

Psychotherapeuten- journal

www.psychotherapeutenjournal.de

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

4/2006

14. Dezember 2006 (S.337-448)

- **Psychotherapie-Ausbildung im Rahmen der Bachelor-/
Masterstudienreform. Was sich alles ändert, wenn sich
nichts ändert – und wie sich das ändern lässt.**
- **Therapie sexueller Störungen: ein Zukunftsfeld der
Psychologischen Psychotherapie?**
- **Lesbische Frauen in der Psychotherapie: Historische
Hintergründe und Empfehlungen für die
therapeutische Arbeit.**

*Psychotherapeuten
Verlag*

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn sie dieses Heft in der Hand halten, haben sie – so hoffe ich – die Muße, die Feiertage und den Jahreswechsel zu genießen.

Berufspolitisch brachte das vergangene Jahr mit den Entwürfen zur Änderung des Vertragsarztrecht und zur Umgestaltung des Gesundheitswesens (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV) erhebliche Turbulenzen mit sich, Unruhen, die sich ins neue Jahr fortsetzen und deren Auswirkungen für unsere Profession noch nicht zu überblicken sind. Als weiteres Auseinandersetzungsfeld zeichnete sich im zurückliegenden Jahr die Umgestaltung der Psychotherapie-Richtlinien und die Entscheidungsfindung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie ab. Die ausführliche und fundierte Expertise der BPTK fand wenig Widerhall in den Gremien des G-BA, die anschließende Teilbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium war eine deutliche Ohrfeige für die Ignoranz in der G-BA-Entscheidungsfindung. In der Entscheidung zur Gesprächspsychotherapie ist die Frage aufzuwerfen, welche Entscheidungskriterien gegenstandsangemessen sind. Meines Erachtens kann diese Frage nicht hinter verschlossenen Türen in kleinen Gremien verhandelt werden. Es bedarf einer breit angelegten Fachdiskussion, wie Prüfkriterien für die Wirksamkeit und den Nutzen psychotherapeutischen Tätigseins aussehen können.

Anregend in diesem Zusammenhang der Beitrag von **Jan Bleckwedel**. Er beschäftigt sich in der Rubrik „Zur Diskussion“ aus der Sicht eines Praktikers mit der Debatte um die Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden. Er betont, wie sehr in der praktischen Tätigkeit eine Integration verschiedener psychotherapeutischer Ansätze längst stattgefunden hat. Ihm liegt die Passung zwischen Patient und Therapeut am Herzen, und er plädiert dafür, den psychotherapeutischen Prozess nicht seiner Seele zu berauben.

Die Umgestaltung der Hochschulstudienabschlüsse auf Bachelor-/ Masterabschlüs-

se und deren Auswirkung auf die Eingangsvoraussetzungen für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hatten in den Landeskammern und in der Bundeskammer zu zahlreichen Initiativen geführt, um zu erreichen, dass zukünftig der Masterabschluss zwingende Voraussetzung für beide Ausbildungsgänge wird, ein Ringen, das leider nicht vollständig von Erfolg gekrönt war. Nach gegenwärtiger Rechtsauffassung des BMG wird zukünftig ein Bachelorabschluss an einer (Fach-) Hochschule als Einstieg zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutenausbildung ausreichen. **Wolfgang Groeger** legt in seinem Beitrag mit großer Stringenz die Rahmenbedingungen zur Neugestaltung von Studienabschlüssen dar und begründet eindrücklich die Notwendigkeit des Masterabschlusses für beide Ausbildungen. Zugleich entwickelt er im Schlussteil ganz neue Überlegungen, wie zukünftig Hochschulstudium und Aus-, bzw. in seiner Diktion Weiterbildung zum Psychotherapeuten geregelt werden könnten. Mit diesen innovativen Gedanken eröffnet er eine Diskussion, die deutlich über bisherige Ansätze hinausreicht.

Uwe Hartmann wirft in seinem Beitrag die Frage auf, inwieweit die Behandlung sexueller Störungen ein Zukunftsfeld der psychologischen Psychotherapie sein kann. Schon in der Fragestellung liegt die Provokation, gehören doch sexuelle Störungen im Selbstverständnis vieler Kolleginnen und Kollegen zum ureigensten Behandlungsrepertoire. Kenntnisreich stellt er diesen Arbeitsbereich vor und begründet die Notwendigkeit qualifizierter Weiterbildungsmöglichkeiten in Sexualtherapie. Er begrüßt insbesondere das mit einem Zertifikat endende Fortbildungscurriculum zu diesem Bereich, das von der niedersächsischen Psychotherapeutenkammer verabschiedet wurde. Implizit wird in diesem Beitrag das Spannungsfeld zwischen Fortbildungs- und Weiterbildungsregelungen erneut sichtbar. Die Arbeit von **Lothar Wittmann** unter Rezensionen eine neuere Übersichtsarbeit zu „Sexualstörungen“ vor.



Kontrastierend zum Thema „Sexualstörungen“ der Beitrag von **Lisa Schneider** zur Thematik „Lesbische Frauen in der Psychotherapie“, der in seinem historischen Teil die Zeiten beleuchtet, als gleichgeschlechtliche Orientierungen in der Psychotherapie noch als sexuelle Störungen galten und einer Behandlung zuzuführen waren. Vor diesem Hintergrund lassen sich ihre Empfehlungen für die psychotherapeutische Arbeit mit lesbischen Frauen gut verstehen, die einerseits psychotherapeutische Grundhaltungen reflektieren, andererseits aber auch spezifische Aspekte einer solchen Behandlungssituation beleuchten, ohne in alte Störungsbegriffe zurückzufallen.

Unter „Recht aktuell“ setzt sich **Hartmut Gerlach**, ergänzt durch **Heiner Vogel**, im Schwerpunkt erneut mit den Tarifauseinandersetzungen im Öffentlichen Dienst, insbesondere im Gesundheitssektor auseinander. Die Rubriken „Aktuelles aus der Forschung“ und „Rezensionen“ runden wie gewohnt dieses letzte Heft des Jahres 2006 ab.

Abschließend möchte ich Ihnen ein beruflich gelingendes und persönlich befriedigendes Neues Jahr 2007 wünschen.

Ihr

Karl Heinz Schrömgens (Bremen)
Mitglied des Redaktionsbeirates

Inhalt

Editorial	337
Artikel	340
<i>Groeger, W. M.</i> Psychotherapie-Ausbildung im Rahmen der Bachelor-/Masterstudienreform. Was sich alles ändert, wenn sich nichts ändert – und wie sich das ändern lässt	340
<p>Die Einführung der Bachelor-/Masterstudiengänge im Rahmen des „Bologna-Prozesses“ verschärft die Unterschiede in den Zulassungsvoraussetzungen zur Psychotherapieausbildung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Sind derartige Unterschiede sinnvoll, gerechtfertigt und berufs- und gesundheitspolitisch gewollt? Orientiert an den Zielen einer qualitativ hoch stehenden Berufsausübung werden Schlussfolgerungen für eine Änderung der Eingangsqualifikationen und der Psychotherapieausbildung gezogen, mit denen sich die bestehenden berufsrechtlichen Unterschiede zwischen beiden Berufsgruppen überwinden lassen.</p>	
<i>Hartmann, U.</i> Therapie sexueller Störungen: ein Zukunftsfeld der Psychologischen Psychotherapie?	353
<p>Zur Einführung eines Fortbildungscurriculums zum Erwerb der ankündigungsfähigen Bezeichnung „Sexualtherapie“ durch die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen wird der Frage nachgegangen, inwieweit die Therapie sexueller Störungen ein Zukunftsfeld der Psychologischen Psychotherapie ist. Die Analyse zeigt, dass der hohen Prävalenz von Sexualstörungen eine ausgeprägte Unterversorgung gegenübersteht, wodurch sich der Psychologischen Psychotherapie ein wichtiges und interessantes Spezialisierungsfeld eröffnet.</p>	
<i>Schneider, L.</i> Lesbische Frauen in der Psychotherapie: Historische Hintergründe und Empfehlungen für die therapeutische Arbeit	366
<p>Die Situation lesbischer Frauen in einer Psychotherapie gleicht in vielen Aspekten der heterosexueller Frauen, weist aber auch einige deutliche Unterschiede auf. In diesem Artikel werden die Diskriminierungen und Pathologisierungen homosexueller Lebensweisen in der Geschichte der Psychotherapie aufgezeigt und Anregungen gegeben für einen feinfühligem und wertschätzenden Umgang mit dieser Klientinnengruppe.</p>	
Zur Diskussion	377
<i>Bleckwedel, J.</i> Jenseits von Richtungen und Schulen wartet die Vernunft	
Recht: Aktuell	380
<i>Gerlach, H. & Vogel, H.</i> Tarifauseinandersetzungen in Krankenhäusern und die Psychotherapeuten	
Aktuelles aus der Forschung	385
<i>Bunk, D.</i>	
Buchrezensionen	389
<i>Wittmann, L.</i> Nissen, G., Csef, H., Berner, W. & Badura, F. (Hrsg.) (2005). Sexualstörungen. Ursachen Diagnose Therapie. Darmstadt: Steinkopff.	
<i>Hölzer, K.</i> Siebenhüner, G. (2005). Frieda Fromm-Reichmann. Pionierin der analytisch orientierten Psychotherapie von Psychosen. Gießen: Psychosozial-Verlag.	

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern	392
Bundespsychotherapeutenkammer	392
Baden-Württemberg	396
Bayern	400
Berlin	406
Bremen	409
Hamburg	413
Hessen	419
Niedersachsen	423
Nordrhein-Westfalen	429
Rheinland-Pfalz	434
Saarland	436
Schleswig-Holstein	437
Artikelverzeichnis 2006	442
Kontaktdaten der Kammern	443
Kleinanzeigen	444
Inserentenverzeichnis	446
Impressum	448

Hinweis:

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

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

**I
V
S**

**Institut für Verhaltenstherapie
Verhaltensmedizin und
Sexuologie**
- staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2000

Ergänzungscurriculum Verhaltenstherapie
Blockseminare vom 27.04. – 09.12.2007 – 106 Weiterbildungseinheiten

Verhaltenstherapie in Gruppen

Theorie-Curriculum zur Abrechnungsberechtigung - Termine: 30.6. u. 1.7. / 27. u. 28.10. / 10. u. 11.11.2007

Vorankündigung: 5. Fachtagung des IVS am 23. u. 24. Juni 2007

**Thema: Achtsamkeit, Akzeptanz und Mitgefühl - Die sogenannte dritte Welle der
Verhaltenstherapie (u.a. mit Jon Kabat-Zinn u. Lene Handberg)**

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

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

Psychotherapie-Ausbildung im Rahmen der Bachelor-/Masterstudienreform

Was sich alles ändert, wenn sich nichts ändert – und wie das geändert werden kann

Wolfgang M. Groeger

Ruhr-Universität Bochum, Zentrum für Psychotherapie

Zusammenfassung: Ausgehend von einer Gegenüberstellung der Vorgaben zur Einführung der Bachelor-/Masterstudiengänge im Rahmen des „Bologna-Prozesses“ und der Zulassungsvoraussetzungen zur Psychotherapieausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz wird untersucht, welche Konsequenzen sich aus der Studienreform ergeben. Als kritisch erweisen sich dabei die unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen zur Ausbildung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die sich unter den Bedingungen der Studienreform noch zuspitzen. Es wird gefragt, ob derart unterschiedliche Eingangsqualifikationen sinnvoll und gerechtfertigt sind, ob sie berufs- und gesundheitspolitisch gewollt werden, welche Konsequenzen damit verbunden sind, ob Änderungen erforderlich sind und wie diese durchgesetzt werden können. Orientiert an den Zielen einer qualitativ hoch stehenden Berufsausübung und Gesundheitsversorgung werden Schlussfolgerungen für eine Neuregelung der Zulassungsvoraussetzungen und für eine Neukonzeption der Psychotherapieausbildung gezogen, die geeignet sind, zu einer Überwindung der bestehenden berufsrechtlichen Unterschiede zwischen beiden Berufsgruppen beizutragen und den Nachwuchs an approbierten Psychotherapeuten zu fördern.

Drei Wochen vor Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes¹ im Juni 1998 vereinbarten die Bildungsminister von Frankreich, Deutschland, Italien und Großbritannien im Mai 1998 in Paris eine zwischenstaatliche Erklärung zur Harmonisierung der europäischen Hochschulbildung. Im Jahr darauf unterzeichneten 29 europäische Nationen die so genannte Bologna-Deklaration in der Absicht, bis zum Jahr 2010 einen einheitlichen europäischen Hochschulraum zu schaffen. In den alle zwei Jahre stattfindenden Nachfolgekonferenzen, die seitdem den so genannten Bologna-Prozess begleiten, ist die Anzahl der beteiligten Nationen inzwischen auf 40 angewachsen. Für Deutschland haben sich Bund und Länder in bemerkenswerter Einmütigkeit auf den Bologna-Prozess verpflichtet und die Reform des deutschen Hochschulwesens seitdem en-

ergisch vorangetrieben. Den aktuellen Statistiken der Hochschulpolitik² zufolge wurden im Sommersemester 2006 an deutschen Hochschulen bereits 4.094 Bachelor- und Masterstudiengänge angeboten; dies entsprach mit Stand vom 01.03.2006 einem guten Drittel (36%) aller Studiengänge an deutschen Hochschulen. Die Reform hat längst auch die (sozial-)pädagogischen Fächer und das Fach Psychologie erreicht: so schlossen im Sommer 2005 an der Ruhr-Universität Bochum die ersten Absolventen des reformierten Psychologiestudiums mit dem Grad eines „Bachelor of Science“ ab und begannen in der Mehrzahl im Oktober 2005 mit dem Master-Studium.

Für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bleibt diese Entwicklung nicht

ohne Folgen. Zu fragen ist, wie sich die Veränderung der Studiengänge und -abschlüsse auf die Psychotherapieausbildung auswirkt, wenn das Psychotherapeutengesetz im Hinblick auf die Zulassung zur Ausbildung unverändert bleibt. Die Brisanz dieser Frage erschließt sich, wenn man sich vor Augen hält, dass je nach Regelung der Zulassungsvoraussetzungen resultieren wird, dass sich die Ausbildungsdauer bis zur Approbation verkürzt oder verlängert, dass der Nachwuchs approbierter Psychotherapeuten durch eine Quotierung im Übergang von der ersten zur zweiten Studienstufe erleichtert oder erschwert wird, dass die Qualifikationsunterschiede innerhalb und zwischen den beiden Berufsgruppen zu- oder abnehmen und dass die Grundlage jeder akademischen Ausbildung – die Einheit von Forschung, Lehre und Praxis – erhalten bleibt oder verloren geht. Auf längere Sicht gesehen, wird damit von den Antworten nicht weniger abhängen als die Zukunft unserer Heilberufe, der Verlust oder der Erhalt und Ausbau unserer Position im Gesundheitswesen und nicht zuletzt eine Verschärfung oder Aufhebung der bestehenden berufsrechtlichen Unterschiede zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

1 Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG). Bundesgesetzblatt, 1998, I, S. 1311 ff.

2 Statistische Daten zur Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen Sommersemester 2006. Herausgegeben von der Hochschulrektorenkonferenz, Bonn, April 2006.

Kleine Anzeigen – mit großer Wirkung!

Der neue Kleinanzeigenmarkt im Psychotherapeutenjournal

Eintrag ins Branchenverzeichnis pro Zeile und Rubrik

€ 11,-

Für den ersten Grundeintrag mind. 4 Zeilen (1-spaltig, 41 mm breit), der Eintrag läuft bis auf Widerruf, mind. aber in 4 hintereinanderfolgenden Ausgaben.

Aus-, Fort-, Weiterbildung

Dienstleistungen

Fachliteratur

Rechtsanwälte

Softwareunternehmen

Versicherungen

Kliniken/Rehazentren:

Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit

Drogenentzug/-entwöhnung

Kinder-/Jugendtherapie, -psychiatrie

Psychosomatische Erkrankungen

Fordern Sie hierzu unsere ausführlichen Mediadaten an.

Suchterkrankungen

Psychiatrie

Rehaeinrichtungen

Mutter-Kind-Kurheime

Grundeintrag 4 Zeilen (1-spaltig, 41 mm breit)

Anderes Format: _____ Zeilen (1-spaltig, 41 mm breit)

Private Stellenanzeigen rund um die Praxis pro mm

€ 2,65

(1-spaltig, 41 mm breit), Mindesthöhe 20 mm.

Intervention

Praxisverkauf

Verschiedenes

Jobsharing

Praxisvermietung

andere*: _____ (*in Absprache mit dem Verlag)

Praxisgesuche

Stellenangebote

Praxistausch

Stellengesuch

(Format: 41 mm breit x _____ mm hoch (mind. 20 mm))

(Chiffre (zzgl. 15,- Gebühr))

Gelegenheits-/Kleinanzeigen pro mm

€ 3,50

(1-spaltig, 41 mm breit), Mindesthöhe 20 mm

(Format: 41 mm breit x _____ mm hoch (mind. 20 mm))

(Chiffre (zzgl. 15,- Gebühr))

Ab sofort heißt es beim Psychotherapeutenjournal – **Online buchen und Geld sparen!** Denn unter <http://www.ptv-anzeigen.de> können Sie Ihren Anzeigenauftrag ausfüllen und an uns senden. Hier sehen Sie auch gleich, wie Ihre Anzeige erscheint. Natürlich können Sie uns auch weiterhin Ihren Anzeigenauftrag per Fax übermitteln und wir erstellen Ihre Anzeige. Allerdings müssen wir Ihnen die anfallenden Bearbeitungskosten von € 10,- in Rechnung stellen.

Fax-Nr.: 0 62 21 / 43 71 09

Text: (**fett** zu druckenden Text bitte so markieren)

Name/Vorname/Firma _____

Straße _____

Ort _____

Telefon/Fax _____

E-Mail _____

Datum/Unterschrift _____

Anzeigenschluß der nächsten Ausgabe ist der 23.02.2007

Sie haben Fragen? Ihre Mediaberatung hilft Ihnen gerne weiter:

Claudia Kampmann-Schröder

Tel.: 06221/43 70 42, Fax: 06221/43 71 09, Mail: anzeigen@psychotherapeutenjournal.de

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg
Tel.: 06221/489-0, Fax: 06221/489-529, www.psychotherapeutenjournal.de

Zur Auseinandersetzung mit diesen Fragen werden im Folgenden die Essentials der Studienreform, die Zulassungsregelungen gemäß Psychotherapeutengesetz im Hinblick auf die reformierten Studienabschlüsse und die daraus resultierenden Probleme dargestellt, um abschließend berufs- und gesundheitspolitisch wünschenswerte Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

1. Die Studienreform im Rahmen des Bologna-Prozesses

Zentrale Momente des Bologna-Prozesses sind die Einführung gestufter Studiengänge und -abschlüsse, die internationale Verständlichkeit und Vergleichbarkeit der Abschlüsse sowie die Einführung eines einheitlichen Leistungspunktesystems. Die erste Studienstufe schließt in der Regel nach 6 Semestern und 180 „Leistungspunkten“ mit dem Grad eines Bachelors ab, die zweite Stufe nach 4 Semestern und weiteren 120 „Leistungspunkten“ mit dem Grad eines Masters; die wissenschaftliche Laufbahn kann mit einem Doktoratsstudium noch um eine dritte Stufe ergänzt werden. Die Leistungspunkte sind so definiert, dass ein Punkt einer Arbeitsbelastung („work load“) des Studierenden im Präsenz- und Selbststudium von 30 Stunden entspricht; die gesamte Arbeitsbelastung beträgt damit pro Studienjahr 1.800 Stunden. Die Vergleichbarkeit der Studiengänge wird vor allem durch Modularisierung erreicht, die Verständlichkeit der Abschlüsse durch das so genannte „Diploma Supplement“, das für Masterstudiengänge zwingend vorgeschrieben ist und Auskunft über das dem Abschluss zugrunde liegende Studium im Einzelnen erteilt³.

In dem hier zur Debatte stehenden Kontext besonders hervorzuheben ist darüber hinaus⁴,

- dass sowohl der Bachelor- als auch der Masterstudiengang jeweils zu einem eigenständigen berufsqualifizierenden Abschluss führen muss,
- dass sowohl Universitäten als auch Fachhochschulen Bachelor- und Masterstudiengänge anbieten können, dass die bisherige Kennzeichnung der Fachhochschulabschlüsse durch den Zusatz

„FH“ entfällt und dass nicht nur die Masterabschlüsse der Universitäten, sondern auch diejenigen der Fachhochschulen zur Promotion berechtigen,

- dass Masterstudiengänge konsekutiv (aufbauend auf einem spezifischen Bachelorabschluss), nicht-konsekutiv (ohne durchgängigen Bezug zum vorausgehenden Bachelorstudium) oder weiterbildend (aufbauend auf beruflichen Erfahrungen) eingerichtet werden können,
- dass unterschiedliche Studienprofile sich in den Abschlussbezeichnungen ausdrücken sollen – theorieorientierte Studiengänge wie Geistes- und Sozialwissenschaften vergeben die akademischen Grade Bachelor of Arts (B.A.) und Master of Arts (M.A.), naturwissenschaftliche Fächer die akademischen Grade Bachelor of Science (B.Sc.) und Master of Science (M.Sc.); bei „Mischformen“ soll die Bezeichnung gewählt werden, deren Bedeutung im Studiengang überwiegt; bei nicht-konsekutiven und bei Weiterbildungs-Studiengängen dürfen auch ganz andere, frei gewählte Bezeichnungen verwendet werden;
- dass der Bachelorstudiengang die wissenschaftlichen Grundlagen eines Faches, Methodenkompetenz und berufsfeldbezogene bzw. praxisorientierte Qualifikationen vermitteln soll und
- dass der Masterstudiengang zu darüber hinausgehenden Qualifikationen in der Entwicklung und Anwendung eigenständiger Ideen in forschungs- oder anwendungsorientierten Projekten führen soll; die Hochschule legt hierbei ein „stärker anwendungsorientiertes“ oder „stärker forschungsorientiertes“ Profil fest, das dann in der Akkreditierung festgeschrieben wird⁵.

Diese und viele weitere Punkte – etwa die laufbahnrechtliche Zuordnung der Masterabschlüsse zum gehobenen bzw. zum höheren öffentlichen Dienst⁶ – wurden seit 1999 in zahlreichen Beschlüssen der Kultusministerkonferenz (zum Teil gemeinsam mit der Innenministerkonferenz und der Hochschulrektorenkonferenz) verbindlich vorgegeben. Wer sich hier näher informieren möchte, sei auf die Homepages des Bundesministeriums für Bildung und Forschung

(<http://www.bmbf.de> → Bildung → Hochschulreform → Bologna-Prozess) und der Service-Stelle Bologna der Hochschulrektorenkonferenz (<http://www.hrk-bologna.de> → Bologna für Hochschulen) verwiesen. Zur Veranschaulichung der gestuften Studienabschnitte sei an dieser Stelle eine Abbildung eingefügt (entnommen der Homepage der Hochschulrektorenkonferenz), ehe wir uns im Folgenden mit der Verortung der Psychotherapieausbildung in diesem Ablaufschema beschäftigen.

2. Die Zulassungsvoraussetzungen zur Psychotherapieausbildung in Anwendung auf die neuen Bachelor-/Masterstudienabschlüsse

Mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1. Januar 1999 war für alle Betroffenen hinreichend klar, wie die Zulassungsvoraussetzungen zur Psychotherapieausbildung nach § 5 Abs. 2 PsychThG bzgl. inländischer Studienabschlüsse zu verstehen waren: für eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bedurfte es einer Abschlussprüfung im Studiengang Psychologie einschließlich Klinischer Psychologie „an einer Universität oder gleichgestellten Hochschule“, für eine Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bedurfte es entweder desselben Abschlusses oder einer Abschlussprüfung in den Studiengängen Pädagogik/Heilpädagogik oder Sozialpädagogik/Sozialarbeit „an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule“. In der hochschulrechtlichen Terminologie sind mit den kursiv hervorgehobenen

3 Rahmenvorgaben für die Einführung von Leistungspunktesystemen und die Modularisierung von Studiengängen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.09.2000 i.d.F. vom 22.10.2004.

4 Ländergemeinsame Strukturvorgaben gemäß § 9 Abs. 2 HRG für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 i.d.F. vom 22.09.2005.

5 Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 21.04.2005.

6 Vereinbarung „Zugang zu den Laufbahnen des höheren Dienstes durch Masterabschluss an Fachhochschulen“. Beschluss der Innenministerkonferenz vom 06.06.2002 und der Kultusministerkonferenz vom 24.05.2002.

leicht unterschiedlichen Formulierungen klar voneinander abgegrenzte Bedeutungen verbunden. Die Bezeichnung „staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule“ schließt sämtliche Hochschulen ein, meint also sowohl Universitäten als auch Fachhochschulen (und – hier zu vernachlässigen – Kunst- und Musikhochschulen), während die Bezeichnung „Universität oder gleichgestellte Hochschule“ die Fachhochschulen ausschließt (die den Universitäten gleichgestellten Theologischen und Pädagogischen Hochschulen können in Bezug auf das Psychologiestudium außer Acht gelassen werden).

Schmalspurausbildung für die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen?

Der Gesetzgeber hat damit unterschiedliche Eingangsqualifikationen für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bestimmt – getreu der deutschen Bildungstradition, dass die Qualifikation professioneller Dienstleister sich proportional zum Alter der Schutzbefohlenen zu verhalten habe: für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen genügt ein kürzeres, praxisorientiertes und berufsbezogenes Studium (so die Definition des Studienangebots der Fachhochschulen), während ein länger dauerndes, theoretisch ausgerichtetes und forschungsorientiertes Studium (so die entsprechende Definition für die Universitäten) erforderlich ist, um darüber hinaus auch Erwachsene behandeln zu dürfen. Hier darf man mit Borg-Laufs & Vogel (2005) durchaus anderer Auffassung sein; auf die Sinnhaftigkeit dieser Regelung, die in keiner Weise den Ansprüchen genügt, die ansonsten an Ausbildungsgänge akademischer Heilberufe gestellt werden, wird noch zurückzukommen sein.

Wie sieht diese auf die herkömmlichen Diplomstudiengänge bezogene Ausgangssituation für die neuen Bachelor- und Masterabschlüsse aus? In der Fachöffentlichkeit dominierte zu dieser Frage zunächst die Auffassung, die Regelungen des § 5 Abs. 2 PsychThG müssten präzisiert werden, um klarzustellen, welcher Abschluss zukünftig den Zugang zur Psychotherapieausbildung eröffnen soll (vgl.

Alpers & Vogel, 2004; Borg-Laufs & Vogel, 2005; Ruggaber, 2005; Alpers, 2006). So äußerten z.B. Borg-Laufs & Vogel (2005, S. 396) im Hinblick auf die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten die Sorge, dass unter bestimmten Bedingungen der Bachelorabschluss als ausreichend erachtet werden könnte: „dann hätte der B.A./B.Sc.-Absolvent im Rahmen der derzeitigen Gesetzeslage einen Anspruch auf Zulassung zur Psychotherapie-Ausbildung.“

Mittlerweile hat sich diese Sorge als unzutreffend herausgestellt, da im Rahmen des Bologna-Prozesses Regelungen getroffen wurden, wie bisherige und neue Studienabschlüsse gleichzustellen sind. Laut Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 i.d.F. vom 22.09.2005⁷ gilt für die Wertigkeit der Bachelor- und Masterabschlüsse:

- „Bachelorabschlüsse verleihen grundsätzlich dieselben Berechtigungen wie Diplomabschlüsse an Fachhochschulen“,
- „Masterabschlüsse verleihen dieselben Berechtigungen wie Diplom- und Magisterabschlüsse an Universitäten und gleichgestellten Hochschulen“. Noch schärfer gefasst ist diese Bestimmung in einem Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 12.06.2003⁸, demzufolge diese Gleichstellung nur für **konsequente** Masterabschlüsse gilt.

Bei gleich bleibender Gesetzeslage und regelungskonformer Auslegung ergibt sich aus dieser Äquivalenzregelung, dass im Hinblick auf die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ein Masterabschluss unabdingbar ist. Es ergibt sich aber auch, dass zukünftig die Eingangsqualifikationen für eine Psychotherapieausbildung noch deutlicher differieren als bisher: Psychologische Psychotherapeuten benötigen den (konsequente) Masterabschluss einer Universität, dem 5 Studien-

⁷ Ländergemeinsame Strukturvorgaben gemäß § 9 Abs. 2 HRG für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 i.d.F. vom 22.09.2005.

⁸ 10 Thesen zur Bachelor- und Masterstruktur in Deutschland. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 12.06.2003.



15. World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP and
XXVIII. International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V.

What is new in psychiatry and psychotherapy?

Creative dimensions in modern treatment

May 15th – 18th 2007

Bekhterev Psychoneurological Institute, St Petersburg, Russia

Kongress-Sprache englisch

Anmeldung:

Deutsche Akademie für Psychoanalyse
c/o Dipl.-Psych. Monika Dworschak
Goethestr. 54, 80336 München
Tel.: 08131-66 78 84
email wadpcongress2007@dynpsych.de
http://www.wadp-congress.de

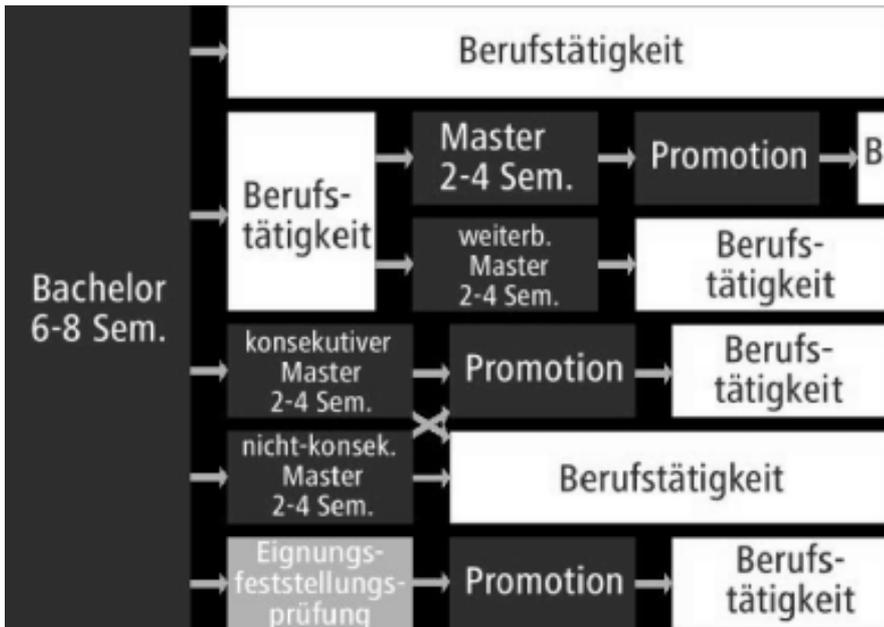
4. Wissenschaftliche Fachtagung des bkj

„Was wirkt?“ – Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Vom 2. bis 4. März 2007 in Frankfurt/Main, Fachhochschule

Infos über:

Berufsverband der Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten,
Brunnenstraße 53,
65307 Bad Schwalbach,
Tel.: 06124-726087,
Fax: 06124-726091,
E-Mail: bkj.bgst@t-online.de
und www.bkj-ev.de



jahre und 300 Leistungspunkte gleich 9.000 Stunden Arbeitsaufwand zugrunde liegen; die Zulassung unterliegt hier in etwa denselben Voraussetzung wie die Promotionsphase in der obigen Abbildung. Dagegen ist für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Bachelorabschluss einer (Fach-)Hochschule mit 3 Studienjahren und 180 Leistungspunkten gleich 5.400 Stunden Arbeitsaufwand ausreichend; die Ausbildung kann in diesem Fall ebenso wie die Berufstätigkeit oder ein Masterstudium gleich nach dem Bachelorabschluss aufgenommen werden.

Kultusministerien und Bundesgesundheitsministerium wollen die Äquivalenzregelung umsetzen: Master für Psychologische Psychotherapie, Bachelor für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Tatsächlich hat die Kultusministerkonferenz mittlerweile diese Auswirkung der Gesetzeslage und „Ländergemeinsamen Strukturvorgaben“ gegenüber der „Arbeitsgemeinschaft Zugang zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ (AZA-KJP) formaljuristisch bestätigt. Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass jegliche einschlägigen (Psychologie einschließlich Klinischer Psychologie) „Abschlüsse auf der Masterebene die Voraussetzungen für die Zulassung zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten“⁹ erfüllen, während den Zugang zur Ausbildung als

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut „auch die Abschlüsse der Bachelor-ebene der entsprechenden Fachrichtungen“ eröffnen. Sollten derart differierende Eingangsqualifikationen fachlich-inhaltlich auf Bedenken stoßen, ließe sich „nur durch den Gesetzgeber im Wege einer entsprechenden Änderung des Psychotherapeutengesetzes“ Abhilfe schaffen; zuständiger Ansprechpartner hierfür sei das Bundesministerium für Gesundheit. Von dort liegen nicht nur gleichlautende Äußerungen zu den unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen vor, sondern zugleich werden Bedenken gegen eine Gesetzesänderung in Richtung auf den fachintern geforderten einheitlichen Zugang auf Masterebene vorgetragen: „Wollte man den Zugang zur Ausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von einem Masterabschluss in Pädagogik oder Sozialpädagogik abhängig machen, käme das einer materiellen Rechtsänderung gleich, die zudem als Einschränkung des Berufszugangs anhand der Kriterien des Art. 12 Grundgesetz zu rechtfertigen wäre.“¹⁰

Kürzung der Studiendauer für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten um bis zu 4 Semester

Fachintern stößt dieses Nebenprodukt des Bologna-Prozesses, an das zweifellos niemand gedacht hat, als die „Ländergemeinsamen Strukturvorgaben“ beschlossen

wurden, auf erhebliche Bedenken (vgl. Borg-Laufs, 2006). So verschärfen sich nicht nur die Unterschiede im zeitlichen Aufwand für den Zugang zur Psychotherapieausbildung – Zunahme um ein Semester für eine Psychotherapieausbildung mit Grundstudium Psychologie von 9 auf 10 Semester Regelstudienzeit, bestenfalls gleichbleibender Aufwand, schlechtestenfalls aber Abnahme um bis zu vier Semester bei Psychotherapieausbildung mit Grundstudium (Sozial-)Pädagogik von 7 bis 8 (Fachhochschule) bzw. 8 bis 10 (Universität) auf 6 bis 8 Semester Regelstudienzeit –, sondern es verschärfen sich damit auch die Unterschiede im Status und im Kompetenzprofil innerhalb der beiden Berufsgruppen und zwischen ihnen je nach Studium in einem für Psychotherapeuten wie Patienten höchst bedenklichen Ausmaß. Geteilt wurden diese Bedenken auf Seiten der Gesundheitspolitik und -verwaltung bislang nur von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), die für die Ausformulierung und Konkretisierung der Zulassungsvoraussetzungen zuständig ist, wie sie von den Landesprüfungsämtern anzuwenden sind. Hier wurde im April 2006 der Beschluss¹¹ gefasst, dass bei **beiden** Berufsgruppen auf den Masterabschluss abzustellen sei – ein Beschluss, der mittlerweile schon wieder überholt sein dürfte: nach jüngsten Informationen¹² haben sich die Gesundheitsministerien der Länder darauf geeinigt, der Position des Bundesministeriums zu folgen.

Angesichts dieser Gemengelage soll im Folgenden aufgezeigt werden, welche Probleme sich aus der Beibehaltung der Zulassungsvoraussetzungen unter den Bedingungen der Studienreform ergeben, ob

9 Dr. Angelika Hüfner, i.V. Generalsekretär der Kultusministerkonferenz: Schreiben an den Sprecher der AZA-KJP vom 07.06.2006.
 10 Karin Knufmann-Happe, Ministerialdirektorin im Bundesministerium für Gesundheit: Schreiben an den Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer vom 12. Mai 2006.
 11 Ergebnismitschrift über die 17. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden am 06./07. April 2006 in Magdeburg.
 12 Prof. Dr. Rainer Richter und Hans Bauer, Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer: Schreiben an die Landespsychotherapeutenkammern vom 15. September 2006.

die daraus resultierenden Qualifikationsunterschiede für die beiden psychotherapeutischen Heilberufe gerechtfertigt und sachdienlich sind, ob sie berufs- und gesundheitspolitisch gewollt sind – und, wenn all dies **nicht** zutrifft, wie sie unter Berücksichtigung der Argumente gegen eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes aufgelöst werden können.

3. Die Folgen unveränderter Anwendung der Zulassungsvoraussetzungen auf die neuen Bachelor-/Masterstudienabschlüsse

Bleiben die Zulassungsvoraussetzungen zur Psychotherapieausbildung nach § 5 Abs. 2 PsychThG unverändert, so ergibt sich in der Anwendung auf die reformierten Studienabschlüsse eine Reihe von Problemen, die in ihrer Gesamtheit bisher noch nicht umfassend bedacht, geschweige denn gelöst worden sind. Genannt sei hier zuerst der in den vorhergehenden Abschnitten aufgezeigte Widerspruch zwischen einerseits der unmissverständlichen

gesetzlichen Formulierung, dass es für eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten einer Abschlussprüfung im Studiengang Psychologie einschließlich Klinischer Psychologie „an einer Universität oder gleichgestellten Hochschule“ bedarf, und andererseits der von der Kultusministerkonferenz hervorgehobenen Äquivalenzregelung, der zufolge zukünftig auch der Masterabschluss einer Fachhochschule den Zugang ermöglichen wird. Wie soll dieser Widerspruch für alle an einer Ausbildung Interessierten nachvollziehbar aufgelöst werden, ohne entweder das Psychotherapeutengesetz oder die „Ländergemeinsamen Strukturvorgaben“ zu modifizieren? Dass dies keine theoretische Frage ist, sondern ein praktisches Problem, das im Zweifelsfall gerichtlich geklärt werden wird, wenn der Gesetzgeber untätig bleibt, ergibt sich daraus, dass es einen solchen Fachhochschulstudiengang bereits gibt: den Master of Science in Rehabilitationspsychologie der Fachhochschule Magdeburg-Stendal, der bei den Studieninhalten auch das Fach Klinische Psycho-

logie und Psychotherapie einschließt. Handelt es sich hierbei noch um einen **konsekutiven** Studiengang mit einer dementsprechend fundierten und durchgängigen Ausbildung vom 1. bis zum 10. Semester, so werden die Zulassungsvoraussetzungen noch weiter verwässert, wenn wirklich **jeder** Masterabschluss im Fach Psychologie zur Ausbildung als Psychologischer Psychotherapeut berechtigen soll, also auch ein Master auf der Basis eines **weiterbildenden** oder **nicht-konsekutiven** Studiengangs. Wird der Anspruch auf ein **konsekutives** Bachelor-/Masterstudium im Gegensatz zu dem oben erwähnten Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 12.06.2003¹³ aufgegeben, wäre offen, ob demnächst nicht auch ein Lehrer, der irgendwann noch den weiterbildenden Studiengang „Psychologie mit schulpsychologischem Schwerpunkt“ beispielsweise

¹³ 10 Thesen zur Bachelor- und Masterstruktur in Deutschland. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 12.06.2003.



Fachklinik Kamillushaus GmbH

Heidhauser Str. 273, 45239 Essen
Tel.: 0201 / 8406-0, Fax: 0201 / 8406-180
info@kamillushaus.de, www.kamillushaus.de

Die Fachklinik Kamillushaus GmbH in Essen-Heidhausen ist eine moderne Klinik für Suchtkranke mit den Abteilungen **Institutsambulanz, Qualifizierte Entzugsbehandlung / Motivation, Stationäre Entwöhnung, ganztägig ambulante (tagesklinische) und ambulante Reha Sucht** mit insgesamt **101 Behandlungsplätzen**. Die Klinik steht in der christlichen Tradition und Trägerschaft des Kamillianer-Ordens mit dem Ziel der ganzheitlichen Betreuung, Behandlung und Rehabilitation suchtkranker Menschen. Kostenträger sind gesetzliche Krankenkassen und Rentenversicherungsträger.

Wir suchen für die Abteilung Stationäre Rehabilitation mit 60 Betten zum nächst möglichen Zeitpunkt zur Verstärkung unseres Teams

eine(n) approbierte(n) Diplom-Psychologin / Diplom-Psychologen

Die Aufgaben:

- psychologisch-diagnostische Leitung,
- gemeinsam mit dem die Abteilung leitenden Oberarzt die psychologisch-psychotherapeutische Koordination der Abteilung Stationäre Rehabilitation,
- konzeptionelle Weiterentwicklung und Weiterdifferenzierung des bestehenden Behandlungskonzeptes,
- Beteiligung an der Bezugstherapie.

Das Angebot:

- Eine vielseitige Tätigkeit mit großen Gestaltungsmöglichkeiten und attraktivem Umfeld.
- Eine dem Anforderungsprofil entsprechende Vergütung nach AVR.
- Supervision, Fort- und Weiterbildung.
- Möglichkeiten einer Nebentätigkeit.

Die Klinik liegt in landschaftlich reizvoller Lage im Süden des Essener Stadtgebietes in unmittelbarer Nähe zu Naherholungsgebiet Baldeneysee.

Wir erbitten Ihre Bewerbungsunterlagen unter Angabe des frühestmöglichen Eintrittstermins innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieser Anzeige. Bewerbungen bitte richten an den **Leitenden Arzt, Dr. med. B. Wessel**. Dieser steht Ihnen auch vorab für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Die Erwartungen:

- Mehrjährige praktische Erfahrung in Gruppen- und Einzeltherapie Suchtkranker,
- Unterstützung des christlichen Auftrages des Kamillianer-Ordens,
- Mitgliedschaft in einer christlichen Kirche.

Erwünscht:

- arbeits- und organisationspsychologische Erfahrung.

der Universität Bamberg – einschließlich Klinischer Psychologie! – absolviert, zur Ausbildung zugelassen werden muss.

Zulassung zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auf der Basis einer Leerformel mit paradoxen Ergebnissen

An diesem Beispiel wird deutlich, woran es eigentlich mangelt, so lange es nur um die formale Ebene des erforderlichen Abschlusses geht. Ungelöst bleibt auf der formalen Ebene vor allem die Frage, was der Gesetzgeber eigentlich meint, wenn er eine „Abschlussprüfung in den Studiengängen Pädagogik oder Sozialpädagogik“ für den Zugang zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung fordert. War diese Bestimmung bisher schon uneindeutig und hat dazu geführt, dass nicht nur Pädagogen und Sozialpädagogen, sondern auch Sonder- und Heilpädagogen, Sozialarbeiter und unter bestimmten Bedingungen Lehrer, Musik- und Kunsttherapeuten zugelassen wurden, so wird sie in Zukunft vollends zur auslegungsbedürftigen Leerformel mit zum Teil paradoxen Ergebnissen. Leerformel insofern, als sich die Studiengänge im Rahmen der Studienreform weiter ausdifferenzieren, unter ganz anderen Bezeichnungen auftauchen und unbestimmt bleibt, wann die Gesetzesvorgabe als erfüllt betrachtet werden kann und wann nicht. Auf welcher Grundlage soll z.B. über die Berücksichtigung oder Nicht-Berücksichtigung der akkreditierten Bachelorstudiengänge Angewandte Kindheitswissenschaften, Erziehungswissenschaft, Erziehung und Bildung im Kindesalter, Logopädie, Pädagogik der frühen Kindheit¹⁴ entschieden werden? Braucht es dazu nicht eine inhaltliche Spezifikation jenseits der Frage nach einem Bachelor- oder Masterabschluss, welche Kenntnisse und Fähigkeiten jemand mitbringen muss, der dazu qualifiziert sein soll, eine Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie aufzunehmen? Und braucht es diese Spezifikation nicht auch für die bisher als Eingangsqualifikation akzeptierten Fächer, um solche paradoxen Konstellationen wie im Fall des Studiengangs Soziale Arbeit zu vermeiden, der weitab von der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen beispielsweise mit den

Schwerpunkten Sozialtheologie, Erwachsene/Rehabilitation oder Alte Menschen absolviert werden kann?

Bleibt die gesetzliche Norm unverändert, obwohl der Gegenstand, auf den sie angewendet wird, sich wandelt, ergibt sich als eine weitere Paradoxie, dass Psychologen mit einem ersten berufsqualifizierenden (Bachelor-)Abschluss zukünftig anders als (Sozial-)Pädagogen von der Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ausgeschlossen werden. Sie müssen erst einen Masterabschluss in Psychologie einschließlich Klinischer Psychologie erwerben, ehe sie zur Ausbildung zugelassen werden. Was liegt hier näher als die Frage an das Bundesministerium für Gesundheit, wie diese Einschränkung des Berufszugangs anhand der Kriterien des Art. 12 Grundgesetz eigentlich gerechtfertigt wird? Ist hier tatsächlich kein Änderungsbedarf für das Psychotherapeutengesetz zu erkennen – oder sollen sich auch damit erst die Gerichte auseinandersetzen, ehe der Gesetzgeber tätig wird?

Noch schwerwiegender als solche eher rechtssystematischen Probleme stellen sich für uns Psychotherapeuten aber die fachlich-inhaltlichen Verwerfungen dar, die mit unterschiedlichen Eingangsqualifikationen in unsere beiden Heilberufe hineingetragen werden. Denn für uns und unsere Patienten hat es erhebliche berufs- und gesundheitspolitische Auswirkungen, wenn Psychologische Psychotherapeuten zukünftig regelhaft über den akademischen Mastergrad auf der Grundlage eines 5-jährigen, konsekutiven und forschungsorientierten Studiengangs verfügen, während Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Grundberuf (Sozial-)Pädagoge nur den akademischen Bachelorgrad auf der Basis eines 3- bis 4-jährigen, praxisorientierten Studiengangs mitbringen.

Auszugehen ist bei Analyse dieser Auswirkungen von der weiter oben bereits getroffenen Feststellung, dass die bisher bestehenden Unterschiede im akademischen Qualifikationsniveau verschärft werden, und zwar sowohl entlang einer Bruchlinie zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als auch innerhalb der

letzten genannten Berufsgruppe. Zwar sind mit dem Bachelorzugang auch Vorteile verbunden, die vor allem die kürzere Ausbildungsdauer und daraus resultierende geringere Ausbildungskosten und Nachwuchsprobleme für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten betreffen (vgl. Borg-Laufs & Vogel, 2005). Nachwuchsprobleme würden dabei nicht nur durch die kürzere Ausbildungsdauer reduziert, sondern zugleich durch den Wegfall einer Quotierung im Übergang vom Bachelor zum Masterstudium. Eine solche Quotierung ist in manchen Bundesländern vorgesehen und würde dazu führen, dass nur ein Teil der Bachelorabsolventen das Masterstudium aufnehmen kann. Entfielen dieses Nadelöhr im Übergang von erster zu zweiter Studienstufe, so stünden mehr potenzielle Interessenten zur Verfügung, die die Zulassungsvoraussetzungen für eine Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erfüllen.

Nur das Masterstudium vermittelt die für die psychotherapeutische Arbeit erforderlichen Basiskompetenzen

Diesen Vorteilen stehen jedoch schwerwiegende Nachteile gegenüber. So ist zunächst darauf hinzuweisen, dass den Bachelorabsolventen die Laufbahnen des höheren Dienstes verwehrt bleiben. Zu konstatieren ist des Weiteren ein Statusverlust in Relation zu Psychotherapeuten mit Psychologie- oder Medizinstudium, die über eine länger dauernde und wissenschaftlich qualifizierende Grundausbildung vor Eintritt in die Psychotherapieausbildung (bzw. bei Ärzten: Weiterbildung) verfügen, was sich u.a. in dem höheren akademischen Mastergrad und der Promotionsberechtigung äußert. Dass es sich dabei nicht nur um Äußerlichkeiten handelt, wird ersichtlich, wenn man sich die Kenntnis- und Kompetenzprofile laut dem eingangs erwähnten Qualifikationsrahmen für Deut-

¹⁴ Akkreditierte Studiengänge laut „Stiftung zur Akkreditierung von Studiengängen in Deutschland“. Internet-Zugang mit Stand vom 15. August 2006 unter: <http://www.akkreditierungsrat.de/>

sche Hochschulabschlüsse¹⁵ vor Augen hält. Danach verfügen erst die Absolventen der Masterebene über Basiskompetenzen, die für die psychotherapeutische Arbeit von höchster Relevanz sind: über die Fähigkeit zur Problemlösung auch in neuen und unvertrauten Situationen in einem breiten, multidisziplinären Zusammenhang; Wissen zu integrieren und mit Komplexität umzugehen; auch auf der Grundlage unvollständiger oder begrenzter Informationen wissenschaftlich fundierte Entscheidungen zu fällen und dabei gesellschaftliche, wissenschaftliche und ethische Erkenntnisse zu berücksichtigen; selbstständig sich neues Wissen und Können anzueignen; weitgehend autonom eigenständige forschungs- oder anwendungsorientierte Projekte durchzuführen; sich mit Fachvertretern und mit Laien auf wissenschaftlichem Niveau auszutauschen; in einem Team herausgehobene Verantwortung zu übernehmen. Da die Studienreform in Deutschland „nebenher“ auch das Ziel verfolgt, mit weniger oder bestenfalls gleichen Ressourcen mehr Absolventen in kürzerer Zeit zu einem akademischen Abschluss zu führen, muss davon ausgegangen werden, dass die Absolventen der Bachelorebene zukünftig tatsächlich nur noch über Kompetenzen verfügen, die unter das bisherige Niveau des Fachhochschuldiploms zurückfallen.

„Bachelor-Psychotherapeuten“ – eine Bedrohung des Berufsstandes und einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung

Mit dem im Vergleich zu dem bisherigen Diplomstudium kürzeren, stärker praxisorientierten und berufsbezogenen Bachelorstudium ist demzufolge ein Kompetenzprofil verbunden, das schon für die Phase der Psychotherapieausbildung zunehmende Probleme erwarten lässt (vgl. Groeger, 2003; Borg-Laufs & Vogel, 2005), wie sie von Ausbildungsstätten berichtet werden¹⁶ und wie sie Scherer et al. (2005) für die bisherigen Diplomstudiengänge bereits nachgewiesen haben. Der schwerwiegendste Nachteil dürfte allerdings darin zu sehen sein, dass ein Ausbildungsgang mit dem Kompetenzprofil der Bachelorebene mit der selbstständigen Ausübung der Heilkunde schlicht nicht vereinbar ist. Welcher Patient möchte wohl von einem Psychotherapeuten behandelt werden, der nicht in den o.a. Grundfähigkeiten ausgebildet wurde, die konstitutioneller Bestandteil jeder psychotherapeutischen Praxis sind: Fähigkeiten zur Problemlösung in neuen und unvertrauten Situationen, zum Umgang mit Komplexität, zu wissenschaftlich fundierten Entscheidungen auf der Grundlage unvollständiger Informationen? Der „Bachelor-Psychotherapeut“ wird nur noch über eine perzeptorische

wissenschaftliche Qualifikation verfügen, die weit hinter den Qualifikationsanforderungen zurückbleibt, die für alle anderen akademischen Heilberufe national und international üblich sind, so dass die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nicht mehr in der Hand eines großen Teils der Berufsangehörigen läge. Forschung, Lehre und Praxis würden entkoppelt – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten liefen Gefahr, langfristig den Status eines eigenständigen akademischen Heilberufs zu verlieren. Der Vorteil einer größeren Zahl an potenziellen Ausbildungsteilnehmern würde also mit einer Herabsetzung des Qualifikationsniveaus erkauft, das die Gefahr in sich birgt, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit (sozial-)pädagogischem Grundberuf auf den Rang eines psychotherapeutischen Assistenzberufs, eines „Heilhilfsberufs“ zu-

¹⁵ Qualifikationsrahmen für Deutsche Hochschulabschlüsse. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 21.04.2005.

¹⁶ Z.B. Dr. Beate Unruh, Vorsitzende der Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse und Psychotherapie, Albrecht Stadler, Vorsitzender des Albrecht-Adler-Instituts München & Dr. Tobias von Geiso, Vorsitzender der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München: Schreiben an den Ministerialdirektor des Bayerischen Staatsministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst vom 06.07.2006.

Systemische Kurztherapie und lösungsorientierte Beratung

Seit über 20 Jahren sind wir DER Fachverlag für praxisorientierte Fachliteratur!
Jetzt den neuen Katalog 2007 anfordern oder online herunterladen, stöbern und bestellen unter:

www.verlag-modernes-lernen.de



BORGSMANN MEDIA

 verlag modernes lernen  borgsmann publishing

Schleefstraße 14 • D-44287 Dortmund
Tel. (0231) 12 80 08 • FAX (0231) 12 56 40

rückfallen (vgl. Alpers & Vogel, 2004; Pietrowsky, 2005).

Aus all dem ergibt sich, dass die unveränderte Anwendung der Zulassungsnormen nach dem Psychotherapeutengesetz auf die neuen Studiengänge einen in seinen fatalen Konsequenzen kaum zu überschätzenden Rückschritt bedeutet. Jenseits der Psychotherapieausbildung und Approbation würde das Eingangsstudium in seiner Bedeutung aufgewertet und über Fragen der Eingruppierung, der Kompetenzen und des Status entscheiden; „Bachelor-Psychotherapeuten“ wären diejenigen, die weniger kosten, von denen sich Arbeitgeber, Kostenträger und Patienten aber auch weniger erwarten dürfen als von „Master-Psychotherapeuten“. In komplexeren Behandlungsfällen stünde zu befürchten, dass „Bachelor-Psychotherapeuten“ überfordert wären, so dass es vermehrt zu Behandlungsfehlern kommen kann. Am meisten würde dies die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten betreffen, von denen ein Großteil nicht mehr über die akademische Ausbildung und das Kompetenzprofil verfügen würde, welche die Basis für die Existenzberechtigung eines akademischen Heilberufs und für dessen eigenständige Ausübung bilden. Will man diese Bedrohung des Berufsstandes und einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung vermeiden, bleibt nur die alternative Möglichkeit, die Diskrepanzen in den Zulassungsvoraussetzungen zur Psychotherapieausbildung zu überwinden, indem einheitlich der Masterabschluss für jegliche Psychotherapieausbildung verbindlich vorgegeben wird.

Einheitliche Zugangsregelungen auf Masterebene zur Vermeidung der den Berufsstand und die Qualität der Gesundheitsversorgung bedrohenden Kompetenzdefizite

Kernbestandteile der Eingangsqualifikation auf Masterebene sind ein konsekutiver Studienaufbau und ein forschungsorientiertes Studienprofil, mit dem eine hohe wissenschaftliche Qualifikation sichergestellt wird. Genau diese Qualifikation ist der Masterebene vorbehalten und kann weder im Bachelorstudium noch in der Psychotherapieausbildung geleistet werden. Es

wäre geradezu paradox, käme es im Rahmen der Studienreform tatsächlich dazu, dass der Gesetzgeber einerseits Psychotherapie als Tätigkeit „mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren“ definiert (§ 1 Abs. 3 PsychThG), andererseits aber bei den Zugangsregelungen für (sozial-)pädagogische Studiengänge den wissenschaftlich qualifizierenden Teil der Ausbildung abschafft. Eine dahingehende Novellierung des Psychotherapeutengesetzes müsste folglich in aller Interesse liegen – nicht zuletzt auch im Interesse der Erhaltung eines psychotherapeutischen Versorgungsangebots für Kinder und Jugendliche auf demselben hohen Niveau wie für Erwachsene. Niemand wird ernsthaft bestreiten können, dass es keinerlei fachliche Begründung dafür gibt, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weniger qualifiziert auszubilden als Psychologische Psychotherapeuten. Im Gegenteil: mit Borg-Laufs & Vogel (2005) sei darauf hingewiesen, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ein hochkomplexes Arbeitsfeld darstellt und immer auch die Arbeit mit Erwachsenen, insbesondere Eltern und anderen Bezugspersonen einschließt. Hier ist kein Spielraum zu erkennen, der eine Absenkung der Ausbildungsanforderungen rechtfertigen könnte.

Es kann von daher nicht überraschen, dass sich die Vertreter der Selbstverwaltung, d.h. der Psychotherapeutenkammern auf Landes- und Bundesebene, der Berufs- und Fachverbände der (sozial-)pädagogischen Fachrichtungen sowie einer großen Zahl von Fachhochschulen und psychotherapeutischen Ausbildungsstätten auf die Forderung nach einem Masterabschluss auch für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geeinigt haben. Maßgeblich hat hierzu die „Arbeitsgemeinschaft Zugang zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ (AZA-KJP) beigetragen, in der die Bundespsychotherapeutenkammer, die Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit, der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit, der Berufsverband der Heilpädagogen, die Fachbereichstage Soziale Arbeit und Heilpädagogik, die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit ebenso wie einige psychotherapeutische Berufs- und Fachverbände und

Ausbildungsstätten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vertreten sind. Die AZA-KJP hat darüber hinaus erstmals inhaltliche Mindeststandards für die Zulassung zur Ausbildung konsentiert, die sich auf vier Studienbereiche – (1.) Modelle von Gesundheit, Krankheit, Normalität und Abweichung, (2.) Diagnostik und Interventionsplanung, (3.) Psychosoziale, pädagogische und klinische Interventionen, (4.) Forschungs- und Kontrollmethoden – im Umfang von 18 Leistungspunkten (gleich 540 Stunden Arbeitsaufwand) beziehen.¹⁷

Eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes ist unerlässlich

Inhaltlich begründetes Ziel berufspolitischer Initiativen war es demnach bisher, eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes zu fordern, mit der die Zulassungsvoraussetzungen zur Psychotherapieausbildung für beide Heilberufe einheitlich auf dem für eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung erforderlichen hohen Niveau definiert werden. Im Rahmen einer solchen Novellierung wäre darüber hinaus darauf hinzuwirken, dass psychotherapeutische Qualifikationen, die in vorangegangenen Ausbildungen erworben wurden, auf die Psychotherapieausbildung angerechnet werden können. Nach § 5 Abs. 3 PsychThG besteht diese Möglichkeit bisher nur für „andere abgeschlossene“ Ausbildungen. Diese Formulierung verhindert, dass Studieninhalte aus dem Studiengang angerechnet werden können, der zur Zulassung führt, da es sich hierbei eben um keine „andere“ Ausbildung handelt – und zwar auch dann, wenn die Studieninhalte über das hinausgehen, was als Zulassungsvoraussetzung geschuldet wird. Aufgrund der Ausdifferenzierung der neuen Studiengänge wird es hier aber zukünftig enorme Un-

¹⁷ AG Zugang zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AZA-KJP): Profil der Sozialberufe bei der Zulassung zur staatlich anerkannten Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie („Mindeststandards“). Protokoll vom 07.03.2006, veröffentlicht in: *Verhaltenstherapie & Psycho-soziale Praxis*, 38, 501–504.

terschiede geben, die, wie von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie empfohlen, für das Fach „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ von mindestens 8 Leistungspunkten (gleich 240 Stunden Arbeitsaufwand) über den Studiengang „Rehabilitationspsychologie“ der Fachhochschule Magdeburg-Stendal mit 45 Leistungspunkten (gleich 1.350 Stunden Arbeitsaufwand) bis hin zu der Einrichtung eines kompletten Masterstudiengangs „Klinische Psychologie“ wie in Bochum mit 120 Leistungspunkten (gleich 3.600 Stunden Arbeitsaufwand) reichen. Zugleich ist aufgrund der Modularisierung der neuen Studiengänge gewährleistet, solche einschlägigen und mit einer Prüfung abgeschlossenen Module laut „Diploma Supplement“ zu identifizieren (vgl. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie¹⁸; Pietrowsky, 2005). Hier gibt es also infolge der Studienreform eine gänzlich neue Möglichkeit, von der Gebrauch gemacht werden sollte, weil nicht zu rechtfertigen ist, wieso ausgerechnet einschlägige Studieninhalte gegenüber anderen abgeschlossenen Ausbildungen benachteiligt werden sollen, und weil jede Maßnahme hochwillkommen sein sollte, die zu einer Verkürzung der insgesamt sehr langen Ausbildungsdauer beiträgt – und sei der Beitrag auch noch so gering (vgl. Alpers & Vogel, 2004; Borg-Laufs & Vogel, 2005; Alpers, 2006).

Ungelöst bleiben bei diesen Forderungen an eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes allerdings die Nachwuchsprobleme, die sich aus der mindestens achtjährigen Ausbildungsdauer, der Quotierung im Übergang von der Bachelor- zur Masterebene und der mindestens unsicheren, häufig sogar fehlenden Einkunftsmöglichkeiten während der Ausbildungsphase ergeben – und ungelöst bleibt nicht zuletzt, wie den verfassungsrechtlichen Bedenken gegenüber einer Beschränkung des Berufszugangs für Bacheloralabsolventen der (sozial-)pädagogischen Fachrichtungen begegnet werden soll. Diese Probleme geben Anlass, sich mit einer sehr viel weitergehenden Perspektive auseinander zu setzen, wenn jetzt sowieso schon alle Hochschulen damit beschäftigt sind, ihre Studiengänge zu reformieren.

4. Lösungswege und Schlussfolgerungen für eine Neukonzeption der Psychotherapieausbildung

Halten wir fest, dass die unveränderte Anwendung der Zulassungsregelungen auf die neuen Studiengänge teilweise zu Widersprüchen und absurden, verfassungsrechtlich kaum zu rechtfertigenden Ergebnissen führt, ebenso wie zu einer Absenkung des Ausbildungsniveaus und damit zu einer Bedrohung einerseits der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als eigenständiger akademischer Heilberuf und andererseits der Gesundheitsversorgung auf dem erforderlichen hohen Qualitätsniveau. Macht man sich darüber hinaus klar, dass auf diese Art und Weise zugleich die längst erforderliche Präzisierung unterbleibt, welche Kenntnisse und Kompetenzen es denn sein sollen, die eine Zulassung zu einer Psychotherapieausbildung erlauben, so kann es keine Zweifel geben, dass die Forderung nach einheitlichen Eingangsqualifikationen auf Masterebene aus der Profession heraus in derselben Einmütigkeit und mit derselben Beharrlichkeit weiterverfolgt werden muss, wie bereits in den letzten Monaten geschehen.

Verfassungsrechtliche Bedenken gegen eine Beschränkung des Berufszugangs für Bacheloralabsolventen sind nicht stichhaltig – eine Beschränkung besteht längst

Die vom Bundesministerium für Gesundheit vorgebrachten verfassungsrechtlichen Bedenken gegen eine Beschränkung des Berufszugangs für Bacheloralabsolventen der (sozial-)pädagogischen Fachrichtungen sollten niemanden davon abhalten, auf dieser Forderung weiterhin zu bestehen, zum einen, weil sie tatsächlich gerechtfertigt ist, zum anderen, weil sie für Psychotherapeuten mit Psychologiestudium (von den Medizinern ganz zu schweigen) längst besteht – und demnach auch vom Gesetzgeber faktisch bereits als gerechtfertigt erachtet wird. In Rechtfertigungsnot gerät doch wohl eher derjenige, der Gleiches ungleich behandeln will – den Ausbildungsgang zur Approbation und Zulassung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut anders als

den zur Approbation und Zulassung als Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut. Rechtfertigende Argumente für eine solche Ungleichbehandlung sind nicht bekannt, weder aus den betroffenen Professionen heraus, noch aus der Gesundheitspolitik.

Hinzu kommt, dass die Rechtsprechung gerade auch um die Auseinandersetzungen um die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut und als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut längst bestätigt hat, dass der Gesetzgeber sehr wohl berechtigt ist, Berufsbilder und Berufszugänge zu gestalten und zu begrenzen, wenn dies im Interesse eines hochwertigen Gemeinschaftsgutes geschieht¹⁹. Darum handelt es sich im Falle der Gesundheitsversorgung nach vorherrschender Meinung zweifellos. Sollte das Bundesministerium für Gesundheit bei seinen verfassungsrechtlichen Bedenken bleiben, wäre es interessant zu erfahren, wieso nur im Falle der Psychologischen Psychotherapie, nicht aber im Falle der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der zugangsberechtigte Personenkreis auf diejenigen begrenzt werden soll, „die eine hohe Qualifikation für die Berufsausübung besitzen, und dadurch den gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen erforderlichen und bisher vernachlässigten Patientenschutz gegenüber ungeeigneten oder nur bedingt geeigneten Behandlern sicherzustellen“ (BVerwG 3 C 11.04, S. 4).

