter, Roland Straub*

Prävention und Kinderschutz durch Behandlung von Menschen mit pädophiler Neigung

Das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg plant, den Kinderschutz durch Beratungs- und Behandlungsangebote für Menschen mit pädophiler Neigung zu verbessern. Zu einem Expertengespräch zu diesem Thema war auch die Landespsychotherapeutenkammer eingeladen.

Eine Frage des Ministeriums war unter anderem, ob hierfür ausreichend viele und gut ausgebildete Psychotherapeuten zur Verfügung stehen würden, an die sich Betroffene wenden können, um rasch ein Behandlungsangebot zu bekommen. Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz bestätigte, dass die Wartezeiten für psychotherapeutische Behandlungen allgemein darauf hinwiesen, dass nicht genügend Psychotherapeuten zur raschen Behandlung dieser Personengruppe zur Verfügung stünden. Erschwerend komme hinzu, dass sich Psychotherapeuten

häufig mit Patienten zu befassen haben, die Gewalt und Missbrauch durchleben mussten, was es oft erschwere oder unmöglich mache, Menschen mit pädophilen Neigungen und der Neigung zu pädophilen Übergriffen zu behandeln. Dies wurde in anderen Ausführungen bestätigt, nach denen sich herausgestellt habe, dass in Modellprojekten nicht alle Psychotherapeuten, die sich zur Mitarbeit bereit erklärt hatten, dann auch teilnehmen konnten oder sie die Vorbereitung zur Projektarbeit beendet haben. Auch die rechtliche Unsicherheit im Umgang mit der Schweigepflicht könne dazu führen, dass mit Behandlungsangeboten zurückhaltend umgegangen werde. Aus diesen und anderen Ausführungen wurde in dem Expertengespräch deutlich, dass für diese Behandlungen spezifische Fortbildungen zum fachlichen Umgang mit den Betroffenen erforderlich sind und dass die berufs- und strafrechtlichen Probleme, v.

a. im Umgang mit der Schweigepflicht, den behandelnden Kolleginnen und Kollegen bekannt sein müssen.

Während des Expertengesprächs wurden fachlich unterschiedliche Meinungen über die Möglichkeit zu Behandlung und die Behandlungsprognose bei Menschen mit pädophiler Neigung deutlich. Hintergrund könnte sein, dass es sich hierbei um eine wenig homogene Gruppe handelt, sodass auch die Diagnostik über Fortbildungen verbessert werden sollte.

Die Kammer sieht hier die Möglichkeit für verfahrensübergreifende Fortbildungen für Kolleginnen und Kollegen, die bereit sind, solche Behandlung zu übernehmen. Da jedoch deutlich wurde, dass noch viele Fragen offen sind und weiterer Klärung bedürfen, wurde seitens des Sozialministeriums ein Workshop angekündigt, um das weitere Vorgehen zu präzisieren.

Unterbringung von Strafgefangenen nach dem Therapieunterbringungsgesetz ThUG

Im Dezember letzten Jahres beschloss der Deutsche Bundestag das „Gesetz zur Therapieunterbringung und Unterbringung psychisch gestörter Gewalttäter“ (Therapieunterbringungsgesetz, ThUG), um so den Anforderungen des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte gerecht zu werden. Dieser entschied, dass Häftlinge, die ihre vom Gericht angeordnete Haftzeit beendet haben, aber noch immer als gefährlich eingeschätzt werden, nicht weiter in Sicherungsverwahrung genommen werden dürfen. Der Gesetzgeber legt jetzt im ThUG fest, dass künftig unter Hinzuziehung von Gutachtern zu entscheiden ist, ob die Notwendigkeit zur Unterbringung wegen einer psychischen Störung besteht, sodass eine Behandlung in einer zur Therapie geeigneten geschlossenen Einrichtung erforderlich ist. Hierbei beruft sich der Gesetzgeber auf

die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK), die bei psychischer Störung die Anordnung von Haft ermöglicht.

Schon während des Gesetzgebungsverfahrens hatte die Bundespsychotherapeutenkammer interveniert, dass diese Straftäter bisher gerade deshalb in Sicherungsverwahrung genommen worden seien, weil sie nicht als schuldunfähig oder vermindert schuldfähig gegolten hätten und nicht als psychisch Kranke im Maßregelvollzug untergebracht worden seien. Der Gesetzgeber unterstelle jetzt, dass ein Teil dieser Straftäter psychisch krank sei, um dem Europäischen Gerichtshof gerecht zu werden. Niemand, auch kein Straftäter, sollte gegen seinen Willen psychotherapeutisch behandelt werden. (Weiteres unter www.bptk.de/show/4257782.html)

Die Umsetzung des Gesetzes hat durch die Länder zu erfolgen. Hierzu hat das Sozialministerium eine Projektgruppe einberufen, an der auch die Landespsychotherapeutenkammer, vertreten durch Tilman Kluttig, Mitglied im Kammerausschuss Psychotherapie in Institutionen und Leitender Psychologe an der Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Psychiatrie Reichenau, beteiligt ist. Psychotherapeutisches Fachwissen ist vor allem für die Erarbeitung der Behandlungsangebote für die betroffene Personengruppe erforderlich. Therapieziel muss im Sinne der EMRK sein, die Betroffenen unter Berücksichtigung ihrer speziellen Problemkonstellation nach jahrelanger Haft auf die Entlassung vorzubereiten.

Kammerstellungennahmen und -aufgaben – Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts

Das Bundesverwaltungsgericht hatte nach Klage eines Kammermitgliedes zu entscheiden, ob ein Grundsatzpapier der Arbeitsgemeinschaft hessischer Industrie- und Handelskammern zum „Gewerbe- und Industriestandort Hessen“, die so genannte „Limburger Erklärung“, zulässig oder zu allgemeinpolitisch ist.

Prof. Kluth, Institut für Kammerrecht e. V., nahm die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts zum Anlass einer aktuellen Stellungnahme zur Bedeutung dieses Urteils für das Selbstverständnis des Deutschen

Kammersystems und der Abgrenzung der Aufgaben und Möglichkeiten der Kammern von denen der Interessenverbände.

Für die Psychotherapeutenkammern bedeutet dies, dass sie das Gesamtinteresse ihrer Mitglieder wahrzunehmen hat. Dies erstreckt sich auch auf Bereiche, bei denen die Belange der Berufsausübung von Psychotherapeuten nur am Rande berührt werden, d. h., wenn nachvollziehbar Auswirkungen auf die Psychotherapeuten im Bereich der Kammer erkennbar sind.

Die Äußerungen einer Kammer müssen dabei das höchstmögliche Maß an Objektivität und die notwendige Sachlichkeit und Zurückhaltung wahren und hierbei das durch Gesetz und Satzung vorgegebene Verfahren einhalten. Die Vertreterversammlung der Kammer hat hierbei die Aufgabe, das gesamte Interesse der Kammermitglieder zu ermitteln. Urteil und Stellungnahme finden Sie zum Download auf www.lpk-bw.de unter Aktuelles vom 25.01.2011.

Eberhard Fuhrmann, ehemaliges Mitglied der Vertreterversammlung, verstorben

Wir trauern um Dipl.-Psych. Eberhard Fuhrmann. Er ist im Dezember 2010 im Alter von 64 Jahren verstorben. Eberhard Fuhrmann war Mitglied im Errichtungsausschuss der Kammer und gewählter Vertreter in der ersten LPK-Amtsperiode. Von 1999 bis 2004 war er als DPTV-Mitglied an der Seite von Detlev Kommer Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der damaligen Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden.

Er hat sich beruflich und fachpolitisch besonders in der Psychotherapeutischen Versorgung und dem Etablieren sinnvoller Regelungen für die Psychologische Psychotherapie engagiert. Selbst sehr fundiert ausgebildet in Humanistischen Psychotherapieverfahren wie auch in Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie, war er von 1973 bis 1980 in der Psychotherapeutischen Beratungsstelle des Studentenwerkes Heidelberg tätig und Mitbegründer der Arbeitsgemeinschaft der Studentenberater an

den Hochschulen der BRD, dann als sehr gefragter Psychotherapeut und Ausbilder und Supervisor für Gesprächspsychotherapie, Beratung und Focusing niedergelassen in Heidelberg. Auf dem langen Weg zum Psychotherapeutengesetz wie auch in der Gründungs- und Aufbauphase der LPK war er uns ein hochgeschätzter Mitstreiter und Weggefährte. Wir werden ihn in dankbarer Erinnerung behalten.

*Im Namen der Kollegenschaft
Mareke de Brito Santos-Dodt*

Ein Jahr Frühe Hilfen: Rund 300 Familien mit Kleinkindern erhalten Beratung und Hilfe

Eine positive erste Bilanz des Netzwerks Frühe Hilfen im Ortenaukreis wurde Ende November anlässlich des einjährigen Bestehens gezogen. Ende 2009 hatte die Kreissozialverwaltung das Netzwerk eingerichtet. Die Frühen Hilfen richten sich an alle Eltern, insbesondere sollen auch Eltern in belasteten Lebenssituationen erreicht werden, um frühzeitig die Entwicklung des Kindes günstig zu unterstützen und einer möglichen Gefährdung von Kleinkindern entgegen zu wirken.

Am Netzwerk Frühe Hilfen im Ortenaukreis beteiligten sich über 150 Chef- und Fachärzte der Entbindungskliniken im Or-

tenau Klinikum, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachstellen Frühe Hilfen, der Erziehungsberatung, der Suchtberatungsstellen, der Familienhebammen sowie des Sozialdezernats im Landratsamt Ortenaukreis. „Starke Eltern bedeuten starke Kinder und eine starke Gesellschaft“, betonte Sozialministerin und Kinderbeauftragte der Landesregierung Dr. Monika Stolz bei der Festveranstaltung. Im Ortenaukreis seien die Frühen Hilfen von Anfang an ein Teil der Regelversorgung. Dies sei außergewöhnlich und verdiene landesweite Beachtung. Landrat Frank Scherer, der zu der Veranstaltung eingeladen hatte, lobte die gute Zusammenarbeit aller Kooperations-

partner der Frühen Hilfen und dankte für die sehr konstruktive und engagierte Arbeit aller Beteiligten.

Rund 300 Familien oder Mütter mit Kleinkindern hätten die Beratung im ersten Jahr in Anspruch genommen und zum Teil mit konkreten Hilfen wie etwa dem Einsatz von Familienhebammen unterstützt, berichtete Ullrich Böttinger, Projektleiter Frühe Hilfen beim Landratsamt Ortenaukreis und stellvertretender Vorsitzender des LPK-Ausschusses Psychotherapie in Institutionen. „Für den Erfolg der Frühen Hilfen spricht insbesondere die Tatsache, dass wir in erheblichem

Maße Familien erreichen, die wir sonst nicht und vor allem nicht so früh erreicht hätten. Ein besonderer Schwerpunkt dabei sind Familien mit hohen sozialen Belastungen“, betonte Böttinger. Den Weg in die Fachstellen Frühe Hilfen und die Kinderschutzambulanz fänden die Eltern meist über Entbindungskliniken, Hebammen, Kinderärzte wie auch auf eigene Initiative. Neben beratenden, therapeutischen und diagnostischen Aufgaben fallen in den Fachstellen vor allem ein hoher Anteil an Aufgaben im Bereich des sozialen Managements an. Das Projekt wird

von der Universität Ulm wissenschaftlich begleitet.

Die Frühen Hilfen im Ortenaukreis wurden in einem gemeinsamen Prozess von Fachleuten der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens erarbeitet. Das Konzept ist präventiv ausgerichtet und basiert auf drei Säulen: Bessere Vernetzung zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe, Verbesserung der Früherkennung von Belastungsfaktoren und der frühen Erreichbarkeit von Müttern und Vätern sowie Bereitstellung speziell geeigneter Hilfen für Eltern mit

Säuglingen und Kleinkindern. Fünf Fachstellen in Achern, Kehl, Lahr, Offenburg und Haslach bieten wohnortnahe Beratung und Unterstützung in allen Fragen zur kindlichen Entwicklung und Erziehung. Hinzu kommt das Angebot der Babysprechzeit an der Kinderklinik im Ortenau Klinikum Offenburg. Aufgrund seines gut aufeinander abgestimmten Konzepts und seiner dauerhaft angelegten Finanzierung ist das Projekt auch landes- und bundesweit auf viel Beachtung gestoßen. Weitere Infos finden Sie unter www.lpk-bw.de/archiv/news2010 vom 30.11.2010.

Fachtag zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern – am 26.11.2011 in Stuttgart

Kinder und Jugendliche, die mit psychisch erkrankten Eltern aufwachsen, sind einem überdurchschnittlichen Maß an Konflikten und Spannungen ausgesetzt. In hohem Maße sind sie gefährdet, selbst eine psychische Erkrankung oder Verhaltensstörungen zu entwickeln. In den letzten Jahren ist zwischen den an der Behandlung beteiligten Professionen ein sensibleres Bewusstsein entstan-

den, Zusammenhänge zu erkennen. Es fehlt aber an präventiven Maßnahmen für diese spezielle Gruppe von Kindern und Jugendlichen. Im Rahmen eines Fachtages werden verschiedene Aspekte psychischer Belastungen und deren Bewältigung durch psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen dargestellt. Die Möglichkeiten zur Intervention und Kooperation verschie-

dener Hilfesysteme untereinander sollen ebenso betrachtet werden, wie die Spezifika psychotherapeutischer Behandlungstechnik mit Kindern psychisch erkrankter Eltern.

Bitte merken Sie sich den Termin vor – ein ausführliches Programm finden Sie demnächst auf unserer Homepage, im Newsletter sowie im nächsten PTJ.

„Zukunft der Psychotherapie – Psychotherapie der Zukunft“ – Landespsychotherapeutentag am 9. Juli 2011 in Stuttgart

Wir möchten Sie an dieser Stelle zum Landespsychotherapeutentag am Samstag, den 9. Juli 2011 nach Stuttgart einladen. An diesem Tag wollen wir das zehnjährige Bestehen der Landespsychotherapeutenkammer mit Ihnen feiern. In den Vorträgen verzichten wir dabei auf einen längeren Rückblick. Wir freuen uns, dass wir zum Tagungsthema „Zukunft der Psychotherapie – Psychotherapie der Zukunft“ namhafte Referenten

gewinnen konnten. Die Professoren Franz Caspar (Bern), Horst Kächele (Ulm, Berlin), Uwe Koch (Hamburg), Werner Wittmann (Mannheim) und Heiner Keupp (München) werden auf Basis der aktuellen Forschung in ihren Vorträgen und in einer abschließenden Podiumsdiskussion ihre Gedanken, Ideen und Visionen zur weiteren Entwicklung der Psychotherapie im Kontext gesamtgesellschaftlicher Prozesse vortragen und mit Ihnen diskutieren.

Wir würden uns sehr freuen, wenn dieser Landespsychotherapeutentag Ihr Interesse finden würde und Sie diesen Termin vormerken, so dass wir Sie am 9. Juli in Stuttgart begrüßen dürfen.

Das ausführliche Programm des Landespsychotherapeutentages wird im nächsten PTJ sowie auf der Homepage der LPK zu finden sein. Mitgliedern in Baden-Württemberg wird darüber hinaus noch postalisch eine Einladung zugesandt.

Termine

Vertreterversammlungen der LPK BW

Die nächsten Termine für die Vertreterversammlungen der LPK BW wurden wie folgt festgelegt:

- Freitag/Samstag, den 21./22.10.2011
- Samstag, den 24.03.2012

Geschäftsstelle

Jägerstraße 40, 70174 Stuttgart
 Mo – Do 9.00 – 12.00, 13.00 – 15.30 Uhr
 Freitag 9.00 – 12.00 Uhr
 Tel. 0711 / 674470 – 0
 Fax 0711 / 674470 – 15
 info@lpk-bw.de; www.lpk-bw.de

Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psychologi- schen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten

17. Delegiertenversammlung am 25.11.2010: Patientenschutz im Fokus

Kammerpräsident Nikolaus Melcop leitete den Vorstandsbericht mit Überlegungen zur Bedeutung aktuell diskutierter Themen, vom Glücksspiel über die Finanzkrise bis zur Migrationsdebatte, für das subjektive Erleben der Menschen und das Auftreten psychischer Störungen ein. Vor diesem Hintergrund erläuterte er das Engagement der Kammer zunächst am Beispiel der Arbeitswelt.

Die Kammer hat schon seit mehreren Jahren immer wieder das Thema psychische Störungen und psychische Gesundheit im Arbeitsleben in Medienberichten oder Veranstaltungen aufgegriffen. Letzter Höhepunkt war hier die Veranstaltung am 13.10.2010 (in Kooperation PTK Bayern, bayerisches Gesundheitsministerium, LMU München, AOK, BKK Landesverband, Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft). Melcop hob im Anschluss vor dem Hintergrund der wachsenden Anzahl von Spielhallen mit Spielsüchtigen in Bayern die Forderung der PTK Bayern nach einer konsequenten staatlichen Prävention von Suchtgefahren beim Glücksspiel hervor.

Information der Öffentlichkeit – nur mit eindeutigen Patientenschutz

Melcop stellte darüber hinaus an weiteren Beispielen dar, wie die Kammer diverse Beiträge in den Medien zu psychischen Störungen, Prävention und Psychotherapie aktiv mitgestaltet hat. Anhand einer vorgestellten Szene aus einer TV-Serie, bei der eine reale Zwangspatientin ihr Leid dramatisch darstellt, ging er auch auf Anfragen von Medien zur

Vermittlung von Psychotherapiepatienten ein. Er forderte hier einen klaren Vorrang des Patienten- und Persönlichkeitsschutzes.

Aktivitäten zur Förderung des Patientenschutzes

Er berichtete darüber hinaus über die gute Medienresonanz zur Resolution der 16. Delegiertenversammlung für besseren Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt und sexuellem Missbrauch und über Bemühungen zur Verbesserung psychotherapeutischer Angebote für Straftäter. Ferner stünde das Thema „Gesundheitsmanagement der Krankenkassen“ weiter im Fokus der PTK Bayern um Ausübung von Druck auf Patienten oder die Einmischung in Behandlungen zu verhindern.

Ausführlich erläuterte er dann in seinem Vortrag das Kooperationsprojekt mit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD) zur niedrigschwelligen Beratung von Psychotherapiepatienten. In diesem Zusammenhang fand auch ein Treffen mit Vertretern der Staatsanwaltschaften zur strafrechtlichen Auslegung des Abstinenzgebots statt. Die Delegierten wurden auch auf die im Dezember ge-



Kammerpräsident Nikolaus Melcop beim Bericht des Vorstands. (Foto: Johannes Schuster)

plante Fortbildungsveranstaltung für Kammermitglieder zur Nachbehandlung von Patienten nach Grenzüberschreitungen durch Psychotherapeut/inn/en aufmerksam gemacht.

GKV-Finanzierungsgesetz und Bedarfsplanung

Zur aktuellen Gesundheitspolitik wurden den Delegierten das GKV-Finanzierungsgesetz sowie die geplante Neuordnung der Bedarfsplanung und die damit einhergehenden Folgen für die Patient/inn/en und die bayerische Psychotherapeutenchaft erläutert.

Perspektiven der Ausbildung

Ausgehend von den Beschlüssen des 16. Deutschen Psychotherapeutentages

(DPT) wurde von den zahlreichen Aktivitäten der PTK Bayern berichtet, so z. B. von den Treffen mit den Vertretern der Hochschulen und mit den Leitern der Ausbildungsgänge für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Im Anschluss wurden die Beschlüsse des 17. Deutschen Psychotherapeutentages vom 13.11.2010 erläutert, bei denen sich eine große Mehrheit insbesondere für eine rasche Gesetzesinitiative auf der Grundlage der Vorarbeiten des Vorstands der BPTK und für die Fortsetzung der Gespräche mit den unterschiedlichen Hochschulvertretern ausgesprochen hatte.

Zum **Ausblick ins kommende Jahr** griff Nikolaus Melcop folgende Themen auf:

- Die Steigerung von **Anerkennung, Wertschätzung, Arbeitsplatzsicherheit und angemessener Bezahlung**, um Krankheit und psychischen Störungen vorzubeugen.
- Eine **Bedarfsplanung**, die die tatsächlichen Behandlungserfordernisse berücksichtigt und so **bessere Therapiemöglichkeiten für psychisch kranke Menschen** schafft.
- **Leitungsfunktionen** von Psychotherapeuten in stationären Einrichtungen mit psychotherapeutischen Behandlungsaufträgen.
- Die **Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung** auf Basis des Kollektivvertrages mit Erstzugang zur Psychotherapie.

„Freiberuflichkeit ist individueller Lebensentwurf und verantwortlicher Gestaltungsauftrag unserer Gesellschaft“

Dr. Fritz Kempfer, Präsident des Verbandes Freier Berufe in Bayern (VFB), hielt einen Gastvortrag mit dem Titel „Die Zukunft der Freien Berufe in Bayern, Deutschland und Europa“. Die Stärkung der Selbstverwaltung und der Bürokratieabbau seien wesentliche politische Ziele des VFB. Der Verbandspräsident forderte auch eine Ausdehnung des § 160a der Strafprozessordnung (Erkenntnisse, über die betroffene Personen das Zeugnis verweigern dürften) auf Psychotherapeut/inn/en und Ärztinnen/Ärzte. „Es leuchtet nicht ein, warum das Zeugnisverweigerungsrecht nur für



Dr. Fritz Kempfer, Präsident des Verbandes Freier Berufe in Bayern (VFB). (Foto: Johannes Schuster)

bestimmte Berufsgruppen gilt und Seelsorger und Strafverteidiger nicht abgehört werden dürfen, Psychotherapeuten und Ärzte jedoch schon“, sagte Kempfer.

Jahresabschluss 2009 und Haushaltsplan 2011 einstimmig angenommen

Nach der Stellungnahme des Finanzausschusses und Diskussion wurde der Vorstand einstimmig entlastet und der Jahresabschluss 2009 sowie der Haushaltsplan 2011 durch die Delegiertenversammlung einstimmig angenommen.

Delegierte beschließen einstimmig Änderung der Fortbildungsrichtlinie und Gebührensatzung

Vizepräsident Bruno Waldvogel stellte die Erfahrungen in der Umsetzung der 2004 erlassenen Fortbildungsrichtlinie und sich daraus ergebende Änderungsvorschläge vor. Insbesondere ging er auf die Bedeutung wissenschaftlich fundierter Fortbildung für das Qualitätsniveau der Profession ein. Entscheidungen der Kammer zur Nicht-Anerkennung nicht ausreichend wissenschaftlich begründeter Fortbildungsinhalte hatten auch vor Gericht Bestand. Die



Die Delegierten nahmen die Änderung der Fortbildungsrichtlinie nach intensiver Diskussion einstimmig an. (Foto: Johannes Schuster)

Delegierten beschlossen nach eingehender Diskussion einstimmig die vorgeschlagenen Änderungen der Fortbildungsrichtlinie und daraus folgende Anpassungen der Gebührensatzung.

Wahl der Vertreter/innen des Verwaltungsrates im Versorgungswerk

Die Vertreter des Verwaltungsrates des Versorgungswerks, der Bayerischen Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung (BlngPPV), müssen nach Ablauf der Amtsperiode von der jeweiligen Berufskammer vorgeschlagen und durch das Bayerische Innenministerium berufen werden. Die Delegierten wählten für die Kammer Herbert Ühlein, Nikolaus Melcop und Gerda B. Gradl, als Stellvertreter Benedikt Waldherr, Anke Pielsticker und Andreas Rose.

Neues Mitglied in den Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen durch Angestellte und Beamte“ nachgewählt

Als Nachfolger von Gisa Lieweris-Amsbeck, die sich niedergelassen und ihren Platz daher im Ausschuss zur Verfügung gestellt hat, wurde Bernd Sommer, Schwangau, in den Ausschuss gewählt.

Weitere Schwerpunkte der Delegiertenversammlung

Im Anschluss folgten die Berichte aus den Ausschüssen der Kammer für **Aus-, Fort- und Weiterbildung** (Rainer Knappe), für die **psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen** (Gabriele Melcop) sowie **Psychotherapie in Institutionen** (Peter Dillig).

Danach informierten die **satzungsgemäßen Vertreter** der **Ausbildungsinstitute** (Susanne Färber) und der **Psychotherapeut/inn/en in Ausbildung** (Lisa Brendel) sowie der **Hochschulen** (Prof. Angelika Weber) über ihre Tätigkeit.

Nach Affront für Psychotherapeuten: Quo vadis Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns?

Die Vorstandswahlen in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) am 22. Januar endeten mit einem Affront für die Psychotherapeut/inn/en, da die Vorstandsposition „Vertreter der Psychotherapeuten“ mit einer Ärztin (Internistin) besetzt wurde und nicht mit einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten, die/der dazu das Mandat der bayerischen Psychotherapeut/inn/en hat. Die letzten sechs Jahre war Dipl.-Psych. Rudi Bittner, Psychologischer Psychotherapeut, im Vorstand als 2. stv. Vorsitzender der Vertreter der Psychotherapeuten.

Einer der drei Vorstandssitze ist nach der Satzung der KVB für einen Vertreter der Psychotherapeuten vorgesehen, die anderen beiden je für Vertreter der Hausärzte und der Fachärzte. Wer diese Positionen ausfüllt, wird von der Vertreterversammlung der KVB per Wahl entschieden. Die Vertreterversammlung hat bei den Vorstandswahlen Dr. Ilka Enger mit 34 Stimmen und damit mit einer Mehrheit jenseits der Psychotherapeuten auf diese

Position und zur zweiten stv. Vorsitzenden gewählt. Rudi Bittner erhielt 16 Stimmen – darunter auch die Stimmen aller gewählten Vertreter der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Enger ist bei den KV-Wahlen zur Vertreterversammlung im Wahlkörper der Ärzte als Listenführerin des Bayerischen Facharztverbandes angetreten. Als Vertreter der Hausärzte wurde Dr. Wolfgang Krombholz vom Bayerischen Hausärzteverband als Vorstandsvorsitzender und als Vertreter der Fachärzte der Facharzt Dr. Pedro Schmelz als 1. Stv. Vorsitzender gewählt.

Für unsere Berufsgruppe stellt diese Wahl von Enger zur „Vertreterin der Psychotherapeuten“, die keine Psychotherapeutin ist, in den neuen Vorstand der KVB einen Affront dar. Ein Psychotherapeut/eine Psychotherapeutin ist auch angesichts stark steigender Morbidität bei psychischen Störungen und psychisch mitbedingten körperlichen Krankheiten einerseits und eines sehr hohen Bedarfes an Psychothera-

pie andererseits in der Führungsebene der KVB unverzichtbar. Und es ist zu fordern, dass diese Person die demokratische Legitimation aus unserer Berufsgruppe besitzt, um deren Interessen entsprechend vertreten zu können. Über beide Aspekte hat sich die Mehrheit der Vertreterversammlung hinweggesetzt. Diese Entscheidung kann juristisch nicht angegriffen werden. Sie bedeutet jedoch, dass die Psychotherapeut/inn/en sehr viel stärker als bisher gegenüber der KVB ihre Interessen artikulieren müssen. Hierzu gehört auch, dass die Psychotherapeuten zumindest eine/n Psychotherapeut/in/en auf der Position eines Vorstandsbeauftragten fordern.

Die Psychotherapeuten und auch die PTK Bayern werden nun sehr genau beobachten, inwieweit der neue KV-Vorstand willens ist, den Forderungen der Psychotherapeuten entgegenzukommen und sich in angemessener Weise für die Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung und für die Interessen der Psychotherapeuten einzusetzen.

Fortbildungsveranstaltung „Als Psychotherapeut in Führung gehen“: Was muss eine Führungskraft tun, um Wirkung zu erzielen?

Bereits zum zweiten Mal fand am Freitag, 21. Januar 2011, in der Geschäftsstelle der PTK Bayern die Fortbildungsveranstaltung „Kernkompetenzen in Leitungsfunktionen“ statt. Referentin war erneut Monika Dahmen-Breiner, Ausbildungsleiterin für die Deutsche Gesellschaft für Personalführung (DGFP). Schwerpunkt dieses Starterkurses war eine Einführung mit praktischen Beispielen und Übungen. Die Teilnehmerzahl war auf 25 Personen begrenzt. Zu Beginn der Veranstaltung erklärte die Referentin die beiden Facetten der Führung „Leadership und Management“. Weiter ging es mit der Frage, worauf es bei Führungskräften wirklich ankomme. So sei der Wechsel von der Behandlerrolle hin zur Führungsrolle anspruchsvoll und nicht immer einfach. Habe bislang das Hin hören, die Empathie und das Reagieren bei der täglichen Arbeit im Vorder-

grund gestanden, sei als Führungskraft vor allem die Bereitschaft zur aktiven Gestaltung und Entscheidung gefordert. Verlangt werde die Fähigkeit, ein konstruktives Arbeitsklima herzustellen und zu fördern, aber immer wieder seien auch harte Entscheidungen notwendig und die Bereitschaft, die Organisation aktiv nach vorne zu treiben. Vor der Entscheidung, ein Angebot für eine leitende Funktion anzunehmen, sei die persönliche Reflexion wichtig. Hierbei müssten die Fragen „Will ich wirklich führen?“ und „Was verspreche ich mir davon für mich persönlich?“ objektiv beantwortet werden. Ein weiterer Schwerpunkt des Fortbildungsseminars war das Thema „Führen über ‚smarte‘ Ziele“. Weitere Themen wie die richtige Handhabung von Zielvereinbarungsgesprächen, Feed-Back-Strategien, Beurteilungen, Mitarbeiter- und Rückkehrgesprächen nach



Monika Dahmen-Breiner, Führungstrainerin und Organisationsberaterin.

Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsmethodik rundeten den Fachvortrag von Monika Dahmen-Breiner ab. Der Aufbaukurs zur Veranstaltung „Kernkompetenzen in Leitungsfunktionen“ findet am 8. April 2011 ebenfalls in der Geschäftsstelle der PTK Bayern in München statt. Der Kurs war bei Redaktionsschluss fast ausgebucht.

Gespräch mit der neuen Patientenbeauftragten Dr. Gabriele Hartl

Der bayerische Gesundheitsminister Dr. Markus Söder hat mit Wirkung zum 1.11.2010 Dr. Gabriele Hartl zur neuen Patientenbeauftragten ernannt. Nach ihrer Amtseinführung stellte sich Dr. Hartl bei Kammerpräsident Nikolaus Melcop und Vizepräsident Bruno Waldvogel vor. Dr. Hartl, Fachärztin für Chirurgie und seit einigen Jahren im Bayerischen Gesundheitsministerium (StMUG) für Geriatrie und Palliativfragen zuständig, hob hervor, dass sie sich nicht als Konkurrenz zu be-

stehenden Beratungsangeboten wie z. B. dem der Kammern sehe. Vielmehr wolle sie eine Mittlerrolle zwischen Patienteninitiativen, Krankenkassen, den Kammern und anderen Anlaufstellen für Patienten übernehmen. Ihre zentrale Aufgabe sei es, Patienteninformation und Patientensouveränität zu stärken. Die Patientenbeauftragte plant, Anfragen und Eingaben in einem Patientenbericht zusammenzufassen. Der jährliche Bericht soll auch Empfehlungen für politisches Handeln auf Landes- und

Bundesebene enthalten. Dr. Hartl zeigte sich interessiert am differenzierten Beschwerdemanagement der Kammer und auch an den vielfältigen Aktivitäten zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, insbesondere auch in dem von ihr weiter geführten Zuständigkeitsbereich, der Versorgung von Älteren und Palliativpatienten. An dem von ihr zwischenzeitlich neu eingerichteten „Runden Tisch der Patientenrechte“ hat sich die Kammer beteiligt.

Engagement gegenüber Politik für bessere Prävention von Spielsucht

Die PTK Bayern fordert eine konsequente Prävention von Suchtgefahren durch Glücksspiel (vgl. auch Homepagesmeldung vom 23.9.2010). Unsere Vorschläge hierzu wurden dem Bayerischen Gesundheitsministerium (StMUG) Ende Oktober 2010 unterbreitet und konkret vier Ansatzpunkte aufgeführt: Einführung einer „Vergnügungssteuer“ in Bayern, Einbeziehung von Geldspielgeräten und Spielhallen in den Glücksspielstaatsver-

trag, komplettes Werbeverbot für Glücksspiele sowie konsequente Umsetzung des Verbots von Internet-Glücksspielen. Das Schreiben wurde auch den Mitgliedern des Landesgesundheitsrates zugeleitet. Im Landesgesundheitsrat sind die Vertreter aller maßgeblichen Gesundheitsinstitutionen und Landtagsabgeordnete der verschiedenen Parteien vertreten. Das Ministerium hat die Vorschläge zwischenzeitlich teilweise befürwortet.

Das StMUG sagte zu, dass die Anregungen der PTK Bayern in die Beratungen einfließen werden.

In diesem Zusammenhang begrüßen wir auch den entsprechenden Vorstoß der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Mechthild Dyckmans, und bedauern, dass sie dafür keine Unterstützung von Bundesgesundheitsminister Dr. Rösler erfahren hat.

Kurznachrichten

Einsatz zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und der Möglichkeiten für Psychotherapeuten im „Versorgungsgesetz“

Im Zusammenhang mit den Planungen zu einem „Versorgungsgesetz“ durch den Bundesgesundheitsminister hat die PTK Bayern in Abstimmung mit der BPTK, den anderen Landeskammern und den Berufsverbänden diverse Aktivitäten unternommen, um auf die geplante Neuordnung der Bedarfsplanung hinzuweisen, das Angebot an Psychotherapie für gesetzlich Versicherte zu verbessern und die Handlungsmöglichkeiten für unsere Berufsgruppe zu erweitern. Neben der Beteiligung unserer Mitglieder an der Umfrage zu Wartezeiten wurden auch diverse schriftliche und mündliche Kontakte mit maßgeblichen bayerischen Politikern, Gesundheitsminister Söder, Staatssekretärin Huml und Bundestagsabgeordneten durchgeführt.

Weitere Gespräche in München und Berlin sind geplant. Betont werden muss immer wieder, dass es nicht um die reine Umverteilung des Status quo an Kapazitäten gehen darf, d. h. insb. von den Städten in ländliche Gebiete. Vielmehr geht es um eine am tatsächlichen Bedarf orientierte dynamische Planung und damit auch um zusätzliche Kassenzulassungen, größere Flexibilisierungen und die Mitentscheidung durch die Berufsgruppe selbst. In diesem Zusammenhang bringen wir auch weitere Forderungen unserer Berufsgruppe ein, wie z. B. die Verbesserung der Möglichkeiten für Job-Sharing oder zur Leitung von Medizinischen Versorgungszentren durch PP/KJP.

Zukunft der Ausbildung – Kammer steht hinter Beschlüssen des DPT

Die PTK Bayern hat sich Mitte Januar erneut an den bayerischen Gesundheits-

minister Dr. Markus Söder gewandt, ihn über die Details des Entwurfs der Psychotherapeuten für ein Gesetz über die Reform der Psychotherapeutenausbildung informiert und ihn weiterhin um seine Unterstützung gebeten. Söder hat gleichzeitig einen Vorschlag für eine Approbationsordnung erhalten, aus dem die konkrete Ausgestaltung der neuen Ausbildung hervorgeht. Das Reformkonzept sieht eine postgraduale Ausbildung vor, die als Eingangsqualifikationen umfassende Kompetenzen auf Masterniveau verlangt. Darüber hinaus soll die prekäre finanzielle Situation von Ausbildungsteilnehmern beendet werden.

Landtagsanhörung

Am 24.2.2011 fand eine Anhörung des Ausschusses für Soziales, Familie und Arbeit und des Ausschusses für Umwelt und Gesundheit des Bayerischen Landtags zur Situation der ambulanten, teilstationären

und stationären psychiatrischen Versorgung in Bayern statt. Kammerpräsident Nikolaus Melcop betonte in seinen Statements zu den Fragen der Ausschüsse u. a., dass Psychotherapie immer integraler Bestandteil psychiatrischer Versorgung sein müsse. Die Bedarfs- und Versorgungsplanung müsse von einer professionellen Versorgungsforschung begleitet werden und die PTK Bayern sei an der landesspezifischen Versorgungsplanung zu beteiligen. Des Weiteren müsse das Angebot an Psychotherapie ambulant und stationär aufgrund des hohen Bedarfs ausgebaut werden. Diese und weitere Forderungen der PTK Bayern finden Sie in der Rubrik „Stellungnahmen“ auf der Website der Kammer.

Neuaprobierenveranstaltung

Nikolaus Melcop und Bruno Waldvogel begrüßten am 4.12.2010 in München 35 neuaprobierende Mitglieder und informierten sie über die Strukturen und Aufgaben der Kammer sowie über die Regelungen zur Fortbildung und der Berufsausübung. In der anschließenden konstruktiven Diskussion kamen auch die Bedarfsplanung und die Ausbildungsreform zur Sprache.

Fortbildungsveranstaltungen gut besucht

Die beiden Fortbildungsveranstaltungen „Grenzüberschreitungen durch Psychotherapeut/inn/en – Nachbehandlung der Patient/inn/en“ am 10.12.2010 und „Fortbildung für die onkologische Praxis“ am 4./5.2.2011 stießen bei den Kammermitgliedern auf großes Interesse. Im Dialog mit den Referent/inn/en wurden viele Fragen detailliert beantwortet.

Wegweiser gehörloser Patient/inn/en in der Psychotherapie

Der Arbeitskreis „Psychosoziale Versorgung von gehörlosen Menschen“ hat eine Broschüre mit dem Titel „Versorgung von gehörlosen Menschen“ herausgegeben. Diese ist zu beziehen bei: Sozialpsychiatrischer Dienst – Hörgeschädigtenberatung, Marsstr. 5, 80335 München, Tel. 089/55 169-770 oder per E-Mail unter spdi-hgb@caritasmuenchen.de.

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der Veranstaltungen, die von der Kammer initiiert bzw. an denen die Kammer teilgenommen hat: Mitgliederversammlung der Bayerischen Krankenhausgesellschaft am **3.12.2010**; Mitgliederversammlung der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG) am **8.12.2010**; 2. Sitzung des Landeszentralstellenrates für Psychosoziale Notfallversorgung in Bayern am **10.12.2010**; 10. Sitzung des Landesgesundheitsrates am **13.12.2010**; 1. Runder Tisch „Patientenrechte“ (Dr. Gabriele Hartl, StMUG) am **25.1.2011**; BKK-Tag 2011 „Prävention, Pillen und Protonen – die Allheilmittel der GKV“ am **3.2.2011**; Symposium der Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der bayerischen Bezirke am **17.2.2011**; Heilberufekammertreffen am **21.2.2011**.

Bevorstehende Veranstaltungen

Mitglieder-Infoveranstaltungen: Würzburg – 17.5.2011; Nürnberg – 7.6.2011; Augsburg – 7.7.2011; München – 20.7.2011. Alle Veranstaltungen dauern von 18.30 Uhr bis 21.00 Uhr.

10. Suchtforum mit dem Titel „Vom Tüchtigen zum Süchtigen ... arbeitsmüde, erschöpft und ausgebrannt: Arbeiten, bis die Helfer kommen!“ in Kooperation mit der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS), der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Landesapothekerkammer. 1. Termin: 13.4.2011, 13.30 bis 18.00 Uhr in München. 2. Termin: 15.7.2011, 13.30 bis 18.00 Uhr in Nürnberg.

Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen: Fortbildungs-Curriculum der Landesärztekammern Bayern und Baden-Württemberg sowie der Psychotherapeutenkammern Bayern und Baden-Württemberg, Termin **Grund- und Aufbaumodul (Verfahren bei Erwachsenen):** 8. bis 10.4.2011, Fr 13.00 bis 18.00 Uhr, Sa 9.00 bis 18.00 Uhr, So 9.00 bis 17.00 Uhr. Termin **Ergänzungsmodul**

(Fortbildung über psychische Traumafolgen bei Flüchtlingen: Traumatisierte Kinder und Jugendliche): 27.5.2011, 13.00 bis 18.00 Uhr, beide in München.

Psychotherapie im Alter: Gemeinsame Veranstaltung mit der KVB. Termin: 7.5.2011, 10.00 bis 16.00 Uhr. Ort: KVB, Elsenheimerstr. 39, 80687 München.

Kinder psychisch kranker Eltern – Hilfen gemeinsam gestalten: Eine Fortbildungs- und Informationsveranstaltung der PTK Bayern und der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung e. V. (LAG). Termin: 7.5.2011, 10.00 bis 18.00 Uhr in München.

Migration und Psychotherapie: Gemeinsame Veranstaltung mit der Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) sowie der Gesellschaft für türkischsprachige Psychotherapie und psychosoziale Beratung (GTP e.V./aktpt). Termin: 1.7.2011, 10.00 bis 17.00 Uhr in München.

Betriebswirtschaftliche und juristische Niederlassungsberatung: Vortrag mit den Themen u. a. „Elemente des Businessplanes, Finanzierungsvoraussetzungen und Fördermöglichkeiten, rechtliche und steuerliche Fragen“. Termin: 8.7.2011, 10.00 bis 14.15 Uhr in München

Nähere Informationen und Programme zu den Veranstaltungen sowie Anmeldeformulare finden Sie zeitnah auf unserer Homepage: www.ptk-bayern.de

Vorstand der Kammer:

Nikolaus Melcop, Peter Lehndorfer, Bruno Waldvogel, Gerda B. Gradl, Heiner Vogel, Angelika Wagner-Link, Benedikt Waldherr.

Geschäftsstelle

St.-Paul-Str. 9, 80336 München
Post: Postfach 151506, 80049 München
Tel. 089/51 55 55-0, Fax -25
Mo – Do 9.00 – 15.30, Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@ptk-bayern.de, www.ptk-bayern.de



PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BERLIN

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Herausforderungen für eine adäquate Bedarfsplanung – ein Problemaufriss

Berlin

Berlin ist an ambulanten psychotherapeutischen Angeboten zu 158% überversorgt – so lautet das Fazit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz im Basisbericht 2009 der Gesundheitsberichterstattung Berlin. Monatelange Wartezeiten auf einen Therapieplatz – das ist die Rückmeldung der Anbieter und Therapieplatzsuchenden. Wie kommt es zu diesem Missverhältnis? Wer legt den Versorgungsschlüssel fest? Was müsste ggf. geändert werden? Diese Fragen sind Gegenstand des nachfolgenden Beitrages.

Obwohl die aktuelle Diskussion vorrangig auf die vertragsärztliche ambulante Versorgung fokussiert, wird die politische Debatte unter dem Oberbegriff „sektorenübergreifende Versorgung“ geführt. Politisch ist ein Prozess zu erwarten, der langfristig von einer reinen Berechnung von Psychotherapiesitzen hin zu einer Diskussion von Versorgungsangeboten führen wird. Darunter werden dann auch alle anderen Arten von psychotherapeutischer Versorgung zu verstehen sein.

Was heißt „Bedarfsplanung“?

1993 hat der Gesetzgeber die Bedarfsplanung eingeführt, um eine Über- und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung zu vermeiden. Seitdem haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und die gesetzlichen Krankenkassen jeweils auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen. Aktueller Maßstab dabei ist die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die seit 2007 in Kraft ist. Sie regelt auch Maßstäbe für Sonderbedarfsfeststellungen und Verfahren zur Beurteilung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung (§§ 101 SGB V ff.).

Für die Bedarfsplanung werden arztgruppenspezifische Verhältniszahlen (14 Gruppen) für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner (10 verschiedene Grade zur Bevölkerungsdichte) zur Zahl der zugelassenen Vertragsärzte (hier: PP und KJP) ermittelt. Bei Kernstädten wie Berlin ergibt sich laut Tabelle 1 ein Versorgungsbedarf von einem PP/KJP zu 2.577 Einwohnern. In ländlichen Versorgungsbereichen kommen vergleichsweise auf einen PP/KJP bis zu 23.106 Einwohner. Die momentane Bedarfsplanung geht implizit davon aus, dass Menschen in ländlichen Regionen erheblich seltener psychisch krank werden als in der Stadt.

Im November 2010 wurde vom G-BA zusätzlich der Demografiefaktor in die Bedarfsplanungsrichtlinien aufgenommen. In die Berechnung fließt nun auch die Altersstruktur der Einwohner (> und <60-Jährige) mit ein. Seitens der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) wird die Art der Berechnung äußerst kritisch gesehen. Die Altersfaktoren beziehen sich auf die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle der letzten vier Quartale. Daraus ergeben sich allgemeine Altersfaktoren. Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der BPtK, prognostiziert, dass sich mit der rückblickenden Berechnung die Unterversorgung der Älteren verschärfen wird. Gerade ältere Menschen haben heute immer noch Hemmungen, bei psychischen Problemen einen Psychotherapeuten aufzusuchen. Das Bundesgesundheitsministerium hingegen geht anhand der vom G-BA vorgelegten Simulationsberechnungen von zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten aus.

Wann wird von Unter- oder Überversorgung gesprochen?

Wird der allgemeine, bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10% überschritten, liegt

eine Überversorgung vor. Dann müssen die KV-Zulassungsausschüsse für Zulassungsbegrenzungen sorgen. Zeitlich begrenzt können keine neuen Vertragsarztsitze ausgeschrieben werden. Ein Gebiet zählt als unterversorgt, wenn der Versorgungsgrad den Bedarf bei Facharztgruppen um mehr als 50% unterschreitet. Die Öffnung für neue Niederlassungen erfolgt aber bereits, wenn der Versorgungsgrad unter 110% fällt. In großstädtischen Planungsbereichen können Sonderbedarfsregelungen für den lokalen Bedarf getroffen werden. Der erhöhte Bedarf kann auch durch die Notwendigkeit bestimmter qualitativer Versorgungsanforderungen angezeigt werden. Dafür kann der Leistungsumfang je Vertragsarzt auf 103% erhöht werden. Der Umfang ist wieder zu reduzieren, sobald der lokale Bedarf nicht mehr besteht.

In den Bedarfsplanungsrichtlinien ist weiterhin geregelt, dass 25% der Psychotherapieplätze auf ärztliche PP/KJP und 20% auf KJP entfallen.

Wie sieht die Versorgungssituation für Berlin aus?

Der Zulassungsbezirk Berlin gilt als ein Planungsbezirk, dies hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 2003 einvernehmlich beschlossen, um eine einheitliche Honorierung psychotherapeutischer Leistungen für ganz Berlin zu gewährleisten. Zurzeit sind weitere Praxissitze im Bereich der Psychotherapie gesperrt, da Berlin mit 158% als überversorgt gilt. Niederlassungen sind nur durch Praxisweitergaben möglich; die jeweiligen Ausschreibungen erfolgen im KV-Blatt.

Bei der Verteilung der Praxissitze stellt sich ein Allokationsproblem heraus: Einige Bezirke in Berlin gelten als eklatant unterbesetzt, andere als drastisch überversorgt

(Tabelle 1). Es fehlt an monetären Anreizen, sich in unterversorgten Regionen (z. B. Marzahn-Hellersdorf) niederzulassen. Ebenso ist zu vermuten, dass die Anzahl an Privatpatienten, die den Praxisinhabern einen nennenswerten „Zuverdienst“ bieten können, in bestimmten Regionen der Stadt deutlich geringer ausfällt.

Tabelle 1: Ärztliche P/PP/KJP mit KV-Zulassung – Stand 01.01.2010 (KV-Blatt 9/2010, 20 Berlin)

Bezirk	1 Therapeut / x E
Mitte	1.641
Friedrichshain-Kreuzberg	1.686
Pankow	2.270
Charlottenburg-Wilmersdorf	580
Spandau	2.762
Steglitz-Zehlendorf	920
Tempelhof-Schöneberg	914
Neukölln	3.628
Treptow-Köpenick	2.894
Marzahn-Hellersdorf	7.729
Lichtenberg	4.160
Reinickendorf	2.679
Gesamt	1.568
Maßzahl lt. G-BA	2.577

Kritik an der Methodik der momentanen Bedarfsplanung

Die heutige Form der Bedarfsplanung geht auf das Jahr 1993 zurück. Damals wurde der Status Quo erfasst und zum Maßstab für die gesamten Folgejahre. Die Weiterentwicklung der PP/KJP als eigenständiger Heilberuf in Folge des Psychotherapeutengesetzes 1999 blieb dabei unberücksichtigt.

Die pauschale Aussage „Berlin sei überversorgt“ spiegelt in keiner Weise den von Patienten und Psychotherapeuten real erlebten Versorgungsbedarf innerhalb der Stadt wider. Monatelange Wartezeiten auf einen Therapieplatz lassen zumindest für den Leistungsempfänger nicht das Gefühl einer regelhaften oder gar überhöhten Versorgung aufkommen. In diesem Zu-

sammenhang sei ein jüngstes Urteil des Bundessozialgericht zum Thema Wartezeiten bei Kardiologen erwähnt, wonach eine Wartezeit von zwei Monaten bei dieser Gruppe von Fachärzten als unzumutbar gelte (AZ B 6 KA 21/08 R). Nach Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. sei das Urteil durchaus auf die Situation der PP/KJP übertragbar.

Eine weitere Schiefelage erhält die momentane Bedarfsplanung durch Doppelzulassungen. Verfügt ein Psychologischer Psychotherapeut zugleich über die KJP-Zulassung, so wird unabhängig von der tatsächlichen Fallzahl die KJP-Zulassung mit dem Faktor 0,5 berechnet. Das heißt, dass sich die Planungszahlen entsprechend verschieben. Je nach Betrachtung gibt es entweder zu wenige PP oder zu wenige KJP.

Die zunehmende Feminisierung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringer wird bei der Bedarfsplanung zu wenig berücksichtigt. Inzwischen liegt der Frauenanteil innerhalb der Profession bei 70%. Der Anteil wird in Zukunft weiter steigen. Was aber bedeutet der hohe Frauenanteil für die Versorgung? Welche Motivationsanreize gibt es ggf. für den männlichen Nachwuchs innerhalb der Profession? Sind abgestufte Praxissitze (gezählt als Vollzeitäquivalente) eine Alternative hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder der Umsetzung von Altersteilzeit?

Psychische Erkrankungen gehören nach epidemiologischen Studien zu den häufigsten und auch kostenintensivsten Erkrankungen. Der Anteil behandlungsbedürftiger Patienten stieg in den letzten zehn Jahren bundesweit deutlich an. Für Kinder und Jugendliche besteht laut Bella-Studie des Robert-Koch-Instituts ein Behandlungsbedarf von rund 10%. Nach Ihle und Esser (2002) liegt der Anteil der behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen bei sogar 18%. Bei der erwachsenen Bevölkerung zeigt sich ein noch drastischeres Bild: Nach Jacobi et al. (2004) leiden 31% der 18- bis 65-Jährigen an einer psychischen Störung (ohne Posttraumatische Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen). In der Gruppe der >60-Jährigen sind es 25%, die

eine psychische Störung aufweisen (Bickel et al., 2003).

Ähnliche Trends zeigen die Arbeitsunfähigkeitsdaten der Krankenkassen für die Region Berlin. In dem Barmer/AOK-Gesundheitsbericht für Berlin und Brandenburg (2009) rangieren psychische und Verhaltensstörungen auf Platz 7 aller Erkrankungen. Was die Krankschreibungsdauer angeht, liegen psychische Erkrankungen sogar auf Platz 3. Betroffene Versicherte (hier nur die erwerbstätigen Versicherten) werden durchschnittlich 29,4 Tage im Jahr krank geschrieben (Tendenz steigend). Im Berliner AU-Bericht der DAK mit dem Schwerpunkt psychische Erkrankungen (2005) wird konstatiert, dass die Zahl der AU-Fälle im Jahr 2004 gegenüber 1997 um 68% anstieg. Die Zahl der AU-Tage stieg um 43%, die Zahl der Betroffenen nahm um 52% zu. Berlin liege bei psychischen Erkrankungen im Ländervergleich an der Spitze.

Wie sich der Trend unter demografischen Gesichtspunkten fortsetzt, lässt sich momentan schwer einschätzen. Der geplante Versorgungsatlas des Zentralinstituts der KBV könnte ein wertvolles Instrument zur Hochrechnung der Morbiditätsentwicklung sein. So ließen sich voraussichtlich Versorgungspräferenzen und Barrieren für bestimmte Patientengruppen (z. B. Migranten oder behinderte Patienten) abbilden.

Was erfordert eine adäquate Bedarfsplanung für Berlin?

Für eine adäquate Bedarfsplanung psychotherapeutischer Leistungen ist eine kleinräumige Bedarfsermittlung in den Berliner Bezirken notwendig. Einen ersten Vorstoß hierzu hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit der Entwicklung einer speziellen Software am Beispiel des ländlichen Raumes Thüringen unternommen: Damit lassen sich Zusammenhänge der Versorgungsstruktur an ausgewählten Indikationen aus Arzt- und Patientenperspektive kleinräumig durch Simulation der Patientenströme in Abhängigkeit bestehender Arztstandorte beschreiben. Die Software ermöglicht die Beschreibung der Versorgungssituation anhand unterschiedlicher Indikationen für den Status quo und die

Veranschaulichung der prognostizierten Entwicklung von Einwohner- und Arztzahlen. Außerdem ist die Software geeignet, die für den Fall der Auflösung von Praxisstandorten entstehenden Verlagerungseffekte von Patientenströmen zu simulieren (Zentralinstitut 2009, 33).

Auch die KV Berlin sieht die Notwendigkeit einer kleinräumigen Versorgungsanalyse. Hinsichtlich besserer Planungsdaten sollen nicht die bezirklichen (politischen) Räume als Grundlage dienen, sondern die lebensweltlich orientierten Räume (LOR). Zusammen mit der Beuth-Hochschule für Technik Berlin (BHT) wurden anschauliche Indikatoren zur Beschreibung der vertragsärztlichen Versorgung in einem Geoinformationssystem für Berlin entwickelt. So lassen sich zum Beispiel auch Wegstrecken zum nächstgelegenen Vertragsarzt/PP/KJP ermitteln (Metzmacher im KV-Blatt 10/2010).

Um die Bedarfsplanung sinnvoll zu reformieren, müssen demografische und sozialgeografische Entwicklungen (Alter,

Gender, Migration, soziale Schicht) der einzelnen Bedarfsgebiete aufgegriffen werden. Zum Beispiel muss hinsichtlich einer immer älter werdenden Gesellschaft überlegt werden, welche Form psychotherapeutischer Angebote für diese Zielgruppe als angemessen gelten. Müssen z. B. zusätzlich psychotherapeutische Beratungsangebote vorgehalten werden? Welche Therapieverfahren kommen vorrangig für ältere Menschen in Frage? Ist die reine Konzentrierung auf Einzel- und Gruppenpraxen angemessen oder müssten neue flexiblere und sektorenübergreifende Versorgungsmodelle konzipiert werden?

Das Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen ist zurzeit noch durch eine starke Fraktionierung mit zum Teil erheblichen Schnittstellenproblemen zwischen und innerhalb der Sektoren gekennzeichnet. Dadurch wird eine kontinuierliche und abgestimmte Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen erschwert. Beim Wechsel zwischen den Sektoren kommt es zu Wartezeiten und Brüchen in der Behandlungsstrategie. Sinnvoll wäre insbeson-

dere für ältere und/oder multimorbide Patientengruppen eine sektorenübergreifende Versorgung, welche zu einer besseren Verzahnung zwischen den ambulanten und stationären Hilfsangeboten beiträgt.

Fazit

Eine adäquate Bedarfsplanung muss sich an der Qualität und an der an Wirtschaftlichkeit orientierten Mittelverwendung der gesetzlichen Krankenkassen messen lassen können.

Unabdingbar für die Bedarfsplanung ist die Beteiligung der jeweiligen Ärzte- und Psychotherapeutenkammern. Beide Heilberufekammern nehmen die Berufsaufsicht der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringer wahr und unterstützen diese bei der Umsetzung einer qualitativ hochwertigen Behandlung.

*Dr. Beate Locher,
Referentin für Öffentlichkeitsarbeit*

*Brigitte Kemper-Bürger,
Geschäftsführerin*

Entwicklungstendenzen in der ambulanten Regelversorgung für niedergelassene PP und KJP – folgt daraus ein Anpassungsbedarf für die Einzelpraxis? – ein Diskussionspapier

Der Gesetzgeber hat mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz in den letzten Jahren eine Flexibilisierung neuer fachübergreifender Kooperationsformen sowie neue Versorgungsformen in der ambulanten Versorgung etabliert; i. S. umfassender Angebotsstrukturen im Rahmen der integrierten Versorgung. Hierzu gehören als Organisationsformen im Kollektivvertragssystem die Berufsausübungsgemeinschaft mit dem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) und parallel die neue Vertragsstruktur mit den Selektivverträgen zur integrierten Versorgung (§ 140a SGB V) und zur besonderen ambulanten Versorgung (§ 73c SGB V).

Mit der Flexibilisierung der neuen Kooperationsformen sind Wettbewerbselemente gestärkt worden. Die Krankenkassen sind

in die Lage versetzt, nach kostensparenden Gesichtspunkten zu handeln. Das zuletzt 2009 entwickelte Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, das parallel mit dem Gesundheitsfond eingeführt wurde, hat den Kontrahierungszwang der Kassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen aufgelöst. Die Krankenkassen können ohne die Kassenärztliche Vereinigungen (KV) sog. Selektivverträge abschließen. Was zeichnet sich dadurch für die ambulante Regelversorgung in Berlin ab?

Am deutlichsten sichtbar geworden ist, dass Kliniken in den letzten fünf Jahren tiefer in die ambulante psychotherapeutische/psychiatrische Versorgung spezifischer schwerer Krankheitsbilder eingreifen. Der Jahresgesundheitsbericht der KV

Berlin besagt, dass im Jahr 2005 32 MVZ-Gründungen vorlagen, während es sich im zuletzt veröffentlichten Bericht aus 2009 bereits um 141 MVZ handelt. Davon sind 87 MVZ von ärztlich/psychotherapeutisch Niedergelassenen gegründet worden, 54 MVZ von Krankenhäusern und 2 von anderen medizinischen Gesellschaften. Über die Größe der MVZ und die Zusammensetzung der Fachgruppen wird keine offizielle Angabe gemacht. Die Beteiligung ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten beläuft sich dabei schätzungsweise auf 15-20%.

Zum anderen zeichnet sich ab, dass Krankenkassen mittlerweile Verträge zur ambulanten Integrierten Versorgung abschließen, die auf kostensparende Verlagerungseffekte von stationär zu ambulant ausgerichtet sind. In Berlin hat z. B. die

Techniker Krankenkasse (TK) mit dem gemeindepsychiatrisch ausgerichteten Träger pinel im Jahr 2009 einen ambulanten IV-Vertrag gegründet. In diesem Vertrag wird der Erstzugang des Patienten zum niedergelassenen Arzt/Psychotherapeuten aufgehoben. Die Management-Schlüsselrolle betr. Überweisung und Behandlungsdauer managed die Krankenkasse.

Es liegt nahe, dass mit der Ausweitung von MVZ an Krankenhäusern und Psychiatrischen Institutsambulanzen auf absehbare Zeit eine Benachteiligung für die freiberufliche Einzelpraxis verschärft sein könnte. Krankenhäuser oder andere Kapitalgesellschaften haben finanzielle Vorteile und können sich zusammen mit Krankenkassen an der Entwicklung ambulanter Versorgungsangebote großflächig und sektorenübergreifend beteiligen. In den psychiatrischen Institutsambulanzen wird zudem gegenwärtig keine verbindliche Festlegung auf Krankheitsbilder praktiziert. Längerfristig könnte so das Nebeneinander der Vertragssysteme zu einer existenziellen Belastungsprobe für die ambulante Versorgung in der Einzelpraxis werden, wenn gleich dies für den einzelnen Behandler aufgrund der vorhandenen Nachfrage der Patienten (noch) nicht spürbar ist.

Aus berufspolitischer Sicht gilt es die freiberufliche Tätigkeit in der ambulanten Praxis weiter zu schützen und ihre Existenzgrundlage aufrechtzuerhalten. Hier besteht ein klarer Konsens seitens der Bundespsychotherapeutenkammer, den Länderkammern und allen Berufsverbänden.

Klar ist gleichwohl, dass Gesundheitsökonomien, die an maßgeblichen Schaltstellen in Politik und den großen Krankenkassen sitzen, auch die freiberufliche Einzelpraxis unter dem Gesichtspunkt der geltenden Gesetzmäßigkeiten des Marktes bewerten. Kann es dann nicht auch für unsere Profession, hier die Psychotherapeutengruppe der freiberuflich tätigen KollegInnen, angesichts dieser wettbewerblich ausgerichteten Versorgungspolitik von Vorteil sein, diesen Tendenzen auf längere Sicht aktiv etwas entgegenzusetzen? Erwächst

nicht ansonsten daraus früher oder später ein versorgungspolitisches Dilemma für die Einzelpraxis?

Bedenken in der KollegInnenschaft bezüglich einer Form der Anpassungsleistung der Einzelpraxis an die neuen Versorgungsformen sind nachvollziehbar. Sie beziehen sich auf mangelnde Anreize für Freiberufler und auf bestehende Risiken beim Einstieg in die umfassenderen und interdisziplinären Angebotsgebilde. Das gilt besonders für diejenigen niedergelassenen PsychotherapeutInnen, die nur noch 5-10 Jahre in der ambulanten Regelversorgung tätig sind. Aber wie steht es mit den jüngeren niedergelassenen KollegInnen, mit den NachwuchskollegInnen und den PiA? Welche Positionen halten sie für sinnvoll?

Es stellt sich für diesen Diskussionsbeitrag die Frage, ob eine Anpassungsleistung der Einzelpraxis an die neuen Versorgungsstrukturen erforderlich sein könnte oder nicht? Und darüber hinaus, welche Strategien wir als (niedergelassene) Psychotherapeuten – in der Kammer/den Berufsverbänden – entwickeln wollen? Lässt sich ein gewünschtes Nebeneinander alter und neuer Versorgungsstrukturen eher über Pro oder eher über Contra-Anpassungsleistungen gewährleisten, und wie könnte dies dann jeweils aussehen?

Pro und Contra für Anpassungsleistungen der Einzelpraxis an die neuen Versorgungsstrukturen:

Contra: eine freiberufliche Einzelpraxis arbeitet bereits nach Qualitäts- und Versorgungsleitlinien auf einem hohen Behandlungsstandard. Sie stellt in ihrem therapeutischen Handeln eine gesellschaftlich notwendige Behandlungsnische dar. Sie setzt sich ausschließlich für ihren Bestand ein und wird insofern nicht auf die fortschreitende Wettbewerbssituation in der Gesundheitsversorgung Bezug nehmen. Erst müssen für Anreize zum Einstieg in die neuen Versorgungsformen zunächst berufspolitische Forderungen umgesetzt werden, wie z. B. die nach der Leitung durch einen Psychologen in einem MVZ.

Pro: Um sich als Berufsgruppe zu positionieren, sollte eine Anpassung an die neuen Versorgungsstrukturen vorgenommen werden. Gut funktionierende spezialisierte Praxisnetze können als Modell dienen. Ihnen gemeinsam ist die strategische Grundüberlegung, von sich aus tätig zu werden und somit die Behandlungsleitlinien und die Behandlungspfade in den einzelnen Versorgungsbereichen möglichst aktiv und an zentraler Stelle mitzugestalten. Eine Möglichkeit könnte darin bestehen, entweder eigene Praxis-Verbundnetze oder Berufsausübungsgemeinschaften zu betreiben oder als Freiberufler in ein Medizinisches Versorgungszentrum einzusteigen. Die Elemente der den neuen Versorgungsformen innewohnenden Versorgungsleitlinien, das Case-Management, der Effizienznachweis und ein interdisziplinär verzahntes Handeln sind somit einzubeziehen. Das Vorgehen könnte dabei sein, sich auf die jeweilige Patientengruppe noch versorgungsorientierter (Richtlinientherapie, Nichtrichtlinieninterventionen, Konsiliardienst) auszurichten, sich in kooperativen Netzwerken interdisziplinär zu verankern, spezialisierter zu arbeiten und sich noch qualifizierter auszurichten, d. h. sich in fortlaufende Qualitätsentwicklung einzubinden und sich einer kontinuierlichen Evaluation zu unterziehen.

*Archontula Karameros,
Ausschusssprecherin –
Ausschuss neue Versorgungsformen*

Redaktion

Inge Brombacher, Christiane Erner-Schwab, Marga Henkel-Gessat, Dorothee Hillenbrand, Pilar Isaac-Candeias, Dr. Beate Locher, Ute Meybohm, Brigitte Reysen-Kostudis, Christoph Stößlein, Dr. Manfred Thielen.

Geschäftsstelle

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

Entwurf des Landes-Psychiatrieplans 2010 – Kritische Anmerkungen des Vorstands der PKHB

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales hat gemäß des Bremischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten einen Landes-Psychiatrieplan vorgelegt. Dieser soll psychiatriepolitische Leitgedanken für das kommende Jahrzehnt skizzieren und eine Detailbetrachtung der einzelnen Versorgungssegmente vornehmen.

Neben dem geäußerten Dank, zu dem vorgelegten Entwurf Stellung nehmen zu können, und der positiven Anmerkung, dass der Plan die Zunahme psychischer Erkrankungen beschreibt und die Versorgungslücken benennt, kam der Vorstand in der Antwort an die Senatorin auch zu einem kritischen Urteil bzgl. Inhalt und Form des Plans.

Zunächst erstaunt, wie wenig der vorliegende Plan auf Rahmenbedingungen Bezug nimmt, die durch bundesgesetzliche Regelungen insbesondere im SGB V und daraus abgeleiteten Richtlinienwerken, z. B. des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorgegeben sind. Im Zusammenhang damit verwundert, dass das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angekündigte GKV-Versorgungsgesetz in den Überlegungen des Gesundheitsressorts keine Rolle zu spielen scheint.

Der Psychiatrieplan legt aus Sicht der PKHB den Schwerpunkt auf die klinikgestützte Versorgung psychisch kranker Menschen, insbesondere auf die Tätigkeit der fünf regionalen Behandlungszentren des Klinikums Bremen-Ost. Die ambulante Versorgung durch Nervenärzte und Psychiater auf der einen Seite und Ärztlichen, Psychologischen Psychotherapeuten und

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf der anderen Seite wird nur randständig abgehandelt.

Die von den Autoren des Psychiatrieplans beklagten unterschiedlichen Entwicklungslinien in den Systemen der klassischen Psychiatrie und der Psychotherapie und Psychosomatik liegen nach Meinung der PKHB weniger in den Fachdisziplinen, sondern mehr in den unzureichenden gesetzlichen Vorgaben begründet. So verhindert die Befugniseinschränkung bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, was z. B. die Verordnung von Ergo- und Soziotherapie, ambulante psychiatrische Pflege und Klinikeinweisung betrifft, gerade die adäquate Behandlung von psychisch kranken Menschen, die in besonderem Maße mit Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung zu tun haben. Psychotherapeuten verfügen schon seit langem durch ihre Ausbildung über die dafür erforderlichen Qualifikationen. Eine entsprechende Änderung des § 73 Abs. 2 SGB V, aber auch des Bundesmantelvertrages Ärzte-Krankenkassen und des bremischen PsychKG ist überfällig. Die in diesem Zusammenhang aufgestellte Behauptung, die Psychotherapie sei vom Streit der unterschiedlichen Schulen geprägt, vermittelt ein veraltetes Bild.

An verschiedenen Stellen des Planentwurfs wird der Eindruck erweckt, als ob leichter psychisch Erkrankte mit hohem Personaleinsatz quasi „luxuriös“ versorgt werden, während die schwer Erkrankten in einer „defizitär ausgestatteten ‚klassischen‘ Psychiatrie versorgt werden.“ Die PKHB hält eine solche Gegenüberstellung nicht für hilfreich. An keiner Stelle wird definiert, was unter einer „schweren“ und was unter

einer „leichten“ psychischen Störung zu verstehen ist. Es gibt keine wissenschaftlich gesicherte Evidenz für die Behauptung, dass psychotherapeutische Praxen sich nicht mit schwer psychisch Erkrankten befassen. Im Gegenteil, Menschen mit schweren Depressionen, gravierenden Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Zwangserkrankungen gehören regelhaft zur Patientenstruktur von psychotherapeutischen Praxen.

Ob die regionalen Behandlungszentren sich zu Zentren seelischer Gesundheit entwickeln werden und sie „die operative Steuerung der psychiatrischen Versorgungslandschaft“ übernehmen können, ist fraglich. Alle stationären, ambulanten und komplementären Leistungserbringer sollen in Form eines gemeindepsychiatrischen Netzwerkes eingebunden und auf strukturierte Kooperation und integrative Leistungserbringung verpflichtet werden. Beim gegenwärtigen Organisations- und Personalstand der Behandlungszentren scheint dies eine schöne Utopie, aber kein realisierbares Konzept zu sein.

Abschließend betont der Präsident der PKHB Karl Heinz Schrömgens in dem Brief an die zuständige Referentin in der Senatorischen Behörde, Silke Stroth, dass die PKHB die Absicht des Landes-Psychiatrieplanes, verbesserte Versorgungsstrukturen über mehr Durchlässigkeit zwischen den Sektoren, gelungener Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen zu schaffen, für richtungsweisend hält. Der Vorstand der PKHB sei gerne bereit, an der Entwicklung verbesserter Strukturen mitzuarbeiten und sich bei den Kammermitgliedern für das Mitwirken in solchen Strukturen einzusetzen.

Bremer Neujahrsempfänge 2011: Versorgungsfragen im Fokus

Für gesundheitspolitische Akteure in Bremen stellen der Neujahrsempfang des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen und der Empfang der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVHB und KZVHB) gemeinsam mit den Kammern der Leistungserbringer (ÄKHB, ZÄKHB, PKHB) eine gute Tradition des Austausches, aber auch der Positionsbestimmung dar. Am 11. Januar luden die Betriebskrankenkassen ins Hotel Hilton und am Tag darauf die Kammern und die KVHB in das Haus der KVHB. Wurden bei den Leistungserbringern zu Sekt und Saft Salzgebäck gereicht, konnten sich die Kassengäste nach dem offiziellen Teil an einem kalt-warmen Büffet gütlich tun.

Auf beiden Veranstaltungen stand eine Rede der Senatorin für Arbeit, Frauen,

Gesundheit, Jugend und Soziales Ingelore Rosenkötter im Mittelpunkt. Deutlich war zu spüren, dass in Bremen die Bürgerschaftswahlen am 22. Mai vor der Tür stehen. Frau Rosenkötter setzte sich offensiv mit gesundheitspolitischen Vorstellungen des Bundesgesundheitsministers Rösler auseinander. Insbesondere standen Vorschläge zur Kostenerstattung im Zentrum ihrer Kritik. Aber auch in Bezug auf das geplante Versorgungsgesetz setzte sie Akzente, indem sie die Ansprüche des Landes auf Beteiligung und Mitwirkung bei der Gestaltung zukünftiger Parameter für die gesundheitliche Versorgung betonte. Die Ansprache der Leistungserbringer, die jährlich rotiert, hielt in diesem Jahr der Präsident der ÄK Klaus-Dieter Wurche. Die Gäste aus Politik, Gesundheitswesen und

aus der Mitgliedschaft der einladenden Organisationen wurden zuvor vom Hausherrn begrüßt, dem gerade neu gewählten Vorsitzenden der KVHB, Dr. Jörg Hermann.



Gastgeber des Neujahrsempfangs in den Räumen der KVHB (von links): Dr. Jörg Hermann (KVHB), Dr. Klaus-Dieter Wurche (ÄKHB), Dr. Wolfgang Menke (ZÄKHB), Dr. Dieter Mittermeier (KZVHB) und Karl Heinz Schrömgens (PKHB) (Foto: M. Saris)

PKHB weist auf Mängel der bisherigen Bedarfsplanung hin: Ein neues Versorgungsgesetz muss Belange psychisch kranker Menschen in besonderer Weise berücksichtigen

Der Vorstand der PKHB hat im Einklang mit den anderen Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK die Reform der bisherigen Bedarfsplanung zum wichtigsten politischen Handlungsfeld in 2011 erklärt, weil das von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler angekündigte neue Versorgungsgesetz wichtige Weichen für die Neuordnung der Versorgung stellen wird.

Angesichts der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen und der hohen Folgekosten hat sich die PKHB in einem Standpunkt-Papier, das dem Entwurf der BPTK weitgehend folgt, an die Gesundheitsministerin Ingelore Rosenkötter gewandt und für die besondere Berücksichtigung psychisch kranker Menschen bei der Reform der bisherigen Bedarfsplanung eingesetzt.

Seit 1990 hat sich die Anzahl der Krankenschreibungen von Arbeitnehmern aufgrund psychischer Erkrankungen fast verdoppelt. Inzwischen gehen knapp elf Prozent aller Fehltage auf psychische Störungen zurück. Der Anteil der psychischen Erkrankungen an den Berentungen wegen Erwerbsminderung hat sich von 15,4 Pro-

zent im Jahr 1993 auf 37,7 Prozent im Jahr 2009 mehr als verdoppelt.

Versorgungszahlen aus Bremen und Umgebung

Die PKHB konstatierte: Die bisherige Bedarfsplanung kann eine angemessene und ausreichende Versorgung der Menschen nicht sicherstellen. Sie ist nicht in der Lage, dem steigenden Versorgungsbedarf psychisch kranker Menschen Rechnung zu tragen.

Bezogen auf die Städte Bremen und Bremerhaven wurde darauf hingewiesen, dass diese in besonderer Weise Versorgungsdefizite in den Umlandregionen ausgleichen. Nach der gegenwärtigen Bedarfsplanung liegt die Einwohner-Psychotherapeuten-Relation, die als bedarfsdeckend angesehen wird, in Bremen bei 2.577 und in Bremerhaven bei 3.203 Einwohnern je Psychotherapeut. In den Umlandkreisen ist sie schon weit höher angesetzt: So liegt sie in Osterholz, Stade und Verden bei 10.139, in Delmenhorst/Diepholz bei 15.692 und in Cuxhaven und Oldenburg-Land bei 16.615 Einwohner je Psychotherapeut.

Untersuchungen über eine abweichende psychische Morbidität in diesen Regionen liegen nicht vor. Entsprechend liegen die Quoten der sogenannten „Überversorgung“ in diesen Regionen höher als im Land Bremen. Nach Angaben der KVN betragen sie in Osterholz 244,9%, in Stade 159,5% und in Rotenburg/W. 204,3%.

Während in diesen Regionen psychisch behandlungsbedürftige Menschen auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz sechs Monate und länger warten müssen, liegen die Wartezeiten einer Umfrage der PKHB unter ihren Mitgliedern vom November 2009 zufolge in Bremen bei durchschnittlich 15 und in Bremerhaven bei 16 Wochen.

PKHB sucht Gespräch mit Gesundheitsressort und Politikern

In einem ersten Gespräch mit Gesundheitsstaatsrat Dr. Hermann Schulte-Sasse und Referatsleiter Jürgen Nuschke am 24. Februar legten die Vertreter der PKHB (Hr. Krause, Hr. Janzen, Hr. Schrömgens) ihre Überlegungen für eine Verbesserung der Versorgung dar. Angesichts obiger

Zahlen müsse es bei einer Neufassung der Bedarfsplanung eine entsprechende Berücksichtigung dieser desaströsen Versorgungslage geben. Zwar sei die Versorgung im Land Bremen deutlich besser als in ländlichen Regionen, dies dürfe aber nicht zu dem Trugschluss verleiten, die Versorgung in Bremen einzufrieren oder gar abzubauen. Übereinstimmung bestand angesichts der verschiedenen Krankenkassen-Reporte über die Entwicklung psychischer Erkrankungen darin, dass dringend Optimierungsstrategien für die Versorgung

psychisch kranker Menschen notwendig sind und dass es eines verstärkten Miteinanders in diesem Bereich bedarf. Neben Leistungserbringern und Kostenträgern sei auch die Beteiligung des Landes an der Ausgestaltung der Versorgung notwendig.

Der Vorstand wird die nächsten Wochen nutzen, um seine Überlegungen zur Neuordnung der Versorgung an politische Entscheidungsträger im Land Bremen heranzutragen. So wird einerseits das Gespräch mit den bremischen Bundestagsabgeordneten gesucht,

andererseits aber auch das Gespräch mit den gesundheitspolitischen Sprechern der Bürgerschaftsfraktionen. Diese Gespräche bekommen zusätzliche Relevanz durch die bevorstehende Neuwahl der bremischen Bürgerschaft am 22. Mai dieses Jahres.

Parallel dazu hat der Kammervorstand aber auch die in Bremen tätigen psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände zum Gespräch eingeladen, um übereinstimmendes Handeln in dieser wichtigen Frage zu erreichen.