Das Hauptmanko der Zugangsregelungen beheben – die Kenntnisse und Fähigkeiten spezifizieren, die zu einer Psychotherapieausbildung befähigen

Im Rahmen der notwendigen Novellierung des Psychotherapeutengesetzes bietet sich darüber hinaus die Chance, das Hauptmanko der derzeitigen Zugangsregelungen zu beheben: die fehlende inhaltliche Spezifikation der Kenntnisse und Fähig-

¹⁸ Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs) zur Einrichtung von Bachelor- und Masterstudiengängen in Psychologie an den Universitäten (Revision) vom 29. April 2005 i.d.F. vom 30.06.2005.
¹⁹ Z.B. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 09.12.2004, Aktenzeichen: BVerwG 3 C 11.04.

keiten, die nachgewiesen werden müssen, um eine Psychotherapieausbildung absolvieren zu können. Die ganzen Probleme, die sich jetzt in der Übertragung der alten Zugangsnormen auf die neuen Studiengänge ergeben, auch die Auseinandersetzung um den Bachelor- vs. Masterzugang, sind nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass sich bisher noch niemand die Mühe gemacht hat, inhaltlich zu definieren, welche Lerninhalte in welchem Umfang jeder zukünftige Psychotherapeut sich im Rahmen seines Hochschulstudiums aneignen muss, um auf die nachfolgende Ausbildung vorbereitet zu sein. Es ist sicherlich nicht einfach, hierüber einen allgemein akzeptierten Konsens zu finden. Trotzdem ist es schon erstaunlich, dass sich für unsere beiden Berufsgruppen auch im Jahr acht seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes noch nichts daran geändert hat, dass es einen zweigliedrigen Ausbildungsgang – Studium der Psychologie oder (Sozial-)Pädagogik, darauf aufbauend Psychotherapieausbildung – gibt, ohne dass die zweite Ausbildungsstufe auch nur annähernd weiß und darauf aufbauen kann, was an Kenntnissen und Erfahrungen aus der ersten Stufe mitgebracht wird. Das gilt in besonderem Maße für die Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, aber auch in der Psychologischen Psychotherapie sind wie oben gezeigt die Unterschiede immens. Auszubaden hatten die Konsequenzen dieser Beliebigkeit in Bezug auf die Studieninhalte bisher hauptsächlich die Ausbildungsteilnehmer, die an manchen Stellen überfordert werden, weil Ihnen Grundkenntnisse fehlen, und an anderen Stellen Lerninhalte wiederholen müssen, die sie längst beherrschen. Unter diesen Bedingungen darf es nicht verwundern, dass Unklarheiten über den Stellenwert des vorhergehenden Studiums entstehen. Hier sind die Vertreter unserer Berufsstände gemeinsam mit den Hochschulen und Ausbildungsstätten gefordert, Abhilfe zu schaffen – zumal mit der Studienreform aus dem zweigliedrigen ein dreigliedriger Ausbildungsgang wird und damit die ineinander greifende Verzahnung der einzelnen Teile umso dringender. Hier, auf der inhaltlichen Ebene, findet sich dann auch Gelegenheit, das Erfordernis einer Zugangsregelung auf Masterebene nachzu-

weisen, indem aufgezeigt wird, dass die erforderlichen Inhalte nur in konsekutiven Studiengängen unterzubringen sind.

Die Ausbildung zur Approbation außerhalb der Hochschule widerspricht allen bildungspolitischen Regelungen

Wer sich mit solchen Gedanken über ein „Gesamtcurriculum“ über alle drei Ausbildungsabschnitte – Bachelor, Master, Approbation – beschäftigt, stößt zwangsläufig auf die Frage, wie sinnvoll die jetzige Struktur eigentlich ist. Jeder Bildungspolitiker schlägt die Hände über dem Kopf zusammen, wenn er realisiert, dass die dritte, zur Approbation führende Stufe von der Hochschulausbildung abgekoppelt ist. Resultiert daraus in Bezug auf die Studienreform doch nicht weniger, als dass dadurch das übergeordnete Ziel des Bologna-Prozesses, die Schaffung eines einheitlichen europäischen Hochschulraumes, für unsere Professionen zu einem Ding der Unmöglichkeit wird. Durch die jetzige Struktur geht die inhaltliche Abstimmung zwischen den Ausbildungsabschnitten, die ansonsten zu den üblichen Aufgaben gehören, verloren, vor denen die Hochschulen bei der Einrichtung konsekutiver Studiengänge stehen, verloren, weil die Studiengänge nur auf die Grundberufe hin ausgerichtet und durchstrukturiert werden. Die Zuständigkeit liegt dabei in einer Hand, bei den Hochschulen, so dass eine durchgängige Konzeptualisierung erleichtert ist. Zugleich wurde mit dem Akkreditierungsrat ein Gremium geschaffen, über das die Berufe, auf die hin ausgebildet wird, Einfluss nehmen können. Anders ist dies bei der Psychotherapieausbildung, bei der die dritte Stufe nicht mehr an der Hochschule stattfindet, so dass im Akkreditierungsrat keine Psychotherapeuten vertreten sind, sondern nur die grundständigen Berufe, Psychologen und (Sozial-)Pädagogen. Einheitliche Konzeptualisierung und Einflussnahme von Seiten der Betroffenen werden dadurch erschwert. Das sähe anders aus, wenn – wie bei den Medizinern – die Approbation mit dem Abschluss des Studiums erreicht würde und die Qualifikation zur Kassenzulassung – wie bei den Medizinern – mit dem Abschluss einer Weiterbildung.

Die Frage nach einer solchen strukturellen Änderung der Psychotherapieausbildung wird sich spätestens dann verschärfen stellen, wenn die Mediziner Ausbildung auf Bachelor-/Masterstudiengänge umgestellt wird (was derzeit noch nicht abzusehen ist). Wir werden dann die Situation haben, dass die Mediziner ihre Approbation im Rahmen des Masterabschlusses erlangen und sich – wie heute auch – ihre psychotherapeutischen Kompetenzen über eine Weiterbildung aneignen. Spricht irgendetwas dagegen, die Psychotherapieausbildung für unsere beiden Heilberufe bereits heute in gleicher Weise umzustellen? Haben zumindest Psychologische Psychotherapeuten nicht schon immer wohlbegründet den Standpunkt vertreten, dass es sich bei der Psychotherapieausbildung eigentlich nicht um eine **Aus-**, sondern um eine **Weiterbildung** handelt? Und war die Definition als **Ausbildung** nicht nur ein Schachzug, mit dem der Bundesgesetzgeber sich die Zuständigkeit verschafft hat, um unsere beiden Berufe bundeseinheitlich regeln zu können?

Approbation mit dem Master, Qualifikation in einem Verfahren als Weiterbildung im Anschluss an die Approbation

Wie diese Fragen andeuten, gibt es gute Gründe, eine grundsätzliche Neukonzeption des bisherigen Ausbildungsgangs zu erwägen, mit dem Ziel, die Approbation bereits mit dem Masterabschluss zu erwerben. Der gewichtigste davon ist der frühere Zeitpunkt der Approbation mit der Folge, dass wesentliche Teile der jetzigen Psychotherapieausbildung als Weiterbildung im Anschluss an die Approbation erfolgen. Die Verlagerung auf die Zeit nach der Approbation würde es ermöglichen, die finanziellen Lasten des gesamten Bildungszyklus erheblich zu reduzieren – man denke nur an das so genannte „Psychiatriejahr“. Die „praktische Tätigkeit“

20 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV). Bundesgesetzblatt, 1998, I, S. 3749 ff.

21 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV). Bundesgesetzblatt, 1998, I, S. 3761 ff.

nach § 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (APrV) für Psychologische Psychotherapeuten²⁰ bzw. für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten²¹ würde dann nicht mehr von allzu häufig unbezahlten „Praktikanten“ erbracht, sondern von approbierten Psychotherapeuten, die analog einem Assistenzarzt zu bezahlen wären (vgl. Stecker, 2006). Die unsägliche Argumentation (vgl. Burgdorf et al., 2006), wie sie gerade wieder von dem Petitionsausschuss in der Ablehnung einer „Ausbildungsvergütung“ vorgebracht wurde²², wäre damit endlich vom Tisch. Entsprechende Möglichkeiten ergäben sich für die „praktische Ausbildung“ nach § 4 APrV, die zu früheren Zeiten, vor dem Psychotherapeutengesetz, schon einmal über das so genannte „Beauftragungsverfahren“ geregelt war, bei dem die Psychotherapeuten in Weiterbildung ihre Psychotherapieleistungen beantragen und abrechnen konnten, wenn sie unter verantwortlicher Leitung eines dafür qualifizierten Supervisors erbracht wurden. Die Einkommenseite würde sich auf diese Weise verbessern, so dass die hohen Kosten des Qualifikationserwerbs leichter geschultert werden können und die Nachwuchsprobleme nachhaltig gemildert würden.

Wie könnte man sich eine solche Neukonzeption konkret vorstellen? Denkbar wäre die Etablierung konsekutiver und forschungsorientierter Studiengänge im Fach Psychologie ebenso wie in den (sozial-)pädagogischen Fächern mit dem Master als Regelabschluss, mit dem zugleich das Staatsexamen und die Approbation erreicht werden. Das Masterstudium („Master of Science in Psychotherapie“) wäre in diesem Denkmodell ein Studium mit den Schwerpunkten wissenschaftliche Methodenlehre, Psychodiagnostik und Grundkenntnisse der Psychotherapie gemäß Anlage 1 Abschnitt A der APrV, wie es von den Hochschulen sehr viel besser geleistet werden könnte als von den heutigen Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG. Die Approbation wäre unter diesen Bedingungen als Befähigungsnachweis deutlich unter dem heutigen Standard einzuordnen, könnte daher nur zu einer „eingeschränkten Approbation“ führen, die beispielsweise die Befähigung zur eigenverantwortlichen Erbringung psychothera-

peutischer Grundleistungen und übender Verfahren umfasst, vor allem aber die Berechtigung zur Psychodiagnostik und Psychotherapie unter Supervision. Die Befähigung zur Ausübung eines psychotherapeutischen Verfahrens müsste im Rahmen einer anschließenden Weiterbildung erworben werden und wäre Voraussetzung dafür, in vollem Umfang selbstständig und eigenverantwortlich psychotherapeutisch tätig zu sein und eine Kassenzulassung im Sinne des § 95c SGB V zu erhalten. All dies würde an der Dreigliedrigkeit des Bildungsgangs nichts ändern, auch nichts an der Dauer und den Inhalten des gesamten Bildungszyklus, verschoben wäre in inhaltlich angemessener Weise nur der Zeitpunkt der Approbation, der bereits nach 5 Jahren erreicht wäre.

Wäre eine solche Umstellung der Psychotherapieausbildung überhaupt realisierbar? – Zweifellos ja!

Das Psychotherapeutengesetz kennt bereits in der derzeit gültigen Fassung in § 4 eine befristete Erlaubnis, die mit Einschränkungen verbunden werden kann, die mit Fortfall der Befristungs- und Beschränkungsgründe entfallen – in der Systematik der Approbationserteilung wäre eine eingeschränkte Approbation und die Aufhebung der Einschränkung aufgrund einer abgeschlossenen Weiterbildung folglich ohne weiteres möglich. Nicht anders wird dies ja auch bei den Medizinern für die Approbation und Berechtigung zur „Teilnahme an der Vertragsärztlichen Versorgung“ geregelt, die erst nach entsprechender Weiterbildung möglich ist. Auch für die Anerkennung eines Masterabschlusses als Staatsexamen gibt es beispielsweise in Lehramtsprüfungsordnungen bereits Modelle, die darauf hinauslaufen, dass ein Masterabschluss dann als Staatsexamen anerkannt wird, wenn er den staatlich definierten Anforderungen an die Studien- und Prüfungsleistungen genügt.

Auch von Seiten der Ausbildungsträger wäre die Umstellung machbar. Zumindest für die Psychologischen Universitätsinstitute gilt, dass sie ohne weiteres in der Lage wären, eine psychodiagnostische und psychotherapeutische Grundausbildung im

Rahmen eines Masterstudiengangs „Psychotherapie“ zu vermitteln, schließlich sind schon heute viele von ihnen zugleich als staatlich anerkannte Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapie oder für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zugelassen.²³ Inwieweit dies auch für (sozial-)pädagogische Disziplinen an den Fachhochschulen gilt, ließe sich leicht feststellen, sobald die Module eines Kerncurriculums für den Masterstudiengang formuliert sind, die zu einem dem Staatsexamen äquivalenten Abschluss führen. Immerhin gibt es auch hier mindestens ein Beispiel für einen staatlich anerkannten Ausbildungsgang, den „Diplomstudiengang Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ der Evangelischen Fachhochschule Hannover in Zusammenarbeit mit dem Winnicott Institut. Falls die Fachhochschulen dieses Angebot nicht im erforderlichen Umfang zur Verfügung stellen könnten, bliebe immer noch die Möglichkeit, die Masterebene für alle Absolventen an den Psychologischen Universitätsinstituten einzurichten (siehe unten).

Anders als zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Psychotherapeutengesetzes bestehen darüber hinaus inzwischen in fast allen Bundesländern Psychotherapeutenkammern, die noch fehlende „Ostdeutsche Psychotherapeuten-Kammer“ befindet sich derzeit im Aufbau. Damit sind alle Voraussetzungen erfüllt, um die Fachkunde für ein psychotherapeutisches Verfahren im Rahmen einer Weiterbildung zu organisieren – eine originäre Aufgabe der Kammern. Tatsächlich hat die Bundespsychotherapeutenkammer in diesem Jahr bereits eine Musterweiterbildungsordnung verabschiedet, die Landeskammern sind zum Teil bereits gefolgt oder werden folgen. In diesem Rahmen werden auch Regelungen für eine Weiterbildung in psychotherapeutischen Verfahren vorbereitet. Deren Durchführung müsste den Anforderungen der APrV genügen – *allen* An-

²²Kersten Naumann, Vorsitzende des Petitionsausschusses Beschlussmitteilung vom 21.06.2006 auf Grundlage der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (BT-Drucksache 16/1427).

²³Siehe <unith> „Verbund universitärer Ausbildungsgänge für Psychotherapie e.V.“ unter: <http://www.unith.de/>

forderungen außer den oben genannten gemäß Anlage 1 Abschnitt A der APRV; wie sie heute bereits von den staatlich anerkannten Ausbildungsstätten erfüllt werden. Diese könnten folglich von den Kammern als Weiterbildungsstätten anerkannt werden, wie sie es für die ärztliche Weiterbildung zum Teil heute schon sind. Sie würden dabei an Bedeutung nichts verlieren und könnten sich wieder auf ihr Kerngeschäft konzentrieren, in dem sie unverzichtbar sind: die Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Erfahrungen in ihrem jeweiligen Therapieverfahren.

Eine erwägenswerte Option – die Verschmelzung der Psychologischen Psychotherapie und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu einem einheitlichen psychotherapeutischen Heilberuf

Es ergäbe sich in diesem Rahmen auch eine nochmals weitergehende Option, die innerhalb unserer Berufsgruppen erwogen (und verfolgt oder verworfen) werden sollte: die Verschmelzung der Psychologischen Psychotherapie und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu einem einheitlichen psychotherapeutischen Heilberuf. Die Bachelor-/Masterstudienreform jedenfalls eröffnet Spielräume, Lösungen zu finden, bei denen die Spezialisierung auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen dort ankommt, wo sie eigentlich hingehört – in der Weiterbildung. Ergänzend zu der skizzierten Neukonzeption der Psychotherapieausbildung wäre hierfür lediglich erforderlich, das Masterstudium zu vereinheitlichen. Zu konzipieren wären für eine solche Lösung also konsekutive und forschungsorientierte Studiengänge mit dem Master als Regelabschluss, bei dem das Bachelorstudium entweder im Fach Psychologie oder in einem (sozial-)pädagogischen Fach absolviert wird und bestimmte inhaltlich definierte Module abdecken muss, um den Zugang zu einer für alle einheitlichen Masterebene zu eröffnen. Das Masterstudium wäre in diesem Modell ein Studium der Psychotherapie an einer Universität; alles weitere – Inhalte des Masterstudiums, Staatsexamen, eingeschränkte Approbation, Weiterbil-

dung in einem Therapieverfahren und in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – entspräche dem oben Dargestellten. Eine Entscheidung für eine derartige Lösung gäbe es also nicht „kostenlos“ – bei aller möglichen Vielfalt im Bachelorstudium, bei dem die unterschiedlichen Zugänge Psychologie und (Sozial-)Pädagogik erhalten bleiben könnten, müssten mit dem geforderten „Gesamtcurriculum“ für alle gleiche, inhaltlich zu definierende Module als Zugangsbedingungen für den einheitlichen Masterstudiengang vereinbart werden. Zu gewinnen wären aber die Beseitigung sämtlicher berufsrechtlicher Unterschiede zwischen den beiden ungleichen „Geschwistern“ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und die Einheit unseres Berufsstandes auf dem erforderlichen hohen Qualifikationsniveau.

Wie aufgezeigt: all dies wäre machbar und sachlich angemessener als die bestehenden Ausbildungsstrukturen. Wir müssen es nur wollen und gemeinsam vorantreiben. Auf Seiten der Gesundheitspolitik könnten wir dabei feststellen, dass die Bereitschaft, eine „große Lösung“ wie die grundsätzliche Neukonzeption der Psychotherapieausbildung in Angriff zu nehmen, größer ist als gegenüber den Forderungen nach einer einheitlichen Zulassungsregelung auf Masterebene. Letztlich entscheidend wird sein, wie groß unsere eigene Gemeinsamkeit und Einsatzbereitschaft sind.

Literatur

Alpers, G.W. (2006). Bachelor und Master kommen – aber wie und wann? Bericht zum DGVT-Dialogforum „Bachelor / Master“ am 2.12.05 in Berlin. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 38, 205–208.

Alpers, G.W. & Vogel, H. (2004). Bachelor oder Master, wer wird Psychotherapeut? *Psychotherapeutenjournal*, 3, 315–319.

Borg-Laufs, M. (2006). Bachelor oder Master als Eingangsvoraussetzung für die Psychotherapie-Ausbildung? Erste Beschlüsse. *Verhaltenstherapie & Psy-*

chosoziale Praxis, 38, Suppl. 2 (Rosa Beilage), 36–37.

Borg-Laufs, M. & Vogel, H. (2005). Die Neuordnung der Studiengänge in Deutschland – Überlegungen zu den zukünftigen Voraussetzungen für den Zugang zur PP-/KJP-Ausbildung angesichts der Einführung von Bachelor- und Master-Abschlüssen. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 37, 395–401.

Burgdorf, K., Deubert, W. & Vogel, H. (2006). Vergütung der PsychotherapeutenInnen in Ausbildung (PiA) – kein Thema für die Politik?! Petition an Bundestag abgelehnt. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 38, Suppl. 3 (Rosa Beilage), 6–7.

Groeger, W.M. (2003). Berufspolitische Weichenstellungen. Anforderungen an eine zeitgemäße psychotherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 267–279.

Pietrowsky, R. (2005). Empfehlungen für die Eingangsvoraussetzung bei Bachelor-/Master-Studienabschlüssen für die Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 56, 309.

Ruggaber, G. (2005). Die Neuregelung des Zugangs zur Psychotherapieausbildung in der Folge der Einführung von Bachelor-/Master-Studiengängen in Psychologie: Eine ausbildungspolitische Chance? *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 37, 651–667.

Scherer, U., Mayer, K. & Neuser, J. (2005). Die schriftlichen Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz: Ergebnisse und Analysen. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 212–221.

Stecker, H.-W. (2006). Ein Systemwechsel ist nötig. VPP will Bologna-Prozess im Sinne der Psychotherapeuten nutzen. *reportpsychologie*, 31, 36.

Dr. Wolfgang M. Groeger

Mitglied im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen
Zentrum für Psychotherapie
Ruhr-Universität Bochum
44780 Bochum
groeger@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de

Therapie sexueller Störungen: ein Zukunftsfeld der Psychologischen Psychotherapie?

Uwe Hartmann

Medizinische Hochschule Hannover, Arbeitsbereich Klinische Psychologie

Zusammenfassung: Aus Anlass der Einführung eines Fortbildungscurriculums zum Erwerb der ankündigungsfähigen Bezeichnung „Sexualtherapie“ durch die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen wird der Frage nachgegangen, inwieweit die Therapie sexueller Störungen ein Zukunftsfeld der Psychologischen Psychotherapie ist. Nach einer kurzen Beschreibung der Paraphilien und Geschlechtsidentitätsstörungen wird der Fokus auf die quantitativ bedeutsamste Störungsgruppe, die sexuellen Funktionsstörungen, gelegt. Die Analyse der vorhandenen epidemiologischen Daten zeigt, dass sexuelle Dysfunktionen sehr häufig vorkommende, alle Altersgruppen betreffende Gesundheitsprobleme sind. Der weiten Verbreitung dieser Sexualstörungen steht eine ausgeprägte Unter- bzw. Fehlversorgung gegenüber, die u.a. auf die geringe Zahl qualifizierter Therapeuten zurückzuführen ist. Gleichzeitig liegt mit der Sexualtherapie und ihren Weiterentwicklungen eine erprobte und wirksame Behandlungsmethode vor. Insgesamt kann die Behandlung sexueller Störungen den Psychologischen Psychotherapeuten ein wichtiges und interessantes Spezialisierungsfeld eröffnen.

Einleitung

Im Dezember 2005 hat die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) die Einführung eines Fortbildungs-Curriculums zum Erwerb der ankündigungsfähigen Bezeichnung „Sexualtherapie“ beschlossen. Zu diesem Schritt sah sich die PKN im wesentlichen durch die Überzeugung motiviert, dass die Nachfrage nach Therapeuten, die sich mit spezifischen Störungen intensiv beschäftigen, wächst, ohne dass dem bislang ein entsprechendes Angebot gegenüber steht. Zudem war es der PKN wichtig, als Interessenvertretung aller PPs und KJPs in Abstimmung mit den entsprechenden Fachverbänden die Basis zu definieren, die zum Ausweis der speziellen Kompetenzen gelten soll.

Der Verfasser war in seiner Funktion als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualtherapie (DGSMT) Mitglied der Kommission, die die

Fortbildung „Sexualtherapie“ vorbereitet und den Gegenstandskatalog sowie das Curriculum entwickelt hat. Darüber hinaus ist er Mitglied der Fort- und Weiterbildungsakademie der DGSMT (Leiter: Dipl.-Psych. N. Christoff), die als Partner der PKN die entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen konzipieren und anbieten wird.

Dieser Beitrag will der Frage nachgehen, inwieweit die Behandlung sexueller Störungen ein Zukunftsfeld der Psychologischen Psychotherapie sein wird. Dazu sollen neben der Prävalenz der wichtigsten sexuellen Störungen auch die derzeit vorhandenen Versorgungsdefizite fokussiert werden. Darüber hinaus soll der gegenwärtige Stand der Therapie sexueller Störungen, so wie sie in Gegenstandskatalog und Curriculum der Fortbildung festgelegt ist, im Überblick beschrieben werden. Dabei werden neben der „klassischen Sexualtherapie“ als bewährter Basis des Behandlungsinstrumentariums insbesonde-

re deren Weiterentwicklungen und Ergänzungen im Mittelpunkt stehen¹.

Im folgenden sind noch einmal die Hauptgründe aufgeführt, warum wir davon ausgehen, dass die Behandlung sexueller Störungen eine wichtige und attraktive Schwerpunktsetzung für die Psychologische Psychotherapie sein wird:

- Sexuelle Störungen sind sehr häufig vorkommende Problembilder, die vielfach mit erheblichem Leidensdruck und negativen Folgeerscheinungen für die einzelne Person und die Paarbeziehung verbunden sind. Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe wächst kontinuierlich.
- Es bestehen erhebliche Versorgungsdefizite und dementsprechend bedeutsame „Marktchancen“ für Therapeuten mit entsprechenden Fachkompetenzen.
- Für einen signifikanten Teil der sexuellen Störungen stehen erprobte und erfolgreiche therapeutische Optionen zur Verfügung.
- Sexuelle Störungen sind häufig mit anderen, psychischen und somatischen, Krankheitsbildern vergesellschaftet, die zum Teil jetzt schon Schwerpunkte der Psychologischen Psychotherapie sind. Die Sexualtherapie ist so eine sinnvolle Ergänzung des therapeutischen Portfolios, auch im Sinne integrativer Behandlungsansätze.

¹ Während sich die Ausführungen dieses Beitrags eher auf allgemeine Überlegungen und Modelle beziehen, finden sich konkretere Informationen und Details zur geplanten Fortbildung im Interview mit Dipl.-Psych. N. Christoff auf den Länderseiten der PKN in Heft 3/06 des Psychotherapeuten-Journals.

Grundsätzliche Aspekte der Diagnostik und Bewertung sexueller Störungen

Was in der Sexualität als gestört oder gar „abnorm“ gilt, ist in hohem Maße von historischen und gesellschaftlichen Einflüssen und den jeweils gültigen Normen abhängig. Dieser Umstand erfordert vom professionellen Helfer ein vertieftes Symptomverständnis und eine Akzeptanz der Individualität und Subjektivität sexuellen Erlebens, die ein wie auch immer geartetes Standardvorgehen verbietet. Die Diagnose einer sexuellen Störung sollte daher für verfestigte, strukturell verankerte (psychologisch und/oder somatisch) sexuelle Probleme und Konflikte reserviert bleiben.

Die menschliche Sexualität beruht auf bestimmten körperlichen Voraussetzungen, erfährt ihre entscheidenden Ausformungen aber durch biographische und soziokulturelle Einflüsse. Sexualität ist gekennzeichnet durch ihre starke Formbarkeit und lässt sich beschreiben als ein biologisch organisiertes Phänomen mit der Möglichkeit ausgeprägter psychologischer und sozialer Modifikation. So sind nicht nur die sexuellen Verhaltensweisen selbst soziokulturellen Einflüssen unterworfen, sondern auch die Bedeutung, die diesem Verhalten beigemessen wird, und die jeweils spezifische Koppelung von sexuellem Verhalten, Geschlechtsrollenverhalten und Reproduktionsverhalten. Die Bewertung sexuellen Verhaltens ist von Normen abhängig, die ihrerseits einem ständigen Wandel unterliegen, was besonders am Umgang mit den sexuellen Paraphilien abzulesen ist. Schließlich wird Sexualität ermöglicht und in entscheidendem Maße geprägt durch die Geschlechterdifferenz. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Erleben, in den sexuellen Bedürfnissen, den sexuellen Reaktionen und Verhaltensstilen können weder aus der theoretischen Betrachtung noch aus der klinischen Praxis ausgeblendet werden. Es lassen sich 3 Aspekte bzw. Funktionen der Sexualität differenzieren (siehe Kasten).

Die sexuellen Reaktionen und ihre Störungen sind Paradebeispiele psychosomatischer Wechselwirkungen. Diese enge Ver-

Aspekte und Funktionen der Sexualität

- **Der intrapsychische (narzisstische) Aspekt:** Bedeutung der Sexualität für Selbstwertgefühl und Geschlechtsidentität; Funktionen für Wunscherfüllung und Bewältigung bzw. Abwehr von Angst und anderen negativen Emotionen;
- **der Beziehungsaspekt:** Bedeutung der Sexualität für Partnerschaft und Paarbildung sowie für die Herausbildung sexueller (Objekt-)Präferenzen;
- **der Reproduktionsaspekt.**

(modifiziert nach Schorsch 1987)

flechtung von somatischen Prozessen und körpernahe Erleben mit innerpsychischen und paarbezogenen Aspekten macht eine psychosomatische Sichtweise der Sexualität unerlässlich.

Klassifikation und Prävalenz sexueller Störungen

Die sexuellen Störungen lassen sich in 3 Hauptgruppen unterteilen:

1. die sexuellen Funktionsstörungen (sexuelle Dysfunktionen)
2. die Paraphilien (Störungen der sexuellen Präferenz, sexuelle Perversionen, sexuelle Abweichungen) mit Überschneidungen zur Sexualdelinquenz
3. die Störungen der Geschlechtsidentität inkl. Transsexualität und Transgender-Problemen.

Wenngleich auch die Paraphilien und die Störungen der Geschlechtsidentität ein wichtiges Feld für den Psychologischen Psychotherapeuten sein können, wird im folgenden der Fokus auf die sexuellen Funktionsstörungen als die mit Abstand quantitativ bedeutsamste Gruppe der sexuellen Störungen gelegt. Dies auch deshalb, weil die Therapie von Straftätern, die gewichtige Schnittflächen zur Behandlung der Paraphilien aufweist, Gegenstand eines eigenen Fortbildungsgangs ist. Vor der Konzentration auf die sexuellen Funktions-

störungen sollen jedoch die beiden anderen Gruppen kurz charakterisiert werden.

Paraphilien

Als Paraphilien werden wiederkehrende sexuelle Impulse und Phantasien bezeichnet, die sich entweder auf nichtmenschliche Objekte, Kinder oder andere Personen, die mit der sexuellen Interaktion nicht einverstanden sind, oder auf das Leiden und die Demütigung der eigenen Person oder des Partners richten. Die Diagnose wird nur dann vergeben, wenn die Bedürfnisse und Phantasien in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen führen. Bei der Betrachtung der Paraphilien wird die soziokulturelle Eingebundenheit der Sexualität noch deutlicher als bei anderen sexuellen Störungen. Was als normal oder abnorm, gesund oder pathologisch gilt, wird von den in einer bestimmten Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit geltenden Anschauungen und Normen bestimmt. Die Definition abweichender sexueller Verhaltensweisen ist daher einem erheblichen Wandel unterworfen, der sich auch in den psychiatrischen Kategorisierungssystemen widerspiegelt.

Epidemiologie

Zuverlässige Zahlen über das Vorkommen sexueller Paraphilien liegen nicht vor. Nur selten kommen Patienten mit Paraphilien ohne gerichtliche Behandlungsaufgabe oder andere, durch die Paraphilie bedingte äußere psychosoziale Schwierigkeiten in therapeutische Einrichtungen. In klinischen Einrichtungen werden am häufigsten Patienten mit den pönalisierten Paraphilien Exhibitionismus und Pädosexualität gesehen, gefolgt von der heterogenen Gruppe der fetischistischen Paraphilien. Zugenommen haben in den letzten Jahren Fälle von sog. „Sex-Sucht“, die sich teilweise auf die Angebote des klassischen Rotlichtmilieus, vor allem aber auf das extrem diversifizierte, leicht und anonym zugängliche pornographische Angebot des Internets beziehen. Hier steht meist nicht eine bestimmte paraphile Ausrichtung der se-

xuellen Präferenz im Mittelpunkt, sondern eine Dysregulation der Impulssteuerung, die entlang der für Suchterkrankungen und/oder Zwangsstörungen entwickelten Modellvorstellungen zu verstehen und zu meist auch der entsprechenden Therapie-strategien zu behandeln sind.

Allgemeine Merkmale von Paraphilien

Mehr noch als bei den beiden anderen Gruppen sexueller Dysfunktionen ist ein Verständnis der Paraphilien nicht möglich ohne die von der Psychoanalyse erarbeiteten Verständniszusammenhänge. Wenngleich die Sexualwissenschaft historisch auf die Beschäftigung von Psychiatrie und Psychopathologie mit den sexuellen Perversionen zurückgeht, so waren es doch die Arbeiten von Freud und darunter insbesondere die „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ (1905), die vor 100 Jahren das Fundament der modernen Sexualwissenschaft legten. Weitere wichtige Beiträge wurden danach etwa von Reich, Fenichel, Abraham und später von Kernberg und Stoller geleistet.

Hauptmerkmal der Paraphilien ist nach heutigem Verständnis die **Fixierung** der sexuellen Erregung auf bestimmte Teilaspekte der Sexualität. Diese können eher bestimmte Praktiken oder Partner bzw. Partneräquivalente betreffen. Die Teilaspekte wie etwa das Schauen, das Sich-Zeigen, bestimmte Stoffe oder Bekleidungsstücke, Körperteile oder Elemente von Dominanz und Submission sind allgemeine Grundbestandteile sexueller Erregung. Kennzeichen der Paraphilien ist die Ausschließlichkeit, mit der die sexuelle Erregung und sexuelle Lust an diese (oft verzerrten) Teilaspekte gebunden ist. Meist besteht ein ausgestaltetes, hochgradig individuelles und genau festgelegtes Ritual sexueller Abläufe, ohne dessen Inszenierung keine sexuelle Erregung möglich ist. Diese Bindung an ritualisierte und mit starker Erregung aufgeladene Teilaspekte führt bei allen Paraphilien zu einem Bedeutungsverlust genitaler und partnerorientierter Sexualität, dessen Ausmaß allerdings verschieden ist. Für einen Teil der Paraphilien ist Sexualität nur im Rahmen der Paraphilie lebbar, andere gelingt eine Aufspaltung in eine (oft geheime und ver-

borgene) paraphile Sexualität und eine nicht-paraphile Partnersexualität. Das Ausmaß der mit einer Paraphilie verbundenen Psychopathologie ist sehr unterschiedlich und reicht von – abgesehen von der Paraphilie – unauffälligen, sozial funktionsfähigen Personen über Menschen mit eingegrenzten neurotischen Konflikten bis hin zu schweren Persönlichkeitsstörungen mit Strukturdefiziten, denen die Mehrzahl der in der klinischen Praxis vorfindbaren Paraphilien zuzuordnen sind.

Therapie

Die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit Paraphilien wird bestimmt durch

- a) die Komplexität der Störung selbst,
- b) die oft ambivalente Therapiemotivation,
- c) die schwierigen Übertragungs- und Gegenübertragungsvorgänge in der therapeutischen Beziehung und
- d) den häufig bestehenden gerichtlichen Behandlungsaufgaben.

Abgesehen von den forensischen Aspekten sind diese Merkmale jedoch keineswegs außergewöhnlich für die Behandlung psychischer Störungen und können die verbreitete Ablehnung und die geringe Bereitschaft, sich mit dieser Patientengruppe zu beschäftigen, kaum erklären. Hierfür dürften die Art der Störung selbst mit ihrer Verzerrung und Entstellung der Sexualität, die meist bestehenden kriminologischen Aspekte und die gesellschaftliche Haltung gegenüber „Sexualstraftätern“ verantwortlich sein, die auch die persönliche Einstellung vieler Ärzte und Psychotherapeuten bestimmen. Dies führt dazu, dass die Behandlungssituation äußerst unbefriedigend ist und die gerichtlich (statt Haftstrafen) ausgesprochenen Behandlungsaufgaben in vielen Fällen nicht adäquat zu erfüllen sind.

Grundsätzlich ist für die Therapie dieser Störungen keine „Spezialbehandlung“ angezeigt, sondern es kommen die allgemeinen Prinzipien der Psychotherapie zur Anwendung. Darin hat die Verhaltenstherapie ebenso ihren Platz wie die Gesprächspsychotherapie und tiefenpsychologische Therapie, Einzelbehandlung kann ergänzt werden von Gruppentherapie, in

igw Theaterstraße 4, 97070 Würzburg
 Fon: 0931/354450
 Fax: 0931/35 44 544
 e-mail: info@igw-gestalttherapie.de
 internet: www.igw-gestalttherapie.de

Anerkannter Fortbildungsveranstalter

Weiterbildung in Gestalttherapie
 Ausbildungsgruppen in Würzburg/Frankfurt, München und Zürich

Das neue Programm der GestaltAkademie ist da, bitte anfordern.

Fortbildungen

Systemisches GestaltCoaching (12 Tage)
 Trainer: Sabine Engelmann/Manfred Belzer
 Beginn: Februar 2007 in Würzburg
 Kosten: 2.840,00 € incl. 19 % MwSt.
 ohne Unterkunft und Verpflegung

Integrative Paar- und Familientherapie (16 Tage)
 Trainer: Klaus Engel/ Martina Moroney
 Beginn: Januar 2007 in Würzburg
 Kosten: 1.470,00 €
 ohne Unterkunft und Verpflegung

Gestalttherapeutische Diagnostik (12 Tage)
 Trainer: Prof. Dr. Hans Peter Dreitzel
 Beginn: April 2007
 Raum München
 Kosten: 1.395,00 €
 ohne Unterkunft und Verpflegung

Gestalt-, Kinder- und Jugendtherapie (15 Tage)
 Trainer: Anna Reimann/Jürgen Schmidt
 Beginn: Dezember 2006 in München
 Kosten: 1.350,00 €
 ohne Unterkunft und Verpflegung

Gestalt-Kunsttherapie (9 Tage)
 Trainer: Almut Ladisich-Raine/Bettina Orugh-Trätzmüller und Matthias Graf
 Beginn: Februar 2007 in Starnberg
 Kosten: 990,00 €
 ohne Unterkunft und Verpflegung

fortbildung1.de
 Fortbildungsstelle

 Christian-Belser-Str. 79a
 70597 Stuttgart
 Telefon 0711. 6781 421

info@fortbildung1.de
 www.fortbildung1.de

Akkreditierte Kurse -

Lösungsorientierte Gesprächsführung
 -Grundkurs **02.-03.02.07**

Einführung in Theorie und Praxis von EMDR
23.-24.02.07

Somatic Experiencing
 körperorientierter Ansatz in der Traumataarbeit
09.-10.03.07

und weitere Kurse unter
www.fortbildung1.de
 oder im neuen
Kursprogramm 1/2007
 - Bitte anfordern-

schweren Fällen muss die in der Regel ambulant durchgeführte Behandlung durch eine stationäre Therapie vorbereitet werden.

In der Behandlung von Paraphilien lassen sich vier **therapeutische Schwerpunkte** unterscheiden:

- Reduktion bzw. (Selbst-)Kontrolle des paraphilen Verhaltens,
- Verbesserung bzw. Aufbau nicht-paraphilen Sexualverhaltens,
- Verbesserung sozialer Fertigkeiten und interpersoneller Kommunikation,
- Rückfallprävention.

Störungen der Geschlechtsidentität

Störungen der Geschlechtsidentität sind gekennzeichnet durch ein anhaltendes, tiefgreifendes Unbehagen im angeborenen Geschlecht und ein starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht. Damit einher geht die Ablehnung der mit dem Geburts-geschlecht verbundenen Geschlechtsrolle und körperlichen Merkmale und häufig der Wunsch, soweit als möglich die körperliche Erscheinungsform und die Geschlechts- und soziale Rolle des Identitätsgeschlechts anzunehmen. **Transsexualismus** bezeichnet die bezüglich der Geschlechtsidentitätsproblematik schwerste Ausprägung dieser Störung, die praktisch immer mit dem Wunsch nach (hormoneller und/oder chirurgischer) Geschlechtsumwandlung verbunden ist.

Epidemiologie

Störungen der Geschlechtsidentität sind selten, wobei die vorhandenen Angaben sich fast ausschließlich auf den Transsexualismus beziehen. Eine Analyse der nach dem Transsexuellengesetz (siehe unten) erfolgten Vornamens- und/oder Personenstandsänderungen erbrachte für den Zeitraum von 1981 – 1990 in den alten Bundesländern eine Zahl von 1047 befürworteten Fällen, was einer Prävalenz von 2,1 auf 100.000 Erwachsene entspricht (Osburg & Weitze, 1993). Das Geschlechterverhältnis wird zwischen biolo-

gischen Männern und Frauen heute auf 2:1 bis 3:2 geschätzt.

Symptomatologie und Diagnostik

Geschlechtsidentitätsstörungen betreffen eine Dimension des Selbsterlebens und der psychosozialen Funktion, die fast allen Menschen selbstverständlich und unhinterfragbar erscheint: die Kernidentität und das Grundgefühl als Mann oder Frau. Für nicht Betroffene ist der Wunsch, das Geschlecht ändern zu wollen, kaum vorstellbar und fremdartig und die Probleme, Gefühle und Belastungen, die diejenigen erleben, die ihr angeborenes Geschlecht in Frage stellen, sind nur mit Mühe nachvollziehbar und einfühlbar. In jedem Fall stellt eine Störung der Geschlechtsidentität eine schwerwiegende und tiefgreifende, oft alle Lebensvollzüge bestimmende Problematik dar, die die Betroffenen fundamental erschüttert. Entgegen früherer Annahmen stellen Patienten mit Störungen der Geschlechtsidentität keine einheitliche Gruppe dar, die mit bestimmten „Leitsymptomen“ klassifiziert werden kann, sondern bieten ein heterogenes Bild bezüglich Art und Ausmaß der Geschlechtsidentitätsproblematik, ätiologischer und Verlaufsfaktoren, sexueller Orientierung und Psychopathologie.

Diagnostische Merkmale

Diagnostische Kernmerkmale von Geschlechtsidentitätsstörungen sind eine gestörte, konflikthafte oder uneindeutige Geschlechtsidentität, die Ablehnung der eigenen Geschlechtsteile und geschlechtsbezogenen körperlichen Merkmale verbunden mit dem starken Wunsch nach denen des anderen Geschlechts, die Unfähigkeit zur Geschlechtsrollenidentifizierung im Geburts-geschlecht und der Versuch, die Rolle des anderen Geschlechts zu verwirklichen. Subjektiv erleben sich Menschen mit Geschlechtsidentitätsstörungen einem „Fehler der Natur“ ausgesetzt und im „falschen Körper“ geboren.

Die Diagnostik sollte folgende Bestandteile umfassen:

- die Erhebung einer ausführlichen biographischen und Sexualanamnese mit

Schwerpunkt auf Geschlechtsidentitäts- und sexueller Entwicklung;

- eine körperliche Untersuchung;
- eine klinisch-psychiatrische Diagnostik. Da viele Patienten mit Störungen der Geschlechtsidentität erhebliche psychopathologische Auffälligkeiten aufweisen, muss die psychiatrische Diagnostik breit angelegt sein und u.a. Persönlichkeits- und neurotische Störungen, das psychosoziale Funktionsniveau, Substanzmißbrauch, Paraphilien, Psychosen und hirnorganische Störungen im Blick haben.

Therapie

Die Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen weist einige Besonderheiten auf, die den therapeutischen Umgang mit diesen Störungsbildern prägen. Die Patienten fühlen sich in aller Regel nicht psychisch gestört oder krank, benötigen aber gleichwohl therapeutische Hilfe, um ihr Ziel, den Geschlechtswechsel, zu erreichen. Diese Umstände erschweren die Therapeut-Patient-Beziehung, da der Therapeut für den Patienten einerseits als Wegbereiter der gewünschten Umwandlung fungiert, andererseits aber auch als „Gegenspieler“ gesehen wird, wenn er die Wünsche des Patienten nicht voll unterstützt. Der Therapeut sollte dem Anliegen des Patienten neutral gegenüberstehen, diesem aber frühzeitig verdeutlichen, dass er sich von der Selbstdiagnose „Transsexualismus“ diagnostisch überzeugen muss, wozu längere Zeit und verschiedene Schritte notwendig sind.

Eine zweite Besonderheit besteht in einer speziellen gesetzlichen Regelung für diese Patientengruppe, dem 1981 in Kraft getretenen Transsexuellengesetz (TSG), das es den als transsexuell im Sinne des TSG eingestuften Menschen erlaubt, ihren Vornamen (§1) und ihren Personenstand (§8) zu ändern.

Am Anfang einer Behandlung sollte die oben beschriebene gründliche Diagnostik und Differentialdiagnostik stehen. Nur ein relativ kleiner Teil der Patienten ist zu einer Psychotherapie bereit, in der die Wünsche nach Geschlechtsumwandlung kritisch hinterfragt werden oder das dezi-

dierte Ziel in der Umstimmung des Patienten besteht. Eine bezüglich ihrer Einstellung neutrale psychotherapeutische Betreuung ist dennoch sehr wichtig, zumal in den letzten Jahren der Geschlechtswechsel zu einer Art Lösungsschablone für sehr verschiedene, zum Teil sehr schwere psychische Störungen geworden ist und dem diagnostischen Prozess eine noch größere Bedeutung zukommt. Die zweite Behandlungsphase besteht im sogenannten „Alltagstest“, in dem der Patient den Alltag in der gewünschten Geschlechtsrolle erproben soll. Der Alltagstest ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Behandlung, der auch diagnostisch zentrale Informationen liefert und psychotherapeutisch betreut werden sollte. Er sollte mindestens 1 Jahr dauern. Erst danach und wenn die diagnostischen Kriterien erfüllt sind, sollten die Schritte zur körperlichen Geschlechtskorrektur eingeleitet werden, die in der Gabe gegengeschlechtliche Hormone und – wenn der Patient dies anstrebt – operativen Maßnahmen bestehen. Von

einer Expertenkommission der deutschen sexualwissenschaftlichen Fachgesellschaften sind 1997 „Standards of Care“ für die Behandlung und Begutachtung Transsexueller veröffentlicht worden (Becker et al., 1997), die Richtlinien für die Diagnostik, Therapie und Begutachtung dieser Patientengruppe enthalten.

Sexuelle Funktionsstörungen

Sexuelle Funktionsstörungen manifestieren sich in Beeinträchtigungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens in Form von ausbleibenden, reduzierten oder unerwünschten genitalphysiologischen Reaktionen. Zu den sexuellen Funktionsstörungen werden auch Störungen der sexuellen Appetenz und Befriedigung sowie Schmerzen im Zusammenhang mit dem Geschlechtsverkehr gezählt. Tabelle 1 zeigt die Unterteilung der sexuellen Funktionsstörungen in den beiden maßgeblichen Klassifikations-

systemen und Tabelle 2 fasst die für die praktische Diagnostik und Therapieplanung wichtigen formalen Beschreibungsmerkmale zusammen.

Epidemiologie

Die Prävalenz männlicher Funktionsstörungen

Erektionsstörungen: Die Erektionsstörung (erektiler Dysfunktion) des Mannes ist diejenige sexuelle Funktionsstörung mit dem größten Zusammenhang zum Lebensalter – und damit auch zu anderen Krankheitsbildern. In der groß angelegten ‚National Health and Social Life Survey‘ (NHSL), einer Repräsentativbefragung an über 3000 US-Amerikanern und Amerikanerinnen im Alter von 18 bis 59 Jahren (Laumann et al., 1994), lag der Prozentsatz von Männern, die über signifikante (mehrere Monate im vergangenen Jahr) Erektionsstörungen berichteten, bei 10,4 %. In der Massachusetts Male Aging Study (MMAS, Feldman et al., 1994) wiesen 52%

Akademie bei Herbert König & Gerhard Müller Semmelstraße 36/38, 97070 Würzburg Tel.: 0931 - 46079033, Fax: 0931- 46079034 akademie@koenigundmueller.de http://www.koenigundmueller.de		
Biofeedback - Grundlagen-Seminar G2 09.02.-10.02.2007 D- Würzburg (Kursnr. FB070209A) PD Dr. Rüdiger Schellenberg 298,00 €* / GNP-Mitglied: 283,00 €*, 16 Std.; FE-Pkte: 20		
Akzeptanz als existentielle und psychotherapeutische Herausforderung 02.03.-03.03.2007 D- Würzburg (Kursnr. FB070302B) Prof. Dr. Gabriele Lucius-Hoene, Dipl.-Psych. 218,00 €* / GNP-Mitglied: 207,00 €*, 12 Std.; GNP-Akk.: 4; FE-Pkte: 14		
Die neuropsychologische Begutachtung - Grundkurs 09.03.-10.03.2007 D- Würzburg (Kursnr. FB070309B) Dr. Hans Wilhelm, Dipl.-Psych., Dr. Rupert Roschmann, Dipl.-Psych. 298,00 €* / GNP-Mitglied: 283,00 €*, 16 Std.; GNP-Akk.: 2; FE-Pkte: 22		
Demenz – Grundlagenwissen und Vertiefung - 16.03.-17.03.2007 D- Berlin (Kursnr. FB070316A) Prof. Dr. Wolfgang Meins, Dipl.-Psych 298,00 €* / GNP-Mitglied: 283,00 €*, 16 Std.; GNP-Akk.: 6.7; FE-Pkte: 16		
Störungseinsicht (Awareness) und Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung - Modul I: Störungseinsicht 16.03.-17.03.2007 D- München (Kursnr. FB070316C) Prof. Dr. Wolfgang Fries, Dr. Sigrid Seiler, Dipl.-Psych., Dr. Sonja Fischer, Dipl.-Psych. 218,00 €* / GNP-Mitglied: 207,00 €*, 12 Std.; Bitte Modulrabatte beachten!		
Schmerzpsychologie und Psychologische Schmerztherapie 23.03.-24.03.2007 D- Würzburg (Kursnr. FB070323C) Prof. Dr. Dr. Heinz-Dieter Basler, Dipl.-Psych., Prof. Dr. Stefan Lautenbacher, Dipl.-Psych. 328,00 €* / GNP-Mitglied: 313,00 €*, 16 Std.; GNP-Akk.: 4; FE-Punkte: 20		
Muster erfolgreicher Therapeuten 27.04.-28.04.2007 D- Würzburg (Kursnr. FB070427B) Dr. Gerhard Fries, Dipl.-Psych. 298,00 €* / GNP-Mitglied: 283,00 €*, 16 Std.; FE-Pkte: 22		
Störungseinsicht (Awareness) und Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung - Modul II: Krankheitsverarbeitung 11.05.-12.05.2007 D- München (Kursnr. FB070511C) Prof. Dr. Wolfgang Fries, Dr. Sigrid Seiler, Dipl.-Psych. Ingrid Scholler, Dipl.-Psych. Claudia Bauer, Christa Petersen 218,00 €* / GNP-Mitglied: 207,00 €*, 12 Std.; Bitte Modulrabatte beachten!		
Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an!		*Kosten incl. MwSt.



© Bildmaterial Verkehrsverein Tübingen

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



5. Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie
25. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

17. – 19. Mai 2007
in Tübingen

- Über 80 Workshops zur Auswahl
- Wissenschaftliche Vorträge von führenden Experten
- Fortbildungspunkte

Informieren Sie sich!
Melden Sie sich an!

www.uni-tuebingen.de/psychologie/kongress2007

DSM-IV	ICD-10
<i>Störungen der sexuellen Appetenz</i>	
Störung mit verminderter sexueller Appetenz (302.71)	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0)
Störung mit sexueller Aversion (302.79)	Sexuelle Aversion (F52.10)
	Mangelnde sexuelle Befriedigung (F52.11)
<i>Störungen der sexuellen Erregung</i>	
Störung der sexuellen Erregung bei der Frau (302.72) Erektionsstörung beim Mann (302.72)	Versagen genitaler Reaktionen (F52.2); Männer: Erektionsstörungen; Frauen: Mangel oder Ausfall der vaginalen Lubrikation.
<i>Orgasmusstörungen</i>	
Weibliche Orgasmusstörung (302.73)	Orgasmusstörung (F52.3)
Männliche Orgasmusstörung (302.74)	
Ejaculatio praecox (302.75)	Ejaculatio praecox (F52.4)
<i>Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen</i>	
Dyspareunie, nicht aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors (302.76)	Nicht-organische Dyspareunie (F52.6)
Vaginismus, nicht aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors (306.51)	Nicht-organischer Vaginismus (F52.5)
Sexuelle Funktionsstörung aufgrund einer körperlichen Erkrankung	
Substanzinduzierte sexuelle Funktionsstörung	
Nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörung (302.70)	

Tabelle 1: Kategorisierung der sexuellen Funktionsstörungen in DSM-IV-TR und ICD-10

Orgasmusstörungen: Die Orgasmusstörungen des Mannes lassen sich unterteilen in den vorzeitigen Orgasmus (Ejaculatio praecox) und die Orgasmushemmung (Ejaculatio retardata). Die heute gültige Definition des *vorzeitigen Orgasmus* lautet: Ein anhaltendes oder wiederkehrendes Einsetzen des Orgasmus vor, bei oder kurz nach der Penetration und bevor die Person es wünscht. In der NHSL-Studie (Laumann et al., 1994) gaben 29% der befragten Männer an, im vergangenen Jahr mindestens über mehrere Monate das Problem eines vorzeitigen Orgasmus gehabt zu haben. Anders als bei den Erektionsstörungen zeigte sich für den vorzeitigen Orgasmus keine Alterskorreliertheit, sondern eine sehr gleichmäßige Prävalenz in den verschiedenen Altersgruppen. Entgegen landläufiger Überzeugungen ist der vorzeitige Orgasmus also keine Störung der jüngeren, noch unerfahrenen Männer, sondern eine chronische sexuelle Dysfunktion, die sich durch alle Lebensalter zieht. Insgesamt erlauben die vorhandenen Daten (Überblick bei Metz et al., 1997) den Schluss, dass es sich beim vorzeitigen Orgasmus um die häufigste sexuelle Funktionsstörung des Mannes handelt.

Die **Orgasmushemmung** des Mannes wird definiert als: Eine anhaltende oder wiederkehrende Verzögerung oder ein Fehlen des Orgasmus nach einer normalen sexuellen Erregungsphase, während einer sexuellen Aktivität, die der Untersucher unter Berücksichtigung des Lebensalters hinsichtlich Intensität, Dauer und Art für adäquat hält. Die wenigen vorliegenden Daten zur Prävalenz des gehemmten männlichen Orgasmus aus nicht-klinischen Stichproben deuten darauf hin, dass diese Problematik nicht so selten ist wie gemeinhin angenommen wird. In der

Tabelle 2: Formale Einteilungskriterien für sexuelle Funktionsstörungen

der zwischen 40 und 70 Jahre alten Männer eine zumindest leichtgradige Störung der Erektionsfähigkeit auf. Aus ihren Daten errechneten die Autoren, dass ca. 18 Millionen US-amerikanischer Männer im Alter von 40 bis 70 Jahren unter Erektionsstörungen leiden, die daher ein ernsthaftes und quantitativ erhebliches Gesundheitsproblem darstellen.

In einer deutschen Studie wurde die Prävalenz und die „Therapiebedürftigkeit“ erektiler Dysfunktionen an einer Stichprobe von knapp 5000 Männern (Alter 30 – 80 Jahre) im Großraum Köln erhoben (Braun et al., 1999). Insgesamt berichteten 19,2% der Männer über das Vorliegen einer Erektions-

störung und 8,5% der Männer sahen diese Dysfunktion subjektiv als behandlungsbedürftig an. Die altersabhängige Prävalenz betrug 10% bei den 40 – 49jährigen, 15,4% bei den 50 – 59jährigen, 35% bei den 60 – 69jährigen und 50% bei den über 70jährigen.

Der enge Zusammenhang von Inzidenz und Prävalenz erektiler Dysfunktionen mit dem Lebensalter und dem allgemeinen Gesundheitszustand bringt es mit sich, dass bei einer zunehmend älter werdenden Weltbevölkerung eine deutliche Zunahme dieses Krankheitsbildes und der nachgefragten medizinischen Leistungen vorausgesagt werden muss.

Kriterium	Ausprägungsmöglichkeiten
Beginn	<i>Lebenslang</i> (primär): seit Beginn sexueller Erfahrungen bestehend <i>Erworben</i> (sekundär): erst nach symptomfreier Phase aufgetreten
Kontext des Auftretens	<i>Generalisierter</i> (bei allen Partnern und Praktiken) oder <i>situativer</i> Typus (partner-, praktik- bzw. situationsabhängig)
Ätiologische Faktoren	<i>Aufgrund psychischer Faktoren</i> oder <i>aufgrund kombinierter Faktoren</i> (bei Überwiegen medizinischer Faktoren wird entsprechende Kategorie kodiert)
Verlauf	<i>akut</i> eintretend versus <i>chronisch</i> einschleichend

NHSLS-Stichprobe gaben ca. 8% der befragten Männer an, innerhalb des zurückliegenden Jahres über einen Zeitraum von mehreren Monaten unter einer „Unfähigkeit, zum Orgasmus zu kommen“ gelitten zu haben.

In klinischen Stichproben liegt der Anteil männlicher Patienten mit dem Symptom der Orgasmushemmung durchweg zwischen 3 und 8% (Übersicht bei Dekker, 1993; Rosen & Leiblum, 1995) und ist damit das seltenste Störungsbild, für das professionelle Hilfe gesucht wird.

Appetenzstörungen: Sowohl die vorhandenen epidemiologischen Daten als auch die klinischen Erfahrungen und Daten lassen eine Zunahme der Appetenzstörungen bei Männern in den vergangenen zwei Jahrzehnten erkennen. In der Hamburger Sexualberatungsstelle war von Mitte der 70er- bis Mitte der 90er-Jahre ein Zuwachs männlicher Inappetenz von 4% auf 16% (Schmidt, 1996) zu verzeichnen, während der Prozentsatz in der sexual-

medizinischen Sprechstunde des Universitätskrankenhauses Zürich (Buddeberg et al., 1994) zwischen 1980 und 1990 gleich geblieben ist, aber immerhin auch bei 12% aller Patienten liegt. In der mehrfach zitierten NHSLS-Repräsentativerhebung von Laumann et al. (1994) berichteten 15% der Männer über ein mangelndes sexuelles Interesse in den zurückliegenden 12 Monaten. Trotz zum Teil deutlicher Prävalenzunterschiede innerhalb der westlichen Industrieländer (Rosen & Leiblum, 1995) mit höheren Störungsraten in Nordamerika im Vergleich zu Europa, lassen die Daten den Schluss zu, dass es sich bei männlichen Appetenzstörungen nicht um ein unbedeutendes Randphänomen handelt. Es steht zu erwarten, dass die zunehmende Verwendung wirksamer Medikamente für erektile Dysfunktionen oder auch für den vorzeitigen Orgasmus dazu führen wird, dass die nicht selten hinter den Funktionsstörungen „verborgenen“ Appetenzprobleme deutlicher zutage treten und in der Praxis noch größere Bedeutung gewinnen werden.

Die Prävalenz weiblicher Funktionsstörungen

Appetenzstörungen: Die weiblichen Appetenzstörungen werden in den aktuellen Diagnosesystemen unterteilt in (i) den Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen und (ii) die sexuelle Aversion. Der *Mangel oder Verlust des Sexualverlangens* schließt sexuelle Befriedigung oder Erregung nicht aus, sondern bedeutet, dass sexuelle Aktivitäten seltener initiiert werden und äußert sich typischerweise in einer Verminderung des Suchens nach sexuellen Reizen, des Denkens an Sexualität mit Verlangen oder Lust sowie der sexuellen Phantasien. Das Interesse an sexuellen Aktivitäten oder Masturbation besteht seltener als nach Alter und Umständen zu erwarten, oder die Häufigkeit ist deutlich gesunken.

Bei der *sexuellen Aversion* ist die Vorstellung von einer sexuellen Partnerbeziehung stark mit negativen Gefühlen verbunden und erzeugt soviel Furcht oder Angst, dass sexuelle Handlungen vermieden werden.

EMDR ist eine von Dr. Shapiro (USA) entwickelte erfolgreiche Psychotherapiemethode zur Behandlung von Traumafolgeerkrankungen und ist gut integrierbar in jedes Psychotherapieverfahren. Am 6.7.06 wurde die EMDR-Methode vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als **wissenschaftliche Methode anerkannt**.



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

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

EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

18.-20.01.07 + 02.03.07 **Oberursel/Frankfurt**

09.-11.02.07 + 10.03.07 **Hannover**

23.-25.02.07 + 21.04.07 **Berlin**

01.-03.03.07 + 20.04.07 **Köln**

23.-25.03.07 + 02.06.07 **Bad Segeberg/Hamburg**

31.05.-02.06. + 24.08.07 **Köln**

Info und Anmeldung:

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

EMDR-Institut

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

EMDR-Institut Deutschland

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

Die vorhandenen Daten aus den letzten 20 Jahren zeigen eindrücklich, dass die Appetenzstörungen bei den Frauen die mit Abstand höchste Prävalenz von allen sexuellen Dysfunktionen in nicht-klinischen wie klinischen Stichproben aufweisen. In der NHSL-Repäsentativstudie (s.o., Laumann et al., 1994) berichteten 33,4% der befragten Frauen über ein mangelndes Interesse an Sexualität und 21,2% gaben an, Sexualität nicht genießen zu können. Während das mangelnde Interesse keine Alterskorreliertheit aufwies, war die mangelnde Genussfähigkeit in den höheren Altersgruppen (ab 35) geringer ausgeprägt.

In den klinischen Stichproben beklagen gegenwärtig mindestens 30% aller weiblichen Patienten, die um sexualmedizinische Hilfe nachsuchen, einen Mangel an sexueller Motivation oder Sexualverlangen (Kaplan, 2000). Rosen et al. (1987) diagnostizierten gehemmtes Sexualverlangen bei annähernd 40% ihrer Sexualpatienten, überwiegend bei den Frauen. Dass ein Wandel im klinischen Erscheinungsbild der sexuellen Störungen bei Frauen in Richtung Appetenzstörung stattgefunden hat, kann zahlenmäßig kaum deutlicher vermittelt werden als durch die Statistik der Sexualberatungsstelle der Universität Hamburg (Schmidt, 1996). Ein Diagnosevergleich zwischen 1975/77 und 1992/94 zeigt, dass sich die Klagen der weiblichen Ratsuchenden über sexuelle Lustlosigkeit von 8% auf 58% erhöhten, während die Klagen über Erregungs-/Orgasmusstörungen von 80% auf 29% sanken.

Erregungsstörungen: Die weiblichen Erregungsstörungen spielen im Unterschied zu ihrem männlichen Pendant, der Erektionsstörung, als „reine“ Störung eine eher untergeordnete Rolle, wobei sich hinter den häufiger diagnostizierten Orgasmusstörungen sowie der Dyspareunie (Schmerzen beim Sexualverkehr) allerdings nicht selten Erregungsstörungen verbergen. Die weibliche Erregungsstörung wird heute definiert als ein anhaltendes oder wiederkehrendes Versagen, die Lubrikation und ein Anschwellen der äußeren Genitalien als Zeichen genitaler Erregung zu erlangen oder bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität aufrecht zu erhalten.

In der NHSL-Studie berichteten 18,8% der Frauen über Probleme mit der genitalen Lubrikation, mit einer etwas höheren Prävalenz bei den postmenopausalen Frauen. Während in einer Befragung in den Niederlanden nur 4% der Frauen Lubrikationsprobleme angaben (Diemont et al., 1996), lag die Prävalenz in einer japanischen Studie deutlich höher und stieg von 11% bei den bis 30jährigen auf 77% bei den 70jährigen an (Sato et al., 1998).

Orgasmusstörungen: Die weibliche Orgasmushemmung wird definiert als anhaltende oder wiederkehrende Verzögerung oder Fehlen des Orgasmus nach einer normalen sexuellen Erregungsphase, wobei die sexuelle Aktivität vom Kliniker hinsichtlich ihrer Zielrichtung, Intensität und Dauer als ausreichend beurteilt wird. Es wird darauf hingewiesen, dass manche Frauen bei nicht-koitaler Klitorisreizung einen Orgasmus erleben können, diesen jedoch nicht beim Koitus ohne manuelle Stimulation der Klitoris erreichen und dass das bei den meisten dieser Frauen eine normale Variation der weiblichen Sexualreaktion darstellt und die Diagnose einer Orgasmushemmung bei der Frau nicht rechtfertigt. Dennoch handelt es sich bei einigen dieser Frauen um eine psychische Hemmung, welche die Diagnose rechtfertigt. Diese schwierige Entscheidung wird erleichtert durch eine gründliche sexuelle Abklärung, die auch einen Behandlungsversuch erfordern kann (DSM-IV, 1994).

In der NHSL-Studie berichteten 24,1% der Frauen über Orgasmusprobleme, wobei die Prävalenz bei den jüngeren Frauen und den postmenopausalen Frauen am höchsten lag. Im Kinsey-Report (1953) gaben 10% der Frauen an, noch niemals in ihrem Leben einen Orgasmus erlebt zu haben und in anderen nicht-klinischen Studien lag die Prävalenz von Orgasmusstörungen (nie oder selten) zwischen 5% und 20% (Spector & Carey 1990).

In den klinischen Stichproben fanden sich ganz ähnliche Zahlen, da auch hier der Anteil der Frauen, die wegen Orgasmusproblemen Rat suchen, zwischen 10% und 37% liegt (Hawton, 1982; Buddeberg, 1988; Renshaw, 1988; Catalan, 1990; Schmidt, 1996).

Vaginismus und Dyspareunie: Vaginismus und Dyspareunie bilden die bei Frauen recht häufige Gruppe der Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen. Der Vaginismus ist dabei definiert als wiederkehrende oder anhaltende unwillkürliche Spasmen der Muskulatur des äußeren Drittels der Vagina, wenn eine vaginale Penetration mit dem Penis, dem Finger, einem Tampon oder einem Spekulum versucht wird.

Zur Prävalenz des Vaginismus in der Allgemeinbevölkerung gibt es kaum Zahlen, da diese Problematik nicht als Extrakategorie erfasst wurde. In klinischen Stichproben bewegt sich der Anteil Frauen mit diesem Symptom zumeist zwischen 10 und 15% und erscheint recht konstant (Masters & Johnson, 1970; Spector & Carey, 1990; Schmidt, 1996; Heiman & Meston, 1997; Leiblum, 1998).

Die Dyspareunie wird definiert als wiederkehrende oder anhaltende genitale Schmerzen, die mit dem Geschlechtsverkehr einhergehen, wobei die Symptomatik nicht ausschließlich durch Vaginismus oder eine zu geringe Lubrikation verursacht und nicht besser durch eine andere psychische Störung, Substanzgebrauch oder eine körperliche Erkrankung erklärbar sein soll.

In der NHSL-Studie (Laumann et al., 1994) berichteten 14% über Schmerzen beim Sexualverkehr, während die Prävalenz in einer älteren Studie (Schover, 1981) bei 8% lag. In klinischen Stichproben schwankt der Anteil der Frauen, die wegen dieses Problems Hilfe suchen, zwischen 3 und 17% (Hawton, 1982; Buddeberg, 1988; Renshaw, 1988; Catalan et al., 1990; Spector & Carey, 1990), wobei zu berücksichtigen ist, dass viele betroffene Frauen keine Spezialeinrichtungen aufsuchen, sondern ihren Haus- oder Facharzt um Hilfe bitten.

Zusammenfassung

Wenngleich die epidemiologischen Daten zu den sexuellen Funktionsstörungen (mit Ausnahme der erektilen Dysfunktionen) noch nicht den zu fordernden Standards entsprechen, lassen die vorhandenen Zahlen den Schluss zu, dass sexuelle Dysfunktionen sehr häufige, alle Altersgruppen

und Männer wie Frauen betreffende Gesundheitsprobleme sind. In der derzeit zuverlässigsten Befragung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe, der US-amerikanischen National Health and Social Life Survey (NHSL-Studie, Laumann et al., 1994), gaben insgesamt **43% der Frauen** und **35% der Männer** an, im Jahr vor der Befragung unter signifikanten, mindestens mehrere Monate bestehenden sexuellen Funktions- bzw. Appetenzproblemen gelitten zu haben. Bei den Frauen stellen Probleme der sexuellen Appetenz sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch im klinischen Bereich die mit Abstand bedeutsamste Dysfunktion dar, während bei den Männern die Störung mit der höchsten Prävalenz, der vorzeitige Orgasmus (Ejaculatio praecox), viel seltener zur Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen führt als die Erektionsstörung, die deshalb und aufgrund ihres engen Zusammenhangs zu anderen Krankheitsbildern (Diabetes, Hypertonus, koronare Herzkrankheit, neurologische Krankheiten) die klinisch bedeutsamste Störung des Mannes darstellt. In Deutschland ist derzeit von ca. 5 Millionen erektionsgestörter Männer auszugehen; aufgrund der Alterskorreliertheit wird diese Zahl bis zum Jahr 2025 auf mindestens 7 Millionen Männer ansteigen.

Sexuelle Funktionsstörungen und Lebensqualität

Die Beziehung von sexueller Gesundheit und sexuellen Störungen zur Lebensqualität ist erst in den letzten Jahren breiter aufgegriffen worden. Beflügelt wurde diese Entwicklung durch die zunehmende Beachtung der Lebensqualität in den klinischen Studien zur Überprüfung neuer Medikamente für erektile Dysfunktionen. Mehr und mehr scheint sich die Erkenntnis durchzusetzen, dass die therapeutische Zielsetzung nicht nur auf eine reine Symptombeseitigung und Wiederherstellung der sexuellen Funktion beschränkt sein darf, sondern sexuelle Gesundheit in einem breiteren Verständnis und speziell in ihrer Bedeutung für die allgemeine und sexualbezogene Lebensqualität als Zielgröße im Mittelpunkt stehen sollte. Die Ergebnisse der vorliegenden empirischen

Untersuchungen zur Beziehung von Sexualität und Lebensqualität begründen diese Akzentverschiebung schon heute nachdrücklich.

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass ein enger Zusammenhang zwischen sexueller Gesundheit und der allgemeinen Lebenszufriedenheit besteht (Fugl-Meyer et al., 1997; McCabe, 1997; Litwin et al., 1998; Ventegodt, 1998; Benkert, 1999). Einige wichtige Resultate dieser Untersuchungen:

- Personen, die nicht sexuell aktiv sind, haben eine deutlich niedrigere Lebensqualität, wobei dieser Zusammenhang von dem Fehlen eines geeigneten Sexualpartners mitbestimmt wird.
- Männer mit Sexualstörungen haben im Vergleich mit *nicht funktionsgestörten* Männern erhebliche Einbußen in den emotionalen, sozialen und sexuellen Qualitäten von Intimität und Paarverbundenheit und die sexuelle Dysfunktion ist bei Ihnen assoziiert mit einem Zusammenbruch der emotionalen und sexuellen Nähe in der Partnerschaft, einer Verminderung des gegenseitigen Austauschs sowie einem Rückgang der Teilnahme an sozialen und Freizeitaktivitäten.
- Auch bei den Frauen beeinflussen sexuelle Probleme zahlreiche Lebensaspekte und sind verbunden mit einer verminderten Leistungsfähigkeit und einer verminderten Befriedigung im interpersonalen, beruflichen und emotionalen Bereich. Dabei scheint es den Frauen weniger als den Männern zu gelingen, die sexuellen Probleme etwa durch eine „Flucht in die Arbeit“ zu kompensieren bzw. zu verdrängen.
- In den klinischen Studien führte eine Reduktion der sexuellen Symptomatik zu signifikanten Verbesserungen der Lebenszufriedenheit sowie der seelischen Gesundheit, speziell zu Veränderungen von Ängsten, Depressionen, der interpersonalen Sensibilität und Selbstachtung.

Die enge Beziehung zwischen sexueller Gesundheit/sexuellen Problemen und Lebensqualität ist eine wichtige empirische Untermauerung für eine stärkere Gewich-

Workshop

Strukturbezogene Psychotherapie

**Herr Prof. Dr. med.
Gerd Rudolf
Frau Hildegard Horn**

**Freitag, 16. März 2007 –
Sonntag, 18. März 2007**

**im Sozialzentrum der
Rheinischen Kliniken, Haus 27
Bergische Landstraße 2,
40629 Düsseldorf**

Das Thema Strukturbezogene Psychotherapie ist eine Modifikation tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie, eingesetzt zur Behandlung struktureller Störungsanteile. Das psychodynamische Strukturkonzept stützt sich insbesondere auf das OPD-System (Achse 4 Struktur). Das dreitägige Seminar wird die konzeptuellen Grundlagen und praktisch-therapeutischen Vorgehensweisen strukturbezogener Psychotherapie bei erwachsenen und jugendlichen Patienten vermitteln.

Veranstalter:

Förderverein für Psychosomatische Medizin e. V.

Kosten:

bis zum 19. Januar 2007 240,00 EUR
nach dem 19. Januar 2007 280,00 EUR

Bankverbindung:

Zahlungsempfänger: Förderverein für Psychosomatische Medizin e. V.
Deutsche Bank Düsseldorf
BLZ 300 700 24
Kto. Nr. 639 01 08
Stichwort: Rudolf-Workshop, Düsseldorf

Anmeldung:

Möglichst per E-Mail, ansonsten per Fax an: Frau Petra Grabowski Sekretariat Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress
Klinisches Institut und Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf
Tel. 0211 922-4701
Fax 0211 922-4707
E-Mail petra.grabowski@ivr.de

Von beiden
Kammern
zertifiziert
(ca. 25
Fortbildungspunkte)



In Verbindung mit dem Klinischen Institut und der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



tung dieses Bereichs in unserem Gesundheitssystem, da sie zeigt, dass die Behandlung sexueller Störungen sich nicht mit einem Randbereich, sondern mit einem zentralen Erlebens- und Verhaltensbereich des Menschen beschäftigt. Wir halten sie darüber hinaus für eines der stärksten Argumente, warum es für die Psychologische Psychotherapie sinnvoll und lohnend ist, sich diesem Bereich stärker zuzuwenden.

Daten zum Behandlungsbedarf und zur Inanspruchnahme diagnostischer und therapeutischer Dienstleistungen

Ähnlich wie zur Inzidenz und Prävalenz liegen auch zum Behandlungsbedarf und zur tatsächlichen Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei sexuellen Funktionsstörungen bislang nur wenige zuverlässige Zahlen vor.

Betrachtet man zunächst die Dimension der *subjektiv empfundenen Behandlungsbedürftigkeit*, so lassen die vorhandenen Daten eine mehr oder minder stark ausgeprägte Diskrepanz zwischen der Prävalenz sexueller Dysfunktionen und der subjektiv angegebenen Behandlungsbedürftigkeit bzw. dem Therapiewunsch erkennen. In der Studie von Dunn et al. (1998) in England hatten von den 34% der Männer und den 41% der Frauen, die eine sexuelle Störung angaben, 64% der Männer und 44% der Frauen den Wunsch, diese Störung behandeln zu lassen. In der Kölner Untersuchung zur Prävalenz erektiler Dysfunktionen (Braun et al., 1999) betrachteten sich weniger als die Hälfte der Männer, die über eine Erektionsstörung berichteten, als therapiebedürftig, wobei diese Quote mit zunehmendem Alter deutlich ansteigt (auf über zwei Drittel bei den über 70jährigen Männern). Für die hier zu Tage tretende Diskrepanz sind nach dem gegenwärtigen Stand der Kenntnisse zwei Variablenbündel verantwortlich:

(1) Der Leidensdruck ist bei einem Teil der Patienten mit sexuellen Dysfunktionen nicht so ausgeprägt bzw. so ambivalent, dass kein konkreter Behandlungswunsch ent-

steht. Einem Teil der Betroffenen gelingt ein Arrangement, das Sexualität trotz Funktionsproblemen weiter ermöglicht. Solche Arrangements finden sich am ehesten bei den männlichen und weiblichen Orgasmusstörungen, während es bei den Erregungs- bzw. Erektionsstörungen seltener gelingt. Der Behandlungswunsch bei Appetenzstörungen ist dagegen oft mit einer großen Ambivalenz verbunden und der Leidensdruck eher „extern“ (Drängen des Partners, Angst vor Beziehungsabbruch). Zu diesem Variablenkomplex ist auch der Umstand zu rechnen, dass ein derzeit nicht genau quantifizierbarer Anteil der Störungen passagerer Natur ist bzw. es zu sog. Spontanremissionen kommt. In allen Überlegungen und Berechnungen ist daher ein sexuelles *Problem* von einer tatsächlichen sexuellen *Störung* zu unterscheiden, für deren Definition allerdings heute klare, operationalisierte Kriterien vorliegen (DSM-IV-TR, ICD-10).

(2) Als noch bedeutsamer für die Erklärung der Diskrepanz zwischen der Prävalenz sexueller Dysfunktionen und dem Therapiewunsch wird heute ein zweites Variablenbündel angesehen, das sich aus *Hemmungen und Kenntnisdefiziten* über Behandlungsmöglichkeiten auf Seiten der Betroffenen und den *unzureichenden Versorgungsangeboten* auf Seiten der Medizin bzw. Sexualtherapie zusammen setzt. So machen Dunn et al. (1998) für die geringe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen 4 Gründe verantwortlich: (a) Hemmungen auf Seiten der Patienten; (b) mangelnde Kenntnisse, dass es Behandlungsmöglichkeiten gibt; (c) Vorkommen und Bedeutung von Sexualstörungen werden von der Ärzteschaft unterschätzt und (d) Berührungängste und mangelnde Fachkenntnisse bei den Ärzten/Therapeuten.

In einer weltweit durchgeführten Studie zu den sexuellen Einstellungen und sexuellen Problemen von Männern und Frauen im Alter von 40 – 80 Jahren gaben aus der deutschen Stichprobe lediglich 11% der Befragten an, dass sie in den letzten 3 Jahren von ihrem Arzt einmal auf das Thema Sexualität angesprochen worden sind (Hartmann et al., 2002). Gleichzeitig wünscht sich eine Mehrzahl der Betroffe-

nen aber, dass ihr Behandler sie aktiv auf den Bereich sexuelle Gesundheit anspricht und mehr als die Hälfte glaubt, dass ein offener Umgang mit diesem Thema ihnen persönlich helfen kann und entstigmatisierend wäre. Die bis heute eher geringe Bereitschaft vieler Ärzte, sich dieses Themas anzunehmen, eröffnet den Psychologischen Psychotherapeuten gerade auch vor diesem Hintergrund ein breites Betätigungsfeld.

Bis heute gibt es nur wenige Zahlen zur *tatsächlichen Inanspruchnahme* medizinischer Dienstleistungen für sexuelle Dysfunktionen. Für Erektionsstörungen hat Shabsigh (1996) berechnet, dass jährlich zwischen 2.6 und 5.2% der betroffenen Männer professionelle Hilfe suchen. 1986 wurde in Deutschland eine Befragung in 189 Allgemeinpraxen und 71 internistischen Praxen zur Behandlung von Erektionsstörungen durchgeführt (Zentgraf & Iffländer, 1987). Im Durchschnitt sahen die befragten Ärzte 3 Patienten mit Erektionsstörungen pro Quartal, woraus sich errechnen ließ, dass seinerzeit 120 000 Patienten pro Quartal ihren Arzt wegen dieser Problematik konsultierten. Berücksichtigt man allerdings, dass auch in dieser Studie 75% der Ärzte angaben, ihre Patienten nicht aktiv auf diesen Bereich anzusprechen und dass hier nur die Erektionsstörungen erfasst wurden, lässt sich das Ausmaß der Unterversorgung abschätzen, das sich im übrigen auch aus der englischen Studie von Dunn et al. (1998) ablesen lässt, in der nur 12% der männlichen und 8% der weiblichen Patienten tatsächlich professionelle Hilfe für ihre sexuelle Dysfunktion gefunden hatten.

Die Angebotsseite: Welche wissenschaftlich anerkannten Behandlungsverfahren liegen heute vor und wer ist in der Lage, sie anzuwenden?

Zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen liegen heute verschiedene Therapieverfahren vor. Auch auf der Angebotsseite gilt, dass die Datenlage – besonders bezüglich der Langzeitstabilität der Therapieeffekte – noch unbefriedigend ist und dass

für die männlichen Störungen ein sehr viel breiteres Repertoire an Therapieoptionen zur Verfügung steht.

Die Sexualtherapie

Das etablierte, auf die maßgeblichen Arbeiten von Masters und Johnson (1970) sowie Kaplan (1974) zurückgehende Vorgehen der traditionellen psychologischen Therapie sexueller Funktionsstörungen (im folgenden kurz: Sexualtherapie) besteht aus einer eklektischen Rezeptur, mit der erstmals bei den bis dahin als psychotherapeutisch kaum beeinflussbar geltenden sexuellen Funktionsstörungen gute Erfolgsquoten möglich wurden. Das bevorzugte Setting ist die Paartherapie und es werden selten mehr als 25 Therapiesitzungen abgehalten.

Sexualtherapie besteht in der Kombination von

1. systematisch aufgebauten, therapeutisch strukturierten und angeleiteten sexuellen Erfahrungen mit
2. der psychotherapeutischen Bearbeitung der intrapsychischen und partnerschaftlichen Verursachungsfaktoren der sexuellen Störung.

Ohne sich in den Anfangszeiten dessen bewusst gewesen zu sein, folgt die Sexualtherapie dem (auch neurobiologischen begründbaren) Grundprinzip wirksamer psychotherapeutischer Veränderungen durch **korrigierende emotionale Erlebnisse** und setzt dafür neben einem variablen und flexiblen psychotherapeutischen „Standardinventar“ ein bewährtes Repertoire von spezifisch sexualtherapeutischen Interventionen und Verhaltensanleitungen ein. Diese weithin populär gewordenen „Hausaufgaben“ oder „Übungen“ (am bekanntesten: die Sensate Focus oder Sensualitäts-Übung) dienen als **Katalysator der korrigierenden emotionalen Erfahrungen** und erfüllen darüber hinaus vielfältige therapeutische Funktionen.

Der Grundansatz der Sexualtherapie ist erfahrungsorientiert, zielgerichtet und zeitbegrenzt. Es werden zunächst die Faktoren therapeutisch bearbeitet, die unmittelbar, während des sexuellen Reaktionsablaufs zur Manifestation der sexuellen

Störung führen. Fast immer sind dabei Versagensängste, negative Erwartungen, Leistungsdruck, ablenkende Gedanken, Selbstbeobachtung, ungünstige situative Bedingungen und destruktive Paarinteraktionen entscheidend beteiligt. Charakteristisch für die sexuellen Dysfunktionen ist, dass die sexuelle Problematik nur verbessert werden kann, wenn es gelingt, die unmittelbar wirkenden pathogenetischen Faktoren günstig zu beeinflussen. Inwieweit dies möglich ist, ist abhängig von den intrapsychischen und/oder paardynamischen Konflikten, die der Sexualstörung zugrunde liegen, und – oft noch stärker – von der funktionalen Bedeutung des Symptoms für den Patienten selbst und die Partnerschaft.

Das **Basisvorgehen** der klassischen Sexualtherapie in ihrer Kombination von verhaltensorientierten und aufdeckenden, konfliktbearbeitenden Elementen lässt sich schematisch so darstellen:

1. Der Vorgabe einer für die individuelle Problematik angemessenen *Verhaltensanleitung* und deren praktischen Umsetzung folgt die *Analyse der Erfahrungen des Paares bzw. des Patienten*, in der die Hindernisse und unmittelbaren Ursachen der Störung fokussiert werden sollten.
2. Der entscheidende (psycho)therapeutische Schritt besteht dann in der Hilfestellung bei der Modifizierung bzw. Reduzierung dieser Hindernisse, bevor die nächste Verhaltensanleitung gegeben werden kann. Von diesem Hauptweg zweigen zahlreiche Seitenwege ab, die u.Ust. spezifische Interventionen notwendig machen (Details bei Stief et al. 2001, Beier et al. 2001).

Die Daten zur *Effizienz* der Sexualtherapie (Übersicht bei Beier et al., 2001) zeigen, dass bei ca. 2/3 der Patienten(paare) nach Therapieende eine signifikante Symptomverbesserung erzielt werden kann. Prognostische Faktoren für einen Therapieerfolg sind: (1) Der sozioökonomische Status, (2) die Qualität der Paarbeziehung, (3) das sexuelle Interesse der Partnerin und (4) eine frühe Mitarbeit an der The-

rapie. Betrachtet man die Behandlungseffektivität bei den verschiedenen Störungsbildern, dann zeigen die vorliegenden Studien, dass bei den Frauen der Vaginismus und die primären Orgasmusprobleme durchweg gute Therapieerfolge aufweisen, während die (stärker beziehungsgebundenen) sekundären Orgasmusprobleme und vor allem die Appetenzprobleme eine schlechtere Prognose haben. Bei den Männern ist die Erfolgsquote zum Zeitpunkt des Therapieendes für die sekundären Erektionsstörungen und den vorzeitigen Orgasmus gut, für die primären Erektionsstörungen und die Orgasmushemmung dagegen deutlich schlechter. Die bislang nur wenigen langfristigen Follow-Up-Studien (Arentewicz & Schmidt, 1993; De Amicis et al., 1985; Hawton et al., 1986) zeigen allerdings, dass es gerade beim vorzeitigen Orgasmus, bei den sekundären Erektionsstörungen und bei Paaren mit Appetenzproblemen zu Symptomverschlechterungen und Rückfällen kommt, die Langzeitstabilität der sexualtherapeutisch erzielten Veränderungen also unzureichend ist.

Grenzen und Probleme der klassischen Sexualtherapie

Nach einer anfänglichen euphorischen Phase in ihrer Frühzeit ist die Sexualtherapie mittlerweile bescheidener geworden, was gerade auch ihre Effektivität und universelle Einsetzbarkeit betrifft. Die sexuellen Störungen scheinen insgesamt komplexer geworden zu sein und bei den sehr häufigen Appetenzproblemen greift das traditionelle Vorgehen oftmals kaum. Hinzu kommt, dass es bei den Sensualitätsübungen zu paradoxen Reaktionen im Sinne einer „Meta-Versagensangst“ kommen kann, wenn die Patienten in einer entspannten, sinnlichen, erotischen Situation, wo sich doch „eigentlich“ Lust und Erregung einstellen müsste, in eine Selbstbeobachtung und in einen Erwartungsdruck geraten. Bezüglich Prognose und Effektstabilität der Sexualtherapie ist festzuhalten, dass ca. zwei Drittel der sexualtherapeutisch behandelten erektionsgestörten Männer signifikante Verbesserungen der Symptomatik am Therapieende zeigen, die katamnestic zumindest in einem mittleren Zeitraum (bis zu einem

Jahr) recht stabil sind (Mohr & Beutler, 1990). Bemerkenswert ist dabei noch, dass die Sexualtherapie die sexuelle Zufriedenheit langfristig zu verbessern scheint, selbst wenn die sexuelle Funktionsfähigkeit sich wieder leicht verschlechtert. Dies mag darauf hindeuten, dass es der Sexualtherapie gelingt, sexuelle Verhaltensmuster und Skripts dauerhaft zu verändern und so vielleicht in einer Reihe von Fällen eine Rückfall-Vermeidung zu bewirken. Auch in der großen Psychotherapie-Evaluation von Grawe und Mitarbeitern (Grawe et al., 1993) wird der Sexualtherapie eine recht gute, aber ausgesprochen differentielle Wirksamkeit bescheinigt, bei einem Teil der Patienten also sehr gute, bei einem anderen Teil aber nur unbefriedigende Effekte erzielt werden.

Die klassische Sexualtherapie bleibt auch in Zeiten wirksamer Medikamente eine wichtige und effektive Therapieoption, die aber gleichzeitig aus mehreren Gründen einer Weiterentwicklung und „Renovierung“ bedarf. So besteht die klassische Sexualtherapie primär aus Strategien, die auf Reduzierung und Regulierung der als zentrales pathogenetisches Moment angesehenen **sympathikotonen Überaktivierung** gerichtet sind. Die therapeutischen Interventionen zielen dementsprechend primär auf den **Abbau von Angst**, die Reduzierung von Leistungsdruck, Desensibilisierung, Kommunikation und Entspannung. Seit Mitte der 1980er-Jahre ist immer deutlicher geworden, dass dieser Ansatz theoretisch wie praktisch zu kurz greift und Angst und sexuelle Erregung bzw. sexuelle Funktion nicht per se in einer sich gegenseitig ausschließenden, sondern in einer sehr viel komplexeren Beziehung stehen (vgl. dazu Barlow, 1986; Bancroft, 1999; Hartmann, 2001). Hinzu kommt, dass bei vielen sexuellen Funktionsstörungen der **Abbau** von Angst oder anderen inhibitorischen Faktoren nicht ausreicht, sondern es um den **Aufbau** sexueller Erregung und Motivation geht.

Eine „Sexualtherapie der zweiten Generation“ muss sowohl die aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnisse im Blick haben und sich gleichzeitig an der Frontlinie von Theorie und Praxis psychologischer Therapieverfahren bewegen. Diese

Weiterentwicklungen der Sexualtherapie werden daher einen wichtigen Stellenwert im geplanten Fortbildungsgang einnehmen.

Pharmakotherapeutische Optionen

Wissenschaftlich anerkannte, effektive und für die Indikation sexuelle Dysfunktion zugelassene pharmakologische Therapieoptionen liegen heute lediglich für die Erektionsstörungen des Mannes vor. Von den verschiedenen Behandlungsoptionen (Übersichten bei Stief, 2002; Beier et al., 2001; Sperling et al., 2005) sind heute die oral wirksamen Erektiva die am häufigsten eingesetzte und den Patientenwünschen am stärksten entsprechende Therapieform. Sildenafil (Viagra®), Vardenafil (Levitra®) und Tadalafil (Cialis®) sind spezifische Inhibitoren des Phosphodiesterase-5-Isoenzym (PDE5), das in der Physiologie der Erektion im Schwellkörper des Penis eine wichtige Rolle spielt. Die PDE5-Hemmer konnten in einer Reihe klinischer Studien ihre Wirksamkeit unter Beweis stellen; an unselektierten Patientenkollektiven liegt die Ansprechraten bei ca. 50-60%.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Behandlung mit PDE5-Hemmern bei der Mehrheit der erektionsgestörten Patienten – unabhängig von der Störungsursache – wirksam ist. Die Markteinführung der PDE5-Hemmer hat allerdings dazu geführt, dass auch zahlreiche Patienten mit psychogen oder „gemischt“ psychogen-somatogen verursachten Erektionsstörungen mit dieser Therapieoption behandelt werden, bei denen jedoch das Therapieverfahren der Wahl die Sexualtherapie wäre, die – anders als die orale Medikation – eine kausale Therapie ist und eine dauerhafte Heilung oder Symptomverbesserung bewirken kann. Dieser Umstand begründet eine erhebliche Fehlversorgung, die auch unter Kostengesichtspunkten zu betrachten ist, da eine Sexualtherapie von 25 Sitzungen Kosten von ca. € 1.500 – 2.000 verursacht, was lediglich etwa einem Jahresbedarf eines PDE5-Hemmers (120 Tabletten à € 12,50) entspricht.

Eine ähnliche Situation hat sich in der Behandlung des vorzeitigen Orgasmus des

Mannes ergeben, in der heute vielfach eine Nebenwirkung der eigentlich zur Depressionsbehandlung verwendeten Antidepressiva (v.a. SSRIs, aber auch Trizyklika), nämlich eine Verlängerung der Orgasmuslatenz, als therapeutische Wirkung ausgenutzt wird. Diese Substanzen sind zwar durchaus wirksam, haben aber neben ihren allgemeinen Nebenwirkungen nicht selten auch unerwünschte Wirkungen auf die Sexualität (Dämpfung der Lust, Erektionsprobleme) und bringen vor allem keine Heilung. Unter der Einnahme erlebt der Patient zwar eine Verlängerung der Zeit bis zum Orgasmus, hat aber gleichwohl kein Gefühl der Kontrolle und erlebt nach dem Absetzen der Medikamente fast immer eine Wiederkehr der alten Probleme. Auch hier kann die Sexualtherapie eine sehr viel nachhaltigere und „nebenwirkungsärmere“ Therapie sein, sie eignet sich jedoch auch sehr gut zur Kombination mit einer medikamentösen Option. Diese Aussage gilt in jedem Fall auch für mögliche zukünftige pharmakotherapeutische Ansätze für die sexuellen Funktionsstörungen der Frau, für die bislang noch keine Medikamente zugelassen sind, wengleich eine Anzahl von Substanzen getestet wurden, meist mit eher geringem Erfolg. Lediglich ein Androgenpflaster für Frauen mit Appetenzproblemen nach chirurgisch induzierter Menopause (Entfernung der Ovarien) steht vor der Zulassung. Die im Vergleich zum Mann noch stärkere Einbindung der Sexualität der Frau in intrapsychische und vor allem partnerschaftliche Bezüge gibt der Sexualtherapie – allein oder als kombinierte Behandlung – hier einen noch größeren Stellenwert.

Insgesamt wird die unbefriedigende Versorgungslage im Bereich der sexuellen Dysfunktionen also einerseits von den zum Teil noch nicht ausreichend erprobten und differenzierten Therapieoptionen geprägt, mehr aber noch von der völlig unzureichenden Anzahl qualifizierter Psychologen und Ärzte. Vor allem bezüglich Sexualberatung und Sexualtherapie besteht derzeit ein eklatantes Unterangebot. Die durch gesellschaftliche Veränderungen und nicht zuletzt durch die Verfügbarkeit oral wirksamer Medikamente für die männlichen Dysfunktionen steigende Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen

machen verbesserte Weiterbildungs- und (curricular fundierte und zertifizierte) Qualifizierungsangebote dringend erforderlich.

Schlussfolgerungen

Sexuelle Funktionsstörungen sind aufgrund ihrer hohen Prävalenz und ihrer Folgewirkungen auf Lebensqualität und Partnerbeziehung weit verbreitete und ernsthafte Gesundheitsprobleme. In Erhebungen an repräsentativen Stichproben berichteten jeder dritte Mann und zwei Fünftel aller Frauen über sexuelle Probleme, von denen etwa die Hälfte als behandlungsbedürftige Störungen anzusehen sind. In Deutschland muss nach den vorliegenden Zahlen von ca. 5 Millionen erektionsgestörter Männer ausgegangen werden und die Anzahl von Frauen mit signifikanten sexuellen Funktionsstörungen liegt nach zuverlässigen Schätzungen ebenfalls in dieser Größenordnung. Da nach heutigem Kenntnisstand sexuelle Funktionsstörungen oftmals ein *Früh-symptom von Körperkrankheiten* (Hypertonie, KHK, Diabetes, neurologische Krankheiten) sind, ist eine adäquate Diagnostik und Behandlung besonders wichtig.

Diesem Gebot steht derzeit noch eine ausgeprägte Unterversorgung gegenüber, die dazu führt, dass sexuelle Dysfunktionen als in hohem Maße unterdiagnostizierte und untertherapierte Störungsbilder anzusehen sind. Es ist davon auszugehen, dass deutlich weniger als die Hälfte der betroffenen Personen eine adäquate, qualifizierte Behandlung erhalten. Dabei besteht sowohl eine *Unterversorgung* als auch eine *Fehlversorgung*, da sexuelle Funktionsstörungen überwiegend mit somatomedizinischen Therapieoptionen (v.a. mit oral wirksamen Medikamenten) behandelt werden, während kausal und dauer-

haft wirksame Verfahren wie Sexualberatung und Sexualtherapie sehr viel seltener zum Einsatz kommen. Angesichts der viel zu geringen Anzahl sexualmedizinisch/sexualtherapeutisch qualifizierter Ärzte und Psychologen besteht dringender Bedarf nach entsprechenden Weiterbildungsmöglichkeiten. Darüber hinaus gilt es, das Therapieangebot – gerade für die weiblichen Störungen – zu verbessern und integrative, psycho-somatische und paarorientierte Optionen zu entwickeln und zu erproben. Niederschwellige Präventionsangebote sind aufzubauen, da gegenwärtig Behandlungen überwiegend erst nach einer langen Chronifizierungsphase stattfinden.

Aus den genannten Gründen ist die Einführung der führbaren Qualifikation „Sexualtherapie“ seitens der PKN nach unserer Auffassung ein wichtiger und richtiger Schritt, der den Psychologischen Psychotherapeuten ein breites, vielgestaltiges und interessantes Spezialisierungsfeld eröffnet und nicht zuletzt auch einen „Vorsprung“ gegenüber den Ärzten ermöglicht. Diese Chance sollte von möglichst vielen Psychologischen Psychotherapeuten genutzt werden.

Literatur

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

Prof. Dr. Uwe Hartmann

Arbeitsbereich Klinische Psychologie
Abt. Klinische Psychiatrie und Psychotherapie
Medizinische Hochschule Hannover
30623 Hannover
hartmann.uwe@mh-hannover.de

DVT- Jahrestagung 19.- 21. April '07 in Berlin

Jenseits der Dyade Paare, Familien und Gruppen

Programm

Vorträge und Workshops

- Therapy for relatives of patients with borderline personality disorder, *Alan E. Fruzzetti*
- Multisystemic treatment of serious problems in youths and their families, *Scott W. Henggeler*
- Multimodale Kinder- und Jugendlichen psychotherapie, *Manfred Döpfner*
- Friends-Programm, *Cecilia Essau*
- EPL – Paar-Trainingsprogramm, *Kurt Hahlweg*
- Kognitiv-behaviorale Familientherapie, *Peter Heckerens*
- Therapie mit Eltern von Jugendlichen, *Stefan Kaatz*
- Sexualtherapie – Sexuelle Funktionsstörungen, *Yvonne-Jessica Kulbartz-Klatt*
- Psychotherapie der ADHS in der Gruppe, *Harald Richter*
- Die familienbasierte Behandlung der Störung mit Trennungsangst, *Silvia Schneider*
- Elterntraining - Selbstmanagement in der Erziehung, *Manfred Wünsche*

Weitere Informationen:

www.verhaltenstherapie.de

DVT – Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie

Salzstraße 52, 48143 Münster
Telefon 0251-44075

dvt@verhaltenstherapie.de

Lesbische Frauen in der Psychotherapie: Historische Hintergründe und Empfehlungen für die therapeutische Arbeit

Lisa Schneider

Psychosoziale Frauenberatung donna klara e.v., Kiel

Zusammenfassung: Aufgrund ihres Wissens über die in der Geschichte der Psychotherapie aufgetretenen Diskriminierungen und Pathologisierungen homosexueller Lebensweisen haben lesbische Frauen einer Psychotherapie gegenüber häufig eine wachsam-skeptische Haltung. Um Erfolge in der Therapie mit dieser Klientinnengruppe zu erzielen, ist es entscheidend, ihrer Lebensweise gegenüber eine wertschätzende Grundhaltung einzunehmen, d.h., Homosexualität als eine der Heterosexualität gleichwertige, an sich nicht pathologische Variante des sexuellen Begehrens anzuerkennen und gleichzeitig die Unterschiede in den Erfahrungen lesbischer und heterosexueller Frauen nicht, z.B. in einer vordergründig wohlmeinenden Haltung politischer Korrektheit, zu leugnen.

Aufgrund ihrer Sozialisation in einer homosexualitätsdiskriminierenden Gesellschaft unterlaufen gelegentlich auch den bemühtesten TherapeutInnen unbeabsichtigte, für die Klientin aber oft schmerzhaft abwertungen und Diskriminierungen. Die Entwicklung einer größeren Sensibilität für dieses Thema kann hilfreich sein, besonders für das Gelingen der therapeutischen Beziehung.

1. Die spezielle Situation lesbischer Frauen in einer Psychotherapie

Die Situation lesbischer Frauen in einer Psychotherapie gleicht in vielen Aspekten der heterosexueller Frauen. Und doch ist sie auch anders. Der Schritt in die Psychotherapie ist natürlich auch für lesbische Frauen oft wichtig und bedeutsam, aber aufgrund von Verletzungen und schmerzhaften Erfahrungen mit dem „Anders-Sein“, mit Diskriminierung und Ausgrenzung auch ein Wagnis. Häufig fehlt die Zuversicht, mit dem „Anders-Sein“ auch wirklich angenommen zu werden. Dafür gibt es triftige Gründe: in der Geschichte der Psychotherapie ist es bis heute zu massiven Diskriminierungen und zu einer Pathologisierung homosexueller Lebensweisen gekommen, die den heute lebenden lesbischen Frauen in der Regel sehr präsent sind. Das Wissen um diese Hintergründe hat zusammen mit aktuellen Erfahrungen von Unverständnis und Ab-

wertung in psychotherapeutischen Kontakten oder entsprechenden Berichten über Therapieerfahrungen aus dem Bekanntenkreis und der Subkultur bei vielen Lesben zu einer wachsam bis skeptischen oder auch ablehnenden Haltung zur Psychotherapie und damit oft auch zur Vermeidung notwendiger therapeutischer Hilfe geführt.

Um diese skeptische Haltung und auch das Selbstverständnis lesbischer Frauen aus verschiedenen Generationen für TherapeutInnen besser nachvollziehbar zu machen und um allgemein zur Verbesserung therapeutischer Fachkompetenz in der Arbeit mit lesbischen Frauen beizutragen, erscheint es uns sinnvoll, zunächst die geschichtlichen Hintergründe genauer in den Blick zu nehmen.

In einem zweiten Schritt möchten wir dann auf dem Hintergrund des aktuellen Erkenntnisstandes Empfehlungen für die

praktische Arbeit mit lesbischen Frauen zur Diskussion stellen.

2. Die gleichgeschlechtliche Orientierung in der Geschichte der Psychotherapie

Die in der allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklung lange Zeit vorherrschenden homosexuellen- und lesbenfeindlichen Einstellungen (Homosexualität als Sünde, Verbrechen, Laster), und das Ignorieren speziell der weiblichen Homosexualität fanden ihren Niederschlag auch in der Geschichte der Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie. In einer z.T. wohlmeinenden Haltung wurde Homosexualität im Verlauf des 20. Jahrhunderts in diesen Disziplinen zur Krankheit deklariert und damit entkriminalisiert. Statt eines Verbrechens oder einer Sünde wurde Homosexualität jetzt als Perversion, abnormes Verhalten, als Charakterstörung oder als Zeichen einer defizitären Persönlichkeitsentwicklung, ihre Entstehung als erklärungsbedürftig und die gleichgeschlechtliche Orientierung als heilungsbedürftig betrachtet. (Falco, 1993; Gissrau, 1993 a; Zeul, 1993; Poluda, 2000; Wiesendanger, 2001; Rauchfleisch et al., 2002).

Bei den Versuchen, das Entstehen einer Homosexualität zu erklären, nahm die Psychoanalyse eine zentrale Rolle ein. Als älteste Form der Psychotherapie und als diejenige Therapieform, die über das ausführlichste Psychotherapiekonzept verfügt, hatte sie entscheidenden Einfluss auf die Mehrzahl der anderen Therapieschulen. (Eden & Woltereck, 1993).

Freud selbst, der den Menschen ursprünglich als in seinem Wesen bisexuell verstand, entwickelte keine umfassende

Theorie der weiblichen Homosexualität. Es lassen sich nur einzelne Bemerkungen in verschiedenen seiner Schriften finden, die voll von Widersprüchlichkeiten sind. Er schwankte zwischen Akzeptanz und tiefgreifenden Einsichten einerseits und massiven pathologisierenden Abwertungen der Homosexualität andererseits (Gissrau, 1993 a). Seine NachfolgerInnen ließen dann in einer unbewussten Identifizierung mit den anti-homosexuellen gesellschaftlichen Normen in ihren Theorieansätzen zur Entstehung der Homosexualität – zumeist war nur von der männlichen Homosexualität die Rede – eine überwiegend ambivalente bis ablehnende Haltung durchblicken.

Im psychoanalytischen Krankheitsmodell werden – kurz zusammengefasst – die Störungen bei Schwulen und Lesben auf einen frühkindlichen Konflikt in der ödipalen Phase zurückgeführt, welcher aber nicht normal gelöst werden könne, sondern in einen „negativen Ödipuskomplex“ münde. Das führe erstens zu einer Abkehr von der Heterosexualität und zweitens zu schweren Charakter- bzw. Persönlichkeitsstörungen. Es komme zu Fixierungen in der psychosexuellen oder der Ich-Entwicklung. Die normale Entwicklung führe dagegen zur reifen heterosexuellen Entwicklungsstufe und zum reifen Ausdruck der Heterosexualität (Wiesendanger, 2001).

Dieses „Grundprinzip“ bildet den Hintergrund für vielfältige spezifischere psychoanalytische Aussagen zu den funktionellen und Entstehungsfaktoren einer gleichgeschlechtlichen Orientierung. Sie sei z.B. Ausdruck oder Reparationsversuch einer gestörten Identität, Ausdruck einer gestörten Beziehung zur Mutter, ein Hilfs-Arrangement, das den drohenden psychischen Tod gerade noch verhindere, sie diene der Abwehr von Depression und Ängsten, der Abwehr von Kastrationsängsten und Penisneid (Alves, 1993; Eden & Wolterreck, 1993; Gissrau, 1993 a, b; Poluda, 2000).

Als weitere mitwirkende Faktoren kämen mangelnde Voraussetzungen bei den Eltern, traumatische Erfahrungen, Frustrationen, heterosexuelle Enttäuschungen, Verführungen etc. hinzu (Falco, 1993).

Der geringschätzenden Theorienbildung zur Homosexualität und dem pathologisierenden und defizitgeleiteten Ansatz entsprechend wurde als Ziel der psychoanalytischen Behandlung eine Heilung bzw. Veränderung zur Heterosexualität angestrebt, auch dann, wenn der von der/dem Patientin/en vorgetragene Anlass für die Aufnahme einer Analyse ein ganz anderer war. Hintergrund dafür ist die psychoanalytische Grundannahme, dass den PatientInnen ihre wirklichen Probleme nicht bewusst seien. Nicht die vorgebrachten Probleme, sondern die abnorme Partnerwahl stehe im Zentrum der Pathologie, so dass der Erfolg der Behandlung überwiegend darin liege, diese Abnormalität zu bearbeiten (Zeul, 1993).

Dass sich die psychoanalytische Sichtweise der weiblichen Homosexualität so lange halten konnte, hing neben ihrem großen Einfluss auf die Sozial- und Humanwissenschaften auch mit ihrer speziellen Methode der Erkenntnisgewinnung zusammen. Die Krankheitstheorien der Psychoanalyse über weibliche Homosexualität basierten ausschließlich auf Beobachtungen der äußerst kleinen und einseitig ausgewählten Stichprobe der lesbischen AnalysepatientInnen, ohne dass PsychoanalytikerInnen sich auch nur im geringsten mit gesunden, nicht psychisch gestörten Lesben beschäftigt hätten, ein Vorgehen, das heute als wissenschaftlich unhaltbar gilt (Gissrau, 1993 b; Zeul, 1993; Rauchfleisch et al., 2002).

Andere Therapieschulen haben anders als die Psychoanalyse keine eigenen Theorieansätze zur Entstehung einer gleichgeschlechtlichen Orientierung entwickelt, sondern neben unreflektierten gesellschaftskonformen Alltagstheorien teilweise die Annahmen der Psychoanalyse unkritisch in ihre therapeutische Praxis einfließen lassen.

Die Verhaltenstherapie hat in ihrer Geschichte zwar keine spezifischen Erklärungsmodelle zur Entstehung von Homosexualität entwickelt, wohl aber Therapieansätze zur „Umpolung“ von Homosexuellen. In ausgesprochen gewalttätigen Interventionen wurde versucht, durch Konditionierungsverfahren, speziell durch Aversions-

therapien, mit Hilfe von Elektroschocks oder Übelkeit erzeugenden Medikamenten eine Abneigung den eigenen homosexuellen Impulsen gegenüber und als Folge ein heterosexuelles Verhalten zu erzeugen. Alle Versuche dieser Art haben ihr Ziel nicht erreicht (Wiesendanger, 2001).

3. Neuere Erkenntnisse und theoretische Entwicklungstrends

Durch das Aufkommen der Frauenbewegung und der Schwulen- und Lesbenbewegung und durch deren politische Arbeit seit den 70er und verstärkt den 80er Jahren hat ein Umdenken stattgefunden (Rauchfleisch et al., 2002). Unter dem Einfluss dieser neuen Emanzipationsbewegungen wurde den „Schreckensvisionen“ (Gissrau, 1993 b), die die Psychoanalyse von der Homosexualität gezeichnet hatte, neue Ergebnisse der psychologischen und soziologischen Homosexualitätsforschung entgegengestellt, die zu vielen ganz anderen Ergebnissen kamen. Sie setzten einen Trend zur Entpathologisierung von Homosexualität in Gang. Ausdruck dieses Umdenkens ist u.a. die Tatsache, dass 1987 von der APA (American Psychiatric Association) im Diagnose-System DSM III – R und 1991 von der WHO in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Homosexualität als Diagnose einer psychischen Störung gestrichen worden ist (Wiesendanger, 2001; Rauchfleisch et al., 2002).

3.1 Der Einfluss der Frauen- und der Schwulen- und Lesbenbewegung

Seit Mitte der 80er Jahre werden dann auch Konzepte wie z.B. eine Psychologie der lesbischen Liebe oder spezielle Fragestellungen im Zusammenhang mit Psychotherapie von lesbischen Klientinnen ernsthaft diskutiert (Falco, 1993). Die Frauen- und Lesbenbewegung und ihr nahestehende Fachfrauen der psychologischen und Sozialwissenschaften verwoben sich zunehmend auf produktive Weise miteinander, was zu einem fruchtbaren Erkenntnisgewinnungsprozess und Pionierarbeit führte.

In der Frauen- und der Lesbenbewegung hatten sich – z.T. auch in deutlicher Ab-

grenzung von der männlich dominierten Homosexualitätsforschung – verschiedene politisch-ideologische, aber immer auch kritisch reflektierte Trends in der Betrachtung der lesbischen Orientierung herausgebildet (Blessing, 1990; Dürmeier, Eden & Günther, 1990; Eden & Woltereck, 1990; Geier & Blessing, 1992; Falco, 1993; Streit, 2001).

Die lesbische Liebe wurde nicht mehr als Abwendung vom Mann verstanden, sondern als Hinwendung zur Frau und damit auch als eine Auflehnung gegen die „Zwangsheterosexualität“. Dabei trat die primär sexuelle Komponente des Lesbisch-Seins stärker in den Hintergrund zu Gunsten eines Verständnisses als eine umfassende Lebensform. Das Lesbisch-Sein erfuhr eine radikale positive Umwertung bis hin zur Selbstidealisierung. Es galt innerhalb der Frauen- und Lesbenbewegung jetzt als eine attraktive, fortschrittliche Lebensweise. Besonders die sogenannten „politischen Lesben“, die sich aus politischer Überzeugung auch in der Sexualität Frauen zuwandten, sahen im Lesbisch-Sein eine vorbildliche und überlegene, in aller Konsequenz frauenorientierte und damit wirklich feministische Lebensweise („Feminismus ist die Theorie, Lesbisch-Sein die Praxis“).

Die Hinwendung zu Frauen auch in der Sexualität wurde als bewusste und freie Wahl betrachtet, die in dem Moment möglich wird, wo das eigene gesellschaftlich und individuell tabuisierte lesbische Begehren nicht mehr abgewehrt werden muss. Diese Auffassung stand damit im Gegensatz zu älteren, vor allem in den Kreisen der männlichen Homosexualitätsforschung immer wieder vertretenen Ansicht, die sexuelle Orientierung stehe in Zusammenhang mit einer genetischen Veranlagung (wie z.B. bei Rauchfleisch et al., 2002).

In Abkehr von defizitorientierten Auffassungen wurde der Blick verstärkt auf die spezifischen Stärken lesbischer Frauen gerichtet. Es wurde eine besondere Fähigkeit und (Ich-) Stärke darin gesehen, dass lesbische Frauen ein beachtliches Quantum an Nonkonformismus und Eigenwilligkeit aufbrachten, um ein Leben wider

alle Konvention und Normen, d.h. auch im Angesicht von Sanktionen und Gefährdungen zu gestalten.

Der Druck zur traditionellen „Weiblichkeit“ wurde von der Mehrzahl der lesbischen Frauen abgelehnt. Sie versuchten, sich bewusst von traditionell „weiblichen“ Verhaltensweisen und „weiblichem“ Aussehen abzugrenzen, verhielten sich also nicht geschlechtsrollenkonform und gerieten dadurch eher in die Gefahr, pathologisiert zu werden.

Durch die Frauenbewegung wurde auch der Weg frei zu einer stärkeren Differenzierung zwischen weiblichen und männlichen Homosexuellen. Zwar sind beide Gruppen durch gesellschaftliche Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung betroffen, unterscheiden sich aber ansonsten in ihren Lebensweisen und der Gestaltung der Liebesbeziehungen beträchtlich voneinander.

3.2 Das Coming-out

In der Schwulen- und Lesbenbewegung rückte zunächst das „Coming-out“ als „der Mittelpunkt der homosexuellen Entwicklung“ (Wiesendanger, 2001, S. 61) ins Zentrum der Aufmerksamkeit. „Der Entwicklungsprozess des Coming-out umfasst einen innerpsychischen Vorgang, nämlich das Gewahrwerden und die schließliche Gewissheit, lesbisch oder schwul und nicht heterosexuell zu sein, und eine soziale Dimension, bei der es um den Weg geht, sich entsprechend der sexuellen Orientierung zunehmend auch in der Öffentlichkeit zu präsentieren und einen eigenen Lebensstil zu finden“ (Wiesendanger, 2001, S. 61).

Es wurde versucht, die unterschiedlichen Herausforderungen, die Schwule und Lesben in einer homosexualitätsfeindlichen Gesellschaft zu bewältigen haben, genauer zu beschreiben und dementsprechend den Prozess des Coming-out in verschiedenen Schritten zu beschreiben (z.B. Geier, 1992; Wiesendanger, 2001). In diesem Prozess gilt es, die Zugehörigkeit zu einer verachteten Minderheit in das eigene Selbstbild zu integrieren (Dannecker, 2001).

3.3 Heterosexismus, Homophobie und internalisierte Homophobie

Um die gesellschaftliche Ablehnung der Homosexualität begrifflich prägnant fassen zu können und sie als Diskriminierung und eklatantes Unrecht deutlich zu kennzeichnen, wurde der Begriff des „Heterosexismus“ geprägt. „Heterosexismus ist ein gesellschaftliches und institutionalisiertes Denk- und Verhaltenssystem, welches Heterosexualität anderen Formen sexueller Orientierung gegenüber als überlegen klassifiziert“ (Wiesendanger, 2001, S.27). Der Heterosexismus ist eine allgegenwärtige, meist unreflektierte gesellschaftliche Umgangsform, der sich niemand entziehen kann. Er führt zur „Homophobie“, ein weiterer zentraler Begriff. „Homophobie bezeichnet eine soziale, gegen Schwule und Lesben gerichtete Aversion, welche mit Emotionen der Abscheu, des Ärgers und der Angst einhergeht“ (Wiesendanger, 2002, S. 27). Die homophoben Einstellungen in einer heterosexistischen Gesellschaft werden in unterschiedlichem Ausmaß von deren Mitgliedern, also auch von den Homosexuellen selbst, übernommen und führen so zur „internalisierten Homophobie“, zur bewussten oder unbewussten Abwertung der eigenen homosexuellen Tendenzen. Die internalisierte Homophobie drückt sich dann in Zweifeln, Unsicherheit, Minderwertigkeitsgefühlen und Selbstablehnung bzgl. der eigenen Wünsche und Impulse aus und zieht erhebliche innere Konflikte, besonders in der Phase des Prä-Coming-out, nach sich (Falco, 1993; Gissrau, 1993 b; Wiesendanger, 2001; Rauchfleisch et al., 2002).

3.4 Vergleiche zwischen lesbischen und heterosexuellen Frauen

Aufgrund einer gesellschaftlichen Tendenz zum Ignorieren der Bedürfnisse von Frauen allgemein, wurden lesbische Lebensweisen im Vergleich zur männlichen Homosexualität erst sehr viel später Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Erst in den 80er Jahren wurden gleich viele Studien zur weiblichen und männlichen Homosexualität publiziert. Bis dahin wurden Angaben über lesbische Frauen oftmals von Daten, die für schwule Männer galten, abgeleitet (Schreurs, 1994).

Auf Seiten der psychologischen- und der Sozialwissenschaften wurde in zahlreichen Forschungsarbeiten das Krankheitsmodell der Homosexualität mehr als hinreichend widerlegt. In Vergleichen zwischen lesbischen und heterosexuellen Frauen ging es immer wieder um die Frage, ob lesbische Frauen psychisch gestörter sind als heterosexuelle. Diese Frage hat zwei Aspekte: zum einen ging es darum, ob – wie die älteren psychoanalytischen Ansätze es postulieren – Homosexualität an sich krankhaft, d.h. Homosexualität Ursache psychischer Krankheitssymptome ist. Zum anderen galt es zu klären, ob und in welchem Ausmaß bei Homosexuellen ihre Diskriminierung und die damit verbundenen erhöhten Belastungen Ursache für psychische und soziale Störungen sind. Insgesamt stellte sich heraus, dass lesbische Frauen psychisch nicht gestörter sind als heterosexuelle, in bezug auf einzelne Indikatoren für psychische Gesundheit sogar besser abschnitten als heterosexuelle Frauen. U.a. ergab sich eine positive Korrelation zwischen psychischer Gesundheit und dem Ausmaß an Offenheit bezüglich der eigenen homosexuellen Orientierung. In der Phase vor dem Coming-out zeigten sich aber besonders Mädchen und junge Frauen psychisch belasteter und befanden sich häufiger in psychischen, z.T. suizidalen Krisen (Falco, 1993; Gissrau, 1993 b; Rauchfleisch et al., 2002).

3.5 Lesbische Identität

Mit wachsender gesellschaftlicher Bewusstheit über Homosexualität veränderte sich der Brennpunkt der Aufmerksamkeit von der Suche nach Ursachen der sexuellen Orientierung zu Bemühungen, den Entwicklungsprozess hin zu einer „homosexuellen bzw. lesbischen Identität“ zu beschreiben (Falco, 1993). Es ging dabei um eine Stärkung der inneren Übereinstimmung der Lesben und Schwulen mit der eigenen sexuellen und emotionalen Präferenz und damit um die Stärkung des Selbstwertgefühls in einer allseits heterosexuell organisierten und homosexualitätsfeindlichen Umwelt. Diese Stärkung sollte u.a. auch das Coming-out erleichtern (Rauchfleisch et al., 2002).

Es wurden Phasenmodelle erarbeitet, die einen typischen Entwicklungsprozess hin zu einer homosexuellen Identität beschreiben sollten. Untersuchungen zeigten aber, dass bei Lesben im Unterschied zu Schwulen der Prozess der Identitätsbildung individuell sehr unterschiedlich verläuft und sich nicht in starre Phasenmodelle pressen lässt (Schreurs, 2001).

Das Konstrukt der „homosexuellen Identität“, das zum ersten Mal in den 70er Jahren auftauchte, ist darüber hinaus nicht klar definiert und nimmt unterschiedliche Bedeutungen an. (Falco, 1993). Es geht dabei zunächst um eine Unterscheidung zwischen nach außen hin sichtbarer sexueller Aktivität, die von vielen homosexuell empfindenden Menschen oft gar nicht gelebt wird, und dem inneren Selbstbild, dem Selbstgefühl, der Selbstdefinition als homosexuell bzw. lesbisch. Es kann am ehesten als ein Konzept bzw. eine Überzeugung von sich selbst betrachtet werden, die mit dem realen Verhalten, mit Interessen oder Zuneigungen mehr oder weniger kongruent sein kann (Falco, 1993).

Von feministischer Seite wird die Entwicklung einer nicht pathologisierenden Theorie der lesbischen Identitätsentwicklung eingefordert, in der das Lesbisch-Sein als Ergebnis einer als positiv bewerteten Entscheidung für eine Lebensform gesehen wird (Eden & Wolterreck, 1990).

3.6 Definition des Lesbisch-Seins

Identität impliziert aber ein gewisses Maß an Kontinuität und Rigidität (Falco, 1993). In der heutigen Alltagsrealität und in der aktuellen Forschungsliteratur beginnt sich jedoch abzuzeichnen, dass unter der größer werdenden gesellschaftlichen Akzeptanz zunehmend häufiger die sexuelle Orientierung im Verlauf des Lebens (auch mehrfach) gewechselt wird (sequentielle Homo- und Heterosexualität) (Düring, 1994) und dass in einem Individuum gleichzeitig homo- wie heterosexuelle Tendenzen vorliegen können (Bisexualität).

Die sexuelle bzw. die Geschlechtspartnerorientierung lässt sich nicht mit Hilfe einer

Workshop

Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen

**Prof. Lorna
Smith Benjamin**

**Freitag, 9. März 2007 –
Sonntag, 11. März 2007**

**in der Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16,
10969 Berlin**

Frau Prof. Lorna Smith-Benjamin demonstriert ihre bindungstheoretisch fundierte Behandlung „therapieresistenter“ Patienten (passiv-aggressive, zwanghafte, Borderline-, paranoide u. a. Persönlichkeitsstörungen, chronische Depression, Angst, Suizidalität). Auf der Grundlage ihrer Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) entwickelte sie die Interpersonale Rekonstruktive Therapie (IRT), die alle klinischen Essentials der Psychoanalyse, der kognitiven Verhaltenstherapie und der Gesprächstherapie vor dem Hintergrund der Bindungstheorie zu einem hochgradig aktiven Ansatz vereinigt.

Veranstalter:

Förderverein für Psychosomatische
Medizin. e. V.

Kosten:

bis zum 19. Januar 2007 240,00 EUR
nach dem 19. Januar 2007 280,00 EUR

Bankverbindung:

Zahlungsempfänger: Förderverein
für Psychosomatische Medizin e. V.
Deutsche Bank Düsseldorf
BLZ 300 700 24
Kto. Nr. 639 01 08
Stichwort: LSB-Workshop, Berlin

Anmeldung:

Möglichst per E-Mail, ansonsten per Fax
an: Frau Petra Grabowski Sekretariat
Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress
Klinisches Institut und Klinik für
Psychosomatische Medizin und Psycho-
therapie der Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstraße 2,
40629 Düsseldorf
Tel. 0211 922-4701
Fax 0211 922-4707
E-Mail petra.grabowski@lvr.de

Sprache:

Englisch/Deutsch

Von beiden
Kammern
zertifiziert
(ca. 25
Fortbildungspunkte)



In Verbindung mit
dem Klinischen Institut
und der Klinik für
Psychosomatische Me-
dizin und Psychothera-
pie der Heinrich-Heine
Universität Düsseldorf



dichotomen Aufteilung beschreiben, sondern mittels eines Kontinuums zwischen den Extrempolen der ausschließlich homosexuellen und ausschließlich heterosexuellen Ausrichtung (Rauchfleisch, 2002).

Eine neuere Untersuchung von Wiesendanger (1998) kommt z.B. zu dem Ergebnis, dass das innere Erleben von gleichgeschlechtlichen Gefühlen, Bildern, Phantasien etc. bei den von ihm untersuchten weiblichen Psychotherapeutinnen nur bei 70,8 % ausschließlich heterosexuell und nur bei 2,3 % ausschließlich lesbisch ist. 26,9 % der befragten Frauen lagen auf einem Kontinuum dazwischen.

Des Weiteren wurde belegt, dass keine eindeutigen Korrelationen zwischen lesbischem sexuellen Verhalten, lesbischen Empfindungen und Interessen, emotionalen Bindungen zu Frauen und einer lesbischen Selbstdefinition feststellbar sind (Falco, 1993), so dass Definitionen für eine lesbische Orientierung schwierig sind. Neuere Definitionsversuche von Homosexualität sind dementsprechend Bündelungen verschiedener für die Geschlechtspartnerorientierung relevanter Facetten oder Faktoren. Sie beziehen sich nicht ausschließlich auf das nach außen sichtbare Sexualverhalten, sondern beziehen auch das innerpsychische Empfinden (erotische und sexuelle Bilder, Phantasien etc.), die emotionalen Bindungen, den Lebensstil und das Eigenverständnis in die Definition mit ein (Rauchfleisch et al., 2002).

Dementsprechend erscheint es zu stark vereinfacht zu sein, von der Homosexualität oder der (homogenen) Gruppe der Lesben oder Schwulen zu sprechen, sondern eher sinnvoll, von einem Ausprägungsgrad der Homosexualität bei jedem einzelnen Individuum auszugehen. Eine solche Sichtweise impliziert die Chance einer freieren Identitätsentwicklung jenseits von starren Rollenbildern, allerdings um den Preis des ständigen Konflikts mit einer Umwelt, die die Übernahme einer eindeutigen Rolle von einem Individuum erwartet. Es bleibt abzuwarten, wie der Diskurs über „lesbische Identität“ sich angesichts dieser Tendenzen weiterentwickeln wird.

3.7 Neuere psychoanalytische Ansätze

Den Sichtweisen psychoanalytischer AutorInnen kommt nach wie vor eine gewisse Bedeutung bei, da die Berufsgruppe der tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden PsychotherapeutInnen einen großen Teil des Therapiemarktes in Deutschland abdeckt und die psychoanalytische Theoriebildung nach wie vor von vielen anderen Therapieschulen in Ermangelung eigener Ansätze in beträchtlichem Ausmaß übernommen wird.

Da die PsychoanalytikerInnen ihrerseits Erkenntnissen nicht-psychoanalytischer Herkunft gegenüber traditionsgemäß wenig aufgeschlossen sind, hat sich die jüngere AnalytikerInnen-Generation – gegen Widerstände in den eigenen Reihen – auch erst relativ spät und nur vereinzelt mit den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur lesbischen Orientierung auseinandergesetzt.

Gissrau stellt fest, dass es kaum einen neuen und geschlossenen psychoanalytischen Versuch gibt, die Theorie der weiblichen Homosexualität und Heterosexualität zu reformulieren. Die althergebrachten pathologisierenden Annahmen stellen zum großen Anteil immer noch unwiderrufene Lehrmeinungen dar (Gissrau, 1993 b).

So stehen noch 1993 in einer Aufsatzsammlung (Alves, 1993) von psychoanalytischen Beiträgen zum Thema „lesbische Liebe“ Lesben-wertschätzende Arbeiten und Artikel, die als Prototypen einer pathologisierenden Sicht auf lesbische Frauen gelten können, ohne kritische Kommentierung nebeneinander.

Bei den Lesben-wertschätzenden Ansätzen zeigen sich derzeit zwei Tendenzen. Ausgehend von den neuesten Ergebnissen der Sozialforschung und eigenen Untersuchungen unternimmt Gissrau (1993 a, b) den Versuch, eine eigene tiefenpsychologische Theorie der lesbischen Entwicklung aufzustellen. Sie begreift die weibliche Homosexualität dabei einfach als eine unter verschiedenen Lebensweisen. Sie geht davon aus, dass es besondere Weichenstellungen in der psychosexuellen

Entwicklung von später lesbischen Frauen gibt, d.h. sie sucht – in nicht pathologisierender oder anderweitig abwertender Weise – nach verallgemeinerbaren lebensgeschichtlichen Ursachen für die lesbische Orientierung, wie sie es auch für die heterosexuelle Orientierung für angebracht hält.

Poluda-Korte (1993) geht davon aus, dass vom Kind aufgrund einer grundsätzlichen Bisexualität beide Eltern sexuell begehrt werden. Dementsprechend unternimmt sie den Versuch, den sogenannten „negativen weiblichen Ödipus-Komplex“, (das Rivalisieren der kleinen Tochter mit dem Vater um die begehrte Mutter) theoretisch neu zu fassen. Sie wählt dabei den Begriff „lesbischer Komplex“ als Bezeichnung für den verschleiern und abwertenden Terminus des „negativen weiblichen Ödipus-Komplexes“, um damit die sexuelle Liebe der Tochter zur Mutter direkt zu benennen (Poluda-Korte, 1993). Wie der „Ödipus-Komplex“ stellt der Begriff des „lesbischen Komplexes“ ein Instrument zur Analyse der psychosexuellen Entwicklung des Mädchens dar. Er ermöglicht es, das Entstehen der Abwehr gegen weibliche Homosexualität besser zu verstehen und Wege zu deren Re-Integration zu finden.

In einem weiteren aufschlussreichen Artikel (Poluda, 2000) analysiert sie das negativ getönte Bild der lesbischen Frau in neueren psychoanalytischen Falldarstellungen, in denen in altbewährter psychoanalytischer Tradition die psychischen Probleme der Patientinnen mit der lesbischen Orientierung in Zusammenhang gebracht werden. Sie zeigt auf, dass die von ihren heterosexuellen Kolleginnen (McDougall, Halenta, Siegel, Kestenberg) analysierten und als „typische“ oder „richtige“ lesbische Patientinnen vorgeführten Frauen der einzelnen Analytikerin sich zwar jeweils untereinander stark zu ähneln scheinen, diese Gruppen „typisch“ lesbischer Frauen aber so unterschiedlich ausfallen wie ihre Therapeutinnen. Die „typische“ oder „richtige“ Lesbe ist Poluda zufolge ein Konstrukt, das weniger mit den lesbischen Frauen selbst zu tun habe, als vielmehr mit der keineswegs zufälligen gegenseitigen Wahl von Patientinnen und AnalytikerInnen, mit den Vorbewussten Bildern der Analytikerinnen vom Lesbisch-

Sein und mit deren abgewehrten eigenen homosexuellen Anteilen.

Poluda fragt sich, ob „Homosexualität“, wenn schon keine pathologische, dann überhaupt eine einheitliche Kategorie, neben einer entsprechenden Kategorie „Heterosexualität“ darstellt. Sie kommt aufgrund ihrer Analyse der Falldarstellungen und ihrer eigenen Erfahrungen mit lesbischen Klientinnen zu der Überzeugung, dass Homosexualität keiner zu vereinheitlichenden Gruppe von psychischen Strukturen entspricht, dass Homo- und Heterosexualität keine sich gegenseitig ausschließenden Alternativen darstellen, sondern dass es nur eine Sexualität mit verschiedenen polarisierten Dimensionen – u.a. einem homo- und einem heterosexuellen Pol – gibt, die sich in den verschiedensten historischen Formen manifestieren. Nach Poluda geht es bei der Polarität homosexuell – heterosexuell auf psychischer Ebene weniger um ein Entweder – Oder als um ein individuelles Mehr oder Weniger.