Kammerversammlung entscheidet anders als das Votum der Mitgliederbefragung

Am 16. November fand eine durchschnittlich besuchte Mitgliederversammlung statt. Auf der Tagesordnung standen Anträge zur Zukunft der Bremer Psychotherapeutenkammer. Angefangen hatte alles mit einer Vorstandssupervision des Kammervorstands nach den letzten Neuwahlen. Diese war in einen Organisationsentwicklungsprozess übergegangen. Beides hatte die Supervisorin und Organisationsentwicklerin Gisela Clausen begleitet. Es hatten drei Workshops – offen für alle Kammermitglieder – stattgefunden, in denen unterschiedliche Perspektiven für die Zukunft der Psychotherapeutenkammer Bremen entwickelt und ansatzweise konkretisiert wurden.

Mehrere Optionen standen im Raum:

- Fusion mit der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Einstellung eines/einer Geschäftsführers/-führerin
- Zahlung einer höheren Aufwandsentschädigung für (weniger) Vorstandsmitglieder
- Häufigere Delegation von Aufgaben

Im letzten Workshop war die Idee entstanden, mit einer schriftlichen Befragung die Meinung der Mitglieder zu erheben, was im Juni 2010, begleitet von einer ausführ-

lichen Information zu den Grundalternativen – entweder Fusion mit Niedersachsen oder Erhalt der Eigenständigkeit mit strukturellen Veränderungen – auch geschah. Es antworteten 65% der 541 Kammerangehörigen. Davon sprachen sich 80% für eine Fusion mit der niedersächsischen Psychotherapeutenkammer aus. Da fielen Worte wie „deutliches Votum“ und „klarer Auftrag“, doch dann kam es anders, denn das Entscheidungsgremium kann nur die Kammerversammlung sein.

Die stellvertretende Präsidentin Frau Dr. Christine Block führte in den Tagesordnungspunkt ein und skizzierte noch einmal den Entwicklungsprozess mit seinen verschiedenen Etappen. Anschließend berichtete Frau Corman-Bergau, die Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsens, über die niedersächsischen Perspektiven. Sie erklärte, dass es eine grundsätzliche Bereitschaft in der PKN gebe, mit der PKHB zu fusionieren. Sie betonte jedoch, dass der Impuls für einen Zusammenschluss von Bremen ausgehen müsse.

Die dann aufkommende Diskussion war u. a. von der wenige Tage vorher durchgeführten Festveranstaltung zum 10-jährigen Bestehen der Kammer beeinflusst. Mehrere Beiträge betonten noch einmal

die Vorteile einer eigenständigen Kammervertretung in Bremen. Auch Herr Nuschke, Vertreter der Senatskanzlei/Aufsichtsbehörde, erklärte seine Bedenken gegen eine Fusion. Seinen Worten zufolge stehe die senatorische Behörde für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales einem etwaigen Kammerzusammenschluss skeptisch gegenüber und nähme es als ein Signal in die falsche Richtung wahr. Aber es kamen auch BefürworterInnen einer Fusion zu Wort, die nicht nur auf Kostenersparnis, sondern auch auf mögliche Ressourceneinsparung und Synergieeffekte hinwiesen.

Nach ausführlicher Diskussion kam es dann zur Abstimmung. Einige Überraschung löste dann aus, dass der Antrag in Fusionsverhandlungen einzusteigen – wenn auch nur knapp – abgelehnt wurde (22 Ja-, 23 Neinstimmen und 1 Enthaltung). Mit großer Mehrheit (33 Ja-, 6 Neinstimmen und 7 Enthaltungen) wurde dann der Kammervorstand beauftragt, ein zukunftsfähiges Modell für den Erhalt der Bremer Psychotherapeutenkammer einschließlich einer verstärkten Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer Niedersachsens vorzulegen. So ging dieser Tagesordnungspunkt mit einiger Überraschung zu Ende und manche, die an diesem Abend zuhause geblieben waren, haben vielleicht im Nachhinein ihre Entscheidung bereut.

Sozialmedizinische Probleme in der Psychotherapie: Kammerfortbildung der PKHB im Dezember 2010

Im Dezember 2010 fand im Ibis Hotel am Rembertiring eine vom Vorstand der Bremer Psychotherapeutenkammer organisierte Fortbildung zum Thema Sozialmedizin statt. Hintergrund ist, dass der Bremer Kammervorstand es für wichtig erachtet, als Service für Kammermitglieder preisgünstige Fortbildungen mit möglichst Therapieverfahren übergreifenden Inhalten anzubieten.

Von uns Psychotherapeuten werden oft Stellungnahmen von Institutionen des Sozialwesens z. B. zur Erwerbsfähigkeit unserer Patienten angefragt, ohne dass wir in Studium oder Therapieausbildung ausreichende Kenntnisse über Rentenversicherungs- und/oder Rehabilitationsfragen erworben hatten. Die Auswirkungen unserer schriftlichen Berichte für den Patienten sind von uns oft wenig einschätzbar; das Spannungsfeld von Krankenkasse, Arbeitsamt, Rentenversicherung, Reha-Maßnahme ist oft intransparent. Die Annahme eines Fortbildungsbedarfs unserer Kammermitglieder bestätigte sich bereits durch eine große Anmelderesonanz. Trotz einmaliger Terminverschiebung der Fortbildungsveranstaltung infolge Krankheit des Referenten war der Vortragsraum dann am 10.12.2010 voll besetzt. Der Referent wurde schon zu Beginn mit vielen Fragen der KollegInnen zu konkreten sozialmedizinischen Problemstellungen aus der täglichen Psychotherapiearbeit regelrecht bestürmt, sodass viele Teilnehmerfragen zurückgestellt werden mussten. An den Fallbeispielen der KollegInnen zeigte sich, dass wir Psychotherapeuten in den Therapien oft mit den sozialen und beruflichen Problemen auch als Krankheitsfolge konfrontiert werden und gefordert sind, der Entwicklung eines Circulus vitiosus

aus Krankheit, Krankheitsfolgen am Arbeitsplatz und Verstärkung der Erkrankung vorzubeugen. Uns stellt sich hierbei nicht selten die Aufgabe, den Patienten im Sinne eines Case Managements zu leiten und gegebenenfalls zur Abwendung einer drohenden Erwerbsminderung durch Verschleppung von Arbeitsplatzproblemen einer beruflichen Rehabilitation zuzuführen.

Der Referent Dr. Axel Kobelt konnte in seinen beiden beruflichen Funktionen als Psychotherapeut (Verhaltenstherapie) und Referent der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig/Hannover auch Detailfragen der Teilnehmer kompetent beantworten.

Er zeigte auf, dass Deutschland mit 19.000 Betten das weltweit größte Rehabilitationsnetz hat. Im Unterschied zur stationären oder ambulanten Krankenbehandlung sei vorrangiges Ziel der Rehabilitationseinrichtungen nicht die Behandlung des Gesundheitsschadens, sondern die Integration ins Erwerbsleben. Er wies darauf hin, dass Voraussetzung für eine Reha-Maßnahme daher auch nicht eine bestehende Krankheit und/oder Krankschreibung unserer Patienten ist, sondern eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bewirke bereits ein Anrecht auf eine Reha-Maßnahme, auf die wir gegebenenfalls zusammen mit unseren Patienten hinwirken könnten. Jedoch bestünden Wartezeiten auf eine stationäre Rehabilitation von 4-6 Monaten. Voraussetzung für eine stationäre Reha-Maßnahme seien neben Reha-Fähigkeit und guter Prognose keine hohe Betreuungsnotwendigkeit im Sinne von Krankenbehandlung wie z. B. bei einer schweren Angststörung. Rentner haben keinen Anspruch, außer sie würden wieder arbeiten wollen.

Im Kontext der Reha-Maßnahme könnten Stellungnahmen von uns im Sinne eines Befundberichtes – nicht eines Gutachtens – angefordert werden. Neben diesen hier nur beispielhaft skizzierten Themen wurden viele weitere Punkte angesprochen und wichtige Begriffsdefinitionen wie z. B. teilweise oder volle Erwerbsminderung und Arbeitsunfähigkeit geklärt. Trotz hoher Kompetenz des Referenten und konzentrierter Arbeit der Teilnehmer mussten angesichts der Komplexität des Themas viele Fragen offen bleiben. Als Erkenntnis blieb: Vermittlung sozialmedizinischer Kenntnisse in den verschiedenen Facetten, die es bei Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung, Opferentschädigung zu beachten gilt, sollte in Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen der Kammer regelmäßig angeboten werden.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Frank Bodenstein, Axel Janzen, Hans Schindler, Karl Heinz Schrömgens.

Geschäftsstelle

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



Erfahrungen beim Jobsharing

Elke Garbe und Julia Kloth über ihre Erfahrungen beim Jobsharing

von Gerda Krause

Gerda Krause: Elke, was waren die Gründe für Dich, Deinen Praxissitz über Jobsharing mit einer Kollegin zu teilen?

Elke Garbe: Ich war/bin keine schlechte Therapeutin, ich bin fit und will meine Energie, mein Know-How noch zur Verfügung stellen. Außerdem ist meine Rente nicht so optimal, ich will reisen – das kostet viel Geld. Ich wollte über mein 65. Lebensjahr hinaus arbeiten und wollte keinen plötzlichen Ausstieg aus dem Arbeitsleben. Als dann die 68er-Grenze fiel und ich länger arbeiten durfte, hatte ich die Idee eine Gemeinschaftspraxis zu machen, bei der ich selbst gestalten kann, wie viel und wie lange ich arbeite. Julia und ich kennen uns lange aus einer Intervisionsgruppe, ich kenne sie als verlässlichen Menschen – das ist ganz wichtig. Ich wollte gerne meine Praxis mit einer jungen Kollegin teilen...

Julia Kloth: Ich gehe auf die 50 zu...

EG: Für mich bist Du eine junge Frau – wir sind fast 20 Jahre auseinander.

Julia Kloth, wie lange hast Du schon auf einen Praxissitz gewartet?

JK: Ich warte seit 2004 – hatte mich schon auf 2–3 Sitze beworben, war aber nur einmal in der engeren Wahl, aber nie auf Platz eins. Zweimal habe ich erlebt, dass die Verkäuferin den Verkauf des Sitzes zurückgezogen und vermutlich an ein MVZ verkauft hat. Ich hätte noch mindestens 2-3 Jahre auf einen Sitz warten müssen.

Julia, was waren für Dich die Gründe für das Jobsharing?

JK: Ich habe ein Kind, die Verantwortung für eine ganze Praxis wäre mir zu viel gewesen. Ich hätte ohnehin nur 10–12 Behandlungen übernehmen können und damit einen ganzen Sitz blockiert – das hätte mich unter Druck gesetzt. Ich finde das auch hinsichtlich des Versorgungsauftrages nicht richtig. Ich finde die Idee schön, in die Praxisführung reinzuwachsen, eine ältere Kollegin an der Seite zu haben, die ich fragen kann, von der ich lernen kann. Ich arbeite lieber im Team als in einer Einzelpraxis. Ich war das von meiner jahrelangen Arbeit in der Opferhilfe-Beratungsstelle gewöhnt. Ich finde das Modell der generationsübergreifenden Weitergabe ein gutes Modell. Ich kann schrittweise die Verantwortung übernehmen – Elke kann sie schrittweise abgeben.

EG: Das erleichtert mich auch...

Welche vertraglichen Regelungen habt Ihr getroffen?

JK: Ich dachte, wir kriegen das in einem halben Jahr hin. Wir hatten zwei Vertragsvorlagen von einem Berufsverband, diese haben wir nach unseren Bedürfnissen verändert und von einem Rechtsanwalt juristisch prüfen lassen. Wir hatten nicht bedacht, dass die Entscheidung durch den Zulassungsausschuss auch noch mal mehrere Monate beansprucht und wir erst mit Beginn eines neuen Quartals starten können.

Wie teilt Ihr den Umsatz der Praxis auf?

EG: Grundlage ist die Höhe des Umsatzes der letzten vier Quartale – wir können jedes Jahr 3% mehr abrechnen. In unserem Vertrag steht: „Aufteilung nach Absprache“.

Unsere jetzige Absprache ist, dass immer wenn ich Behandlung abschließe, Julia eine neue PatientIn aufnehmen kann. Ich möchte 6-7 Patienten behalten. Die Praxiskosten, also Miete usw. teilen wir uns 50:50.

Elke, hast Du davor mehr gearbeitet, um den Umsatz zu erhöhen?

EG: Ich habe mich nicht besonders viel darum gekümmert. Mein Ziel war immer, dass ich mit meiner Arbeit zufrieden bin. Wenn man aus diesem Grund 1–2 Jahre sehr viel mehr arbeitet, kann das auf Kosten der Gesundheit gehen. Deshalb habe ich im Vorwege, den Umsatz der Praxis nicht ausgeweitet.

Wie habt Ihr den Verkauf der Praxis an Julia geregelt?

EG: Durch das Jobsharing hat Julia nach fünf Jahren ein Vorkaufsrecht. Wir haben das auch noch mal im Vertrag festgeschrieben. Auch die Höhe des Praxiswertes haben wir bereits festgelegt. So haben wir beide Planungssicherheit. Außerdem haben wir besprochen, dass, wenn Julia die Praxis ganz übernimmt – ich eventuell bei ihr Jobsharing machen könnte und außerdem weiterhin Privatpatienten in den Räumen behandeln kann.

Was waren/sind für Euch die größten Probleme?

JK: Wir müssen uns viel absprechen, den Behandlungsraum gemeinsam nutzen, die Quartalsabrechnungen zusammen machen, für die Aufteilung der Abschlagzahlungen Exceltabellen über unsere Umsätze führen usw. – das bedeutet viel zusätzliche Bürokratie.

EG: Am Anfang war das schwer. Wir haben eine gemeinsame Betriebsstättennummer

und zwei Arztnummern. Wir brauchten eine Zeit, ehe wir begriffen haben, wie wir mit unserem Abrechnungsprogramm getrennte Umsatzstatistiken machen und von der KV eine getrennte Umsatzstatistik erhalten können. Uns hat das anfangs sehr gestresst und wir haben oft gemeinsam vor dem PC gesessen und hätten mehr Informationen gebraucht. Wir hätten uns von den Berufsverbänden eine Informationsbroschüre gewünscht. Jetzt wo wir es begriffen haben, läuft es gut.

EG: Juristisch ist es immer noch meine Praxis, jede arbeitet eigenverantwortlich und gleichzeitig sind wir eine Gemeinschaftspraxis. Für etwaigen Behandlungsfehler z. B. haften wir beide gemeinsam – deshalb ist eine Berufshaftpflichtversicherung unbedingt wichtig.

Ihr habt eine weitere Praxiskollegin, die mit Euch die Räume teilt. Gibt es hier Reibungspunkte?

EG: Ja, ich arbeite seit Jahren mit meiner Kollegin zusammen. Ich habe sie rechtzeitig von meinen Plänen informiert, wir haben uns vor der Entscheidung zu dritt ge-

troffen. Julia und sie mussten sich ja auch mögen. Ich habe versucht, sie an allem teilhaben zu lassen. Ich musste mich mit beiden absprechen.

JK: Wir sind jetzt ein 3er-Team und wir müssen auch hierfür Strukturen und Zeiten für den gemeinsamen Austausch finden.

Julia, was sind aus Deiner Sicht wichtige Hinweise für die „jungen Kolleginnen“?

JK: Wir teilen uns Elkes Praxisraum – das muss man wollen. Mir ist bewusst, dass war sehr lange Elkes Raum, da muss ich mich zurückhalten. Diejenige, die in eine bestehende Praxis einsteigt sollte nicht gleich den gesamten Raum beanspruchen. Jetzt nach einem Jahr, habe ich das Gefühl, dass es auch mein Raum ist.

Julia, was ist mit dem Restriktiko – wenn Ihr bevor Du die Praxis übernehmen kannst, aus welchen Gründen auch immer – den Jobsharingvertrag auflösen müsstet?

JK: Auf dieses Risiko werde ich öfter angesprochen. Dieses Risiko muss ich tra-

gen. Offiziell bin ich immer noch in der Warteliste bei der KV eingetragen – selbst wenn wir uns trennen sollten, habe ich nichts verloren, sondern die Wartezeit mit dem verbracht, was ich machen möchte – nämlich psychotherapeutisch arbeiten.

EG: Wir arbeiten jetzt fast ein Jahr zusammen, es wird immer einfacher. Für mich ist es eine Superlösung – ich bin jeden Tag froh darüber. Wichtig ist allerdings, dass die Chemie zwischen den Jobsharing-Partnerinnen stimmt.



Ich wünsche Euch für Eure berufliche Zusammenarbeit alles Gute und bedanke mich für das Interview.

Kammerwahl 2011

Am 19. Februar 2011 fand nach vierwöchiger Frist für die Abgabe der Stimmzettel die Auszählung der Wahl zur Delegiertenversammlung 2011 statt. Dabei ergab sich für die zur Wahl angetretenen Wahllisten folgendes Wahlergebnis:

Von den 1.757 stimmberechtigten Mitgliedern haben bis zum 18.02.2011 1.100 von ihrem Wahlrecht Gebrauch gemacht. Dies entspricht einer Wahlbeteiligung von 62,61%. Die Wahlbeteiligung verteilt sich auf die einzelnen Gruppen wie folgt:

Psychologische Psychotherapeuten: 929
Kinder- und Jugendlichenpsychoth.: 171

Von den insgesamt abgegebenen 1.100 Wahlbriefen waren 82 ungültig.

Die Auszählung der Stimmzettel ergab für den Wahlkörper der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten folgendes Stimmergebnis:

Auf die Liste 1 (Allianz KJP-Netzwerk) entfielen 125 Stimmen (4,12%).

Auf die Liste 2 (Hamburger Bündnis KJP) entfielen 322 Stimmen (10,6%).

Die Auszählung der Stimmzettel ergab für den Wahlkörper der Psychologischen Psychotherapeuten folgendes Stimmergebnis:

1. Psychodynamische Liste: 566 Stimmen (18,64%)
2. Integratives Bündnis für seelische Gesundheit: 504 Stimmen (16,6%)
3. Allianz: 1.233 Stimmen (40,6%)
4. PiA-Liste Hamburg: 287 Stimmen (9,45%)

Die Berechnung der Sitzverteilung entsprechend dem Verfahren nach Hare-Niemeyer ergibt folgende Sitzverteilung für die zu besetzenden 26 Mandate in der Delegiertenversammlung (es kommt

jeweils 1 Mandat für den öffentl. Gesundheitsdienst, die Universität Hamburg und den Vertreter der Ausbildungsinstitute hinzu, die von den entsendenden Organisationen benannt werden).

Wahlkörper KJP:

Allianz KJP-Netzwerk	1 Sitz
Hamburger Bündnis KJP	3 Sitze

Wahlkörper PP:

Psychodynamische Liste	5 Sitze
Integratives Bündnis für seelische Gesundheit	4 Sitze
Allianz	11 Sitze
PIA-Liste Hamburg	2 Sitze

Die konstituierende Sitzung der Delegiertenversammlung findet am 13. April 2011 statt.

Trickdiebstähle/Trickeinbrüche in psychotherapeutische Praxen

In der Kammergeschäftsstelle sind im letzten Jahr eine Reihe von Hinweisen auf teilweise systematische Einbrüche und Diebstähle in psychotherapeutischen Praxen eingegangen. Die Vorgehensweise ist dabei immer sehr ähnlich. In Praxen, die in Altbauten mit teilweise schlecht gesicherten Eingangstüren liegen, werden die oft noch vorhandenen Buntbartschlösser mit einem einfachen Dietrich geöffnet oder die Tür aufgehebelt, was bei schiefen Altbautüren oft ohne große Mühe gelingt. Bei der zweiten Methode klingelt der/die Täter und betreten die Praxis unter Angabe von einem Vorwand (Nachfrage nach Termin oder Frage nach einer Adresse). Beim

Verlassen der Praxis wird die Tür von dem Täter entweder nicht wieder vollständig geschlossen, sondern nur angelehnt oder das Türschloss blockiert, so dass die Tür nicht geschlossen werden kann. In allen bislang bekannt gewordenen Fällen betreten die Täter anschließend, wenn sich der/die Psychotherapeutin mit dem Patienten im Behandlungsraum befindet, die Praxis unbemerkt und entwenden Wertgegenstände. Zumeist Geld aus Jacken/Mänteln oder Taschen die zugänglich sind, oder entwenden Notebooks und Computer. Letzteres ist besonders fatal, da sich auf diesen Computern zumeist die Patientendaten befinden und nachwievorne viele Psychotherapeuten der

Datensicherheit (Verschlüsselung) zu wenig Aufmerksamkeit schenken.

Betroffene Kammermitglieder haben sich im Nachhinein von der Hamburger Polizei beraten lassen und entsprechende Sicherungsmaßnahmen getroffen. Wir appellieren an alle Kammermitglieder der Sicherung Ihrer Praxis und Ihrer Patientendaten ein wenig mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Die Hamburger Polizei bietet eine kostenlose Sicherheitsberatung an. Der zuständige Ansprechpartner dort ist Herr Andreas Höltig von der Polizeilichen Kriminalberatung (E-Mail: andreas.hoeltig@polizei.hamburg.de).

Psychotherapie und Schule

von Gabriela Küll

Die Ganztagschulentwicklung in Hamburg schreitet voran. Die Zeit, die Kinder und Jugendliche in der Schule verbringen, wird immer länger.

Daraus erwächst ein Problem für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Viele Kinder haben nur noch zwischen 16 und 18 Uhr Zeit. Die Vormittags- und frühen Nachmittagsstunden sind nur mit Unterstützung der Schulen zu besetzen. Das setzt Verständnis und Kooperationsbereitschaft bei Schulleitungen und Lehrern voraus.

Eine im letzten Jahr von der PTK Hamburg durchgeführte Befragung unter den niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bestätigte die Brisanz des Problems.

Ca. 20% der in Hamburg lebenden Kinder sind psychisch auffällig, ca. 8% haben eine diagnostizierte, behandlungsbedürftige psychische Erkrankung. Nicht immer können diese Kinder ausreichend psychotherapeutisch behandelt werden, nicht etwa, weil die nötigen psychotherapeutischen Kapazitäten nicht vorhanden wären, sondern weil es an der Bereitschaft der Schulen mangelt, die Kinder für die notwendige Behandlung frei zu stellen.

Im Januar dieses Jahres fand ein erstes Gespräch zwischen der PTK HH und dem Staatsrat der Behörde für Schule und Berufsbildung und dem für Ganztagschulen zuständigen Referatsleiters statt, in dem vom Präsidenten und der Vizepräsidentin ausdrücklich auf die dargestellte Problematik hingewiesen wurde.

Insbesondere wurde von der PTK betont, dass die Schulen eine medizinisch notwendige Behandlung nicht behindern dürfen und sollten. Staatsrat und Referatsleiter sagten zu, sich dieses Themas besonders anzunehmen und das Problembewusstsein der Schulleiter hierfür in den Schulleiterkonferenzen zu schärfen.

Im Mai dieses Jahres wird ein Fachforum Schulkooperationen stattfinden, bei dem mit der PTK HH und den Vertretern der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an Lösungsmöglichkeiten gearbeitet werden soll.

Eine von Teilen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten favorisierte Lösung zielt darauf, Psychotherapien an Schulen stattfinden zu lassen. Hierbei wird auf einen Modellversuch *Psychotherapie in Schulen* in Bayern verwiesen und ein entsprechendes Vorgehen auch für Hamburg gefordert.

Von vielen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird das Verlegen der psychotherapeutischen Behandlung in die Schulen sehr kritisch gesehen.

„Eine längere Psychotherapie durchzuführen ist in den Räumen einer Schule meiner Meinung nach nicht möglich. Dafür ist ein geschützter Rahmen notwendig. Wenn der Psychotherapeut an der Schule bekannt ist und die Mitschüler wissen, wer sich behandeln lässt, heißt es schnell: ‚Der hat ’nen Knall, der ist verrückt.‘ Man muss Kinder und Jugendliche vor solchen Reaktionen schützen.“ (Helene Timmermann, KV-Journal Hamburg, 12/2010)

Sollte tatsächlich ein Modellversuch zu Psychotherapie an Schulen in Hamburg stattfinden, so nur in enger Anbindung an die PTK HH und die Vertreter der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Geschäftsstelle

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226226060
Fax. 040/226 226 089
Internet: www.ptk-hh.de
E-Mail: info@ptk-hamburg.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Psychotherapie ist vor allem eine Angelegenheit zwischenmenschlicher Beziehung. Sie ist eine soziale Technik, was nichts anderes bedeutet, als dass sie das Gemeinsame und das verbunden sein der Menschen miteinander zur Krankenbehandlung verwendet.



Jürgen Hardt

Dabei sind Menschen immer – von Geburt bis zum Tod – soziale Lebewesen, was schon Aristoteles betonte und was die verschiedenen Theorien, die der Psychotherapie zu Grunde liegen, hervorgehoben haben. So ist nach Sigmund Freud selbst das „Ich“ eine sozialbedingte Struktur in der Persönlichkeit, die nicht durch das einsame Denken, wie manche Philosophen meinten, sondern in einer sorgenden, zwischenmenschlichen Begegnung mit dem Anderen zustande kommt. Das Kind lernt erst in einer bedeutungsvollen Beziehung, „ich“ zu sagen, tut aber später als Erwachsener oft so – verleitet durch unsere intellektualistische und individualistische Kultur – als sei sein Ich völlig selbständig, autonom und autark.

Psychotherapeuten „arbeiten“ in und mit Beziehungen. Sie erfahren sich bei ihrer Arbeit gewollt oder ungewollt, bemerkt oder unbemerkt selbst immer wieder neu. Wenn sie sich als Anfänger selbstgewiss nur um den Anderen zu kümmern meinen, so machen sie doch bald zwangsläufig die Erfahrung, dass auch sie sich in der ständigen Begegnung mit dem Anderen ändern und, wenn es gelingt, immer wieder neu er-

fahren können. Dem „Anderen“ kommt in der Psychotherapie eine noch größere Bedeutung zu, als Martin Buber sie mit seinem Konzept der Begegnung des Ich und Du verstanden hat. Der französische Philosoph Emmanuel Levinas hat dem Anderen den Vorrang gegenüber dem Ich eingeräumt. Wahre Menschlichkeit ist im Anderen begründet.

Der Andere wird zwar in der psychotherapeutischen Erfahrung „durchsichtiger“, als in der alltäglichen Begegnung, weil man als Psychotherapeut über die „Spiele der Erwachsenen“ Bescheid weiß und weniger oft auf sie hereinfällt, aber mit zunehmender Erfahrung kann man hinter dem, was begriffen und sichtbar geworden ist, das ganz Besondere, das „Geheimnis“ des jeweiligen Mitmenschen, mit dem wir zu tun haben, erahnen. So bleibt auch in der dichtesten, bestens verstandenen therapeutischen Beziehung das Individuum – trotz der Fülle an wichtigen und bahnbrechenden empirisch-verlässlichen Befunden etwa aus der differentiellen Psychologie, Sozialpsychologie und klinischen Psychologie – ein Geheimnis.

Das sollte nicht zu einer romantischen Verklärung der psychotherapeutischen Arbeit sondern zur Bescheidenheit führen. In der therapeutischen Begegnung lernen wir Menschen und uns selbst in ganz besonderer Weise kennen, oft viel besser als im Leben sonst: das ist ein Luxus, bürdet Verantwortung auf und mahnt zu Demut. Menschen lassen sich in therapeutische Beziehungen ein, um sich zu ändern, zu gesunden und besser verstanden zu werden. Aber sie haben auch das Recht, sich der Beziehung wieder zu entziehen und im Kern unverstanden zu bleiben und, wenn man so will, ihr Geheimnis zu bewahren.

Ihr Jürgen Hardt
Präsident

Bedarfsplanung muss reformiert werden

Das neue Gesundheitsreformgesetz, das gerade im zuständigen Ministerium in Angriff genommen wird, stellt ausnahmsweise einmal nicht eine Reaktion auf steigende Aus-



Hans Bauer

gaben im Gesundheitswesen dar, sondern ist drohenden Mängeln in der Versorgung geschuldet: Es fehlen in zunehmendem Ausmaß Arztpraxen, angefangen in ländlichen Regionen Ostdeutschlands, fortgesetzt im Westen und erwartbar zunehmend auch in städtischen Regionen. Die Politik reagierte darauf zunächst, indem sie das praktische Jahr als Ausbildungsbestandteil von Ärzten gestrichen hat, um so die Ausbildungszahlen zu erhöhen. Das Gesetz, das nun in Angriff genommen wird, soll dazu beitragen, Absolventen bedarfsorientiert zu „verteilen“. Die ambulant tätigen Psychotherapeuten dürften diese Absicht für ihre Berufsgruppe begrüßen, denn sie wissen sehr genau, dass die derzeitigen Planzahlen für Psychotherapeuten mit dem tatsächlichen Bedarf kaum zusammenpassen. Abgesehen von der insgesamt bestehenden Unterversorgung weisen die Planzahlen für Psychotherapeuten aber auch geradezu absurde Unterschiede im Bedarf zwischen Städten und ländlichen Bezirken auf. Zurückzuführen ist das auf die Modalitäten der Festlegung bei Einführung des Psychotherapeutengesetzes. Nach derselben Systematik wie in den siebziger Jahren für andere Arztgruppen wurde nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes aus der Anzahl der vorhandenen Behandler rechnerisch ein Bedarf festgelegt, der jedoch in keiner Weise mit epidemiologi-

schen Daten in Beziehung gesetzt wurde. Das hatte zur Folge, dass in so genannten Kernstädten ein Bedarf von einem Psychotherapeuten pro 2.577 Einwohner angenommen wird, während in ländlichen Regionen der rechnerische Bedarf bei einem Psychotherapeuten pro 15.692 Einwohner liegt. Gibt es also in einem Landkreis zwei psychotherapeutische Praxen pro ca. 16.000 Einwohner, wird schon von einer Überversorgung von 200% ausgegangen. Mit einer bedarfsgerechten Versorgung hat dies nichts zu tun!

Abgesehen von der Sorge um die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten muss uns diese Diskussion auch aus einem anderen Grunde interessieren. Schon die letzte Gesundheitsreform griff die Fehlallokation von ambulanten Behandlungskapazitäten im Bereich der GKV auf. Abhilfe sollte durch die Honorarstruktur geschaffen werden. In Gebieten, in denen eine Überversorgung mit einer Facharztgruppe von über 150% besteht, sollten Honorarkürzungen vorgenommen werden, womit wiederum Honorarzuschläge in Gebieten mit Unterversorgung finanziert werden sollten. Diese für Ärzte vorgesehene Regelung sollte auch für uns Psychotherapeuten angewandt werden. Zusammen mit der unzureichenden Bedarfsplanung hätte diese Regelung uns besonders hart getroffen: Viele Planungs-

bezirke weisen eine statistische Überversorgung mit Psychotherapeuten mit mehr als 150% auf. Viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Hessen wären demzufolge von Honorarkürzungen betroffen gewesen. Diese Ausgleichsregelung ist nunmehr für zwei Jahre ausgesetzt, die wir nutzen müssen, um eine realitätsgerechte Bedarfsplanung für den Bereich Psychotherapie auf den Weg zu bringen!

Zurzeit versuchen verschiedene Interessengruppen im Gesundheitswesen Einfluss zu nehmen auf Reformbemühungen im Gesundheitswesen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erarbeitet seit einigen Jahren ein Konzept für eine neugestaltete Bedarfsplanung, das der Öffentlichkeit unter dem Stichwort „kleinräumige Bedarfsplanung“ bekannt wurde. Kernpunkte sind: die Bedarfsplanung soll unter Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur der jeweiligen Wohnbevölkerung, der Dichte der Wohnbesiedelung und der Entfernungen zur nächstgelegenen Praxis kleinräumiger gestaltet werden. Den KVen soll die Möglichkeit gegeben werden, Praxen in überversorgten Gebieten aufzukaufen und Niederlassungen in unterversorgten Gebieten ökonomisch zu fördern. Auch die vorhandene Krankenhausstruktur soll einbezogen werden. Regionale Konferenzen, an denen Landesbehörden, Krankenkassen, Leis-

tungserbringer und Patientenvertreter beteiligt werden sollen, sollen die Planungen durchführen. Von den Krankenkassen wurde dieses Konzept unter anderem als zu detailliert kritisiert. Aus den Landesministerien gibt es Zeichen, die darauf schließen lassen, dass diese die Neustrukturierung benutzen möchten, um mehr Einfluss auf die Versorgungsplanung zu gewinnen.

Für uns ist viel zu tun: Wir müssen die Aufmerksamkeit der Politik auf die wachsende Morbidität im psychischen Bereich lenken. Zudem müssen die Entwicklungen im Versorgungsbedarf deutlich gemacht werden. Zum Beispiel gehen die Kassen davon aus, dass der Bedarf von Psychotherapie im Alter abnimmt, da die aktuell Hochbetagten Psychotherapien wenig in Anspruch nehmen. Dies ändert sich schon jetzt und es wird sich weiter ändern! Die Akzeptanz von Psychotherapie unter den künftigen Alten wird höher sein als heute und sie werden diese Behandlung in Anspruch nehmen.

Unsere Profession sollte trotz interner Differenzen gegenüber der Politik zu einer möglichst geschlossenen Einstellung finden, in welche Richtung Veränderungen angestrebt werden sollen.

*Hans Bauer,
Vizepräsident*

Fachtag für Psychotherapeuten in Institutionen am 27.11.2010

Im Fokus des „Angestelltentages“ standen aktuelle Arbeitsbedingungen sowie Entwicklungsperspektiven für Psychotherapeuten in **Kliniken** und **stationären Jugendhilfeeinrichtungen**.

Nach der Begrüßung durch den Präsidenten Jürgen Hardt, führte Thomas Merz mit einem kurzen Überblick über das Engagement der Kammer im Angestelltenbereich ein. Er verwies auf das kurz zuvor vom Rheinland-Pfälzischen Landtag einstimmig verabschiedete moderne Landeskrankenausgesetz, in dem sich der engagierte Einsatz vieler angestellter Psychotherapeuten und Kammerfunktionäre erfolgreich niedergeschlagen habe und die Leistungen der Psychotherapeuten in den Kliniken bei der Krankenhausplanung und -organisation systematisch berücksichtigt werden.

Leider fänden im Novellierungsentwurf der Hessischen Landesregierung auch nach der offiziellen mündlichen Anhörung der Kammer Psychotherapeuten keinerlei Erwähnung, immerhin habe die Opposition die Anliegen in ihren Änderungsanträgen aufgegriffen. Beste Zukunftsaussichten für die beiden Heilberufe sah **Frau Prof. Uta Meier-Gräwe**, Familiensoziologin am Institut für Wirtschaftslehre des Haushalts und Verbrauchsforschung der J-L-U Gießen. „In naher Zukunft werden Psychotherapeuten in vielen gesellschaftlichen Bereichen noch viel mehr gebraucht werden, als jetzt schon“, so ihre Prophezeiung in ihrem Referat, welches sich sowohl mit der **gender-Perspektive** als auch mit neuen **Sozialgesetzbuchübergreifenden Finanzierungsformen** befasste. Aufgrund unausweichlichen Fachkräftemangels wür-

den Familienmütter und -väter in bisher nicht gekanntem Maße von Arbeitgebern umworben werden. Zur besseren Vereinbarkeit von Arbeit und Familie würden betriebliche Kinderbetreuungsangebote geschaffen, die aber auch zu einer Entfremdung von Eltern und Kindern führen könnten, z. B.: Kinderhotels, damit Mama und Papa am Wochenende ruhigen Gewissens zur Fortbildung gehen können. Bei steigenden zeitlichen Anforderungen an die Beschäftigten werde eine ausgeglichene „work-life-balance“ immer schwieriger zu realisieren sein. Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen forderte Frau Meier-Gräwe eine Verbesserung der Kooperation zwischen Familienhilfe und PsychotherapeutInnen. Für bildungsbenachteiligte Kinder müsse die Kammer eine advokatorische Rolle übernehmen.

„Die Rolle der Psychologie und Psychotherapie in der Reha der Zukunft“ war das Thema von **Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel**, Abt. für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie an der Universität Freiburg. Er wies in seinem Vortrag darauf hin, dass in einer Vielzahl der Fälle kardiologischer und orthopädischer Reha von einer erheblichen psychischen Komorbidität und vielfältigen psychosozialen Problemen auszugehen sei. Psychische Störungen seien inzwischen als Hauptursache für Frühberentungen an die Stelle der Herz-Kreislauf-Erkrankungen getreten. Der großen Bedeutung psychischer Faktoren bei den chronischen Erkrankungen entsprechend sei die Bedeutung der Psychologie in der Reha seit den 70er Jahren kontinuierlich gewachsen. Ca. 3.400 PsychologInnen arbeiten heute bundesweit in der medizinischen Reha, 50% von ihnen seien approbiert. Bengel skizzierte die Tätigkeitsschwerpunkte in der Rehappsychologie und umriss künftige Kompetenzprofile

für Absolventen der neuen Studiengänge: Was können Bachelor, Master, Psychologische Psychotherapeuten? Bachelor z. B. Gesundheitsförderung, Entspannungsverfahren, Psychoedukation, Mitarbeit bei der Evaluation. Master darüber hinaus u. a. Diagnostik, Einzelberatung, Maßnahmenplanung. Psychologische Psychotherapeuten: Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen/Komorbiditäten, Übernahme von Leitungsverantwortung.

Thomas Gruber, Psychotherapeutischer Leiter des Gerhard Bosch Hauses in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Viersen, referierte über „Die Etablierung eines Arbeitsbündnisses mit Jugendlichen in der stationären psychotherapeutischen Behandlung“. Zunächst skizzierte er das Grundverständnis der auf die Behandlung von jugendlichen Sexualstraftätern spezialisierten Einrichtung und die Nutzbarmachung des Zwangskontextes für die systemisch ausgerichtete Behandlung,

bis aus dem Zwangs- ein Kooperationsverhältnis geworden ist, was für eine folgende Psychotherapie wesentlich sei. Zentrale Elemente in der psychotherapeutischen Arbeit seien der Respekt vor der Lebenssituation der Jugendlichen, das Herausarbeiten der damit individuellen Entwicklungsaufgaben und ein eindeutiges Rollenverständnis der Erwachsenen.