Insgesamt lässt sich zur psychoanalytischen Theorienbildung sagen, dass sich die Pathologisierung homosexueller Lebensweisen gelockert hat, aber noch längst nicht als überwunden gelten kann (Dannecker, 2001).

4. Die Erarbeitung von Empfehlungen für die psychotherapeutische Arbeit mit lesbischen Frauen

Aufgrund der langjährigen Arbeit mit lesbischen Frauen in unserer Beratungsstelle ist es uns ein Anliegen, dazu beizutragen, die immer noch bestehenden Hürden und Hindernisse für lesbische Frauen auf dem Weg zu einer angemessenen psychotherapeutischen Versorgung auszuräumen. Wir halten es für einen sinnvollen Weg, auf die Entwicklung größerer therapeutischer Fachkompetenz und die Erarbeitung von Qualitätsstandards für die praktische Arbeit mit lesbischen Frauen zu setzen.

Dazu haben wir in zwei getrennten Umfragen sowohl bei den TherapeutInnen (289 auswertbare Fragebögen) als auch



Universitätsklinikum Ulm

In der **Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie** des Universitätsklinikums Ulm sind zum nächstmöglichen Zeitpunkt nachfolgende Stellen zu besetzen:

Klinische Kinder- und Jugendpsychologen/innen

- in Teilzeit 75 %, befristet zunächst als Mutterschutzvertretung
- in Vollzeit, befristet zunächst für zwei Jahre

Eine Weiterbeschäftigung im Anschluss daran ist nicht ausgeschlossen.

Wir erwarten:

- abgeschlossenes Psychologiestudium
- Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in (Fachrichtung Verhaltenstherapie)
- nachgewiesene wissenschaftliche Qualifikation durch abgeschlossene Promotion oder einschlägige wissenschaftliche Veröffentlichungen
- mehrjährige klinische Erfahrungen in Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Klinischer Kinderpsychologie.

Erwünscht ist eine Zusatzqualifikation als Psychologische/r Psychotherapeut/in.

Klinische/r Kinder- und Jugendpsychologe/in

- in Teilzeit 50 %, zunächst befristet

Eine Weiterbeschäftigung im Anschluss daran ist nicht ausgeschlossen.

Voraussetzungen:

- abgeschlossenes Psychologiestudium
- fortgeschrittene kinder- und jugendpsychotherapeutische Ausbildung (Fachrichtung Verhaltenstherapie) mit absolvierten Praktika
- Interesse an wissenschaftlicher Arbeit und Promotion
- Vorerfahrungen in Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Klinischer Kinderpsychologie

Nähere Informationen zur Klinik unter www.uni-ulm.de/klinik/kjp.

Die Universität strebt eine Erhöhung des Anteils von Frauen an und bittet deshalb qualifizierte Psychologinnen ausdrücklich um ihre Bewerbung.

Bewerbungen, die bis zum 30.01.2007 nicht beantwortet werden, gelten als abgelehnt.

Bewerbungen werden innerhalb von drei Wochen erbeten an:

Universitätsklinikum Ulm

Herrn Professor Dr. Jörg M. Fegert

Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
89070 Ulm

Tel.: 0049 731 5 00 - 6 16 00 / 01

E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Vollzeitstellen sind grundsätzlich teilbar.

Schwerbehinderte werden bei entsprechender Eignung vorrangig eingestellt.

Die Einstellung erfolgt durch die Verwaltung des Klinikums im Namen und im Auftrag des Landes Baden-Württemberg.

bei lesbischen Klientinnen (111 auswertbare Fragebögen) versucht, Aufschluss darüber zu bekommen, mit welchen speziellen Schwierigkeiten lesbische Frauen heute in einer Psychotherapie rechnen müssen (Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna klara e.v., 2003). In den Fragebögen für die Klientinnen geben diese u.a. darüber Auskunft, wie sie den Umgang von TherapeutInnen mit ihrem Lesbisch-Sein erlebt haben und welche Wünsche sie diesbezüglich an TherapeutInnen haben. Aus diesen Umfrageergebnissen, aus der Fachliteratur und unseren Beratungserfahrungen haben wir in einem zweiten Schritt einige vorläufige Empfehlungen für die praktische therapeutische Arbeit abgeleitet. Diese Empfehlungen haben wir in einem weiteren Schritt in einem Arbeitskreis von Kieler Psychotherapeutinnen und Beraterinnen zur Diskussion gestellt und in einem Konsensfindungsprozess soweit modifiziert, bis alle Beteiligten zustimmen konnten. Die im folgenden kurz zusammengefassten Empfehlungen sind vorläufiges Ergebnis dieses Prozesses.

Um den Diskussionsprozess weiterzuführen, wünschen wir uns auf konkreter Ebene Rückmeldungen zu Erfahrungen im Umgang mit den empfohlenen Vorgehensweisen, weitere Anregungen und Ergänzungen. Darüber hinaus hoffen wir auf eine Ausweitung des Diskurses zu diesem Thema in der Fachöffentlichkeit. Offen für uns ist bisher noch die Frage, ob und inwieweit Modifikationen auf der Grundlage unterschiedlicher Therapieverfahren nötig und sinnvoll sind und wie dieses Thema stärker Eingang in Aus- und Weiterbildungs-Curricula für PsychotherapeutInnen finden kann.

5. Empfehlungen für die therapeutische Arbeit

5.1. Wertschätzende Grundhaltung

Als der wichtigste Punkt für die Therapie mit lesbischen Frauen gilt sowohl in der Fachliteratur als auch bei den von uns befragten Frauen eine die lesbische Lebensweise wertschätzende Grundhaltung. Dazu gehören Offenheit der lesbischen Klientin gegenüber, das Fehlen von Diskri-

minierung, Abwertung und Pathologisierung der lesbischen Lebensweise und eine Akzeptanz und Anerkennung der Homosexualität als eine der Heterosexualität gleichwertige, an sich nicht pathologische Variante des sexuellen Begehrens.

Auf das Fehlen einer solchen Grundhaltung reagieren lesbische Frauen äußerst sensibel. Sie verspüren dann eine Atmosphäre, in der es ihnen gefährlich erscheint, offen über ihre sexuelle Orientierung zu sprechen (Falco, 1993), und nicht selten kommt es zum Abbruch der Therapie.

In den Studien der letzten Jahre werden aufgrund der gestiegenen Akzeptanz weniger offensichtliche, sondern zunehmend subtilere Formen der Diskriminierung und Abwertung von Lesben ausgemacht. Subtile Abwertungen von Seiten der PsychotherapeutInnen geschehen häufig nicht in abwertender Absicht, sondern eher aus Unwissenheit und Unsensibilität. Für eine Klientin sind auch solche unabsichtlichen Abwertungen in einer Situation, in der sie sich einer/einem Therapeutin/en in ihren intimsten Gefühlen und Gedanken offenbart oder sich gerade in einer Krisensituation befindet, sehr verwirrend, schmerzlich und schwer zu verkraften. Da auch den bemühtesten TherapeutInnen aufgrund ihrer Sozialisation in einer Homosexualitätsdiskriminierenden Gesellschaft subtile Abwertungen und Diskriminierungen gelegentlich unterlaufen werden, ist der Umgang damit auf Seiten der/des Therapeutin/en von zentraler Wichtigkeit für die therapeutische Beziehung. Die von lesbischen Frauen häufig entwickelte ausgeprägte „Hellhörigkeit“ bzgl. subtiler Abwertungen sollte als Ausdruck ihrer Diskriminierungserfahrungen in einer heterozentristischen Gesellschaft gesehen und nicht als Symptom einer psychischen Störung missverstanden werden. Wenn die Klientin ihre Irritation über die Bemerkungen oder das Verhalten der/des Therapeutin/en ausdrückt, kommt es für die/den Therapeutin/en darauf an, erschüttertes oder gar zerstörtes Vertrauen wieder aufzubauen, indem sie/er dieser Irritation Raum gibt, sich ausführlich um Verständnis der Irritation bemüht, ihr/sein eigenes Verhalten kritisch hinterfragt und

ggf. ihre/seine diesbezügliche Unzulänglichkeit der Klientin gegenüber eingesteht.

Es sind allerdings nicht nur Abwertungen und Diskriminierungen, die zu Skepsis oder Verletzungen auf Seiten der Klientin führen können, sondern auch das Leugnen von tatsächlich bestehenden Unterschieden in der Lebenssituation von lesbischen und heterosexuellen Frauen.

Bei dem Bestreben von PsychotherapeutInnen, sich von Vorurteilen, Pathologisierungen und Diskriminierungen zu befreien, werden zunehmend die Unterschiede, die zwischen heterosexuellen und lesbischen Frauen z.B. in ihren Erfahrungen, ihrer Lebensweise, in der Gestaltung ihrer Liebesbeziehungen tatsächlich bestehen, übersehen. Oder es werden die immer noch häufig erlittenen Diskriminierungserfahrungen lesbischer Frauen im Sinne einer vordergründig wohlmeinenden Haltung der politisch korrekten Toleranz bagatellisiert („Das ist doch heute kein Problem mehr“). D.h. von den TherapeutInnen wird oftmals nicht die Unterscheidung realisiert, dass die gleichgeschlechtliche Orientierung selbst nichts mit psychischer Gesundheit oder Krankheit zu tun hat, dass aber die Bedingungen, unter denen Lesben trotz zunehmender Akzeptanz in unserer Gesellschaft leben, nach wie vor mehr oder weniger große Schwierigkeiten bieten und zu zusätzlichen, sekundären psychischen Problemen führen können (Rauchfleisch et al., 2002).

5.2 Bewusstheit der TherapeutInnen über das Ausmaß der eigenen homosexuellen Anteile, der eigenen heterosexistischen Voreingenommenheit und Homophobie

Um eine wertschätzende Grundhaltung einnehmen zu können, ist es hilfreich, ein Wissen um den in unserer Gesellschaft vorherrschenden Heterozentrismus, über die von den Individuen internalisierte Homophobie und auf dieser Grundlage ein Bewusstsein über die eigene Einstellung zur Homosexualität zu haben. Um Empathie zu erleichtern und Gegenübertragungsprobleme zu vermeiden, wäre es darüber hinaus wünschenswert, wenn TherapeutInnen sich klar sind über die

eigenen homosexuellen Anteile und die damit verbundenen Gefühle (Rauchfleisch et al., 2002; Wiesendanger, 2001).

5.3 Hinterfragen überholter pathologisierender Erklärungsansätze und eigener Alltagstheorien zur Entstehung des Lesbisch-Seins

Homosexualität gilt heute als eine der Heterosexualität gleichwertige, an sich nicht pathologische Variante des sexuellen Begehrens (Rauchfleisch et al., 2002; Wiesendanger, 2001), für die es keine spezielle Erklärungsbedürftigkeit gibt. Dennoch greifen TherapeutInnen in Unkenntnis neuerer Forschungen nicht selten auf veraltete pathologisierende Theorieansätze oder aber auf unreflektierte Alltagstheorien zurück, um sich z.B. die Entstehung einer lesbischen Orientierung zu erklären.

Eine nach wie vor bei TherapeutInnen häufig anzutreffende Vermutung ist z.B. die, dass die Entwicklung einer lesbischen Orientierung im Zusammenhang mit lebensgeschichtlich erfahrenen Defiziten und speziell mit sexuellen Traumatisierungen durch Männer stehe. Es gibt jedoch derzeit weder wissenschaftlich begründete Hinweise auf ein Zutreffen dieser Hypothese noch eine wissenschaftlich abgesicherte Theorie über das Entstehen einer lesbischen sexuellen Orientierung allgemein.

Die Entstehungsgeschichte der lesbischen Orientierung einer Klientin ist normaler-

weise nicht Thema einer Psychotherapie und in der Regel kein Anliegen der Klientin selbst. Das Thematisieren der Entstehungszusammenhänge der sexuellen Orientierung von Seiten der/des Therapeuten/in werten lesbische Klientinnen meist als fehlende Akzeptanz ihrer Lebensweise.

Gelegentlich kommt es jedoch auch vor, dass die Klientin selbst nach Erklärungen für ihr Lesbisch-Sein sucht. Dies ist häufig Ausdruck ihrer tiefen Verunsicherung über ihre Identität als Folge der gesellschaftlichen Pathologisierung von Homosexualität und einer Suche nach Halt (Eden & Wolterreck, 1990).

5.4 Wissensaneignung über lesbische Lebensweisen und spezifische Belastungen in der Biographie von Lesben

In früheren Studien zu TherapeutInnen-Einstellungen wurde deutlich, dass TherapeutInnen zwar relativ positive Einstellungen zur Homosexualität hatten, ihnen aber häufig ein fundiertes Fachwissen und Kenntnisse über die Lebenssituation von Schwulen und Lesben fehlen (Falco, 1993). Gründe dafür sind u.a. auch die Tatsache, dass dieses Thema in Therapieausbildungen in der Regel nicht vorkommt und die entsprechende aktuelle Fachliteratur rar und schwer zugänglich (meist englischsprachig) ist.

Wie es für eine/n Therapeutin/en selbstverständlich ist, bei anderen Themenbereichen, zu denen es keinen eigenen

unmittelbaren persönlichen Bezug gibt, Interesse aufzubringen und sich ein Basiswissen anzueignen, ist eine solche Haltung auch bzgl. lesbischer Lebenszusammenhänge wünschenswert. Das Wissen um die Lebenssituation lesbischer Frauen ist nicht etwas, das sich quasi von selbst versteht, sondern muss speziell angeeignet werden. Auch wenn die Klientin die Expertin für die Spezifika lesbischer Lebensweisen ist, ist es primär die Aufgabe der/des Therapeuten/en, sich zumindest in groben Zügen auch außerhalb des therapeutischen Kontakts zu informieren.

Es geht allgemein um die Entwicklung einer speziellen Sensibilität für bestimmte Themen und deren Auswirkungen auf die Biographie (z.B. das Verbergen zentraler Aspekte der eigenen Identität, die besonderen Belastungen eines Coming-out, die Selbstdestruktivität der internalisierten Homophobie, die Auswirkungen von gesellschaftlicher Diskriminierung oder des „Unsichtbar-Machens“ lesbischer Lebensweisen, das Fehlen von positiven Rollenmodellen) und um ein Wissen über konkrete Alltagserfahrungen lesbischer Frauen (z.B. lesbische Paardynamiken und Konfliktfelder, typische Erfahrungen in der „Lesbenszene“, Familienprobleme, Probleme lesbischer Mütter und von Lesben im Alter).

Es kommt dabei u.a. auch darauf an, die Ähnlichkeiten in den Lebens- und Erfahrungswelten von lesbischen und heterosexuellen Frauen zu sehen, vor allem aber

PSYCHOHOLIC®
Psychologie & Neuromedien

EDV in der psychotherapeutischen Praxis schenkt Ihnen viel Zeit für das Wesentliche

DiagnoPro

Das Computerprogramm für die schnelle und einfache Erstellung individueller Gutachten

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

alle Informationen
und weitere Programme auf
www.psychoholic.de

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

auch die Unterschiede nicht zu leugnen. Lesben fühlen sich oft nicht ernst genommen durch z.B. eine Gleichsetzung lesbischer und heterosexueller Beziehungserfahrungen, die bei aller Ähnlichkeit in der Regel doch einige deutliche Unterschiede aufweisen (Eden & Woltereck, 1990; Falco, 1993, Rauchfleisch et al., 2002; Wiesendanger, 2001).

5.5 Stärkung des Selbstwertgefühls der Klientin als lesbische Frau und eines selbstbewussten Umgangs mit Diskriminierungserfahrungen

TherapeutInnen, die lesbischen Klientinnen gerecht werden, sind in der Lage, auf eine aktive Art und Weise die Gleichwertigkeit dieses Lebensstils aufzuzeigen. Dies ist u.a. notwendig, um das Selbstwertgefühl der Klientin in einer allseits heterosexuell organisierten und Homosexualität ablehnenden Umwelt zu stärken. Gleichzeitig kommt es darauf an, die spezifischen Stärken, die offen lesbisch lebende Frauen in einer sie in besonderer Weise herausfordernden Auseinandersetzung mit dieser Umwelt entwickelt haben, im Blick zu haben und anzuerkennen.

Die von der Klientin berichteten Diskriminierungserfahrungen sollten von der/dem Therapeutin/en nicht geleugnet oder verharmlost werden. Stattdessen geht es darum, den Blick der Klientin für Diskriminierungen, die sie selbst oft genug bagatellisiert, zu schärfen, als solche zu benennen und damit die Voraussetzung für die Erarbeitung effektiver Selbstbehauptungsstrategien zu schaffen.

5.6 Phasenspezifisches Vorgehen bei Coming-out-Problemen

Die Mehrzahl der lesbischen Klientinnen begibt sich nicht wegen etwaiger Probleme mit ihrer sexuellen Orientierung in Therapie, sondern wegen allgemeiner psychischer Probleme. Falls es in der Therapie doch um ein Coming-out geht, ist ein phasenspezifisches Vorgehen angezeigt (Rauchfleisch et al., 2002; Wiesendanger, 2001).

In der Phase des „Prä-Coming-out“ geht es darum, überhaupt zu erkennen, dass eine Klientin sich zu Frauen hingezogen

fühlt, d.h. sensibel zu sein gegenüber entsprechenden Signalen der Klientin, aber auch gegenüber ihren berechtigten Ängsten und sie darin zu unterstützen, sich der/dem Therapeutin/en anzuvertrauen und die lesbischen Empfindungen zu akzeptieren.

In der Phase des „eigentlichen Coming-out“, der Phase der zunehmenden inneren Akzeptanz des Lesbisch-Seins, hilft es der Klientin, ohne Druck dazu ermutigt zu werden, sich zunächst einem Kreis mehr oder weniger ausgewählter Außenstehender zu offenbaren. Dabei lassen sich einerseits die Belastungen und andererseits die Entlastungen sowohl eines Coming-out als auch der Aufrechterhaltung einer heterosexuellen Fassade berücksichtigen und besprechen.

In der Phase des „integrierten Coming-out“ ist die lesbische Lebensweise meist zur Selbstverständlichkeit geworden, so dass das Thema in den Hintergrund tritt. Die in der alltäglichen Interaktion im Lebensumfeld immer wieder auftretenden Situationen, die ein Coming-out erfordern, können in der Regel ohne stärkere emotionale Labilisierung bewältigt werden. Gelegentlich tritt das Thema in Rahmen übergeordneter Themenbereiche (z.B. soziale Kompetenzprobleme) in Psychotherapien auf.

Die Schwierigkeiten der Klientin, über Probleme mit dem Lesbisch-Sein zu sprechen, wird von TherapeutInnen oft unterschätzt, besonders dann, wenn die TherapeutInnen sich ihrer eigenen wertschätzenden Haltung dieser Beziehungsform gegenüber sicher sind. TherapeutInnen gehen oft davon aus, dass die Klientinnen, wenn sie nicht über Probleme mit dem Lesbisch-Sein reden, auch keine Schwierigkeiten damit haben (Falco, 1993). Das kann für offen lesbisch lebende Frauen durchaus zutreffend sein. Ein Ansprechen des Themas von Seiten der/des Therapeutin/en kann hier Irritationen auslösen. Das Schweigen der Klientin über ihre lesbische Lebensweise oder über ihre Probleme damit kann jedoch auch Ausdruck ihres Argwohns und ihrer Vorsicht sein. Dieses Verhalten kann als eine realitätsgerechte Anpassung an eine z.T. immer noch ho-

mosexualitätsfeindliche Umgebung gesehen werden (Gissrau, 1993). Bei Klientinnen in der Phase des Prä-Coming-out ist ein Nicht-Ansprechen der Thematik durch die/den Therapeutin/en ausgesprochen problematisch, da sich dadurch die Homophobie der Klientin verstärken kann (Rauchfleisch u.a., 2002). Hier kommt es auf ein „Fingerspitzengefühl“ der/des Therapeutin/en an, die passenden Formulierungen zu finden.

5.7 Offenheit und Sensibilität bzgl. für lesbische Frauen bedeutsame Themen und Aspekte des therapeutischen Prozesses

TherapeutInnen beschäftigen sich in der Therapie oft ausgiebig mit der „Weiblichkeit“ der Klientin (Rauchfleisch et al., 2002). Lesbische Frauen haben sich oftmals dem Druck zu konventionellem weiblichen Geschlechtsrollenverhalten entzogen und ein eigenes Weiblichkeitsverständnis entwickelt. Statt diese Haltung kritisch zu hinterfragen, geht es – wenn es denn tatsächlich Probleme in diesem Bereich auf Seiten der Klientin gibt – darum, in differenzierter Weise die Kosten als auch den Nutzen von Verstößen gegen traditionelle Geschlechtsrollen-Vorschriften zu beleuchten (Rauchfleisch et al., 2002).

Da lesbische Frauen gleich in zweifacher Hinsicht – sowohl als Frau als auch als Lesbe – zu einer gesellschaftlich diskriminierten Gruppe gehören, sind sie oftmals besonders sensibilisiert für das Betonen oder gar Ausnutzen von Machtunterschieden. Hier ist eine besondere Feinfühligkeit der/des Therapeutin/en im therapeutischen Kontakt gefordert, die die Gleichwertigkeit beider Personen in den Vordergrund stellt.

Da gleichgeschlechtlich orientierte KlientInnen weniger unreflektiert und automatisch von der heterosexuellen Orientierung anderer Menschen ausgehen und da sie in einer ebenfalls gleichgeschlechtlichen Ausrichtung der/des Therapeutin/en einen Schutzfaktor vor einer Abwertung und Pathologisierung ihrer eigenen Lebensweise sehen, sind sie häufig mit der Frage beschäftigt, welche sexuelle Orientierung die/der Therapeut/in hat. Für die Klientin

kann daher die Offenlegung der sexuellen Orientierung der/des (schwulen/lesbischen, aber auch der/des heterosexuellen) Therapeutin/en entlastend wirken und eine Art „vertrauensbildende Maßnahme“ darstellen, bei heterosexuellen TherapeutInnen besonders dann, wenn die Offenlegung mit wertschätzenden Bemerkungen zu gleichgeschlechtlichen Lebensweisen verbunden wird. Eine solche Offenlegung sollte störungs- und therapieschulenspezifische Erfordernisse und die Art des therapeutischen Kontakts berücksichtigen.

5.8 Entlastung und Vertrauensbildung durch konkrete praktische Maßnahmen

Besonders im Coming-out-Prozess ist es für die Klientin sehr hilfreich und sicher auch vertrauensbildend, wenn die/der Therapeut/in weiß, wie eine Klientin sich Informationen über aktuelle Angebote für Lesben (z.B. spezielle Beratungsstellen,

Treffpunkte, Coming-out-Gruppen etc. in der Region) verschaffen kann .

Auch die Vermeidung heterozentristischer Formulierungen im Gespräch , aber auch in der Gestaltung von Fragebögen und anderem schriftlichen Material (z.B. die Frage nach „dem Partner“) ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung. Wenn die Möglichkeit, dass die Klientin keine heterosexuelle, sondern eine gleichgeschlechtliche Beziehung führt, in den Formulierungen berücksichtigt wird, vermittelt dies den Eindruck, dass eine gleichgeschlechtliche Orientierung selbstverständlich in Erwägung gezogen und akzeptiert wird.

Auch ein Eingeständnis von Verständnislücken auf Seiten der/ des Therapeutin/en kann – besonders, wenn es zusammen mit einem weiter bestehenden Interesse der/des Therapeutin/en am Erleben der Klientin vermittelt wird – für diese sehr entlastend sein. Verständnisprobleme auf

Seiten der/s Therapeutin/en machen ein genaues Nachfragen nötig, mit der Chance, dass Missverständnisse und Verletzungen verhindert werden.

Wenn die/der Therapeut/in bei sich einen Mangel an Interesse, eine eher distanzierte oder ablehnenden Haltung lesbischen Frauen gegenüber empfindet, ist es geboten, lesbische Frauen mit einem Therapieanliegen an KollegInnen weiterzuvermitteln.

Literatur

- Alves, E.-M. (Hrsg.). (1993). *Stumme Liebe. Der „lesbische Komplex“ in der Psychoanalyse*. Freiburg: Kore.
- Alves, E.-M. (1993): *Stumme Liebe: Ein Vorwort*. In E.-M. Alves (Hrsg.), *Stumme Liebe. Der „lesbische Komplex“ in der Psychoanalyse*. (S. 5-10). Freiburg: Kore.
- Blessing, A. (1990). *Erfahrungen einer nicht-lesbischen Therapeutin in der Ar-*



Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt
Schön Kliniken




9. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)



Workshoptagung der European Society for Traumatic Stress Studies (EWOTS)

Traumafolgen – alles Posttraumatische Belastungsstörung oder was?

Zu den Grenzen in der Psychotraumatologie

10.–13. Mai 2007, Hamburg

Kongressleitung: Dr. med. B. Osen, Dr. med. V. Heidrich, Dr. phil. J. Graul

Anmeldung von Vorträgen, Postern, Workshops über:
Tagungssekretariat Frau S. Busse
Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt
Birkenweg 10, 24576 Bad Bramstedt, Tel. 04192 504-610, Fax 04192 504-607

Anmeldung eigener Beiträge bis: 01.02.2007

Weitere Informationen:
kongress@schoen-kliniken.de, www.kongress-degpt.de



**AON Institut für
Tiefenpsychologisch fundierte
Psychotherapie & Supervision (ITFPS)**

Postgraduierten- Aus / Fortbildung in tiefenpsychologisch fundierter Supervision

für psychologische / ärztliche Psychotherapeuten
und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten,
Ehe-, Paar- und Sozialtherapeuten

- Integration tiefenpsychologischer und humanistischer Sichtweisen
- die Gruppe und ihre Dynamik
- die Intervention der Intervention
- Dynamik unterschiedlicher organisatorischer Kontexte (Teams in Institutionen)
- professionelle Identität als Supervisor/-in

Akkreditierung als Supervisor/-in durch PTK & ÄK ist möglich und 217 Fortbildungspunkte sind beantragt.

Info & Anmeldung:

Beginn: 20. – 22. April 2007
Dauer: 7 Module verteilt auf 1 Jahr
Kosten: € 450,- pro Modul
Ort: 58453 Witten, Stockumer Str. 28
Telefon: 0 23 02 / 42 34 00
E-Mail: supervision@aeon-institut.info
www.aeon-institut.info

- beit mit lesbischen Frauen – Eine Lehrzeit in drei fiktiven Ausbildungsabschnitten. In W. Dürmeier, G. Eden & M. Günther (Hrsg.), *Wenn Frauen Frauen lieben ... und sich für Selbsthilfe-Therapie interessieren*. (S. 106-114). München: Frauenoffensive.
- Dannecker, M. (2001). Das verschwundene Problem: Homosexualität und Psychoanalyse. In Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.), *Beratung von Lesben und Schwulen. Dokumentation der VII. Fachtagung des Verbandes lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen in Deutschland e.V. (VLSP) „Selbstverständlich. Beratung und Psychotherapie mit Lesben und Schwulen“*, München, 7.-9. April 2000. S. 20-51.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.). (2001). *Beratung von Lesben und Schwulen. Dokumentation der VII. Fachtagung des Verbandes lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen in Deutschland e.V. (VLSP) „Selbstverständlich. Beratung und Psychotherapie mit Lesben und Schwulen“*, München, 7.-9. April 2000.
- Dürmeier, W., Eden, G. & Günther, M. (Hrsg.). (1990). *Wenn Frauen Frauen lieben ... und sich für Selbsthilfe-Therapie interessieren*. München: Frauenoffensive.
- Dürmeier, W. (1990). Unterwegs im Psychotherapie-Dschungel – Ein Leitfaden für lesbische Frauen. In W. Dürmeier, G. Eden & M. Günther (Hrsg.), *Wenn Frauen Frauen lieben ... und sich für Selbsthilfe-Therapie interessieren*. (S. 209-240). München: Frauenoffensive.
- Eden, G. & Wolterreck, B. (1990). Die therapeutische Arbeit mit lesbischen Frauen: Besonderheiten und Anregungen. In W. Dürmeier, G. Eden & M. Günther (Hrsg.), *Wenn Frauen Frauen lieben ... und sich für Selbsthilfe-Therapie interessieren*. (S. 30-46). München: Frauenoffensive.
- Falco, K. L. (1993). *Lesbische Frauen: Lebenswelt – Beziehungen – Psychotherapie*. Mainz: Matthias Grünewald.
- Frossard, J. (2000). *Lesbische Frauen in der Psychotherapie*. Dissertation Universität Basel.
- Geier, B. & Blessing, A. (1992). Lesben und lesbische Paarbeziehungen. In H. Bilden (Hrsg.), *Das Frauentherapie-Handbuch*. (S. 63-71). München: Frauenoffensive.
- Gissrau, B. (1993). *Die Sehnsucht der Frau nach der Frau. Das Lesbische in der weiblichen Psyche*. Zürich: Kreuz.
- Gissrau, B. (1993). Sympathie für die „Anormalität“? Ist Homosexualität an sich eine Krankheit? In E.-M. Alves (Hrsg.), *Stumme Liebe. Der „lesbische Komplex“ in der Psychoanalyse*. (S. 11-44). Freiburg: Kore.
- Poluda-Korte, E.S. (1993). Der „lesbische Komplex“: Das homosexuelle Tabu und die Weiblichkeit. In E.-M. Alves (Hrsg.), *Stumme Liebe. Der „lesbische Komplex“ in der Psychoanalyse*. (S. 73-132). Freiburg: Kore.
- Poluda, E.S. (2000). Das Bild der lesbischen Frau in der Psychoanalyse. *Psyche*, 4, 322-353.
- Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna clara e.v. (Hrsg.). (2003). *Lesbische Frauen in der Psychotherapie: Hintergründe, Umfrageergebnisse und Empfehlungen*. Kiel 2003. Verfügbar unter: http://www.donnaklara.de/psych/pdf_brosch/auswert_gesamt.pdf.
- Rauchfleisch, U., Fossard, J., Waser, G., Wiesendanger, K., Roth, W. & Frossard, J. (2002). Gleich und doch anders. Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren Angehörigen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schreurs, K. (1994). Sozialwissenschaftliche Forschung zum Thema lesbische Identität und lesbische Partnerschaften. In *Dokumente lesbisch-schwuler Emanzipation des Referates für gleichgeschlechtliche Lebensweisen Berlin Nr. 9*, 17-49.
- Streit, M. (2001). *Selbstverständlich lesbisch?* VLSP-Materialien, Heft 6.
- Wiesendanger, K. (2001). *Schwule und Lesben in Psychotherapie, Seelsorge und Beratung. Ein Wegweiser*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zeul, M. (1993). Klinische Anmerkungen zur weiblichen Homosexualität. In E.-M. Alves (Hrsg.), *Stumme Liebe. Der „lesbische Komplex“ in der Psychoanalyse*. (S. 163-188). Freiburg: Kore.

„Sexualtherapeutische Weiterbildung“
in Hamburg, Curriculum II der Deutschen
Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS)
für psychologische und ärztliche
Psychotherapeut(inn)en

**TEIL I: Paartherapie nach dem
Hamburger Modell:**

- dreiwöchiger Intensivkurs mit Durchführung einer Therapie (30. 06.–21. 07. 2007).
- zwei katamnestische Seminare (Nov. 07, Jan. 09).
- regionalisierte Supervisionsgruppen in 2008 (zehn Gruppensitzungen).

**TEIL II: Vier praktisch und theoretisch
ausgerichtete Wochenendseminare
inklusive themenzentrierter
Selbsterfahrung:**

Sexuelle Traumatisierung (März 2008)/
Perversionen – Paraphilien (Mai 2008)/
Störungen der Geschlechtsidentität
(September 2008)/
Sexualberatung (Dezember 2008).

Es kann ein **Zertifikat Sexualtherapie** der
DGfS (erfolgr. Abschluss Teil I + Teil II)
erworben werden. Akkreditierung
beantragt. **Anmeldeschluss: 31. Jan. 2007.**

**Für weitere Informationen
wenden Sie sich an:**

kleber@uke.uni-hamburg.de
Dr. R. A. Kleber, Institut für
Sexualforschung und
Forensische Psychiatrie

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistrasse 52, 20246 Hamburg
040 4 28 03 77 60 (tel.)/69 (fax)

Lisa Schneider

Psychologische Psychotherapeutin
Psychosoziale Frauenberatung
donna clara e.v.
Goethestr. 9
24116 Kiel
Psychosozial@donnaklara.de
www.donnaklara.de

Zur Diskussion: Jenseits von Richtungen und Schulen wartet die Vernunft

Ein Beitrag zur Debatte um die Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden

Jan Bleckwedel

Es wäre seltsam, wenn es im Feld der Psychotherapie keine Konkurrenz und keine Meinungsverschiedenheiten gäbe. Die Frage ist nur, ob die Art und Weise, wie der Konkurrenzkampf unter den Schulen und der Streit um Richtungen ausgetragen wird, dem Wohl der Klienten und dem Fortschritt der Profession dient. Erlauben Sie mir daher einige kritische Anmerkungen zur andauernden Debatte um die Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren aus der Sicht eines praktisch tätigen Psychotherapeuten.

Zunächst muss ich bekennen, dass ich viele therapeutische Schulen und Methoden kennen gelernt habe, einige davon liebe ich besonders, aber keiner bin ich treu ergeben. Je mehr man die Vielfalt therapeutischer Möglichkeiten kennen und schätzen lernt, desto skeptischer wird man gegenüber allen Absolutheitsansprüchen einzelner Verfahren oder Richtungen in der Psychotherapie. Natürlich geht man von seinen persönlichen Talenten, Vorlieben und Überzeugungen aus, wenn man Ausbildungen und Behandlungsformen wählt. Aber ich halte es für wenig sinnvoll, Klienten an die jeweiligen Vorlieben und Vorgehensweisen einfach anzupassen. Die umgekehrte Richtung erscheint mir sinnvoll. Die Praxis konfrontiert uns in den verschiedenen Feldern und Kontexten mit den unterschiedlichsten Menschen, Situationen, Aufgaben und Fragestellungen. Klienten können daher mit gutem Recht erwarten, dass wir Verfahren, Settings und Techniken im Rahmen unserer Möglich-

keiten flexibel an die jeweiligen Anforderungen anpassen.

Sinnvollerweise konzentrieren sich einige Kollegen auf die puristische Anwendung einzelner Verfahren und Methoden, um deren Essenz zu erhalten und einen bestimmten Ansatz praktisch und theoretisch weiter zu entwickeln. Die Geschichte der Psychotherapie hat gezeigt, wie fruchtbar das sein kann. Aber für die überwiegende Mehrheit der Therapeuten gelten andere Bedingungen: im „Feld“ erscheint es allemal sinnvoll, das zu tun, was die meisten Praktiker ohnehin tun: Settings variieren, Methoden flexibel kombinieren und – innerhalb eines bestimmten Indikationsrahmens – probieren, was passt und wirkt. Natürlich braucht man für eine solche Art der Arbeit, will man nicht in Beliebigkeit und Handwerkelei verfallen, fachliche und ethische Standards, einen methodenunabhängigen, übergreifenden Orientierungsrahmen und ein schulenübergreifendes Navigationssystem (das in diesem Beitrag nicht ausführlich dargestellt werden kann).

Wie ist es dann aber mit der Wirksamkeit? In letzter Instanz entscheiden lebendige Klienten über die Wirksamkeit unserer Bemühungen und nicht Statistiken über die Wirksamkeit von Verfahren. Ob Deuten, Trainieren, zirkulär Fragen, Malen, Handeln, Stellen, Legen, Ratschlag, Wunderfrage, Rollentausch, Trance, Skulptur, Musik oder Hausaufgabe: was einzelne Klienten, Paare, Familien oder Gruppen aufnehmen, und was sie daraus machen, hängt letztlich

von ihrer inneren Struktur und Dynamik ab. Real existierende Klienten beziehen sich wie alle lebenden Systeme vor allem auf sich selbst, und sie entscheiden über Veränderungen im Rahmen der ihnen eigenen Emotionen und subjektiven Weltanschauungen und nicht im Rahmen irgendwelcher Wissenschaftstheorien. Wenn man sich dies vergegenwärtigt, dann erscheinen viele Beiträge aus Forschung und Wissenschaft, mit Verlaub gesagt, doch seltsam abgehoben und irrelevant.

Therapie hat viele Ebenen und lebt von der produktiven Gestaltung dieser Vielfalt. Idealtypisch gesehen geht es darum, innerhalb eines wohl definierten Rahmens, für *jeden Fall* ein besonderes Arrangement zu erfinden, Settings zu variieren und Methoden zu kombinieren. Was passt zu den Personen und Aufträgen, Situationen und Problemen, Leiden und Kontexten? Ich gebe zu, diese Vision stellt hohe Anforderungen, die selten realisiert werden können. Aber diese Vision hat tiefe Wurzeln in den Humanwissenschaften, sie lebt in der Kreativität vieler Praktiker, und sie ist wichtig für die Zukunft. In dieser Zukunft wird Psychotherapie sich in einem richtungsübergreifenden Orientierungsrahmen entfalten: *multimodal*, mit allen Sinnen, *mehrdimensional* (in den Bereichen Person, Interaktion, Konstellation, Feld und Umgebung), *entwicklungsorientiert* und methodisch *kreativ*.

Meine Skepsis gegenüber jeder Fixierung auf einzelne Verfahren und Methoden

nahm deutlich zu, als ich begann, Therapeuten in eben solchen Methoden auszubilden. Wenn man viele verschiedene Therapeuten *direkt* beobachtet, wird schnell klar, dass es keinesfalls Methoden sein können, die „wirken“. Wenn überhaupt etwas wirkt, dann ist es das Zusammenwirken von Therapeuten und Klienten und Arrangements und Methoden und Kontexten. In diesem Rahmen wirkt auf der Seite der Therapeuten nicht die Abwicklung irgendeines Programms oder die Anwendung irgendeiner Technik – was als Botschaft wirkt ist die *Konsistenz von persönlicher Ausstrahlung, Konzept, Methode und Performance*. Die Frage ist, wie alles im konkreten Fall zusammen passt (vgl. u.a. *Das Allgemeine Modell von Psychotherapie* von Orlinsky & Howard, 1987 und Kriz, *Von den Grenzen zu den Passungen*, PTJ 1/2005). Eine Vielzahl von Forschungsergebnissen bestätigt die klinische Erfahrung, dass bei der Passung und Beziehungsgestaltung auf Therapeuten-seite die Persönlichkeit eine überragende Rolle spielt. Eine Untersuchung der Universität Stanford über die Wirkung verschiedener Arten von Gruppentherapie ergab, dass gute Therapeuten mit jeder Methode Erfolg hatten, schlechte mit keiner. Die guten Therapeuten waren die, die eine Verbindung zum Klienten aufbauen konnten (und daran erkennt man wieder, dass wir in einem Fall gute Therapeuten sein können, weil eine Beziehungsaufnahme gelingt, und in einem anderen Fall schlechte, weil es nicht zusammenpasst). Es sind also keineswegs Verfahren, Methoden oder Module, die wirken, sondern Therapeuten und Therapeutinnen, die, auf der Grundlage einer guten Arbeitsbeziehung, Methoden und Techniken anwenden. Genauso, wie es eben keine Störungen oder Symptome sind, die behandelt werden, sondern Menschen und soziale Systeme mit Störungen (Konflikten, Problemen, Leiden), aber auch mit Potenzialen und Ressourcen.

Ich bestreite keineswegs die Bedeutung handwerklichen Könnens in der Therapie, also den sicheren, flexiblen, souveränen und virtuellen Einsatz von Methoden und Techniken. Hier könnte in den Ausbildungen noch viel mehr getan werden. Und dennoch bestätigt der aktuelle For-

schungsstand die klinische Erfahrung, dass etwa 70% der Gesamtwirksamkeit in therapeutischen Prozessen auf generelle (sogenannte „unspezifische“) Faktoren bei Therapeuten *und* Klienten zurückgeführt werden können. Interaktive Präsenz, Zugewandtheit, Balance zwischen Engagement und Gelassenheit, Optimismus, Hoffnung, emotionale Kompetenz und Schwingungsfähigkeit, Kongruenz, Affektabstimmung, Wertschätzung, positive Ausstrahlung, klinische Erfahrung, soziale Kompetenz und Allegianz (Erfolgsvermutung im besonderen Fall) spielen auf Therapeuten-seite eine wichtige Rolle. Luc Ciompi vermutet „...dass auch in der Psychotherapie und Beratung solche affektiven Grundbotschaften letztlich viel wichtiger sind als jede Technik“. Die affektiven Grundbotschaften entsprechen den bekannten Variablen, die bereits früh von Carl Rogers und vielen anderen Pionieren formuliert wurden und die sich in fast allen Psychotherapiestudien regelmäßig als valide erweisen. Das bedeutet aber, dass therapeutische Ausbildungen neben der notwendigen Vermittlung von Wissen und dem Üben von Methoden und Techniken einen Entwicklungsraum zur Verfügung stellen müssen, in dem die Ausbildungskandidaten ihre Persönlichkeit in den oben genannten Bereichen entwickeln und entfalten können.

Auf Klientenseite sind es (bei gleicher Diagnose) ebenfalls allgemeine Merkmale (Therapiemotivation, Änderungsoptimismus, Extra-/Introversion, self-efficiency, selbstbezogene versus aktionsbezogene Orientierung, proaktive versus propassive Haltung), die den Verlauf und Erfolg von Therapie wesentlich bestimmen (vgl. zuletzt I. Froberg, *Zum Postulat der störungsspezifischen Indikation* PTJ 2/2006). Kontextuelle Faktoren (Status der Therapeuten, Arbeitsfeld, Schicht- und Kultureinflüsse, Arbeitsbedingungen) wurden bisher in Psychotherapiestudien kaum systematisch untersucht, beeinflussen die Ergebnisse aber ebenfalls. Kurz: die Wirksamkeit von Psychotherapie lässt sich nur in sehr geringem Maße auf den Einsatz von bestimmten Verfahren und Methoden zurückführen. Die Wirksamkeit von Psychotherapie wird vielmehr durch ein komplexes Zusammenspiel vieler Faktoren

in einem Prozess subjektiver und interaktiver Abstimmung zwischen Personen bestimmt.

Eine in die Zukunft weisende Psychotherapieforschung wird sich daher nicht mit einzelnen Verfahren und Methoden, sondern mit dem *Zusammenspiel wirksamer Faktoren* im psychotherapeutischen Prozess beschäftigen. Die wichtigsten Faktoren:

- **Tragfähigkeit des Arbeitsbündnisses** (gegenseitiger Respekt, Vertrauen, Auftragsklärung, Auftragsnetzwerk)
- **Qualität der therapeutischen Beziehung** (Affektabstimmung, Resonanz, affektive Synchronisation, wechselseitige Modulation von Gefühlen und Empfindungen, Klima der Zusammenarbeit, Kooperation, Wechselspiel von Übertragung und Gegenübertragung, Ambivalenzmanagement)
- **Persönlichkeit der Therapeuten** (Signaturstärken, Einstellung, Haltung, Ausstrahlung)
- **Persönlichkeit der Klienten**
- **Variabilität in der Gestaltung von Abläufen und Settings** (Zeiten, Beteiligte, Arrangements)
- **Sicherheit und Flexibilität im Einsatz von Methoden** (Methodenpassung, Angemessenheit, Geschicklichkeit, Kombinationen)
- **Angemessene Prozesssteuerung** (Klarheit, Übersichtlichkeit, Transparenz, Beteiligung)
- **Die Passung von Personen, Settings, Methoden, Aufgaben und Kontexten.**
- **Aktivierung von Potenzialen und Ressourcen**
- **Pragmatischer Erfolg** (Umsetzung von Zielen, Erfahrung erfolgreichen Veränderungshandelns)

Die Psychotherapieforschung muss sich darüber hinaus sowohl auf die Ergebnisse in der Behandlung spezieller Störungen als auch auf die allgemeine Gesundheitsentwicklung von Klientensystemen beziehen (Wachstum, Resilienz, Salutogenese, Lernfähigkeit, Identität). Nur eine solche *doppelte Perspektive*, die zugleich störungsbezogen als auch entwicklungs- und ressourcenorientiert ist, wird den Klienten und einer humanen Orientierung gerecht.

Das Ansinnen, die Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden wie die Wirksamkeit von Medikamenten zu überprüfen oder nachzuweisen, ist wissenschaftstheoretisch schlicht obsolet (vgl. u.a. Rotthaus, 2004, *Die Diskussion um die Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie*, Kontext 2004/2:184-189) und wirkt im Kontext eines modernen Wissenschaftsverständnisses geradezu peinlich. Ich bin unbedingt dafür, therapeutische Verfahrensweisen und Methoden kritisch zu hinterfragen und im Rahmen eines pragmatischen Wissenschaftsverständnisses auf Evidenz zu überprüfen (vgl. u.a. Fonagy, P. und Roth, A., *Ein Überblick über die Ergebnissforschung anhand nosologischer Indikationen*, Psychotherapeutenjournal, 3/2004). Aber die Anwendung eines längst überholten und verkürzten medizinischen Weltbildes (Bernard Lown, 2004, *Die verlorene Kunst des Heilens*) auf die Psychotherapie und die Einengung der Perspektive auf eine oberflächliche Symptom- und Störungssicht gehen an der Sache völlig vorbei und haben nichts zu tun mit dem, was in der Praxis der Psychotherapie tatsächlich geschieht (Kriz, 2004, *Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie*, Kontext 2004/1:67-89).

Die Vorstellung von Psychotherapie als Technik raubt dem Prozess seine Seele. Eine gute Technik und ausgearbeitete Konzepte und Programme können sehr hilfreich sein – aber sie sind nicht entscheidend. Psychotherapie lebt von Begegnung und Spiel, Freude und Humor, Kreativität und Lebendigkeit, Erfahrung, Nachdenklichkeit und Weisheit. Wirksame Therapeuten entwickeln ein Gespür dafür, was zwischen Menschen passiert, und ein Talent, diesen „Zwischenraum“ angemessen und

passend zu gestalten. Im Zweifelsfall hören sie eher auf ihre Intuition als auf irgendwelche methodischen Vorschriften. Denn die therapeutische Wirkung ist etwas ganz anderes als die korrekte Aneinanderreihung von Techniken, so wie der Tanz etwas ganz anderes ist als die angestrenzte Ausführung bestimmter Schrittfolgen. Die therapeutische Beziehung lebt wie der Tanz aus der spontanen gemeinsamen Improvisation, dem „Swing“, der Raum gibt für Authentizität und Überraschung. Jeder einzelne Prozess ein neues Wagnis und etwas Besonderes, wie der einzelne Mensch, diese Familie, dieses Paar – unverwechselbar.

Die Idee, einzelne Verfahren und Schulen als wissenschaftlich wirksam anzuerkennen (und andere auszugrenzen), gründet also auf einem fundamentalen Irrtum – das ergibt sich übereinstimmend aus wissenschaftstheoretischen Überlegungen, klinischer Erfahrung und Forschungsergebnissen. In der Praxis führt diese Idee die Psychotherapie in eine fatale Sackgasse.

Wenn sich die Dynamik lebender Systeme grundlegend von der Dynamik maschineller Systeme unterscheidet und wenn daher die neurophysiologischen Steuerungsmechanismen und die Regelungen in sozialen Beziehungen gänzlich andere sind als die Steuerungsprozesse und Regeln in einem Maschinenpark, dann hat das enorme Konsequenzen für unser Denken und Handeln im psychotherapeutischen Feld. In dieser Richtung gibt es noch viel zu entdecken und dort liegt die Zukunft der Psychotherapie. Psychotherapeutische Experten werden einzelne Verfahren pflegen und weiterentwickeln und gleichzeitig schulenübergreifend zu-

sammenarbeiten und eines Tages wird Psychotherapie an allgemeinen Akademien in der ganzen Bandbreite von Richtungen, Verfahren und Methoden gelehrt und gelernt werden, und zwar im Rahmen einer multimodalen, mehrdimensionalen und entwicklungsorientierten allgemeinen Psychotherapie. Dann werden nicht mehr Verfahren zugelassen, sondern Therapeuten als Persönlichkeiten, die Verfahren und Methoden flexibel und verantwortungsvoll im Rahmen aktueller Standards virtuos anwenden.

Was sind in der Therapie wirksame Tätigkeiten? Wirksame Therapeuten vermitteln den Klienten Wertschätzung für sich selbst und das Vertrauen in die eigene Lösungskompetenz: sie sind in KONTAKT mit ihren Klienten, sie geben Klienten in Krisensituationen HALT, sie KLÄREN gemeinsam mit Klienten Zustände und Situationen, sie VERSTEHEN gemeinsam mit Klienten Entwicklungen und Zusammenhänge, sie BEARBEITEN gemeinsam mit Klienten Konflikte und Probleme, sie MOTIVIEREN Klienten für Veränderungen und sie AKTIVIEREN Potenziale und Ressourcen. Es ist an der Zeit, die unfruchtbaren Grabenkämpfe einzustellen und eine gemeinsame Sprache für das zu (er)finden, was wir tun – gerade weil die Freiheit, es auf sehr unterschiedliche Weise zu tun, eine fundamentale Voraussetzung für die psychotherapeutische Arbeit darstellt.

Jan Bleckwedel

Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor
Fehrfeld 60
28203 Bremen
www.fehrfeld.de

LANGEOOG 2007 28.05. – 02.06.2007

36. Psychotherapiewoche

Leitthema:

*Jedem Abschied folgt ein Anfang
Krise als Herausforderung*



5. Psychotherapietage des Kindes- und Jugendalters

Leitthema: Familie



Programmanforderung: Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKN, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: 0511/3802496, FAX: 0511/3802499, E-Mail: akademie@aekn.de

Recht: Aktuell

Praxistipps – Hinweise – Informationen

TV-L und Arztspezifischer Tarifvertrag (TV-Ärzte): Was gewinnen Psychotherapeuten?

Hartmut Gerlach

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Mal ehrlich: Haben Sie die Tarifaufinandersetzungen auf Länderebene und im Klinikbereich in den letzten Monaten so ganz in all ihren Zusammenhängen verstanden? Da kämpften die **Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Verdi)** und die „**Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL)**“, da streikten landesweit die Ärzte des **Marburger Bundes** um Gehaltsanhebungen. Und schließlich gab es Tarifvereinbarungen über die Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten zwischen Verdi und der TdL in den „**Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L)**“ und zugleich einen „**Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (TV-Ärzte)**“ mit dem Marburger Bund. Aber wie soll das alles tarifrechtlich zusammenpassen? Stehen wir etwa vor einer Zersplitterung der Tariflandschaft, ist der

Flächentarifvertrag – ein Auslaufmodell?

Fragen über Fragen, die sich der Verfasser dieser Zeilen stellt. Die Antworten fielen ihm gewiss leichter, hätte er, was für die Profession des Juristen unabdingbar ist, etwas Schriftliches in Händen, also bspw. die getroffenen Vereinbarungen (Ta-

rifverträge). Fehlanzeige! – Verdi und TdL haben sich zwar im Mai dieses Jahres in Potsdam auf den **TV-L** geeinigt, nur – die Tariftexte müssen – ganz nebenbei – noch formuliert werden. Dies soll noch bis zum 1. November 2006 geschehen. Just zu diesem Zeitpunkt soll nämlich der nur in Eckwerten bekannte neue **TV-L** in Kraft treten. Er wird im **Länderbereich** den Bundesangestellten-Tarifvertrag (**BAT**) sowie den Manteltarifvertrag Arbeiter (MTArb) **ablösen**. Die Tarifvertragsparteien haben also nicht, was nahegelegen hätte, auf den **TVöD** zurückgegriffen, sondern nur Einiges von ihm übernommen. Dem überraschten Chronisten, der sich noch an Worte bei der Einführung des **TVöD** wie „Einheitlichkeit, Transparenz, Vereinfachung, Flexibilität, Straffung und Praktikabilität“ erinnert (*Psychotherapeutenjournal – PTJ – 1/2006, S. 23*), bietet sich nunmehr das Bild einer bunten Flickenteppich ähnelt:

BAT, TVÜ-Bund, TVÜ-VKA, TVöD-AT, TVöD-BT-K, TVÜ-L, T-DL, TVÜ-Ärzte und TV-Ärzte.

Aller klar? Und dieser Teppich soll nun die erforderliche Trit-

festigkeit für kommende Tarifaufinandersetzungen aufweisen? Zweifel dürfen erlaubt sein. Eher sollte man die o. e. Erwartungen getrost unter denselben kehren.

Der neue TV-L

Sie erinnern sich: Im *PTJ* (1/2006 S. 22 – Teil 1 – und 2/2006 S. 141 – Teil 2) wurde der Übergang vom **BAT** zum **TVöD** mittels des **TVÜ-VKA** und des **TVÜ-Bund** eingehend beschrieben. Betroffen waren indes **nur der Bund** und die **Kommunen** mit ihren Angestellten. Die Länder (TdL) blieben außen vor; sie hatten von dem im **TVöD** vereinbarten Sonderkündigungsrecht Gebrauch gemacht; prompt war Verdi nicht mehr bereit, mit der TdL zu verhandeln. Jetzt kam es nun endlich auch zu einer Einigung zwischen den bislang ausgesparten Ländern und Verdi. Ergebnis: Der o. e., bislang ungeschriebene, **TV-L**. Und auch dieser bedarf eines Überleitungstarifvertrages vom **BAT** in den **TV-L**, nämlich des **TVÜ-L**.

Wie profitieren die angestellten Psychotherapeuten?

Nun, sie werden sich wie alle Beschäftigten der Länder –

ähnlich wie beim Bund und bei den Kommunen – in Entgelttabellen wieder finden, und die Eingruppierung wird sich einstweilen weiter nach den §§ 22, 23 **BAT** richten (*PTJ* 2/2006, S. 24).

Der „**TV** über Einmalzahlungen für die Jahre 2006 und 2007“ v. 8.6.2006 (*GABl. BW, S. 410*) legt eine lineare Tariferhöhung mit Wirkung zum 1. Januar 2008 in Höhe von 2,9 % mit einer Laufzeit von 12 Monaten fest, bezieht aber Ärzte und Psychiater an einer Universitätsklinik nicht mit ein, die überwiegend Aufgaben in der Patientenversorgung wahrnehmen – § 1 Abs. 2 **TV**). Der **TV-L** hingegen trifft u. a. Regelungen für das Pflegepersonal im Bereich der Krankenhäuser, bestimmt besondere Regelungen für Wissenschaftliche Angestellte an den Hochschulen und Universitäten und sieht eine Zahlung von Sonderzuwendungen vor. Diese sollen in der Höhe je nach Entgeltgruppe differenziert werden, auch hier stehen den Ländern Sonderkündigungsrechte zu (ausführlich: *Rothländer* in: „personalFacts für die Verwaltung im öffentlichen Dienst“, Nr. 3, Juli 2006, S. 2). Der Tarifvertrag wird dann voraus-

sichtlich in 14 der 16 Bundesländer in Kraft treten. Denn sowohl Hessen als auch Berlin sind nicht betroffen, diese haben schon vor längerem die TdL verlassen. In **Hessen** wird es damit bei der sog. „statischen“ Anwendung des BAT vorerst bleiben. Der „Verband der Kommunalen Arbeitgeber (VKA)“, der auf Seiten der Kommunen mit Verdi über den TVöD verhandelt hatte, begrüßte die Einigung, weil man damit im Öffentlichen Dienst dem Flächentarifvertrag ein großes Stück nähergekommen sei (*Rothländer*, aaO S. 2). „Wirklich?“ – ist man da versucht zu fragen.

TdL und Marburger Bund einigen sich auf den TV-Ärzte

„Ja, aber ...?“ Richtig, da verhandelt doch noch andere,

nämlich der Marburger Bund und die TdL. Der Druck in diesen Verhandlungen muss gewaltig gewesen sein. Die Tarifvertragsparteien einigten sich zunächst nur auf Eckpunkte. Aber ihnen bleibt die Aufgabe, die Tarifvertragstexte für diesen arzt-spezifischen Tarifvertrag noch in Redaktionsverhandlungen auszuformulieren, besser wohl: zu erstreiten. Man darf getrost davon ausgehen, dass diese Verhandlungen noch Monate in Anspruch nehmen, wobei der Druck nicht nachlassen wird. Denn die Tariftexte müssen zum 1. November 2006 stehen. Die vereinbarte **neue Entgelttabelle für die Ärztinnen und Ärzte** gilt indessen bereits ab 1. Juli 2006 in allen Bundesländern, die Mitglied der TdL sind, freilich verbunden mit der 42-Stunden-Woche. Jene bildet die Re-

gelungen der §§ 22, 23 BAT, die unverändert fortgelten (§ 12 TVöD), und setzt sich fort beim TV-L und beim TV-Ärzte.

Der vereinbarte neue Tarifvertrag gilt in erster Linie für Ärztinnen und Ärzte, die als Angestellte an einer Universitätsklinik **überwiegend Aufgaben in der Patientenversorgung wahrnehmen**. Und wieder die Frage: Wo bleiben die angestellten Psychotherapeuten? Die Antwort wird wohl lauten müssen: Psychotherapeuten sind keine Ärzte. I. Ü. – Hier zeigt sich für den Verfasser dieser Zeilen wiederum das Kernproblem: Solange keine ausformulierten Tarifvereinbarungen vorliegen, solange stockt er im Nebel.

Der Tarifvertrag sieht für andere Ärztinnen und Ärzte im Lan-

Neuer Trend: Schwieriges einfach ausklammern ...

Man fragt sich übrigens: Wird es jetzt auch in Tarifverhandlungen Mode, Schwieriges einstweilen nur in Eckpunkten zu regeln, aber öffentlich zu verkünden, man sei sich einig? Dieses Offenlassen findet sich bei den o. e. Eingruppierungs-

regelungen der §§ 22, 23 BAT, die unverändert fortgelten (§ 12 TVöD), und setzt sich fort beim TV-L und beim TV-Ärzte.

Der vereinbarte neue Tarifvertrag gilt in erster Linie für Ärztinnen und Ärzte, die als Angestellte an einer Universitätsklinik **überwiegend Aufgaben in der Patientenversorgung wahrnehmen**. Und wieder die Frage: Wo bleiben die angestellten Psychotherapeuten? Die Antwort wird wohl lauten müssen: Psychotherapeuten sind keine Ärzte. I. Ü. – Hier zeigt sich für den Verfasser dieser Zeilen wiederum das Kernproblem: Solange keine ausformulierten Tarifvereinbarungen vorliegen, solange stockt er im Nebel.

Der Tarifvertrag sieht für andere Ärztinnen und Ärzte im Lan-

Das Konzept ist bekannt;
die Praxis reift erst nach und nach!

Case Management in der Entwicklung

Stand und Perspektiven in der Praxis

Herausgegeben von Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt
und Prof. Dr. Peter Löcherbach.

X, 321 Seiten. Kartoniert. € 49,-.

ISBN 13: 978-3-87081-577-6

ISBN 10: 3-87081-577-9

In diesem Werk berichten Experten aus Praxis und Wissenschaft über ihre Erfahrungen mit Case Management. Und sie geben nützliche Handlungsanleitungen für die Umsetzung.

Das Buch beleuchtet den fachlichen Stand, der im Case Management bereits erreicht ist. Und das in seinen verschiedenen Bereichen:

- im Sozial- und Gesundheitswesen,
- in der Pflege,
- im Versicherungswesen
- und in der Beschäftigungsförderung.

In den Beiträgen des Bandes werden Programm, Handlungsstrategie sowie operatives Vorgehen im jeweiligen Aufgabengebiet diskutiert. Dargestellt wird Best Practice, aber auch die Schwierigkeit, in vorhandenen Strukturen dem neuen Verfahren den Weg zu bahnen.



Economica Verlagsgesellschaft Hühlig Jehle Rehm GmbH
Im Weiher 10, 69121 Heidelberg
Kundenbetreuung München: Bestell-Tel. 089/54852-8178
Fax 089/54852-8137, E-Mail kundenbetreuung@hjr-verlag.de

Economica
www.economica-verlag.de

26. und 27. Januar 2007

ANGST UND ANGSTSTÖRUNGEN

Die Perspektive bestimmt das Bild – Ansichten
eines alltäglichen Gefühls



Vorträge: 26. Januar ab 14 Uhr und 27. Januar
ab 9 Uhr, 110 €,

Workshops: 27. Januar 10.30 – 13.30 und
15.00 – 18.00 Uhr, 50€ je Workshop,

Abendessen und literarische Lesung zum
Thema am 26. Januar, 49 €;

Zertifiziert mit 17 FE.

Ort: AVZ Logenhaus, Emser Straße 12/13, 10719
Berlin

Veranstalter: IVB-Institut für
Verhaltenstherapie Berlin GmbH
Anmeldung erforderlich!

Ausführliches Programm:

Fax: 8953-8314

E-Mail: forum@ivb-berlin.de

Internet: www.ivb-berlin.de/angst

desdienst, bspw. diejenigen, die an Psychiatrischen Krankenhäusern, Justizkrankenhäusern oder in Personal- bzw. Betriebsärztlichen Diensten auf Landesebene tätig sind, eigene Verhandlungen vor. Hier soll die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit ebenfalls 42 Stunden betragen. Ärztinnen und Ärzte, die bisher als Vollbeschäftigte andere Arbeitszeiten geleistet haben, erhalten das Recht, auch weiterhin diese wöchentliche Arbeitszeit beizubehalten. Teilzeitangestellte mit fest vereinbarten Wochenstunden dürfen ihre Arbeitszeit so umstellen, dass sie keine Einkommenseinbußen erleiden. Ferner sind 12-Stunden-Schichten möglich, allerdings nicht mehr als vier solcher Schichten hintereinander innerhalb von zwei Kalenderwochen. Ferner ermöglichen die Eckpunkte zur Deckung von Personalbedarf, zur Personalbindung oder zum Ausgleich höherer Lebenshaltungskosten, **andere Entgeltstufen** (s. *PTJ* 2/ 2006, S. 143) vorweg oder ein bis zu 20 % bzw. 25 % höheres Entgelt zu gewähren. Darüber hinaus finden sich Regelungen zur Beteiligung an Poolgeldern und bei besonderen Leistungen zum Erwerb von Drittmitteln. Soweit es um die Verbesserung von Arbeitsbedingungen geht, formulierten die Tarifparteien vor allem Appelle an die einzelnen Dienststellen (bspw.: Begrenzung von befristeten Arbeitsverträgen, angemessene Möglichkeit zur wissenschaftli-

chen Tätigkeit, Entlastung von patientenfernen Aufgaben usw.). Die Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall beträgt grundsätzlich sechs Wochen, und bis zur 39. Woche der Arbeitsunfähigkeit wird ein Zuschuss zum Krankengeld gezahlt. Privat versicherte Ärztinnen und Ärzte, die noch unter die Übergangsregelung des § 71 BAT fallen, behalten darüber hinaus ihren Anspruch auf die sechsmonatige Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall. Auch die bestehenden Beihilfeansprüche bleiben grundsätzlich erhalten (*Thivessen* aaO S. 4).

Dass der Ärzte-TV wiederum eines **TVÜ-Ärzte** bedarf, sei nur noch der Vollständigkeit halber erwähnt.

Neben Verdi hat sich damit endgültig der Marburger Bund als (neue) Ärztegewerkschaft etabliert. Wie sich das im Einzelnen auf Länderebene auswirken wird, im Hinblick auf die sog. **Tariffindung**, erscheint noch undurchsichtig. Bekanntlich bindet die Tariffindung (§ 3 Abs. 1 Tarifvertragsgesetz – TVG) nur die Mitglieder eines Arbeitgeberverbandes oder einer Gewerkschaft. Sie gilt nicht für nicht-organisierte Arbeitgeber oder Beschäftigte. Um dennoch in den Genuss der Anwendung von tarifvertraglichen Regelungen zu kommen, hat die Praxis eine Vielzahl verschiedener Möglichkeiten oder Klauseln in Arbeitsverträgen (sog. **Bezugsklauseln**) entwickelt, die auf tarifli-

che Regelwerke verweisen oder übernehmen – mit zum Teil problematischen Rechtsfolgen (im Einzelnen: *de Beaugregard* „Fluch und Segen arbeitsvertraglicher Verweisungen auf Tarifverträge“ in: *NJW* 2006, 2522). Auch können Tarifverträge für allgemeinverbindlich erklärt werden.

Wir werden Sie weiter informieren, wenn die Vertragstexte vorliegen.