Johann Rautschka-Rücker, Jurist und Geschäftsführer der PTK Hessen, stellte in seinem Vortrag die rechtlichen Normen der „Höchstpersönlichen Leistungserbringung und Delegation in der Klinik“ und deren Implikationen für die Übernahme von Behandlungs- und Leitungsverantwortung durch PP/KJP in ärztlich geleiteten Kliniken dar. Die dadurch aufgeworfenen Fragen wurden anschließend – moderiert vom Ausschussvorsitzenden Ralph Wohlfarth – lebhaft diskutiert, was von den Teilnehmern positiv empfunden und bewertet wurde. *Thomas Merz*

6. Hessischer Psychotherapeutentag : „Psychotherapeutische BEZIEHUNGen“

Alle wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren (psychodynamische, behaviorale, personenzentrierte und systemische) sind sich einig: Die psychotherapeutische Beziehung ist für die Wirksamkeit von Psychotherapie von zentraler Bedeutung. Aktuelle Untersuchungen zu „Psychotherapie per Internet“ belegen zudem, dass selbst innerhalb dieses Mediums der Erfolg der Behandlung von der therapeutischen Beziehung abhängt. Grund genug für die Psychotherapeutenkammer Hessen, ihren 6. Hessischen Psychotherapeutentag, der am 08./09.04.2011 im Büsing Palais zu Offenbach am Main stattfinden wird, unter das Motto zu stellen: „Psychotherapeutische BEZIEHUNGen“. Wir möchten hierzu genauer hinschauen:

- Was ist unter „psychotherapeutischer Beziehung“ eigentlich zu verstehen?
- Verändert sie sich in Abhängigkeit von Settings und Patientengruppen?
- Wie wird sie innerhalb der psychotherapeutischen Verfahren konzeptualisiert und umgesetzt?
- Wie kann die therapeutische Beziehung „repariert“ werden, wenn sie Schaden genommen hat?

- Welche empirischen Befunde liegen zur Bedeutung der therapeutischen Beziehung vor?

Um zu diesen Fragen informiert zu werden und sie fachkundig diskutieren zu können, haben wir hochkarätige Referenten eingeladen:

Der Heidelberger Arzt und Psychotherapeut **Prof. Dr. Thomas Fuchs**, Karl Jaspers-Professor für Philosophische Grundlagen der Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsklinik Heidelberg, wird sich in dem Festvortrag am Freitagabend mit der Frage der nonverbalen Grundlagen von sozialen und psychotherapeutischen Beziehungen beschäftigen. Fuchs gilt in Deutschland als einer der wichtigsten Vertreter einer geistes- und kulturwissenschaftlich orientierten Psychiatrie und Psychotherapie, die das Anliegen verfolgt, die anhaltende Neurobiologisierung dieser Bereiche auszubalancieren.

Die Hauptvorträge am Samstag beleuchten die psychotherapeutische Beziehung aus der Sichtweise der Psychoanalyse (**Prof. Dr. Michael Buchholz**), der Verhaltenstherapie (**Prof. Dr. Hansjörg Znoj**)

und der Gestalttherapie (**Dr. Martina Gremmler-Fuhr**), die übrigens kürzlich ihren Antrag auf wissenschaftliche Anerkennung als psychotherapeutisches Verfahren beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie eingereicht hat. In fünf Foren am Samstagnachmittag haben die Teilnehmer die Möglichkeit, sich vertiefend mit folgenden Themen zu beschäftigen:

- „Krisen in der psychotherapeutischen Beziehung: Rupture and Repair“, **Dr. Thomas Plänklers, Dr. Christoph Flückiger**
- „Beziehung und Erziehung: Perspektiven kindlicher Entwicklung“, **Prof. Dr. Silke Gahleitner, Prof. Dr. Günther Opp**
- „Die therapeutische Beziehung in der Arbeit mit Paaren und Familien“, **Erika Lützner-Lay, Dr. Terje Neraal, Prof. Dr. Kurt Hahlweg**
- „Psychotherapeutische Beziehungen im stationären Kontext“, **Ulrich Ertel, Mechthild Reinhard, Dr. Julia Domma-Reichert**
- „Liebe“ in der psychotherapeutischen Beziehung“, **Dr. Jörg Scharff, Friederike von Tiedemann, Prof. Dr. Heinz-Joachim Feuerstein**

Ein Abschlusspodium soll die Ergebnisse zusammenfassen und die Diskussion mit den Teilnehmern eröffnen. Sie wird vom Präsidenten der Psychotherapeutenkammer Hessen **Jürgen Hardt** geleitet, für den

dieser Psychotherapeutentag zugleich der letzte in der Funktion als Präsident sein wird. Ein Anliegen seiner berufs- und fachpolitischen Arbeit war stets, die besondere

kulturelle Bedeutung der psychotherapeutischen Beziehung zu verdeutlichen und deren Vertraulichkeit zu schützen – wofür er sogar vor das Bundesverfassungsgericht zieht. *Dr. Matthias Ochs*

Neuwahl der Delegiertenversammlung

5. – 31. Mai 2011 wird die Delegiertenversammlung der Kammer neu gewählt. Erstmals sind auch Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in Ausbildung, die der Kammer als Pflichtmitglied angehören, aktiv und passiv wahlberechtigt. Die Durchführung der Wahl obliegt einem Wahlausschuss, den der Vorstand auf Vorschlag der in der Delegiertenversammlung vertretenen Listen berufen hat. Wahlleiter ist der Richter am VGH Kassel Wiegand, der bereits bei der letzten Kammerwahl an der Wahlleitung als Stellvertreter beteiligt war, als sein Stellvertreter fungiert diesmal der Richter am VG Frankfurt Dr. Repp. Darüber hinaus gehören dem Wahlausschuss vier Beisitzerinnen/Beisitzer und die gleiche Anzahl persönliche StellvertreterInnen an. Der Wahlausschuss entscheidet insbesondere über

die Zulassung von Wahlvorschlägen, führt die Stimmauszählung durch und stellt das Wahlergebnis fest.

Wahlvorschläge können bis **5. April, 18:00 Uhr** beim Wahlleiter eingereicht werden. Informationen über die Formerfordernisse und Vordrucke erhalten Sie bei der Geschäftsstelle.

Die Wahl wird als Briefwahl durchgeführt. Die Versendung der Wahlunterlagen erfolgt am ersten Tag der Wahlzeit, also am **5. Mai**. Gewertet werden die Stimmzettel, die bis zum **31. Mai um 18:00 Uhr** am Sitz des Wahlleiters eingegangen sind. Die Anschrift lautet:

**Psychotherapeutenkammer Hessen
z. Hd. des Wahlleiters
Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden**

Auf der Homepage der Kammer ist eine Sonderseite zur Kammerwahl eingerichtet. Dort finden Sie u. a. Wahlsatzung, Wahlbekanntmachung des Wahlleiters, Namen der Mitglieder des Wahlausschusses, Vordrucke für die Einreichung von Wahlvorschlägen und vieles Informatives mehr.

Die Kammer veröffentlicht keine Wahlwerbung der kandidierenden Listen. Der Wahlleiter ist aber nach §7 der Wahlsatzung verpflichtet, Wahlbewerberinnen und Wahlbewerber das Wählerverzeichnis zum Zweck der Wahlinformation zur Verfügung zu stellen. Davon haben bereits mehrere Listen Gebrauch gemacht. Informationen erhalten Sie bei der Geschäftsstelle.

Soziale Phobien – Niedergelassene Verhaltenstherapeuten zur Mitwirkung gesucht

Für eine Studie zur patientenorientierten und manualisierten verhaltenstherapeutischen Behandlung von sozialen Phobien in der Praxis (sophoPrax) in Südhessen werden interessierte niedergelassene Verhaltenstherapeuten gesucht. Neben Fragebögen werden auch qualitative Interviews

zu den subjektiven Therapieerfahrungen der Patienten und Zielsetzungen und Perspektiven beteiligter Therapeuten erhoben. Die Ergebnisse sollen Auskunft darüber geben, welche Verarbeitungsprozesse den Therapieverlauf bei Therapeut und Patient beeinflussen. Eine finanzielle Aufwandsent-

schädigung ist vorgesehen. Infos: Frau Dipl.-Psych. Ginzburg (Tel. 069. 7982 3992, Mail ginzburg@psych.uni-frankfurt.de) oder über http://www.psychologie.uni-frankfurt.de/abteilungen_und_bereiche/klinische_psychologie_und_psychotherapie/Forschung/sophopraxis/index.html.

Rubriken

Termine

- **08. – 09. April 2011, 6. Hessischer Psychotherapeutentag zu Beziehungsdimensionen in der Psychotherapie, Büsing Palais (Offenbach am Main)**
- **25. Mai 2011, „Heilen mit Zwang? – Psychische Erkrankungen und die Freiheit des eigenen Willens“ (Nachmittagsveranstaltung; Zeit und Ort werden noch festgelegt)**

- **8. Juni 2011, 17:00 Uhr, Vernetzung in der Psychoonkologischen Versorgung in Hessen** (Zeit und Ort werden noch festgelegt)

Gedenken

Wir gedenken unseres verstorbenen Kollegen: Dipl.-Psych. **Tilman Kreyer**, Bad Homburg, geb. 14.04.1944, gest. 31.12.2010.

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier
E-Mail: ptj@ptk-hessen.de
Hessenseiten des Psychotherapeutenjournals im Internet: www.ptk-hessen.de/ptj

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel 0611. 53168 0
Fax 0611. 53168 29
E-Mail: post@ptk-hessen.de
Internet: www.ptk-hessen.de

In Niedersachsen fehlt der Nachwuchs für den Psychotherapeutenberuf

PKN spricht mit Vertretern der Universitäten

Die Umstellung des Diplom-Studiengangs in Psychologie auf das Bachelor/Master-System hat eine grundlegend neue Situation in Niedersachsen geschaffen, was die Studienabgänger im Bereich klinische Psychologie von den drei niedersächsischen Universitäten betrifft.

Zu Zeiten des Diplom-Studiengangs verließen etwa 203 Diplom-Psychologen jährlich die Universitäten Niedersachsens. Nach aktuellen Berechnungen der Psychotherapeutenkammer und der Vertreter der Universitäten stehen dem zurzeit nur ca. 50 Master-Absolventen pro Jahr gegenüber, die schlussendlich für die Psychotherapieausbildung zur Verfügung stehen.

Das ist das Ergebnis eines intensiven Gesprächs zwischen dem Vorstand der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen und Vertretern der psychologischen Institute der Universitäten Braunschweig, Göttingen und Osnabrück in Niedersachsen.

Frau Prof. Kröner-Herwig berichtet aus Göttingen, dass es dort zurzeit 96 Studienplätze für den Bachelor-Abschluss in Psychologie und 44 Studienplätze für Master-Abschluss in Psychologie gibt.

Herr Prof. Schöttke von der Universität Osnabrück legt dar, dass es zurzeit in Osnabrück 89 Bachelor-Studienplätze gibt. In der langfristigen Planung sind hier 35 Master-Studienplätze vorgesehen.

Herr Prof. Dr. Schulz aus Braunschweig berichtet, dass in den letzten Jahren konstant 67 Bachelor-Studienplätze in Braunschweig zur Verfügung standen. Zum Wintersemester 2011/2012 ist eine Erhöhung

auf 80 bis 82 Studienplätze geplant. Zum Wintersemester 2009/2010 standen 54 Master-Studienplätze zur Verfügung. Diese Zahl wurde im Wintersemester 2010/2011 auf 44 Studienplätze reduziert und zum Wintersemester 2011/2012 müsse von einer weiteren Reduktion auf bis zu 34–36 Studienplätze ausgegangen werden.

Damit fehlt in Niedersachsen der Nachwuchs für die Psychotherapeutenausbildung. Allein für den Erhalt des existierenden Versorgungsangebotes werden ca. 100 Master in Psychologie für die PP-Ausbildung und zusätzlich 30 Master für die KJP-Ausbildung pro Jahr benötigt, um die Anzahl der demnächst ausscheidenden, aktuell in der Versorgung psychisch kranken Kinder, Jugendlicher und Erwachsener tätigen Psychotherapeuten ersetzen zu können. Dass diese Versorgung bereits jetzt nicht ausreichend ist, zeigt sich u. a. an den extrem langen Wartezeiten der Hochschul- und Ausbildungsambulanzen an den Universitäten und an den Ausbildungsinstituten sowie bei den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, vor allen Dingen in den ländlichen Gebieten. Wartezeiten von 8–12 Monaten sind eher die Regel als die Ausnahme.

Mit großer Sorge betrachtet der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen die referierten Zahlen. Die Psychotherapeutenkammer hat den gesetzlichen Auftrag, die Belange der Psychotherapie in der Gesellschaft und der Politik zu vertreten. Dazu zählt insbesondere dafür zu sorgen, dass ausreichend Nachwuchs für die psychotherapeutische Tätigkeit in der Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht.

Die Tätigkeitsberichte der Krankenkassen aus den letzten Jahren belegen eine große Zunahme an behandlungsrelevanten psy-

chischen Erkrankungen. Dagegen ist durch die Reform des Psychologiestudiengangs eine Situation entstanden, durch die zunehmend die Anzahl der Kandidaten für die Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie verringert wird. Der Zustand ist als katastrophal zu bezeichnen und so nicht hinnehmbar.

Gemeinsam mit den Vertretern der Universitäten fordert die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen ein Gespräch mit dem Wissenschaftsministerium, um hier für Klärung zu sorgen.

Die PKN hat den Eindruck, dass die materiellen und finanziellen Ressourcen weitgehend in den Ausbau der Bachelor-Studiengänge investiert werden und dass bei den Master-Studiengängen massiv gespart wird. Die Konsequenz daraus könnte u. U. sein, dass die Politik im nächsten Schritt sagt, Eingangsvoraussetzung für die Psychotherapeutenausbildung könne dann doch bitteschön der Bachelor sein, weil der Bachelor als berufsqualifizierender Abschluss angesehen werde.

Erste Signale aus dem Wissenschaftsministerium, dass das dort gesehen wird, hat die PKN bereits erhalten. Dem gegenüber hält die PKN an dem gemeinsamen Beschluss der Profession fest, dass Zugangsvoraussetzung für die PP- und KJP-Ausbildung der Master sein muss.

Kein Gesundheitspolitiker käme auf die Idee, weil es zu wenige Kinderärzte gibt, plötzlich als Eingangsvoraussetzung für den Beruf des Kinderarztes den Bachelor in Medizin zu fordern. Mittelfristig bedarf es in Niedersachsen mindestens eine Verdoppelung der Master-Abschlüsse in Psychologie, um den Bedarf an Nachwuchs für die Psychotherapieausbildung, so, wie

er sich in den letzten Jahren gezeigt hat, zu decken.

Darüber hinaus ist völlig unklar, wie sich die Situation an den sozialpädagogischen Fachhochschulen entwickeln wird, wo Master-Studiengänge in klinischer Sozialarbeit angeboten werden, die dann als Mas-

ter-Absolventen für die KJP-Ausbildung zur Verfügung stehen.

Wir fordern alle Kolleginnen und Kollegen auf, in persönlichen Kontakten mit Landespolitikern auf diesen Missstand hinzuweisen und die Forderung zu vertreten, eine feste Übergangsquote für den Übergang

vom Bachelor- zum Master-Studiengang in Psychologie von 60%–80% einzuführen, um langfristig den Nachwuchs für den Beruf des Psychotherapeuten sicher zu stellen.

Dr. Josef Könning

Die Geschäftsstelle der PKN – Arbeit an der Schnittstelle zwischen Kammer und Mitgliedern

„Hoffe auf weitere gute Zusammenarbeit“

Im Rahmen der Serie über die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle der PKN kommt in der vorliegenden Ausgabe Christian Letz zu Wort, der im kurzen Gespräch seinen Arbeitsbereich vorstellt.

Herr Letz, was gehört zu Ihrem Aufgabenbereich in der Geschäftsstelle?

Hauptsächlich bin ich für die Mitgliederverwaltung zuständig, also alles, was sich um die Mitglieder und die Verarbeitung ihrer Daten dreht. Dazu gehören Neuaufnahmen und Beendigungen von Mitgliedschaften sowie die Aktualisierung von Datensätzen. Außerdem lege ich die noch nicht mit Daten gefüllten Masken der Psych-Info-Datenbank an, die ich nach Dateneingabe durch die Mitglieder dann auch frei gebe. Eine weitere wichtige Aufgabe, die aber nur alle paar Jahre anfällt, ist die Vorbereitung und Betreuung der Wahlen zur Kammerversammlung der PKN.

Wo haben Sie direkt mit den Mitgliedern Berührungspunkte?

Eigentlich in fast allen der erwähnten Bereichen, also von der Begrüßung der Mitglieder über das Entgegennehmen von Rückfragen bis zur Abwicklung der Beendigung von Mitgliedschaften.



Gibt es typische Rückfragen, die immer wieder gestellt werden?

Eine typische Frage ist: „Was fehlt noch?“ – also der Informationsbedarf, welche Belege beizubringen sind bei der Abwicklung von

Anliegen der Mitglieder, z. B. bei der Praxiseröffnung, Umzug oder anderen Anlässen von Änderungen des Mitgliedsstatus.

Was meinen Sie, wäre wichtig zu wissen für die Mitglieder?

Für die Verwaltungsarbeit in der Geschäftsstelle ist es hilfreich, wenn Änderungen möglichst zeitnah mitgeteilt werden. Außerdem möchte ich die Mitglieder ermuntern, bei Fragen die Änderung der Mitgliedschaft betreffend einfach anzurufen und sich kurz beraten zu lassen. Manches lässt sich einfacher lösen als die Mitglieder befürchten. Dafür stehe ich gern zur Verfügung.

Haben Sie einen Wunsch an die Mitglieder der PKN?

Im Großen und Ganzen funktioniert die Zusammenarbeit sehr gut. Von daher kann ich sagen, dass ich auf weitere gute Zusammenarbeit hoffe.

Vielen Dank für das Gespräch, Herr Letz

Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen 2010

aktuelle Mitglieder:	3565	ausgeschiedene Mitglieder in 2010:	108
davon...		davon...	
Approbierte Psychotherapeuten	3022	Kammerwechsel	65
Psychotherapeuten in Ausbildung	543	Verzicht auf Mitgliedschaft	23
		nach Ausbildung keine Approbation erhalten	6
		Ausb. wird in anderem Bundesland fortgesetzt	1
Neue Mitglieder in 2010:	164	Verzicht auf Approbation	6
davon...		Ruhende Ausbildung	1
Approbierte Psychotherapeuten	52	Wechsel ins Ausland	1
Psychotherapeuten in Ausbildung	112	Mitglied verstorben	5

Stand 31.12.2010

„Alles, was juristisch relevant ist, hat vorher einen fachlichen Aspekt“

Gespräch mit Rechtsanwalt Matthias Vestring über seine Tätigkeit in der Beschwerdestelle der PKN

Die Beschwerdestelle der PKN kann von Patienten in Anspruch genommen werden, die bei einem Mitglied der PKN ein psychotherapeutisches Angebot in Anspruch nehmen. Wann dies geschieht und wie seitens der PKN im Sinne eines Clearings darauf reagiert wird, erläutert Rechtsanwalt Matthias Vestring, der seit 2001 für die PKN tätig ist.



Herr Vestring, welches sind die Schwerpunkte Ihrer Tätigkeit als Rechtsanwalt?

Hauptsächlich sind die Bereiche Medizin- und Verwaltungsrecht meine Arbeitsfelder. Zusätzliche habe ich durch Fortbildungen Qualifikationen in den Bereichen Mediation und Coaching erworben, habe also in die „andere Sprache“, mit der ich im Bereich des Beschwerdemanagements in der PKN konfrontiert bin, Einblick erhalten. So verstehe ich meine Arbeit auch eher als Begleiter von Veränderungsprozessen, denn als Begleiter gerichtlicher Prozesse.

Wie sind Sie zur PKN in Kontakt gekommen?

Im Rahmen meiner medizinrechtlichen Ausrichtung hatte ich schon vor 2001 mit zwei Psychotherapie-Verbänden zu tun. Nach Gründung der Kammer bin ich dann vom Vorstand angesprochen worden, ob ich mir vorstellen könnte, den Aufbau der Berufsaufsicht zu unterstützen und dabei auch den Servicegedanken im Sinne von aufklärender Tätigkeit zu berücksichtigen. Es gibt nun den berufsrechtlichen und den

berufsaufsichtrechtlichen Teil, die beide zu meinen Aufgabenfeldern gehören.

Beschreiben Sie doch bitte, wie Ihre Tätigkeit konkret aussieht.

Beschwerdemanagement bedeutet nichts anderes, als dass, wenn ein Patient den Eindruck hat, dass der Therapeut Fehler gemacht hat oder auch nur, dass bestimmte Höflichkeitsformeln nicht eingehalten sind, er die Möglichkeit hat, uns in Anspruch zu nehmen, um zu einer Klärung des Sachverhaltes beizutragen. Dauerbrenner sind beispielsweise die Themen Umgang mit der Schweigepflicht oder Fragen, die Regelungen des Ausfallhonorars betreffen. Abgesehen vom Beschwerdemanagement biete ich zu diesen und anderen Themen auch Seminare oder Workshops im Auftrag der PKN an, die erfreulicherweise gut besucht werden. Ich glaube, dass durch diese Informationen, auch ein Großteil möglicher Beschwerden bereits im Vorfeld verhindert werden können. Wenn Sie zum Beispiel wissen, wie Sie ein Ausfallhonorar festlegen oder wenn Sie als KJP wissen, dass beide sorgeberechtigten Elternteile vorab einer psychotherapeutischen Behandlung zustimmen müssen oder bei einem Jugendlichen die natürliche Einsichtsfähigkeit gegeben sein muss, damit ohne zusätzliche elterliche Einwilligung Mitteilungen über die Psychotherapie an Dritte gemacht werden können, dann entstehen bestimmte Probleme gar nicht. Alles, was juristisch relevant ist, hat vorher einen fachlichen Aspekt. Es geht darum, wie fachlich gesichert gute Therapien erfolgen. Ich halte übrigens die niedersächsische Berufsordnung in dieser Hinsicht für eine gelungene juristische Umsetzung der Beschreibung notwendiger fachlicher Qualitäten.

Woran wird denn seitens der Rechtsprechung die natürliche Einsichtsfähigkeit festgemacht?

Das ist jeweils individuell zu überprüfen. Die Frage ist, ob ich den Sachverhalt als Psychotherapeut dem in Behandlung befindlichen Kind so erklären kann, dass

deutlich ist, dass das Kind das Verständnis für diese Situation hat und zu einer eigenen Entscheidung fähig ist. Es hat also mit dem Entwicklungsstand und dem Alter zu tun. Die Rechtsprechung geht davon aus, dass dies in der Regel bei 14-jährigen erfüllt ist. Mit Vollendung des 15. Lebensjahres können Jugendliche sogar selbständig – auch ohne Einwilligung der Eltern – ihren Anspruch auf Erfüllung der Leistungen nach SGB V geltend machen.

Wie ist denn die Beschwerdestelle personell besetzt, bzw. mit wem arbeiten Sie zusammen?

Der Beschwerdestelle gehören zwei Mitglieder des Vorstands, davon ein PP, ein KJP, eine Mitarbeiterin der Geschäftsstelle und ich an. Auch hier wird die Schweigepflicht berücksichtigt, so dass dem Vorstand meine Vorlagen in anonymisierter Form zugehen.

Wie ist dann das Procedere bei einem Eingang einer Beschwerde?

Das Clearing wird von mir als Beschwerdebeauftragtem koordiniert. Die beiden Vorstandsmitglieder werden umgehend über den Eingang informiert. Wichtig ist auch, dass die Aufgabe der Kammer zwar einerseits in der Berufsaufsicht besteht, andererseits aber auch in einer Schutzfunktion gegenüber dem psychotherapeutisch tätigen Mitglied, dass ja auch ohne reale Grundlage Ziel einer Beschwerde werden kann. Es ist also notwendig, Transparenz zu schaffen. Daher erfolgt fast immer ein Anschreiben an den Psychotherapeuten, um den Sachverhalt zu klären bzw. eine Stellungnahme zum Vorwurf zu erhalten. Nach Prüfung der Stellungnahme wird deutlich, ob eine berufsrechtliche oder berufsaufsichtsrechtliche Relevanz gegeben ist, und die Notwendigkeit weiterer Prüfungen besteht. Auch wenn keine berufs- oder berufsaufsichtsrechtliche Relevanz gegeben sein sollte, kann weiterer Klärungsbedarf bestehen und ggf. in ein Schlichtungsverfahren übergeleitet werden. Das Clearing nach Eingang der Beschwerde hat also den Zweck, zu sondieren, welcher formal

festgelegte Ablauf angemessen auf die vorliegende Situation antwortet. Das geht von der kurzfristigen Schlichtung bis hin zur Einleitung eines berufs- oder berufsaufsichtsrechtlichen Verfahrens.

Zum Abschluss würde mich interessieren, wie denn Ihre Erfahrung als Jurist mit unseren Berufsgruppen ist. Gibt es typische Verhaltensweisen, die Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit bei Angehörigen der psychotherapeutischen Berufsgruppen ausgemacht haben?

Da lassen Sie mich erstmal überlegen, wie ich darauf antworten kann. Der ganz große Teil der Psychotherapeutinnen und

Psychotherapeuten, mit denen ich zu tun hatte, zeigt bei der Konfrontation mit Beschwerden Offenheit und Bereitschaft, sich ernsthaft auseinander zu setzen und sich weiter zu bilden. Ein kleiner Teil wirft die vorgetragene Beschwerde auf die Patienten zurück. Die Kammer ist ja an einer Aufklärung der Situation interessiert, auch unterhalb der juristischen Ebene. So wird zum Beispiel die Empfehlung, bestimmte Konflikte in der Supervision zu klären, durchaus angenommen, auch wenn es dafür gar keine rechtliche Grundlage gibt. Wirkliche Behandlungsfehler sind schwer nachzuweisen und kommen nur in Einzelfällen vor. Die meisten nutzen ihr Handwerkszeug gut.

Lieber Herr Vestring, vielen Dank für das Gespräch.

Geschäftsstelle

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
Sprechzeiten allgemein:
Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Sprechzeiten „Fragen zur Akkreditierung“:
Mi + Do 09.00 – 11.30 Uhr
Mail-Anschrift: info@pknds.de
Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung“:
Akkreditierung@pknds.de
Internet: www.pknds.de

Bekanntmachung

Feststellung des Haushaltsplans des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung für das Haushaltsjahr 2011

Die Verbandsversammlung des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung hat in der Sitzung vom 07.12.2010 den Haushaltsentwurf für das Jahr 2011 genehmigt.

Die Feststellung des Haushaltsplans wird hiermit gemäß § 26 Abs. 1 des Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) in der Fassung vom 08.12.2000 (Nds. GVBl. S. 301), zuletzt geändert durch Gesetz vom 07.10.2010 (Nds. GVBl. S. 462), i. V. m. § 25 Nr. 7 HKG i. V. m. § 9 Abs. 4 S. 2 HKG i. V. m. dem Vertrag über den Zusammenschluss zum Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZZA) vom 22.12.2005 (niedersächsisches ärzteblatt 2/2006 S. 68 ff., Einhefter für Niedersachsen im Psychotherapeutenjournal 1/2006 S. 7 f., ZKN Mitteilungen 2/2006 S. 126 f.), zuletzt geändert am 12.12.2006 (niedersächsisches ärzteblatt 3/2007 S. 77, Psychotherapeutenjournal 1/2007 S. 79, ZKN Mitteilungen 1/2007 S. 63), bekannt gemacht.

Hannover, den 07.12.2010

Dr. med. Martina Wenker
– Vorsitzende der Verbandsversammlung –

Haushalts- und Kassenordnung des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung (NiZZA) vom 07.12.2010

Der NiZZA gibt sich die nachstehende Haushalts- und Kassenordnung:

§ 1 Grundsatz

- (1) Das Haushalts- und das Kassenwesen des Zweckverbandes orientieren sich an den Grundsätzen des staatlichen Haushaltsrechts.
- (2) Die Bestimmungen der Landeshaushaltsordnung (LHO) gelten entsprechend, soweit diese Haushalts- und Kassenordnung besondere Vorschriften nicht enthält.
- (3) Die Verbandsgeschäftsführung bestellt eine Beauftragte oder einen Beauftragten für den Haushalt.

§ 2 Aufstellung des Haushaltsplans

- (1) Das Haushaltsjahr ist das Kalenderjahr.
- (2) Vor jedem Haushaltsjahr ist rechtzeitig der Haushaltsplan aufzustellen und von der Verbandsversammlung zu beschließen.
- (3) Bei der Aufstellung des Haushaltsplans sind nur die Ausgaben zu berücksichtigen, die zur Erfüllung der Aufgaben des Zweckverbands notwendig sind. Dabei sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten.
- (4) Der Haushaltsplan muss alle im Kalenderjahr zu erwartenden Einnahmen und voraussichtlich zu leistenden Ausgaben enthalten und ist in Einnahmen und Ausgaben auszugleichen.
- (5) Die Einnahmen sind nach dem Entstehungsgrund, die Ausgaben nach Zwecken getrennt zu veranschlagen und ggf. zu erläutern.
- (6) Der Haushaltsplan kann Verpflichtungsermächtigungen vorsehen.
- (7) Der Haushaltsplan besteht aus Titeln und einem Stellenplan. Er kann in Kapitel gegliedert werden.

(8) Einnahmen und Ausgaben des Haushaltsplans sind gemäß der Anlage* systematisch darzustellen. Die Darstellung ist bei Bedarf in Anlehnung an den Gruppierungsplan des Landes zu ergänzen.

(9) Der Haushaltsplan kann die Übertragbarkeit, die gegenseitige Deckungsfähigkeit oder die Korrespondenz von Haushaltstiteln vorsehen.

§ 3 Ausführung des Haushaltsplans

- (1) Die Verbandsgeschäftsführung ist berechtigt, nach Maßgabe des Haushaltsplans und nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erforderliche Ausgaben zu leisten und Verpflichtungen einzugehen.
- (2) Über- und außerplanmäßige Ausgaben dürfen von der Verbandsgeschäftsführung nur geleistet werden, wenn ein unabweisbares oder unvorhergesehenes Bedürfnis besteht.

(3) Über erhebliche Veränderungen der Haushaltsentwicklung im laufenden Haushaltsjahr unterrichtet die Verbandsgeschäftsführung den Verbandsausschuss.

§ 4 Kassenwesen

- (1) Die Kassenführung erfolgt unter Anwendung des Haushaltsvollzugsystems des Landes Niedersachsen (HVS).
- (2) Die Geschäftsvorgänge des Zweckverbandes werden im Dialogverfahren des HVS erfasst, durchgeführt und dokumentiert. Für alle Buchungsvorgänge sind ordnungsgemäße Belege (mit Kennung „Sachlich richtig“) anzufertigen. Die Belege sind jeweils jährlich fortlaufend zu nummerieren. Bei jeder Buchung müssen im Journal angegeben werden:

1. Buchungsdatum
2. Belegnummer (automatisch vergebenes Kassenzeichen)
3. Buchungstitel
4. Betrag
5. Buchungstext (Verwendungszweck)
6. Journalseite (erfolgt automatisch).

§ 5 Buchführung

(1) Über alle Zahlungen ist nach der Zeitfolge und nach der im Haushaltsplan vorgesehenen Ordnung Buch zu führen. Belege und Auszüge sind mindestens sechs Jahre aufzubewahren.

(2) Die Rollen und Rechte für die Nutzung des HVS werden von der Verbandsgeschäftsführung festgelegt. Für den Einsatz des HVS und der digitalen Signatur gelten die hierzu erlassenen Bestimmungen des Landes Niedersachsen sinngemäß.

§ 6 Rechnungslegung, Rechnungsprüfung

- (1) Für jedes Kalenderjahr ist spätestens bis zum 30. Juni des folgenden Jahres die Haushaltsrechnung aufzustellen. Dabei sind die Einnahmen und die Ausgaben nach der in § 2 bezeichneten Ordnung den Ansätzen des Haushaltsplans gegenüberzustellen und ggf. zu erläutern.

(2) Die Prüfung der Haushaltsrechnung erfolgt durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, die vom Verbandsausschuss bestellt wird. Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft erstellt einen Bericht gemäß § 7 Abs. 3 HKG.

(3) Die Haushaltsrechnung ist der Verbandsversammlung mit dem Ziel der Entlastung der Geschäftsführung vorzulegen.

(4) Die Haushaltsrechnung ist der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis und zur Bestätigung der Entlastung der Geschäftsführung zu geben.

§ 7 Inkrafttreten

Diese Haushalts- und Kassenordnung tritt mit Wirkung vom 01.01.2008 in Kraft.

Die vorstehende Haushalts- und Kassenordnung wird hiermit ausgefertigt und im niedersächsischen ärzteblatt, im Psychotherapeutenjournal und in den ZKN Mitteilungen verkündet.

Hannover, den 07.12.2010

Dr. med. Martina Wenker
– Vorsitzende der Verbandsversammlung –

Anlage zur HKO

Titel	Zweckbestimmung	[Haushaltsjahr]	Erläuterungen
Einnahmen:			
10000	Verwahrungen		
11101	Gebühren und Bußgelder für Prüfungen, Approbationen und Berufserlaubnisse von Ärzten		
11102	Gebühren und Bußgelder für Prüfungen, Approbationen und Berufserlaubnisse von Zahnärzten		
11103	Gebühren und Bußgelder für Prüfungen, Approbationen und Berufserlaubnisse von Psychotherapeuten		
11901	Sonstige Einnahmen aus staatlichen Aufgaben		
11911	Sonstige Verwaltungseinnahmen		
28101	Kostenerstattungen des Landes Niedersachsen		
28102	Zweckverbandsumlage		
36101	Bestand aus Vorjahr		
	Summe Einnahmen		
Ausgaben:			
42501	Besoldung/Vergütung		
42502	Sozialversicherungsbeiträge, Sozialleistungen, Beihilfen		
42503	Altersversorgung für Angestellte, Pensionsaufwendungen, Übergangsgelder		
42711	Aufwendungen für Prüfungs- und Aufsichtskräfte		
50000	Vorschüsse		
51101	Geschäftsbedarf, Büromaterial		
51102	EDV-Kosten		
51103	Porto, Fernsprechkosten		
51701	Bewirtschaftung der Grundstücke, Gebäude und Räume		
51801	Mieten und Pachten für Grundstücke, Gebäude und Räume		
52501	Aus- und Fortbildung der Beschäftigten		
52602	Sachverständige, Gerichts- und ähnliche Kosten		
52603	Revision, Rechtsberatung		
52701	Reisekosten		
53101	Öffentlichkeitsarbeit		
54601	Sonstige nicht aufteilbare sächliche Verwaltungsausgaben		
54602	Versicherungen		
54701	Dienstleistungen Außenstehender		
81215	Erwerb von Geräten, Ausstattungs- und Ausrüstungsgegenständen		
98201	Übertrag des Bestands in das Folgejahr		
98901	Abführung an das Land Niedersachsen		
	Summe Ausgaben		
	Differenz		

Feststellung des Haushaltsplans des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung für das Haushaltsjahr 2010

Die Verbandsversammlung des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung hat in der Sitzung vom 15.12.2009 den Haushaltsentwurf für das Jahr 2010 genehmigt.

Die Feststellung des Haushaltsplans wird hiermit gemäß § 26 Abs. 1 des Kammergesetzes

für die Heilberufe (HKG) in der Fassung vom 08.12.2000 (Nds. GVBl. S. 301), zuletzt geändert durch Gesetz vom 08.10.2008 (Nds. GVBl. S. 312), i. V. m. § 25 Nr. 7 HKG i. V. m. § 9 Abs. 4 S. 2 HKG i. V. m. dem Vertrag über den Zusammenschluss zum Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZzA) vom 22.12.2005 (niedersächsisches ärzteblatt 2/2006 S. 68 ff., Einhefter für Niedersachsen im Psychotherapeutenjournal 1/2006 S. 7 f.,

ZKN Mitteilungen 2/2006 S. 126 f.), zuletzt geändert am 12.12.2006 (niedersächsisches ärzteblatt 3/2007 S. 77, Psychotherapeutenjournal 1/2007 S. 79., ZKN Mitteilungen 1/2007 S. 63), bekannt gemacht.

Hannover, den 15.12.2009

Dr. med. Martina Wenker
– Vorsitzende der Verbandsversammlung –

Kammerversammlung am 10. Dezember 2010 in Dortmund

Reform der Bedarfsplanung

Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler plant für den Frühsommer 2011 die Reform der Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung. Dabei geht es nicht nur um die Überprüfung der alten Verhältniszahlen von Arzt oder Psychotherapeut je Einwohner, sondern auch um eine bessere Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor.

„Diese Reform ist eine Chance, die Versorgung von psychisch kranken Menschen zu verbessern“, stellte Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, fest. Bisher sei die ambulante psychotherapeutische Versorgung je nach Region sehr unterschiedlich. Ein Versorgungsgrad von 100 Prozent bedeute, dass für 100.000 Einwohner zwischen vier und 40 Psychotherapeuten zur Verfügung



Monika Konitzer

ständen. In Nordrhein seien es durchschnittlich 29 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner, in Westfalen-Lippe durchschnittlich 20. „Damit ist die Chance, in Westfalen-Lippe bei einer psychischen

Erkrankung eine Behandlung zu erhalten, wesentlich geringer als in Nordrhein“, kritisierte Konitzer. Dies gelte auch beim Vergleich von Städten: Während in Köln 63 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner zugelassen seien, seien es in Essen 18 Psychotherapeuten, das heißt weniger als ein Drittel. Noch schlechter versorgt seien ländliche Regionen wie beispielsweise der Hochsauerlandkreis. Dort seien nicht mehr als neun Psychotherapeuten für 100.000 Einwohner verfügbar. Die bisherige Bedarfsplanung baue nicht auf regionalen Daten zur Morbidität auf und könne daher den Bedarf an ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen nicht angemessen darstellen.

„Die Versorgung von psychisch kranken Menschen wird inzwischen wesentlich von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten getragen“, betonte die NRW-Kammerpräsidentin. Während in NRW 5.349 Psychologische Psychotherapeuten ambulant (3.595) und in zugelassenen Krankenhäusern (842) tätig seien, gäbe es nur halb so viele Psychiater und psychosomatische Fachärzte (2.450). Anders als bei den Ärzten herrsche bei den Psychotherapeuten kein Nachwuchsmangel. Im Jahr 2008 befanden sich allein in Nordrhein-Westfalen 1.601 Psychologische Psychotherapeuten und 681 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung.

„Die ungleiche Verteilung von niedergelassenen Psychotherapeuten in NRW schreit danach, die Bedarfsplanung zu ändern“, bestätigte Franz Knieps, der acht Jahre lang im Bundesgesundheitsministerium als Abteilungsleiter für die gesetzliche Krankenversicherung zuständig war. Knieps riet der nordrhein-westfälischen Kammerversammlung, nicht länger auf die Planung von Praxissitzen und Krankenhausbetten

zu setzen, sondern der Politik neue Versorgungskonzepte und -ziele anzubieten. Die zukünftige Bedarfsplanung müsse prospektiv, sektorübergreifend und regionaler gestaltet werden. Eine besondere Chance für die deutsche Psychotherapeutenchaft ergebe sich daraus, dass das deutsche Gesundheitssystem noch einseitig auf Akutversorgung ausgerichtet und deshalb eine Korrektur für eine bessere Versorgung chronisch Kranker notwendig sei. Da psychische Störungen häufig dauerhafte Erkrankungen seien, könnten Psychotherapeuten ihre Konzepte für eine bessere Versorgung dabei gezielt einbringen.

Entscheidend sei es, der Politik einfach, klar und mit Beispielen illustriert, die Probleme der ambulanten und stationären Versorgung zu erklären. Wartezeiten auf eine ärztliche und psychotherapeutische Behandlung hätten sich längst zu wichtigen Fragen auch der kommunalen Politik entwickelt. Der hohe Anteil von psychischen Erkrankungen, aufgrund derer deutsche Arbeitnehmer krank und vorzeitig erwerbsunfähig geschrieben werden, würde inzwischen von Politik und Krankenkassen als ein zentrales gesundheitspolitisches Problem erkannt. Die deutsche Psychotherapeutenchaft hätte außerdem mit ihren Positionen zur psychotherapeutischen Versorgung von Migranten und älteren Menschen auf besondere Versorgungsdefizite aufmerksam gemacht.

Im politischen Prozess sei es entscheidend, Kooperationspartner zu finden. Knieps empfahl mit den Patientenorganisationen nach Gemeinsamkeiten zu suchen, aber auch mit den Hausärzten Kontakt aufzunehmen. Vor allem aber spürten Länder und Kommunen die Versorgungsprobleme direkter, weshalb die Länder mehr Mitspracherechte bei der zukünftigen Bedarfsplanung verlangten. Ein Beratungsrecht der

Länder im Gemeinsamen Bundesausschuss hielt Knieps durchaus für sinnvoll, ein Mitentscheidungsrecht allerdings für verfassungsrechtlich bedenklich.



Franz Knieps

Präsidentin Monika Konitzer berichtete, dass bereits Gespräche mit gesundheitspolitisch aktiven Bundestagsabgeordneten aller Parteien geführt wurden: Rudolf Henke, Jens Spahn und Willi Zylajew (CDU), Bärbel Bas (SPD), Maria Klein-Schmeinck (Bündnis 90/Die Grünen) und Ulrike Flach (FDP). Die für diese Gespräche zusammengetragenen Berechnungen und Beispiele zur Versorgung in NRW wurden auch in einem Gespräch mit der neuen NRW-Gesundheitsministerin Barbara Stefens eingebracht.

Die Landesgesundheitskonferenz NRW verabschiedete am 9. Dezember eine Entschließung zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Empfohlen wird darin unter anderem, dass die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen insbesondere außerhalb der Ballungsgebiete verbessert werden soll. „Wir haben seit Jahren immer wieder auf die Bedeutung dieses Themas hingewiesen. Dass die Landesgesundheitskonferenz jetzt diesen gesundheitspolitischen Schwerpunkt setzt, ist durchaus ein Anlass, stolz zu sein und festzustellen, dass unsere Vorschläge ernst genommen werden“, kommentierte Konitzer. (Näheres zur Entschließung der Landesgesundheitskonferenz NRW: Web-News vom 15. Dezember 2010)

Reform der Psychotherapeuten-ausbildung

Der BPTK-Vorstand hat Anfang Dezember dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) seinen Gesetzentwurf zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes übermittelt. In der Sitzung des Länderrats am 2. November wurde vereinbart, dass diese Gesetzesinitiative von den Landespsychotherapeutenkammern in Koordination mit der BPTK auch auf Landesebene weiter verfolgt wird. Die 83. Gesundheitskonferenz hat das BMG aufgefordert, eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Reform der Psychotherapeutenausbildung einzurichten. Bisher ist das BMG dieser Aufforderung nicht nachgekommen.

Die Kammerversammlung forderte den Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW auf, bei dem Land NRW darauf hinzuwirken, dass dieses dafür eintritt, dass im Rahmen der anstehenden Reform des Psychotherapeutengesetzes gesetzliche Regelungen geschaffen werden, wonach alle psychotherapeutischen Ausbildungsverfahren Eingang in die vertragliche Versorgung finden und zukünftig Diskrepanzen zwischen dem Berufsrecht und dem Sozialrecht vermieden werden.

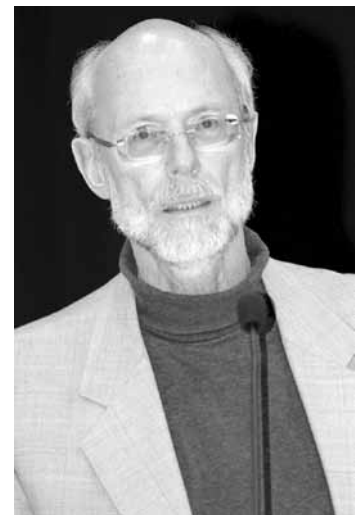
Fortbildungsordnung: Anerkennung von Supervisoren

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW legte einen Antrag zur Fortbildungsordnung vor, der es zukünftig ermöglichen soll, Supervisoren in neu wissenschaftlich anerkannten Verfahren anzuerkennen. Anlass für die geplante Regelung sind Anträge von Kammerangehörigen, die als Supervisoren für das Verfahren Systemische Therapie akkreditiert werden möchten. Für den Fall der Anerkennung eines neu wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahrens sieht die Fortbildungsordnung bisher keine Übergangsregelung für Supervisoren vor. Der Vorstand schlug hier eine Übergangszeit von sechs Jahren vor, in der es als Qualifikationsanforderung für Supervisoren in dem neuen Verfahren ausreichen soll, dass nach der Approbation mindestens fünf Jahre Berufstätigkeit und mindestens 600 Behandlungsstunden in mindestens sechs Fällen in dem neuen Verfahren nachgewiesen werden. Die Kam-

merversammlung diskutierte, ob nicht eine Übergangszeit von zehn Jahren angemessen wäre und ob nicht die Zertifikate von Fachgesellschaften als Qualifikationsnachweise ausreichen. Aufgrund der kontroversen Diskussion überwies die Kammerversammlung den Antrag zurück an den Ausschuss für Fort- und Weiterbildung.

Weiterbildung in Verfahren

Dr. Wolfgang Groeger stellte die Eckpunkte des Kammervorstandes zur Weiterbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren vor. Nach § 6 des nordrhein-westfälischen Heilberufsgesetzes ist es Aufgabe der Psychotherapeutenkammer, „die Weiterbildung nach Maßgabe dieses Gesetzes zu regeln sowie fachliche Qualifikationen zu bescheinigen“. Nach § 33 Heilberufsgesetz können Kammerangehörige neben ihrer Berufsbezeichnung weitere Bezeichnungen führen, die auf besondere Kenntnisse in einem bestimmten beruflichen Gebiet (Gebietsbezeichnung) oder Teilgebiet (Teilgebietsbezeichnung) oder auf Bereiche (Zusatzbezeichnung) hinweisen.



Dr. Wolfgang Groeger

Zwingend erforderlich sind Weiterbildungsregelungen dann, wenn es aufgrund der „wissenschaftlichen Entwicklung“ oder der „angemessenen Versorgung der Bevölkerung“ notwendig ist, zusätzlich zur Approbation und der damit erworbenen Fachkunde für den Erwerb zusätzlicher Qualifikationen zu sorgen.

Da mit der Approbation als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeut vertiefte Kenntnisse und Fertigkeiten nur in **einem** wissenschaftlich anerkannten Verfahren erworben werden, stelle sich die Frage, ob es sich bei den wissenschaftlich anerkannten Verfahren um unterschiedliche Versorgungsangebote handelt, die für eine angemessene Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind.

Vorstandsmitglied Dr. Groeger konkretisierte diese Frage wie folgt:

- Besteht Handlungsbedarf, wenn die Orientierung an Leitlinien und Mitarbeit in Selektivverträgen Kenntnisse oder Erfahrungen in bestimmten oder mehreren Verfahren erfordern?
- Besteht Handlungsbedarf, wenn laut Forschungsgutachten 78 Prozent der Ausbildungsabsolventen Verhaltenstherapeuten sind?
- Haben Ausbildungsabsolventen der Systemischen Therapie oder Gesprächspsychotherapie zukünftig ein besonderes Interesse an einer Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren?

Eine Anfrage an die Kammer verdeutliche, warum eine Regelung notwendig ist: „Ich habe eine Ausbildung in VT absolviert und würde nun auch gerne die Fachkunde in TP & AP erwerben. Ich ... habe mir einige Informationen bei ... Instituten in der näheren Umgebung eingeholt ... Es ist mir aufgefallen, dass die Institute keine einheitlichen Anforderungen an die Kandidaten stellen, die bereits in einem anderen Verfahren approbiert sind. Gibt es evtl. einen Gesetzestext oder schriftliche Vereinbarung, die die Anforderungen zum Erhalt einer zweiten/dritten Fachkunde einheitlich regelt?“

Bisher gebe es nur die Empfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den Fachkundanforderungen vom 21.04.2004. Diese Anforderungen werden in NRW nicht einheitlich umgesetzt und in Rheinland-Pfalz, Hessen und Niedersachsen gar nicht angewendet. Sie unterliegen nicht dem Einfluss der Psychotherapeutenkammer und könnten jederzeit geändert oder zurückgezogen werden.

Weiterbildungsregelungen von Psychotherapeutenkammern für wissenschaftlich anerkannte Verfahren existieren bisher in Hessen und in Rheinland-Pfalz, in weiteren Landespsychotherapeutenkammern wird darüber diskutiert. Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW halte deshalb die Beratung des Themas in den Gremien der PTK NRW für notwendig und habe diese Beratungen initiiert. Die Ergebnisse eines Hearings mit den Fachgesellschaften am 5. November 2010 flossen bereits in ein „Eckpunkte-Papier des Vorstandes zur Weiterbildung in Verfahren“ ein, das Groeger der Kammerversammlung vorstellte. Die Grundgedanken des Eckpunkte-Papiers sind:

Die Weiterbildung in den so genannten Richtlinienverfahren psychoanalytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie darf die Anforderungen der vertieften Ausbildung gemäß Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nicht unterschreiten.

- Lediglich für solche Verfahren, die das Niveau der Richtlinienverfahren nicht erreichen wollen, können die Anforderungen der vertieften Ausbildung gemäß Ausbildungs- und Prüfungsverordnung unterschritten werden.
- Gleichwertige Aus- und Weiterbildungsinhalte und -zeiten aus bereits abgeschlossenen Aus- und Weiterbildungen können angerechnet werden.
- Als Weiterbildungsstätten für die so genannten Richtlinienverfahren kommen nur die nach § 6 Psychotherapeutengesetz staatlich anerkannten Ausbildungsstätten in Betracht.
- Für die Honorierung der Leistungen aus Behandlungstätigkeit unter Supervision muss erreicht werden, dass dieselben Regelungen wie im Rahmen der Ausbildung gelten. Erfolgt die Weiterbildung in ganztägiger, hauptberuflicher Stellung, so ist sie angemessen zu vergüten.
- Die Weiterbildung ist nicht an eine ganztägige, hauptberufliche Stellung gebunden, die Dauer darf zwei Jahre nicht unterschreiten und Behandlungsstunden unter Supervision müssen auch in eigener Praxis erbracht werden können.

Die Weiterbildung führt zum Nachweis vertiefter Kenntnisse und Erfahrungen, mit der die fachliche Befähigung zur Behandlung mit dem Verfahren erworben wird und berechtigt zum Führen des jeweiligen Psychotherapieverfahrens als Zusatzbezeichnung.

Sabine Unverhau berichtete über den Stand der Diskussion im Ausschuss für Fort- und Weiterbildung. Konsens gebe es bisher:

- Über den angemessenen Umfang einer Weiterbildung in Verfahren,
- über die „Leitlinienfunktion“ der Ausbildungsmodalitäten (Inhalte, Ausbildungsstätten auch als Weiterbildungsstätten) für die Richtlinienverfahren,
- über die Machbarkeit (Weiterbildung auch in eigener Praxis möglich, bezahlte Arbeit, Anerkennung bereits geleisteter vergleichbarer Aus- und Weiterbildungsinhalte).



Sabine Unverhau

Kontrovers sei bisher, ob man sich überhaupt darauf einlassen soll, über das „Wie“ einer Weiterbildungsordnung zu diskutieren, wenn das „Ob“ nicht geklärt ist, und ob man sich durch das Auslaufen der Erprobungsklausel für psychotherapeutische Weiterbildung im Heilberufsgesetz NRW zum Ende nächsten Jahres unter Zeitdruck setzen lassen soll, den Änderungsbedarf im Heilberufsgesetz in Hinsicht auf Weiterbildung in Psychotherapie bereits jetzt festzuschreiben.

Die Kammerversammlung diskutierte die Eckpunkte des Vorstandes zur Weiterbildung in Verfahren kontrovers. Ein Teil der Kammerversammlung äußerte grundsätzliche Bedenken gegen Weiterbildungsregelungen in Verfahren, während der andere Teil dafür plädierte, sich mit den Fragen zu der Notwendigkeit von Weiterbildungsregelungen und den vom Vorstand eingebrachten Eckpunkten weiter auseinanderzusetzen. In diesem Sinne wurde die Initiative des Vorstands bestätigt, bei der anstehenden Novellierung des Heilberufsgesetzes NRW darauf hinzuwirken, dass Behandlungstunden unter Supervision im Rahmen der Weiterbildung auch in eigener Praxis erbracht werden können. Es bestand Einvernehmen, dass die Gremien der Psychotherapeutenkammer NRW sich mit diesen Fragen im Jahr 2011 weiter befassen wollen.

Finanzen

Der Jahresabschluss 2009 wurde der Kammerversammlung vorgestellt. Es ergab sich ein Überschuss von ca. 250 000 Euro, der in die allgemeine Rücklage eingestellt wurde. Der Vorstand wurde von der Kammerversammlung einstimmig entlastet. Die Kammerversammlung verabschiedete mit großer Mehrheit den Haushaltsplan für 2011. Eingeplant sind darin unter anderem Mittel für die Erweiterung der Homepage zu einem Mitgliederportal sowie für die Durchführung eines Leitbildprozesses, in dessen Rahmen die Ziele der Tätigkeit der Kammer in den nächsten Jahren entwickelt werden sollen.

Sachverständigen-Liste

Die Kammerversammlung beschloss eine Verwaltungsvorschrift, die regelt, wie sich Kammerangehörige in eine Sachverständigenliste eintragen lassen können. Die Liste erfasst Sachverständige in den Bereichen:

- Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht,
- Glaubhaftigkeit und Zeugenaussage,

- Familienrecht und Kinder- und Jugendhilfe,
- Sozialrecht.



Hermann Schürmann

Über das Antragsverfahren und die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um sich in diese Liste eintragen zu lassen, wird die Psychotherapeutenkammer gesondert informieren. Die Verwaltungsvorschrift tritt mit der Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal 1/2011, also Ende März 2011, in Kraft.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

Die Kammerversammlung beauftragte den Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW, gegenüber dem Vorstand der BPTK als einer Trägerorganisation des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) darauf zu drängen, dass die Fachöffentlichkeit zu den fachpolitisch bedeutsamen Beratungsthemen des WBP Stellung nehmen kann und über Beschließungen des WBP zeitnah informiert wird.

Mitgliederanfragen

Die Psychotherapeutenkammer NRW bearbeitet monatlich durchschnittlich über 100 telefonische und schriftliche Anfragen von Mitgliedern zu beruflichen Fragen. Da-

bei sind Fragen zur Mitgliedschaft, Beiträgen und Fortbildungen nicht mitgezählt. Außerdem erhält die Kammer monatlich rund 35 Anfragen von Patienten, Interessenten für die Ausbildung und anderen Institutionen. Aufgrund des hohen Bedarfs wurde die telefonische Beratung durch einen Juristen auf zwei Stunden in der Woche erhöht.

Beratung am Telefon

Berufsrechtliche Beratung durch einen Juristen

Mo: 12.00-13.00 Uhr
Mi: 14.00-15.00 Uhr
 Telefon 0211 / 52 28 47 53

Mitgliederberatung durch den Vorstand

Mo: 12.00-14.00 Uhr
Di: 13.00-14.00 Uhr, 18.30-19.30 Uhr
Mi: 13.00-14.00 Uhr
Fr: 11.00-12.00 Uhr
 Telefon 0211 / 52 28 47 27

Anfragen

Fortbildungsakkreditierung

Mo – Do: 13.00-15.00 Uhr
 Telefon 0211 / 52 28 47 30

Anfragen Fortbildungskonto

Mo – Do: 13.00-15.00 Uhr
 Telefon 0211 / 52 28 47 31

Anfragen Mitgliederverwaltung

Mo – Do: 14.00-15.00 Uhr
 Anfangsbuchstaben des Nachnamens:
A bis K Telefon 0211 / 52 28 47 14
L bis Z Telefon 0211 / 52 28 47 17

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
 40549 Düsseldorf
 Tel. 0211 / 52 28 47-0
 Fax 0211 / 52 28 47-15
 info@ptk-nrw.de
 www.ptk-nrw.de

Änderung der Fortbildungsordnung der OPK

Beschlüsse oder Bekanntmachungen der Kammer sind den Mitgliedern der OPK im Mitteilungsblatt der Kammer mitgeteilt (vgl. § 15 Abs. 3 Hauptsatzung der OPK).

Aufgrund von § 8 Abs. 3 Nr. 2 des Gesetzes über Berufsausübung, Berufsvertretungen und Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Freistaat Sachsen (Sächsisches Heilberufekammergesetz – SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 13. August 2009 (SächsGVBl. S. 438) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer am 02.10.2010 folgende Änderung der Fortbildungsordnung der

Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer vom 01. April 2007 beschlossen:

In § 3 Abs. 1 wird folgende Änderung vorgenommen:

alt: „Alle Kammermitglieder haben die Möglichkeit, entsprechend der eigenen Berufssituation Schwerpunkte zu setzen: (...)“

■ Lehrtätigkeit (im Rahmen der Fort- und Weiterbildung) (...)“

wird neu: „Alle Kammermitglieder haben die Möglichkeit, entsprechend der eigenen Berufssituation Schwerpunkte zu setzen: (...)“

■ Lehrtätigkeit (im Rahmen der **Aus-** Fort- und Weiterbildung) (...)“

Die vorstehende Änderung der Fortbildungsordnung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer tritt mit Wirkung vom 03.10.2010 in Kraft.

Leipzig, 02.10.2010; Andrea Mrazek, M.A., M.S. (USA), Präsidentin

Die vorstehende Änderung der Fortbildungsordnung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer wird hiermit ausgefertigt und im Psychotherapeutenjournal 1/2011 bekannt gemacht.

Leipzig, den 08.11.2010; Andrea Mrazek, M.A., M.S. (USA), Präsidentin

(Die Änderung der Fortbildungsordnung muss aus formalen Gründen veröffentlicht werden und ändert nichts an der derzeitigen Praxis.)

MORGEN: Erster Ostdeutscher Psychotherapeutentag in Dresden (25.03. – 26.03.2011)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nur zu oft sind wir in unserer täglichen Arbeit auf die Behandlung psychischer Störungen und Beschwerden konzentriert. Wenn wir dabei an unsere Grenzen stoßen, dann wenden wir unsere Aufmerksamkeit auf die Verbesserung der Beschwerden und auf eine Verbesserung des Umgangs mit diesen Beschwerden. Damit sind wir in der Regel bereits voll ausgelastet und Zeit sowie Ressourcen sind aufgebraucht. Zu wenig Zeit bleibt oft für die Arbeit an der Erhaltung und an der Stärkung psychischer Gesundheit. Dies liegt nicht nur an uns als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Das ist auch dem Gesundheitssystem geschuldet, das ja in Wahrheit ein Krankheitssystem ist – die Umbenennung

von Krankenkassen in Gesundheitskassen kann nicht darüber hinwegsehen lassen, dass wir ein System der Akutversorgung betreiben, das erst aktiv wird, wenn es brennt – wenn der Mensch zum Patienten geworden ist.

Das besorgniserregende Ansteigen psychischer Erkrankungen und deren soziale und gesellschaftliche Folgen sollten nicht nur dazu führen, die Bemühungen zu verstärken, fachspezifische Behandlungen frühzeitig und gezielt zu machen, und die Chronifizierung psychischer Störungen zu verhindern. Gerade in Anbetracht der großen Zahl von Menschen aller Altersgruppen mit psychischen Erkrankungen müssen sich die Bemühungen, die Versorgung zu verbessern, auch auf das Vorfeld, die Entstehung erstrecken. Prävention und

Gesundheitssorge verdienen auch auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit verstärkte Beachtung. Wir als Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sollten uns dabei aktiv einbringen.

Im Rahmen des ersten Ostdeutschen Psychotherapeutentages möchten wir mit der Wahl des Themas den wichtigen Stellenwert seelischer Gesundheit herausheben und die vielfältigen Beiträge verschiedener Fachwissenschaften zu Fragen zur Förderung von Protektivfaktoren, der Ressourcenaktivierung und der Prävention weiter bekannt machen und deren Verbreitung sowie Beachtung fördern.

Andrea Mrazek, Präsidentin OPK

Psychotherapeutentriathlon

11. Deutsche Meisterschaft der Psychotherapeuten im Triathlon

Am 13.08.2011 findet ab 10 Uhr die 11. Deutsche Meisterschaft der Psychotherapeuten im Triathlon statt. Teilnehmen können sowohl ärztliche als auch psycho-

logische Psychotherapeuten auf der Jedermannndistanz (700 m Schwimmen, 20 km Radfahren, 5 km Laufen).

Siegerehrung findet ab 18 Uhr im Kurhaus am Inselfee statt. Interessierte melden sich bitte in der Psychotherapeutischen

Praxis von Dipl.-Psych. Christoph Hübener an. Telefon: 03843-219019 oder Mail: ChHuebener@t-online.de. Ansprechpartnerin für den Triathlon ist Frau Sabine Hinz. Erste Einblicke erhalten Sie auch auf der Homepage www.psychoflitzer.de oder unter www.trifun.de.

Fortbildung Sachverständigentätigkeit

Spezialisierungsmodul Strafrecht 20.06. – 23.06.2011

Das 4-tägige Modul vermittelt Kenntnisse der Sachverständigentätigkeit im Bereich Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht. Neben allgemeinen und fachlichen Grundlagen werden eingehend einzelne Bereiche des Strafrechts behandelt, z. B. die strafrechtliche Verantwortlichkeit, die Maßregeln der Besserung und Sicherung sowie die Prognosebegutachtung.

Grundlagenmodul 12.09. – 16.09.2011

In diesem Modul werden wichtige juristische und gesetzliche Rahmenbedingungen dargelegt, Einführungen in die verschiedenen Rechtsgebiete gegeben sowie die Rolle der Gutachter vor Gericht

diskutiert. Weiterhin werden Aspekte zur Erstellung von Gutachten aufgegriffen, häufige Fehlerquellen erläutert und das Auftreten vor Gericht geklärt. Die Rechtsgebiete werden als Coreferate, jeweils von juristischer und von psychologischer Seite vorgetragen. So entsteht ein interessantes Wechselspiel aus gerichtlicher Praxis und psychotherapeutischer Sichtweise.

Spezialisierungsmodul Familienrecht 14.11. – 17.11.2011

Vom 14. bis 17. November 2011 findet, ebenfalls auf Schloss Machern, die bereits zweite 4-tägige Veranstaltung zum Familienrecht statt. In diesem Modul werden vertiefte Kenntnisse der Sachverständigentätigkeit im Bereich Familien- und Sorgerecht vermittelt. Neben rechtlichen Aspekten werden eingehend psychologisch-psycho-

therapeutische Voraussetzungen für die Begutachtung behandelt. Weiterhin wird die familienrechtliche Gutachtenerstellung im Mittelpunkt der Veranstaltung stehen.



Informationen

Detaillierte Informationen zur Fortbildung sowie die Flyer und Anmeldeformulare der angekündigten Veranstaltungen finden Sie unter www.opk-info.de. *wendt*

Informationsveranstaltungen 2011

4. Informationsveranstaltungen in den Ländern

Auch in diesem Jahr finden die Informationsveranstaltungen in allen Bundesländern der OPK statt. Folgende Termine und Orte sollten Sie sich vormerken: 31.08.2011 Mecklenburg-Vorpommern,

Ärzttekammer Rostock; 01.09.2011 Brandenburg, KZV Land Brandenburg, Potsdam; 06.09.2011 Sachsen, KV Sachsen, Dresden; 07.09.2011 Sachsen-Anhalt, Ort noch unbekannt; 08.09.2011 Thüringen, JenaKultur/Volkshaus. Die Veranstaltungen beginnen jeweils ca. 16 Uhr und werden

mit einem gemeinsamen Imbiss gegen 19.30 Uhr ausklingen.

Das Thema der diesjährigen Reihe steht noch nicht fest, Sie dürfen aber Referate zu aktuellen Themen erwarten. Wir werden Ihnen Ihre Einladung mit allen Informationen im Sommer 2011 zusenden.

Aufruf zur Mitarbeit – Psychotherapeuten im Großraum Dresden, Frankfurt/Main und Göttingen: Kognitive Verhaltenstherapie der Sozialen Phobie in der Praxis (Sopho-Prax)

Nach langjähriger fachpolitischer Vorarbeit hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung erstmalig einen Förderschwerpunkt „Psychotherapie“ eingerichtet. Ein grundlegendes Argument war dabei die ungleichgewichtige

Finanzierung von pharmakologischen gegenüber psychotherapeutischen Behandlungsmethoden bei psychischen Störungen. Nun geht es um die tatkräftige Kooperation derjenigen, die die Therapien in Deutschland schwer-

punktmäßig durchführen, nämlich die niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten! Bei einer Teilnahme an Sopho-Prax liefern Sie also einen Beitrag zur weiteren Professionalisierung der Psychologischen Psychotherapie.

Sopho-Prax ist im Rahmen des Förderschwerpunkts „Psychotherapie“ die bundesweit einzige Studie, in der das Vorgehen niedergelassener Psychologischer Psychotherapeuten systematisch feldexperimentell untersucht wird. Wir brauchen Ihre Hilfe! Es geht um die Weiterentwicklung der Psychologischen Psychotherapie (Schwerpunkt Verhaltenstherapie)! Viele Kolleginnen und Kollegen aus dem Raum Dresden haben wir bereits angesprochen, aber uns fehlen noch weitere, damit wir im Studienzeitraum erfolgreich sein können! Auch KollegInnen aus anderen sächsischen Städten (z. B. Bautzen, Freiberg, Chemnitz, Leipzig) können teilnehmen, wenn sie grundsätzlich bereit sind, zu zwei Schulungen nach Dresden zu kommen (Fortbildungspunkte werden bei der OPK beantragt). Weitere Schulungen werden in Frankfurt/Main und Göttingen angeboten. In der Sopho-Prax-Studie wird das patientenzentrierte und manualbasierte Vorgehen von niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten miteinander verglichen. Bei jeder/m teilnehmenden

Therapeutin/Therapeuten werden einige Behandlungen, bei denen die Hauptdiagnose Soziale Phobie lautet, erfasst und ausgewertet. Das Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU-Dresden (Prof. Dr. Jürgen Hoyer) übernimmt die Studienkoordination. Teilnehmende Zentren sind außerdem die Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Frankfurt am Main (Prof. Dr. Ulrich Stangier) und die Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Göttingen (Prof. Dr. Eric Leibing).

Alle weiteren Informationen zu Sopho-Prax erhalten Sie vom Studienteam in Dresden: Dipl.-Psych. Dr. Stephen Crawcour, Dipl.-Psych. Valentina Gandini, unter 0351/4633 6956, das für Fragen jederzeit zur Verfügung steht und ggf. auch gern individuelle Termine vereinbart, E-Mail: crawcour@psychologie.tu-dresden.de.

Studienteam in Frankfurt: Frau Dipl.-Psych. Ginzburg, Tel. 069/7982 3992, E-Mail:

ginzburg@psych.uni-frankfurt.de, oder über Homepage der Goethe-Universität Frankfurt.

Kontakt in Göttingen: Herr Dipl.-Psych. Marco Heins (marco.heins@med.uni-goettingen.de).
Jürgen Hoyer



Das Sopho-Prax Studienteam (von rechts nach links): Dipl.-Psych. M. Heins, Uni Göttingen; Dr. S. Crawcour, Dipl.-Psych. V. Gandini, TU Dresden; Dipl.-Psych. D. Ginzburg, Dipl.-Psych. B. Borowick, Uni Frankfurt; cand. psych. J. Schubert, TU Dresden; Dr. X. Grähler, M. Käßler, KKS Dresden; Prof. Dr. J. Hoyer, TU Dresden

Wahl zur zweiten Kammerversammlung der OPK steht bevor

Die Wahl zur 2. Kammerversammlung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, dem obersten Gremium der berufsständischen Selbstverwaltung der Psychologischen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-psychotherapeutinnen in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, liegt direkt vor uns.

Diese Wahl stellt den demokratischen Ausgangspunkt der 2. Legislaturperiode der Selbstverwaltung der Psychotherapeuten in der OPK dar.

Vom 08.04.2011 bis 09.04.2011 findet auf Schloss Machern die 9. Kammerversammlung statt, auf der sowohl die neuen Kammerversammlungsmitglieder als auch der neue Vorstand gewählt werden. Der Aus-

gang der Wahlen wird Ihnen unmittelbar danach auf der Homepage der OPK bekannt gegeben sowie im OPK aktuell und im PTJ veröffentlicht.

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16, 04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
Homepage: www.opk-info.de
Mail: info@opk-info.de

Adressänderung: OPK-Geschäftsstelle ist umgezogen

Sie erreichen die OPK-Geschäftsstelle nun unter folgender Anschrift:

Telefon- und Faxnummer sowie E-Mail-Adressen bleiben unverändert für Sie bestehen.

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig

LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz

Jahresempfang 2011 der rheinland-pfälzischen Kammern

Freiberufler und mittelständische Unternehmer sind optimistisch

Zum 12. Mal luden 13 Kammern aus Rheinland-Pfalz, darunter auch vier Heilberufekammern, zum größten regionalen Neujahrsempfang ein. Gastredner war dieses Jahr Rainer Brüderle, MdB, Bundesminister für Wirtschaft und Technologie. Der Jahresempfang bietet den Vertretern der Kammern regelmäßig eine gute Gelegenheit, ihre Vorstellungen, Kritik und Wünsche direkt an die Politik in Berlin zu adressieren. Und für die diesjährigen 4000 Besucher ergab sich ein zwangloser Austausch über wichtige Themen und mögliche Kooperationen.

Aufschwung – auch für die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz?

Alle reden vom Aufschwung! Die Unternehmer sind optimistisch! Und wer redet



chen Zahlen stimmen, sondern es müssen auch die Arbeits- und Organisationsbedin-



von den Menschen? Hier bringt die LPK RLP immer wieder ihre andere Perspektive ein: Es müssen nicht nur die betriebli-

gen für den Erhalt der seelischen Gesundheit stimmen. Die Zahl der Fehltag und die der frühzeitigen Berentung sind

alarmierend, so dass die LPK RLP sich mit einer Presseerklärung http://www.jahresempfang.de/download/PM_LPK.pdf für einen betrieblichen Gesundheitsschutz stark macht, der die psychischen Aspekte gleichberechtigt neben den körperlichen aufgreift. Da die veranstaltenden Kammern den Jahresempfang der Wirtschaft kontinuierlich zur Darstellung ihrer Tätigkeiten in Tageszeitschriften sowie Funk- und Fernsehen nutzen, konnte das Thema des psychischen Gesundheitsschutzes und des betrieblichen Gesundheitsmanagements noch in einer gemeinsam gestalteten Zeitungsbeilage der Allgemeinen Zeitung platziert werden. Viele Unternehmen sind schon für dieses Thema sensibilisiert, aber noch nicht ganz überzeugt, handeln zu müssen. Das diesjährige Motto der LPK RLP „Sicherheitsschuhe für die Seele!“ hat beim geselligen Austausch dementsprechend für viel Gesprächsstoff gesorgt – und nicht nur bei den Vertretern der Krankenkassen.

Brüderle: Der Aufschwung ist da!

Für Rainer Brüderle war sein Auftritt ein Heimspiel. In einem lockeren Ritt über die aktuellen Themen präsentierte er sich kämpferisch und entscheidungswillig. Kernige Worte zum Abbau der Bürokratie brachten viel Applaus. Er plädierte für schnelle Entscheidungen „Egal ob ja oder nein – Hauptsache schnell!“ Die gegenwärtige Stimmung im Lande „dagegen zu sein“ problematisierte er als wachstumshemmend. Beim gut gelaunten Publikum kam bei seinem Abgang fast ein bisschen Karnevalstimmung auf.

Statement der Kammern

In der Begrüßung durch die Handwerkskammer, in einem Statement der Ingenieurkammer und in einem Schlusswort der IHK Rheinessen wurde die Hauptbotschaft, Abbau von Bürokratie und Vereinfachung des Steuerdschungels, klar nach Berlin adressiert. Auch die Entwicklung des beruflichen Nachwuchses über Kita, Schulen, Studiengänge und Berufsausbildung wurde mit Verbesserungsvorschlägen angesprochen. Die Schnittmenge der



gemeinsamen Kammerinteressen wurde deutlich und auch, wie wichtig die gegenseitige Unterstützung der Kammern bei der Erreichung politischer Ziele ist.

Unsere Mitglieder

Es waren einige Mitglieder der Psychotherapeutenkammer und auch der benachbarten Psychotherapeutenkammer

anwesend. Das ist gut so, denn es macht deutlich, dass wir als Berufsstand Wert darauf legen, einen eigenen, durchaus etwas quergebürsteten Beitrag zur Entwicklung unserer Gesellschaft beizusteuern. Hiermit möchten wir unsere Einladung an unsere Mitglieder wiederholen: Wer im kommenden Jahr Interesse hat, möge sich bitte an die Geschäftsstelle wenden.

Bericht über ein Treffen der Ausbildungsinstitute und Institutionen der Praktischen Tätigkeit bei der LPK RLP am 13.10.2010

Der Einladung der LPK zur Diskussion um die Ausbildungsreform und hier im Speziellen zur Reform der jetzigen Praktischen Tätigkeit folgten 16 Vertreter verschiedener Institutionen und die Landessprecherin der PiA in Rheinland-Pfalz. Zunächst stellte die Vorsitzende des Aus- und Weiterbildungsausschusses der LPK, Dr. Gaby Bleichhardt, die Ergebnisse des Forschungsgutachtens bezüglich der Praktischen Tätigkeit vor. Insbesondere wurde dort die Vergütung der Arbeit und die Betreuung bzw. Anleitung in den Institutionen bemängelt. Die Befugnisse sind auf ein Kennenlernen verschiedener Krankheitsbilder, bei denen Psychotherapie nicht indiziert ist, beschränkt. Danach stellte die Vizepräsidentin, Fr. Dr. Benecke, den Stand der Diskussion bzgl. der Reform der Ausbildung dar. Es schloss sich eine Diskussion zu den Zielen, Chancen und Risiken dieser Reform an.

Alle Teilnehmer des Treffens stimmten darin überein, dass über eine Reform unbedingt auch die Sicherung der Existenzgrundlage der PiA in der künftigen Praktischen Ausbildung I verfolgt werden soll. Ob hierzu die Einführung einer von der BPTK vorgeschlagenen eingeschränkten Behandlungserlaubnis nötig ist, wurde kontrovers diskutiert, da auch hiermit kein Automatismus in Bezug auf eine angemessene Vergütung verbunden wäre. Die anwesenden Klinikleiter teilten die Einschätzung der Bundeskammer, dass mit der Einführung eines 1. Staatsexamens und der Ableistung eines halbjährigen Praktikums während des Studiums der Spielraum der möglichen tariflichen Eingruppierung deutlich enger würde. Dies könnte auch zur Folge haben, dass es erheblich weniger Plätze geben wird, wenn deutlich mehr Geld bezahlt werden müs-

se. Ein Ausweg könnte darin liegen, dass der Status des Auszubildenden mit einbezogen wird, wie dies bei der Bezahlung der AiPs geschehen ist. Grob geschätzt wurde damals 1/3 eines vollen Arztgehalts für einen AiP bezahlt. Übertragen auf die PiAs könnte dies bedeuten, dass die Bezahlung bei ca. 1.000 bis 1.200 € liegen würde. Dies könnte von den Kliniken bezahlt werden, ohne dass es zu einem deutlichen Abbau von Stellen kommen würde. Eine eingeschränkte Behandlungserlaubnis könnte auch im Rahmen der Einführung der OPS von deutlichem Vorteil sein.

Die Teilnehmer waren sich einig, dass es bei einem Jahr Tätigkeit in der psychiatrischen klinischen Einrichtung bleiben soll, 600 Std. sollen bei einem weiteren Träger geleistet werden können. Es wurde als unrealistisch eingeschätzt, dass eine adäquate Bezahlung

durchgesetzt werden kann, wenn nur ein halbes Jahr in der Einrichtung gearbeitet werden soll, wobei drei Monate Einarbeitungszeit veranschlagt werden müssen. Der Vorschlag, die Anerkennung der Institution an eine 3-jährige Weiterbildungsermächtigung des Chefarztes zu koppeln, wurde kontrovers diskutiert. Dies könnte zu einer großen Einschränkung der Anzahl und Vielfaltigkeit der anerkannten Kliniken führen. In einem ersten Meinungsbild wurde die Beibehaltung der bisherigen Vorgehensweise des MASGFF unterstützt, dass eine Weiterbildungsbefugnis von 1–2 Jahren in Psychiatrie genügen

soll. Für die Sicherstellung einer sinnvollen inhaltlichen Arbeit sind allerdings inhaltliche Vorgaben unumgänglich.

Zur Praktischen Ausbildung II (heute: Praktische Ausbildung) soll darauf geachtet werden, dass die geforderten Stunden im ambulanten Setting in Institutsambulanzen durchgeführt werden.

Die Teilnehmer befürworteten den Vorschlag der Kammer, die Diskussion ggf. zu Beginn des nächsten Jahres weiter zu führen.