Ganz Recht:

Wissen Sie eigentlich, dass

- der Bundesrat sich u. a. damit durchgesetzt hat, im geplanten Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (**VÄndG**) dem Zulassungsausschuss die Möglichkeit einzuräumen, anstelle eines Zulassungsentzuges, auch eine **hälftige Entziehung der Zulassung** dann vorzunehmen, wenn der Vertragsarzt/ Psychotherapeut seinen Versorgungsauftrag „nicht aufnimmt oder ausübt“ (BT-Drs. 16/2474 v. 30.8.2006, S. 14, 61)? Im Entwurf des § 19a Ärzte-ZV heißt es nämlich: „Die Zulassung verpflichtet den Arzt (Psychotherapeuten), die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben.“
- ab 1. Januar 2007 alle Unternehmer (Psychotherapeuten/innen sind Unternehmer: § 14 Abs. 1 BGB,

§ 2 Abs. 1 UStG) für ihren Internet fähigen Computer **GEZ-Rundfunkgebühren** zahlen sollen, egal, ob sie mit ihm fernsehen, Radio hören – oder auch nicht. Monatlich macht das nach den bisherigen Verlautbarungen 5,52 Euro aus. Diese Pflicht besteht auch für Freiberufler und Selbständige, also auch für Sie – als Psychotherapeut/in. Ob diese zusätzliche Gebühr noch im letzten Augenblick vor Inkraft-Treten gekürzt oder gar fallen gelassen wird, ist noch völlig offen. Sie sollten sich jedenfalls finanziell darauf einstellen und daran denken, dass Sie insoweit bei der GEZ auch meldepflichtig sind.

- der Bundesgerichtshof (BGH) die Klausel in den **Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) einer privaten Krankenkasse** für rechtens erklärt hat, Versicherte, die Psychotherapie bedürften, hätten nur Anspruch darauf, von Ärzten oder Krankenhäusern behandelt zu werden (BGH *NJW* 2006, S. 1876)? M. a. W.: Der Pat. wird im Falle, dass sein Privat-Krankenversicherungsvertrag eine solche Klausel enthält, einen Arzt aufsuchen, nicht aber einen PP und KJP. Allerdings, sollte der Pat. keinen Arzt finden, dann hat er grds. doch Anspruch auf Behandlung durch einen PP oder KJP.

<http://www.ptv-anzeigen.de>

Online buchen und Geld sparen!

Schnell, einfach und ohne Zusatzkosten* – können Sie ab sofort Ihren Anzeigenauftrag Online ausfüllen und an uns senden. Hier sehen Sie auch gleich, wie Ihre Anzeige erscheint.

* Ohne Bearbeitungskosten (für Aufträge die per Fax eingehen, müssen wir € 10,- Bearbeitungskosten in Rechnung stellen)

- das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg in einem nicht rechtskräftigen Urteil darauf hingewiesen hat, dass es hinsichtlich der GKV-Vergütung der Psychotherapeuten in Brandenburg als Vergleichsgruppe nicht auf die Arztgruppe mit dem niedrigsten durchschnittlichen Einkommen ankomme, sondern auf die **Vergleichsgruppe der Allgemeinärzte?** Dem Urteil zufolge muss nun die KV Brandenburg bei der Neu-Berechnung der Vergütung der Psychotherapeuten den Honorarumsatz des Jahres 1998 dieser Vergleichsgruppe zugrunde legen (Urteil v. 26.04.2006 – L 7 KA 19/02*25).
- keine **rückwirkende Genehmigung der Verlegung**

eines **Vertragsarzt(-psychotherapeuten)-sitzes** möglich ist (Bundessozialgericht – BSG, Urteil v. 31.05.2006, NZS 2006, IX)? Das bedeutet, dass eine ungenehmigte Verlegung (von der A-Straße in die B-Straße) zur Folge haben kann, ab der Verlegung bis zur Genehmigung **keinen Honoraranspruch** für die erbrachten Leistungen gegen die KV zu haben.

- dann eine **Disziplinarstrafe** der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) droht, wenn Sie **GKV-Pat.** in dem Sinne beraten, besser: beeinflussen, einer **Privatabrechnung** zuzustimmen, obgleich die abzurechnende Leistung eindeutig zum Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehört?

Das LSG Nordrhein-Westfalen (ZMGR 2006, 191) verurteilte einen Orthopäden, der Infusionen für Rückenbeschwerden als privatärztliche Leistung angeboten hatte, obwohl solche als Teil der vertragsärztlichen Leistung gelten, zu einer Geldbuße. Die 1. Instanz hatte es noch mit einem Verweis bewenden lassen. – Keine Disziplinarverfehlung wäre es gewesen, hätte der Pat. von sich aus darauf gedrängt, die Leistung privat zu bezahlen. In einem solchen Fall bedarf es aber einer diesbezüglichen **schriftlichen Vereinbarung** zwischen Arzt/Psychotherapeut und Pat. (§ 18 Abs. 8 Nr. 2 Bundesmantelvertrag – Ärzte – BMV-Ä).

Hinweis: Der Aktualität wegen haben wir den vorstehenden Beitrag „TV-L und ...“ vorgezogen. Der im letzten PTJ-Heft (S. 269) angekündigte Teil 2 „**Pflichten und Haftungsrisiken der Supervisoren/innen**“ erscheint deshalb erst im nächsten Heft (1/2007). Diesen Teil 2 übernimmt Herr RA Michael **Seiters**, Fachanwalt für Arbeits- und Sozialrecht, Münster.

RA Hartmut Gerlach

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

Ärztestreiks im öffentlichen Dienst und die scheinbaren Erfolge des Marburger Bundes: Wann kommt die angemessene Eingruppierung der PsychotherapeutInnen?

Heiner Vogel

Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die öffentlichkeitswirksamen Ärztestreiks in diesem Frühjahr haben viele PsychotherapeutInnen fragen lassen, wer sich denn für ihre tarifliche Besserstellung einsetzt und wann überhaupt mit der erhofften Gleichstellung mit FachärztInnen zu rechnen ist. Hier sind mindestens drei Fragen angesprochen, die in den Kammern und insbesondere in den Angestelltenausschüssen immer wieder diskutiert werden¹:

(1) Wer vertritt eigentlich die PsychotherapeutInnen in diesen Tarifauseinandersetzungen?

Tarifverträge werden nach dem deutschen Tarifrecht von den Gewerkschaften, hier ver.di, mit den Arbeitgeberverbänden ausgehandelt. Wie bereits mehrfach auch im PTJ berichtet, bedeutet der TVöD zwar eine grundlegende Neuerung der Tarifstruktur; sie ist jedoch in den für uns bzw. hier interessanten Teilen noch nicht abschließend verhandelt. Speziell bei der Eingruppierung – diese richtet sich weiterhin nach den Vorgaben des alten BAT, für den es die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht gab. Ver-

schiedene Optionen werden da diskutiert: die anfängliche Einstufung in die Entgeltgruppe 14 oder auch die Einbeziehung in die (auch bei ver.di separat geführten) Ärztetarife – auf der Facharztebene. Die PsychotherapeutInnen werden zwar – mangels Masse – keine öffentlichkeitswirksamen Aktionen wie der MB organisieren können. Dennoch: Die Interessenvertretung der PsychotherapeutInnen bei den Tarifgesprächen ist gesichert, soviel darf man der Bundesfachkommission PP/KJP von ver.di glauben. Allein: Die abschließenden Verhandlungen – ein-

schließlich Erprobungsregelungen – werden sich gewiss noch bis zum Ende des Jahres 2007 hinziehen.

(2) Würde der neu als **Ärztengewerkschaft auftretende Marburger Bund (MB)** eine bessere Vertretung für die **PsychotherapeutInnen darstellen als die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di?**

¹ vgl. auch die Ausführungen auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer Bayern (www.ptk-bayern.de => Aktuelles => Meldung vom 22.6. 2006)

Der MB versteht sich bis heute (siehe Satzung etc.) als Vertretung der angestellten Ärzte. Die gelegentlich in der Presse zitierten Überlegungen des MB-Vorsitzenden Montgomery, sich zur Gesundheitsgewerkschaft weiterzuentwickeln, die alle akademischen Gesundheitsberufe schlagkräftig vertritt, sind bislang das Einzige, was dazu bekannt wurde. Ernsthafte Überlegungen zur Satzungsänderungen, damit PsychotherapeutInnen beispielsweise überhaupt Mitglied im MB werden könnten, sind nicht bekannt geworden. Und auch wenn es dazu käme: Ob die PsychotherapeutInnen dann vom MB wirklich als fachärztäquivalent angesehen würden, bleibt noch eine offene Frage. Für Gespräche stehen die Kammern und die PsychotherapeutInnenverbände sicher zur Verfügung.

(3) Wann ist mit der tariflichen Gleichstellung mit Fachärzten zu rechnen?

Es gibt viele gute Argumente dafür, dass PP und KJP wie Fachärzte eingruppiert werden, insbesondere Ausbildungsumfang, Ausbildungsdauer, die fachliche Spezialisierung und die Verantwortung. Leider müssen wir aber zur Kenntnis nehmen: Es gibt kein Naturgesetz, dass alles so sein muss, wie es vernünftig ist. Die Ergebnisse von Tarifaueinandersetzungen hängen mit Machtfragen zusammen, mit öffentlichem Interesse und letztlich mit

Verhandlungsgeschick. Das konnte man bei den Tarifaueinandersetzungen der letzten Jahre (nicht nur im Gesundheitsbereich) sehen.² Und auch die Frage, wie viel Vehemenz ver.di an den Tag legt, um die berechtigten Forderungen der PP/KJP in den Tarifverhandlungen umzusetzen, hängt von der Position der PP/KJP unter den 2,3 Mio. ver.di Mitgliedern ab. Es sind leider immer noch sehr wenige KollegInnen gewerkschaftlich organisiert, das schwächt unsere Position Gleichwohl: Wir sind in bester Hoffnung, dass wir hier gute Ergebnisse erreichen, denn unsere Vertretung ist – mit „eigener“ Bundesfachkommission – außerordentlich günstig. Es bleibt aber eine ständige Herausforderung. Der vorgesehene Zeitplan wurde bereits oben erwähnt.

(4) und vielleicht noch eine vierte Frage: Wie sieht es denn mit den in der Presse und von der Ärzteschaft viel gepriesenen Verhandlungsergebnissen des MB aus? Waren die so viel besser als die bereits im TVöD vorgesehenen Ärztetarife?

Eine direkte Gegenüberstellung beider Tarifvertragswerke ist noch nicht wirklich möglich, da manche Details des MB-Vertrags noch gar nicht abschließend geklärt sind und auch im TVöD noch einige Punkte geregelt werden müssen. Um der im Grunde völlig unrealisti-

schen 30-%-Forderung im Ergebnis zumindest optisch möglichst nahe zu kommen, hat der MB das nach BAT noch geltende Weihnachtsgeld und Urlaubsgeld (im TVöD = Jahressonderzahlung) rechnerisch auf das Monatsgehalt umgelegt und auf das im TVöD bereits vereinbarte Leistungsentgelt, das die gekürzte Sonderzahlung kompensieren soll, ganz verzichtet. Die im TVöD vereinbarte Angleichung Ost hat er in seinem Vertrag mit einer zusätzlichen Beteiligung der Ärzte an der Zusatzversorgung in Höhe von 1,9 % erkaufte. Großzügige Zugeständnisse bei Arbeitszeit und Bereitschaftsdienst, Verzicht auf Gesundheitsschutz und betriebliche Mitbestimmung durch unterlassene Bindung der Regelungen an Dienst- und Betriebsvereinbarungen bis hin zum Verzicht auf eine tarifliche Regelung der Weiterbildung kennzeichnen das Vorgehen des MB. Wenn man allein die vom MB großzügig vereinbarte Arbeitszeitverlängerung von der 38,5-Stundenwoche des TVöD³ auf die vom MB vereinbarte 40 Stundenwoche umrechnet und die oben beschriebenen Tatsachen berücksichtigt, dann gibt es für Assistenzärzte, d.h. diejenigen, die mit sehr viel Energie die zahlreichen Streiks geleistet und dabei (mangels Streikkasse des MB) vielfach Einkommenseinbußen hingenommen haben, keine besonderen Einkommensunterschiede zum TVöD. So liegt das Monatsentgelt ei-

nes Assistenzarztes gegenüber dem mit ver.di abgeschlossenen Tarifvertrag gerade mal um 20,- € höher. Für einen leitenden Oberarzt kann der Unterschied hingegen bis 570,- € im Monat ausmachen. Besserstellungen wurden so gesehen tatsächlich für Oberärzte und insbesondere für Leitende Oberärzte erreicht. Also auch eine Entsolidarisierung innerhalb der Ärzteschaft. In welcher Form dieser Umstand die Diskussionen innerhalb des MB prägen wird, bleibt abzuwarten.

2 Während die Verhandlungen mit ver.di um eine neue Entgeltordnung erst beginnen, ist die ärztlichen Vergütungssystematik mit dem MB bereits abschließend neu geregelt.

3 Die im TVöD vereinbarte regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit betrug 39 Stunden beim Bund, 38,5 Stunden im Tarifgebiet der VKA-West und 40 Stunden im Tarifgebiet Ost. Der Tarifvertrag enthält eine Öffnungsklausel für abweichende Vereinbarungen auf Landesebene.

Heiner Vogel

Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
h.vogel@uni-wuerzburg.de

Aktuelles aus der Forschung

Detlef Bunk

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Familiäre Belastung und wiederholte Delinquenz

Seiffge-Krenke, I., Roth, M., von Irmer, J. (2006). *Die Prädiktoren von lebenslanger Delinquenz. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (3), 178-187.

Hauptsächliche Ursachen jugendtypischer Delinquenz sind temporäre Entwicklungsprobleme und Einflüsse der Peer-Gruppe. Wiederholte Straffälligkeit im Erwachsenenalter ist dann eher seltener. Dagegen beginnt die lebenszeitlich persistente Delinquenz bereits in der frühen Kindheit mit antisozialen Verhaltensweisen. Kennzeichnend sind situative Stabilität und ein höheres Straffälligkeitsrisiko. Hier finden sich in der Vorgeschichte oft ungünstige familiäre Entwicklungsbedingungen mit psychosozialen Belastungen und Folgestörungen der Persönlichkeitsentwicklung.

Ziel der Studie war es u.a., die prädiktive Bedeutung von Familienklima, familiären Belastungen und Delinquenz im Kindes- und Jugendalter sowie die Bedeutung von Persönlichkeitsvariablen und Konfliktbewältigungsstilen an zwei Gruppen von Straftätern mit je kurzer und längerer Haftstrafe zu untersuchen. Bei Straftätern mit längerer Haftdauer wird eine persistierende Delinquenz angenommen, da zur Bemes-

sung der Haftdauer auch der Umfang der Vorstrafen von Bedeutung ist.

An der Untersuchung nahmen insgesamt 241 männliche Strafgefangene teil (Durchschnittsalter von knapp 30 Jahren). Die Haftstrafen variierten zwischen einem Monat und 15 Jahren. Sie betrafen Eigentumsdelikte, Delikte im Straßenverkehr, Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz und schwere interpersonelle Gewaltdelikte bis hin zu Mord.

Untersucht wurden zwei Extremgruppen mit einer Haftdauer von unter einem Jahr und von über vier Jahren. Mit Fragebögen erfasst wurden soziodemografische Daten, erlebtes Familienklima in Kindheit und Jugend, die aversive familiäre Belastung, Persönlichkeitsmerkmale und Bewältigungsstile.

Die Ergebnisse zeigen, dass lang inhaftierte Straftäter mit persistierender Delinquenz häufiger außerhalb des eigenen Elternhauses aufwuchsen und ihre Väter öfter straffällig waren. Lang Inhaftierte zeigen häufiger Rückzugsverhalten mit Enttäuschung, Verärgerung und impulsiven Affektdurchbrüchen. Hinsichtlich ihrer Jugenddelinquenz unterschieden sie sich nicht von kurz Inhaf-

tierten. Aversiv verarbeitete familiäre Belastungen in der Kindheit und ein höheres Lebensalter waren Prädiktoren langer Haftstrafen.

Die Autoren sehen in den beiden Gruppen von lang und kurz inhaftierten Straftätern Verlaufsformen unterschiedlich schwerer persistierender Delinquenz. Bei hoher familiärer Belastung verfestigt sich mit zunehmendem Alter der delinquente Lebensstil. Das Risiko straffälligen Verhaltens steigt und führt zu längeren Haftstrafen.

Kommentar: Wie auch die Autoren selbst einräumen, schmälert die ausschließliche

Verwendung von Selbstbeurteilungsskalen die Aussagekraft der Ergebnisse. Will man unterschiedliche Ätiologien oder auch nosologische Einheiten unterscheiden, sollte eine objektive klinisch-diagnostische Befunderhebung nicht fehlen. Zwar konnte die explorative Studie die Frage nach zwei unterschiedlichen Delinquenzentwicklungen nicht eindeutig beantworten, doch zeigt sie für die Praxis der Straftäterbegutachtung, dass zur Stellung der Kriminalitätsprognose in Einzelfall Risiko und Ausmaß der Verfestigung eines delinquenten Lebensstils sorgfältig klinisch-anamnestic abzusätzen und zu begründen sind.

Behandlungsfeedback im stationären VT-Setting – effektiv, aber Akzeptanz berücksichtigen

Berking, M., Orth, U., Lutz, W. (2006). *Wie effektiv sind systematische Rückmeldungen des Therapieverlaufs an den Therapeuten? Eine empirische Studie in einem stationär-verhaltenstherapeutischen Setting. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), 21-29.

Untersuchungen systematischer Rückmeldung von Parametern

des psychotherapeutischen Behandlungsverlaufs an den Therapeuten zeigen, dass die Wirkung der Behandlung gesteigert werden kann. Bei besonders problematischen Patienten ließ sich durch Behandlungsfeedback der Anteil von Verschlechterungen des psychopathologischen Zustandsbildes von ca. 23% auf ca. 6% reduzieren. Gleichzeitig stieg der Anteil von klinisch-signifikant verbesserten

Patienten von 16% auf 26%. Im klinischen Alltag steht allerdings dem eindrucksvollen Potenzial des Psychotherapiefeedbacks ein nicht zu unterschätzender Aufwand klinischer Messverfahren im Weg.

Die empirische Absicherung psychotherapeutischer Feedbacksysteme erfolgte bisher hauptsächlich in ambulanten Behandlungssettings. Studien über den Effekt psychotherapeutischer Feedbacksysteme im stationären Alltag der Regelversorgung gibt es bisher nicht.

Um Effekte eines Psychotherapiefeedbacks auf stationär behandelte Patienten zu prüfen, wurden 118 konsekutiv stationär aufgenommene Patienten im Rahmen einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung zufällig einer Feedback-Bedingung oder einer Non-Feedback-Bedingung zugeteilt. Die nach ICD-10 diagnostizierten etwa zu gleichen Teilen männlichen und weiblichen Patienten im Durchschnittsalter von etwas mehr als 49 Jahren litten an Depressionen, Angst- und Anpassungsstörungen.

Die Patienten bearbeiteten am Aufnahmetag, zwei Tage später und ab dann wöchentlich den Fragebogen zur psychischen Beeinträchtigung (FEP). Am Ende der stationären Behandlung beurteilte der Patient mit dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) die Erreichung der Behandlungsziele. Der Therapeut bestimmte Schweregrad und Änderungen des klinischen Patientenbildes anhand der Clinical-Global-Improvement-Scale (CGI).

In der Feedback-Bedingung wurden dem Therapeuten

standardisiert Wohlbefinden, die Symptombelastung und das psychosoziale Funktionsniveau des Patienten mitgeteilt. Auf eine Bewertung problematischer Verlaufskategorien wurde verzichtet, auch wurde keine Rückmeldung in Form sogenannter „Flaggen“ gegeben. Der Patient erhielt keine systematische Rückmeldung.

In allen Therapieerfolgsmaßen war unter der Feedback-Bedingung gegenüber der Patienten der Kontrollgruppe eine signifikant höhere Besserungsrate festzustellen. Die Effektivität einer stationär-verhaltenstherapeutischen Behandlung kann somit durch eine auf die Kernvariablen des klinischen Zustandsbildes des Patienten reduzierte Rückmeldung an den Psychotherapeuten erhöht werden. Ein Effekt auf die Dauer der stationären Behandlung ließ sich nicht feststellen, da diese bei einer Rehabilitationsmaßnahme im Vorfeld durch den Kostenträger mitbestimmt und i.d.R. ausgenutzt wird. Innerhalb der untersuchten Gesamtgruppe konnte kein Zusammenhang zwischen Beeinträchtigungsschwere, psychopathologischer Symptomatik und Effektivität des Feedbacks nachgewiesen werden. Die Annahme, dass der Feedback-Effekt von der Beeinträchtigungsschwere des Patienten abhängt, wird nicht gestützt. Im ambulanten Setting wurde dieser Zusammenhang allerdings beobachtet.

Kommentar: Die Untersuchung repliziert im stationären Behandlungssetting die bereits bei ambulanten Therapien nachgewiesene Wirkung von systematischen interkurrenten Rückmeldungen psychotherapeutischer Behandlungsergebnisse an den Therapeuten. Zu-

mindest für den Bereich der verhaltenstherapeutischen Behandlungsformen können diese Effekte mittlerweile als gesichert gelten. Es bleibt hier allerdings die Frage offen, ob der durch die Feedback-Bedingungen erzeugte Therapieerfolg auch nach Entlassung aus der stationären Behandlung über einen längeren Zeitraum stabil bleibt. Dazu sind Nachuntersuchungen mit längeren Katamnesezeiträumen erforderlich. Zu den spezifischen Wirkfaktoren des Feedbacks macht die Studie leider keine Aussage. Hier erfordern die Fragen, in welchem Setting, bei welchen Patienten und bei welchen Therapeuten Feedback besonders effektiv ist, metho-

disch komplexerer Untersuchungsdesigns.

Die Anwendung von Feedbacksystemen ist nicht nur zeitlich und materiell aufwendig. Sie erfordert vom Therapeuten auch Flexibilität im therapeutischen Verhalten mit der Abkehr vom gewohnten und erlernten Prozedere. Die Autoren beobachteten, dass die Feedback-Maßnahmen sowohl von Patienten als auch von Psychotherapeuten nicht immer akzeptiert wurden. Dies ist für die klinische Prim Gesundheitswesen zu beachten, wenn Versorgungsformen mit Feedbacksystemen zur Qualitätsverbesserung im gesetzlich geregelten Gesundheitswesen etabliert werden sollen.

Je gezielter, desto effektiver – Depressionsprävention im Kindes- und Jugendalter

Horowitz, J., Garber, J. (2006). Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74 (3), 401-415.

Bereits im vorpubertären Alter lassen sich klinisch manifeste depressive Störungen bei 1% – 2% der Kinder beobachten. Im Altersabschnitt bis 18 Jahren steigt die Streckenprävalenz auf 3% bis 8%.

In einer aktuellen Metaanalyse wurden die Effektstärken von 30 empirischen Studien zur Wirkung verschiedener Präventionsprogramme ausgewertet. Kriterien der Studienauswahl waren: Zielgruppe Kinder und Jugendliche (< 21 Jahre) unter Einbeziehung depressiver Symptombereiche, Studien-Design mit Experimental- und Kontrollgruppe und Zufallszuordnung der Teilnehmer.

Präventionsprogramme lassen sich in drei Kategorien einteilen:

Universelle Programme richten sich an eine größere nicht näher spezifizierte Gruppe und fokussieren auf die allgemeine Verbesserung kognitiver, emotionaler und sozialer Verhaltens- und Bewältigungskompetenzen bei persönlichen Problemlagen.

Selektive Präventionsprogramme richten sich mit ähnlichen Übungs- und Informationsmaßnahmen an spezielle Risikogruppen mit familiären und sozialen Belastungsfaktoren.

Indizierte Programme fokussieren auf Kinder- und Jugendliche, die bereits subklinische Symptome depressiver Entwicklungsstörungen zeigen.

Gruppiert nach Messzeitpunkt und Interventionstyp und korrelativ zu Alter, Geschlecht, Anzahl der Sitzungen und Länge des Follow-up wurden die Effektstärken der 30 Studien auf Signifikanz geprüft.

Im Durchschnitt war die Effektstärke aller Programme leicht positiv. Nur wenige Programme zeigten zu verschiedenen Messzeitpunkten negative Effekte. Unterteilt nach Interventionstypen zeigen universelle Programme geringere Effektstärken der Indikatorvariablen als selektive und indizierte Programme.

Indizierte Präventionsmaßnahmen waren bei Kindern und Jugendlichen mit subklinischen bzw. klinisch relevanten depressiven Störungen am wirksamsten. Weiterhin zeigte sich, dass Mädchen von den Programmen mehr profitieren als Jungen und Präventionsmaßnahmen in den höheren Altersgruppen scheinbar effektiver waren. Der Alterseffekt verschwand allerdings, wenn man die Studien an jungen Studenten aus der Auswertung herausnahm. Die Effektstärke eines Programms zum gemessenen Nachuntersuchungszeitpunkt war unabhängig vom zeitlichen Abstand der Nachuntersuchung. Eine Beziehung zwischen Anzahl der Sitzungen und Effektindikatoren unmittelbar nach Abschluss des Programms war nicht feststellbar.

Selektive Programme zur Prävention depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter zeigen den größten Kurzzeit- und Langzeiteffekt. Sie wirken nachhaltiger bei einer bereits belasteten Risikogruppe. Gesunde Kinder mit familiären und sozialen Risiken können

von universellen und selektiven Präventionsprogrammen in ähnlicher Weise profitieren.

Kommentar: Langzeit- und Kurzzeiteffekt von Präventionsmaßnahmen depressiver Störungen und Entwicklungsrisiken im Kindes- und Jugendalter sind abhängig von der Wechselwirkung spezifischer Maßnahmen und spezieller Belastungsformen der Zielgruppe. Beabsichtigt man präventive Maßnahmen für bestimmte Störungsbilder und Entwicklungsrisiken durchzuführen, so sind entsprechende Risikogruppen gezielt auszuwählen. Breit angelegte Präventionsmaßnahmen erfassen in der Regel einen großen Anteil gesunder, gut angepasster Probanden, die bereits über effektive Coping-Strategien für persönliche Probleme verfügen und nur geringen Nutzen aus der Maßnahme ziehen. Speziell an Kinder und Jugendliche mit hoher Risikobelastung und einem Verhaltens- und Symptommuster im psychopathologischen Grenzbereich gerichtete Programme können bereits unter therapeutischem Blickwinkel gesehen werden. Bei solchen Maßnahmen ist dann darauf zu achten, psychotherapiebedürftige Kinder und Jugendliche rechtzeitig zu erkennen und geeigneten Behandlungsmaßnahmen zuzuweisen. Zur Prävention einer Aggravation depressiver Störungen hätten derart gezielt angewendete Programme dann ihren Zweck erfüllt.

Für die Praxis folgt daraus, bei Planung und Auswahl präventiver Maßnahmen Ziele und Zielgruppen genau zu definieren und die Ergebnisse der Programme in angemessenen Nachuntersuchungszeiträumen zu überprüfen.

Dosiseffekt posttraumatischer Belastungsstörungen im Kindesalter?

Neuner, F., Schauer, E., Catani, C. et al. (2006). *Post-tsunami Stress: A Study of Posttraumatic Stress Disorder in Children Living in Three Severely Affected Regions in Sri Lanka*. *Journal of Traumatic Stress*, 19 (3), 339-347.

Die weitaus überwiegende Anzahl der Opfer von Naturkatastrophen lebt in Entwicklungsländern, was die Folgen der Flutwelle (Tsunami) Ende Dezember 2004 im Indischen Ozean verdeutlicht. Im Gegensatz dazu stammen die Forschungsergebnisse zu Trauma-Folgestörungen hauptsächlich aus Untersuchungen verschiedener Traumatisierungsszenarien in Industrieländern. Beziehen sich fast alle Befunde auf Erwachsene, so liegen seit den Untersuchungen von Keilson kaum Studien vor, die die kindliche Traumareaktion und ihre Bedeutung für die weitere Entwicklung zum Gegenstand haben.

Die Studie fragt, ob bei Kindern Art und Anzahl vorausgegangener traumatischer Erlebnisse das Entstehungsrisiko posttraumatischer Belastungsstörungen nach weiterer Traumatisierung durch die Tsunami-Katastrophe erhöhen (Dosis-effekt) oder sogar senken kann (Desensibilisierung).

Sri Lanka ist eines der Gebiete, die von der Flutwelle im Dezember 2004 betroffen war. Gleichzeitig war die Bevölkerung einiger Landesteile zuvor durch einen Bürgerkrieg belastet. Da es in Kriegsgebieten mit höherer Wahrscheinlichkeit zu traumatisierenden Ereignissen kommt als in friedlicheren Lan-

desteilen, konnte man für die Studie drei vom Tsunami betroffene Gebiete herausgreifen, die unterschiedlich stark durch den Bürgerkrieg des Landes betroffen waren.

In diesen drei Gebieten wurden insgesamt 264 Kinder strukturiert interviewt. Ermittelt wurde der PTSD-Reaktion-Index (PTSD-RI). Zusätzlich wurden Art und Häufigkeit des Erlebens vorausgegangener traumatischer Ereignisse erfasst.

Fast alle Kinder berichteten über mindestens ein traumatisch verarbeitetes Erlebnis in ihrem Leben. Bei 171 Kindern betraf dieses Erlebnis die Flutwellenkatastrophe. Von vorausgegangenen schweren kriegs-traumatischen Erfahrungen berichteten 59 Kinder. Bei 5% bis 9% aller Kinder fanden sich unabhängig von den Tsunami-Ereignissen Anzeichen psychotraumatischer Folgestörungen. 39% der Kinder mit Tsunami-Erfahrungen litten nach DSM-IV-Kriterien an posttraumatische Belastungsstörungen.

Das Ausmaß der nach dem Flut-Erleben feststellbaren PTSD-Symptomatik war abhängig von der Intensität der aversiven Erfahrung mit dem subjektiv bedeutsamsten traumatischen Ereignis, dem Verlust von Angehörigen, der objektiven Schwere der eigenen Betroffenheit durch die aktuellen Flutereignisse und der Anzahl vorausgegangener traumatischer Erlebnisse. Ein Dosis-effekt vorausgegangener Traumatisierungen ließ sich somit nachweisen. Bedeutsamer als die Anzahl feststellbarer Traumatisierungserfahrungen sind für

die akute PTSD das individuelle aversive Erleben eines Einzelereignisses und der Verlust von Familienangehörigen.

Kommentar: Die Untersuchung prüft nicht, in wieweit bereits vor der Flutkatastrophe

durch Kriegserlebnisse traumatisierte Kinder behandelt worden sind und ob davon eine Bedeutung für die aktuelle Symptomatik ausgeht. In epidemiologischen Feldstudien sollten solche Daten Beachtung finden. Ein Dosisseffekt

traumatisierender Ereignisse für die Entwicklung späterer posttraumatischer Belastungsstörungen lässt sich bei Kindern zwar feststellen. Doch sind Beziehungsverlust und Ausmaß der emotionalen Betroffenheit und Verletzung durch ein trau-

matisches Erlebnis, unabhängig vom Zeitpunkt in der Vorgeschichte einer sequenziellen Traumatisierung, entscheidend für das aktuelle Belastungsleben und damit auch für die Behandlung psychischer Folgestörungen.

PTSD – hohe Rate bei Asylbewerbern

Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M. et al. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), 12-20.

Im Asylantragsverfahren sind die Entscheider mit juristischem oder anderen verwaltungsrechtlichen Hintergrund auch gehalten, Krankheitsanzeichen zu erkennen und bei der Antragsbeurteilung zu berücksichtigen. Die Prävalenzen posttraumatischer Belastungsstörungen bei Flüchtlingen – unabhängig von ihrem Asylbewerberstatus – liegen in den europäischen Ländern zwischen 18% und 38%. Speziell für die Untergruppe der Asylbewerber liegen aber dazu keine gesicherten Daten vor.

Die Untersuchung fragt einerseits nach der PTSD-Prävalenz bei Asylbewerbern, andererseits, ob Einzelentscheider mit Hilfe eines Screening-Instruments bei der Erstbefragung Anzeichen einer PTSD sicher feststellen können.

Über das Bundesamt zur Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFI) wurden 16 bundesweit tätige Einzelentscheider für die Studie benannt. Im Rahmen des üblichen Antragsverfahrens wurden 76 Erstantragstellern unterschiedlicher Nationalität die Items der posttraumatic-stress-diagnostic-scale (PDS) mündlich durch einen Dolmetscher vorgegeben. In Unkenntnis der später erfolgten PDS-Auswertung glaubten die Entscheider unmittelbar nach dem Antragsgespräch in 0% und 10% der Fälle Anzeichen einer PTSD erkannt zu haben.

Einige Wochen danach wurden dieselben Bewerber von geschulten Psychologen mit dem PTSD-Modul des „Munich-Composite International Diagnostic Interview, M-CIDI“ nachbefragt. Eine PTSD-Diagnose nach DSM-IV fand sich in 40% der Fälle. Nach der PDS aus der Erstbefragung während des Antragsgesprächs ergab sich eine PTSD-Prävalenz von 60%. Die diagnostische Übereinstimmung zwischen M-CIDI und PDS lag bei 50%, war also zufällig.

Kommentar: Die Anwendung von Screening-Instrumenten wie der PDS zur Feststellung psychischer Störungen durch Nichtfachleute in der üblichen Befragungspraxis des Asylbewerberverfahrens ermöglicht keine halbwegs zuverlässige klinische Beurteilung.

Äußerst kritisch ist eine Befragung der Betroffenen mit frei durch Dolmetscher übersetzten Fragebogeninhalten wie hier mit der PDS. Verfälschungen und Missverständnissen werden Tür und Tor geöffnet. Screening-Fragebögen müssen in einer dem jeweiligen Kulturkreis angepassten und geprüften Übersetzung vorgegeben werden. Wenn die Autoren das bedacht hätten, wären die Ergebnisse der Studie möglicherweise anders ausgefallen.

Die Nachuntersuchung mit dem M-CIDI berücksichtigte nur die PTSD-Diagnose, die immerhin bei 40% der Asylbewerber manifest war. Auf die Möglichkeit der Differenzialdiagnose anderer psychischer Störungen wurde verzichtet. Sie können als krankheitswertige komorbide Psychopathologie

auftreten, ohne dass bereits nach engen diagnostischen Kriterien eine Posttraumatische Belastungsstörung vorliegt. Auch das sollten zukünftige Studien in diesem Bereich berücksichtigen. Unabhängig davon ist dem Fazit der Autoren zuzustimmen:

Sehr wahrscheinlich leidet die Hälfte der Asylbewerber an klinisch auffälligen psychischen Störungen und Erkrankungen, dabei weitaus häufiger an Posttraumatischen Belastungsstörungen als bisher angenommen wurde.

**Dr. phil. Detlef Bunk,
PP, KJP**

Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211-522 847-29
Fax: 0211-522 847-59
d.bunk@ptk-nrw.de

Buchrezension

Nissen, G., Csef, H., Berner, W. & Badura, F.(Hrsg.) (2005). Sexualstörungen. Ursachen Diagnose Therapie. Darmstadt: Steinkopff. 198 Seiten.

Lothar Wittmann

Wenn sich Leser fragen, ob dieser Tagungsband von knapp 200 Seiten, der als solcher allerdings nicht ausgewiesen ist, sein Geld wert ist – angesichts vieler ähnlich lautender Titel auf dem Markt –, so ist zuerst auf die primäre Zielgruppe hinzuweisen. Hier sind Vorträge einer Tagung des Psychotherapeutischen Kollegs in Würzburg von medizinischen Autoren (mit nur einer Ausnahme) für Ärzte zusammengestellt. Der aktuelle Forschungsstand zu Sexualstörungen samt Behandlungsmöglichkeiten wird dargelegt.

Das düstere Titelbild von Munch zeigt schon, dass hier mehr von Leid als von Liebe die Rede ist. Angesichts des Wandels sozialer und kultureller Bewertungen der Sexualität und der Erscheinungsbilder von Sexualstörungen, aber auch angesichts der großen Zahl leidender Menschen sollen Ärzte ermutigt werden, ihre Patienten auf sexuelle Probleme anzusprechen. Mehr Ärzte sollen die sexualtherapeutischen Voraussetzungen erwerben, um ihren Patienten helfen zu können. PP und KJP könnten das Bändchen vorschnell zu Seite legen, da sie sich nicht gemeint fühlen müssen und dabei (wieder einmal?) übersehen, dass die Sexualtherapie zwar ein Bereich

ist, in dem viele psychologische Forscher Bedeutendes leisten, dass es mit der Dissemination dieses Wissens in die Profession hinein und mit der Verbreitung der therapeutischen Kompetenzen allerdings wesentlich schlechter aussieht.

Eine genauere Inspektion würde dann doch zeigen, dass das Lesen lohnt, denn nicht nur der „state of the art“ ist sachkundig und leserlich dargestellt, auch kontroverse Themen werden aktuell aufgegriffen. Hier muss den Leser psychologischer Herkunft vor allem die sexualwissenschaftliche Variante des bio-psychozialen Krankheitsverständnisses interessieren. In keinem Gebiet der Psychotherapie sonst ist – für ein nur oberflächliches Verständnis – in den letzten Jahren ein derartiger somatozentrierter „roll back“ vonstatten gegangen. Den psychologischen Leser mag der Paradigmenwandel der öffentlichen Meinung von Masters und Johnson zu Viagra schrecken, er ist aber auch gefordert, mit dem eigenen bio-psychozialen Verständnis von psychischen Erkrankungen Ernst zu machen. Dann wird er nicht umhin können anzuerkennen, dass unsere Disziplin insgesamt mit einem verblässenden Psychizismus und Environmentalismus zu tun hat und

„biologischer“ wird. Viele Psychoanalytiker erleben dies als Chance zur Rekonzeptualisierung und Revitalisierung der Freudschen „roots“, viele Verhaltenstherapeuten sind von moderner Psychophysiologie und Neuroforschung fasziniert. Dass man dabei nicht um die Eigenständigkeit von psychotherapeutischer Wissenschaft fürchten muss, zeigt im Buch exemplarisch der Artikel von **Hartmann** (Medizinische Hochschule Hannover) über neurobiologische Aspekte sexueller Funktionsstörungen. Er beschreibt die involvierten Hirnareale und ihre Beziehung zu Lust, Hemmung und Bindung. Unter dem Stichwort der neurochemischen und neuroendokrinen Steuerung von Sexualverhalten über Prolaktin und Oxytocin werden Mechanismen von sexueller Appetenz und Sättigung und der „Anti-Stress-Schaltkreis“ des „Protektionssystems“ erläutert. Konsequenzen für die Therapie unter den Bedingungen der Neuroplastizität werden dargestellt und ein ermutigender Ausblick gefunden: ZNS-basierte Therapien werden so selbstverständlich werden wie PDE5-Hemmer heute. Wirksame Therapien werden sich nach dem Fokus der Behandlung unterscheiden lassen (primär somatisch oder primär über psychologische Mechanismen), sie werden

aber in einheitlichen Theoriezusammenhängen verstehbar sein. „Sexualtherapie der zweiten Generation“ auf dem Boden neurowissenschaftlicher Erkenntnisse muss also keinen Abwehrreflex in der Zunft mobilisieren sondern sollte mit Interesse und Neugier aufgenommen werden.

Die einzelnen Artikel des Bändchens sind – wie bei einem Tagungsband nicht anders zu erwarten – von unterschiedlicher Qualität und unterschiedlicher Lesbarkeit. Mag sich der sexualwissenschaftlich kundige und in den ideologischen Schlachten der letzten Jahrzehnte gestählte Leser an **Berners** (Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf) evolutionsbiologischem Schwerpunkt im Artikel über den Wandel der Phänomenologie stören, zusammenfassend und prägnant informiert wird er gleichwohl. So mag man auch **Nissens** (Universitätsklinikum Würzburg) entwicklungspsychologisches Schema im Kapitel über die psychosexuelle Entwicklung erklärungsbedürftig finden, erhält aber einen leserlichen Überblick über die traditionellen und die aktuellen kinder- und jugendpsychiatrischen Sichtweisen. Spezifischere Aspekte von Sexualstörungen über die Lebensspanne verfolgen **Trott** (Psychotherapeutisches Kolleg

Würzburg, Kap. 4) zu Missbrauch, **Csef** (Universitätsklinikum Würzburg) zu männlichen Sexualstörungen (Kap. 6) und zu Eifersucht und Untreue (Kap. 8.), **Rüffer-Hesse** (Medizinische Hochschule Hannover) zu weiblichen Sexualstörungen (Kap. 7), **Kreische** (Göttingen) zu Sexualstörungen im Paar-kontext (Kap. 5), **Schweizer-Arau** (Dießen) zu Fertilitätsproblemen (Kap. 9).

Therapie steht im Mittelpunkt der Darstellung von **Kluss-**

mann (Universitätsklinikum LMU München) zu psychodynamischen Ansätzen (Kap. 10), von **Linden** (Universitätsklinikum Charité Berlin) zur Verhaltenstherapie (Kap. 11), **Streng** (Universitätsklinikum Kiel) zu sexuellen Traumata (Kap. 12). **Bonfig** (Universitätsklinikum Würzburg) zur Pharmakotherapie der erektilen Dysfunktion (Kap. 13).

Eine Übersicht über die aktuell diskutierten Aspekte bei Paraphilien gibt **Kockott** (Univer-

sitätsklinikum München, Kap. 14).

Im Schlusskapitel stellt **Krupinski** (Universitätsklinikum Würzburg) die forensischen Aspekte sexueller Störungen dar.

Alles in allem eine übersichtliche und lesenswerte Darstellung – nicht nur für Ärzte. Noch gehaltvoller könnte die Lektüre sein, wenn der rote Faden über alle Beiträge hinweg klarer wäre, denn „ärztli-

che Psychotherapie“ bei Sexualstörungen ist in diesem multidisziplinären Kontext als Ordnungsprinzip – medizinisch ausgedrückt – insuffizient.

Dr. Lothar Wittmann

Psychotherapeutenkammer
Niedersachsen
Roscherstr. 12
30161 Hannover
wittmann-otterndorf@t-online.de

Siebenhüner, G. (2005). Frieda Fromm-Reichmann. Pionierin der analytisch orientierten Psychotherapie von Psychosen. Gießen: Psychosozial-Verlag. 342 Seiten.

Klaus Hölzer

Sehr zu Unrecht gibt es bisher nur wenig Literatur zu Frieda Fromm-Reichmann, dieser imponierenden Ärztin und Psychotherapeutin, deren Lebenswerk für Psychiatrie und Psychotherapie wegweisend wurde. Ihre Hauptleistungen liegen in der tiefenpsychologischen Schizophrenietherapie und in der Entwicklung entsprechender theoretischer Konzepte. Sie hielt Psychosekranken für übertragungsfähig, intuitiv, empathisch, einfühlsam und nonverbal-kommunikativ. Von der europäischen als auch von der amerikanischen Kultur geprägt, entdeckte sie neben der verhängnisvollen Rolle der „schizophrenen Mutter“ auch die Heilkräfte von Mütterlichkeit in der Psychotherapie.

Die Autorin der vorliegenden Biographie, Gerda Siebenhü-

ner, Dozentin und Psychotherapeutin aus Berlin, ist überzeugt, dass die aktuelle Diskussion um eine angemessene Psychose-therapie nicht darauf verzichten kann, die Pionierleistungen Frieda Fromm-Reichmanns auf dem Gebiet der psychoanalytischen Psychose-therapie zu würdigen.

Nach dem biographischen Teil legt Gerda Siebenhüner eine Analyse der Werke Frieda Fromm-Reichmanns und ein Porträt ihrer Mentoren vor, die ihre Lehren und Behandlungsmethoden wesentlich geprägt haben. Darin finden sich die Organismustheorie des Neurologen und Psychiaters Kurt Goldstein, die Psychoanalyse Sigmund Freuds, das Psychosomatik-Konzept Georg Groddeck und die interpersonale Theorie Harry Stack Sullivans.

Darauf aufbauend entwickelte Frieda Fromm-Reichmann ab 1935 in den USA ihre *Intensive Psychotherapie*, deren Erfolge großes Aufsehen in der Fachwelt erregten. Über den Bestseller *Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen*, (2000, Original 1964), brachte Joanne Greenberg (Künstlername Hannah Green) nach ihrer Heilung Frieda Fromm-Reichmanns Form der Psychose-therapie auch dem Laienpublikum nahe.

Wer sich mit dem Lebenswerk Frieda Fromm-Reichmanns auseinandersetzt, sieht sich unweigerlich mit der Aufgabe konfrontiert, die Geschichte der Psychotherapie von Psychosen Revue passieren zu lassen. Sie nahm in den letzten hundert Jahren einen wechselhaften und dramatischen Verlauf und

wurde bisher noch von keinem Autor zusammenhängend aufgezeichnet. Ohne dieses Desiderat einlösen zu wollen, berichtet Siebenhüner sachlich, erhellend und verständlich über die geschichtlichen Entwicklungen, die von Fromm-Reichmanns innovativer Praxis und Theorie der Psychotherapie zur Rezeption ihrer Gedanken durch ihre Schüler führte. Im nächsten Schritt beleuchtet die Autorin, wie heute noch sehr unterschiedliche Therapieformen auf den Vorarbeiten Fromm-Reichmanns aufbauen.

Wer mehr über die *schizophrenen Mutter*, diesen umstrittenen Begriff Fromm-Reichmanns und ihre *Haltung der Mütterlichkeit*, die sie zu ihren psychotischen Patienten einnahm, erfahren möchte

und wie man in Fachkreisen heute diese Konstrukte bewertet, wer sich für den Kampf zwischen „Biologen“ und Psychoanalytikern aus den 70er und 80er Jahren interessiert, der wird in der vorliegenden Biographie einer anregenden Diskussion folgen können.

In einer kritischen Würdigung wird nicht nur gefragt, wen Frieda Fromm-Reichmann mit ihren Vorarbeiten inspiriert hat und welchen ihrer Erkenntnisse ein bleibender Wert zukommt, sondern auch welche ihrer Defizite aus heutiger Sicht erkennbar werden. Dazu stellt Siebenhüner interessante Verbindungen her zwischen den Theorien, die implizit in den

Schriften Fromm-Reichmanns enthalten sind und wissenschaftlichen Theorien, die noch heute relevant sind. Insbesondere erörtert sie in diesem Zusammenhang gut verständlich die phänomenologische Beschreibung der Schizophrenie, die kommunikationstheoretischen und sprachphilosophischen Aspekte schizophrener Kommunikation wie auch die Persönlichkeitsdefizite schizophrener Menschen.

Dabei zeigt es sich, dass Frieda Fromm-Reichmann ihren Schwerpunkt in der Praxis hatte und weniger in der Theorie, ein Aspekt, den das von Empirie und Effektivität geprägte angelsächsische Denken zu schät-

zen wusste. Wenn ihre besonderen Stärken, wie teilnehmende Beobachtung, interpersonelle Beziehung und Gewichtung der Therapeutenpersönlichkeit, tatsächlich für die emotional-geistige Entwicklung des Menschen so zentrale Faktoren sind, dann gebührt dieser tapferen und vorausblickenden Frau mehr Achtung, als ihr bisher zuteil wurde.

Siebenhüner macht deutlich, dass neuere Entwicklungen der Psychosentherapie, wie sie beispielsweise Frank Schwarz und Christian Maier in ihrem Lehrbuch *Psychotherapie der Psychosen* (2001) oder Yrjö O. Alanen in *Schizophrenie* (2001) darstellen, eine Synthese

von biologischen und psychotherapeutischen Ansätzen befrworten, gegen die Fromm-Reichmann wohl keine Einwände vorgebracht hätte.

Leben und Werk Frieda Fromm-Reichmanns werden in dieser neuen Biographie, von deren Lektüre neben Psychotherapeuten und Psychiatern auch interessierte Laien profitieren werden, umfassend gewürdigt.

Klaus Hölzer

Psychologischer Psychotherapeut
Obere Mühle 17
74906 Bad Rappenau
klaus.hoelzer@mogler.de

Kleine Anzeigen – mit großer Wirkung!

Der neue Kleinanzeigenmarkt im Psychotherapeutenjournal

Im Psychotherapeutenjournal findet der Psychotherapeut bisher neben Fachinformationen, Rechtsgrundlagen auch einen umfangreichen **privaten Stellenmarkt** und diverse **Kleinanzeigen**. Doch wo findet der Psychotherapeut die geeignete Klinik für seinen Patienten, Software, Versicherung, Büroeinrichtungen und Fort- und Weiterbildungsinstitute?

Ab 2007 im **Branchenverzeichnis** vom Psychotherapeutenjournal - schnell, übersichtlich und jederzeit zur Hand! Aus diesem Grund haben wir unseren Kleinanzeigenmarkt neu gestaltet, damit unsere Leser noch mehr NUTZEN haben. Lassen Sie sich überzeugen und fordern Sie unsere ausführlichen Mediadaten an!

Außerdem heißt es beim Psychotherapeutenjournal – **Online buchen und Geld sparen!** Denn unter <http://www.ptv-anzeigen.de> können Sie Ihren Anzeigenauftrag ausfüllen und an uns senden. Hier sehen Sie auch gleich, wie Ihre Anzeige erscheint. Natürlich können Sie uns auch weiterhin Ihren Anzeigenauftrag per Fax übermitteln und wir erstellen Ihre Anzeige. Allerdings müssen wir Ihnen die anfallenden Bearbeitungskosten von € 10,- in Rechnung stellen.

Sie haben Fragen? Ihre Mediaberatung hilft Ihnen gerne weiter:

Claudia Kampmann-Schröder

Tel.: 06221/43 70 42, Fax: 06221/43 71 09
Mail: anzeigen@psychotherapeutenjournal.de

9. Deutscher Psychotherapeutentag – Innovation mit mehr Augenmaß gefordert

Am 18. November 2006 tagte der 9. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) in Köln. Die seit Längerem geführte Satzungsdiskussion konnte weitestgehend abgeschlossen werden. Einzig noch offener Punkt ist die Repräsentanz der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) auf Bundesebene. Themen waren darüber hinaus das Anerkennungsverfahren zur Gesprächspsychotherapie beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und die Weiterentwicklung der Musterfortbildungsordnung. Der 9. DPT diskutierte zudem intensiv das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Die Delegierten vermissten den Mut für eine tragfähige Reform auf der Einnahmenseite und fordern die Politik auf, die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems mit mehr Augenmaß zu reformieren.

Sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie

Der 9. DPT fand im Vorfeld der Entscheidung des Beschlussgremiums des G-BA zur Gesprächspsychotherapie am 21. November 2006 statt. Die Delegierten setzten sich mit der Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) zur Beschlussempfehlung des Unterausschusses Psychotherapie zum Anerkennungsverfahren für die Gesprächspsychotherapie auseinander.

Darin hatte die BPTK die Arbeit des G-BA kritisiert. Der G-BA prüfe z. B. auf der Basis einer engen Definition der „klassischen“ Gesprächspsychotherapie. Er lasse dabei Weiterentwicklungen außen vor, die Grundlage der Anerkennung der Gesprächspsychotherapie durch den Wissenschaftlichen Beirat (WBP) waren. Da Basis der Antragstellung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Definition

der Gesprächspsychotherapie durch den WBP war, entstehen damit neben inhaltlichen auch formale Probleme.

Die Einbeziehung und Bewertung von Studien durch den G-BA werfe weitere Fragen auf. Die BPTK legt in ihrer Stellungnahme dar, dass mehrere geeignete Studien zur Gesprächspsychotherapie aus unbekanntem Gründen nicht beachtet wurden.



Bericht des Vorstandes der BPTK

Nicht nachvollziehbar für den BPTK-Vorstand und die Delegierten des 9. DPT war die Auffassung des Unterausschusses Psychotherapie beim G-BA, die Gesprächspsychotherapie habe die Anerkennungsvoraussetzungen der geltenden Psychotherapierichtlinie nicht erfüllt. Die Gesprächspsychotherapie sei durch den WBP anerkannt. Sie habe über Jahre hinweg die erfolgreiche Anwendung in der ambulanten Versorgung belegen können. Das Verfahren sei ausreichend definiert und abgegrenzt von anderen Verfahren. Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten und Weiterbildungsstätten für ärztliche Psychotherapeuten seien verfügbar. Damit seien die vier geltenden Zulassungskriterien erfüllt.

Zum Abschluss der Debatte verabschiedete der 9. DPT nahezu einstimmig eine Resolution, mit der er das Vorgehen des Vorstandes im Anerkennungsverfahren der

Gesprächspsychotherapie unterstützte. (Die Resolution finden Sie auf der Homepage der BPTK unter www.bptk.de)

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Die BPTK stellt in ihrer Stellungnahme zum GKV-WSG mit großer Sorge fest, dass mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz keine Lösung der Einnahmenprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung gefunden wurde. Die solidarische Absicherung des Krankheitsrisikos auf dem bisherigen Leistungsniveau erfordere aber langfristig stabile und vor allem ausreichende Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen. Insbesondere die weitgehende Abschaffung der bisherigen Finanzautonomie der Kassen und die verstärkte Kopplung der finanziellen Lage der GKV an politische Entscheidungen wurden kritisiert. Die aktuelle Diskussion um die Höhe des Bundeszuschusses zur GKV wird als Beleg dafür gewertet, dass eine größere politische Einflussnahme auf die Finanzierung des Gesundheitssystems auch in Deutschland wie in anderen europäischen Staaten in Unterfinanzierung münden könne.

Die Delegierten akzeptierten die politische Grundsatzentscheidung, sich angesichts knapper Ressourcen verstärkt um eine effiziente Verwendung der Mittel zu bemühen; zumal sich die Frage nach Wirksamkeit und Notwendigkeit im deutschen Gesundheitssystem angesichts der Finanzlage der GKV immer dringlicher stellt. Die Antwort auf diese Frage dürfe aber nicht so ausfallen, dass eine individuelle Gestaltung der Patienten-Therapeuten-Beziehung unmöglich werde. Es müsse ausreichend Raum bleiben für Patient und Therapeut,

den Patientenpräferenzen und -bedürfnissen bei der Gestaltung von Diagnostik und Therapie Rechnung zu tragen.

Grundlegende Strukturveränderungen

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz initiiert tief greifende Veränderungsprozesse. Finanzierung, Aufgaben und Struktur der gesetzlichen Krankenkassen werden verändert. Gleichzeitig erfolgt in Fortsetzung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes eine Neuorganisation der Anbieterstrukturen. Krankenhäuser werden in der ambulanten Versorgung tätig werden. Die Einzelpraxis als bisher gängigste Betriebsform niedergelassener Vertragspsychotherapeuten bekommt, z. B. durch medizinische Versorgungszentren, verstärkt Konkurrenz. Gleichzeitig setzt das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz für alle Leistungserbringer und Krankenkassen Anreize, sich verstärkt im Selektivvertragssystem zu engagieren. Ohne einen trennscharfen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wird es im Selektivvertragssystem jedoch bestenfalls einen Wettbewerb um gesunde Versicherte geben. Da die Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zum derzeitigen Zeitpunkt völlig offen ist, ist damit auch nicht klar, ob der Wettbewerb wirklich zu mehr Qualität und Effizienz, z. B. in der Versorgung psychisch kranker Menschen, führen kann.

Die Delegierten des 9. DPT waren sich darin einig, dass Umfang und Vielfältigkeit der Reformbemühungen der Regierung Gefahren für die Funktionsfähigkeit des Systems mit sich bringen.

Vergütungsreform

Die Regierung setzt bei der Vergütungsreform auf Pauschalierung und Vereinheitlichung. Die Delegierten des 9. DPT machten geltend, dass für den Bereich der Psychotherapie weiterhin die Einzelleistungsvergütung der adäquate Vergütungsansatz sei. Insbesondere forderten sie die Gesundheitspolitik auf, Regelungen zu treffen, die weiterhin garantieren, dass Psychotherapeuten eine angemessene Vergütung pro Zeiteinheit erhalten. Dies sei im derzeit vorliegenden Gesetzentwurf nicht gewährleistet. Die Delegierten begrüßten das Enga-

gement der BPTK an diesem Punkt und nahmen mit großer Zustimmung zur Kenntnis, dass alle Landespsychotherapeutenkammern sich in dieser Sache mit ihren Gesundheitsministerien in Verbindung gesetzt haben und die Verbände mit gleich lautenden Stellungnahmen bei der Politik vorstellig geworden sind. (Die Stellungnahme der BPTK und die Resolution des 9. DPT finden Sie auf der Homepage der BPTK unter www.bptk.de)

Psychotherapeutische Versorgung Vision 2015

Aufgrund der zunehmend stärkeren wettbewerblichen Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems, die die letzten vier Gesundheitsreformen prägte, erscheint es notwendig, gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern und den Berufs- und Fachverbänden eine Vision zur psychotherapeutischen Versorgung und zur gesellschaftlichen Bedeutung der Psychotherapie im Jahre 2015 zu erarbeiten. Basis des Diskussionprozesses soll ein Fragenkatalog sein, den die BPTK gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern und den Berufs- und Fachverbänden erarbeitet hat (siehe Kasten). Ziel ist es, auf dem 10. DPT diese Vision zu diskutieren und eine gemeinsame Vorstellung zur Zukunft der Psychotherapie zu entwickeln. (Weitere Informationen auf der BPTK-Homepage www.bptk.de)

Weiterentwicklung der Satzung der Bundespsychotherapeutenkammer

Die Delegiertenversammlung beschäftigte sich auf den letzten drei Psychotherapeutentagen mit der Satzung der BPTK. Einzelne Änderungen, z. B. bzgl. der Fristen sowie der Zusammensetzung und der Aufgaben des Finanzausschusses wurden auf dem 8. DPT in Frankfurt verabschiedet. Auf dem 9. DPT standen Änderungsanträge von Strukturkommission und Delegierten zum Länderrat, zu den Ausschüssen und zur Repräsentanz der PiA auf Bundesebene zur Diskussion.

Länderrat

Der Schwerpunkt der Debatte lag bei den Änderungsanträgen zum Länderrat. Die Strukturkommission schlug vor, dem Län-

Fragenkatalog „Vision 2015“

1. Welches Tätigkeitsprofil haben Psychotherapeuten?
 - Wie helfen Psychotherapeuten?
 - Wann und wem können Psychotherapeuten helfen?
 - Welchen Einfluss haben technische Innovationen?
 - In welchen institutionellen Kontexten und Versorgungsstrukturen arbeiten Psychotherapeuten?
 - Wie kooperieren Psychotherapeuten mit anderen Professionen?
 - Wie kooperieren Leistungserbringer und Kostenträger?
 - Welchem gesellschafts- und gesundheitspolitischen Selbstverständnis fühlen sich Profession und Kammern verpflichtet?
2. Welche Weichenstellungen sind heute notwendig?
 - Was muss ein qualifizierendes Studium vermitteln?
 - Wie müssen Aus-, Fort- und Weiterbildung gestaltet werden?
 - Welchen Beitrag muss die Forschung leisten?
 - Welche Aufgaben haben Landes-kammern und BPTK zu erfüllen?
 - Welche Aufgaben haben Berufs- und Fachverbände zu erfüllen?
 - Welche Rahmenbedingungen muss der Gesetzgeber schaffen?

derrat einen stärkeren Einfluss auf die Politik der BPTK einzuräumen. Beschlüsse des Länderrates sollten künftig den Vorstand binden können, sofern die Beschlüsse des Länderrates nicht in Widerspruch zu den Beschlüssen der Delegiertenversammlungen stehen. Die Strukturkommission erkannte an, dass eine enge Abstimmung zwischen Vorstand der BPTK und Länderrat eigentlich jetzt schon geübte Praxis sei. Die Anpassung der Satzung sei ein Konfliktlösungsmodell für einen möglichen Dissens zwischen den Landespsychotherapeutenkammern, die als Arbeitsgemeinschaft die BPTK und den Vorstand der BPTK tragen.

Delegierte des 9. DPTs betonten, dass der DPT die Grundlinien der Politik des Vorstandes der BPTK bestimme. Werde ein

anderes Gremium in die Lage versetzt, den Vorstand mit Beschlüssen zu binden, so bedeute dies eine Einschränkung des politischen Gestaltungsspielraums der Delegiertenversammlung. Außerdem könnten die im Länderrat vertretenen Präsidenten bestenfalls indirekt durch die Delegiertenversammlungen der jeweiligen Landesammern für problematische Beschlüsse zur Rechenschaft gezogen werden.

Vor dem Hintergrund dieser Diskussion lehnte der 9. DPT die Satzungsänderung zum Länderrat bis auf einige redaktionelle Anpassungen ab. Gleichzeitig sprach er sich dafür aus, dass die Ausschüsse der Delegiertenversammlung künftig verstärkt in die Arbeit des Vorstandes der BPTK einzubeziehen sind. (Die Satzung der BPTK in der am 18.11.2006 geänderten Fassung finden Sie auf der BPTK-Homepage www.bptk.de)

Psychotherapeuten in Ausbildung

Noch keine Lösung wurde für die Repräsentanz der PiA auf Bundesebene gefunden. Eine Vertreterin der PiA schilderte dem 9. DPT zunächst die schwierige ökonomische Situation der PiA. In der anschließenden Diskussion wurde deutlich, dass die einzelnen Psychotherapeutenkammern unterschiedliche Lösungen gefunden haben, um den Nachwuchs ausreichend zu informieren und in die Kammerarbeit mit einzubeziehen. In einzelnen Kammern können die PiAs Vollmitglied werden und erwerben das aktive und passive Wahlrecht.

In anderen Bundesländern setzt das Heilberufs- und Kammergesetz für die Einbeziehung der PiA in die Kammerarbeit enge Grenzen.

Der DPT entschloss sich, die Strukturkommission und den Länderrat zu bitten, bis zum 10. DPT eine Lösung für die Repräsentanz der PiA auf Bundesebene zu finden, die mit der unterschiedlichen Praxis auf Landesebene kompatibel ist.

Weiterentwicklung der Musterfortbildungsordnung

Die Fortbildungskommission schlug dem 9. DPT eine Anpassung der Musterfortbildungsordnung vor. Es ging ihr darum, die Musterfortbildungsordnung um Empfehlungen zur strukturierten interaktiven Fortbildung, z. B. durch Internet, CD-Rom, Printmedien mit Prüfungsfragen, zu erweitern. Intensiv diskutiert wurde, ob das jährlich erwerbende Punktevolumen für diese Art der Fortbildung limitiert werden sollte. Im Endergebnis war der 9. DPT sich darüber einig, dass es bei der bisherigen liberalen Orientierung bleiben soll und kein bestimmtes Punktzahlvolumen vorgegeben wird.

Weiterentwicklung der Musterweiterbildungsordnung

Die Weiterbildungskommission bat die Delegierten des 9. DPT um ein Votum zur weiteren Ausrichtung ihrer Arbeit. Zur Diskussion standen insbesondere die Regelungsbereiche Weiterbildung in Kinder und Jugendlichenpsychotherapie und in „Klinischer Somatopsychologie“. Wäh-

rend einige Delegierte sich ein zügiges Weiterarbeiten bei enger Einbeziehung der Berufs- und Fachverbände wünschten, plädierten andere dafür, den Prozess zu entschleunigen, um zunächst Grundsatzpositionen zu klären. Der 9. DPT beschloss, sich diesem Thema mit einem angemessenen Zeitkontingent auf dem nächsten Psychotherapeutentag zu widmen.

Haushalt 2007

Der 9. DPT verabschiedete einstimmig den Haushalt der BPTK für das Jahr 2007. Der Vorstand der BPTK hatte den Delegierten eindringlich dargelegt, dass bei der derzeitigen Ressourcenausstattung der Geschäftsstelle viele, eigentlich unverzichtbare Themenbereiche gar nicht oder nur symbolisch behandelt werden können. Insbesondere Vertreter der angestellten Psychotherapeuten machten darauf aufmerksam, dass die Themenbereiche Psychiatrie, Rehabilitation und Jugendhilfe zukünftig stärker behandelt werden müssten. Die vorgelegten Stellungnahmen der BPTK enthielten wichtige Anregungen für die Reform von Bundesgesetzen, darüber hinaus seien sie hilfreich für die Argumentation in den jeweiligen Institutionen. Die Arbeit der Geschäftsstelle in diesen Themenbereichen sei insoweit unverzichtbar und dürfte der Priorisierung nicht zum Opfer fallen, wobei deren Notwendigkeit aufgrund der derzeitigen Ressourcen unwidersprochen blieb. Damit kündigte sich für den 10. DPT eine Debatte um das Aufgabenprofil der BPTK und die für die Umsetzung der Aufgaben notwendigen finanziellen Mittel an.