Das Folgetreffen fand am 22. Februar 2011 statt und überschneidet sich mit dem Redaktionsschluss dieser PTJ-Ausgabe. Wir werden bei nächster Gelegenheit über Inhalt und Ergebnis des Austausches berichten.

Grundsätzlich ist geplant, die Institute und Kooperationskliniken sowie die PiA-Landesvertreter regelmäßig einzuladen, um unmittelbar deren Anregungen, Erfahrungen, aber auch Sorgen zu erfahren und aufzugreifen zu können.

Novellierung des Heilberufsgesetzes (HeilBG) geplant für 2011

Die Novellierung des Heilberufsgesetzes soll als eines der ersten Projekte nach der Landtagswahl angegangen werden. Bis zum 18.5. sollen die Vorschläge gesammelt und abgestimmt werden mit allen Beteiligten. Aus Sicht der LPK Rheinland-Pfalz sind für die geplante Novelle des HeilBG einige dringende Änderungen vorzusehen.

So sollte § 1 Abs. 2 S. 1 so neugefasst werden, dass den Kammern alle die Personen angehören, die im Land Rheinland-Pfalz ihren Beruf ausüben oder, falls sie ihren Beruf nicht ausüben, ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. In der Vergangenheit gab es immer wieder Streit in der Auslegung der bisherigen Gesetzesformulierung, in der von der Ausübung des Berufes „als Psychotherapeut“ die Rede war und u. a. im Bereich der Beratungsstellen zu Unklarheit bezüglich der Kammerzugehörigkeit der dort tätigen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten führte. Diesbezüglich dürfte dann für die Zukunft Rechtssicherheit gegeben sein.

In § 3 soll als neuer Punkt 6 eingefügt werden die Aufgabe der Kammern, an ihre Mitglieder Heilberufsausweise und sonstige Bescheinigungen auszugeben und die dafür notwendigen Anforderungen bezüglich der Qualitätssicherung festzulegen und zu überprüfen. Bisher war im HeilBG die Berechtigung der Kammern zur Ausgabe des Heilberufsausweises nicht so ausdrücklich normiert, dass für alle Klarheit über die Intention des Gesetzgebers bestand. Dies hat dazu geführt, dass Mitglieder die Rechtmäßigkeit der HBA-Ausgabe und der Beitragsfinanzierung der allgemeinen Arbeiten angezweifelt haben. Durch Einführung der neuen Nr. 6 wird diesbezüglich Rechtssicherheit geschaffen.

Änderungen und Präzisierungen sollten auch für den § 5 erfolgen. Die Einrichtung von Ethikkommissionen soll klar in die verpflichtende Zuständigkeit der Heilberufskammern gelegt werden, soweit es Forschungsvorhaben an Menschen betrifft. In der Vergangenheit hatte dies mehr den Charakter einer Kann-Regelung.

Angeregt wird zugleich, aus Synergiegründen gemeinsame Ethikkommissionen mit den Ärzten, Zahnärzten und Apothekern schaffen zu können bzw. solche ggf. auch länderübergreifend zu organisieren.

Schließlich sehen wir einen Präzisionsbedarf in § 10, in dem die Aufgaben- und Arbeitsteilung zwischen Kammervorstand, Vertreterversammlung und Geschäftsführung beschrieben wird. Dies ist nötig vor dem Hintergrund einer Rechtsprechung, nach der steuerpflichtige Aufwandsentschädigungen als Indiz für eine abhängige Beschäftigung gegen Entgelt gesehen werden und damit sozialversicherungspflichtig seien. Demgegenüber ist deutlich zu machen, dass ehrenamtliche Tätigkeit dem allgemeinen Erwerbsleben nicht zugänglich ist, sondern auf einer öffentlich-rechtlichen Berufung zur Konkretisierung von verwaltungsrechtlichen Pflichten beruht.

Über Einzelheiten des Novellierungsverfahrens werden wir berichten.

Versorgung psychisch kranker Menschen in Rheinland-Pfalz

Gesundheitsministerin Malu Dreyer hatte bereits am 9. Dezember 2010 den Kammerpräsidenten Alfred Kappauf zu einem Gespräch eingeladen, in dem die Ursachen für die unbefriedigende Situation in der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen ausführlich erörtert wurden. Herr Kappauf hat darin verdeutlicht, dass

einige der Probleme in Rheinland-Pfalz auf der Basis der für die Gruppe der Psychotherapeuten festgelegten Bedarfsplanungszahlen im Moment nicht unmittelbar veränderbar sind, andere dagegen durchaus aber „hausgemacht“ sind. Hat man 1999 mit dem Psychotherapeutengesetz einfach unterstellt, dass diejenigen, die bis dato in

einem gewissen Umfang GKV-Patienten versorgt und alle weiteren Voraussetzungen nachgewiesen haben, den Bedarf abdecken, so hat sich diese Annahme in den vergangenen Jahren als Fehleinschätzung herausgestellt. Das trifft für Rheinland-Pfalz genauso wie für die anderen Bundesländer zu. Darüber hinaus bringt es die Sys-

tematik der Bedarfsplanung mit sich, dass gerade die ländlichen Gebiete, die schon mit der grundsätzlichen Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu kämpfen haben, auch noch mit wesentlich weniger Behandlern auskommen müssen als die im Verhältnis dazu relativ gut versorgten großstädtischen Bereiche.

Zu den änderbaren Verhältnissen zählt die Kammer die Haltung der KV zur Genehmigung von Entlastungsassistenten z. B. wegen der Erziehung von kleinen Kindern oder der Pflege naher Angehöriger. Psychotherapeuten in diesen Lebenssituationen gegenüber ist es nicht angemessen, den Versorgungsauftrag zu reduzieren, da dann auf Dauer eine Aufstockung nicht mehr möglich ist. Abhilfe könnte auch durch die flexible Genehmigung von angestellten Psychotherapeuten erfolgen, wobei die Kammer fordert, die Verdienstbegrenzung auszusetzen. Derjenige, der sich heute schon in der Situation befindet, dass er wegen Kindererziehung oder Pflege von Angehörigen seine Tätigkeit reduziert hat, hat bereits sein Einkommen so

vermindert, dass er kaum noch Angestellte bezahlen kann. Gleichzeitig hat Herr Kap-pauf verdeutlicht, dass in Integrierten Versorgungsmodellen eine Chance liegt, die prekäre Situation zu verbessern.

Der Bundesgesundheitsminister plant in diesem Jahr, durch ein Versorgungsstrukturgesetz die Probleme in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung anzugehen. Das impliziert auch die Neujustierung der Bedarfsplanung. Wenn auch der konkrete Anlass für die Aktivitäten des Ministeriums die Situation im hausärztlichen Bereich ist, so kann unseres Erachtens die Situation bei der Versorgung psychisch Kranker Menschen nicht vernachlässigt werden.

Unsere Gesundheitsministerin Malu Dreyer hat dem Kammervorstand kurzfristig einen Gesprächstermin am 11. März angeboten, in dem die rheinland-pfälzische Situation mit ihr und Vertretern des Ministeriums ausführlich erörtert werden konnte. Zur Untermauerung unserer Aussagen konnte Frau Dreyer eine Übersicht über die konkrete Versorgungssituation in den

rheinland-pfälzischen Planbereichen zur Verfügung gestellt werden. Damit wurde sehr plastisch dargelegt, wie sich die aktuelle Situation darstellt und wie der Bedarf auf der Basis des letzten Gesundheitssurveys eingeschätzt werden muss. Neben der klassischen Bedarfsplanung im ambulanten Bereich sind auch die weiteren im SGB V bereits enthaltenen bzw. durch Neuregelungen geplanten Versorgungsinstrumente wie Selektivverträge nach §§ 73 b-c SGB V, integrierte Versorgungsmodelle, Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, angesprochen worden. Es konnte insgesamt eine große Offenheit für unsere Argumentation festgestellt werden. Frau Dreyer hat Unterstützung für die vorgebrachten Argumente zugesagt.

Neben dem Gespräch mit der Ministerin hat die Kammer alle Bundes- und Landtagsabgeordneten angeschrieben und über unsere Argumentation ausführlich informiert. Außerdem wurden diese auch vom Vorstand und weiteren ehrenamtlich tätigen Mitgliedern in ihren Wahlkreisbüros aufgesucht.

Herbstfest und Tagung verpasst? Wir planen schon das nächste!

Unser traditionelles Herbstfest findet in diesem Jahr am **24. September 2011** statt. Voran geht wie immer eine halbtägige Fortbildungsveranstaltung, die sich in diesem Jahr mit der Prozess- und Wirkungsforschung befasst. Wir haben namhafte Referenten angefragt, die zu diesem

Thema spannend berichten können. Die Einladung wird wieder rechtzeitig an Sie verschickt werden.

Ebenfalls im Herbst findet das im gemeinsamen Fortbildungsflyer mit der PTK NRW bereits angekündigte Existenzgründungs-

seminar statt. Der Termin steht noch nicht endgültig fest, da noch nicht alle Referenten den vorgeschlagenen Termin bestätigt haben. Wir werden Sie hierüber so bald wie möglich informieren.

Am 9. April 2011 findet die nächste Sitzung der Vertreterversammlung in der LPK statt. Hierzu sind alle interessierten Mitglieder herzlich eingeladen.

Wir bitten aus organisatorischen Gründen um vorherige Anmeldung!

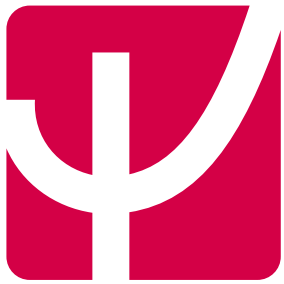
An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit: Dr. Andrea Benecke, Gisela Borgmann-Schäfer, Birgit Heinrich, Jürgen Kammler-Kaerlein.

Telefonische Sprechzeiten:

Mo. – Fr. 10.00 – 12.30 Uhr und zusätzlich
Di. – Do. 14.00 – 16.00 Uhr

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



pks

Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Großes Interesse an der Informationsveranstaltung zu Fragen der Niederlassung

Am 8. Dezember fand in den Räumen der Geschäftsstelle eine Informationsveranstaltung zu Niederlassungsfragen statt, zu der der Bereichsleiter für die Sicherstellung der Versorgung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland eingeladen war.

In seiner Begrüßung skizzierte der Kammerpräsident die schwierige Versorgungssituation. Die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung habe sich in den vergangenen Jahren deutlich verschlechtert – und das liege nicht an den Psychotherapeuten. Ein Psychotherapeutenmangel drohe nicht, er sei Alltag der ambulanten und stationären Versorgung. Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz seien viel zu lang, Patienten befänden sich stattdessen in einer Notsituation, in der Krankheitssymptome aktualisierten, häufig notfallmäßig mit Medikamenten und/oder stationär behandelt werden müssten, Krankheiten zu chronifizieren drohten. In Anbetracht der Zunahme der psychischen Erkrankungen mute das bundesweite Festhalten an veralteten Bedarfsplanungszahlen grotesk an.

Positiv hob Präsident Morsch hervor, dass es der PKS im auslaufenden Jahr in Kooperation mit der KVS gelungen sei, im KJP-Bereich durch die Einführung der Mindestquote allein im Saarland knapp 20 (45% plus) zusätzliche KollegInnen in die Versorgung einzubeziehen. Im Bereich der Erwachsenenpsychotherapeuten sehe die Situation leider schlechter aus. Es warteten knapp 80 KollegInnen auf Ihre Zulassung, offene Vertragssitze gebe es derzeit nicht.

Einige Praxen seien allerdings nicht voll ausgelastet und könnten so ihren Versorgungsauftrag nicht erfüllen. Das sei in Zeiten der Unterversorgung nicht weiter hinnehmbar.

Die gut vierzig Kolleginnen und Kollegen, die trotz des heftigen Wintereinbruchs zur Veranstaltung gekommen waren, zeigten sich sehr interessiert an den umfassenden Informationen, die Herr Feit von der KVS sehr anschaulich bis in die Details dieses breit gefächerten Feldes vermitteln konnte. Vielfältige Fragen kamen sowohl von denjenigen, die eine Niederlassungsmöglichkeit suchen als auch von schon niedergelassenen, an einer Abgabe interessierten Kolleginnen und Kollegen.

Themen waren u. a. formale Bedingungen einer Praxisübergabe/Praxisübernahme und den im Zulassungsausschuss angewandten Unterscheidungskriterien bei mehreren Bewerbern für einen Praxissitz (besonders Approbationsalter und Dauer der bisherigen psychotherapeutischen Tätigkeit), mögliche Verkaufspreise („Mitgiftregelung“) und die unterschiedlichen Formen der Praxisausübung.

Vor allem die Frage, ob es ein von den Zulassungsausschüssen anerkanntes Modell der **Praxiswertermittlung** gäbe, beschäftigte die Suchenden. Diese Frage kann derzeit eindeutig verneint werden. Es gab zwar in den vergangenen Jahren auch seitens der Landespsychotherapeutenkammern, die das Problem der steigenden Preise als zusätzliche Belastung für den ohnehin schon finanziell strapazierten Berufsnachwuchs gerne regeln würden, verstärkte Bemühungen, ein allgemein gültiges Modell zu schaffen. Die Zulassungsausschüsse, auch der saarländische, haben es bisher aufgrund der möglichen rechtlichen Implikationen immer abgelehnt, in den Prozess

der Preisermittlung einzugreifen. Alle bisher entwickelten Modelle lehnen sich an die Praxisübergabe unter Ärzten an. Hier sind allerdings der Umfang des „Patientenguts“ (Anzahl der Scheine pro Quartal) und der Umfang der Praxisausstattung (besonders medizinische Apparate) die wichtigsten Berechnungsgrößen. Diese spielen bei psychotherapeutischen Praxen jedoch meist keine große Rolle, denn Patienten werden nur im Ausnahmefall „übergeben“ und die Praxisausstattung als materieller Wert ist normalerweise äußerst überschaubar. Andererseits gibt es eine durchaus ernstzunehmende Diskussion darüber, ob eine Praxis als öffentliches Gut im Gesundheitssystem überhaupt zum privaten Vorteil verkaufbar sein kann. Dagegen stehen die vollkommen nachvollziehbaren Wünsche der schon lange vor dem Psychotherapeutengesetz im Kostenerstattungsverfahren tätigen Kolleginnen und Kollegen, die aufgrund der unsicheren und eingeschränkten Verdienstmöglichkeiten in der damaligen Zeit keine Alterssicherung betreiben konnten, über den Praxisverkauf ihre Alterseinnahmen zu erhöhen.

Ausführlich erläutert wurden von Herrn Feit auch die möglichen Formen einer Niederlassung neben der üblichen Einzelpraxis bzw. Praxisgemeinschaft (mehrere Abrechner mit jeweils eigener Abrechnungsgenehmigung teilen sich gemeinsame Praxisräume), nämlich Jobsharing und hälftige Zulassung.

Das hauptsächliche Problem beim **Jobsharing** (zwei oder mehr Behandler rechnen mit einer gemeinsamen Genehmigung ab) stellt das eingeschränkte Abrechnungsvolumen dar. Ist es normalerweise für jeden Praxisinhaber möglich, bis zum maximalen Quartalsvolumen von circa 31 000 Minuten Leistungen zu erbringen und abzu-

rechnen, reduziert sich dieses Volumen in einer Jobsharing-Praxis auf den Umfang, den der ursprüngliche Praxisinhaber in den letzten vier Quartalen vor Beginn des Jobsharings im Durchschnitt erzielt hatte. Diese Beschränkung der Obergrenze gilt für zehn Jahre. Allerdings wird der Jobsharing-partner bei einer Praxisübergabe nach fünf Jahren gegenüber anderen Bewerbern bevorzugt. Erwägt also jemand eine Teilung und eventuell langfristige Übergabe der Praxis im Jobsharing, sollte sie/er die vier Quartale vor der Teilung die Leistungen auf möglichst 100 Prozent des möglichen Abrechnungsvolumens hochfahren.

Schließlich ging Herr Feit auf die Frage einer **häftigen Praxisabgabe bzw. -übernahme** ein. Die KVS hatte vor einigen Wochen 31 niedergelassene Kolleginnen und Kollegen (ca. 15% der Niedergelassenen) darauf hingewiesen, dass sie ihren vollen Versorgungsauftrag höchstens zur Hälfte oder in noch geringerem Umfang erfüllten. Seitens der Psychotherapeutenkammer und der psychotherapeutischen Vertreter in den KV-Gremien konnte die KV überzeugt werden, dass ein Entzug der Zulassung auf Kosten der dringend notwendigen Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung erfolgen würde. Der KV-Vorsitzende Dr. Hauptmann sicherte daraufhin zu, in persönlichen Gesprächen nach legalen häftigen Abgabemöglichkeiten mit denen zu suchen, die auch in Zukunft ihr Abrechnungsvolumen nicht mehr erhöhen wollen oder können. Als Resultat dieser, für alle konstruktiven Bemühungen stehen derzeit bereits sieben häftige Praxissitze zur Übergabe an.

Grundsätzlich entscheidet bei einer häftigen Praxisabgabe die Frage, ob ein ausreichendes „Substrat“ vorhanden ist, d. h. ob die Praxis überhaupt teilungsfähig ist. Vor dem Hintergrund, dass die derzeitig Niedergelassenen im Schnitt ca. 62% des möglichen Volumens abrechnen, ist die von der KVS erwartete teilbare Substratgröße von mindestens 50% Abrechnungsumfang eine faire Möglichkeit für die älteren Kolleginnen und Kollegen, beim allmählichen Ausklingen ihrer Praxistätigkeit den nachrückenden jüngeren Berufskolleginnen und -kollegen schon einen früheren Einstieg in das GKV-Versor-

gungssystem zu ermöglichen. Aus Sicht der Psychotherapeutenkammer, die sich für den kollegialen Umgang aller, jüngerer wie älterer Mitglieder verantwortlich fühlt, wäre es natürlich wünschenswert, wenn sich dann auch die Abgabemodalitäten in einem fairen, kollegialen Rahmen entwickeln könnten.

Der Präsident bedankte sich abschließend ausdrücklich bei Herrn Feit für das Einverständnis, das zwischen PKS und KVS im Hinblick auf die Notwendigkeit und die Regelung der Ausschreibung häftiger Versorgungssitze erzielt werden konnte. Gemeinsam sei man mit diesem Beitrag auf einem guten Weg, die Versorgung ein kleines Stück zu verbessern. Ein deutlich größeres Verbesserungspotential liege jedoch in der Entwicklung und Umsetzung einer morbiditätsorientierten Bedarfsplanung.

Kollegialität statt Konkurrenz

Am 10.01.2011 folgten die Vorstandsmitglieder Irmgard Jochum und Katja Klohs einer Einladung der neu niedergelassenen KJP-KollegInnen zu einem ihrer Treffen und waren bei der Ankunft erstaunt über die große Runde: elf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (auch hier zeichnete es sich ab, dass in unserem Beruf inzwischen ein Frauenüberschuss herrscht), die alle Dank der 20%-KJP-Quote ihre Niederlassung beantragen konnten, treffen sich regelmäßig zu kollegialem Austausch und gegenseitiger Unterstützung. Eine bunt gemischte KJP-Truppe: eine Psychoanalytikerin, vier Kolleginnen und ein Kollege mit tiefenpsy-

chologisch fundierter Ausbildung, sechs Verhaltenstherapeutinnen. Neun davon haben sich sofort nach ihrer Abschlussprüfung und dem Erhalt der Approbation für die Niederlassung beworben – und alle sind sehr froh, durch die Umsetzung der KJP-Mindestquote die Chance auf einen Kassensitz (ohne lange Wartezeit auf Abgabe einer Praxis und ohne Kaufkosten) erhalten zu haben. Es sei ein spannender Prozess gewesen, bei dem sich die bereits approbierten angestellten Kolleginnen aus dem Saarland gut durch die PKS informiert gefühlt haben – leider im Gegensatz zu denjenigen, die sich in dieser Zeit noch in Ausbildung befunden haben. Diese haben sehr unterschiedliche Aussagen zum Thema KJP-Mindestquote und konkreter Umsetzung im Saarland erhalten – auch bei Nachfrage bei der KVS. Von den insgesamt 18 KJP-Kassensitzen (entspricht einem Zuwachs von knapp 45%), die in vier saarländischen Landkreisen ausgeschrieben wurden konnten bislang 14 KJP-Kassensitze von der KVS vergeben werden, 4 sind noch offen. Dies hat uns erneut gezeigt, wie wichtig auch eine Zusammenarbeit mit den PIA-Vertretern im Saarland ist, um unseren Nachwuchs rechtzeitig über relevante berufspolitische Themen zu informieren.

Die Einzeltermine bei der KVS im Vorfeld der Niederlassung haben die meisten als sehr informativ und hilfreich erlebt. Allerdings seien die Informationen zum Thema Existenzgründung und die durchgeführten Modellrechnungen zu dem Zeitpunkt zu hypothetisch und wenig nutzbar gewesen. Bei den meisten herrschten weiterhin Unklarheit und Ängste in Bezug auf den Schritt in die Selbständigkeit und die finanzielle Absicherung – v. a. da einige durch die hohen Ausbildungskosten bedingt oh-



nehin noch Kredite abbezahlen müssen. Hier habe man Gespräche mit bereits niedergelassenen KollegInnen als hilfreich und beruhigend empfunden.

Die Suche nach Räumlichkeiten für eine



KJP-Praxis hat sich bei vielen ebenfalls als schwierig herausgestellt: Immer wieder wurde man auch mit Vorurteilen seitens der Vermieter konfrontiert: Arbeit mit psychisch kranken Menschen? Und dann auch noch mit Kindern und Jugendlichen? Das wird zu laut, das kann man den Mitbewohnern nicht zumuten usw. Nicht für alle ist die Suche nach geeigneten Räumlichkeiten bereits beendet. Zwei Kolleginnen haben in Saarbrücken eine Praxisgemeinschaft gegründet, fast alle anderen haben sich für Einzelpraxen entschieden; die meisten haben inzwischen bereits mit der Arbeit begonnen und berichten von vielen Anfragen und – wie zu erwarten war – sich schnell füllenden Terminkalendern.

Manual zur Patientenschulung bei arterieller Hypertonie – Das Hypertonie Alliance Programm (HEP)

Schätzungen zufolge leiden ca. 16 Millionen Deutsche, also rund ein Fünftel aller Deutschen, an arterieller Hypertonie, im Volksmund auch als „Bluthochdruck“ be-

kannt. Damit die Patienten aktiv an ihrer Behandlung mitwirken können, sollten sie adäquat über ihre Krankheit informiert werden und lernen, wie sie selbst positiven Einfluss auf ihren Krankheitsverlauf nehmen können.

Zu diesem Zweck wurde am Universitätsklinikum des Saarlandes ein interdisziplinäres Konzept zur Patientenschulung bei arterieller Hypertonie entwickelt, das nun in Buchform vorliegt.

Das „Hypertonie Alliance Programm (HEP)“ ist ein integratives verhaltensmedizinisches Schulungs- und Behandlungsprogramm zur Förderung von Compliance und Krankheitsbewältigung bei Patienten mit primärer arterieller Hypertonie. Auf Grundlage der fünf Säulen der Hypertoniebehandlung (Medikamente, Stressmanagement, Entspannungsverfahren, körperliches Ausdauertraining und Ernährungsumstellung/Gewichtsreduktion) können die Patienten mittels des „Hypertonie Alliance Programm“ umfassend über ihre Grunderkrankung und deren Therapieoptionen informiert und zur eigenständigen Therapiekontrolle mittels regelmäßiger Blutdruck-Selbstmessungen motiviert werden. Neben dem Anliegen, den Patienten zum Experten in eigener Sache zu machen, möchte das Programm konkrete Anregungen und Hilfen zur Verhaltensmodifikation bieten, wobei es auf verhaltenstherapeutische Interventionen und Strategie-

gien zurückgreift. Insgesamt besteht das „Hypertonie Alliance Programm“ aus zehn Schulungseinheiten plus zwei Boostersitzungen. Das HEP-Programm wurde für den Einsatz im ambulanten Setting konzipiert, kann aber durchaus für die Anwendung im stationären Kontext abgewandelt werden.

Das nun vorliegende Therapie Manual zur Patientenschulung bei arterieller Hypertonie richtet sich an die durchführenden Fachleute aus dem medizinischen und psychosozialen Bereich. Besonders hervorzuheben ist dabei das integrierte Online-Angebot für dieses Buch, wodurch der Leser die Möglichkeit hat, die Folien und Arbeitsblätter aus dem Anhang des Buches direkt als PDF runterzuladen und diese für die Schulung verwenden zu können.

Literatur

Köllner, V., D'Amelio, R., Flieser, D. & Girndt, M. (Hrsg.). (2010). *Patientenschulung Arterielle Hypertonie. Manual zur Leitung von Patientengruppen*. München: Elsevier, Urban & Fischer Verlag. ISBN 978-3-437-24550-3.

Angaben zur Person

Dipl.-Psych. Roberto D'Amelio, Psychologischer Psychotherapeut

Geboren und aufgewachsen in Karlsruhe/Baden, Studium der Psychologie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Psychologischer Psychotherapeut, Weiterbildungen in Verhaltenstherapie und Hypnotherapie, verhaltenstherapeutischer Supervisor, Hochschuldozent sowie Dozent in der Weiterbildung zum ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten, seit 1996 Mitarbeiter am Universitätsklinikum des Saarlandes mit Schwerpunkt Psychotherapieforschung.

Kontakt für Rückfragen

Dipl.-Psych. R. D'Amelio
Neurozentrum Geb. 90.3
Universitätsklinikums des Saarlandes
66421 Homburg/Saar
Tel.: (06841) 16-23997
E-Mail: roberto.d.amelio@uks.eu



Stand der Aktivitäten zur Reform der Ausbildung

Die Kammer hat bereits mehrfach über die Aktivitäten der Länderkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung informiert. Nachdem auf dem „Ausbildungsgipfel“ in Berlin am 26.10.2010 die Grundpositionen der Profession zur Reform der Ausbildung erneut sehr kontrovers diskutiert worden waren, haben sich die Delegierten des 17. Deutschen Psychotherapeutentages am 13.11.2010 in Hannover mit Zweidrittelmehrheit für eine Reform der Psychotherapeutenausbildung, wie sie der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer vorgelegt hatte, ausgesprochen. Sie forderten den Vorstand der BPTK in ihrem Beschluss auf, sich in der Politik für eine entsprechende Novellierung des Psychotherapeutengesetzes noch in dieser Legislaturperiode einzusetzen.

Die PKS hatte in ihrer Stellungnahme zur Gesetzesnovellierung im Hinblick auf die einheitlichen Zugangsvoraussetzungen den Bundesvorstand bereits gebeten, sich für eine ausgewogenere Verteilung der Studieninhalte einzusetzen. Als Voraussetzung für das Zusammenführen der beiden Berufe müssen die Inhalte der Bachelor- und Masterstudiengänge neu definiert und ein angemesseneres fachliches Gleichgewicht naturwissenschaftlich-psychologischer wie sozialwissenschaftlich-pädagogischer bzw. sozialpädagogischer Studiengänge angestrebt werden. Die Delegierten des 17. DPT forderten in ihrem Beschluss an dieser Stelle die Initiative des Vorstandes der BPTK: Der Bundesvorstand wurde gebeten, mit den Repräsentanten der Deutschen

Gesellschaft für Psychologie (DGPs), der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaften (DGfE) und des Fachbereichstages Soziale Arbeit (FBTS) Details über eine praktikable Ausgestaltung und angemessene Umsetzung der Beschlüsse des 16. DPT zu den Eingangsqualifikationen der postgradualen Psychotherapeutenausbildung zu sprechen. Ob und inwieweit es hier zu einer Annäherung zwischen den Vorstellungen der DGPs, der DGfE und des FBTS wird kommen können, ist äußerst fraglich. Eine andere Position sieht die Fachhochschulen und Hochschulen und nicht die Profession in der Verantwortung, Strukturen und Inhalte zu schaffen, welche die von den Psychotherapeuten geforderten Kompetenzen abbilden können. Sowohl beim Ausbildungsgipfel im Oktober als auch beim 17. DPT waren an dieser Stelle teilweise unversöhnliche Töne der Beteiligten zu hören.

Am 8.12.2010 hat der Bundesvorstand den beim DPT beschlossenen Vorschlag für einen Gesetzentwurf bei Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rössler eingereicht. Unterstützung erhält die Psychotherapeutenchaft erfreulicherweise von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG): In ihrer Sitzung am 18./19.11.2010 hat die AOLG erneut für die rasche Einsetzung einer Länder-Arbeitsgemeinschaft zur Vorbereitung der Reform des Psychotherapeutengesetzes votiert. Unabhängig davon solle das BMG zeitnah die Zugangsvoraussetzung (Master für beide Berufe) zur Psychotherapieausbildung regeln. Die Mitglieder der AOLG forderten weiter vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), auf den Gemeinsamen Bundesausschuss dahingehend einzuwirken, dass er die berufsrechtlich anerkannten Verfahren Gesprächspsychotherapie und

Systemische Psychotherapie als Verfahren für die vertragsärztliche Leistungserbringung zulässt (sozialrechtliche Anerkennung) und dass bei der notwendigen Reform des Psychotherapeutengesetzes zukünftig Diskrepanzen zwischen Sozial- und Berufsrecht vermieden werden. Bedauerlicherweise hat der BPTK-Vorstand die zuletzt genannte Bitte der AOLG nicht mehr in sein Schreiben an den Bundesgesundheitsminister als Forderung des Berufsstandes aufgenommen. Die PKS hat dies beim Bundesvorstand angemahnt. Als Begründung für dieses Handeln wurden die bindenden Beschlüsse des 17. DPT benannt, der einen inhaltsgleichen Antrag mehrheitlich abgelehnt hat. Viele Delegierte und der Bundesvorstand leitete dabei die Sorge, dass die Reform der Ausbildung im Falle des derzeitigen Einbringens dieser weitreichenden Forderungen gefährdet werden könnte. Die Frage sei dennoch erlaubt, wann, wenn nicht jetzt, Änderungen im Sozialrecht, die auch anderen wissenschaftlich anerkannten Verfahren den Zugang zur Versorgung psychisch Kranker erlauben, gefordert werden sollten.

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ Vorstand PKS

Präsident: Bernhard Morsch
Vizepräsident: Joachim Jentner
Beisitzer: Irmgard Jochum, Katja Klohs, Michael Schwindling

Geschäftsstelle

Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel 0681. 95455 56
Fax 0681. 95455 58
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



das Jahr 2011 ist ein Superwahljahr! Nicht nur manche Landesparlamente in der „großen Politik“ werden gewählt,

sondern auch in mehreren Landespsychotherapeutenkammern werden dieses Jahr die Kammerversammlungen und Vorstände neu gewählt. Wählen zu dürfen ist das vornehmste Privileg der BürgerInnen – bzw. der Mitglieder – in der Demokratie. – Auch wir werden in diesem Jahr wieder wählen. Der Wahlvorstand, bestehend aus vier Kammermitgliedern, wird unter der Leitung des Wahlleiters, unseres Justiziers Herrn Kühnelt, die Wahl durchführen. Dazu werden Sie in den nächsten Wochen Post vom Wahlvorstand bekommen. (Bitte informieren Sie sich über den

Ablauf der Wahl im untenstehenden Kasten.) Erstmals werden wir auf der Homepage der PKSH eine Sonderseite einrichten, die aktuelle Mitteilungen zur Wahl enthält. Die Wahlverordnung können Sie bereits jetzt unter dem Menüpunkt „Rechtliches“ einsehen. Auch die KandidatInnen werden alle die Möglichkeit zur Darstellung auf der Kammerseite haben. Wählen ist gelebte Demokratie! Machen Sie mit!

*Juliane Dürkop
 Präsidentin*

Kammerwahl 2011 – Wahl zur 3. Kammerversammlung für die Periode 2011 – 2015

Wichtige Termine im Überblick:

Betreff	Datum	§§**
Wahlrecht: wahlberechtigt sind alle Kammermitglieder, die zu Beginn der Wahlzeit mindestens drei Monate bei der Kammer gemeldet sind *		
Bekanntmachung des Wahlausschreibens durch den Wahlleiter	bis 15.04.2011	4
Auslegung Wählerlisten: Geschäftsstelle + Gesundheitsämter	02. – 09.05.2011	5 (1)
Frist für die Einreichung von Wahlvorschlägen	05.05.2011	7 (1)
Ende der Einspruchsfrist gegen die Wählerliste	16.05.2011	5 (2)
Entscheidung über Einsprüche durch den Wahlvorstand	30.05.2011	5 (2)
Abschluss der Wählerliste	08.06.2011	5 (3)
Bekanntmachung der Wahlvorschläge	bis 10.06.2011	8 (7)
Versand der Wahlunterlagen (= Beginn der Wahlzeit)	16.06.2011	9 (1)
18.00 Uhr: Ende des Wahlvorganges	11.07.2011	9 (3)
Feststellung Wahlergebnis (spätestens)	14.07.2011	10 (1)
Bekanntmachung Wahlergebnis	unverzüglich	10 (5)
Einspruch gegen die Wahl: 14 Tage nach Bekanntmachung		13 (1)
Einberufung der neuen Kammerversammlung	bis 10.09.2011	16 (1)

Anmerkungen:

* siehe § 15 Heilberufekammergesetz (HBKG)

** die §§ beziehen sich auf die Bestimmungen in der Wahlverordnung Psychotherapeutenkammer

Berufsordnung und Beschwerdemanagement

An dieser Stelle wieder einmal ein Einblick in eine weniger schöne Pflichtaufgabe der Psychotherapeutenkammer: In 2010 hatten PatientInnen zwanzigmal Anlass, Beschwerde bei der PKS H einzulegen. Dies sind so viele wie noch nie seit Bestehen der Kammer. Insgesamt 19 Verfahren konnten in 2010 zum Abschluss gebracht werden. Erfreulicherweise endeten hiervon 14 mit der Einstellung des Verfahrens, da die KollegInnen berufsrechtskonform gehandelt hatten. In zwei Fällen wurde gegen Zahlung eines Geldbetrages eingestellt. Dreimal waren die Vorwürfe verjährt. Erstmals seit Bestehen der PKS H musste das Berufsgericht tätig werden. Das ist einerseits schade, da es aus Sicht der Kammer nicht erforderlich gewesen wäre. Da das Mitglied jedoch einer Einstellung des Verfahrens gegen Zahlung eines Geldbetrages nicht zustimmte, blieb keine andere Wahl. Andererseits ist die Entwicklung auch hilfreich. Denn Gegenstand der verhandelten Beschwerden waren Honorarstreitigkeiten, die nach wie vor häufig Anlass für Beschwerden bieten. Und so liegt nun erstmalig ein Urteil des Berufsgerichtes Schleswig-Holstein aus dem Januar 2011 zu strittigen Honorarfragen vor, das Sie möglicherweise interessieren wird.

Urteil des Berufsgerichtes zu Aufklärung über Honorarfragen

Fünf PatientInnen hatten unabhängig voneinander Beschwerde gegen das Mitglied eingelegt, da sie Rechnungen über Ausfallhonorare erhielten, über die sie vorher nicht aufgeklärt worden seien und die sie in ihrer Höhe auch nicht nachvollziehen konnten. Alle Vorgänge spielten sich im Rahmen der Probatorik ab, z. T. handelte es sich um nicht wahrgenommene Erstgespräche. Zum einen berief sich das Mitglied darauf, dass probatorische Sitzungen noch nicht zur Psychotherapie gehören würden, zu deren Beginn aber erst laut Berufsordnung eine Aufklärung über Honorarfragen erfolgen müsse. Zum anderen behauptete das Mitglied, zumindest in drei Fällen die Aufklärung geleistet zu haben, wohingegen die fehlende Aufklärung in den beiden anderen Fällen unstrittig war. Das Berufsgericht stellt in seinem Urteil

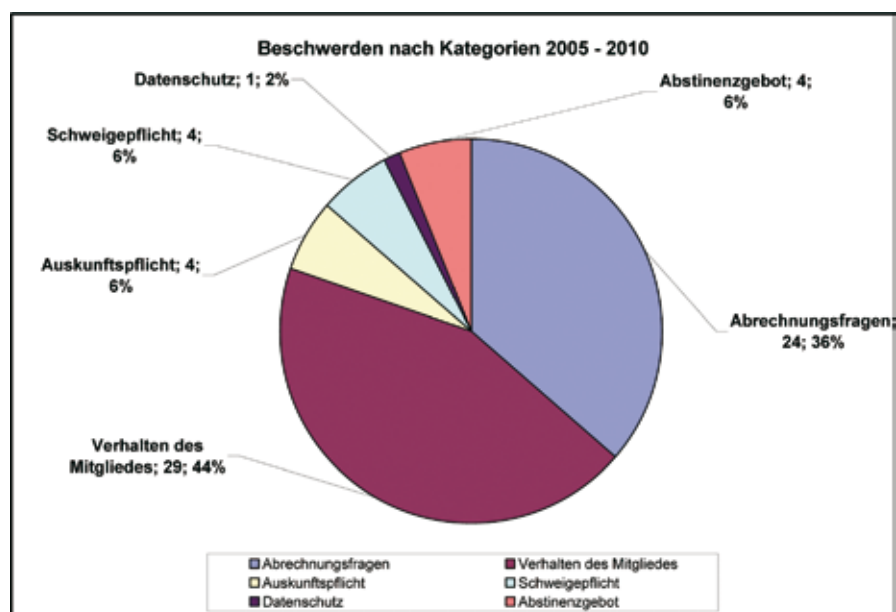
klar, dass auch die probatorischen Sitzungen bereits Bestandteil der Psychotherapie sind. Folglich muss eine Aufklärung über Honorarfragen quasi mit der ersten Terminvereinbarung erfolgen. Dass in drei Fällen die Aufklärung erfolgt sei, konnte das Mitglied nicht belegen. Nach der Vernehmung der PatientInnen kam das Gericht zu dem Schluss, dass die Behauptung des Mitgliedes nicht glaubwürdig sei. Das in Rechnung gestellte Honorar veranschlagte das Mitglied mit je 92,50 € für eine ausgefallene probatorische Sitzung. Diese Höhe des Ausfallhonorars hatte das Mitglied in der Vergangenheit bereits zivilrechtlich durchgefochten und Recht erhalten. Gleichwohl ist das Berufsgericht der Auffassung, dass diese Honorarforderung unangemessen sei, da als Ausfallhonorar nur der Betrag in Rechnung gestellt werden dürfe, den das Mitglied für eine durchgeführte Sitzung tatsächlich erhalten hätte. Abweichungen hiervon müssten gesondert vereinbart werden.