BPTK-Newsletter 4/2006*)

- Vision 2015: Diskussion über die Entwicklung der Profession
- GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: Stand des Gesetzgebungsverfahrens und Position der BPTK
- Vertragsarztrechtsänderungsgesetz: Mehr Flexibilität und Kooperation
- Reform der Führungsaufsicht: Stellungnahme der BPTK
- Prävention: Überarbeitung der Kinderrichtlinien

- Gesundheitsbericht 2006: Psychische Erkrankungen gewinnen weiter an Bedeutung
- Europäische Gesundheitspolitik: Berufsanerkennungs- und Gesundheitsrichtlinie

BPTK-Focus

- G-BA: Bewertungsverfahren über die Gesprächspsychotherapie

BPTK-Inside

- BPTK-Workshop „Neue Versorgungsstrukturen“
- Kongressberichte: Beiträge der BPTK auf den DGPs und DGPPN Kongressen
- KIGGS und Bella: Robert-Koch-Institut stellt erste Ergebnisse vor

*) Aufgrund aktueller Ereignisse kann es geringfügige Änderungen geben.

Musterfortbildungsordnung

für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Änderungen durch Beschlüsse des 9. Deutschen Psychotherapeutentages in Köln am 18. November 2006

§ 5 Satz 2 MFbO (neu)

§ 5 Satz 2 MFbO (neu): „Bei strukturierter interaktiver Fortbildung gemäß Kategorie D ist die Landespsychotherapeutenkammer zuständig, in deren Bundesland der Anbieter seinen Sitz hat.“

Neufassung Kategorie D, Anlage 1 MFbO

Kategorie D, Anlage 1 MFbO (neu): Kategorie „Strukturierte interaktive Fortbildung (z. B. Internet/CD-ROM/Printmedien)“; Punktzahl „1 Punkt pro Übungseinheit“; Nachweis „Teilnahmebescheinigung (vergleiche Anlage 3)“

Anlage 3 MFbO „Empfehlungen zur strukturierter interaktiven Fortbildung“

Empfehlungen zur Zertifizierung von strukturierter interaktiver Fortbildung (Kategorie D, Anlage 1, MFbO):

A. Definition einer strukturierter interaktiven Fortbildung

Grundlage einer strukturierter interaktiven Fortbildung können prinzipiell alle Medien sein. Allen Anwendungsformen gemeinsam ist die Auswertung des Lernerfolgs in Schriftform.

B. Inhaltliche und formale Anforderungen

- Für die der strukturierter interaktiven Fortbildung zugrunde gelegten Inhalte und Fragen muss der Nachweis einer wissenschaftlichen Begutachtung durch den Anbieter gegenüber der zertifizierenden Kammer erbracht werden.
- Die Inhalte müssen gemäß § 2 MFbO dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechen. Die Ersteinstellung der Inhalte im Rahmen der strukturierter interaktiven Fortbildung und die letzte Aktualisierung muss kenntlich gemacht werden. Fachautoren, Herausgeber, Erscheinungsdatum und/oder Versionsnummer sowie die juristischen Verantwortlichkeiten sind zu benennen und eindeutig erkennbar zu machen.
- Zitierweise und Einbeziehung externer Quellen (z. B. für Abbildungen) entsprechen denen für wissenschaftliche Publikationen in Printmedien.
- Der Anbieter hat dem potenziellen Nutzer vor Inanspruchnahme des Angebots Informationen zum Ablauf, den zeitlichen Fristen, der Lernerfolgskontrolle und den Kosten der strukturierter interaktiven Fortbildung mitzuteilen.

C. Anforderungen an die Lernerfolgskontrolle

- Die Inhalte der strukturierter interaktiven Fortbildung und die Methoden der Lernerfolgskontrolle müssen angemessen aufeinander bezogen sein.
- Eine qualifizierte inhaltliche Rückmeldung der Kontrollergebnisse an den Teilnehmer ist wünschenswert.
- Zum erfolgreichen Abschließen der strukturierter interaktiven Fortbildung sind mindestens 2/3 der Antworten richtig zu beantworten und vom Anbieter zu bescheiden.

D. Abgrenzung von strukturierter interaktiver Fortbildung und Selbststudium

Publikationen, die nicht entsprechend dieser Anlage konzipiert wurden, fallen unter die Kategorie E der MFbO „Selbststudium durch Fachliteratur/Lehrmittel“ mit einer Begrenzung auf „höchstens 50 Punkte in fünf Jahren.“ Dies gilt auch für solche Fortbildungsangebote, bei denen eine personenbezogene Erfassung der Bearbeitung der Inhalte und der Überprüfung des Lernerfolgs nicht vorgesehen oder nicht möglich ist bzw. vom Nutzer nicht in Anspruch genommen wird.



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

dieses Psychotherapeutenjournal werden Sie kurz vor den Weihnachtstagen erhalten. Wir wünschen Ihnen erholsame Feiertage und für das kommende Jahr gesundheitlich und beruflich alles Gute.

Hinter uns liegt ein Jahr großer Verunsicherungen durch die Gesundheitsreform und die anderen geplanten gesetzlichen Änderungen. Dieses Thema beschäftigte alle im Gesundheitswesen und der Gesundheitspolitik Aktiven, wir berichten über unsere diesbezüglichen Aktivitäten. Es ist davon auszugehen, dass bis zum Erscheinen dieses PTJ aktuelle Entwicklungen neue Anstrengungen bedürfen, um unsere Interessen gut zu vertre-

ten. Diese werden wir auf der Homepage darstellen, um Sie zu informieren.

Der Jahreswechsel ist für uns Anlass zu einem Ausblick auf das vor uns stehende Jahr. Massive Kritik an unserer Beitragsordnung mit einem einheitlichen Kammerbeitrag hat den Haushaltsausschuss und den Kammervorstand veranlasst, hier eine Veränderung anzustreben, deren Möglichkeiten wir unten zu Ihrer Information kurz darzustellen.

Ein wichtiger Schwerpunkt der Kammerarbeit wird in den nächsten Jahren in Fortbildungen zu jenen Bereichen unserer Berufsausübung bestehen, die berufs-

rechtliche Belange betreffen. Fachliche Fortbildungen sehen wir weiterhin als Aufgabe der Fachgesellschaften, der Universitäten und der Ausbildungsinstitute, solche zum Sozialrecht sollten neben der KV von Berufsverbänden wahrgenommen werden.

Mit den besten Wünschen für das Jahr 2007

*Ihr Kammervorstand
Dietrich Munz
Martin Klett
Kristiane Göpel
Renate Hannak-Zeltner
Birgitt Lackus-Reitter*

Überlegungen zur künftigen Beitragsgestaltung in der LPK Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg gibt es bislang einen einheitlichen Mitgliedsbeitrag für alle Kammermitglieder. Nur bei individuellen Härten kann nach den Bestimmungen der Umlageordnung eine Beitragsermäßigung oder ein Erlass ausgesprochen werden, ebenso auf Antrag bei fehlender Berufsausübung. In der Errichtungsphase einer Kammer ist dies eine zulässige Vorgehensweise.

Inzwischen wird jedoch deutlich, dass die Einkommensunterschiede unserer Mitglieder sich aus verschiedenen Gründen in der Beitragserhebung widerspiegeln sollten: Es entspricht den Grundsätzen anderer Solidargemeinschaften, dass Personen mit geringem Einkommen weniger zur Finanzierung beitragen sollten. Weiterhin gibt es eine oft kontrovers geführte Diskussion um die Differenzierung der Bei-

tragshöhe zwischen Angestellten und Niedergelassenen. Wie in anderen Kammern auch, kann man annehmen, dass Mitglieder mit Vollzeittätigkeit und höherem Einkommen mehr durch die Kammerarbeit profitieren. Nicht zuletzt liegen Gerichtsurteile vor, die eine veränderte Beitragsgestaltung nahe legen.

Die Diskussion um eine „gerechte“ Beitragshöhe wurde und wird auch in unserer Kammer geführt, im Vorstand unter Beteiligung der Geschäftsstelle, im Haushaltsausschuss und der Vertreterversammlung.

In anderen Heilberufe- und Psychotherapeutenkammern liegen viele Erfahrungen mit unterschiedlichen Modellen vor. Will man eine differenzierte Beitragshöhe, so finden sich zwei Grundmodelle:

1. Die Beitragserhebung erfolgt mehr oder weniger linear zu dem steuerlich erfassten Einkommen (in der Regel werden die Einkünfte aus einer Berufstätigkeit herangezogen).
2. Es werden einzelne Kategorien angeboten, nach denen sich die Mitglieder einordnen können. Oft wird zwischen Angestellten und Niedergelassenen unterschieden, oder auch nach Voll- und Teilzeittätigkeit. Verschiedene Härtefallklauseln ergänzen die Möglichkeiten.

Für beide Modelle kann man gute Argumente finden. Die Diskussion in Baden-Württemberg ist noch nicht abgeschlossen. Da wir eine Änderung auf jeden Fall für wünschenswert erachten, sind wir in den Gremien dabei, eine Entscheidung herbeizuführen.

Gutes bewahren – Schlechtes verbessern: Stellungnahme der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg zu den Eckpunkten der Gesundheitsreform und zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Der Präsident der LPK-BW war zusammen mit den Präsidenten der anderen Heilberufekammern und den Vorsitzenden der KV und KZV Mitte Juli zu einer Anhörung der Sozialministerin Dr. Stolz in das Sozialministerium eingeladen. Dort trugen wir unsere übereinstimmenden, in Details gelegentlich differierenden Einschätzungen zu den geplanten Gesetzesänderungen der Bundesregierung vor. Die Bitte der Ministerin, unsere Bedenken schriftlich vorzutragen wurde unsererseits aufgegriffen, unsere Argumente sind hier knapp zusammengefasst dargestellt.

1. Zu den Eckpunkten bzw. zu den ersten Entwürfen zum Wettbewerbstärkungsgesetz

Aufhebung der Budgetierung und Pauschalierung: Die LPK Baden-Württemberg begrüßt die angekündigte Ablösung der Budgetierung und die Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen. Die bisher vorgesehene und geforderte Erweiterung von Pauschalierungen von Leistungen ist allerdings für den Bereich der psychotherapeutischen Leistungen nicht praktikabel. Sowohl die Leistungen der Richtlinienpsychotherapie wie auch die Gesprächsleistungen der psychotherapeutischen Kapitel im EBM sind mit einer strikten Mindestzeit versehen, die in jedem Fall erbracht werden muss. Es wird für diesen Bereich der Erhalt der Einzelleistung gefordert, wie auch im aktuellen Entwurf der KBV für eine Gebührenordnung vorgesehen. Es ist dabei darauf zu achten, dass die sich bisher auf die Honorarverteilung beziehende Regelung des Sozialgesetzbuches V § 85 auch unter neuen Rahmenbedingungen erhalten bleiben. Für entsprechende Regelungen ist auch die BSG-Rechtsprechung heranzuziehen.

Versorgung mit Psychotherapie für Kinder und Jugendliche: In den Eckpunkten und den geplanten Änderungen der Zulassungsverordnung ist keine getrennte Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen und von Kindern und Jugendlichen vor-

gesehen. Wir sehen demgegenüber die dringende Notwendigkeit der Trennung der Bedarfsplanung und getrennter Maßnahmen zur Vermeidung von Unterversorgung, da ein deutlicher Versorgungsmangel für psychisch kranke Kinder und Jugendliche besteht. Es muss ein Versorgungsanteil von 20% für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sichergestellt sein.

Auslaufen der 40%-Regelung: Die bis Ende 2008 geltende Regelung des § 101 Abs 4 SGB V, dass ein 40%iger Versorgungsanteil den psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist, sollte zur Verbesserung der Versorgungssituation flexibilisiert werden. Ärztliche Psychotherapeuten können wegen Nachwuchsmangel schon jetzt die freigehaltenen Sitze nicht besetzen. Bundesweit sind aus diesem Grund über 1800 Sitze für ärztliche Psychotherapeuten nicht besetzt. Hier sind neue Regelungen notwendig, um ohne Verlust von Praxissitzen die psychotherapeutische Versorgung im vollen Umfang sicherzustellen.

Auswirkungen der Gesundheitsreform auf Baden-Württemberg: Trotz der 1999 ohne Bezug zum realen Bedarf festgelegten Bedarfsplanung ist die regionale Versorgung mit Psychotherapie in Baden-Württemberg im Vergleich zum Bundesdurchschnitt relativ gut. Nur wenige Bezirke sind nominell als unterversorgt einzustufen. Gleichzeitig war nach dem Urteil des Bundessozialgerichts bisher die Vergütung für Psychotherapie ebenfalls im Durchschnitt vergleichsweise gut. Auch nach Einführung des vorgesehenen Gesundheitsfonds muss diese auf dem bisherigen, durch das Urteil des Bundessozialgerichts vorgeschriebenen Niveau bleiben. Bei einer Umsetzung des Fondsmodells muss in Baden-Württemberg für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen mit Vergütungseinbußen gerechnet werden.

Private Krankenversicherung: Die LPK Baden-Württemberg begrüßt, dass der

PKV-Basistarif den Leistungsumfang der GKV abzudecken hat. Hierbei ist unbedingt darauf zu achten, dass auch die für Psychotherapie gültigen Kontingente der GKV zu übernehmen sind. Bei vielen privaten Krankenversicherungen ist der vertragliche Behandlungsumfang schon jetzt im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung außerordentlich dürftig. Generell sind die psychotherapeutischen Leistungen in GOÄ und GOP eindeutig unterbewertet; der 1,7-fache Satz liegt erheblich unter dem gegenwärtigen Satz der gesetzlichen Krankenkassen. Darüber hinaus ist zu überprüfen, ob die psychotherapeutische Behandlung bei PKV-Versicherten weiterhin durch die Versicherung entgegen dem Wunsch der Versicherten auf die Behandlung durch Ärzte eingegrenzt werden darf. Die bestehende Diskriminierung von Menschen mit aktuellen oder auch zurückliegenden psychischen Erkrankungen würde durch diese Maßnahmen beseitigt bzw. gemindert.

Gemeinsamer Bundesausschuss: Bei der Umstrukturierung des Entscheidungsgremiums des GBA ist darauf zu achten, dass die Gruppe der Psychotherapeuten sowohl in Unterausschüssen wie auch bei Entscheidungen angemessen repräsentiert ist.

2. Zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)

Praxisgebühr: Im SGB V ist eine Klarstellung in Paragraph 28 Abs. 4 dringend erforderlich: die Praxisgebühr darf nur einmalig anfallen, wenn der Patient in einem Quartal sowohl einen Arzt als auch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufsucht. Die bestehende Formulierung wird von den Krankenkassen zum Nachteil psychisch Kranker anders interpretiert als vom Bundesministerium. Eine Diskriminierung von Patienten, die einen PP oder KJP aufsuchen, muss vermieden werden.

Neue Versorgungsformen, Berufsausübungsgemeinschaften und geteilte Arztsitze: Es ist zu begrüßen, dass die Zusammenarbeit der verschiedenen Arzt-

gruppen und zwischen den Sektoren verbessert, die Übergänge erleichtert und Qualität optimiert werden soll. Hierzu soll die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V) oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 111 SGB V) mit der Tätigkeit eines Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten vereinbar sein. Unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten besteht im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung ein

über das Gesundheitssystem hinausgehender Integrationsbedarf an vielen Schnittstellen, z. B. an der zur Jugendhilfe. Deshalb sollte für die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Nebentätigkeit an Beratungsstellen, Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz sowie in Maßregel- und Strafvollzugsanstalten ermöglicht werden. Den im Gesetzesentwurf zum VÄndG vorgesehenen Möglichkeiten der Anstel-

lungen von Ärzten/Psychotherapeuten oder des Job-Sharing sind im Falle lokalen Versorgungsbedarfs Vorrang einzuräumen.

Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Möglichkeit der KVen, halbe Praxissitze auch zwangsweise zu entziehen, wird von der LPK abgelehnt, da die dafür erforderliche Normierung von hälftigen Versorgungsaufträgen völlig ungeklärt ist und diese mehr Probleme aufwirft als sie löst.

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

Die gemeinsam mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg (LÄK-BW) durchgeführte Fortbildung zur Begutachtung von traumatisierten Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren fand reges Interesse. Die Teilnehmer bestätigten, dass sie mit dieser Fortbildung sehr zufrieden waren. Der Vorstand bedankt sich auch an dieser Stelle für die Vorbereitung bei der LÄK-BW und den dort für die Organisation Verantwortlichen. Allen an der inhaltlichen Planung und Durchführung beteiligten Kolleginnen und Kollegen der LPK und LÄK möchten wir ebenfalls herzlich danken, stellvertretend namentlich nennen möchten wir Frau Mareke de Brito Santos-Dodt, Vorsitzende des LPK-Ausschusses „Aus-, Fort- und Weiterbildung“, die im Auftrag des

Vorstands an der Vorbereitung beteiligt war.

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

Die Fortbildung ist, sofern Kolleginnen und Kollegen nicht schon nachweislich über

die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen verfügen, Voraussetzung, um als anerkannter Gutachter in die Sachverständigenliste der Landespsychotherapeutenkammer aufgenommen werden zu können.

Die **nächste Fortbildung am 20. bis 22. April 2007** ist in Vorbereitung. Alle Interessenten bitten wir, das auf der Kammerhomepage stehende Anmeldeformular herunter zu laden und ausgefüllt an die dort angegebene Adresse der Geschäftsstelle der Landesärztekammer zu schicken. Wenn Sie Fragen haben oder weitere Informationen wünschen, können Sie sich auch direkt per Telefon, Fax oder E-Mail an die Geschäftsstelle der Landespsychotherapeutenkammer wenden.

Öffentliche Auslage des Haushaltsentwurfes 2007 in der Geschäftsstelle

Satzungsgemäß wird der von der Vertreterversammlung am 9. Dezember 2006 verabschiedete Haushaltsplan 2007 in der Zeit vom 15. Januar bis 15. Februar 2007

in der Geschäftsstelle der Kammer zur Einsichtnahme ausliegen. Wir bitten, bei Interesse zur Einsichtnahme sich vorab kurz

telefonisch anzumelden. Für Rückfragen wird dann Frau Lübcke oder ein Vorstandsmitglied anwesend sein.

Veröffentlichungen und Stellungnahmen der Kammer auf der Homepage

Die Homepage der Kammer wird von Mitgliedern und Anderen häufig genutzt. Trotzdem erreichen uns immer wieder kritische Anfragen, dass die Kammer zu aktuellen Themen wie beispielsweise zur Gesundheitsreform keine Stellung beziehen würden. Nicht nur für die Psychothera-

peutenkammer ist es außerordentlich schwierig, in der Presse Veröffentlichungen für unsere Anliegen und Interessen unterzubringen, so dass die Homepage unsere wichtigste Möglichkeit ist, öffentlich Stellung zu nehmen. Wir bitten unsere Mitglieder, sich über die Homepage zu

informieren und Kolleginnen und Kollegen sowie Andere auf diese aufmerksam zu machen (www.lpk-bw.de). Wir versuchen hier direkt oder durch Hinweise auf andere Internetveröffentlichungen auf aktuelle berufspolitische Entwicklungen hinzuweisen und darüber zu informieren.

Anfragen zur Fachexkursion nach China

Die Vermittlung von Fachexkursionen nach China führte zu mehrfachen Anfragen und Kommentierungen, die wir im Vorstand ebenfalls diskutiert hatten.

Zunächst möchten wir darauf hinweisen, dass mit dem Reiseveranstalter vorab vereinbart wurde, dass dieser alle entstehenden Kosten übernimmt. Der Veranstalter verfügt über langjährige Erfahrung in der Organisation ähnlicher Exkursionen mit fachlichem und kulturellem Angebot und

der Zusammenarbeit mit Verbänden und Kammern

Kritisiert wurde, dass es nicht Aufgabe der LPK sei, derartige Reisen zu vermitteln, da die Traditionelle Chinesische Medizin mit unserem Fachgebiet zu wenig Verbindungen habe. Auf dem Hintergrund, dass bei TCM das psychisch-körperliche Wechselspiel bedeutsam ist, haben wir nach Rücksprache mit dem Veranstalter dieses Thema im Programm belassen und ihn gebeten, im

Rahmen seiner Möglichkeiten psychotherapeutische Themen mit einzubeziehen.

Die Kammer verbindet mit der Vermittlung des Angebots an unsere Mitglieder keine eigenen wirtschaftlichen Interessen.

Wir gehen davon aus, dass die Mitglieder bei Interesse selbst das Angebot prüfen und, wovon bisher schon viele Mitglieder Gebrauch gemacht haben, sich dann für die Reisetilnahme entscheiden.

Fortbildungen der Kammer

Der Vorstand plant Fortbildungen zu wichtigen Arbeitsbereichen, die berufsrechtlich relevant sind. Hierfür hätten wir gerne Ihre Rückmeldung für Fortbildungsthemen, die Sie für wichtig und interessant halten. Wir bitten Sie, den Abschnitt unten zu kopieren oder auszuschneiden und uns ausgefüllt per Fax oder Post zuzuschicken. Sie

können die Fragen auch von der homepage heruntergeladen und ausfüllen oder per mail beantworten. Für Ihr Interesse und Ihre Rückmeldung bedanken wir uns vorab.

Geschäftsstelle

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

Umfrage zu Fortbildungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer plant beginnend im Jahr 2007 Fortbildungen zu berufsrechtlich relevanten Themen. Wir bitten Sie, uns rückzumelden, welche der genannten Fortbildungen für Sie von besonderem Interesse sind.

- Umgang mit suizidalen Patienten – therapeutische und (berufs)rechtliche Fragen und Konsequenzen
- Dokumentation, Schweigepflicht, Verschwiegenheitspflicht und Patientenrechte auf Akteneinsicht
- Elternrecht und Kindeswohl – Auskunftspflicht und Verschwiegenheitsrecht gegenüber den Eltern in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen
- Praxisgründung als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Notfallpsychotherapie und erste psychotherapeutische Notfallversorgung
- „Behandlungsfehler“ und Haftung des Psychotherapeuten (Abstinenz, Aufklärung, Dokumentationsmängel, Gegenübertragungsreaktionen)
- Weitere Vorschläge: _____

Rückmeldung per Fax (0711 67447015)
oder Post: Landespsychotherapeutenkammer, Hauptstätterstr. 89, 70178 Stuttgart

Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psycholo- gischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten

2. Bayerischer Landespsychotherapeutentag: „Prävention psychischer Störungen“

Der diesjährige bayerische Landespsychotherapeutentag wurde als Chance genutzt, mitten in den Diskussionen um die geplante Gesundheitsreform die Forderungen der Psychotherapeuten zur Prävention psychischer Störungen und zur psychotherapeutischen Versorgung zu platzieren.

Vor rund 550 Teilnehmern eröffnete *Dr. Nikolaus Melcop, Präsident der PTK Bayern*, die Tagung. Er wies darauf hin, dass das Thema „Prävention psychischer Störungen“ eines der wichtigsten Themen der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen sei. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten seien besonders in der Verantwortung, psychologisch-psychothe-

rapeutisches Fachwissen zur Verhinderung psychischer Störungen mit einzubringen, auch angesichts der enormen Zuwachsraten an psychischen Störungen.

Die geplante Gesundheitsreform dürfe sich nicht darauf beschränken, aktuelle Finanzierungsprobleme vordergründig durch Umschichtung von Einnahmen und Ausgaben anzugehen. „Langfristige präventive Maßnahmen, die die Menschen dort motivieren, wo sie leben und arbeiten, sparen nicht nur viel Geld, sie verhindern individuelles Leid und erhöhen die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit.“ Auch die Psychotherapie selbst sei ein Typ von Prävention, da sie Chronifizierungen und lange Krankheitsverläufe verhindern helfe. Er warnte, dass die mit der Gesundheitsreform geplante Zentralisierung eine Gefahr für die psychotherapeutische Versorgung in Bayern und Deutschland darstelle: „Regionale Strukturen dürfen in der Gesundheitsreform nicht zugunsten zentraler Defizitsteuerung wegrationalisiert werden. ... Die Politik muss sich die Mühe machen, sich nicht nur für die Organmedizin Strukturvorgaben und innovative Elemente zu überlegen, sondern den Bereich der psychotherapeutischen Behandlung psychischer Störungen gezielt zu schützen und zu fördern.“

Er forderte für die Prävention psychischer Störungen spezifische Maßnahmen für Kinder und Jugendliche, insbesondere die Förderung der Erziehungskompetenz der

Eltern, Vorsorgeuntersuchungen auch für psychische und psychosoziale Auffälligkeiten, Maßnahmen für Problemgruppen und die Förderung von Psychotherapie zur Verhinderung von Chronifizierungen. Weiter hob er aus dem Thesenpapier der PTK Bayern hervor: „Private Krankenkassen dürfen Patienten mit psychischen Störungen und die Behandlung durch Psychotherapeuten nicht ausschließen. Präventionsprogramme für psychische Störungen müssten flächendeckend für alle Lebensbereiche und Lebensalter umgesetzt werden. Und die Vielzahl von existierenden Projekten müsste besser vernetzt und auch evaluiert werden.“



Dr. Nikolaus Melcop bei der Eröffnung
Foto: Marc Sigrüst



Dr. Werner Schubö; Foto: Marc Sigrüst

Prorektor Dr. Werner Schubö der Ludwig-Maximilians-Universität München begrüßte die Anwesenden als Hausherr, Prof. Günther Kerscher überbrachte die Grußworte im Namen des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz.



Prof. Dr. Günther Kerscher; Foto: Marc Sigrist

Prävention auch für die Psyche

Im Leitvortrag führte Prof. Dr. Dieter Kleiber (FU Berlin) die zunehmende Bedeutung und Wichtigkeit der Prävention gerade im Bereich der psychischen Störungen aus. Staatlich geförderte oder initiierte Projekte fokussieren bislang eher auf Prävention im somatischen Bereich (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Altersdiabetes).



Prof. Dr. Dieter Kleiber; Foto: Marc Sigrist

Nach Daten des Bundesgesundheits surveys sei davon auszugehen, dass fast jeder zweite Bundesbürger im Verlauf seines Lebens zumindest einmal an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung erkranken werde. Darunter würden stressinduzierte Probleme, die sich beispielsweise als depressive Probleme, Angsterkrankungen, somatoforme Störungen, aber auch Suchterkrankungen manifestieren könnten, zu den zentralen Herausforderungen für alle Akteure im Gesundheits- und Sozialbereich führen. Die Burden of Disease-Study der WHO und der Weltbank prognostiziere, dass Depressionen in gut 10 Jahren den zweiten Rang unter den Behinderung verursachenden Erkrankungen einnehmen. Er beklagte den zu geringen Einsatz von Präventionsprojekten für psychische Störungen.

Netzwerke gefordert

Ministerialdirektorin Karin Knufmann-Happe (Bundesministerium für Gesundheit, Berlin) gab einen Überblick über Maßnahmen der Bundesregierung zur Stärkung der Prävention im Allgemeinen sowie spezifische, auf die Förderung psychischer Gesundheit ausgerichtete, Initiativen in den verschiedenen Politikbereichen. Prävention und Gesundheitsförderung orientierten sich an den Lebenswelten der Menschen. Um hier wirksame Präventionsprogramme zu etablieren bedürfe es – gerade in dem pluralistischen und föderal gegliederten deutschen Gesundheitssystem – der politikbereichsübergreifenden Netzwerkbildung.

Anti-Stigma-Kampagnen

Verbesserungsbedarf gebe es unter anderem bei der Aufklärung und Information der Bevölkerung über das Wesen und die Behandelbarkeit psychischer Erkrankungen. Die noch immer weit verbreitete Stigmatisierung und Mystifizierung dieser Erkrankungen soll mit geeigneten Aktionen abgebaut werden.

Knufmann-Happe diskutierte die Bedeutung der Psychotherapie für die Prävention und Förderung psychischer Gesundheit mit Blick auf die sozialrechtlich geregelte Begrenzung der Richtlinien-Psychotherapie, aber auch auf die Möglichkeiten

eines auf der Grundlage eines zukünftigen Präventionsgesetzes gestärkten Präventionsbereichs.

Aufgabenteilung

Prof. Dr. Johannes Gostomzyk (Landeszentrale für Gesundheit in Bayern, München) wies in seinem Vortrag auf die Bedeutung von gesundheitsbezogener Prävention als individuelle und gesamtgesellschaftliche Aufgabe hin. Die im Grundgesetz verankerten Sozialprinzipien Individualität (Eigenverantwortung), Solidarität und Subsidiarität gäben Hinweise für eine Aufgabenverteilung. Gesundheit und ihre Bedingungen seien in der Gesellschaft ungleich verteilt. Soziale Gerechtigkeit in der Prävention bedeute damit Chancengerechtigkeit bei ungleicher Ausgangssituation für den Einzelnen. Im Rahmen der gesamtgesellschaftlichen Möglichkeiten solle jeder die Startchancen (Bedingungen) zur Verwirklichung der ihm möglichen Gesundheit in Eigenverantwortung erhalten.

Unsere Gesellschaft, organisiert als sozialer Rechtsstaat, habe dabei die Aufgabe der Verhältnisprävention, d.h. Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung durch soziale Sicherung, Verbraucherschutz, Arbeitsschutz, Bildung usw. Politische Handlungsebenen seien dabei sowohl die EU sowie die Bundes-, Länder- und kommunale Ebene. Besondere Bedeutung komme der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V, § 20) zu.

Dezentralität

Mit dem 2005 im Bundesrat gescheiterten Präventionsgesetz, sei ein Strukturgesetz entworfen worden, das die zentrale Festlegung nationaler Präventionsziele ermöglichen sollte, allerdings mit einseitiger Finanzierung eines Fonds aus Mitgliedsbeiträgen der Sozialkassen ohne Beteiligung des Bundes oder der Länder aus Steuermitteln. Der Entwurf sei in der Komplexitätsfalle geendet, weil er weder dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz zwischen Bund, Ländern, Kommunen, Sozialverbänden (GKV, GRV, GUV) noch den Ansprüchen zivilgesellschaftlicher Bereiche mit eigenständigen Akteuren in der Prävention (Familie, Selbsthilfe, Wohlfahrtspflege, Sportvereine, betriebliche Gesundheits-



Große Aula; Foto: Marc Sigrist

förderung u.a.) gerecht werden konnte. Einer Komplexitätsfalle entgehe man durch dezentrale Organisation, dafür gebe es genug Beispiele in der Praxis (Good Practice-Projekte), auch in der Prävention.

Rolle der PP und KJP

Prof. Dr. Bernd Röhrle (Universität Marburg) wies darauf hin, dass die Prävention psychischer Störungen und die Förderung psychischer Gesundheit zwar nicht ausnahmslos, aber doch auch zum Tätigkeitsfeld von Psychotherapeuten gehöre, es auch schon traditionell so gewesen sei und diese sich auch in Zukunft verstärkt hier einbringen müssten. Einflüsse aus der Geschichte der Psychotherapie belegten dies. Insbesondere im Bereich der sekundären Prävention seien Psychotherapeuten schon lange tätig. Die große Zahl gut evaluierter und effizienter präventiver Interventionen basiere auf klinisch-psychologischem Wissen, das vor allem auch Psychotherapeuten zu eigen sei.

Aufgabe der Politik: Kapazitäten und Voraussetzungen schaffen

Epidemiologische Daten, aber auch die derzeitige Versorgungslage machten deutlich, dass psychotherapeutische Hilfen allein nicht ausreichend seien, um auch im ethischen Sinne der großen Zahl psychischer Störungen und den damit verbun-

denen sozialen und ökonomischen Belastungen gerecht werden zu können. Die Vielzahl der Möglichkeiten präventiver Hilfen werde aber erst greifen können, wenn kapazitätsbildende Maßnahmen in Ausbildung und Versorgung zum Tragen kämen. Röhrle forderte, das Präventionsgesetz entsprechend auszugestalten.

In parallelen Veranstaltungen wurden eine Vielzahl von Präventionsprogrammen und -projekten im Überblick dargestellt oder vertieft erläutert und diskutiert. Thematisch wurden dabei psychische Störungen im gesellschaftlichen Strukturwandel und Möglichkeiten der Prävention (Prof. Dr. Heiner

Keupp, LMU München) erläutert sowie Präventionsmöglichkeiten in den unterschiedlichen Lebensaltern dargestellt: Bindungsstörungen (PD Dr. Karl-Heinz Brisch, Dr. von Haunersches Kinderspital, München), Kindes- und Jugendalter (Prof. Dr. Manfred Döpfner, Universitätsklinik Köln), Ältere Menschen (Dr. Meinolf Peters, Praxis, Marburg).

Primärprävention bei Ess-Störungen (Dr. Uwe Berger, Universitätsklinikum, Jena), Suchtprävention (Dr. Anneke Bühler, IFT, München), Suizidprävention (Prof. Dr. Thomas Giernalczyk, Universität der Bundeswehr, München) und Prävention häuslicher Gewalt (Dr. Andreas Schick, Heidelberger Präventionszentrum) wurden erläutert, aber auch tertiäre Prävention bei chronischen Erkrankungen (Prof. Dr. Peter Herschbach, TU München), betriebliche Prävention (Ludwig Gunkel, AOK Bayern) und Notfallpsychotherapie als Prävention von Traumafolgeschäden (Prof. Dr. Rita Rosner, LMU München). Ein Vortrag beschäftigte sich auch mit den Psychotherapeuten selbst: Prävention von Burn-Out bei Psychotherapeuten (Prof. Dr. Jörg Fengler, Universität zu Köln).

Ausführliche Berichte zum Landespsychotherapeutentag finden Sie auf unserer Homepage!



Blick aufs Podium in der großen Aula; Foto: Marc Sigrist

9. Delegiertenversammlung

Bei der 9. Delegiertenversammlung, die voraussichtlich die letzte in dieser Wahlperiode war, stellte *Präsident Dr. Nikolaus Melcop* nach den einführenden Tagesordnungspunkten im **Bericht des Vorstands** die Gefahren der aktuellen Gesundheitsreform für die psychotherapeutische Versorgung in Bayern und Deutschland und ihre möglichen Auswirkungen auf die niedergelassenen und angestellten Kolleg/inn/en dar. „Und nicht nur unsere finanzielle Grundlage ist in Gefahr. Die Gesundheitsreform legt die Axt an die Selbstbestimmung unseres Berufes.“ Psychotherapeut/inn/en seien an entscheidenden Stellen im Gesetz vergessen worden. Er berichtete, wie die Kammer auf diese Situation mit unterschiedlichen Aktivitäten zur Einflussnahme auf das laufende Gesetzgebungsverfahren in Form von Presseerklärungen, Stellungnahmen und persönliche Kontakten mit führenden Politikern aus Bayern reagiert habe (s. dazu auch eigenen Bericht), und konnte auch auf erste Erfolge verweisen: „Wir mischen uns ein, wir kämpfen für die psychotherapeutische Versorgung und für alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten!“

Obwohl bisher viel geleistet worden sei bei der gesellschaftlichen und gesetzlichen Verankerung und der Integration der Berufe in das medizinische System, seien jetzt verstärkte Anstrengungen notwendig. Melcop sah die zukünftige Interessenvertretung für den Berufsstand perspektivisch auch in der Abgrenzung zu Interessen der Pharmaindustrie und gut organisierter Ärztenverbände. „Wir werden unsere Kräfte noch stärker bündeln müssen.“

Ausgehend von dem Bezug auf die aktuelle politische Situation forderte er u.a. eine Stärkung der wissenschaftlichen Basis und Versorgungsforschung im Bereich der Psy-

chotherapie mit einem breiten Methodenverständnis.

Weitere Schwerpunkte der Arbeit waren u.a.: der Einsatz für die Stärkung der Prävention, die psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen, für die Versorgung psychisch kranker Menschen in der privaten Krankenversicherung, die Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung (PPIA und KJPIA), die Etablierung einer Mitwirkung der PPIA und KJPIA in der Kammer auch auf Bundesebene, der Einsatz für den Nachwuchs und die Weiterentwicklung des Faches beim Thema Bachelor/Master, Gespräche zum Erhalt des Faches „Klinische Psychologie“ an den bayerischen Hochschulen, die Situation der angestellten PT, insbesondere in den Kliniken. Daneben konnten die „Routinearbeiten“ der Kammer weiter verbessert werden, die Bearbeitungszeit für Fortbildungsanträge gesenkt. Der Psychotherapeuten-Suchdienst wurde eingerichtet und die Einführung EDV-gestützter Bearbeitung der Fortbildungsanträge ist in Vorbereitung. In den nächsten Monaten steht zusätzlich die Vorbereitung der Kammerwahlen 2007 an.

Zum Abschluss des Vorstandsberichts blickte er noch einmal auf die vergangene Wahlperiode zurück: „Wir haben eine aufregende und oft auch aufreibende Zeit hinter uns ... Es ist spannend zu erleben, wie Stühle für uns gerückt werden und Platz an den Tischen und in den Köpfen gemacht wird ... Wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schaffen Räume für unsere Patientinnen und Patienten – und auch für ein anderes Verständnis von Gesundheit, von Heilung, von persönlicher Entwicklung und von Prävention und Vorsorge.“

In der anschließenden *Aussprache* wurden die geleistete Arbeit des Vorstands und die Vielzahl von zielführenden Aktivitäten

umfassend anerkannt, es wurde differenziert Stellung genommen und Anregungen gegeben.

In einem zweiten Teil dieses Tagesordnungspunkts stellte *Vizepräsident Peter Lehdorfer* den aktuellen Stand des Verfahrens zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie beim Gemeinsamen Bundesausschuss und die Grundzüge der aktuell geplanten Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vor.

Beim nächsten Tagesordnungspunkt wurden Konzepte zur möglichen **Regelung von Zusatzqualifikationen** in den Bereichen Neuropsychologie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Klinische Somatopsychologie vor dem Hintergrund der Musterweiterbildungsordnung und im Hinblick auf den bevorstehenden Deutschen Psychotherapeutentag sowohl inhaltlich als auch strukturell ausführlich besprochen und kritisch diskutiert. Die Themen werden auch im nächsten Jahr weiter Thema der Ausschüsse und des Vorstands sein.

Vizepräsident Peter Lehdorfer stellte den **Haushaltsplan 2007** vor, der einstimmig von der Delegiertenversammlung angenommen wurde. Als **Vertreter für die neue Periode des Verwaltungsrats des Versorgungswerks ab 1.1.2007** wurden *Dr. Nikolaus Melcop* und *Dr. Herbert Ühlein* gewählt, als deren Stellvertreter *Benedikt Waldherr* und *Angelika Wagner-Link*. Die Errichtung eines **Sozialfonds** für PP und KJP ist entsprechend Art. 2 Abs. 1 HkaG notwendig. *Geschäftsführer Alexander Hillers* führte in das Thema und die Pläne zur Umsetzung ein. Der Einrichtung eines Sozialfonds wurde einstimmig zugestimmt. Die Berichte aus den Ausschüssen, Kommissionen und der Beauftragten runden die umfangreiche Tagesordnung ab.

Umfrage bei den staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten in Bayern: Nachwuchs?

Im BPTK-Newsletter I/2006 (Februar 2006) wurde über Altersstruktur der Mitglieder und künftigen Nachwuchsbedarf berichtet. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass

ab Ende dieses Jahrzehnts mindestens 1000 Neuapprobationen jährlich benötigt werden, um die Zahl der Psychotherapeut/inn/en in Deutschland konstant zu halten.

Die PTK Bayern hat die konkrete Nachwuchssituation in Bayern anhand eines Fragebogens bei den staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten erhoben.

Bei einer Rücklaufquote von 87,5% der 24 staatlich anerkannten bayerischen Ausbildungsinstitute ergibt sich eine hochgerechnete Zahl von rund 800 Psychologischen Psychotherapeut/inn/en in Ausbildung (PPiA) (alle Jahrgänge). Hochrechnungen im KJP-Bereich sind nicht valide möglich, da es im Vergleich wenig Institute gibt, die diese Ausbildung anbieten und auch besetzen können. Aktuell befinden sich aber mindestens 180 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/inn/en in Ausbildung (KJPiA). Unter den KJPiA sind mehr als die Hälfte Dipl.-Psych., rund 8% Dipl.-Päd. und knapp 1/4 Soz.-Päd. „Anderer“ Grundberufe haben rund 12% der Ausbildungsteilnehmer studiert. Aus dem Fragebogen lässt sich nicht schließen, ob der hohe Anteil an Dipl.-Psych. durch Personen entsteht, die beide Ausbildungen (PP und KJP) abschließen möchten. Die bayerischen Ausbildungsteilnehmer sind in rund 80% der Fälle Frauen, PPiA sind

im Durchschnitt knapp 35 Jahre alt, KJPiA rund 33 Jahre.

Die Ausbildungskapazität der Institute wird jedoch nicht ausgeschöpft. Hochgerechnet auf Basis des erwähnten Rücklaufs von 87,5% der Institute werden ca. 300 PP-Plätze und bis zu 150 KJP-Plätze angeboten. Besetzt werden davon derzeit schätzungsweise nur die Hälfte bis 2/3.

In den Jahren 2001 und 2002 zeigt sich in Bayern ein absoluter Tiefststand von Neueinsteigern mit hochgerechnet rund 120 bzw. 100 Neueinsteigern für die PP-Ausbildung und rund 20 für die KJP-Ausbildung. Die Zahlen scheinen in den letzten Jahren wieder anzusteigen. Für das Jahr 2004 haben die Institute ca. 140 PPiA und 30 KJPiA gemeldet, für das Jahr 2005 knapp 200 PPiA und 80 KJPiA.

Aussagen über die Attraktivität des Berufes lassen sich daraus leider nicht ableiten

– dazu müssten die Zahlen noch für einige Jahre beobachtet werden. Erst 2005 scheinen die Ersten die ganze Ausbildung durchlaufen (neben den vereinzelt „ganz Schnellen“) und die staatliche Prüfung abgelegt zu haben. Es haben 2005 allerdings nur 44 PPiA und 10 KJPiA aus Bayern die staatliche Prüfung abgelegt (bezogen auf 87,5% der Institute). Diese geringe Zahl spiegelt den Tiefststand der Ausbildungsteilnehmerzahlen direkt nach PsychThG wieder. Dies erscheint vor der Forderung von 1000 Neuapprobierten bundesweit, die die BPTK für notwendig hält, niedrig. Bezieht man diese Zahlen auf den Bevölkerungsanteil Bayerns, so wären hier jährlich ca. 150 Neuapprobierte notwendig, um die aktuelle Anzahl von PP und KJP zu halten. Eine systematische Beobachtung der Nachwuchszahlen über mehrere Bundesländer und einen Verlauf von mehreren Jahren erscheint vor diesem Hintergrund unbedingt notwendig.

Kurznachrichten

Gesundheitsreform: Einsatz für psychotherapeutische Versorgung

Wir haben uns auf unterschiedlichen Ebenen in Bayern und auf der Bundesebene dafür eingesetzt, dass die Belange der Psychotherapeut/inn/en bei der geplanten Gesundheitsreform berücksichtigt werden und haben dabei auf drohende Gefahren für die psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Menschen aufmerksam gemacht. Hierzu haben wir neben Gesprächen mit unterschiedlichen Funktionsträgern auch eine Presseerklärung zum Thema verfasst und in unseren Stellungnahmen anlässlich des Landespsychotherapeutentages (s.o.) ebenfalls unsere politischen Forderungen bekannt gemacht. Nach Einschätzung der Kammer werden in den bei Redaktionsschluss vorliegenden Gesetzentwürfen die besonderen Belange der psychotherapeutischen Versorgung und der Psychotherapeut/inn/en nicht berücksichtigt. Hierzu zählt auch, dass wir durch die geplante Strukturreform, die in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung eine bundesweite Zentralisierung der Strukturen vorsieht, Entwicklungen und Projekte, die

von der regionalen Bedarfslage ausgehen und die bisher insbesondere in Bayern aber auch in anderen Bundesländern erarbeitet worden sind, in dieser Form nicht mehr möglich sein werden.

Aktuelle Meldung nach Redaktionsschluss: Nach einem Termin von Nikolaus Melcop bei der Landesgruppe der CSU im Bundestag am 19.10.06 wurden an zwei Stellen im geplanten Gesetz Anhörungsrechte für die Bundespsychotherapeutenkammer als Berufsvertretung der PP und KJP auf Bundesebene neu mit aufgenommen.

Kontakte mit Vertretern der Parteien in Bayern

Wir haben zu den auf Landesebene aktiven Parteien (CSU, SPD, Grüne und FDP) Kontakt aufgenommen, mit dem Ziel, die aktuelle gesundheitspolitische Lage und Belange unserer Patient/inn/en und der Psychotherapeut/inn/en vertieft zu besprechen. Hierzu wurde im ersten Schritt der Arbeitskreis für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik der CSU-Landtagsfraktion am 19.10.06 in die Räume der PTK Bayern ein-

geladen. Auf der Tagesordnung standen u.a.: Die aktuelle Gesundheitsreform und ihre möglichen Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgung in Bayern, Unterversorgung Psychotherapie bei besonderen Personengruppen (z.B. Kinder und Jugendliche), Psychotherapie in Institutionen (Kliniken, Beratungsstellen u.a.), private Krankenversicherung und Psychotherapie, Nachwuchs an Psychotherapeuten, neue Versorgungsformen und Prävention psychischer Störungen. In den nächsten Wochen werden dann Treffen mit den gesundheitspolitischen Vertretern der anderen Parteien stattfinden.

Einsatz für ausreichende Studienplatzkapazitäten Klinische Psychologie

In unterschiedlichen Gesprächen haben wir uns dafür eingesetzt, dass auch nach der Umstellung auf das Bachelor-/Mastersystem ausreichend Studienkapazitäten an Klinischer Psychologie in den Masterstudiengängen in Bayern vorhanden sein werden. Ein Schwerpunkt war dabei auf Anregung von Prof. Willi Butollo die LMU-München, da es nicht sicher scheint, ob

der Lehrstuhl nach dem Ausscheiden von Prof. Butollo in wenigen Jahren weiterhin den Schwerpunkt Klinische Psychologie behält. Wir sind dankbar, dass unser Anliegen u.a. von *Dr. Werner Schubö*, Prorektor der LMU-München, positiv unterstützt wird.

Marburger Bund für Psychotherapeuten? – Gespräch mit Montgomery

Wir berichteten im PTJ 3/2006 im Zusammenhang mit den Tarifkonflikten im öffentlichen Dienst über die Frage, ob der Marburger Bund (MB) PP/KJP in den Tarifgesprächen mitvertritt oder nicht. Zwischenzeitlich konnten wir hierzu im persönlichen Gespräch zwischen *Dr. Nikolaus Melcop* und *Dr. Frank-Ulrich Montgomery* weitere Fragen klären. Er habe sich bis zuletzt auch für die Psychologen in Kliniken eingesetzt, sei jedoch am Widerstand der Arbeitgeber gescheitert. Mittelfristig stelle sich nach seiner Meinung für unsere Berufsgruppe aber insgesamt die Frage, ob angesichts der Tatsache, dass PP im MB eine verschwindende Minderheit darstellen, dies perspektivisch eine sinnvolle Organisationsform darstellen würde, in der sie sich mit ihren Interessen durchsetzen können. Der MB ist föderalistisch in Landesverbänden organisiert, bundesweit habe er 110.000 Mitglieder, fast ausschließlich Ärzte. In der Mehrzahl der Landesverbände könnten Psychologen Mitglied werden.

Private Krankenversicherung und Psychotherapie – Aktuelles

Im PTJ 3/2006 hatten wir Probleme im Bereich Private Krankenversicherung (PKV) und Psychotherapie angesprochen und wir hatten Sie gebeten, uns ggf. eigene Erfahrungen zu berichten. Zwischenzeitlich konnte *Dr. Nikolaus Melcop* mit dem Vorstandsmitglied der Allianz PKV-AG in München, *Dr. Michael Albert*, zu dieser Frage ins Gespräch kommen. Dieser bestätigte, dass der Bereich der Versicherung von Menschen mit psychischen Krankheiten tatsächlich von Seiten der PKV aufgrund der vorliegenden Zahlen über Versicherungsverläufe als besonders hoher Kostenfaktor eingeschätzt werde und dies die Tendenz zum Ausschluss oder zur gesonderten Höherversicherung begründe. Zur Frage der Finanzierung von

Psychotherapien durch Psychotherapeuten, sei er daran interessiert, weiter im Dialog zu bleiben. Die PKV sei insbesondere an wissenschaftlichen Studien zum Beleg der Effektivität und Kostenreduktion durch Psychotherapie interessiert.

Mitgliedschaft im Verband Freier Berufe

Am 16.10.06 beschloss die Delegiertenversammlung des Verbands Freier Berufe, die PTK Bayern als Mitglied aufzunehmen (s.a. Bericht der 7. Delegiertenversammlung der PTK Bayern im PTJ 1/2006, Bayern-Teil).

Presseerklärung gegen GEZ-Pläne für PC-Gebühren

Die Kammer hat mit einer Presseerklärung dagegen protestiert, dass Psychotherapeut/inn/en durch die geplanten Rundfunkgebühren für internetfähige PC und Handys zusätzlich belastet werden. Zum Zeitpunkt des Erscheinens dieser Ausgabe wird vermutlich schon deutlich sein, ob die Proteste der unterschiedlichen Organisationen zu einer Rücknahme der Pläne geführt haben.

Fortbildung zur Psychotherapie mit älteren Menschen

Am 20.01.07 findet in der LMU München eine Fortbildungsveranstaltung zur Psychotherapie mit älteren Menschen statt. Bei Interesse können Sie sich über die Geschäftsstelle anmelden. Näheres entnehmen Sie bitte dem versandten Programm oder unserer Homepage. Weitere Workshops zu diesem Thema sollen bei Nachfrage durch die Kammer angeboten werden.

Artikel zur Kooperation mit Zahnärzten

In der Zeitschrift der Zahnärztekammer wurde ein Artikel von *Nikolaus Melcop* mit dem Titel: ‚Zahnärzte und Psychotherapeuten – Aspekte einer wechselseitigen Zusammenarbeit‘ veröffentlicht. Einen Abdruck des Artikels können Sie auf Nachfrage in der Geschäftsstelle erhalten.

Psychotherapeuten-Suchdienst gestartet

Am 20.10.2006 ist der Psychotherapeuten-Suchdienst plangemäß gestartet (s.a. PTJ

3/2006, Bayern-Teil). Wir möchten noch einmal darauf hinweisen, dass für eine Präsentation der eigenen Praxis nur eine E-Mail-Anschrift erforderlich ist. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage.

Bitte tragen Sie sich mit Ihrem Praxisantrag im Psychotherapeuten-Suchdienst ein. Der Suchdienst wird vor allem dann von Patienten in Anspruch genommen werden, wenn möglichst viele Praxen dort auch aufgeführt sind.

Kammerwahlen:

Die erste Wahlbekanntmachung ist Ihnen bereits Ende Oktober 2006 zugegangen. Dort wurden Vorgehensweise und Ablauf genau beschrieben. Bitte beachten Sie die folgenden voraussichtlichen Termine im Zusammenhang mit der Wahl:

- Frist für Wahlvorschläge: 01.12.2006 – 02.01.2007 (Eingang bis spätestens 17.00 Uhr)
- Wahlzeit (Stimmabgabe per Briefwahl): 30.01. – 13.02.2007 (Eingang bis spätestens 17.00 Uhr)
- Delegiertenversammlung: 29.3.06 (Wahl des neuen Vorstands)

Bitte beachten Sie unsere Homepage für Details und eventuelle Terminänderungen, die sich erst nach Redaktionsschluss ergeben haben!

Wir wünschen allen Kolleginnen und Kollegen frohe Weihnachten und einen guten Start ins Jahr 2007!

Vorstand der Kammer:

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

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Juni hat der Vorstand auf einer ganztägigen Klausurtagung die weitere Kammerarbeit geplant. Im Mittelpunkt stand die aktuelle Personalsituation im Kontext zur weiteren Entwicklung der Kammerarbeit. Die Aufgaben der Berliner Kammer werden mit den vorhandenen Ressourcen nicht ausreichend erfüllt. Die angestellten und freien Mitarbeiter sowie der Vorstand arbeiten am Rande ihrer Kapazität. Z. Zt. prüfen wir aus verschiedenen Perspektiven: Aufgaben, Ziele, die aktuelle Personalsituation und versuchen der Delegiertenversammlung anhand von verschiedenen Modellen aufgabenbezogene Entscheidungshilfen vorzulegen, nach denen z.B. Neueinstellungen vorzunehmen wären – was dann ggf. eine Erhöhung des Mitgliedsbeitrages zur Folge hätte. Darüber wurde auf der 17. Delegiertenversammlung am 31. August 2006 diskutiert. Auf einer weiteren wird die Diskussion fortgeführt und diesbezügliche Entscheidungen werden vorbereitet.

Das Beschwerdemanagement der Berliner Kammer ist weiter differenziert worden. Ergänzend zur Schlichtungs- und zur Beschwerdestelle wurde als niedrigschwelliges Angebot eine Ombudsstelle eingerichtet. Ab Oktober bieten drei Kolleginnen und ein Kollege zu regelmäßigen Zeiten telefonisch Beratung für Mitglieder und für Patienten/innen an. Näheres wird einem Flyer zu entnehmen sein.

Wir sind der „Nordkammer-Infosuche“ (Kooperationsverbund der Kammern Niedersachsen, Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein) beigetreten. Mit diesem Service können im Internet Psychotherapeuten über die Grenzen der Bundesländer hinweg gefunden werden. Für Ratsuchende, die nicht mit dem Internet vertraut sind oder spezielle therapiebezogene Fragen haben, ist das Service-

telefon zur Vermittlung von Therapieplätzen weiter besetzt. Ab Januar 2007 wird dieser Service in Kooperation mit der FU Berlin durchgeführt werden.

Geplant ist ein Projekt zur Prävention im Kindesalter, um Verzögerungen in der psychischen Entwicklung möglichst früh erkennen und dagegen intervenieren zu können.

Die Geschäftsstelle arbeitet intensiv an der Fortbildungszertifizierung. Besonders die länder- und kammerübergreifenden Prozesse erfordern eine sorgfältige Planung. Der Auftrag für die Entwicklung einer Datenbank mit Onlineportal ist erteilt. Eine Interimslösung des elektronischen Punktekontos ist in der Erprobung. Die Erfahrungen damit fließen in die endgültige Lösung ein.

Die Kammer führte folgende Veranstaltungen durch bzw. war Mitveranstalter:

■ Im Auftrag des Vorstands hielt Herr Stößlein auf einer Fachtagung der Therapeutischen Wohngemeinschaft „Koralle“ einen Vortrag, der die Notwendigkeit der Vernetzung von Jugendhilfeträgern, jugendpsychiatrischen Kliniken, fachdiagnostischen Diensten und ambulanten Psychotherapeuten in diesem Bereich verdeutlichte. Die Tagung hatte zum Ziel, die Kooperation zwischen Behandlern zu fördern, die mit schwer traumatisierten und/oder frühgestörten Jugendlichen und jungen Erwachsenen arbeiten.

Besonders folgenreich für diesen Arbeitsbereich ist, dass die psychotherapeutische Fachklinik des Max-Bürger-Zentrums Berlin Ende 2002 ersatzlos geschlossen wurde. Damit entfiel das einzige Angebot einer tagesklinischen und vollstationären psychotherapeutischen Behandlung für diese Patienten.

■ Veranstaltung „Musik und Therapie – Dr. Elisabeth Bingel: Gefühle der Ver-

wirrung – Verwirrung der Gefühle. Wer betrügt wen? Tiefenpsychologische Betrachtungen zur Mozart-Oper „Così fan tutte“

■ Im November veranstaltete die Kammer zusammen mit dem Institut für Verhaltenstherapie Berlin, der Charité und der Humboldt Universität ein verfahrensübergreifendes Symposium „Therapeutische Ansätze bei der histrionischen Persönlichkeitsstörung“.

■ Ebenfalls unter Beteiligung der Kammer fand die interdisziplinäre Fachtagung „Psychologische Aspekte der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen und vernetzte Versorgungsstrukturen“ statt.

■ Zusammen mit der Ärztekammer und dem Behandlungszentrum für Folteropfer wurde das Curriculum „Begutachtung psycho-reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“ zum achten Mal durchgeführt.

Für das neue Jahr sind bisher folgende Veranstaltungen geplant, zu denen Sie schon jetzt herzlich eingeladen sind:

■ Vorstand und Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ bereiten einen Angestelltentag vor.

■ Ein Aufbaumodul zur Psychotherapie mit Erwachsenen und eines mit Kindern wird im Frühjahr angeboten.

■ Im ersten Halbjahr 2007 ist ein Landespsychotherapeutentag zum Thema „Die Rolle des Psychotherapeuten. Beziehungen und Implikationen innerer und äußerer Realität“ geplant.

■ Der 10. Deutsche Psychotherapeutentag – der gemeinsam mit der BPTK geplant und durchgeführt wird – findet am 12. Mai 2007 in Berlin statt.

Ruhige, erholsame Weihnachtstage und ein gutes Neues Jahr wünscht Ihnen

Renate Mrazek (Vizepräsidentin)

Prävention und Psychotherapie in früher Kindheit

In den letzten Jahren rückten durch die Ergebnisse der Säuglingsforschung und durch die psychotherapeutische Arbeit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Bedeutung der frühesten Kindheit immer stärker in den Blickpunkt.

Einerseits können in dieser sehr sensiblen und vulnerablen Phase seelische Krankhei-

ten leicht entstehen, andererseits ist aber auch die Prognose für eine therapeutische bzw. präventive Intervention sehr günstig, da seelische Störungen noch nicht fixiert sind.

Die psychotherapeutischen Schulen mussten neue Konzepte entwickeln, da die Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern im klassischen Setting nicht zu leisten war. Dar-

um ging es auf einer Fortbildungsveranstaltung der Berliner Kammer für PP und KJP. Im Folgenden sind die Beiträge von Gabriele Klausmeyer, die das Thema aus psychoanalytischer Sicht betrachtet sowie von Gerd Pörschke und Uta Spät, die sich dem Gegenstand aus einer ressourcenorientierten körpertherapeutischen Perspektive nähern, für das PTJ zusammengefasst.

Psychoanalytische Eltern-Säuglingstherapie

Seit 2002 wird die Eltern-Säuglings-Kleinkind-Therapie (0 und 2 Jahre) als Kassenleistung übernommen. Sie ist indiziert, wenn es zwischen Eltern und Kind zu misslingenden Interaktionen und Beziehungsstörungen kommt, die dann zu frühen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen führen.

Die Symptome sind: Schlafstörungen, exzessives Schreien, Fütterstörungen, frühkindliche Depression, frühe Ängste, psychosomatische Störungen verbunden mit allergischen Erkrankungen und allgemeiner Infektanfälligkeit, selbstverletzendes und aggressives Verhalten.

Bei der Diagnostik müssen organische und psychosoziale Faktoren berücksichtigt werden. Behandlungsbedarf besteht, wenn das Symptom über einen längeren Zeitraum andauert und es sehr belastend für die Eltern geworden ist.

In der fragilen frühen Zeit der Beziehungsaufnahme zwischen Eltern und Säugling kommt es häufig zu Krisen, die im Zusammenhang stehen mit unbewussten eigenen Beziehungserfahrungen der Mutter/ des Vaters in der Säuglingszeit. Die Vulnerabilität der jungen Eltern und deren damit einhergehende Motivation machen den Zugang zu diesen unbewussten Vorgängen leichter. So kann häufig in relativ kurzer Zeit eine Veränderung in der Interaktion und eine Erleichterung, bzw. Behebung der Symptomatik erreicht werden.

Die Erkenntnisse der Säuglingsforschung und die zweijährige Säuglingsbeobachtung sind mittlerweile integrierter Bestandteil in der Ausbildung zum analytischen Kinder-

und Jugendlichenpsychotherapeuten und Voraussetzung zur Durchführung von Eltern-Säuglingstherapien.

Ambulanzen für analytische Eltern-Säuglings-Beratung und Therapie in Berlin:

- Institut für Psychotherapie, Goerzallee 5, 12207 Berlin, Tel :030 841 867 – 35
- Institut für analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Weichselstr. 34, 10247 Berlin, Tel: 030/ 27908947
- Beratungsstelle vom Säugling zum Kleinkind, Friedrich Ebert Str. 4-5, 14467 Potsdam, Tel: 0331/2700574

Das ungeborene Kind lebt in einer Welt der Kontinuität, auf die es keinen Einfluss nehmen muss. Mit der dramatischen Trennungserfahrung der Geburt endet dieses Kontinuum und die Mutter wird zur äußeren Koordinatorin für das Erleben des Kindes. Oft erschweren traumatische Geburtserfahrungen das Zueinanderfinden von Mutter und Säugling.

Das Kind steht von Anfang an in einem lebendigen Austausch mit der Welt und seinen Beziehungspersonen, indem es ständig projiziert und introjiziert. Es hat gewaltige Anpassungsleistungen zu vollbringen und ist bei der Integration seiner überschwemmenden Affekte vollständig angewiesen auf das Eingestimmtsein der Mutter. Die Kunst des Mutterseins besteht in diesem sensiblen aufeinander Eingestimmtsein und in ihrer Fähigkeit, das Baby als eigenständige Person wahrzunehmen. Seine Entwicklung kann gefährdet sein,

wenn Eltern vor dem Hintergrund eigener unverarbeiteter Konflikte und Traumata diese Balance nicht bieten können. Dafür können das Gesamtsystem, in welchem sich die Eltern befinden, verantwortlich sein sowie Familienanbindung, finanzielle Situation, soziale Kontakte, und genetische Voraussetzungen des Kindes.

Mit Blick darauf spricht Bion von der ‚Leihcontainerfunktion‘ der Eltern. Ihnen fällt die Aufgabe zu, die rohen Gefühlszustände (Betaelemente) des Säuglings in sich aufzunehmen (Alphafunktion der Eltern), sie in sich zu verwandeln und zu begrenzen. Mit Worten ermöglichen Eltern dem Säugling, diese rohen Zustände in denkbare Zustände zu verwandeln. Diese Leihcontainerfunktion ähnelt dem, was wir unter therapeutischer Empathie verstehen. Der Säugling ist ausgestattet mit dem primären Bedürfnis, mit dem Objekt (Mutter oder Vater) verbunden zu sein, er ist vorangetrieben von seiner Wissbegierde. Beide helfen ihm, die ‚Übersetzungsarbeit‘ der Bezugspersonen anzunehmen.

Oft beginnt die Therapie mit einer entlastenden Beratung, bei der Wertschätzung und Unterstützung der Eltern sowie Informationen zur frühkindlichen Entwicklung im Vordergrund stehen. Es eröffnet sich ein Raum, in dem Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse den Zugang zu bewussten und unbewussten Vorstellungen über Beziehungen ermöglichen. Im Zusammensein mit den Eltern und dem Kind stellt sich die misslungene, noch präverbale Kommunikation meist szenisch dar. Dabei ist das Mitwirken des Kindes von zentraler Bedeutung. Oft können wir

seine unmittelbaren Reaktionen auf die Ansprache von Problembereichen beobachten. Es schläft ein, weint, geht zur Tür oder schlägt sich selbst.

Für den Therapeuten gilt es zuerst die körperlichen und emotionalen Aktionen und Reaktionen der Beteiligten wahrzunehmen und deren Bedeutung zu erfassen. Dabei ist gleichermaßen auf die Interaktion zwischen Eltern und Kleinkind sowie auf deren Interaktion mit dem Therapeuten zu achten. Wichtig ist auch die Fähigkeit der Beteiligten, mit dem Therapeuten Kontakt aufzunehmen.

Dabei muss der Therapeut seine eigene Übertragung reflektieren, die im Zusammenhang mit seiner eigenen Geschichte steht. Er nimmt die Interaktionen und Gefühlsinhalte in sich auf und wird zum Con-

tainer der oft unerträglichen Gefühle, die von den Eltern in den Therapiestunden geschildert werden. Wenn er die dem Konflikt zugrunde liegende unbewusste Bedeutung verstanden hat, fasst er sie in für Eltern und Kind verständliche Worte. Immer wieder überrascht, wie direkt Säuglinge und Kleinkinder auf solche Interventionen reagieren. Auch die Eltern spüren diesen Zusammenhang. Das Kind und die Eltern erleben Containment durch den Therapeuten und die Eltern gewinnen an Fähigkeit, die Gefühle ihres Kindes zu halten und zu verstehen. In der therapeutischen Situation werden die Eltern dabei unterstützt, Vorstellungen ihres eigenen inneren Befindens und von denen ihres Kindes zu entwickeln. Sie begreifen ihr Kind zunehmend als eigenständiges Wesen mit einem eigenen inneren Erleben und können sein zukünftiges Verhalten einschät-

zen. Dadurch fühlt sich das Kind gehalten und die Eltern gewinnen Vertrauen in ihre Kompetenz.

In der therapeutischen Situation ist es die Aufgabe des Therapeuten, triadisches Verhalten zu fördern und dualen Beziehungen, die ein Elternteil ausschließen, entgegen zu wirken. Es ist oft ratsam, das Setting der Therapie flexibel zu gestalten, damit solche Strukturen wirksam bearbeitet werden können. Von zentraler Bedeutung für den Erfolg der Therapie ist die wohlwollende und wertschätzende Haltung des Therapeuten gegenüber den Eltern.

Eine Literaturliste kann bei der Autorin (gabrieleklausmeyer@snafu.de) angefragt werden.

Gabriele Klausmeyer

Berliner SchreiBabyAmbulanz

Ressourcenorientierte, körperpsychotherapeutische Krisenintervention bei Schreibabys nach Paula Diederichs

Die Berliner SchreiBabyAmbulanzen (SBA) wurden 1993 von Thomas Harms und Renate Wilkening gegründet. Sie werden von der Charlotte-Steppuhn-Stiftung, der Senatsverwaltung Bildung, Jugend und Sport und dem Nachbarschafts- und Selbsthilfezentrum in der ufa-fabrik gefördert. Ihr Angebot richtet sich an überforderte, verzweifelte Eltern mit Babys und Kleinkinder im Alter von 0 bis 2,5 Jahre, die unter folgenden Symptomen leiden: Exzessives Schreiverhalten, Stillproblematiken, Koliken, Schlaf- und Essstörungen, Entwicklungs- und Interaktionsstörungen. Als Ursachen gelten u.a.: Geburtstraumata, frühe Trennung von der Mutter, problematische Schwangerschaften und fehlende psychische Stabilität der Mutter oder des Vaters. In der über 10-jährigen praktischen Erfahrung der Berliner SBA erwiesen sich Schwangerschafts- und Geburtsverläufe als sehr bedeutsam für die Entwicklung des Kindes. Körperpsychotherapeutischer Hintergrund der von Paula Diederichs angewandten Kurzzeittherapie sind die Arbeiten von W. Reich, seiner Tochter Eva Reich und neoreichianische Weiterentwicklungen wie die Biodynamik von

Gerda Boyesen. Wichtige Prinzipien der Körperpsychotherapie sind u.a. die Selbstorganisation, die Dialektik von Körper und Psyche, die Pulsation und der Körperpanzer. Unter Einbeziehung von Erkenntnissen unter anderem aus der Pränatalpsychologie (Ludwig Janus/S. Haibach) und Interventionsmethoden aus der Körperpsychotherapie, der Psychoanalyse, der Tiefenpsychologie und der Verhaltenstherapie können die Eltern und ihre Kinder aus der Krise heraus begleitet werden. Schwerpunkte der Arbeit: Reduktion des hohen Stress- und Erregungsniveaus durch Zentrieren und Erden beim Baby und seinen Eltern mit Halte-, Massage- und Atemtechniken. Abbau des hohen Aggressionspotentials der Eltern mittels Körperarbeit zur Gewaltprävention. Ressourcenorientierte Gespräche mit den Eltern. Bearbeitung psychodynamischer Aspekte wie Schuld- oder Selbstwertkonflikte bei der Mutter. In der Arbeit findet die therapeutische Beziehung zwischen Therapeut und Mutter/Eltern besondere Berücksichtigung. (vgl. „Containment“). Die therapeutische Übertragungsdynamik ist neben einer Vorbildfunktion häufig von der von Stern

(1998) beschriebenen „guten-Großmutter-Übertragung“ geprägt. Ziel ist die Wiederherstellung/Vertiefung des Liebesflusses zwischen allen Betroffenen.

Diese Methode wurde von der FU-Berlin mittels einer Studie evaluiert.

Informationen zu Fortbildung und Kontakt: www.schreibabyambulanz.info

Gerd Pörschke

Redaktionsteam

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

Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/8871 40-0, FAX -40
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Die Bremer Kammer tanzt!

Am 30.9. fand endlich – nach sorgfältiger Vorbereitung – die erste Kammertanznacht statt. Im neuen Haus im Park versammelten sich über hundert TherapeutInnen nebst Anhang. In dieser wirklich schönen Ambiente fiel es Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens leicht, alle Erschienenen herzlich einzuladen, erstmals nur im Kreise von Kolleginnen und Kollegen zu feiern.



Die Band „Creme fraiche“ heizte ordentlich ein

Der Festausschuss, bestehend aus Marianne Büthe-Tietel, Bärbel Burfeind, Frank Bodenstein und Björn Husmann, hatte gute Vorarbeit geleistet: Das opulente Buffet vom ehemaligen Chefkoch des Klinikum Bremen-Ost, Herrn Fugger, für den Körper und die Musik der Hamburger Gruppe Creme fraiche kamen gut an.

Die „Schlacht am (warmen) Buffet“ gestaltete sich eher als ein Schlangestehen und



Barbara und Frank Bodenstein legten eine Kesse Sohle hin

sich in Geduld üben. Doch Geduld haben die meisten unseres Berufsstandes ja sowieso und konnten dies hier noch einmal unter Beweis stellen. Danach ließen sich die Gäste nicht lange bitten, auch das Tanzbein zu schwingen.



Die Schönen der Nacht: Ursula Wolf und Sabine Schmid

Sowohl die tanzkursgestählten, als auch die mehr freestyle-liebenden Kolleginnen und Kollegen kamen bei der Musik von Creme fraiche auf ihre Kosten.



Ob Standard oder free-style – bunt gemischt das Motto

Vielleicht drückte sich die gute Stimmung auch darin aus, dass selbst das Servicepersonal mit viel Anerkennung – die sich auch in großzügigem Trinkgeld ausdrückte – bedacht wurde. Ab halb zwei war dann der Tanz vorbei, alle fanden ihren Weg nach Hause und wir hoffen, dass es allen Beteiligten ebenfalls gefallen hat!



Wohlige Erschöpfung zur späten Stunde

Kooperation mit der Unabhängigen Patientenberatung Bremen

Zu einem Meinungs- und Erfahrungsaustausch trafen sich Mitarbeiterinnen der Unabhängigen Patientenberatung (UPB) und Mitglieder des Kammervorstandes. Die neue Leiterin der UPB, Anette Drewes-

Kirchhoff und Adele Ihnen kamen zu einem informativen Gespräch mit Hilke Schröder und dem Kammerpräsidenten Karl Heinz Schrömgens in die Geschäftsstelle in der Hollerallee.

Ein Überblick über den Umfang und die Inhalte des Beratungsbedarfs im Bereich Psychotherapie gab Aufschluss darüber, dass die Fragen zu den Regelungen des Ausfallhonorars nach wie vor einen Schwerpunkt darstellen.

Trotz der mit der Psychotherapeutenkammer und der Ärztekammer getroffenen Vereinbarung über eine Frist von 48 Stunden, außerhalb derer für die Patienten bei einer Terminabsage keine finanziellen Verpflichtungen entstehen, kam es häufig zu Irritationen oder Konflikten. Die Patienten fühlten sich entweder nicht genügend informiert und /oder es fehlte eine schriftliche Ausfallhonorar-Vereinbarung im Rahmen eines Therapievertrages.

Die ebenfalls oft gestellten Nachfragen nach Spezialisten konnten – so die erfreuliche Rückmeldung der UPB – mithilfe des Online-Suchdienstes Psych-Info und den von der Bremer Kammer zur Verfügung gestellten Listen mit Schwerpunktgebieten der Therapeuten qualifiziert beantwortet werden.

Weitere Fragen betrafen vor allem die Schweigepflicht und das Einsichtsrecht in die Patientenakten, speziell betroffen war dabei die Schweigepflicht innerhalb der

Eltern-Kind-Beziehung im Rahmen von kinderpsychotherapeutischen Behandlungen.

Zwischen den Gesprächsteilnehmer(Innen) wurde vereinbart, gemeinsam inhaltliche Grundlagen für die Erstellung eines Flyers zu erarbeiten, in dem immer wieder auftauchende Anfragen an die UPB beantwortet werden. Außerdem einigte man sich auf einen engeren Kontakt „bei Bedarf“ zur Bearbeitung spezieller Einzelfragen.

Bremer Berufsbildungswerk sucht Kooperation mit Psychotherapeuten

Hoher Anteil von Auszubildenden mit psychischen Störungen

Anlässlich eines Fachgespräches mit niedergelassenen und institutionell tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten informierte die leitende Psychologin Frau Wittich die Anwesenden über die Aufgabenstellung des Berufsbildungswerkes, insbesondere über die Veränderungen in den Zugangsgründen für eine Ausbildung in diesem Bildungswerk.

Gegenwärtig werden 500 vor allem junge Menschen ausgebildet. Von diesen sind ca. 300 im Internat der Einrichtung untergebracht. Die restlichen wohnen extern, entweder zu Hause, in eigener Wohnung oder im „betreuten Wohnen“. Rund 50 % gelten als psychisch beeinträchtigt und sind als psychisch gestört nach ICD-10 klassifi-

ziert. Es handelt sich um Angststörungen und Depressionen, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten. Ebenfalls verbinden sich mit körperlicher Behinderung häufig auch psychische Behinderungen. Waren früher hauptsächlich Körper- und Lernbehinderte in dieser Einrichtung aufgenommen worden, so hat sich das in den letzten Jahren deutlich gewandelt. Obwohl nicht für psychische Behinderungen eingerichtet und spezialisiert, ist dies zunehmend zu einem Schwerpunkt in der Einrichtung geworden.

Es besteht ein Interesse an Kooperation mit psychotherapeutisch tätigen Einrichtungen, insbesondere im niedergelassenen Bereich. Von den Psychologinnen der Ein-

richtung wurde beklagt, dass niedergelassene Psychotherapeuten sich häufig nicht auf Auszubildende einstellen können, die neben der psychischen Behinderung auch eine Lernbehinderung haben. Zudem werde man häufig mit langen Wartezeiten konfrontiert. Allerdings betonten die Psychologinnen auch, dass diese Gruppe für eine psychotherapeutische Praxis nicht einfach zu händeln sei, weil diese Personen häufig nicht die Zuverlässigkeit mitbrächten, die in einer psychotherapeutischen Praxis erwartet werde. Die Psychologinnen der Einrichtung seien gerne bereit, mit Psychotherapeuten, die behandlungsbedürftige Auszubildende aufnehmen, zusammenzuarbeiten und an passenden Rahmenbedingungen mitzuwirken.

Psychotherapeutenkammer und psychotherapeutische Ausbildungsinstitute im Gespräch

Anfang September trafen sich erneut Vertreter der drei Bremer Ausbildungsinstitute mit Mitgliedern des Bremer Kammervorstandes. Die Institute wurden vertreten von Detlev Schäfer, Ausbildungsleiter bei der Bremer Psychoanalytischen Vereinigung (BVP), Am Barkhof, von Gisela Ripke und Anke Gringel vom Psychoanalytischen Institut Bremen (PIB), Metzgerstraße und von Monika Wagner-Haase, Leiterin des Norddeutschen Instituts für Verhaltenstherapie (NIVT), Bredenstr.. Gesprächspartner der Kammer waren Helga Friehe-Rüdebusch,

Hans-Otto Platte und Karl Heinz Schrömgens.

Zunächst fand ein Meinungs austausch über die Umstellung der Diplom-Abschlüsse auf Bachelor-/Masterabschlüsse statt. Bei allen Beteiligten bestand Übereinstimmung, dass für den Einstieg in die psychotherapeutische Ausbildung ein Masterabschluss sowohl für den Bereich zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten als auch für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychothera-

peuten zwingend notwendig sei. In der Diskussion machte Frau Wagner-Haase darauf aufmerksam, dass die Erfahrungen am NIVT so seien, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die nicht ein Diplom in Psychologie besitzen, deutlich größere Probleme haben, und es ihnen an notwendigem Basiswissen fehle, das in Tutorien nachgeholt werden müsse. Frau Gringel vom PIB konnte dies aus den Erfahrungen, die sie dort machen, nicht bestätigen.

Ein zweiter wesentlicher Punkt war die Vergütungsfrage für Psychotherapeuten in der Ausbildung während ihrer praktischen Tätigkeit. Herr Schrömgens informierte über die Bemühungen der Kammer in Bremen, zu einer Bremischen Regelung für die Vergütung von Ausbildungsteilnehmern zu kommen, und dass dies bisher nicht gelungen sei. Die Vertreter der Institute informierten darüber, dass in ländlichen Gebieten die Bereitschaft an Kliniken deutlich größer sei, den Praktikanten eine Vergütung zukommen zu lassen. Dies führe auch dazu, dass des Öfteren Teilnehmer ihre praktische Tätigkeit im ländlichen Gebiet suchen würden.

Als dritter Themenkomplex fand ein Erfahrungsaustausch über die Ausbildungsverläufe nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes statt. In allen Instituten zeigt sich, dass die Ausbildung deutlich länger als 5 Jahre berufsbegleitend dauert. Am PIB ist von 6 bis 7 Jahren die Rede; am NIVT geht man ebenfalls davon aus, dass die Ausbildung mindestens 6 Jahre in Anspruch nehmen. Bei den Prüfungen sei bisher in Bremen noch niemand durchgefallen. Allerdings haben insgesamt nur wenige Prüfungen stattgefunden. Bei Prüfungen werde die Kooperation mit anderen Instituten gesucht, weil ansonsten der Aufwand unverträglich hoch wäre. Gab es anfangs einen Einbruch in der Nachfrage nach der Ausbildung zum

Psychotherapeuten, habe sich die Nachfrage inzwischen deutlich stabilisiert. Es zeige sich aber eine deutliche Verlagerung hin zum weiblichen Geschlecht. Insgesamt würden kaum noch Männer die Ausbildung beginnen.

Die Ausbildungsinstitute nahmen interessiert zur Kenntnis, dass inzwischen eine größere Gruppe von Ausbildungsteilnehmern in der praktischen Ausbildung von der Möglichkeit der freiwilligen Kammermitgliedschaft Gebrauch gemacht habe. Abschließend wurde das Angebot der Kammer begrüßt, an Informationsveranstaltungen in den Instituten über die Kammer und zu Fragen der Berufsausübung und des Berufsrechts teilzunehmen.

Studiengang Soziale Arbeit und Psychotherapeutenkammer suchen Kooperation

Zu einem ersten Austausch trafen sich im September von der Hochschule Bremen Frau Prof. Dr. Renate Freericks, Prodekanin und Herr Holger Kühl, wissenschaftlicher Mitarbeiter und Studiengangsleiter am Studiengang „Soziale Arbeit“ mit Hilke Schröder und Karl Heinz Schrömgens in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer.

Herr Schrömgens informierte über die Zugangsvoraussetzungen zu den Berufen des Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz und der Erwartung der Psychotherapeutenkammer, dass bei Umstellung der Studiengänge auf Bachelor- und Masterabschlüsse als einheitliche Zugangsvor-

aussetzung ein Masterabschluss in Psychologie bzw. zusätzlich für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Fächern Sozialpädagogik, Pädagogik gegeben sein muss. Ebenfalls informierte er über den Stand der bundesweiten Diskussion und verwies auf die Mindeststandards für ein klinisch-, pädagogisch-, sozialarbeiterisches Profil von Masterstudiengängen (M.A.) in sozialer Arbeit und Heilpädagogikstudienbereichen, die von der „Arbeitsgemeinschaft für die Zulassung zur Ausbildung in Kinder- und Jugendpsychotherapie“ erarbeitet worden sind. Die Vertreter der Hochschule bestätigten, dass sie die gestellten Anforderungen nachvollziehen können und dass sie ebenfalls sehr interessiert an einer Einrichtung eines Masterstudienganges

„Soziale Arbeit“ an der Hochschule Bremen sind.

Angedacht werden Kooperationen mit anderen Studiengängen an der Hochschule Bremen, evtl. auch mit Studiengängen an weiteren Hochschulen in der Region. In diesem Zusammenhang sei auch eine Kooperation mit Einrichtungen außerhalb der Hochschule wie z.B. der Psychotherapeutenkammer denkbar. Die Vertreter der Psychotherapeutenkammer begrüßten dies und konnten sich ebenfalls eine Kooperation vorstellen, unabhängig davon in welchen formalen Strukturen dies geschehen könnte. Sinnvoll sei auch die Einbeziehung von in der Region tätigen psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten.

Migration und psychische Gesundheit

In einem Gespräch stellte die Leiterin des von der Volkswagenstiftung geförderten Projektes **„Neuen Subjekten eine Stimme verleihen: Kulturelle Diversität im Gesundheitssystem“**, Frau Dr. Christiane Falge, die Anliegen des Forschungsvorhabens in der Psychotherapeutenkammer vor. Das Projekt ist angesiedelt am Zen-

trum für Europäische Rechtspolitik an der Universität Bremen und beschäftigt sich zum einen mit der Versorgung von Migranten im Bereich psychischer Gesundheit und im Bereich der Mütterversorgung, zum anderen aber mit der Frage, inwieweit die aktive Teilhabe von Migranten die Nachfrage nach Versorgungsleistungen im Feld

psychischer Gesundheit beeinflusst. Die Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer, aber auch anderen Organisationen im Gesundheitswesen werde angestrebt, da im Rahmen des Projektes die Versorgungssituation von Migranten im Feld psychischer Gesundheit untersucht werden soll.

Weitere Informationen:

Selbständig und dennoch gegen Arbeitslosigkeit versichert?

Seit Februar dieses Jahres existiert für junge Selbständige die Möglichkeit, sich freiwillig in der Arbeitslosenversicherung weiterzuversichern. Voraussetzung ist allerdings, dass der Antragsteller in den letzten 24 Monaten vor Aufnahme seiner selbständigen Tätigkeit mindestens 12 Monate versicherungspflichtig beschäftigt war. Der Monatsbeitrag liegt im Jahr 2006 bei ca. 40 €. Der Antrag ist bei der örtlichen Agentur für Arbeit zu stellen.

Berufshaftpflicht – Neue Regelungen aus dem Heilberufsgesetz

Der Gesetzgeber hat den Heilberufskammern eine weitere gesetzliche Verpflichtung auferlegt. Seit März diesen Jahres hat das Heilberufsgesetz eine neue Verpflichtung für alle Kammerangehörigen aufgenommen, die ihren Beruf ausüben. In § 28 Abs. 4 heißt es: Die Kammerangehörigen haben die Pflicht „eine Berufshaftpflichtversicherung zur Deckung sich aus ihrer Berufstätigkeit ergebenden Haftpflichtansprüche abzuschließen und während ihrer Berufstätigkeit aufrecht zu erhalten, soweit nicht zur Deckung der Schäden Vorsorge durch eine Betriebshaftpflichtversicherung getroffen ist.“

Während bislang schon die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer in § 4 Abs. 2 die Kammermitglieder zu einem ausreichenden Versicherungsschutz gegen Haftpflichtansprüche verpflichtete, gehen die Regelungen aus dem Heilberufsgesetz noch weiter. Denn in § 5 Abs. 2 wird unter Punkt 11 festgelegt, dass die Kammerangehörigen gegenüber der Kammer verbindlich erklären müssen, dass sie über einen ausreichenden Deckungsschutz verfügen. Zwar zeigen die äußerst geringen Beitragsunterschiede zwischen Deckungssummen von ein und zwei Millionen Euro, dass das Versicherungsrisiko seitens der Versicherer als nicht gravierend eingeschätzt wird.

Die Kammer ruft alle Mitglieder auf: Prüfen Sie umgehend, ob sie über einen ausreichenden Versicherungsschutz verfügen und teilen sie dies zeitnah schriftlich der Kammer mit. Mit der Einladung zur letzten Kammerversammlung war ein solcher Erklärungsbogen versandt worden.

Korrektur

Im Beitrag „Quo vadis, KV Bremen“, PTJ 3/2006 ist uns ein Fehler unterlaufen. Irrtümlicherweise hieß es: „Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin ließ

sich den Verzicht auf die Neuausschreibung von der KV versilbern.“ Richtig hätte es heißen müssen: „Eine Psychologische Psychotherapeutin ließ sich den Verzicht auf die Neuausschreibung von der KV versilbern“.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Ursula Kappelhoff, Hilke Schröder, Karl Heinz Schrömgens, Ursula Wolf

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Vier Jahre Psychotherapeutenkammer Hamburg

Die erste Legislaturperiode unserer im Jahre 2002 neu gegründeten Psychotherapeutenkammer geht dem Ende entgegen. Die Wahl der Delegiertenversammlung für die kommende Amtszeit wird im Januar/Februar 2007 stattfinden, und die Vorbereitungen dazu sind bereits im vollen Gange.

Dies ist also der Moment, an dem Bilanz gezogen wird über das was war, und auch über das was nicht war.

Beim Aufbau der Psychotherapeutenkammer orientierten wir uns sinnvollerweise an den Strukturen und Erfahrungen der anderen Heilberufekammern, die ja schon seit Jahrzehnten bestehen. Durch deren Professionalität wurde die Messlatte für uns sehr hoch gelegt, was zu Beginn erst einmal zu einem „alternativen“ Verwaltungsstil führte. Aber schon bald, spätestens mit der Berufung von Herrn Th. Grabenkamp zum Geschäftsführer, nahmen die Verwaltungsabläufe Formen an, wie sie von einer Behörde, die die Kammer ja nun einmal ist, erwartet werden und vorgeschrieben sind. Dabei hat uns die Ärztekammer Hamburg in großzügiger und natürlich kompetenter Weise unterstützt, wofür wir uns an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich bedanken möchten. Dies hat uns gerade am Anfang doch sehr geholfen. Gleichzeitig galt es eine eigene, von der Identität der Hamburger Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geprägte Kammer zu schaffen, die unseren Vorstellungen von Kollegialität, Zusammenarbeit und gegenseitiger Ach-

tung entsprach und eben nicht ein Organ obrigkeitstaatlichen Handelns sein sollte. Wir wollten auch vermeiden, zum Instrument und Organ des sog. „berufständischen“ Handelns zu werden und dabei den Blick für das Ganze aufzugeben.

Rückblickend betrachtet scheint es uns gelungen zu sein, einiges von diesen Vorfällen zu verwirklichen und durch den „Dschungel“ der administrativen Alltagszwänge zu retten. Dabei mussten wir auch erkennen, dass einer Heilberufekammer doch sehr vielfältige Aufgaben – darunter auch viele öffentliche Aufgaben, wie die Beteiligung an Entscheidungsprozessen der Behörden und der regionalen Bezirksebene obliegen und dass den Aktivitäten einer Kammer durch Gesetze und Verordnungen engere Grenzen gesetzt sind als beispielsweise Berufs- und Fachverbänden. Den einer Kammer möglichen Spielraum haben wir im Interesse aller Kammermitglieder soweit wie möglich genutzt.

Wir haben uns in den letzten vier Jahren als Kammer eigene „Regeln“ definiert. Angefangen von der Kammerstatute, über die Fortbildungsordnung, die Berufsordnung, die Ethiksatzung bis hin zur Schlichtungsordnung. Es ist uns im Gegensatz zu vielen anderen PT-Kammern gelungen, auch eine Beitragsregelung zu finden, die zwar mit viel Verwaltungsarbeit verbunden ist, die aber auch eine allseits anerkannte gerechte und sozial ausgewogene Beitragsregelung ermöglicht. Als positive Folge gibt es seit der Einführung der neuen Beitragsordnung keine Widersprüche und auch keine Klagen mehr gegen die Höhe der Beiträge.

All diese „Verwaltungsfragen“, bis hin zu der Einrichtung einer eigenen Geschäftsstelle haben uns gerade in den ersten zwei Jahren sehr viel stärker in Anspruch genommen als wir dies am Anfang vermutet haben. Inzwischen können wir sagen „es läuft“ und es ist uns gelungen, die Psychotherapeutenkammer Hamburg nachhaltig auf allen Ebenen in Hamburg zu verankern.

Einen besonderen Schwerpunkt haben wir dabei auf den Bereich der Versorgung psychisch auffälliger bzw. kranker Kinder und Jugendlicher gelegt. Die hierzu von uns in Auftrag gegebene Expertise zur Versorgungssituation hat klar ergeben, dass weite Teile von Hamburg gravierend unterversorgt waren und teilweise auch immer noch sind. Mit dieser Expertise im Rücken sind wir an die Öffentlichkeit und an die Politik herangetreten. Es ist uns gelungen über die Pressearbeit aber vor allem auch über die direkte Ansprache von Parteien und Politikern dieses Thema zu einem Hauptthema in der Hamburger Gesundheits-, Jugend- und Familienpolitik zu machen. Die Hamburger Bürgerschaft und deren Ausschüsse haben sich zwei Jahre mit „unseren“ Fragen befasst. Dies hat auch konkrete Erfolge gebracht. Zum Beispiel gab es eine ganze Reihe von regionalen Sonderbedarfszulassungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Heute können wir sagen, dass die Versorgungssituation in Harburg und Bergedorf zwar immer noch nicht gut ist, aber es konnte wenigstens eine deutliche Verbesserung erreicht werden.

Zum Erreichten gehört auch die Etablierung des Psychotherapeuten-Versor-

gungswerkes zum August 2005 als Zusammenschluss mit dem Versorgungswerk der PTK-Niedersachsen. Der dazu notwendige Staatsvertrag zwischen den beiden Bundesländern konnte nach langen und intensiven Interventionen auf der politischen Ebene umgesetzt werden. Aber auch hier kann ein Erfolg verbucht werden: Aktuell sind etwas mehr als 500 Kammermitglieder – und damit fast ein Drittel – Mitglied im Versorgungswerk. Es zeigt auch, dass unsere Entscheidung dieses Versorgungswerk zu gründen, richtig war.

Auch an einer anderen Stelle konnten wir erst nach intensiver Intervention auf der politischen Ebene ein gleichwohl großes selbst gesetztes Ziel erreichen. Im Zusammenhang mit dem neuen Heilberufekammergesetz wurde die Möglichkeit geschaffen, dass PsychotherapeutenInnen in der Ausbildung (PiA) freiwillige Mitglieder in der PTK-Hamburg werden können. Hiervon haben aktuell nahezu 50% aller PiA Gebrauch gemacht. Damit hat auch der Berufsnachwuchs erstmals eine Basis zur eigenen Interessenvertretung bereits in der Kammer. Jetzt gilt es die ökonomische Situation der PiAs zu verbessern. Im Vorstand werden Möglichkeiten der Bezahlung der PiAs ab dem praktischen Jahr diskutiert und auch schon verfolgt.

Mehr als ein Jahr hat uns auch die Frage der sog. „fehlapprobierten“ Kammermitglieder beschäftigt. Hierbei handelt es sich um eine Gruppe von ursprünglich mehr als 70 Kammermitgliedern, die im Zuge der Übergangsregelungen nach dem Psychotherapeutengesetz anstelle der beantragten PP-Approbation nur eine KJP-Approbation erhalten hatten. Diese Fälle haben die Verwaltungsgerichte bundesweit bis hin zum Bundesverwaltungsgericht beschäftigt. Auf Basis eines Vergleichsvorschlages des Bundesverwaltungsgerichts konnte in Hamburg in Zusammenarbeit von PTK-Hamburg und Behörde nach einem unnötigerweise von der Behörde heraufbeschworenem Verwaltungsgerichtsverfahren eine Lösung in Form von mündlichen Nachapprobationsprüfungen gefunden werden. Insgesamt haben darüber 53 Hamburger Kammermitglieder die beantragte PP-Approbation nachträglich erhalten.

Ein „Dauerbrenner“ in der täglichen Arbeit ist nachwievor der Bereich Fortbildung. Auf Basis der Fortbildungsordnung konnte ein System der Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen mit gleichzeitig gegenseitiger Anerkennung durch alle anderen Kammern aufgebaut werden. Grundlage sind gemeinsame Standards und Anerkennungsverfahren für Fortbildungsveranstaltungen. Auch die in der Geschäftsstelle aufgebaute zentrale Führung der Fortbildungspunktekonten ist abgeschlossen. Die Kammermitglieder erhalten einmal jährlich einen Punktekontoauszug. Erstmals 2009 können sie die Gesamtbescheinigung für den Fortbildungsnachweis gegenüber der Kassenzulassung der Ärztl. Vereinigung Hamburg bekommen. Als einzige Kammer im Bundesgebiet bietet die PTK-Hamburg diesen Service derzeit noch völlig kostenlos an.

An dieser Stelle sei noch der unter Federführung der PTK-Hamburg eingerichtete Psychotherapeutensuchdienst „Psych-Info“ hervorzuheben. Hier konnte für alle Nordkammern – Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein – zusammen, ein einfach zu bedienender regionaler Internetsuchdienst aufgebaut werden, der in dieser Form modellhaft ist. Die hohen Zugriffszahlen auf dieses Angebot für Patienten und Ratsuchende sind ein sehr schöner Erfolg für die Arbeit, die in die Entwicklung dieses Systems investiert wurde.

Dies sind nur einige wenige „Highlights“ auf das, was in den vergangenen Jahren erreicht werden konnte. Daneben sind viele andere Dinge begonnen, begleitet und auch erledigt worden, auf die der Vorstand in seinem Rechenschaftsbericht ausführlich eingehen wird.

Was erwartet uns in der Zukunft?

Eins ist klar, die Rahmenbedingungen unter denen wir unseren Beruf ausüben ändern sich bzw. werden sich ändern. Stichworte hierzu sind das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VAÄndG) und die Gesundheitsreform.

Wenn das VAÄndG so umgesetzt wird, ergeben sich zusätzliche Gestaltungsmög-

lichkeiten für die Psychotherapeutische Praxis, die aber nicht uneingeschränkt positiv zu bewerten sein werden. In diesem Zusammenhang muss auch die Frage der Praxisnachfolge stärkere Beachtung finden. Zum einen um die Versorgungsqualität weiter zu gewährleisten, aber auch um die zu erwartende steigende Zahl von Nachfolgebesetzungen im Sinne der Zukunftssicherung der jüngeren Kollegen zu moderieren. Aktuell sind knapp 300 Kammermitglieder mit Kassenzulassung älter als 55 Jahre. Das sind etwas mehr als 42 % aller kassenzugelassenen Kammermitglieder. Schon diese Zahlen zeigen, was in diesem Bereich in der kommenden 2. Legislaturperiode auf die Kammer zukommt.

Auch die Änderung der Rahmenbedingungen im Bereich Psychotherapie, wie sie jüngst durch den G-BA mit der Änderung der Psychotherapierichtlinien in Angriff genommen worden ist, wird uns beschäftigen müssen. Dies wird zwar vorrangig Aufgabe der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) sein, aber auch hier muss sichergestellt werden, dass diese Aufgaben erledigt werden können. Dazu muss die Arbeits- und Aufgabenteilung zwischen Landeskammern und BPTK nachjustiert werden.

Zu guter Letzt ist im Moment auch noch überhaupt nicht absehbar, wie sich die Änderung im Vergütungsrecht (Umstellung auf feste €-Honorare) für Ärzte und damit natürlich auch auf unsere Kammermitglieder auswirken wird. Auch die immer wieder in der Diskussion stehende Frage von Leistungsausgrenzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, die mit Einführung des Gesundheitsfonds wahrscheinlich wieder neu aufkeimen dürfte, muss uns zukünftig intensiv beschäftigen. Wir werden auch wachsam darauf achten müssen, wie die Bedarfsplanungsrichtlinie und die Zulassungsverordnung weiter entwickelt werden.

Von daher kommt auf die PTK-Hamburg und alle ihre Gremien auch in Zukunft eine Fülle von Aufgaben zu. Zu wünschen wäre eine geringere administrative Belastung und eine stärkere Ausrichtung auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen sowohl in Hamburg als auch im Bund.

Insofern wünschen wir uns für die Zukunft eine kontinuierliche Fortsetzung und Fortentwicklung der begonnenen Arbeit und setzen dabei auf die breite Unterstützung aller Berufsangehörigen.

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer:

Prof. Dr. Rainer Richter, Dipl.-Päd. Petra Rupp, Dipl.-Psych. Gerda Krause, Dr. Peter Riedel, Dipl.-Psych. Ulrich Wirth

Kammerwahlen 2007

Am 4. Oktober hat sich auf Vorschlag des Vorstands der Wahlausschuss für die kommende Kammerwahl konstituiert. Der Wahlausschuss setzt sich zusammen aus Dipl.-Psych. Jörg Christlieb, Dipl.-Psych. Klaus Semmler, Dipl.-Soz.Päd. Martin Kaufmann, Dipl.-Psych. Kathrin Fettweiß und Hanna-Maria Schulz-Kahl. Als juristischer Berater wurde wie schon in der Vergangenheit Rechtsanwalt Dr. Gleim benannt. Der Ausschuss wählte Frau Fettweiß zur Vorsitzenden. Der Wahlausschuss hat die Terminplanung für die kommende Wahl erstellt, die mit der offiziellen Wahlbekanntmachung Anfang November an alle Kammermitglieder versandt worden war. Falls einzelne Kammermitglieder diese Wahlbekanntmachung nicht erhalten haben sollten, wird dringend um Mitteilung an die Geschäftsstelle des Wahlausschusses c/o PTK-Hamburg, Curschmannstraße 9, 20251 Hamburg, Tel. 040/42101234, gebeten. Die Bekanntmachung sowie die Wahlordnung können auch auf der Homepage der PTK-Hamburg unter www.ptk-hh.de eingesehen werden.

Die Unverfügbarkeit des Glücks

Rückschau auf den 1. Hamburger Psychotherapeutentag von Ulrich Wirth.

Am 7. Oktober fand der erste von der Kammer durchgeführte Hamburger Psychotherapeutentag mit dem Thema „Glück und Psychotherapie – Auf der Suche nach einem großen Gefühl“ statt. Über 200



Kolleginnen und Kollegen hatten sich angemeldet – zur Freude von Vorstand und Arbeitsgruppe (Evelyn Gottwalz, Gerda Krause, Gabriele Teckentrup und Ulrich Wirth) viel mehr als erwartet, so dass die einzelnen Workshops überbucht waren und weitere angeboten werden mussten und auch konnten.

Prof. Dr. Dieter Thomä, Lehrstuhlinhaber für Philosophie an der Universität St. Gallen, lud im ersten Plenarvortrag zu einer lebendig und reich an politischen und literarischen Stationen gestalteten Zeitreise ein, die er bei der amerikanischen Unabhängigkeitserklärung aus dem Jahre 1776 begann.

Den dort formulierten Anspruch des „pursuit of happiness“ verfolgte er in zwei verschiedenen „Reisezügen“: Den einen bezog er auf das Glück als Ziel der Selbsterhaltung, den anderen auf das Glück politischer Selbstbestimmung und bürgerlicher Freiheit. Beide Züge ließ er bis in die aktuelle Moderne und zu spezifischen Leidenerfahrungen fahren.

Das Ziel der Selbsterhaltung, so Thomä, habe im Angesicht gesteigener technischer und kommunikativer Machbarkeiten den äußeren Wohlstand, staatliche Wohlfahrt und individuelles Wohlfühl als Markenzeichen entwickelt mit dem Bestreben nach beständigen Prosperieren und beständiger Bedürfnisbefriedigung. Das führe dazu alles als Konsumgegenstand aufzufassen

und zu einer Verwischung des Unterschieds zwischen Dingen und Personen. Dies schlage in Krankheiten durch, die sich im Verhältnis zum eigenen Körper (als Fettleibigkeit oder Magersucht) und im Verhältnis zu Gütern entwickelten. Die Aufgabe der Psychotherapie sah Thomä von daher darin, die Differenz zwischen Dingen und Personen zu retten und die Krise der Interaktion zwischen Menschen, die hinter der Fixierung auf den Konsum stecke, ins Bewusstsein zu rücken.

Ferner führe die Logik der Bedürfnisbefriedigung zu einer Gefährdung der biographischen Identität und einer Krise in der Selbstbeziehung, die in hektischen Suchbewegungen zum Ausdruck komme: „Immer fehlt etwas, immer verpasst man etwas und sich selbst, immer muss man über das, was man hat, hinaus.“ Für die Psychotherapie ergebe sich daraus die Aufgabe, die Verhaltensmuster, die im Dreischritt von Erwartung-Erfüllung-Enttäuschung gefangen sind, zu identifizieren und die biographische Identität zu stabilisieren, indem sie soziale Ressourcen (wie die Familie) ins Bewusstsein bringe, die kontinuierliche Bezugspunkte für das individuelle Leben eröffneten.

Im zweiten Zug mit dem Ziel des Glücksaus-Freiheit, beobachtete Thomä eine „Vergegenständlichung des Innenlebens“. Als Beispiel führte er den erfolgreichen self-made-man, der nun eine Frau finden will: „the best buy on the market“, H. James



(v.l.n.r.) Prof. Dr. Dieter Thomä, Prof. Dr. Rainer Richter, Dr. Agathe Israel

1877. Hieran knüpfte sich, gegen die bedrohlich empfundene Sicht nicht mehr „Herr im eigenen Hause“ zu sein (Freud), das Leid sich im Griff haben zu wollen, Hingabe als Bedrohung zu empfinden, sich auf andere nicht einzulassen, seinen Körper fast als Fremdkörper aufzufassen an. Auf körperlicher Ebene sei die Schönheitschirurgie Beispiel für ein Autonomie- und Freiheitsverständnis, das vom Geist der Kontrolle und Beherrschung besessen sei.

Dagegen setze die Psychotherapie auf die Einsicht, dass der Kontrolle sowieso Grenzen gesetzt seien und glücklich sein dann heiße „ohne Schrecken seiner selbst inne zu werden“ (W. Benjamin).

Einen zweiten Effekt, der das Glück-aus-Freiheit in Leid umschlagen lasse, sah Thomä im Phänomen des „erschöpften Selbst“ (A. Ehrenberg): „Der Mensch, der sich permanent dazu aufgefordert fühlt, sich selbst zu bestimmen, zu entfalten, zu erfinden, zu managen, kann angesichts dieses Aktivitäts-Drucks in eine Art Schreckstarre mit einer Erlahmung des Handelns, einem pauschalisierten Sinnlosigkeitsverdacht, Depressionen, „totalem“ Konsum oder Sucht verfallen.“

Wenn die Psychotherapie ihr Ziel in der Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit des Patienten sehe, so Thomä, müsse sie

diese Fähigkeit vor Fremdsteuerung und Wiederholungszwang, aber auch vor der Überforderung der Selbsterfindung oder des Selbst-Management schützen.

Psychotherapie mache sich zu einem Anwalt derjenigen, die mit der Spaltung in reine Aktivität und Kontrolle einerseits, pure Passivität und Konsum andererseits hadern. Sie siede das menschliche Leben und Handeln in dem Zwischenreich an, das diesseits totaler Selbstbeherrschung und jenseits blinden Funktionierens liege.

In der anschließenden Diskussion spielte vor allem der von Thomä kritisierte Begriff der Selbstverwirklichung eine Rolle, an dem nicht wenige KollegInnen als Orientierung in ihren therapeutischen Konzepten offenbar festhalten wollten.

Dass das Glück ein unverfügbares, rasch wieder verloren gehendes Gefühl ist, fand sich bereits in der Ankündigung des zweiten Plenarvortrages von Frau Dr. Agathe Israel, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und Psychoanalytikerin aus Neuenhagen bei Berlin, wieder, die über „Finden und Verlieren – Glück und Unglück in frühen Beziehungserfahrungen“ sprach. Frau Dr. Israel befasst sich, vor dem Hintergrund einer beruflichen Sozialisation in den neuen Bundesländern, u. a. viel mit Säuglings- und Frühgeborenenbeobachtung. Sie spann-

te einen Bogen von eben diesen Beobachtungserfahrungen, über Forschungsergebnisse der Neurobiologie, insbesondere die Relevanz und das „Schicksaal“ der sog. Spiegelneurone, bis hin zu den entwicklungspsychologischen Modellen des englischen Psychoanalytikers Wilfrid Bion. Unter Verwendung von Filmmaterial über frühe Pflegesituationen verdeutlichte sie dessen Modelle über emotionales Denken und Lernen durch Erfahrung (Introjektion eines verstehenden Objektes bei gutem Containment/ Entstehung des Denkens und des subjektiven Selbst erst durch angemessen große Abwesenheit). Gelingende Erfahrungen aus diesen frühen Begegnungen, die sich auch in dem was als schön empfunden wird spiegelten, seien sozusagen prototypisch Vorbilder für die Fähigkeit zu späteren glückenden Begegnungen. Demzufolge strukturiere das, was das Individuum als Glück bewerte seine Psyche (mit). Das Erleben von Glück gründe in beglückenden Momenten der Begegnung mit anderen Menschen, die sich nicht dauerhaft halten ließen und denen Begrenztheit immanent sei.

Von da war es dann nur noch ein kleiner Sprung zum Bezug auf die Konzeptualisierung der psychotherapeutischen Arbeit. Sofern diese Arbeit geglückte Verstehenserfahrungen zwischen PatientIn und TherapeutIn ermögliche, könne sie – so Israel – zu einem größeren Vertrauen auf glückende Erfahrungen mit relevanten Anderen und damit auf ein stärkeres Zulassen von Angewiesenheit beitragen. Wegen der fortgeschrittenen Zeit war eine Diskussion im Plenum kaum möglich, konnte aber in zwei der Workshops nachgeholt und vertieft werden.

In den sieben Workshops des Nachmittags wurde gleichsam näher an der psychotherapeutischen Behandlungsrealität gearbeitet. Dr. Margret Hauch, Dr. Agathe Israel, Thomas Rollwan, Dr. Thomas Schindler, Prof. Petra Stahl, Dr. Andreas Schindler, Gabriele Teckentrup und Ulrich Wilken beschäftigten sich mit „Anwendungsfragen“ bei Einzelnen, Paaren und Familien in unterschiedlichen therapeutischen Verfahren als auch beim Coaching.

Die Resonanz aus den Teilnehmerkreisen war ganz überwiegend sehr positiv – eine Ermutigung zur Planung weiterer Psychotherapeutentage, die der Vorstand in zwei-jährigem Abstand angedacht hat.

Zugleich bietet die Veranstaltung Anlass, sich an dieser Stelle für die wieder einmal sehr engagierte und erfolgreiche Arbeit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Geschäftsstelle ganz herzlich zu bedanken.

Information und Beratung zur Praxisübergabe

Die Kammer hat sich in den letzten Monaten verstärkt der Information und Beratung der Kammermitglieder – vor allem aber auch der neu approbierten Kolleginnen und Kollegen zum Thema „Praxisgründung & Praxisübergabe“ gewidmet. Hierzu wurden alle Kolleginnen und Kollegen mit einer Kassenzulassung im Alter über 55 Jahren zu zwei Informationsabenden eingeladen. Zusätzlich fanden in den letzten Monaten Dutzende von Einzelberatungen statt. In diesen Beratungsgesprächen wurde immer wieder der Themenkomplex Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxengemeinschaft thematisiert und dabei deutlich, dass eine große Unsicherheit über die Unterschiede besteht. Daher haben wir nachfolgend eine kleine Kurzübersicht zu einigen wesentlichen Aspekten abgedruckt, die uns von Rechtsanwalt Gunnar Hansen freundlicherweise zur Verfügung gestellt worden ist.

Die richtige Gesellschaftsform für die gemeinsame Praxis

© Rechtsanwalt G. Hansen, Mexikoring 33, 22297 Hamburg, www.Anwalt-Hansen.de

Sobald sich mehrere PsychotherapeutenInnen zur gemeinsamen Berufsausübung zusammenschließen, taucht die Frage auf, in welcher Gesellschaftsform sich dies am besten organisieren lässt.

Die Antwort auf diese Frage sollte man frühzeitig finden, denn sie hat nicht nur Auswirkungen auf die kassenärztliche Zu-

lassung, sondern unter anderem auch auf den Umfang der Haftung und die Gewinn-/Verlustverteilung. In jedem Fall lohnt es sich, für den konkreten Einzelfall einen im Gesellschaftsrecht für Freiberufler kundigen Rechtsanwalt zu Rate zu ziehen. Eine schriftliche Regelung – wie auch häufig von Zulassungsausschüssen gefordert – vermeidet späteren Streit etwa über die Beteiligung am wirtschaftlichen Risiko, die Vermögensbeteiligung, die Geschäftsführung, Vertretung und Einsichtsrechte.

Gerade auch in Bezug auf „Juniorpartner“ ist die Frage der Haftung der Gesellschafter untereinander, die Einbringung der Arbeitskraft, von Nebentätigkeiten und Gewinnverteilung und – wenn die Gemeinschaft sich trennt – den Konkurrenzschutz und die Abfindung bei Ausscheiden eines Gesellschafters zu klären. Diese Darstellung soll eine kurze Abgrenzung der für Psychotherapeuten zulässigen Gesellschaftsformen zur Orientierung an die Hand geben.

1. Praxisgemeinschaft und Gemeinschaftspraxis

Die Abgrenzung von Praxisgemeinschaft und Gemeinschaftspraxis bereitet manchmal Schwierigkeiten. Eine Praxisgemeinschaft beinhaltet die bloße gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten, Geräten und die gemeinsame Beschäftigung von Personal. Jeder Psychotherapeut ist selber zugelassen und rechnet selbständig ab. Er haftet für eigenes Verschulden.

In der Gemeinschaftspraxis gehen die Gemeinsamkeiten darüber hinaus. Sie muss gegebenenfalls selber eine kassenärztliche Zulassung beantragen. Hier rechnet die Praxis ab und verteilt den Gewinn unter den Gesellschaftern. Eine Gefahr lauert in der Haftung, denn die Gesellschafter haften nach außen hin als Gesamtschuldner. Das heißt z.B., ist der eine Gesellschafter reich und der andere nicht und der nicht reiche verursacht einen Schaden, so kann der reiche dafür in die Haftung genommen werden. Der Geschädigte hat hier die Wahl, an wen er sich wendet. Für diese Fälle sollte im Innenverhältnis zwischen den Gesellschaftern eine Ausgleichsregelung getroffen werden.

Eine weitere Gefahr lauert in berufsrechtlich relevanten Regelungen, etwa für einen Juniorpartner. Ist der Rahmen der beruflichen Tätigkeit und seine Beteiligung am unternehmerischen Risiko zu begrenzt, so könnte es sich um einen „Scheingesellschafter“ handeln, mit der Folge, dass er nicht nur die Zulassung verlieren kann, sondern auch zivil- und strafrechtliche Konsequenzen zu fürchten hat. Die Praxis wiederum muss sodann Sozialversicherungsbeiträge nachzahlen.

Ein großes Problem ist, dass die Zulassung an die Person des Gesellschafters gekoppelt ist. Hier streiten die Juristen noch, in welchen Fällen die Zulassung auf einen nachfolgenden Gesellschafter übergehen kann und in welchen dies ausgeschlossen ist. Eine Darstellung des Streitstandes würde hier jedoch zu weit führen.

Kriterium	Praxisgemeinschaft	Gemeinschaftspraxis	Partnerschaftsgesellschaft
Gesellschafter:	mindestens 2 PsychotherapeutInnen	mindestens 2 PsychotherapeutInnen	mindestens 2 Angehörige der Heilberufe
Gründung:	konkludentes Handeln	konkludentes Handeln	durch Eintragung
Eintragungspflicht:	Nein	Nein, aber Zulassung beantragen	im Partnerschaftsregister
Geschäftsführung:	jeder für sich und gemeinsam für gemeinschaftliche Nutzungen	jeder Gesellschafter oder nach Vertrag	nach Vertrag
Gewinn + Verlust:	jeder für sich	nach Köpfen oder Vertrag	nach Vertrag
Haftung:	jeder für seinen Bereich	gesamtschuldnerisch, nicht begrenzt	vertraglich begrenzt auf Verursacher

2. Partnerschaftsgesellschaft

Seit 1994 ist auch die Organisationsform der Partnerschaftsgesellschaft möglich. Die Gesellschafter sind natürliche, aktiv tätige Personen. Der Gesellschaftsvertrag bedarf der Schriftform, die Gesellschaft muss angemeldet und im Partnerschaftsregister registriert werden. Hier können sich Angehörige aller Heil- und Hilfsberufe (mit Ausnahme der Heilpraktiker) in den durch das Berufsrecht gesetzten Grenzen in sog. medizinische Kooperationsgemeinschaften zur gemeinschaftlichen Berufsausübung zusammenschließen. Abgesehen von Heilkunde GmbH oder Medizinischem Versorgungszentrum (MVZ), auf die hier aber nicht weiter eingegangen wird, ist dies der weitreichendste Zusammenschluss. Ein entscheidender Vorteil ist, dass die Haftung vertraglich auf den Verursacher beschränkt werden kann.

3. Zukünftige Veränderungen durch das Vertragsarztrechtänderungsgesetz (VÄndG)

Die umfassenden Änderungen des geplanten VÄndG werden nach jetzigem Stand (30.08.2006) auch gesellschaftsrechtliche Auswirkungen haben. Eine Gemeinschaftspraxis soll zwischen allen kasernenärztlichen Leistungserbringern und auch überörtlich möglich sein, etwa zwischen einem Psychotherapeuten aus Hamburg und einem Gynäkologen aus Kiel. (Nach der Hamburger Berufsordnung ist es zulässig, an bis zu drei Praxisorten psychotherapeutisch tätig zu sein.) Eine

Praxis soll ferner auch Fachkräfte (im Rahmen der Zulassungsbeschränkungen) anstellen können. Es ist beabsichtigt, dass ein Psychotherapeut künftig gleichzeitig in einem Krankenhaus und einer Praxis arbeiten darf. Darüber hinaus wird wohl auch eine Teilzeitzulassung möglich. Während also sehr viel liberalisiert wird und sich Chancen eröffnen, werden die Rahmenbedingungen der gemeinsamen Berufsausübung mit der Vielfalt auch unübersichtlicher. Ein schriftlicher Vertrag kann auch hier viel Ärger vermeiden helfen.

PiA in der Hamburger PTK

Von Kerstin Sude und Mike Mösko, PiA-Sprechergruppe der PTK-Hamburg

Am 6. November fand in Hamburg eine viel beachtete Veranstaltung statt. Zu dem Thema:

„Heute schon umsonst gearbeitet? Existenzgefährdende Ausbildungsbedingungen verbauen die Zukunft psychotherapeutischer Versorgung“

luden die Hamburger PiA Initiative PiA-Netz-Hamburg und die Sprecher der PiA-Arbeitsgruppe in der Psychotherapeutenkammer Hamburg erstmalig zu einer Podiumsdiskussion ein.

Hintergrund ist die Tatsache, dass 61% der PiA während ihrer 1.800 Stunden umfassenden praktischen Tätigkeit unterhalb des Existenzminimums arbeiten. In den Stadtstaaten spitzt sich die verheerende Lage

noch zu. Hier zahlen 96% der klinischen Einrichtungen für die psychotherapeutische Dienstleistung, die die PiA während dieser Zeit erbringen, 0,- € (Busche et al., 2006).

Nach einem einleitenden Vortrag von Kerstin Sude (PiA-Netz-Hamburg, Sprecherkreis der AG in der PTK-HH) diskutierten die PiA-Vertreter Kathrin Wohlthat und Mike Mösko (ebenfalls PiA-Netz-Hamburg und Sprecherkreis der AG in der PTK-HH) gemeinsam mit Thomas Grabenkamp (Geschäftsführer PTK-Hamburg) und den Betriebsräten der drei großen Psychiatrischen Einrichtungen in Hamburg (Michael Blank, Personalrat Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Berno Schuckat-Wisch, Mitarbeitervertretung der Diakonische Krankenhäuser in Hamburg und Karl Günther Mühlenpfordt, Betriebsrat Asklepios Klinik Harburg). Ergänzt wurde das Podium durch Bundesvertreter von ver.di (Gerd Dielmann) und dem Marburger Bund (Kai Jensen). Ein ausführlicher Bericht zu der Veranstaltung erscheint in der nächsten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals.

Geschäftsstelle

Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Tel. 040/42101234
Fax. 040/41285124
Internet: www.ptk-hh.de
E-Mail: info@ptk-hh.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Vom 29. bis 30. September hat die zweite Delegiertenversammlung der neuen Wahlperiode in Frankfurt stattgefunden. Im ersten Teil wurde die Versammlung vom Ausschuss für Qualitätssicherung über eine Mitgliederbefragung informiert, deren Ergebnisse Sie zusammengefasst auf diesen Seiten und ausführlich im Internet finden können.



Jürgen Hardt

In der anschließenden Sitzung konnten alle Funktionen der Kammer besetzt werden. Damit sind alle politischen Wahlvorgänge abgeschlossen und die Sacharbeit kann wieder in den Vordergrund treten.

Die bisherige Erfahrung hat gelehrt, dass sich in der Zusammenarbeit die Fronten politischer Gruppierungen auflösen und sich eher kollegiale Formen der Auseinandersetzung durchsetzen.

Ich hoffe sehr, dass uns das auch in der jetzigen veränderten Zusammensetzung der Gremien gelingen wird. Es ist eine der vornehmsten Aufgaben der Kammer, die Identitätsbildung der beiden Berufe durch kollegiale Zusammenarbeit zu fördern.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Jürgen Hardt
Präsident

Übergabe der Ergebnisse KJP-Umfrage an die hessische Sozialministerin

Am 24. August 2006 überreichten Marion Schwarz, Ulrich Müller und Jürgen Hardt vom Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hessen die Ergebnisse der Mitgliederbefragung zur psychotherapeutischen Versorgung an die Sozialministerin Frau Silke Lautenschläger.



Marion Schwarz

Die Ergebnisse der Umfrage verdeutlichen die Unterversorgung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Dies führt u.a. dazu, dass für behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche erhebliche Wartezeiten bestehen (z.B. für Schulkinder im Durchschnitt 24 Wochen, regional sogar bis zu 65 Wochen). Auch wurde deutlich, dass die Versorgung von Kindern hauptsächlich durch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufrecht-

erhalten wird, da die Psychologischen Psychotherapeuten mit KJP-Abrechnungsgenehmigung vorwiegend mit Jugendlichen ab 17 Jahren arbeiten.

In einem anschließenden Expertengespräch unter Beteiligung des Sozialministeriums, der Vorsitzenden der KV Hessen, Frau Dr. Bert, der 1. Beigeordneten des Landeswohlfahrtsverbandes, Frau Schönhut-Keil, sowie Vertretern der Krankenkassen wurden die Ergebnisse eingehend erörtert. Alle Beteiligten waren sich einig, dass dringender Handlungsbedarf besteht. Dies könne entweder durch eine Änderung des Psychotherapeutengesetzes in Form einer getrennten Bedarfsermittlung für PPs und KJPs oder durch Einführung von Mindestversorgungsgraden im Vertragsarztrecht („KJP-Quote“) erreicht werden.

Auch die dramatische Altersverteilung in der Gruppe der KJP weist auf eine zukünftige Gefährdung der psychotherapeutischen Versorgung hin, wenn es nicht gelingt, genügend Absolventen für die KJP-Ausbildung zu gewinnen. Vor allem das Psychiatriejahr ohne Bezahlung stellt ein



Übergabe der Ergebnisse der KJP-Umfrage an die Hessische Sozialministerin. Von links nach rechts: Silke Lautenschläger, Jürgen Hardt, Marion Schwarz, Ulrich Müller



Ausschuss Qualitätssicherung stellt Umfrage vor

großes Ausbildungshindernis dar. Auch hier erscheint eine Überarbeitung des Psychotherapeutengesetzes zur Verbesserung der Situation der PiAs sinnvoll.

In weiteren Gesprächen werden Vertreter der Kammer nach Wegen suchen, um die bestehenden Probleme in der Versorgung zu lösen. Hierzu ist die Kammer auf die Unterstützung sowohl der Gesundheitspolitik als auch der Kassenärztlichen Vereinigung angewiesen. Nur in einer gemeinsamen Anstrengung wird es uns gelingen, hier für die in Not geratenen Kinder, Jugendliche und Familien Verbesserungen durchzusetzen.

*Marion Schwarz
Mitglied des Vorstandes*

Ausschuss Qualitätssicherung stellte Umfrage vor

Der Ausschuss „Qualitätssicherung“ hat im Rahmen des Projektes „Persönliche Einschätzung Qualitätssicherung 2004“ an alle Kammermitglieder Fragebögen versandt, in dem die Erfassung von Einschätzungen, Bewertungen und Absichten der KollegInnen in den Vordergrund gestellt wurden. Die Ergebnisse dieser Befragung liegen jetzt vor und wurden den Delegierten und interessierten Kammermitgliedern vorgestellt und diskutiert.

Die Ausschussmitglieder betonten, die Befragung sei bewusst nicht als Erhebung objektiver Daten konzipiert gewesen. Viel-

mehr sei das Ziel gewesen, mit den Mitgliedern in einen Dialog zu treten über das Thema QS: „Was brauchen Psychotherapeuten, um gut arbeiten zu können?“ Diese Frage sei der Leitgedanke des Projektes gewesen. Qualitätssicherung sollte in diesem Verständnis nicht „von oben“ verordnet, sondern aus den Erfahrungen und Bewertungen der Praktiker entwickelt werden, auch wenn die Befragung durchaus an den klassischen Bereiche des Qualitätsmanagement orientiert war:

Strukturqualität: Wie wird die Gesamtversorgung erlebt? Wie eingebettet erleben sich die Kollegen im Versorgungsnetz incl. der Verbreitung der Information über Möglichkeiten der Psychotherapie durch PP und KJP bei Fachkräften und Laien? Struktur des eigenen Angebots bzw. Erweiterungs-/Veränderungswünsche.

Prozessqualität: Bedeutung von Maßnahmen im diagnostischen und therapeutischen Prozess, Nutzen der gängigen QS-Methoden und Absichten zum persönlichen Ausbau von QS.

Ergebnisqualität: Was erscheint geeignet zur Ergebnisfeststellung? Wovon hängt die Güte der Therapie nach Ansicht der Behandler ab? Ob und wie spielt Erfolgsdruck beim Zugang zum Patienten eine Rolle?

Die Umfrage wurde als **Screening-Studie** konzipiert, die Auswertung ist vorwiegend deskriptiv.

Eindrucksvoll sei die hohe Rücklaufquote von 39%, der Anteil der in der KV-Hes-

sen organisierten Kollegen beträgt sogar 53%. Das wurde als klarer Hinweis für das besondere Interesse der Kammermitglieder an QS-Fragen gewertet.

Aus der Fülle der Ergebnisse im Hinblick auf QM-Maßnahmen in der Psychotherapie seien folgende Aspekte genannt:

1. Als besonders verbesserungswürdig in Bezug auf die **umgebende psychotherapeutische Versorgungsstruktur** wird von PP und KJP – und zwar unabhängig vom ausgeübten Verfahren, ob in Institutionen arbeitend oder niedergelassen – genannt:
 - Das Angebot ambulanter Psychotherapieplätze: besonders gravierende Unterversorgung bestehe im Bereich der KJP wie auch „auf dem Land“.
 - Die Vernetzung mit anderen Therapie- und Beratungsmöglichkeiten wird als unzureichend empfunden.
 - Patienten wissen zu wenig, was Psychotherapie bewirken, bei welchen Beschwerden sie sinnvoll sein kann und wie sie einen geeigneten Behandlungsplatz finden können.
2. Als besonders relevant für die **Qualität der persönlichen Tätigkeit und für das Ergebnis** sahen die Befragten die folgenden Aspekte an:
 - Als wichtig gelten Fortbildungsmaßnahmen bezogen auf die praktizierte Behandlungsmethode sowie konkrete Störungsbilder und spezifisches Fachwissen.
 - Für wesentlich wird auch gehalten eine Begleitung des therapeutischen

Prozesses, in der die eigene Selbstverantwortung an oberster Stelle steht; Intervention wird bei den Niedergelassenen der höchste Stellenwert zugesprochen, bei den Angestellten dagegen haben Balintgruppen und Supervision die größte Bedeutung.

- Zur Beurteilung der Ergebnisqualität werden die „persönliche klinische Einschätzung“ und die „PatientInnenaussagen“ als wichtigste Instrumente benannt. Das Prinzip der „Passung“ wird am häufigsten genannt.
- Praxismanagement, vermutlich als Verbesserung interner Abläufe verstanden, findet nur geringes Interesse.

In der Diskussion waren sich die Teilnehmer einig, dass die Studie interessante und wichtige Zwischenergebnisse gebracht habe, die zu neuen Fragestellungen und weiteren Untersuchungen führen müsse. Als nächstes soll die Studie an die anderen Ausschüsse verwiesen werden, um die kammerinterne Diskussion der aufgeworfenen Fragen anzuregen.

Bericht von der Delegiertenversammlung am 29. und 30.9.2006

Ausschüsse neu besetzt

Die zweite Delegiertenversammlung der neuen Wahlperiode stand ganz im Zeichen der Wahlen zu den Ausschüssen. Bei der Besetzung standen Sachkompetenz und Arbeitsfähigkeit der Ausschüsse im Vordergrund: Gut arbeitende Ausschüsse sollten nach Möglichkeit in ihrer Zusammensetzung erhalten werden, was durch die erneute Kandidatur vieler bisheriger Ausschussmitglieder in vielen Fällen möglich war. Erfreulicherweise konnten die meisten Ausschüsse einvernehmlich besetzt werden. Das ist umso positiver zu bewerten, als es im Vorfeld der Delegiertenversammlung erhebliche Verwerfungen zwischen den Listen der Koalition (Kleeblatt und Psychodynamiker), die auch den Vorstand stellen, und den übrigen Wahllisten gegeben hatte. Die Ausschussbesetzungen erfahren Sie unter

www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj.

Arbeitsaufträge für Ausschüsse

- Der **Satzungsausschuss** erhielt den Auftrag, Modelle für eine Wahl der Delegiertensitze für den Deutschen Psychotherapeutentag entsprechend den bei den Wahlen erhaltenen Stimmen bis zur nächsten DV zu erarbeiten. Außerdem beschlossen die Delegierten einstimmig bei einer Verabschiedung einer Satzungsregelung für die Wahl der Delegierten in die Bundesdelegiertenversammlung, falls erforderlich, eine neue Wahl stattfinden zu lassen.
- Der **Finanzausschuss** wurde beauftragt, die Aufwandsentschädigungsordnung zu überarbeiten und die Entschädigungssätze an die GKV-Sätze für genehmigungspflichtige Leistungen anzupassen.
- Der **Ausschuss Ethik und Berufsordnung** wurde damit beauftragt, einen Ehrenkodex für Funktionsträger der LPPKJP zu erarbeiten und der nächsten DV vorzulegen. Vorbild ist eine Regelung der Landesärztekammer.

Neuer Datenschutzbeauftragter gewählt

Als neuer Datenschutzbeauftragter wurde Dr. Rainer Doubrawa mit großer Mehrheit gewählt.

Änderung der Beitragsordnung ab 2007

Auf Antrag des Vorstandes beschloss die Delegiertenversammlung mehrheitlich, ab 2007 die Beiträge für Eltern mit steuerlich anerkannten Kindern auf Antrag um zwei (bisher eine) Beitragsgruppen abzusenken. Das entspricht 40 € im Jahr. Der Vorstand wollte damit die soziale Komponente in der Beitragsgestaltung stärken, zeigt sich doch gerade bei der Bearbeitung von Härtefällen, dass vielfach allein erziehende Elternteile Probleme haben, den Kammerbeitrag aufzubringen.

Haushalt verabschiedet

Der Nachtragshaushalt für 2006 und der Haushalt für 2007 wurden kritisch disku-

tiert, letztendlich jedoch mehrheitlich verabschiedet, so dass der Vorstand die Vorgaben umsetzen kann. Kritisch diskutiert wurde vor allem die Schaffung einer halben Stelle für einen wissenschaftlichen Mitarbeiter, der dem Vorstand zurarbeiten soll.

Resolution zu den Bachelor- und Master-Abschlüssen

Die Delegiertenversammlung verabschiedete einstimmig die folgende Resolution:

„Die Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten Hessen nimmt mit großer Sorge die Entscheidung der Kultusministerkonferenz und des Bundesministerium für Gesundheit zur Kenntnis, die den Bachelor-Abschluss an den sozialpädagogischen bzw. pädagogischen Fachhochschulen als Eingangsvoraussetzung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten-Ausbildung festlegt.

Die Delegierten sehen in dieser Entscheidung eine große Gefährdung für die zukünftige Qualität der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, da hiermit die Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (MA) und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (BA) unterschiedlich geregelt werden.

Es ist außerdem inhaltlich in keiner Weise begründbar, dass für Kinder und JugendlichenpsychotherapeutInnen eine geringere wissenschaftliche Hochschulqualifikation hinreichend sein soll als für Psychologische PsychotherapeutInnen. Vielmehr plädieren wir dringend dafür, dass an die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen dieselben Qualifikationsstandards gestellt werden wie an die Psychotherapie mit Erwachsenen.