Das Berufsgericht bestätigte hier in allen Punkten die Auffassung der PKS H. In diesem Zusammenhang noch einmal eine dringliche Bitte: Lassen Sie sich die Aufklärung über Honorarfragen am besten schriftlich bestätigen. Im beschriebenen Verfahren konnte das Mitglied seine Behauptung, aufgeklärt zu haben, nicht belegen. In der Konsequenz musste ein zweiter Verhandlungstermin gemacht wer-

den, damit die PatientInnen vernommen werden konnten. Der fehlende Beleg über die Aufklärung verursachte also einen zusätzlichen Aufwand an Zeit, Kosten und mutmaßlich auch an Nerven, was relativ leicht hätte vermieden werden können.

Verstöße gegen das Abstinenzgebot

Leider hat es in 2010 auch erstmalig seit Bestehen der PKS H Beschwerden zu möglichen Verstößen gegen das Abstinenzgebot gegeben. Ein Vorgang lag schon viele Jahre zurück und war verjährt, in einem weiteren wurde ermittelt, aber ein berufrechtlicher Verstoß nicht festgestellt. Zweimal ist aus Sicht der PKS H strafrechtliche Relevanz nicht auszuschließen und die Staatsanwaltschaft wurde informiert. Diese Vorgänge laufen noch. In diesem Zusammenhang hatten wir an dieser Stelle schon einmal darüber berichtet, dass es zwischen unserer Profession und der Justiz unterschiedliche Auffassungen darüber gibt, wie der § 174 c StGB zu interpretieren sei. Dieser Strafrechtsparagraf stellt sexuelle Handlungen in Behandlungsverhältnissen unter Strafe. Während die Profession allerdings der klaren Auffassung ist, dass jede sexuelle Handlung in einem Behandlungsverhältnis unter Strafe stehen müsse, gehen zumindest manche Staatsanwaltschaften davon aus, dass dies nur dann der Fall wäre, wenn eine sexuelle Handlung unter



Missbrauch des Behandlungsverhältnisses zustande käme, was irgendeine Form des Widerstandes zur Voraussetzung hat, der gebrochen werden musste. Die PKSH hatte hierzu einen Austausch mit der Staatsanwaltschaft Kiel. Diese teilte erfreulicherweise vorbehaltlos die Auffassung der PKSH, dass sexuelle Handlungen in the-

rapeutischen Beziehungen per se einen Missbrauch des Behandlungsverhältnisses darstellen. Eine daraufhin von der PKSH erbetene Stellungnahme der Generalstaatsanwaltschaft Schleswig-Holstein fiel dann leider deutlich verhaltener aus. Sie wollte sich in Ermangelung einer höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht festlegen, ten-

dierte aber eher zu der Auffassung, dass sexuelle Handlungen in Behandlungsverhältnissen nicht per se strafbar sind. Die PKSH wird hierzu weiter das Gespräch mit der Justiz suchen.

*Bernhard Schäfer
Vizepräsident*

Haushaltsüberschuss 2010 größer als erwartet!

Das Haushaltsjahr 2010 konnte mit einem Einnahmen./Ausgaben-Überschuss in Höhe von gut 60.000 € abgeschlossen werden. Das Jahresergebnis liegt damit ca. 85.000 € über den Annahmen der Haushaltsplanungen für 2010. Dieses Ergebnis macht deutlich, dass auch für 2011 trotz der beschlossenen Beitragsreduktionen auf volle Beiträge um 30 € weiter ein Jahresüberschuss zu erwarten sein wird, und dies trotz zusätzlicher Ausgaben u. a. für die anstehende Kammerwahl und den verzögerten Umstieg beim Mitgliederwaltungs-

programm. Voraussetzung ist jedoch die konsequente Fortsetzung der aktuellen Kammer- und Haushaltspolitik. Zu den Überschüssen in 2010 trugen übrigens fast sämtliche Haushaltspositionen mit bei. Einen besonders großen Anteil hatten deutlich unter den Planansätzen liegende Aufwandsentschädigungen, allein ca. 7.000 € für den Vorstand. Aber auch weitere Optimierungen im Bereich der Geschäftsstelle leisteten ihren Beitrag. An dieser Stelle gilt ein besonderer Dank den engagierten Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle sowie Herrn Wohlfarth, dem

Geschäftsführer. Überplanmäßige Kosten gab es fast ausschließlich durch nicht geplante Restkosten für die Ausrichtung des 15. DPT im Nov. 2009 sowie Kosten für bedauerlicherweise erstmals notwendige Verfahren vor dem Berufungsgericht. Der Jahresabschluss sowie der Bericht des Rechnungsprüfungsausschusses werden auf der 1. Kammerversammlung im Jahr 2011 ausführlich erörtert werden.

*Detlef Deutschmann
Vorstandsmitglied und
Sprecher des Finanzausschusses*

Gegendarstellung

Im Psychotherapeutenjournal 4/2010 vom 14.12.2010 auf Seite 455 im Artikel „Online-Quartalsabrechnung – sind das KV-Safenet und/oder der elektronische Psychotherapeutenausweis zwingend notwendig?“ behauptet Dr. Dietmar Ohm wahrheitswidrig, ich hätte angeführt, der elektronische Heilberufsausweis bzw. Psychotherapeutenausweis sei für die Online-Abrechnung notwendig.

Hierzu stelle ich fest, dass ich meinen Antrag an die Kammerversammlung damit begründet hatte, dass der elektronische Heilberufsausweis eine Authentifizierung (elektronische Identitätsprüfung) im Rahmen der leitungsgebundenen Übermittlung der Sammelerklärung (grüne Erklärung) ermöglichen würde. Und dass die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein im Rahmen eines Services für die Vertragspsychotherapeuten diesen Aus-

weis zur Verfügung stellen sollte. Unrichtig ist die Darstellung, ich hätte behauptet, der elektronische Heilberufsausweis bzw. Psychotherapeutenausweis sei für die Online-Abrechnung notwendig.

*Heiko Borchers
Mitglied der Kammerversammlung*

Anmerkung des Vorstands der PKSH:

Ergänzend zu dieser Gegendarstellung zitiert der Vorstand aus dem Antrag von Heiko Borchers zur 23. Kammerversammlung am 05.11.2010 wie folgt:

„Antrag:

Die Kammerversammlung möge beschließen, dass die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (PKSH) umgehend,

spätestens jedoch ab dem 01.01.2011 damit beginnt, ihren Mitgliedern den elektronischen Heilberufsausweis (elektronischen Psychotherapeutenausweis) zur Verfügung zu stellen.

Begründung:

Mit Beginn des Jahres 2011 wird bei den Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich die Online-Abrechnung, d. h. die Übermittlung aller für die Abrechnung notwendigen Daten leitungsgebunden, eingeführt. Vornehmlich die Vertragspsychotherapeuten benötigen dann spätestens zum Zeitpunkt der Abrechnung des ersten Quartals 2011 den elektronischen Heilberufsausweis, um eine Authentifizierung (elektronische Identitätsprüfung) im Rahmen der leitungsgebundenen Übermittlung bspw. der Sammelerklärung (grüne Erklärung) vollziehen zu können. ...“

Was ist Lobbyarbeit?

Die Lobby ist der Vorraum vor dem Plenarsaal. Dort treffen VertreterInnen von Verbänden und Institutionen auf die Parlamentarier, um diese für bestimmte Probleme zu sensibilisieren oder Hintergrundinformationen zu geben. Aber auch Kontakte zu MitarbeiterInnen der Ministerien als auch zu VertreterInnen von anderen Verbänden zählen ebenfalls zur Lobbyarbeit. Ziel ist, die Interessen der jeweiligen Gruppe in aktuelle Gesetzgebung einzubringen. Unsere Argumente bekommen aber besonderes Gewicht durch die Effekte, die zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung erreicht werden können.

Wie sieht die Lobbyarbeit der Kammer aus?

Die PKSH – vertreten durch ihre Präsidentin – ist regelmäßig bei den Landtagsitzungen präsent. Vor allem die Sitzungspausen eignen sich, um die Kontakte zu den gesundheitspolitischen SprecherInnen aller Fraktionen zu pflegen. Damit konnte ich das Interesse wecken an unserer Arbeit mit dem Erfolg, dass wir (die PKSH) vermehrt zu Anhörungen vor dem Parlament eingeladen werden. Hierbei ist festzustellen, dass ein großes Interesse an der fachpolitischen Sicht der Profession besteht.

Welche Erfolge hat die Lobbyarbeit?

Es wird allmählich selbstverständlich, dass nicht nur von Seiten des Ministeriums,

sondern auch von Seiten des Parlaments die Meinung der Kammer gefragt ist. Die Existenz des Berufsstandes und seiner Vertretung durch die Kammer ist bekannter. So wurde die PKSH zu verschiedenen Themen um Stellungnahme gebeten: Psychisch-Kranken-Gesetz, Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Forderung nach Aufnahme als Beteiligte; Bedarfsplanung/KH-Planung Anhörung im Sozialausschuss 28.10.10), Verbesserung der ambulanten Versorgung, Novelle Heilberufekammergesetz u. v. a. m. Für die fachlichen Stellungnahmen, die meist unter Zeitdruck zu erstellen sind, kann die PKSH glücklicherweise häufig auf die Expertise und tatkräftige Unterstützung der MitarbeiterInnen der Bundespsychotherapeutenkammer zurückgreifen.

Aber auch andere Institutionen kommen vermehrt auf die PKSH zu, um fachliche Meinung und Bewertung einzuholen oder die PKSH tritt an Institutionen heran, um Zusammenarbeit abzustimmen. Ebenfalls zur Lobbyarbeit gehören die „kleinen Seitengespräche“ am Rande von Neujahrs-Empfängen, Politischen und Parlamentarischen Abenden der anderen Heilberufekammern, Krankenkassen und Verbänden im Gesundheitswesen.

Zunehmend Bedeutung bekommt die Lobbyarbeit auf der Bundesebene, wo die BPTK, in Abstimmung mit den Landeskammern, unsere Interessen vertritt: Die BPTK ergreift die Initiative, aktiv berufspolitische

Themen an die Politik heranzutragen. Dies ist in erster Linie die Reform des Psychotherapeutengesetzes. Außerdem gibt es in Zusammenhang mit der Ausbildung erheblichen Regelungsbedarf: Die neuen Studiengänge Bachelor und Master sollen möglichst so gestaltet werden, dass Absolventen damit in die Ausbildung zur/zum PP/KJP einsteigen können, und auch die gerechte Bezahlung während der Ausbildung bleibt ein wichtiges Thema. Ganz aktuell begleitet die BPTK die Reform der Bedarfsplanung (Stichworte Psychotherapieplätze und Wartezeiten) mit einer umfassenden Informationspolitik.

Der Vorstand der Kammer hat sich vorgenommen, diese Lobbyarbeit so in bewährter Weise fortzuführen und auszubauen.

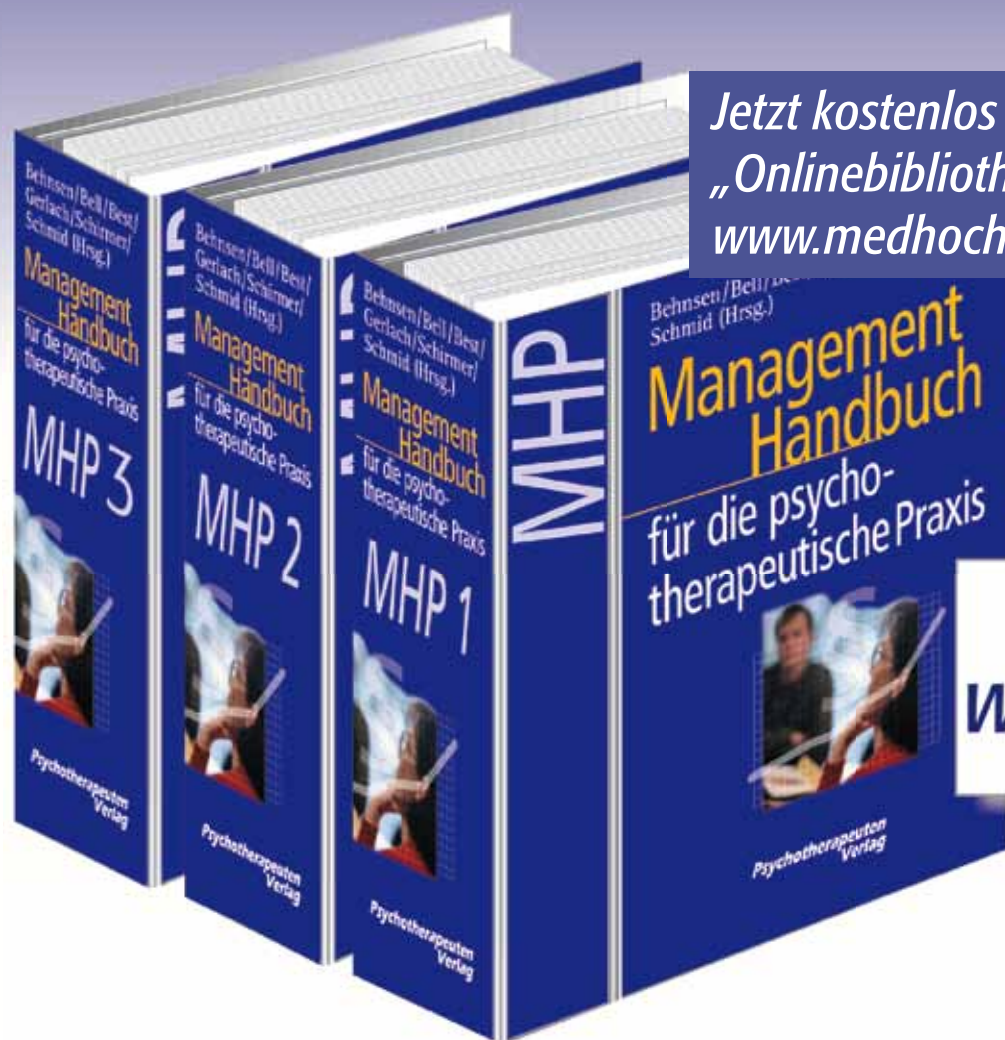
*Juliane Dürkop
Präsidentin*

Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2, 24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
Mail: info@pksh.de
Homepage: www.pksh.de

Aktualität und Tiefgang:

MHP-Online



Jetzt kostenlos testen in der
„Onlinebibliothek“ unter
www.medhochzwei-verlag.de



Ihr Online-Plus:

- Regelmäßige Aktualisierung
- Vorzugspreis für Abonnenten des Loseblattwerks
- Günstige Zusatzlizenzen

99,95 €, Halbjahrespreis für 1 Lizenz,
Preis für jede weitere Lizenz 14,95 €

Psychotherapeutenverlag, medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1,
69115 Heidelberg, Bestell-Tel. 089/2183-7928, Bestell-Fax 089/2183-7620,
E-Mail: kundenbetreuung-mhz@hjr-verlag.de
Kundenbetreuung und Auslieferung über Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm

**Psychotherapeuten
Verlag**

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel. 030/27 87 85-0
Fax 030/278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Baden-Württemberg

Jägerstraße 40
70174 Stuttgart
Tel. 0711/674470-0
Fax 0711/674470-15
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

Bayern

St.-Paul-Straße 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@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Hamburg

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226 226 060
Fax 040/226 226 089
Mo, Di, Do 9.00 – 15.00 Uhr
Mi 9.00 – 17.00 Uhr
Fr 9.00 – 14.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de

Hessen

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0

Fax 0611/53168-29
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Niedersachsen

Roscherstraße 12
30161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 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

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19

info@opk-info.de
www.opk-info.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

Scheidterstr. 124
66123 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

Alter Markt 1-2 / Jacobsen-Haus
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Do 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Inserentenverzeichnis PTJ 1/2011

AHG Klinik Waren, Waren	120	Kanzlei Meisterernst, Münster	31
Akademie KJF KG, A-Graz	31	Kienbaum Executive Consultants GmbH, Köln	121
Berufsförderungswerk Dortmund, Dortmund	124	Klett-Cotta Verlag, Stuttgart	U3
CIP Medien, München	U4	Klinikum Braunschweig, Braunschweig	122
CJG Haus St. Gereon, Bergheim	122	Marienhause Klinikum St. Elisabeth, Neuwied	119
Deutsche Psychologen Akademie, Berlin	13	MFK Münchner FamilienKolleg	45
Deutscher Psychologen Verlag, Berlin	4	Neukirchener Erziehungsverein, Neukirchen-Vluyn	118
DKFZ Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg	120	Oberberg Klinik Verwaltung GmbH, Berlin	47
EMDR-Institut, Bergisch-Gladbach	19	Paracelsus Medizinische Privatuniversität PDL, Dr. Preuß, A-Innsbruck	49
Epikursoftware, Berlin	3	Parkland-Klinik, Bad Wildungen-Reinhardshausen	121
Ergosoft, Mannheim	U2	Psychotherapeutenkammer NRW, Düsseldorf	9
Franz-von-Assisi-Gemeinschaft, Schwäbisch-Gmünd	124	Springer Verlag, Heidelberg	11
Hakomi Institute of Europe, Nürnberg	27	SRH Zentralklinikum Suhl gGmbH, Suhl	123
Hasomed, Magdeburg	7	Universität Frankfurt, Psychologisches Institut, Mainz	23
Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG, Göttingen	35	Verlag Hans Huber, CH-Bern	15
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Herdecke	118	Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen	19
IAG Internationale Arbeitsgemeinschaft für Gruppenanalyse, Bonn	55	Wiesbadener Akademie für Psychotherapie GmbH, Wiesbaden	117
IF Institut für systemische Ausbildung & Entwicklung, Weinheim	37		
IFK Institut für Körperpsychotherapie, Berlin	27	Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institution beigelegt:	
IGW Institut für integrative Gestalttherapie, Würzburg	37	AWP-Berlin, Berlin	
IffP Institut für Psychotherapie, Potsdam	51	neuland e.V., Berlin	
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Nürnberg	10	Universität Frankfurt, Psychologisches Institut, Mainz	

Wenn Sie sich nicht nur als Psychotherapeut/-in verstehen, sondern auch über Organisationsfähigkeiten und analytisches Denken verfügen und Verantwortung übernehmen möchten, und eine sinnvolle und interessante Alternative zur Klinik oder Praxis suchen, dann sind Sie bei uns richtig.



Ambulanzmanager/-in

„Psychotherapie“

(Vollzeit, unbefristet, baldmöglichst)

Die **Wiesbadener Akademie für Psychotherapie** ist als Ausbildungsstätte (nach dem Psychotherapeutengesetz) für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten staatlich anerkannt und durch die Landesärztekammer Hessen voll ermächtigte Weiterbildungsstätte für fachgebundene Psychotherapie. Mit über 350 Aus- und Weiterbildungsteilnehmern und über 120 Lehrenden (Dozenten, Supervisoren, Selbsterfahrungsleitern) sind wir eines der größten Psychotherapie-Institute Deutschlands. Unser Schwerpunkt ist die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit humanistischem Menschenbild. Im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung führen unsere Kandidatinnen und Kandidaten (Ärzte, Diplom-Psychologen und Sozialpädagogen) eigene psychotherapeutische Behandlungen unter Supervision in unserer von der Kassenärztlichen Vereinigung ermächtigten Ausbildungsambulanz in Wiesbaden durch. Es gibt eine Erwachsenen- und eine Kinder-/Jugendambulanz, die sich beide im gleichen Gebäude befinden.

Aufgrund der Erweiterung unserer Instituts- und Ausbildungsambulanzen (Wiesbadener Psychotherapie-Zentrum) auf 1.500 qm und über 45 Behandlungsräume haben wir ab sofort die o.g. Stelle zu besetzen.

Ihre Tätigkeit:

- Eigenverantwortliche Organisation der Ausbildungsambulanzen (Unterstützung durch Institutsleiter und Leitendem Arzt)
- Aufnahmegespräche neuer Patienten aller Altersgruppen zur Indikationsstellung einer möglichen Psychotherapie
- Anleitung und Betreuung der Ausbildungsteilnehmer (die fachliche Verantwortung der Ausbildungsbehandlungen liegt bei externen Supervisoren)
- Durchführung der wöchentlichen Ambulanzkonferenz; Kriseninterventionen und Angehörigengespräche
- Strategische Beratungen mit der Instituts- und Ausbildungsleitung; Konzeptstellungen
- Außenkontakte mit Kooperationskliniken, Beratungsstellen und Praxen
- Bearbeitung der Ambulanzkorrespondenz

Voraussetzungen:

- **Dipl.-Psychologe (m/w) mit Approbation als Psychologischer Psychotherapeut und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, oder**
- **Facharzt (Psychiatrie oder Psychosomatische Medizin oder Kinder-/Jugendpsychiatrie)**
- Vorzugsweise abgeschlossene tiefenpsychologisch-psychodynamische Aus- oder Weiterbildung, sonst verhaltenstherapeutische Ausrichtung mit Offenheit/Interesse für psychodynamische Zusammenhänge
- Psychotherapie-Erfahrung in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- Interesse, Geduld und Freude bei der Arbeit mit Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer
- Eine Persönlichkeit mit Beziehungs- und Zielorientiertheit, Humor, Lebensfreude, Sozialkompetenz, Unkompliziertheit, Leichtigkeit und Flexibilität im Umgang mit Menschen und Situationen
- Sichere PC-Kenntnisse (MS Office-Paket)

Wir bieten:

- Übertarifliche, sehr attraktive Vergütung mit Sonderkonditionen
- Möglichkeit zur Nebentätigkeit in eigener psychotherapeutischen Privatpraxis im Institut
- Ein sicheres Arbeitsumfeld mit unbefristetem Arbeitsvertrag
- Bei entsprechender Qualifikation und Interesse kann die Besetzung auch in der Funktion eines Leitenden Psychotherapeuten oder Oberarztes erfolgen
- Möglichkeit des Erwerbs mehrerer Fachkunden
- Eine abwechslungsreiche und interessante Tätigkeit in einer der größten psychotherapeutischen Ausbildungsambulanzen in einem sehr engagierten Team
- Breite klinische Erfahrungsmöglichkeit auf dem gesamten Gebiet der ambulanten Psychotherapie
- Möglichkeit der wissenschaftlichen Arbeit und Durchführung von Studien
- Gründliche Einarbeitung ist gewährleistet
- Familienfreundliche, geregelte Arbeitszeiten (Mo – Fr), keine Wochenend- oder Nachtdienste
- Kurze, unbürokratische Wege in einem Familienunternehmen, welches auf Nachhaltigkeit und Dienstleistung Wert legt und in welchem eine von Wertschätzung geprägte Atmosphäre auch ein Grund ist, weshalb Menschen hierher kommen
- Tätigkeit mitten in der Wiesbadener Innenstadt mit Parkplatz
- Moderne Ausstattung

Die Tätigkeit ist anspruchsvoll, herausfordernd und sinnvoll, da wir in den beiden innovativen und zukunftssträchtigen Bereichen Gesundheit und Bildung tätig sind. Es ist eine Kombination von Patienten- und Behandlungsmanagement einerseits, und Ausbildung und Organisation andererseits.

Für weitere Auskünfte steht Ihnen der Institutsleiter, **Dr. med. habil. Hamid Peseschkian**, unter der **Telefon-Nr. 0611-34166310 oder 373707 oder per E-Mail unter hp@wiap.de** sehr gerne zur Verfügung. Ihre Bewerbungsunterlagen können Sie uns auch gerne per E-Mail zukommen lassen. Eine vertrauliche Behandlung Ihrer Bewerbung sichern wir Ihnen zu. Wir freuen uns auf Sie!

Wiesbadener Akademie für Psychotherapie GmbH, Luisenstraße 28, 65185 Wiesbaden, www.wiap.de

Mut fassen – Freiheit wiederfinden

– eine der möglichen Beschreibungen für den therapeutischen Weg, den unsere jungen Patienten und ihre Familien auf unserer Station für pädiatrische Psychosomatik gehen.

Für diese Arbeit suchen wir ab sofort eine/n

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/ in,

Die psychosomatische Station für Kinder und Jugendliche ist eingebettet in die Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin mit enger Verbindung zur Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Station verfügt über 12 Betten und betreut Patienten im Alter von 0 – 17 Jahren. Wir behandeln Kinder und Jugendliche mit einem breiten Spektrum an Störungen, wobei wir besonderen Wert auf die Integration verschiedener therapeutischer Ansätze (VT, FT u.a.) legen. Der Schwerpunkt liegt im Bereich der intraversiven Störungen (Somatisierungsstörungen, Konversionsstörungen, Einnässen, Einkoten, Schulphobie etc.) sowie chronischer Erkrankungen (Diabetes, CED etc.), daneben betreuen wir zusätzlich jeweils eine Mutter mit Kleinkind bei frühkindlichen Regulationsstörungen.

Wir erwarten

- Erfahrungen in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen
- Interesse an der Kombination von psychologisch-therapeutischen und medizinischen Fragestellungen auch unter besonderer Berücksichtigung der anthroposophischen Medizin und Menschenkunde
- Selbständiges und strukturiertes Arbeiten mit Eigeninitiative und hohem Engagement
- Bereitschaft zur kooperativen Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychotherapeuten, Krankenpflegern/ innen, Pädagogen/ innen und Kunsttherapeuten

Wir bieten:

- Eine attraktive, vielseitige und verantwortungsvolle Aufgabe mit großen Gestaltungsmöglichkeiten
- Mitarbeit in einem interdisziplinären hochmotivierten Team

Bei Interesse senden Sie bitte ihre aussagekräftige Bewerbungsunterlagen sowie den frühestmöglichen Eintrittstermin an

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
Dr. med. Alfred Längler,
Leitender Arzt der Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin
Christoph Johannsen,
Oberarzt der pädiatrischen Psychosomatik
Gerhard Kienle Weg 4
58313 Herdecke

www.gemeinschaftskrankenhaus.de



**GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS
HERDECKE**

Der Neukirchener Erziehungsverein ist ein differenzierter, in zehn Bundesländern tätiger diakonischer Hilfeverbund mit 1.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. 1845 gegründet, gehören wir zu den größten Kinder- und Jugendhilfeträgern in Deutschland. Weitere Arbeitsgebiete sind die Behinderten- und Altenhilfe. Bundesweit bekannt ist der Neukirchener Erziehungsverein auch durch seine verlegerische Arbeit, vor allem durch den Neukirchener Kalender.

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir für den gruppenübergreifenden therapeutischen Dienst in unserer stationären Jugendhilfeeinrichtung „**Kinder- und Jugenddorf**“ in Neukirchen-Vluyn einen

Therapeutischen Mitarbeiter (w/m)

(zunächst für 2 Jahre befristet)

Erforderliche Ausbildung

Approbierter Psychotherapeut (w/m) (Verhaltenstherapie) mit erweiterter Ausbildung für den Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit Fachkundenachweis

Ihre Aufgaben

Wir wünschen uns einen engagierten und verantwortungsbewussten Mitarbeiter (w/m), der Freude an interdisziplinärer Zusammenarbeit mitbringt, selbstständig arbeiten kann und über ein freundliches, wertschätzendes Auftreten sowie über fundierte Kenntnisse in folgenden Bereichen verfügt:

- Entwicklungsdiagnostik bei Kindern, Jugendlichen, Heranwachsenden und jungen Erwachsenen
- Psycho- und Interaktionsdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen
- Psychische Störungen/Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter
- Verhaltenstherapeutisch/systemisch-orientierte Beratung und Durchführung von Einzel- und Gruppentherapien
- Kenntnisse in der Arbeit mit frühen Bindungsstörungen und Voraussetzung zur Erlangung einer traumatherapeutischen Zusatzqualifikation

Wir erwarten

- die Bereitschaft, mit herausfordernden Jungen therapeutisch zu arbeiten und diesen Jungen mit Klarheit, Empathie und Respekt vor ihrer Lebensgeschichte gegenüberzutreten zu wollen
- die Fähigkeit, eigenes Handeln transparent zu machen und dieses in der Fall- und Teamsupervision zu reflektieren
- soziale und kommunikative Kompetenzen
- die Bereitschaft, als Mitglied einer christlichen Kirche, den Auftrag der Diakonie auf der Grundlage des christlichen Glaubens zu bejahen und zu fördern

Wir bieten

- eine herausfordernde Aufgabe mit vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten
- eine Vergütung nach BAT-KF einschließlich Zusatzversorgung

Ihr Ansprechpartner für Rückfragen: Herr Simon, Telefon 02845/392-420 oder thomas.simon@neukirchener.de

Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen senden Sie uns bitte an den:

**Neukirchener Erziehungsverein
Personalwesen
Andreas-Bräm-Straße 18/20
47506 Neukirchen-Vluyn**

Besuchen Sie uns unter www.neukirchener.de.

Der Neukirchener Erziehungsverein ist anerkannte Stelle für den Zivildienst.



**Neukirchener
Erziehungsverein**



Die Marienhaus GmbH. Nah am Menschen. Stark als Partner.

Das Marienhaus Klinikum Bendorf-Neuwied-Waldbreitbach, Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität

Mainz, ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit insgesamt ca. 700 Planbetten und -plätzen in 11 Fachabteilungen.

Für unsere Fachklinik St. Antonius für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Waldbreitbach suchen wir zum 01.06.2011 eine/n

Approbierte/n Psychologische/n Psychotherapeutin/Psychotherapeuten (gerne auch in Teilzeit)

Die Fachklinik verfügt über 124 Betten sowie eine psychiatrisch-psychotherapeutische Tagesklinik in Neuwied und eine psychiatrische Institutsambulanz. Schwerpunkte sind neben der allgemeinpsychiatrischen Behandlung und der Gerontopsychiatrie die Neurosenbehandlung und die Psychotraumatologie auf konzeptualisierten Stationen mit einem differenzierten Behandlungsprogramm. Die Anwendung psychotherapeutischer Methoden steht im Vordergrund.

Wir wünschen uns integrative Persönlichkeiten mit Interesse an selbständiger und eigenverantwortlicher Tätigkeit mit einer abgeschlossenen bzw. begonnenen Ausbildung in einem psychotherapeutischen Richtlinienverfahren. Wir erwarten Kommunikationsfähigkeit, Einfühlungsvermögen und Interdisziplinarität. Tätigkeitsschwerpunkte bilden die Durchführung von Einzel- und Gruppentherapien sowie PC-unterstützte psychodiagnostische Verfahren.

Wir bieten Ihnen die Teamleitung einer Psychotherapiestation mit einem motivierten und erfahrenen Team sowie regelmäßige externe Teamsupervision. Wir kooperieren mit Ausbildungsinstituten und bieten die Möglichkeit der Anrechnung der psychiatrischen Stunden für die Approbation im Sinne einer Weiterbildungsstätte.

Die Vergütung erfolgt nach den AVR einschließlich zusätzlicher Altersvorsorge, Weihnachts- und Urlaubsgeld. Zudem bieten wir ein Fortbildungsbudget sowie flexible Arbeitszeitmodelle. Für nähere Auskünfte steht Ihnen der Chefarzt der Klinik, Herr Prof. Dr. med. Jörg Degenhardt, (Telefon 02631 923-5531, E-Mail: j.degenhardt@mhk.marienhaus-gmbh.de) gerne zur Verfügung.

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an den Leiter der Personalabteilung.

MARIENHAUS KLINIKUM
St. Elisabeth Neuwied • Herrn Martin Niedrée
Friedrich-Ebert-Straße 59 • 56564 Neuwied



Nah am Menschen. Stark als Partner.

Die Marienhaus GmbH in Waldbreitbach ist einer der größten christlichen Träger sozialer Einrichtungen in Deutschland. Durch die Ordensgemeinschaft der Waldbreitbacher Franziskanerinnen im Jahr 1903 gegründet, wachsen wir erfolgreich sowie kontinuierlich und haben die Zukunft im Blick.

Zur Marienhaus GmbH gehören:

- ▶ 27 Krankenhäuser
- ▶ 29 Alten- u. Pflegeheime
- ▶ 2 Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen
- ▶ 9 Hospize
- ▶ 8 Bildungseinrichtungen
- ▶ 8 weitere Einrichtungen

Rund 12.000 Frauen und Männer arbeiten in unseren Einrichtungen in Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Hessen und dem Saarland. Die Grundlage unseres gemeinsamen Auftrages ist Gottes Ja zum Leben.

www.marienhaus-gmbh.de

AHG Klinik Waren

Psychosomatisches Behandlungszentrum
an der Müritz



Die AHG Klinik Waren ist eine Einrichtung für stationäre Psychotherapie und Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Sie liegt inmitten der Mecklenburgischen Seenplatte im Luftkurort Waren an der Müritz, dem größten Binnensee in der Bundesrepublik Deutschland in landschaftlich sehr reizvoller Lage.

Die Klinik verfügt über 200 Therapieplätze in sechs Behandlungsteams. Die Indikationen zur Aufnahme und Behandlung in der Klinik umfassen ein breites Spektrum psychischer und psychosomatischer Störungen.

Die Behandlung von Patienten mit Schmerzstörungen, von Patienten mit Problemen am Arbeitsplatz (Mobbing) sowie von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen und Essstörungen stellen besondere Schwerpunkte der Klinik dar.

Das Behandlungsteam setzt sich multiprofessionell aus Ärzten/-innen, Psychologen/-innen, Sport-, Ergo-, Physio- und Soziotherapeuten/-innen zusammen, welche kooperativ und integrativ ein verhaltenstherapeutisches/verhaltensmedizinisches Behandlungskonzept umsetzen.

Die Belegung erfolgt durch die Deutsche Rentenversicherung, gesetzliche und private Krankenkassen und sonstige Kostenträger. Zum weiteren Ausbau unserer Kapazität bei wachsenden Patientenzahlen suchen wir zum nächstmöglichen Termin

- **Psychologische/-n
Psychotherapeutin/-en**
(Qualifikation in Traumatherapie oder
Schmerztherapie erwünscht, aber nicht Bedingung)
- **Diplom-Psychologin/en**
in verhaltenstherapeutischer Ausbildung
(Psychiatriejahr abgeschlossen)

Wir bieten

- regelmäßige innerbetriebliche Fortbildungsveranstaltungen durch leitende Mitarbeiter/innen und namhafte externe Referenten
- engmaschige Einzel- und Gruppensupervision
- ein von Wertschätzung unserer Mitarbeiter/innen geprägtes Arbeitsklima
- einen vollständigen Ausgleich von eventueller Mehrarbeit (Arbeitszeitkonto)
- ein gutes Grundgehalt zzgl. weiterer variabler Leistungen
- Hilfe bei der Wohnungssuche
- vielfältige aktive Freizeitmöglichkeiten und alle weiterführenden Schulen am Ort
- eine Familienbeauftragte kümmert sich um tägliche Besorgungen der bei uns tätigen Mütter und Väter

Für Anfragen steht Ihnen der Chefarzt gerne auch telefonisch unter der Tel.-Nr. 03991-635420 zur Verfügung.

Bewerbungen richten Sie bitte schriftlich an den Chefarzt, Herrn Dr. med. Otmar Kristof, AHG Klinik Waren, Auf dem Nesselberg 5, 17192 Waren (Müritz) oder per E-Mail an okristof@ahg.de

Weitere Info's zur Klinik finden Sie unter: www.ahg.de/waren



dkfz.

DEUTSCHES
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT

Das Deutsche Krebsforschungszentrum ist die größte biomedizinische Forschungseinrichtung Deutschlands. Mit nahezu 2.300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern betreiben wir ein umfangreiches wissenschaftliches Programm auf dem Gebiet der Krebsforschung.

Der **Krebsinformationsdienst KID** (Kst. M100) sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Diplom-Psychologen / Psychoonkologen (m/w)

(Kennziffer 21/2011)

für die wissenschaftliche Betreuung des Themenbereichs Psychoonkologie im Rahmen des Ausbaus des Dienstes zum Nationalen Referenzzentrum für Krebsinformation.

Ihre Aufgaben:

- Vertretung psychosozialer Aspekte von Krebserkrankungen im interdisziplinären Team, Integration psychosozialer und organmedizinischer Aspekte
- Schreiben von Texten zu psychoonkologischen Themen auf der Basis der bestverfügbaren Evidenz für die interne Datenbank des Krebsinformationsdienstes, die Grundlage der vom KID vermittelten Informationen
- Pflege eines Adressenpools von Anbietern der psychosozialen Versorgung
- Bundesweite Vernetzung mit Fachkollegen
- Versorgungsforschung

Ihr Profil:

Sie haben ein abgeschlossenes Studium der Psychologie sowie eine Weiterbildung in Psychoonkologie (z.B. WPO-Zertifikat). Eine psychotherapeutische Zusatzausbildung und/oder Erfahrung in der psychoonkologischen Arbeit ist von Vorteil. Ein hoher Qualitätsanspruch, Freude am Formulieren schriftlicher Informationen für die allgemeine Öffentlichkeit und für Fachkreise sowie Interesse an eigenverantwortlichem Arbeiten sind Voraussetzung. Gute EDV- und Englischkenntnisse erleichtern die Einarbeitung.

Die Stelle ist auf 2 Jahre befristet.

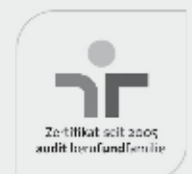
Weitere Informationen erhalten Sie von Frau Dr. med. Regine Hagmann, Telefon 06221 42-2890.

Chancengleichheit ist Bestandteil unserer Personalpolitik. Bewerbungen von Schwerbehinderten sind uns willkommen.

Bitte richten Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung unter Angabe der Kennziffer an:

Deutsches Krebsforschungszentrum
Personal- und Sozialwesen
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg

Oder bewerben Sie sich vorzugsweise online.



Verantwortungsvolle Aufgabe bei der Psychotherapeutenkammer NRW

» Psychologischer Psychotherapeut (m|w) als Fachreferent Fort- und Weiterbildung

Die Psychotherapeutenkammer NRW mit Sitz in Düsseldorf vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts mehr als 7.500 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in NRW. Sie nimmt deren berufliche Belange wahr, vertritt die Interessen der Psychotherapeuten in Politik und Gesellschaft und regelt die Grundsätze der Berufsausübung. Zu ihren gesetzlichen Aufgaben gehört u. a. die Förderung der Fort- und Weiterbildung ihrer Mitglieder.

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir einen **Psychologischen Psychotherapeuten als Fachreferent (m/w)**. In dieser wichtigen Position sind Sie für die Vorbereitung und Umsetzung der fachbezogenen Entscheidungen des Vorstands zuständig, beantworten Anfragen von Behörden und Institutionen und fungieren als Ansprechpartner zu fachlichen Fragen der psychotherapeutischen Berufsausübung. In enger Abstimmung mit den Organen der Kammer betreuen Sie die Umsetzung und Weiterentwicklung von Fortbildungsord-

nung und Weiterbildungsordnung und entwickeln Fortbildungskonzepte. Sie sind verantwortlich für die Überprüfung und Bescheinigung von Qualifikationen durch die Kammer.

Wir wenden uns an den Kreis der Psychologischen Psychotherapeuten mit Berufserfahrung, die Interesse an der Ausprägung und Sicherung einer hohen Qualität der Berufsausübung des Berufstands haben. Erste Erfahrungen in Leitungspositionen oder im Qualitätsmanagement sind von Vorteil. Um die anstehenden Aufgaben professionell auf hohem fachlichen Niveau bearbeiten zu können, besitzen Sie Kenntnisse der wesentlichen psychotherapeutischen Verfahren, darüber hinaus sollten ausgeprägte konzeptionelle, organisatorische und planerische Fähigkeiten vorhanden sein. Kommunikation ist in dieser Funktion wesentlich, daher verfügen Sie über Kontaktstärke, Überzeugungskraft und die Fähigkeit, Netzwerkstrukturen aufzubauen. Die Bereitschaft zur Teamarbeit sowie gute Kenntnisse der einschlägigen IT-Systeme werden erwartet.

Wenn Sie sich in diesem Profil wiederfinden und es Sie reizt, die Kammerarbeit bezüglich der fachlichen Standards des Berufstandes aktiv mit zu gestalten, möchten wir Sie gerne kennen lernen.

Für erste vertrauliche Kontakte steht Ihnen gerne Herr Dr. Peter Hannen unter der Rufnummer 0221/801401-23 zur Verfügung. Diskretion wird Ihnen zugesichert.

Ihre Bewerbungsunterlagen (tabellarischer Lebenslauf, Zeugniskopien, Gehaltsvorstellungen, Eintrittstermin) senden Sie bitte unter der Kennziffer 0935429 an sandra.flick@kienbaum.de oder per Post an

Kienbaum Executive Consultants GmbH,
KAP am Südkai, Agrippinawerft 30,
50678 Köln.

<http://kienbaum.bewerbung.de>

Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Polen, Rumänien, Russland, Schweden, Schweiz, Tschechien, Ungarn, Brasilien, China, Japan, Singapur, Thailand

Kienbaum^K

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

Diplom-Psychologin/Psychologen (Voll- oder Teilzeit)



Unser Anforderungsprofil:

- Abgeschlossenes Hochschulstudium der Psychologie.
- Ausgeprägte therapeutische und kommunikative Kompetenz.
- Wenn Sie schon über größere Berufs- und/oder Lebenserfahrung verfügen, würde dies besonders gut zu der ausgeschriebenen Stelle passen, ist aber nicht zwingend erforderlich.

Unser Angebot:

- Ein kollegiales Klima in einem engagierten und kreativen multiprofessionellen Team mit interner und externer Supervision.
- Strukturierte und gezielte Einarbeitung.
- Erweiterung der eigenen Behandlungskompetenz im Rahmen einer persönlichen Förderung durch die Abteilungsleitung.
- Ein interessantes und umfassendes Psychotherapiespektrum mit besonderen Schwerpunkten in den Bereichen Essstörungen, Psychotraumatologie, Psychotherapie Älterer, Akutpsychosomatik.
- Die Anerkennung für die praktische Tätigkeit in der Klinik (Psychotherapie/Psychosomatik, Psychiatrie) im Rahmen der Ausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeuten/-in.
- Nach Abschluss der Ausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeuten/-in bestehen bei Interesse und Eignung Aufstiegsmöglichkeiten und ggf. Promotionsmöglichkeiten.
- Eine dem Weiterbildungsstand entsprechende Vergütung mit großzügiger Förderung von interner und externer Fort- und Weiterbildung durch die Klinik.

Für Informationen steht Ihnen Chefarzt Dr. Hillenbrand unter Tel. 05621/706 751 zur Verfügung.

Bitte senden Sie Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen mit Angabe Ihres frühestmöglichen Eintrittstermins an die

Parkland-Klinik, Herrn Uhlenbrock, Kfm. Direktor, Im Kreuzfeld 6
34537 Bad Wildungen-Reinhardshausen

 **Parkland-Klinik**
Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Die Parkland-Klinik ist eine Akut- und Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Bad Wildungen-Reinhardshausen (Nordhessen), die von Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern und gesetzlichen Unfallkassen belegt wird. Das Behandlungsspektrum umfasst Krankheitsbilder aus dem gesamten Bereich der Psychosomatik und Psychotherapie mit mehreren Indikationsschwerpunkten.

Die Klinik gehört zur m&i-Klinikgruppe Enzensberg, die als privatwirtschaftlich geführtes Unternehmen im Gesundheitswesen das Dach interdisziplinär ausgerichteter Fachkliniken und Gesundheitszentren an zehn Standorten in Deutschland bildet.

www.parkland-klinik.de



Im Medizinischen Versorgungszentrum am Städtischen Klinikum Braunschweig gGmbH (Hämatologie/Onkologie, Radioonkologie/Pathologie) suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Ärztl. Psychotherapeuten (m/w)

mit abgeschlossener Therapieausbildung
im Bereich Psychoonkologie

– unbefristet und teilzeitgeeignet –

Der Bereich der Psychotherapie im Medizinischen Versorgungszentrum soll weiter ausgebaut werden. Dem/der o.g. Stelleninhaber/in kommt hierbei eine entscheidende Rolle zu. Der Ausbau ist auch durch die beabsichtigte Kooperation mit den vorhandenen und geplanten Organzentren (Gyn., Brust-, Prostata-, Darm-, Lungenzentrum) des Klinikum Braunschweig unter dem Dach des Onkologischen Zentrums begründet. Das Klinikum Braunschweig ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung.

Die Aufgaben der/des Psychoonkologin/-en umfassen die Akutbehandlung und Krisenintervention in Einzelgesprächen von Patienten und deren Angehörigen sowie die längerfristige Unterstützung beim Umgang mit der Krankheit und den Folgen der Therapie. Darüber hinaus sind Supervisionsangebote an die Mitarbeiter und Konsiliartätigkeiten für beteiligte Abteilungen im Klinikum Braunschweig denkbar.

Gesucht wird ein/e ärztliche/r Psychotherapeut/in mit abgeschlossener therapeutischer Ausbildung im Bereich Psychoonkologie und Erfahrungen in der Betreuung von Tumorpatienten. Erwartet werden die Bereitschaft und Fähigkeit zur Mitarbeit im multidisziplinären Behandlungsteam, aktive Mitarbeit an Fortbildungsveranstaltungen, Bereitschaft zur Kooperation mit anderen psychoonkologisch tätigen Mitarbeitern im Klinikum und Interesse an der Entwicklung weiterführender Konzepte in der psychoonkologischen Betreuung.

Wir bieten einen Arbeitsplatz in einem engagierten Team und großzügige Unterstützung bei internen und externen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Ein gutes Betriebsklima ist uns wichtig. Die Bezahlung orientiert sich an den Facharztgehältern nach TV-Ärzte/VKA. Eine besondere Qualifikation wird hierbei auch finanziell honoriert. Daneben wird ein Zuschuss zur betrieblichen Altersversorgung gezahlt.

In der Forschungshauptstadt Braunschweig lässt es sich leben. Die Region Braunschweig liegt mit einer Million Einwohnern zwischen Harz und Heide. Umfangreiche Freizeit- und Kulturangebote sind vorhanden.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen – gerne auch per E-Mail – innerhalb von drei Wochen.

Ihr Ansprechpartner für nähere Einzelheiten zum Aufgabenbereich:

Geschäftsführung des MVZ Freisstraße 9/10 38118 Braunschweig	Herr Dr. T. Bartkiewicz Tel. 0531 595-1615
E-Mail: personalabteilung@klinikum-braunschweig.de	

www.klinikum-braunschweig.de

Das CJG Haus St. Gereon in Trägerschaft der Caritas-Jugendhilfe-Gesellschaft mbH ist eine katholische Jugendhilfeeinrichtung mit 161 Plätzen. Sie verfügt über ein breites pädagogisches und therapeutisches Spektrum von stationären, teilstationären und ambulanten Betreuungsangeboten, die über den Rhein-Erft-Kreis verteilt sind. Wir suchen zum 01.03.2011 eine/-n

Diplom-Psychologin/-en

Arbeitsschwerpunkte sind:

- Dienst- und Fachaufsicht für die zugeordneten Bereiche
- Mitarbeiterführung, Personalentwicklung und psychologische Beratung
- Fallverantwortung und Sicherstellung der Betreuungsqualität
- Vertretung der Einrichtung nach Außen
- Ausgestaltung und Weiterentwicklung der pädagogischen Konzeption
- Kooperation und Vernetzung innerhalb des Verbundes
- Psychologische Begleitung, Diagnostik und Therapie
- Krisenintervention
- Fachberatung bei sexuellem Missbrauch und Arbeit mit sexuell übergriffigen Jugendlichen und Erwachsenen.

Wir versprechen:

- eine innovative Führungsaufgabe mit Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung
- Vergütung nach AVR mit zusätzlicher Altersversorgung.

Wir erwarten:

- Hochschulausbildung als Diplom-Psychologin/-e
- Zusatzausbildung, ggf. Approbation als Psychologische/-r Psychotherapeut/-in
- Erfahrung in der klinisch/psychologischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen
- Möglichst Erfahrung in der Täterarbeit bei sexueller Gewalt
- Fundierte Kenntnisse bei Entwicklungsstörungen, psychischen Erkrankungen und geistiger Behinderung
- Zugehörigkeit zu einer christlichen Konfession.

Ihre Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte an:
CJG Haus St. Gereon, Herrn Veit Schmitz
Van-Gils-Straße 10, 50126 Bergheim
Tel. 02271 47410
E-Mail v.schmitz@cjg-hsg.de www.cjg-hsg.de



Ihr Draht zur
Anzeigenschaltung im PTJ:

Claudia Kampmann-Schröder

Tel.: 06221 / 437 042

Fax: 06221 / 437 109

CKS-Marketing@t-online.de



Die **SRH** gehört zu den führenden und stark wachsenden Dienstleistungsunternehmen in den Zukunftsmärkten Bildung und Gesundheit. Wir betreiben ein Netzwerk von Bildungszentren und Krankenhäusern an derzeit rund 50 Standorten in Deutschland. Das **SRH Zentralklinikum Suhl** ist ein Haus der Schwerpunktversorgung mit 666 Planbetten und gehört zu den überregional führenden Kliniken in Südthüringen an der Grenze zu Bayern und Hessen mit ausgezeichneter Verkehrsanbindung (Autobahn). Das SRH Zentralklinikum Suhl ist seit 2005 KTQ-zertifiziert. Am Haus ist der Rettungshubschrauber „Christoph 60“ stationiert.

Das SRH Zentralklinikum Suhl, akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Jena, sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für das Sozialpädiatrische Zentrum einen

Psychologen w/m

Das Sozialpädiatrische Zentrum ist eine interdisziplinär arbeitende ambulante Abteilung im SRH Zentralklinikum Suhl. Der überregionale Versorgungsauftrag sieht die Behandlung von Kindern mit manifesten oder drohenden körperlichen, geistigen oder seelischen Entwicklungsstörungen vor. Wir wünschen uns eine/-n engagierte/-n Mitarbeiter/-in mit Freude an interdisziplinärer Teamarbeit, umfassenden Kenntnissen in neuropsychologischer Diagnostik bei Kindern und Ehrgeiz für die Verwirklichung neuer Projekte. Eine psychotherapeutische Ausbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien wäre wünschenswert.

Der Chefarzt besitzt die Weiterbildungsberechtigung für Kinder- und Jugendmedizin und das Teilgebiet Neuropädiatrie.

Suhl, eine Mittelstadt landschaftlich reizvoll am Südrand des Thüringer Waldes gelegen, besitzt u. a. durch Wintersport einen hohen Freizeitwert. Durch die optimale Autobahnanbindung sind alle wesentlichen Zentren Thüringens und Nordbayerns in kurzer Zeit zu erreichen.

Wir freuen uns auf Bewerberinnen/Bewerber mit guten kommunikativen und organisatorischen Fähigkeiten, die engagiert und mit menschlichem Einfühlungsvermögen an der Versorgung unserer Patienten mitwirken wollen.

Wenn Sie Interesse an der Mitarbeit in einem Team mit gutem Arbeitsklima haben, freuen wir uns über Ihre Bewerbung. Gern unterstützen wir Sie bei der Wohnungssuche.

Nähere Informationen zum SRH Zentralklinikum Suhl sowie zum Sozialpädiatrischen Zentrum erteilt Ihnen gern Chefarzt Dr. med. Carsten Wurst unter Telefon 0 36 81 35-63 80 oder finden Sie auf unserer Homepage www.zentralklinikum-suhl.de

Bitte richten Sie Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen an:

SRH Zentralklinikum Suhl gGmbH
Personalabteilung
Albert-Schweitzer-Straße 2
98527 Suhl
Ein Unternehmen der SRH



Mit Ihrer Anzeige im PTJ erreichen Sie
rund 37.000 Psychologische Psychotherapeuten,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
und Psychotherapeuten in Ausbildung.

Stellenausschreibung

Das Berufsförderungswerk Dortmund ist ein Zentrum der beruflichen Rehabilitation. Als modernes Dienstleistungsunternehmen qualifizieren wir Menschen mit Behinderungen oder chronischen gesundheitlichen Einschränkungen, die ihren alten Beruf nicht mehr ausüben können, für die nachhaltige Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Darüber hinaus führen wir Maßnahmen der Eignungsdiagnostik und beruflichen Orientierung im Vorfeld durch. Im Durchschnitt befinden sich etwa 1.000 Teilnehmer in unserer Einrichtung.

Wir suchen für den Psychologischen Dienst unseres Hauses einen

Leitenden Diplom-Psychologen (m/w)
(Leitung Psychologischer Dienst)
In Vollzeitform (unbefristet)

Das Aufgabengebiet des Psychologischen Dienstes umfasst insbesondere die psychologische Betreuung der Teilnehmer mit der Zielstellung, den erfolgreichen Verlauf und Abschluss der beruflichen Rehabilitation und die individualisierte Integration sicher zu stellen.

Für die Leitung unseres Psychologischen Dienstes wünschen wir uns eine integrative Persönlichkeit mit

- Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie)
- Führungskompetenz, Teamfähigkeit und Kommunikationsstärke
- Freude an konzeptioneller und fachübergreifender Tätigkeit
- Belastbarkeit und zeitlicher Flexibilität
- Fähigkeit zum wirtschaftlichen Handeln

Wir bieten

- Einen anspruchsvollen und abwechslungsreichen Arbeitsplatz
- Eine interdisziplinäre Kooperation innerhalb unseres Hauses
- Viel Raum für Eigeninitiative und selbständiges Handeln
- Möglichkeiten der Gestaltung und Ausweitung des Aufgabengebietes

Die Vergütung und die anderen tariflichen Leistungen richten sich nach den Bestimmungen des TV-TgDRV analog TVöD. Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung bevorzugt.

Ihre schriftliche Bewerbung senden Sie bitte an das

Berufsförderungswerk Dortmund
 im Nordrhein-Westfälischen
 Berufsförderungswerk e.V.
 – Geschäftsführung –
 Hacheneyer Straße 180,
 44265 Dortmund.

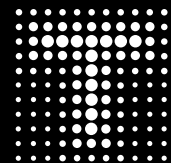


franz von assisi • gesellschaft

Dipl.-Psycholog/in/e
 (Master/Uni)

Ostwürttemberg

Stellenangebote: www.franzvonassisi.de



Nicht suchen. Finden. Mit einer Anzeige hier.

Stellen-/Praxismarkt

Intervision

Erfahrene Psychologin leistet prompt und zuverlässig supervisory-Unterstützung bei Berichten an den Gutachter (TP, PA).
T: 030 – 347 25 160,
M: m.bielech@web.de

Intervisionsgruppe im Raum BO, DO, EN von niedergelassener Kollegin gesucht (VT, GT, Syst. Th.)

Chiffre 110199

Jobsharing

Psychologische Psychotherapeutin (TP Erwachsene) sucht stundenweise Mitarbeit/Jobsharing/Anstellung in Praxis in Wiesbaden oder Mainz.
Tel.: 0176/78239813

Approbierte PP (VT, Arztregistereintrag) sucht **Mitarbeit in PP-Praxis** ca. 10 Stunden/Woche Raum **Kaiserslautern – Saarbrücken**
0176-90761572,
Mail: psychotherapy@web.de

Jobsharing im Raum Dortmund gesucht
PP (VT) sucht Jobsharing in Dortmund / Umgebung f. 10-20 Therapie-Std. pro Woche. Spätere Praxis-Übernahme willkommen, aber nicht Bedingung.
E-Mail: psycho-therapie@gmx.net

Praxisabgabe

Delmenhorst: **Praxisanteil** von Psycholog. Psychotherapeutin (TP) zum 01.08.2011 zu verkaufen, KV-Zulassung ist vorhanden
Tel.: 04221-987068
email: t.baettig-hoss@t-online.de

Landkreis Kassel
VT-PP gibt Praxisanteil sofort ab, weitere Teilzulassung 2014 – 2016, KV-Zulassung vorhanden.

Chiffre 110198

Praxis KJP Schwäbisch Hall zum 31.12.11, evtl. früher zu verkaufen, KV-Zulassung vorhanden.

Mail: fabu1@gmx.de

Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw., Hypnotherapie, EMDR), **bietet gut eingeführte Praxis in Berlin zum 1.9.2011** (KV-Zulassung vorhanden).
Bitte Rückmeldungen unter: plan.sommer2011@gmail.com

Heidelberg (PP/TP/Erw.) ½ Praxisanteil von gut eingeführter Praxis abzugeben, KV-Teilzulassung möglich.
PP-TP-Praxis@gmx.de
oder Chiffre 1101103

Ostsee (Raum Eckernförde/Kiel): Praxis (PP; Erw.) zum Frühjahr/Sommer 2012 zu verkaufen. KV-Zulassung vorhanden.

Tel. 04355/181881

Praxisgemeinschaft

Für zentrumsnahe, langjährig in DO etablierte psycholog. Praxis suchen wir (m/w, TP, GT, Gestalt) 1 bis 2 KollegInnen zur Mitnutzung, ggf. mit gemeinschaftlicher Perspektive.
Ab 4/2011, ggf. eher.

Psychpraxishampel@online.de

Psychologischer Psychotherapeut (VT für Erw., EMDR) niedergelassen in Frankfurt/Main, sucht neue Praxisräume, entweder in bestehender Praxis oder nette Kollegen, um gemeinsam neue Räume anzumieten. Tel.: 0176 – 261 30 656

Praxisgesuche

Psychologische Psychotherapeutin mit KV-Zulassung sucht Raum / Räume mit Atmosphäre in Nürnberg (Norden oder Nordosten).

Tel. 0911/5614815.

Münster: Psychotherapeutin mit Kassenzulassung (VT) sucht Mitnutzung bestehender Räumlichkeiten.

Chiffre 1101102

Raum Berlin
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT) sucht Praxis oder Praxisanteil zu kaufen oder Job-Sharing, KV-(Teil)Zulassung erwünscht.
Tel. 0176-83194266,
e-mail: epi-sa@web.de

Praxisaustausch

KJP (VT) KV-Zulassung im Zulassungsbezirk Hamburg, sucht Praxis in Berlin/Brandenburg zum Tausch gegen Hamburg.

Tel.: 0173 372 88 50

Praxisübernahme

Psych. Psychotherapeutin (VT, E) sucht psychotherapeutische Praxis, KV-Zulassung erwünscht, im Raum Landsberg a.L., Fürst.-br., Starnberg, ab Nov. 2011,
Kontakt: johanna@salmsalm.net

Erfahrene Psychol. PT (VT, Hypnoth, Gruppen, Apr. 2006) sucht Praxis(-anteil), KV-(Teil-)Zulassung erwünscht, im **Raum Braunschweig und Umgebung** (KV Bezirksstellen BS, HI, H)
Tel. 0561/7050223
e-mail: pt-ihle@arcor.de

Großraum Berlin – Brandenburg KJP (VT) sucht Praxis zu kaufen, KV-Zulassung erwünscht.

Tel.: 0173 372 88 50

Psycholog. Psychotherapeutin (TP, 20 J. Berufserf.) sucht KV-Sitz (halb/ganz) in Karlsruhe Stadt/ Landkreis, sofort oder später.

Tel.: 0177/8546631

Raum Stuttgart/Reims-Murr-Kreis
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (TP) sucht Praxis (-anteil) zu kaufen. KV-Zulassung erwünscht oder Jobsharing/Praxisraum zur Miete
kjp@praxis@web.de

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (TP) sucht KV-Sitz o. Jobsharing in **Dortmund und Umgebung**

Tel.: 0231/53052153

Psychologische Psychotherapeutin (TP) sucht Praxis in München-Stadt zu übernehmen, KV-Zulassung erwünscht. Praxiskaufpreis verhandelbar. Übernahmepunkt flexibel.
Kontakt: psychprax@gmx.net

Psychologische Psychotherapeutin sucht KV-Sitz (gerne auch hälftig) in Bochum.
Tel.: 0176 – 21062861 oder
praxisruhrgebiet@gmx.de

Psych. Psychotherapeutin VT (Approb.1999, KV-Zulassung seit 2001 in Berlin) sucht Praxis in **München-Stadt** zum Kauf, KV-Zulassung erwünscht.
Kontakt: **praxis.muenchen2011@gmail.com**

Psychologische Psychotherapeutin (VT) sucht **halben oder ganzen KV-Sitz in Bielefeld**

Tel. 0521-94986433

PP (TP) sucht Praxis(-anteil), KV-(Teil-) Zulassung erwünscht im Rhein- Erft- od. Rhein-Sieg-Kreis 2011 oder später.

Chiffre 1101104

KV-Sitz (VT) in Köln und Umgebung gesucht
Im September 2011 schließe ich meine Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin ab und suche ab November 2011 einen ganzen oder halben KV- Sitz in Köln und Umgebung. Die Finanzierung der Praxisübernahme ist abgesichert. Ich freue mich über Ihre Kontaktaufnahme unter meiner E-Mail-Adresse (MiriamKegel@gmx.de) oder telefonisch unter der Rufnummer 0163 8579509.

Praxisvermietung

Essen-Rüttenscheider Stern:
möblierter Therapieraum in VT-Praxis ab sofort zu vermieten – auch tageweise.
Tel.: 0201-20603419

Zu vermieten! Kl. Praxis, verkehrsgünstige Lage, zw. Hamburg-Othmarschen u. Hamburg-Ottensen. Ruhig u. atmosphärisch sehr schön, mit sep. Eingang, Vorraum, Haupt- u. Nebenraum, ca. 55 m². Toiletten u. Teeküche zur Mitbenutzung. Untervermietung möglich, interessierte Mit-Mieter ggf. vorhanden.

Tel. 040-8813209 od. 8991055

Köln-Nippes
Wir bieten Untervermietung halbe oder ganze Tage, Montag, Mittwoch, Freitag in unseren schönen, hellen Altbauräumen.
Telefon 0221-22 20 91 15

Münster: lange bestehende psychotherap. Praxis sucht Kollegen/in mit Kassenzulassung.

Chiffre 1101101

Frankfurt/M.-Nordend
Behandlungsraum, 15,5 qm, 390 € warm, in Zweier-PT-Praxisgemeinschaft zu vermieten.

Tel. 069-59797482

Stellenangebote

PSYCHOTHERAPEUT/IN (AUCH IN AUSBILDUNG) FÜR GRUPPENTHERAPIE MIT ERWACHSENEN PAT IM ÖSTL. RUHRGEBIET AUF HONORARBASIS GESUCHT
Chiffre 110196

PP (VT, Erw.) in Kassenpraxis nach Ravensburg gesucht.
10-15 Std./Woche.

Tel. 0751 3525593

Psychologin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychoonkologie und Palliativmedizin im stationären und ambulanten Bereich in Walsrode/Niedersachsen gesucht. Onkologischer Arbeitskreis Walsrode e. V.
29664 Walsrode, Brückstr. 7,
Tel. 05161-72990, oakev@gmx.de

Suche Entlastungsassistenz, 10-15 Std. pro Woche, Voraussetzung: Approbation als PP und Fachkunde in TP. **Biete Mitarbeit** in kleiner ländlicher Praxis, Kreis Altenkirchen, KV Koblenz (ca. 50 km von Bonn/Neuwied). Dauer der Anstellung mind. ein Jahr, ab sofort oder später. Kontakt unter PsychoPraxis.ak@gmx.de

Ausbildungsassistent(in) in Teilzeit
in psychotherapeutischer Praxis im Kreis Groß-Gerau gesucht. Voraussetzung: Zwischenprüfung in verhaltenstherapeutischer Ausbildung. Kontakt unter Tel. 0177/6415686

Psychotherapeutische Praxis für VT in Fulda sucht Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in mit Approbation/Fachkundenachweis oder Arztregistereintrag
Chiffre 110197

HH: Psychotherapeut/in **TP** oder **VT**, **approbiert**, für Teilzeitstelle (20 Std) in ambulanter psychotherapeutischer Praxis ab sofort gesucht.
Tel: 040 / 400005

Wir suchen bundesweit approbierte Verhaltenstherapeuten in eigener Praxis für eine psychotherapeutische Tätigkeit auf der Basis von 60 Euro pro Sitzung.
Bewerbung bitte an Frau Schmidt: simone.schmidt@webmail.de

Schnell, einfach und bequem!
Kleinanzeigen schaltet man unter www.ptv-anzeigen.de

Stellengesuch
KJP sucht eine Anstellung, Jobsharing oder Sicherstellungsassistentinnen-Stelle in München und Umgebung.
Tel. 01779395824

Supervision
Berichtshilfe TP – PA – Gruppen: kollegial, schnell (innerhalb einer Woche) und individuell. Viel Erfahrung vorhanden! Dipl.-Psych. – PiA.
Tel.: 0174 – 63 75 295 oder berichtshilfe-berlin@web.de

Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Leistungsantrag

Wir möchten unsere Leser darauf hinweisen, dass ein Abgeben von Fallarbeit oder des Bericht-Schreibens an Dritte sowie die Übernahme von fertigen Textbausteinen gegen die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung verstößt. Keine Einwendung besteht dagegen, wenn hierzu Supervision/Intervision oder Fortbildungsveranstaltungen in Anspruch genommen werden.

Ihr Anzeigenteam

Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Praxiskauf/-verkauf

Das Psychotherapeutenjournal ist das Organ der Psychotherapeutenkammern. Die Psychotherapeutenkammern sind Körperschaften öffentlichen Rechts und als solche den gesetzlichen Regelungen besonders verpflichtet. Wir achten genau darauf, uns an das geltende Gesetz zu halten – auch beim Abdruck von (Klein-)Anzeigen (s. a. PTJ 3/09 S. 231).

Bitte verwenden Sie daher folgende Formulierungen, wenn Sie eine Praxis kaufen oder verkaufen möchten:

- Praxis zu verkaufen; KV Zulassung vorhanden.
- Praxisanteil zu verkaufen; KV Teilzulassung ist möglich.
- Praxis zu kaufen gesucht; KV Zulassung erwünscht.
- Praxisanteil zu kaufen gesucht; KV Teilzulassung erwünscht.

Mit diesen Formulierungen sind alle relevanten Optionen abgedeckt und es wird allen Formalien entsprochen. **Wir erlauben uns, Ihre Anzeige ohne Rücksprache entsprechend anzupassen.** Welche weiteren Beschreibungen der Praxis Sie hinzufügen, ist selbstverständlich Ihnen anheim gestellt.

Ihr Anzeigenteam

Ihre Chiffre-Zuschriften senden Sie bitte in einem zweiten geschlossenen Umschlag an den Verlag:

medhochzwei Verlag GmbH
Frau Sabine Hornig
Chiffre Nr. _____
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Kleinanzeigen

Kleine Anzeigen – mit GROSSER Wirkung!

... und das schon ab € 62,- zzgl. MwSt

Supervision bei VT-Antragstellung

www.sorkc.de

Tiefenpsychologisch Fundierte u. analytische Psychotherapie Verhaltenstherapie

Supervision bei der Erstellung von Berichten an den Gutachter – Kinder, Jugendl. u. Erwachsene – Tel. 0421 / 444 700 mail: Berichte@t-online.de

Tiefenpsychologisch fundierte sowie analytische Psychotherapie

Fallarbeit zu Psychodynamik, Diagnostik und Behandlungsplanung Erwachsene, Kinder und Jugendliche
17 Jahre Erfahrung, Express-Service
Tel.: 0221 / 995 995 – 10, Fax: 0221 / 995 995 – 11
Mo.-Do. 9:00-15:00 Uhr, Fr. 9:00-10:00 Uhr

Biete qualifizierte Supervision zum Antragsbericht TP für Erwachsene
20 Jahre Erfahrung
Tel: 0152 / 086 15 113
service@psychpraxMussbach.de

Märchenhaft wohnen und arbeiten

Fachwerkhaus, offenes Fachwerk superschön renoviert, Gewerberäume/Praxis (76 m² Gewerbefläche): 3 Räume + Anmeldung, Wartebereich. Wohnbereich (148 m² Wohnfläche): 2 Bäder, 3 Zimmer, große Wohnküche, Studio im DG, Dachgarten/Terrasse, alles im Zentrum der Märchenstadt Steinau an der Straße/Hessen, Region Main-Kinzig-Kreis hat Bedarf an Psychologen insbesondere mit Kassenzulassung. VB 298.000 €, Tel.-Nr. 06663-7248

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte Supervision bei VT-Antragstellung von Dipl.-Psychologin
Tel.: 02234/ 949 170
E-Mail: ju_bender@t-online.de

Kompetente und seriöse Supervision bei der Erstellung von Berichten an den Gutachter (VT) mit langjähriger Erfahrung:
Telefon: 0162/212 99 05
E-Mail: Berichte-VT@t-online.de

Workshop Psychoanalyse und Körperpsychotherapie.

Thema: Wann deuten, wann berühren, wann handeln.
Ort: Staufen im Breisgau,
Datum: 9. – 13. Mai 2011
Kosten: 310, Vollverpflegung im Einzelzimmer ca. 220 Euro
Anmeldung: Dr. Tilmann Moser, Aumattenweg 3, 79117 Freiburg, 0761/60304, tilmann.moser@gmx.de

Diplom-Psychologin bietet Supervision bei VT-Antragsberichten

Tel.: 02371 / 9 65 07 20
supervision-vt-berichte@web.de

Wannsee-Akademie e.V. Berlin

Weiterbildung Psychoonkologie (lt. WPO Kriterien)
Zum Heckeshorn 36
14109 Berlin
030/80686-040

akademie@wannseeschule.de
www.wannseeakademie.de

www.wannseeakademie.de Richtigstellung (Heft 04/10, S. 375)

Der Kurs Psychoonkologie (ab Mai 2011) wird NICHT nach dem Curriculum der WPO e.V. durchgeführt.

Weiterbildung Traumatherapie mit E.M.D.R.

12.09.2011 – 14.02.2012 im ILK in Bielefeld
6 Blöcke à 2 Tage, mit Dipl.-Psych. Ulrich Kerzbeck (cert. Traumatherapie DeGPT)
Infotag: 04.07.2011 14-18Uhr
Infos & Anmeldung unter
www.loesungsfokussiert.de/emd

Speziell für Psychotherapeuten:

Sie wollen ihr Qualitätsmanagementsystem aufbauen, aktualisieren oder zertifizieren lassen? Sie möchten Ihre Praxisorganisation optimieren?
Ich biete Ihnen hierzu individuelle Unterstützung / Beratung an.
Kompetent, flexibel, zuverlässig, vertrauensvoll.
Info: C. Thamm, Tel: 040/88128615, qms@clemens-thamm.de

Bericht an den Gutachter. Verkürzung Ihres bisherigen Zeitaufwandes auf 1/4. Durch spezielle Supervision zum perfekten Bericht (alle Verfahren). Erfahrene Psychotherapeutin: info@pradia.de

Psycholog. Psychotherapeut (Schwerpunkt VT) sucht Interessenten/innen zur Gründung einer kollegialen Interventionsgruppe in BO / Umgebung.
Kontakt: klipsy53@t-online.de

Arbeitshilfen für den Antragsbericht VT und TP:

www.antragsbericht-vt.de
www.berichte-an-den-gutachter.de
www.bericht-abgelehnt.de

Qualifizierte Hilfen zum Antragsbericht (Psychodynamik) vom erfahrenen Antragsexperten und Buchautor Dipl.-Psych. I. Jungclausen in fortbildungszertif. Seminaren, tel. Supervision o. in regionalen Sprechst. für TP/AP. Infos & Termine www.pro-bericht.de o. 0163-2371303.

ConSpect-Institut für systemische Therapie, Supervision und Weiterbildung

Weiterbildung „Systemische Therapie/Beratung“ ab Mai 2011 – Mai 2014 mit Zertifizierung durch die Systemische Gesellschaft
Infos: www.familientherapie-muenster.de
email: info@conspect-muenster.de

Weiterbildung System- + Familienaufstellungen in Psychotherapie und Beratung.

10-tlg. Curriculum nach DGfS-Richtlinien ab 8/2011. Info: Institut für Systemaufstellungen ISA Berlin, Tel. 030/342 45 93, www.isa-berlin.de.

Allgemeines und medizinisches Schreibbüro Platz

Wir erledigen jeglichen Schriftverkehr (Arztbriefe, Versorgungsamt, Versicherungen etc), QM, QM-Pflege, Büropflege (deutschlandweit). Fragen Sie einfach nach!
Bettina Platz
Tel. 07731/38 15 18;
Fax 07731/3198055,
Mobil 0151 18 94 93 04

Einladung zu den Regionaltreffen des BDP für das erste Halbjahr 2011 in München

04.04. Vortrag: **Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz**
Referentin: Susanne Berwanger, Psych. Psychotherapeutin
04.07. **Energiemanagement bei chronischen Erkrankungen am Beispiel der Fatigue bei MS**
Referentin: Dietlinde Leopold, Psych. Psychotherapeutin
Veranstaltungsort: ASZ Schwabing-Ost, Siegesstr. 31, Ecke Feilitzschstrasse (U3/ U6, Haltestelle Münchner Freiheit)
Die Veranstaltungen sind kostenfrei. Sie finden immer am Montag um 19:30 Uhr statt. Um Voranmeldung wird gebeten.
E-Mail: psych.praxis.dr.cardia@gmx.de
Für jede Veranstaltung werden vier Fortbildungspunkte vergeben

Ausbildung zum PP/KJP ab 18.05.2011

Kinder u. Jugendlichen PT (für KV Berechtigung)
18.-25.06.2011 (III),
05.-12.11.2011 (I),
Gruppen – PT (KV) Theorie: (50 Std.) 22.-27.10.2011
Institutsambulanz zum Erwerb aller Fachkunden (z.B. Arztregister, Nachqualifizierung, KiJu-PT)
Behandlung in eigener Praxis am Wohnort, Abrechnung über die Süddeutsche Akademie
www.sueddeutsche-akademie.de
Tel: 08334-98 63-73

AUTOGENES TRAINING (40P), ANWENDERORIENTIERTE KURSE, SELBSTERFAHRUNG
Dr. S. Pervan, Frankfurt/M.
Tel.+ Fax 069/59790709
www.psychosomatik-pervan.de

VT

Fallarbeit zu Diagnostik, Verhaltensanalyse und Behandlungsplanung

QM (als Berater vom BMWI anerkannt)
Unterstützung und Beratung beim Qualitätsmanagement und bei der Erstellung des QM-Handbuchs

Fon: 02 21 –16 97 98 16
Fax: 02 21 –16 97 98 17
Mo. –Fr. 8:30 –12:00 Uhr

www.pp-rose.de

Mit uns auf dem richtigen Kurs!

Akademie bei König & Müller
Sammelstr. 36/38, 97070 Würzburg
www.koenigundmueller.de
Für Ihren Erfolg in Fort- und Weiterbildung

Jetzt bin ich Psychotherapeut

Wissenswertes zu Approbation und Berufspraxis. Der neue Ratgeber für Psychologische Psychotherapeuten ist ab sofort erhältlich!
Mehr Informationen:
www.psychotherapeut-jetzt.de

coaching disc® – das kreative Tool

für Therapie und Beratung
Lesen Sie den Erfahrungsbericht eines Dipl.-Psych.: www.coaching-disc.de und vernetzen Sie sich mit anderen Anwendern:
<http://facebook.coachingdisc>

Dr. Gunther Schmidt erstmals in Rosenheim:

„Von Stress und Burnout zur Lebens-Balance“
Tagesseminar am 18.09. (FoBi-Punkte beantragt)
Kongress NLP & Systemik
17.09. in Rosenheim
Informationen unter
www.inntal-kongress.de
INNTAL INSTITUT
mail@inntal-institut.de
Tel. 08031 50601

Psychologische Psychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, RL: Kognitive Verhaltenstherapie, sucht kollegiale Zusammenarbeit mit Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutenInnen zur Gründung eines MVZ in Berlin, betr.: kombiniertes Angestellten- und Freiberufler MVZ für Kinder/ Jugendliche und Erwachsene.
Eigene Arbeits- u. Forschungsschwerpunkte: Psychotraumatologie und Depression; auch bei PatientInnen mit Migrationshintergrund.

Chiffre 1101100

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 kammer-spezifischen Themen werden nicht im redaktionellen Teil der Zeitschrift abgedruckt. Sie werden von den jeweiligen Landeskammern 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, Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat

Prof. Dr. Rainer Richter (BPTK), 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), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Prof. Dr. Jürgen Hoyer (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (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

Anzeigen

Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

Verlag

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/91496-12; Fax: 06221/91496-20, annette.kerstein@medhochzwei-verlag.de

Satz

Strassner ComputerSatz
69181 Leimen

Druck

Vogel Druck und Medienservice
97204 Höchberg

Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 43,- (inkl. Versandkosten)
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

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg, Frau Sabine Hornig, aboservice@medhochzwei-verlag.de, Tel. 06221/91496-15, Fax 06221/91496-20

Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer 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 für die Ausgabe 3/2011 ist der 24. Juni 2011, für Ausgabe 4/2011 der 9. September 2011. Manuskripte sind elektronisch (CD, 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 35.000 Zeichen (mit Leerzeichen) 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:

- 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);
 - 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;
 - 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;
 - 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.