Kinder und Jugendliche dürfen bezüglich der psychosozialen und psycholo-

therapeutischen Versorgung gegenüber Erwachsenen nicht benachteiligt werden!

Die Delegiertenversammlung fordert hiermit den Gesetzgeber auf, Wege zu finden, um den wissenschaftlichen Abschluss (Master) als einheitliche Zugangsvoraussetzung für beide Heilberufe Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut festzulegen.“

Fortbildungspunkte im Internet abfragen!

Die Kammer hat ein Punktekonto zur Erfassung der individuell erworbenen Fortbildungseinheiten eingerichtet. Dort werden die eingereichten und anerkannten Fortbildungspunkte gutgeschrieben, so dass nach Erreichen der jeweiligen Mindestpunktzahl – 250 Punkte gemäß Fortbildungsordnung – die Voraussetzungen zur Erteilung eines Fortbildungszertifikates erfüllt sind. **Den aktuellen Kontostand erfahren Sie im Mitgliederbereich von www.psychotherapeutenkammer-hessen.de, für den Sie Ihre persönlichen Zugangsdaten benötigen.** Sollten Sie diese nicht kennen oder verloren haben, wenden Sie sich an die Geschäftsstelle.

Gesundheitsleitfaden für Migranten

In Kooperation mit dem Hessischen Sozialministerium und der BKK Landesverband Hessen entstand der Leitfaden für Zuwanderinnen und Zuwanderer in Hessen „Gesundheit erhalten – Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen“. Mit dem Modell-

projekt „Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheitslotsen in Hessen“ ist Anfang des Jahres 2006 der Startschuss für eine mehrsprachige und kultursensible Gesundheitsförderung und Prävention in Hessen gefallen. Der Leitfaden informiert über Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie über mögliche Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgeleistungen bei Personen ohne gesetzlichen Krankenversicherungsschutz. Insbesondere die Dokumentation bei häuslicher Gewalt sowie die gesundheitliche Versorgung von betroffenen Frauen und der Schutz von Kindern sind ein wesentlicher Bestandteil der Umsetzung des Aktionsplans des Landes Hessen zur Bekämpfung der Gewalt im häuslichen Bereich. Der Gesundheitsleitfaden ist kostenlos als Download unter <http://www.bkk-promig.de/44.0.html> erhältlich.

Termine

Termine und Informationen finden Sie immer aktuell unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj.

- **Einführung in die Akutversorgung / Notfallpsychotherapie**, zertifizierte Fortbildung der Kammer, 21. April 2007 in Frankfurt.
- **Delegiertenversammlung**: 1. Mai 2007, IB Hotel Friedberger Warte, Homburger Landstraße 4, 60389 Frankfurt.
- **4. Hessischer Psychotherapeutentag**, 14. und 15. September 2007 voraussichtlich in Fulda.
- **Delegiertenversammlung**: 2. und 3. November 2007, IB Hotel Friedberger Warte, Homburger Landstraße 4, 60389 Frankfurt. Diese DV wird mit einem inhaltlichen Thema verknüpft werden, das rechtzeitig bekannt gegeben wird.

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegin:

Dipl.-Psych. Angelika Linker, Schwalmstadt, geb. 23.04.1950, gest. 07.08.2006

Frohe Weihnachten und ein gutes Jahr 2007!

Am Ende dieses auch für die Hessische Psychotherapeutenkammer ereignisreichen Jahres wünschen Ihnen Vorstand, Geschäftsführung und Mitarbeiter der Geschäftsstelle ein gesegnetes Weihnachtsfest und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2007!

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier
E-Mail: ptj@psychotherapeutenkammer-hessen.de
Hessenseiten des Psychotherapeutenjournals im Internet: www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel 0611. 53168 0
Fax 0611. 53168 29
E-Mail: post@psychotherapeutenkammer-hessen.de
Internet: www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

herausragendes Ereignis der letzten Monate war der 1. Niedersächsische Psychotherapeutentag zum Thema „Ethik, Recht und Psychotherapie“. Zu unserer Freude ist das Thema bei unseren Mitgliedern auf große Resonanz gestoßen: Wir konnten mehr als 250 Teilnehmerinnen und Teilnehmer verzeichnen, die – so lassen erste Rückmeldungen erkennen – mit dem Verlauf sehr zufrieden waren. Wir können feststellen, dass die Veranstaltung hervorragend geplant und organisiert war; unser Dank gilt Frau Corman-Bergau, die vor allem für die inhaltliche Planung verantwortlich war, sowie Herrn Mittelstaedt und den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle, die für die vielen organisatorischen Details und die Gestaltung der Tagung zuständig waren; zu danken hatten wir aber auch der TU Braunschweig, die – vermittelt durch Prof. Hahlweg – uns ein sehr angenehmes Umfeld für unser Symposium zur Verfügung gestellt hatte. Einen ausführlichen Bericht über den Verlauf des Symposiums finden Sie im Anschluss an den Vorstandsbericht.

Aus der weiteren Arbeit des Vorstands können wir berichten:

Prävention und frühe Intervention

Wir setzen unser Engagement in Richtung auf möglichst frühe Prävention von seelischen Fehlentwicklungen bzw. möglichst früher Intervention bei schon wahrnehmbaren Auffälligkeiten fort. Während unsere Bemühungen um ein Gesundheitsziel „Psychische Gesundheit in der frühen Kindheit“ nach dem Wechsel an der Spitze des Sozialministeriums immer noch „auf Eis“ gelegt sind, nutzen wir verschiedene Möglichkeiten, eine Zusam-

menarbeit mit in gleicher Richtung aktiven Institutionen und Personen zu erkunden oder auszubauen. Dazu gehört die bereits im letzten Heft erwähnte Arbeitsgruppe mit der LAG Erziehungsberatung, die ihre Arbeit jetzt aufgenommen hat. Neu dazugekommen ist ein viel versprechender Kontakt mit der Sprecherin des Fachausschusses für Kinder- und Jugendgesundheit der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, Frau Dr. Langenbruch. Es fand ein Gespräch mit dem Vorstand statt und Frau Reiffen-Züger nahm eine Einladung zu einem Vortrag zur Schuleingangsuntersuchung auf einer Tagung der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst wahr. Bei Frau Dr. Langenbruch stießen wir mit unserem Anliegen, bei Schuleingangsuntersuchungen neben dem somatischen Befund auch psychosoziale Merkmale mit zu erfassen, nicht nur auf offene Ohren; vielmehr konnte Frau Dr. Langenbruch bereits von ersten Ansätzen in dieser Richtung berichten. Eine weiter gehende Zusammenarbeit erscheint beiden Seiten gut vorstellbar – allerdings haben wir auch festgestellt, dass wir von unserer Seite noch einige Vorarbeiten zu leisten haben, damit wir neben der psychotherapeutischen Tätigkeit im engeren Sinne einen Beitrag zur Prävention im Vorfeld der Krankheitsbehandlung leisten können. Hier hoffen und warten wir auf Beiträge insbesondere aus dem Kreis der KJP, die in Beratungsstellen schon länger mit dieser Aufgabe konfrontiert sind.

Psychologische Dienste in Krankenhäusern/Kliniken

Eine Initiative des Ausschusses Angestellte/Beamte in der PKN konnte mittlerweile ausgewertet werden. Die PKN hatte alle niedersächsischen Krankenhäuser/Kliniken angeschrieben mit der Frage nach

Existenz und Struktur psychologischer Dienste. Aus dem Rücklauf (40%) geht hervor, dass knapp 12 % über einen eigenständigen Psychologischen Dienst mit Fachaufsicht durch eine(n) (approbierte(n)) Leitenden Psychologen/in verfügen; in 3 Einrichtungen ist ein solcher Dienst in Planung.

Forensik

Die PKN führt seit geraumer Zeit eine „Sachverständigenliste für psychologisch-forensische Begutachtung zu Schuldfähigkeit/Prognose“, in die Kolleginnen und Kollegen aufgenommen werden können, die besonderen qualitativen Anforderungen genügen. Nachdem von der PKN-Kammerversammlung ein Curriculum „Begutachtung und Psychotherapie von Straftätern“ verabschiedet wurde, durch das eine erweiterte Kompetenz vermittelt werden kann, ist von der PKN eine zweite Sachverständigenliste aufgelegt worden. Sie trägt den Titel „Gutachter für Schuldfähigkeit/Prognose und Psychotherapeuten von Straftätern“.

In diese Liste aufgenommen werden diejenigen PP und KJP, die eine Fortbildung nach dem verabschiedeten Curriculum erfolgreich absolviert haben, sowie im Rahmen von Übergangsbestimmungen bis zum 25.06.2009 auch alle diejenigen, die auf der alten Sachverständigenliste geführt werden und außerdem eine Qualifikation in der Behandlung von Straftätern nachweisen können. Nähere Informationen können Sie – wie immer – auf unseren Internetseiten finden. Alle die Institutionen, Behörden und Funktionsträger in Niedersachsen, denen diese Liste von Nutzen sein könnte, wurden entsprechend informiert.

Stellungnahme zur Gesprächspsychotherapie

Nachdem das Bundesgesundheitsministerium den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Psychotherapierichtlinien in wesentlichen Teilen beanstandet hatte, haben wir als Vorstand der PKN in einem Schreiben an diesen Ausschuss gefordert, dass nunmehr unverzüglich und – der Erwartung des BMG folgend – auf der Basis der bisher geltenden Richtlinien die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie zu einem positiven Abschluss gebracht wird.

BAMA-Kommission

Eine Kommission der BPTK wird aus Sicht der Praxis – und die wird hier durch die Kammern repräsentiert – diejenigen Anforderungen formulieren, die an Master-Studiengänge Psychologie zu stellen sind, deren erfolgreiche Absolvierung Voraus-

setzung für die Aufnahme einer Psychotherapie-Ausbildung ist. Aufgabe ist damit also, die Voraussetzung des PsychThG für den Zugang zur Psychotherapie-Ausbildung (§ 5 Abs. 2 Ziff. 1a: eine „bestandene Abschlussprüfung im Studiengang Psychologie, die das Fach Klinische Psychologie einschließt“) auf die neue gestufte Bachelor-Master-Studienstruktur „zu übersetzen“. Die Kommission, die ihre Arbeit unter der Federführung der PKN aufgenommen hat, wird ihr Arbeitsergebnis dem Akkreditierungsrat übergeben, der sie an die lokalen Akkreditierungsagenturen als Handreichung für die Anerkennung von Masterstudiengängen Psychologie weiterreichen wird.

Die Diskussion um die Eingangsvoraussetzung für die KJP-Ausbildung dauert an. Es zeichnet sich leider ab, dass das PsychThG nicht geändert werden soll und somit der Bachelor zunächst als ausreichende Vorqualifikation angesehen wird

– ob Signale, dass sich in absehbarer Zeit vielleicht doch auch das BMG bewegen könnte, in Handlungsschritte umgesetzt werden, hängt sicherlich auch von dem weiteren Engagement der Kammern und Verbände ab.

Aus der Geschäftsstelle

In der Geschäftsstelle hat im August Frau Jessica Hackenberger ihre Tätigkeit als Assistentin des Geschäftsführers aufgenommen. Frau Hackenberger bringt aus vergleichbaren Tätigkeiten in anderen Institutionen eine Menge Erfahrung mit, so dass sie die bei den „älteren“ Mitarbeiterinnen bereits vorhandenen Kompetenzen gut ergänzt.

Und zum Schluss noch ein Hinweis: Die Sprechzeiten der Geschäftsstelle der PKN haben sich etwas geändert – Sie finden Sie am Ende dieser PTJ-Seiten, aber immer auch auf unserer homepage.

Ihr PKN-Vorstand

Bericht vom 1. Niedersächsischen Psychotherapeutentag (07.-08.10.06)

Der 1. Niedersächsische Psychotherapeutentag begann – nach Grußworten der Sozialministerin, Frau Ross-Luttman, (verlesen von Frau Corman-Bergau) und der Vizepräsidentin der TU Braunschweig, Frau Prof. Dr. Jürgens – mit einem Vortrag des Präsidenten der PKN zum Thema

„Recht und Wahrheit“

In diesem Vortrag beschäftigte sich Dr. Lothar Wittmann mit den begrifflichen Grundlagen der Berufsethik. Begriffe wie Recht, Ethik, Bereichsethik, wissenschaftliche Wahrheit und Wahrheitsstreben stellte er als notwendige Bausteine einer „verantwortbaren Praxis“ dar. Das Ziel „verantwortbare Praxis“ wurde als Rahmen für die Beschäftigung mit Ethik und Recht in der Psychotherapie eingeführt.

„Ethik“ wurde als Rechtsfolge und als Rechtsbegründung diskutiert. Dass Menschen- und Naturrecht einer praktischen Ethik vorgeht, ergab sich aus der Allgemein-Gültigkeit dieser universalen Rechte; die spezielle Berufsethik der Psychothera-

peuten wurde auf einen ethischen Realismus aufgebaut. Als berufstypisch ergab sich die Forderung nach einer Ethik, die sich der Reflexion verschreibt, die nicht bei Forderungen stehen bleibt, sondern auch das Scheitern an Forderungen zum Gegenstand hat.



Foto: Dr. Lothar Wittmann bei seinem Eröffnungsvortrag

Die verbreitete Gegensatzkonstruktion von Recht und beruflicher Freiheit wurde von Herrn Dr. Wittmann problematisiert, zugleich wurden aber rechtliche Fehlentwicklungen als Fessel und als bürokratisch entgleistes Streben nach Rechtssicherheit und Gerechtigkeit kritisiert. Die psychotherapeutische Praxis wurde als nicht-rechtsfreier bzw. nicht -„bürgerfreier“ Raum thematisiert. Abschließend war das schwierige Verhältnis von Ethik und Wahrheit Gegenstand der Betrachtung. Der vollständige Vortragstext ist auf der Homepage der PKN zu lesen.

In der anschließenden

Podiumsdiskussion

diskutierten Dr. jur. Uta Rüping (Rechtsanwältin und juristische Beraterin der PKN), Prof. Dr. phil. Detlef Horster (Professor der Sozialphilosophie), Inge Berns (KJP, Ausschuss Berufsordnung und Berufsethik in der PKN und auf Bundesebene), Prof. Dr. phil. Kurt Hahlweg (TU Braunschweig), Hans-Jürgen Barthe (PP, Ausschuss Be-

rufsordnung und Berufsethik der PKN), moderiert von Frau Corman-Bergau.

Zunächst stellte die Vizepräsidentin der PKN die vier bioethischen Prinzipien nach Tom Beauchamp, und James Childress als Basis unserer Berufsordnung kurz vor.

Diese Prinzipien entsprechen einer gemeinsamen Moral und besitzen prima facie Gültigkeit:

- (1) Respekt vor der Autonomie des Patienten
- (2) Schaden vermeiden und keinen Schaden zufügen bzw. Schadensrisiko begrenzen
- (3) Den Nutzen für den Patienten zu mehreren
- (4) Gerechtigkeit



Foto: Vizepräsidentin und Präsident der PKN

Danach diskutierten die PodiumsteilnehmerInnen anhand von drei kurz dargestellten Fällen, die jeder für sich ein ethisch-moralisches oder auch rechtliches Dilemma aufzeigen:

- (1) Ein Psychotherapeut weiß von der Diagnose „HIV positiv“ seines Patienten, die dieser vor seinem Umfeld (Ehefrau und Geliebter) geheim hält. Er hat Grund anzunehmen, dass sein Patient ungeschützten Geschlechtsverkehr vollzieht.
- (2) Eine Psychotherapeutin erfährt in der Behandlung einer Patientin, dass diese in einer vorangegangenen Psychotherapie von einem Psychotherapeuten grenzverletzend/missbräuchlich behandelt wurde.
- (3) In einer Paartherapie, die auch die Arbeit in Einzelgesprächen beinhaltet, erzählt die Partnerin im Einzelgespräch dem Psychotherapeuten von einer Liebesaffäre, die sie im gemeinsamen Gespräch mit dem Partner vehement bestreitet.

Es entspann sich ein lebhaftes Gespräch, in welchem deutlich wurde, dass die moralphilosophische Frage nach dem Gewissen des Einzelnen auch jenseits des professionellen Auftrages und der Schweigepflichtbindung angesiedelt werden kann. Dagegen steht die rechtliche Ordnung, in der es eine Hierarchie der Wichtigkeit schützenswerter Rechtsgüter gibt. Ist der Psychotherapeut Behandler eines Patienten, stellt sich die Rechtslage anders dar, als wenn er auch den/die Partnerin mitbehandelt, für die er auch in besonderer Weise Fürsorge trägt. Darf oder muss der Psychotherapeut des HIV infizierten Patienten in dessen Lebensführung eingreifen? Was bedeutet es für die Beziehung in der Paartherapie, wenn der Psychotherapeut Geheimnisträger wird und bleibt? Eine Fragestellung, die in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen täglich vorkommt. Was geschieht im Gewissenskonflikt der Psychotherapeutin, die möchte, dass sich alle KollegInnen an Abstinenzregeln halten, und es unerträglich findet, etwas zu wissen, was sie nicht für sich behalten möchte? Auch eine partielle Aufhebung z.B. der Schweigepflicht wäre ein starker Eingriff in die Patient-Psychotherapeut-Beziehung, die im konkreten Kontext reflektiert und bearbeitet werden muss. Wir können weder von der Moralphilosophie noch von der Rechtslage erwarten, dass sie uns von unserem Dilemma als Psychotherapeuten in der Behandlung unserer Patienten befreit. Die angestellten Überlegungen und Hinweise geben uns wichtige Anhaltspunkte für Abwägung und Entscheidungsfindung im konkreten Fall. Dennoch ist der Druck, der in einem psychotherapeutischen Dilemma entsteht, nicht durch äußere Instanzen und deren Argumente oder auch Vorgaben zu verhindern, noch entheben diese uns der professionellen und persönlichen Verantwortung. Die vier bioethischen Prinzipien helfen dabei auch nur bedingt, denn im konkreten Fall muss auch hier eine Wichtigkeitsprüfung stattfinden.

Das lebhaftes und stellenweise witzige Gespräch ging in eine Diskussion auch mit dem Auditorium über – ein guter Start für Gespräche beim anschließenden gemütlichen Beisammensein, bei dem viele alte Kontakte wieder aufgenommen und neue geknüpft werden konnten.

Der zweite Kongresstag begann mit zwei Vorträgen. Zunächst stand

„Der steinige und klagereiche Weg zur Anerkennung als Heilberuf“

im Zentrum. Holger Schildt schilderte lebendig und faszinierend aus der Sicht eines – als Rechtsanwalt und Justiziar der DGPT – aktiv an diesem Prozess Beteiligten die Geschichte der Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit durch Diplom-Psychologen vor Inkrafttreten des PsychThG und den Weg zu eben diesem Gesetz – dabei wurden insbesondere die zahlreichen Hürden deutlich, die die unterschiedlichen Interessen der „Betroffenen“ widerspiegeln. Dieser Vortrag wird in modifizierter Form an anderer Stelle zu lesen sein – vielleicht sogar als Buch, was ihm als „Zeitzeugen“ von Zuhörern angetragen worden ist.



Foto: RA Holger Schildt

Ebenfalls aus ausgesprochen kompetenter Perspektive wurden

„Rechtliche Möglichkeiten sowie Schranken der Kassenzulassung als Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“

thematisiert: Dr. jur. Thomas Clemens, Richter am Bundessozialgericht und dort tätig im Spruchkörper, der für das Vertragsarztrecht und damit also auch für die psychotherapeutische Versorgung zuständig ist. Herr Dr. Clemens hat einleitend die Aufgabe der Gerichte sowie die Grundstrukturen des Rechts beschrieben. Vom Konzept der Gewaltenteilung her überwachen die Gerichte (die Judikative) die korrekte Umsetzung der Vorgaben der Legislative durch die Exekutive: Sie überprüfen, ob die Gesetze und sonstigen Rechtsnormen richtig angewendet werden. Die Gerichte können und dürfen nicht selbst

Gesetze und Rechtsnormen erlassen und diese auch nicht ändern, sondern nur auf deren richtige Auslegung und Anwendung achten. Dabei ist die Sicht des Gesetzgebers (Normsetzers) maßgebend, d.h. dessen Wille ist umzusetzen; die Gerichte dürfen eigene Vorstellungen von Gerechtigkeit nicht an die Stelle der Vorstellungen des Gesetzgebers stellen. Bei der Überwachung der Auslegung und Anwendung von Gesetzen ist zu beachten, dass diese typischerweise allgemein formuliert sind. Der Gesetzgeber hat sie zwar häufig angesichts bestimmter Fallkonstellationen geschaffen, sie dann aber generell gefasst, sodass sie auch auf viele weitere Fallkonstellationen anzuwenden sind, ungeachtet dessen, ob sie auf diese ebenso gut passen. Der Gesetzgeber darf generalisieren, schematisieren, pauschalisieren und typisieren. Das Gebot richterlicher Zurückhaltung gegenüber dem Gesetz hat nur dort seine Grenze, wo Einzelne oder einzelne Gruppen unverhältnismäßig belastet werden oder Grundrechte (Gleichbehandlung, Berufsgrundrecht) verletzt werden. Nur in solchen Ausnahmefällen dürfen die Gerichte die Gesetze „verfassungskonform auslegen“ und so deren Anwendungsbereich einengen.

Bei seinem Thema „Rechtliche Möglichkeiten sowie Schranken der Kassenzulassung für PP und KJP“ hat Dr. Clemens sich mit den beiden Möglichkeiten einer Kassenzulassung befasst, zum einen mit der sog. bedarfsunabhängigen Zulassung, die in nicht überversorgten Planungsbereichen möglich ist, und zum anderen mit den Sonderproblemen der sog. bedarfsabhängigen Zulassung, d. h. in Bereichen mit einer Überversorgung um 10 % (diese wird nach den Bedarfsplanungs-Richtlinien je nach Bevölkerungsdichte anhand von Verhältniszahlen errechnet).

Von den Zulassungsschranken, die für alle Arten von Kassenzulassungen gelten, hat Dr. Clemens zunächst die 55-Jahres-Zugangsgrenze dargestellt, ihren Geltungsbereich (Nichtgeltung nur für Ermächtigungen) und insbesondere Ausnahmemöglichkeiten erörtert. Diese sind großzügiger für diejenigen, die ihren Berufsweg von vornherein auf eine Tätigkeit im sog. ambulanten Bereich angelegt haben und



Foto: Dr. jur. Thomas Clemens

nach unfreiwilliger Unterbrechung dorthin zurückkehren wollen, nun aber bereits älter als 55 Jahre sind, als für solche, die ihren Berufsweg auf eine stationäre Tätigkeit angelegt hatten und erstmals nach dem 55. Lebensjahr eine Kassenzulassung anstreben. – Eine weitere Zulassungsschranke ergibt sich aus der Pflicht, im erforderlichen Maße für die ambulante Versorgung zur Verfügung zu stehen. Daraus wird die Unzulässigkeit einer anderweitigen Tätigkeit in abhängiger Beschäftigung von mehr als 13 Wochenstunden abgeleitet. Aber auch Tätigkeiten unter 13 Stunden können unzulässig sein, wenn diese nämlich zu einer Interessen- oder Pflichtenkollision führen können wie z. B. die Tätigkeit in einer ortsnahen psychotherapeutischen Beratungsstelle. – Ferner ergibt sich eine Schranke aus der sog. Residenzpflicht: Die Entfernung zwischen Wohnung und Praxis darf 30 Min. betragen.

Ferner hat Dr. Clemens die besonderen Probleme bedarfsabhängiger Zulassung dargestellt, d.h. diejenige in Planungsbereichen, in denen Überversorgung besteht und Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sodass eine Zulassung nur im Wege der Sonderbedarfzulassung oder der Praxismachfolge erfolgen kann. – Solche Zulassungen sind bei lokalem (örtliches Fehlen von z. B. KJP in einer Region) oder bei sog. besonderem Versorgungsbedarf möglich wie z. B. im Falle eines Mangels an PP mit Ausbildung in Verhaltenstherapie. Eine Sonderbedarfzulassung kann dagegen nicht auf Mängel z. B. an männlichen PP oder an PP, die ausreichend türkisch sprechen oder

die sich bei entlassenen Sexualstraftätern auskennen, gegründet werden. Denn in diesen Fällen werden keine Versorgungsgesichtspunkte berührt, für die sich in einer Rechtsnorm ein Anhaltspunkt findet. In solchen Fällen kann dem Patienten nur durch eine Absprache im Einzelfall mit der Krankenkasse geholfen werden (§ 13 Abs. 3 SGB V). – Eine Praxismachfolge erfordert im Todesfall, dass die Ausschreibung des Praxissitzes unverzüglich beantragt wird, in anderen Fällen, dass der Antrag noch vor Praxisabschluss gestellt wird. Der Bewerber muss die Praxis einige Zeit an der bisherigen Stelle weiterführen. Erst später darf er den Sitz – z. B. in seine eigenen Räume – verlegen.

Die Fortsetzung des Symposiums fand in Workshops statt, die von Impulsen der Workshop-Leiter ebenso lebten wie von den Beiträgen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Die kurzen Zusammenfassungen, von Verlauf und Ergebnissen, die auf den Berichten der Workshop-Leiter basieren, können einen Eindruck vermitteln von der Intensität und dem Ertrag dieser Arbeit:

Workshop 1: „Die neuen Heilberufe in der Institution“

Im Workshop wurden anhand zweier Kurzreferate von Frau Dr. Martina Karoff und Frau Dr. Uta Rüping, die grundlegende Informationen vermittelten, die Themen Arbeits- und Weisungsrecht diskutiert. Die Teilnehmer des Workshops waren überwiegend angestellte PP und KJP, niemand jedoch war laut Arbeitsvertrag als Psychotherapeut angestellt, sondern auf Basis des jeweiligen Grundberufs.

Moderiert von Jörg Hermann wurden gesetzliche Grundlagen zu Arbeitsverträgen, Teilzeitarbeitsansprüchen und befristeten Beschäftigungsverhältnissen so wie Basiswissen zur Frage des Kündigungsschutzes erörtert. Gestreift wurden dabei auch Fragen des Outsourcing. Schwerpunktmäßig diskutiert wurden in diesem Zusammenhang jedoch tarifliche Fragen hinsichtlich der Eingruppierung der Berufsgruppen PP und KJP einerseits und die Möglichkeiten einer entsprechenden Vergütung für im Rahmen des Übergangsverfahrens approbierte Psychotherapeuten, die weiterhin Arbeitsverträge als Dipl.-Psychologen oder Sozialpädagogen haben. Im Sin-

ne des neuen TVöD, der auf eine Vergütung bezogen auf die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit abzielt, könnte es wichtig sein, nachzuweisen, überwiegend psychotherapeutisch tätig zu sein.

Fragen des Weisungsrechts und der Fachaufsicht wurden differenziert nach ambulanten und stationären Institutionen behandelt. Wesentliche rechtliche Streitpunkte ergeben sich bislang kaum. Weisungsbefugnisse liegen bei Vorgesetzten und Trägern und beziehen sich vornehmlich auf die Arbeitsweise der Institutionen. Entscheidungen, die das „Psychotherapeutische Kerngeschäft“, also das individuelle fachliche Handeln im institutionell gesteckten Rahmen, bleiben davon ausgeschlossen und werden in den Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern geregelt.

Workshop 2: „Die Beziehung zwischen Behandler und Patient: Auch eine juristische Beziehung – Wenn es knirscht in der Beziehung zwischen Behandler und Patient“

Der rege Besuch von über 100 Teilnehmern dokumentierte das große Interesse an der Bearbeitung und Klärung juristischer Fragestellungen im Rahmen des Behandlungsverhältnisses, das bekanntlicherweise auch einmal knirschen kann. Nach einer entsprechenden Einführung des Präsidenten, Herrn Dr. Lothar Wittmann und einer von dem für das Berufsrecht der PKN zuständigen Beschwerdebeauftragten, Herrn Rechtsanwalt Matthias Vestring präsentierten Übersicht über den Gang einer bei der PKN eingehenden Beschwerde, bearbeiteten die Teilnehmer die von Ihnen selbst eingebrachten juristischen Problemkreise mit großem Engagement. Fragen wie das Verhältnis von Schweige- u. Auskunftspflicht bei minderjährigen Patienten, Fallstricke beim Ausfallhonorar oder die Mitteilungspflichten gegenüber Rentenversicherungsträgern spiegeln dabei nur einen kleinen Teil der aus dem Berufsalltag resultierenden Fragen der Therapeuten.

Workshop 3: „Rechtliche und ethische Spezifika in der psychotherapeutischen Behandlung minderjähriger Patienten“

Dieser Workshop beschäftigte sich mit einigen rechtlichen (Dr. Martin Stellpflug)

und ethischen (Inge Berns) Spezifika in der psychotherapeutischen Behandlung minderjähriger Patienten. Einsichts-, Einwilligungs- und Geschäftsfähigkeit von Kindern, Implikationen der Sorgerechtsregelungen und die Bedeutung der Verschwiegenheit im Kontext psychotherapeutischer Behandlungen von minderjährigen Patienten wurden aus rechtlicher Sicht betrachtet. Am Beispiel einer konkreten ethischen Dilemma-Situation wurde die hilfreiche Anwendung der vier bioethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress exemplarisch dargestellt.

Workshop 4: „Der Psychotherapeut als Gutachter bei Gericht“

In diesem Workshop unter der Leitung von Rechtsanwalt Gerlach und Dipl.-Psych. Barthe fand eine sehr angeregte und niveauvolle Diskussion zwischen Referenten und Teilnehmern statt, in der es zunächst um die Unterscheidung zwischen dem „sachverständigen Gutachter“ und dem „sachverständigen Zeugen“ ging. Es wurden dann die unterschiedlichen Rollen und Funktionen des „Gutachters“ und des „Psychotherapeuten“ thematisiert und die daraus resultierende Rollenkonfusion und deren juristische und psychotherapeutische Konsequenzen problematisiert. Die Anregung der Teilnehmer, die im Workshop referierte kurze systematische Rollen-Gegenüberstellung sowohl für Psychotherapeuten als auch für Juristen ins Netz zu stellen, wurde bereits umgesetzt.

Workshop 5: „Schweigepflicht vs. Gefahrenabwehr – Wann darf / muss der Psychotherapeut wen wie informieren?“

Ziel dieses Workshops (Leitung: Dr. Bernd Borchard, Richter am LG Matthias Koller) war die Vermittlung und gemeinsame Erarbeitung juristischen Wissens und psychotherapeutischer Lösungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung ethischer Aspekte, um mehr Klarheit zu rechtlichen Möglichkeiten bzw. Notwendigkeiten, meist bezogen auf die Themen „Lebensrettung“ und „Gefahrenabwehr“ zu erlangen. Schwerpunkt waren wie angekündigt juristische Fragen, die stets mit ethischen Verpflichtungen zu diskutieren sind, insbesondere die Konkurrenz der Rechtsgüter

„Schweigepflicht“ vs. „Gefahrenabwehr“, allgemeine Strafvorschrift des § 203 StGB zur Schweigepflicht, das Rechtsinstitut des „rechtfertigenden Notstands“ (§ 34 StGB) und die Präzisierung anhand von vorbereiteten Fallbeispielen aus der psychotherapeutischen Praxis und der aktuellen Rechtsprechung der damit zusammenhängenden Begriffe „Schweigepflichtsentbindung“, „Zeugnisverweigerungsrecht“, „gesetzliche Offenbarungsverpflichtung“ und „Garantstellung“ des Psychotherapeuten.

Erfreulicherweise konnten diese Inhalte durch die sehr aktiven Teilnehmer des Workshops (Psychotherapeuten aus Klinik und eigener Praxis, Mitarbeiter von Beratungsstellen und der Jugendhilfe, Psychotherapeuten in Ausbildung, Juristen) im regen Austausch miteinander durch viele Praxisbeispiele diskutiert und bearbeitet werden. Wenn auch für einige Fragestellungen mehr Rechtssicherheit erreicht werden konnte, so wurde auch deutlich, dass jenseits juristischer Möglichkeiten und Verpflichtungen oft (nur) psychotherapeutische Indikationen und Implikationen und moralische Maßstäbe den Einzelfall entscheiden helfen.

Workshop 6: „Psychotherapie an der Grenze“

Zwei Psychotherapeutinnen stellten ihr Gegenübertragungserleben in Grenzsituationen ihrer Behandlungspraxis offen dar. Der Schwerpunkt der Beschreibung lag ausschließlich beim Erleben der Psychotherapeutinnen. Biographische und anamnestiche Daten der Patienten wurden ausdrücklich ausgespart. In sehr guter Arbeitsatmosphäre gelang es 80 Interessierte über den Wechsel von Einzelvortrag, Kleingruppen-, sogenannter Aquariumsarbeit sowie Plenumgespräch zu beteiligen. Zentral war die Entwicklung eines Katalogs hilfreicher Möglichkeiten für Psychotherapeuten zur eigenen Fürsorge bei der Bewältigung von grenzwertigen Situationen im eigenen Interesse und zum Wohle der Patienten. Herr Witthinrich informierte als Jurist und Leiter der Schlichtungsstelle der PKN anhand der vorgetragenen Praxiserfahrungen über die rechtlichen Rahmenbedingungen.

Was kann für den Psychotherapeuten hilfreich sein in Grenzsituationen – konkrete Ergebnisse in Stichworten:

- Bezug auf den fachwissenschaftlichen Forschungsstand/den Diskurs/theoretischer Bezugsrahmen/ Fortbildung/ Dokumentation
- Ausgewertete Erfahrungen mit diesem Patienten und anderen Patienten
- Bearbeitung der Gegenübertragungsgefühle/Dokumentation/Supervision
- Dokumentation von Schwellensituationen in der Therapie
- Sorgfältiges Abwägen der eigenen Belastbarkeit
- Sorge um Erhalt der eigenen Arbeitsfähigkeit (§16 BO)
- Reflexion der eigenen Anteile innerhalb der therap. Bez.
- Schaffung eigener Netzwerke
- Wichtige Adressen und Ansprechpartner präsent haben

Workshop 7: „Jugendliche Straftäter – Strafmündigkeit“

Zunächst stellte RA Hartmut Gerlach die rechtlichen Grundlagen mit ihren historischen Veränderungen dar. Insbesondere wurde die zurzeit gültige Grenze von 14 Jahren für die Strafmündigkeit kritisch betrachtet.

Anhand eines Fallbeispiels, vorgestellt von Bertke Reiffen-Züger, wurden dann die Probleme aus juristischer und psychotherapeutischer Sicht deutlich. Ist ein 14-Jähriger, der aus Wut und Verzweiflung, dass seine Auserkorene nichts von ihm wissen will, sie schlägt und gefährlich schubst, zu bestrafen und ggf. wie? Welche Rolle spielt die Jugendgerichtshilfe dabei? Ist eine Entschuldigung notwendig oder hilfreich? Kann die Geschädigte bzw. können die Eltern Schadensersatzansprüche anmelden und Schmerzensgeld verlangen? Welche Rolle spielt das Opfer, welchen Part haben die Eltern des Jungen?

Die Teilnehmer diskutierten sehr angeregt diese Aspekte, wobei am Ende sowohl die Psychotherapeuten als auch der juristische

Fachmann angefüllt mit neuem Wissen und Verstehen sehr zufrieden waren.

Workshop 8: „Berufsethik und Berufsrecht im psychotherapeutischen Alltag“

Die Teilnehmer an diesem Workshop diskutierten nach einer kurzen allgemeinen Einführung in die Bedeutung und Funktion der Berufsordnung (Eckhard Winter, PP), deren rechtlicher Einordnung in unser Rechtssystem (Matthias Vestring, RA) und einer kurzen Übersicht über die Bereiche der niedersächsischen Berufsordnung (Gerlinde Büren-Lützenkirchen, PP) zuerst in Kleingruppen, dann im Plenum an vorbereiteten Fallbeispielen aus dem Berufsalltag (Umgang mit Stundenkontingent, Verkauf von Waren, Einsicht in die Krankenakte). Die engagierte Diskussion zeigte das starke Interesse an ethischen Entscheidungen. Sie machte einerseits deutlich, welche Hilfe die Berufsordnung als Regelwerk grundsätzlicher Überzeugungen des Berufsstandes bieten kann. Sie verwies andererseits auch immer wieder darauf, dass neben der allgemeinen rechtlichen Regelfrage („Was darf/soll/muss ich (nicht) tun?“) ebenso die Frage zu stellen ist, was das Auftauchen des Problems in der konkreten Situation für eine therapeutische Bedeutung hat/haben kann und wie der angemessene therapeutische Umgang damit ist (in Kenntnis der rechtlichen Situation).

Bekanntmachung des Niedersächsischen Zweckverbandes zur Approbationserteilung (NiZZA)

§ 9 der Verbandsordnung erhält folgende Fassung:

„§ 9 Aufgabenerfüllung für einzelne Verbandsmitglieder

Der Zweckverband erfüllt als weitere Aufgaben nach Weisung für die Ärztekammer Niedersachsen und die Zahnärztekammer die Überwachung des Betäu-

bungsmittelverkehrs bei Ärzten, Zahnärzten und in Krankenhäusern nach dem Betäubungsmittelgesetz und den auf seiner Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen sowie für die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen die Anerkennung von Einrichtungen als Ausbildungsstätten für Psychotherapie oder als Ausbildungsstätten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Außerdem nimmt der Zweckverband als weitere Aufgaben nach Weisung für die Ärztekammer Niedersachsen die Erteilung von Genehmigungen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a Abs. 2 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs und die Überwachung der Einhaltung des Berufsbezeichnungsgebots nach § 14 Abs. 4 Satz 1 der Bundesärzteordnung wahr. Jedes Verbandsmitglied kann weitere Aufgaben nach Weisung mit einer Frist von sechs Monaten zum Kalendervierteljahr auf den Zweckverband zur Aufgabenerfüllung übertragen.“

Die Änderung der Verbandsordnung tritt zum 01.01.2007 in Kraft.

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit hat mit Schreiben vom 19.10.2006 (Az. 405.12 – 41940) die aufsichtsbehördliche Genehmigung erteilt.

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 für Fragen zur Akkreditierung:
Mi. + Do. 09:00 – 11:30 Uhr
Mail-Anschrift: info@pk-nds.de
Mail-Anschrift für Fragen zur Akkreditierung: Akkreditierung@pk-nds.de
Internet: www.pk-nds.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Düsseldorfer Bündnis gegen Depression: PTK NRW setzt sich für Durchführung und Evaluation eines Präventionsprojekts für Jugendliche ein

Im Arbeitskreis Kinder und Jugendliche des Düsseldorfer Bündnis gegen Depression setzen die Vertreter der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) die Initiative fort, Maßnahmen zur Prävention von Depression an Schulen vorzubereiten. Aus Sicht der PTK NRW sollten die Bündnisaktivitäten in diesem Bereich genutzt werden, um Präventionsmöglichkeiten für Depression bei Kindern und Jugendlichen im realen Setting zu erproben und zu evaluieren. Als geeignet wurde das Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen „Lars & Lisa“ (Lust an realistischer Sicht & Leichtigkeit im sozialen Alltag) der Tübinger Forschungsgruppe um Dr. Pössel und Prof. Dr. Hautzinger ausgewählt.

Dabei handelt es sich um ein universelles und wissenschaftlich evaluiertes Trainingsprogramm, das sich für den Einsatz in der primären Prävention bewährt hat. Unter anderem ließ sich ein signifikanter Rückgang subklinischer depressiver Symptome bis zu einem 6-Monats-Follow-Up feststellen. Das Programm ist kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Es kann innerhalb eines Schulhalbjahres Anwendung finden. Seine Umsetzung erfolgt

unter der Beteiligung von Schülern und in der Trainingsdurchführung von psychologisch und kognitiv-verhaltenstherapeutisch qualifizierten Trainern. Die Inhalte des Programms umfassen die Vermittlung von Zusammenhängen zwischen Kognitionen, Emotionen und Verhalten, die Exploration und Veränderung dysfunktionaler Kognitionen, ein Selbstsicherheitstraining und ein Training sozialer Kompetenz.

Für die Prävention depressiver Entwicklungen bei Jugendlichen hat die Psychotherapeutenkammer NRW einen praktikablen Vorschlag zur Durchführung von Lars & Lisa an Düsseldorfer Schulen erarbeitet: Das Konzept hebt auf die modellhafte Umsetzung des Programms in der Sekundarstufe 1 zunächst an einigen ausgewählten Schulen ab. Ein differenzierter Ablauf- und Kostenplan wurde vorgelegt. Zur Unterstützung und Begleitung der Programmumsetzung vor Ort ist bereits ein Kontakt mit der Tübinger Forschungsgruppe hergestellt.

Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses hatten die Mitgliedsorganisationen des Düsseldorfer Bündnis gegen Depression noch nicht entschieden, ob dieses Projekt

im Rahmen des Bündnisses durchgeführt werden soll.

In Anbetracht signifikant steigender Erkrankungsraten und den damit einhergehenden Suizidrisiken ist zu hoffen, dass dieses Angebot der PTK NRW von den anderen Mitgliedsorganisationen aufgegriffen wird.

Es ist an der Zeit, dass die Akteure des Gesundheitswesens und die Landesregierung dem Thema Prävention psychischer Störungen die ihm zukommende Bedeutung einräumen und es ganz oben auf ihre Agenda setzen.

Geplante Veranstaltungen des Düsseldorfer Bündnis gegen Depression im Frühjahr 2007:

07.02.07 ab 14.00 Uhr, Tagung zu Depression im Alter.

03.03.07 von 9.30 – 14.00 Uhr, 2. Patiententag des Düsseldorfer Bündnis gegen Depression.

Bei beiden Veranstaltungen wird die PTK NRW mit Informationen zur psychotherapeutischen Behandlung vertreten sein.

Landesprojekt „Familienzentren“ in NRW – mehr Hilfe für Risikofamilien?

Das Ministerium für Generationen, Familien, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (MGFFI) hat einen zentralen politischen Schwerpunkt auf die Weiterentwicklung von Kindertageseinrichtungen zu so genannten Familienzentren gelegt. Hieraus werden sich weitergehende Konsequenzen für die ambulante Beratungs- und Versorgungsstruktur des Landes ergeben. Was die Bildung von Familienzentren für die Arbeit der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsycho-

therapeuten in Beratungsstellen oder eigener Niederlassung im Einzelnen bedeuten wird, ist derzeit noch weitgehend offen.

Die Kindertageseinrichtungen sollen dabei zu Knotenpunkten ausgebaut werden, in denen Angebote der Bildung, Erziehung und Betreuung als Aufgaben der Kindertageseinrichtungen mit Angeboten der Beratung und Unterstützung für Familien zusammengeführt werden. Vorhandene Angebote vor Ort sollen besser miteinander

vernetzt und in den Familienzentren gebündelt werden. Um dies zu gewährleisten, sollen Familienzentren unter anderem auch mit Familienberatungsstellen – und damit auch mit Psychotherapeuten – in Kooperation treten. Dabei stellt sich die zentrale Frage, wie die Kompetenzen und Zuständigkeiten in Zukunft zwischen den Beteiligten verteilt sein werden.

Das MGFFI schlägt insgesamt drei Modelle eines Familienzentrums zur Umsetzung

vor: die Modelle „Unter einem Dach“, „Lotse“ und „Galerie“.

Das Modell „Unter einem Dach“ stellt ein für alle Familienzentren fest definiertes Angebot dar, das jeweils in den Räumlichkeiten der Kindertageseinrichtung stattfinden und Familienberatung, -bildung sowie Erziehungsberatung regelmäßig integrieren soll.

Bei dem Modell „Lotse“ handelt es sich um einen Verbund von Diensten, die jeweils eigenständig und in der Regel räumlich voneinander getrennt arbeiten, aber miteinander kooperieren. Die Kindertageseinrichtung koordiniert diese Dienste und soll erste Anlaufstelle für die Familien sein, deren Anliegen sie an die zuständige Stelle, z.B. die Familienhilfe, weiterleitet.

Das Modell „Galerie“ kennzeichnet ein Familienzentrum, das konkrete Hilfe- und Beratungsangebote unter dem Dach der Kindertageseinrichtung vorhält, deren Zusammenstellung jedoch von Einrichtung zu Einrichtung variiert, je nach örtlichen und räumlichen Gegebenheiten.

Bei allen Modellen besteht die Gefahr, dass die niedrigschwelligen, interdisziplinär und qualifiziert angebotenen Leistungen der bisherigen ambulanten Beratungspraxis, wie sie zum Beispiel durch Erziehungsberatungsstellen angeboten werden, durch minderqualifizierte Leistungen „ersetzt“ bzw. im Zugang erschwert werden. Es ist unbedingt darauf zu achten, dass die verantwortlichen Akteure in den Familienzentren über die erforderlichen Mindestqualifikationen verfügen. Sollte daran gedacht werden, dass pädagogische Fachkräfte bzw. ErzieherInnen die Aufgaben der Beurteilung und Weitervermittlung in Beratungskontakte (vgl. z.B. das Modell „Lotse“) übernehmen, wäre eine qualifizierte Schulung in psychologischer und psychotherapeutischer Beratungs- und Vernetzungskompetenz für Erstkontakte und Krisensituationen unerlässlich. Hierzu böten sich in diesem Tätigkeitsfeld erfahrene Psychotherapeuten an.

Nordrhein-Westfalen ist das erste Bundesland, das solche Familienzentren bildet. Das MGFFI fördert derzeit in NRW den Betrieb von 251 Pileteinrichtungen, die nach einem

Aufruf zur Beteiligung am Landeswettbewerb „Familienzentrum NRW“ aus landesweit über 1000 Einrichtungen ausgewählt worden sind. Gefördert wird in jedem Jugendamtsbezirk des Landes Nordrhein-Westfalen mindestens eine Kindertageseinrichtung. Die ausgewählten Pileteinrichtungen werden parallel von vier regionalen Kompetenzteams unterstützt und die Umsetzung der einjährigen Pilotphase wird wissenschaftlich begleitet. Ziel der Landesregierung ist es, langfristig in ganz Nordrhein-Westfalen flächendeckend Familienzentren einzurichten.

Die PTK NRW setzt sich in ihrer Gremien- und politischen Arbeit besonders auch im Zusammenhang mit dem Thema Hochrisikofamilien und Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen intensiv mit den Vor- und Nachteilen sowie potentiellen Entwicklungschancen der Familienzentren aus psychotherapeutischer Perspektive auseinander. Wie bereits im PTK-Newsletter 02/2006 berichtet, konnte bisher unter anderem erreicht werden, dass ein Vertreter der Psychotherapeuten in ein Kompetenzteam des Landesprojektes aufgenommen wurde.

TK-Modellvorhaben Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie – Gespräch mit der Projektleitung

Nach dem Wechsel in der Projektleitung des Modellvorhabens der Techniker Krankenkasse zum „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ hat der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW den Projektleiter Dr. Thomas Ruprecht Mitte September 2006 zu einem Gespräch eingeladen.

Nachgefragt wurde von Seiten der Vertreter der PTK NRW insbesondere zu der Berücksichtigung der spezifischen Bedingungen der unterschiedlichen Verfahren in der Umsetzung des Untersuchungsdesigns sowie zur Berücksichtigung der

von Vertretern der Psychoanalytiker geäußerten Bedenken.

Im Ergebnis hat sich der Vorstand davon überzeugen können, dass die Bedeutung des Erhalts der verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren für eine Versorgung von hoher Qualität von der Techniker Krankenkasse durchaus gesehen wird und das Modellvorhaben wie in der „Gemeinsamen Erklärung“ der Psychotherapeutenkammer NRW und der TK zum Modellvorhaben vom 17.09.2004 vereinbart durchgeführt wird

Zur Sprache kamen die auf dem ersten Studienforum im Mai in Dortmund präsentierten ersten vorläufigen Projektergebnisse über teilnehmende Psychotherapeuten und Patienten. Erörtert wurden dabei auch die in Dortmund vorgebrachten kritischen Einwände der Projektteilnehmer. Insbesondere in Bezug auf die geringere Rekrutierungsquote in der Kontrollgruppe wurden von der TK Nachbesserungen für die teilnehmenden Psychotherapeuten in Aussicht gestellt. Ein weiterer Austausch zwischen TK und Psychotherapeutenkammer NRW über Fortgang und Ergebnisse des Modellvorhabens wurde vereinbart.

Psychotherapeutenversorgungswerk – Vertreterversammlung konstituierte sich

Nachdem auf der Kammerversammlung im April dieses Jahres zehn Delegierte und

ihre Stellvertreter für das Psychotherapeutenversorgungswerk (PTV) NRW ge-

wählt worden sind, fand die konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung am

28.08.2006 unter Leitung der Präsidentin Monika Konitzer statt. Zum Vorsitzenden der Vertreterversammlung wurde einstimmig Herr Olaf Wollenberger und als Stellvertreterin Frau Dr. Birgit Breyer gewählt.

Die politische Willensbildung und Beschlüsse des PTV NRW erfolgen nunmehr durch die Vertreterversammlung, deren Mitglieder alle dem Versorgungswerk angehören müssen. Die Regelung der An-

gelegenheiten des PTV NRW liegt damit in der Hand der Betroffenen, wie es sich für eine Selbstverwaltung gehört. Die Schaffung einer Vertreterversammlung für das Versorgungswerk ermöglicht darüber hinaus die demokratische Beteiligung der Mitglieder anderer Psychotherapeutenkammern, die sich dem Psychotherapeutenversorgungswerk NRW anschließen. Die Vertreterversammlung stellte den geprüften Jahresabschluss 2005 fest und

beschloss die Überschussverwendung. Einstimmig wurde dem Vorschlag des Versicherungsmathematikers gefolgt, den Überschuss für eine erneute Anhebung des Rentensteigerungsbetrages zu verwenden, was den Mitgliedern in Form einer Erhöhung der Anwartschaften zugute kommt. Der verbleibende Überschussanteil bleibt in der Rückstellung und dient damit der weiteren Absicherung des Versorgungswerkes.

Erfahrungen mit der Fortbildungsakkreditierung im Überblick

Geahnt haben wir es immer schon, jetzt wissen wir es: Die Kolleginnen und Kollegen bilden sich gern und viel fort. Beweise hierfür liefern die rund 3000 Anträge auf Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen, die seit dem 1.1.2005 in der Geschäftsstelle bearbeitet wurden.

Nicht nur Institute und Verbände lassen mehr und mehr ihre Veranstaltungen bei der Psychotherapeutenkammer akkreditieren, beträchtlich erhöht hat sich auch die Zahl der Kolleginnen und Kollegen, die Anträge für reflexive Veranstaltungen wie Intervisionsgruppen, Qualitätszirkel und Supervisionen zur Akkreditierung einreichen.

Neben der Einhaltung bestimmter Formalien wird im Wesentlichen auf die inhaltliche Aussagekraft der Unterlagen für die Beurteilung entsprechend den Vorgaben der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW Wert gelegt. Der

Anteil der abgelehnten Anträge liegt unter einem Prozent.

Auf große Zustimmung bei allen Beteiligten stieß Anfang des Jahres die Neugestaltung der Antragsformulare. Das dem Antrag für die Kategorien A bis C beigefügte Zusatzblatt für die Qualifikation der Referenten erweist sich hier ebenfalls als sehr nützlich. Aufgrund der bisher gesammelten Erfahrungen und der konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Geschäftsstelle und Antragsteller sind Anträge, bei denen Rückfragen erforderlich sind, deutlich weniger geworden. Dies und die Einhaltung der Vorgaben haben die Bearbeitungszeit erheblich verkürzt.

Positiv aufgenommen wurde bei den Kolleginnen und Kollegen, die als Ansprechpartner, Moderatoren oder Supervisoren ihre reflexiven Veranstaltungen leiten, die formlos zu stellenden Folgeakkreditierungen, die ebenfalls neu gestalteten Teil-

nehmerlisten und Teilnahmebescheinigungen sowie das speziell für Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter erstellte Infoblatt „Was ist bei der Bepunktung zu beachten?“.

Vorträge und Diskussionen, Tagungen, Kongresse und Symposien sowie Seminare, Workshops und Kurse werden sofort nach ihrer Akkreditierung auf unserer Homepage www.ptk-nrw.de veröffentlicht. Anträge und Informationen rund um das Thema Fortbildung können hier ebenfalls unter dem Link Fortbildungen angeklickt und bei Bedarf heruntergeladen werden.

Wegen der vielen Nachfragen, hier noch einmal zur Erinnerung: Veranstaltungen, die von den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe zertifiziert sind, werden, sofern sie den Kriterien der Musterfortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer entsprechen, von der Psychotherapeutenkammer anerkannt und umgekehrt.

Veranstaltungen / Fortbildungen

Die Psychotherapeutenkammer NRW und die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz streben eine engere Kooperation bei den kammereigenen Fortbildungsangeboten an. Die bisher bestehende Kooperation bei der Entwicklung fachlicher Standards für Fortbildungsanforderungen soll zunächst erweitert werden auf den Bereich der Fortbildung für die Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge

und der Fortbildung für den Bereich der Sachverständigentätigkeit in strafrechtlichen Verfahren.

Zum Thema Schweigepflicht im Strafvollzug fand am 24.10.2006 eine Fortbildungsveranstaltung der Landesarbeitsgemeinschaft der PsychologInnen im Strafvollzug unter Mitwirkung der Psychotherapeutenkammer NRW statt.

Wegen des sehr frühen Redaktionsschlusses der Kammerseiten können die Fortbildungstermine für die erste Jahreshälfte 2007 hier noch nicht genannt werden. Wir bitten Sie deshalb, die Ankündigungen in den Mitgliederinformationen, dem Newsletter und auf unserer Homepage zu beachten.

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Psychotherapeutenkammer NRW und der Ärztekammer Nordrhein zur Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen

Bei ausreisepflichtigen Asylbewerbern ist die betreffende Behörde verpflichtet, den Anzeichen gesundheitlicher Beeinträchtigungen nachzugehen. Zur Mitwirkung bei der Beurteilung körperlicher und psychischer Erkrankungen und den sich aus einer zwangsweisen Rückführung für den Betroffenen ergebenden Gesundheitsrisiken, werden entsprechend qualifizierte Psychotherapeuten und Ärzte als Sachverständige beauftragt.

Die Psychotherapeutenkammer NRW und die Ärztekammer Nordrhein hatten bereits Anfang des Jahres eine Kooperation vereinbart, um für diese spezielle und komplexe Fragestellung Sachverständige zu qualifizieren. In Zusammenarbeit mit dem Psychosozialen Zentrum Düsseldorf und der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung bot die PTK NRW im Mai und November dieses Jahres eine zweiteilige curriculare Fortbildung

zum Thema Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen über jeweils anderthalb Tage an. Inhalte und Umfang des Curriculums entsprechen dem vom Ministerium erlassenen Kriterienkatalog und den Empfehlungen einer Expertengruppe der Bundesärztekammer. Angekündigt wurde diese Fortbildung in den Mitteilungen der PTK NRW und der Ärztekammer Nordrhein.

Das Interesse bei Psychotherapeuten und Ärzten war so groß, dass nicht alle Anmeldungen berücksichtigt werden konnten. Besucht wurde die Veranstaltung etwa zu gleichen Teilen von Psychotherapeuten und Ärzten, die auch schon bei derartigen Gutachtenfragen tätig sind.

Besonders herausgearbeitet wurden die Rechte und Pflichten des Sachverständigen in solchen Verfahren. Intensiv nach-

gefragt und diskutiert wurden die juristischen Rahmenbedingungen asylrechtlicher Verfahren und die kulturspezifischen Besonderheiten in den Erscheinungsbildern psychischer Störungen. Zwischen den Heilberufsgruppen entwickelte sich ein für beide Teile gewinnbringender fachlicher Austausch.

Das Curriculum wird im Jahr 2007 erneut angeboten, Anregungen aus der Evaluation werden selbstverständlich berücksichtigt.

Der Kammerversammlung wird ein auf der Grundlage des Curriculums der Bundesärztekammer erstellter Beschluss für eine Liste von Sachverständigen im Rückführungsverfahren zur Entscheidung vorgelegt, damit diese Listen von der Verwaltung geführt werden können.

Mehr darüber in der nächsten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals.

Kurzmeldungen

Gründung des Instituts für Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung in Bochum

Wie schon mit der „Gemeinsamen Erklärung“ zum TK-Modellvorhaben geschehen engagiert sich die Psychotherapeutenkammer NRW in dem Ausbau der bisher völlig defizitären Versorgungsforschung im Bereich der Psychotherapie. Mitte diesen Jahres ist in diesem Bemühen ein erster Meilenstein erreicht worden: Gemeinsam mit der Carina-Stiftung Herford hat die Psychotherapeutenkammer NRW das „Institut für Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung“ als gemeinnützige Gesellschaft (gGmbH) gegründet. Standort des Instituts wird voraussichtlich Bochum sein; eine Anbindung an die Ruhr-Universität Bochum ist geplant und befindet sich derzeit im Entscheidungsprozess. Aufgabengebiete des Instituts für

Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung sind die Entwicklung und Evaluation von Gesundheitspräventions- und Versorgungsstrukturen im psychosozialen /psychotherapeutischen Bereich.

Die Carina-Stiftung Herford fördert seit längerem Versorgungsforschung im Bereich der Psychoonkologie. Der Vorstand der PTK NRW freut sich über den Entschluss der Stiftung, sich nun auch in der Forschung im Bereich der Psychotherapie und der Prävention psychischer Störungen in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer NRW zu engagieren.

Nachweise über Berufshaftpflichtversicherung

Nach dem Heilberufsgesetz NRW sind alle berufstätigen Kammerangehörigen verpflichtet, den Nachweis einer bestehenden Berufshaftpflichtversicherung gegenüber

ihrer Kammer zu erbringen. Ziel des Gesetzgebers hierbei ist ein ausreichender Schutz sowohl der Patienten als auch der Behandler zur Deckung möglicher Schäden aus der heilkundlichen Tätigkeit. In einem Rundschreiben hatten wir Sie dazu aufgefordert, eine entsprechende Erklärung an die Geschäftsstelle zurück zu senden.

Diese Aktion ist mittlerweile nahezu vollständig abgeschlossen – wir danken allen Mitgliedern für ihre gute Kooperation. Als häufigste Fragen sind bei der Beantwortung aufgetaucht, welche Höhe ein „ausreichender“ Versicherungsschutz haben sollte und wie sich die Situation für abhängig Beschäftigte darstellt. Zu der 1. Frage hatte eine Umfrage der Psychotherapeutenkammer NRW bei den Versicherern ergeben, dass alle bisher üblichen Versicherungssummen hinsichtlich der aufgetretenen Schadensfälle ausreichend waren. Zu der 2. Frage lässt sich keine all-

Beratung am Telefon**Berufsrechtliche Beratung durch den Juristen**

Mi.: 14.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Mitgliederberatung durch den Vorstand

Mo: 12.30-14.00 Uhr

Di: 12.30-13.00 Uhr

18.30-19.30 Uhr

Mi: 13.00-14.00 Uhr

Fr: 11.00-12.00 Uhr

12.30-13.00 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 27

Anfragen Fortbildungsakkreditierung

Mo – Do: 13.00-15.00 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 26

Sprechstunde der Präsidentin

Mo: 12.00-13.00 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 0

gemeingütige Antwort geben, sie hängt von den jeweiligen individuellen Bedingungen ab. Soweit Sie über Ihren Arbeitgeber bzw. Dienstherrn versichert sind, ist keine eigene Berufshaftpflichtversicherung erforderlich. Andernfalls müssen Sie eine eigene Haftpflichtversicherung abschließen, entweder für Ihre gesamte Tätigkeit, wenn gar kein Versicherungsschutz besteht, oder für den Teil der beruflichen Tätigkeit, auf den sich der Deckungsschutz Ihres Arbeitgebers/Dienstherrn nicht erstreckt.

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211 / 52 28 47 - 0
Fax 0211 / 52 28 47 - 15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Allen Lesern wünschen Vorstand und Redaktion ein zufriedenes und erfolgreiches Jahr 2007.

Pflichtlektüre ***im Strafverfahren:***

Psychologische und psychiatrische Sachverständige im Strafverfahren

Verteidigung bei Schuldfähigkeits- und Prognosebegutachtung

Von Prof. Dr. Günter Tondorf, RA und FA für Strafrecht.

2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. 2005.

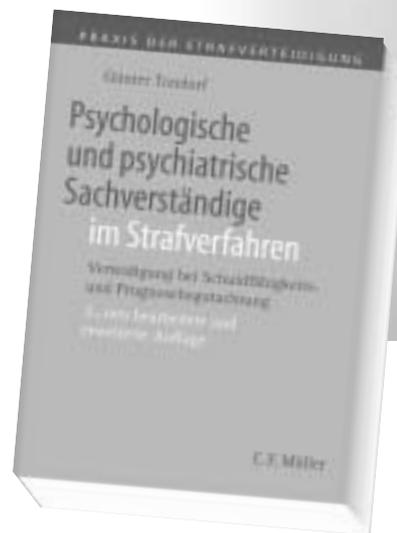
XXVIII, 333 Seiten. Kartoniert. € 42,- ISBN 3-8114-3055-6

(Praxis der Strafverteidigung)

Das Handbuch von Tondorf vermittelt das notwendige Wissen, um im Strafverfahren die Tätigkeit des Gutachters richtig zu verstehen und zu bewerten.

Es zeigt u.a. Konfliktvermeidungsstrategien für alle Verfahrensbeteiligten bei Verfahren auf, in denen Schuldfähigkeits-, Prognose- und Jugendgutachten erstattet werden.

Die erweiterte Neuauflage berücksichtigt insbesondere auch die grundlegenden und richtungweisenden Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofes, durch die in dieser Form erstmals grundsätzliche Maßstäbe und auch Grenzen für die psychiatrische



Begutachtungspraxis und deren methodische Vorgehensweise formuliert wurden.

Aufgenommen wurden weitere Checklisten z. B. zur Prognose von Gewalttaten der HCR und PCL-R. Neu bearbeitet wurden u.a. die Kapitel zu Prognosen im Straf- und Maßregelvollzug sowie zu Sachverständigen-gutachten zur Sicherungsverwahrung. Berücksichtigung fanden auch die Änderungen durch das 1. Justizmodernisierungsgesetz vom 1.7.2004.

80113069

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



C.F. Müller
www.cfmueller-verlag.de

Mitteilungen der LandesPsychotherapeuten-Kammer Rheinland-Pfalz

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Die diesjährige Herbsttagung der LPK zum Thema „Sucht“ am 30.09.2006 war ein ebenso großer Erfolg wie das anschließende Kammerfest.

Weiter berichten wir über den Stand des PTKIV für die Fortbildungsüberprüfungen sowie über das Forum Gesundheit in Mainz.

Mit kollegialen Grüßen!

Annelie Scharfenstein

Fachtagung „Psychotherapie in der Behandlung von Suchtproblemen“ und Herbstfest der Kammer am 30.09.2006

Rund 130 Teilnehmerinnen und Teilnehmer nutzten den Nachmittag des 30. Sept. zu einer ausgesprochen interessanten Fortbildung zum Thema Sucht, spezieller zu substanzbezogenen Störungen. Nach einer Einführung durch den Kammerpräsidenten, Herrn Alfred Kappauf, spannten die drei Referenten einen weiten Bogen: Dipl.-Psych. P. Missel, Leitender Psychologe der Kliniken Daun, beleuchtete das Tätigkeitsfeld aus beruflicher, politischer und berufspolitischer Sicht. Dr. A. Günthner, Chefarzt der Fachklinik Eußertal, widmete sich dem „Spannungsfeld Suchttherapie“, und Prof. Dr. M. Klein von der Kathol. Fachhochschule NRW, Abt. Köln, erläuterte die Möglichkeiten und Chancen der Qualifizierung von Sucht(psycho)therapeuten. Nach den jeweiligen Beiträgen kam es bereits zu interessierten Diskussionsbeiträgen. Unter der geschickten Moderation von Frau Dr. W. Funke, Psychotherapeutische Leiterin der Kliniken Wied und Vizepräsidentin der Dt. Gesellschaft für Suchtpsychologie, war das Publikum anschließend zu einer zweistündigen Podiums-

wie auch Diskussion mit den Referenten eingeladen. In dem lebhaften Austausch wurden vielerlei Aspekte mehr als angesprochen.



Die Veranstaltung erhielt eine sehr positive Rückmeldung, lediglich die weitgehende Beschränkung auf das Thema „Alkoholabhängigkeit“ wurde etwas bedauert. Nichtsdestotrotz wurde und wird in der LPK überlegt, wie das Thema programatisch weiterbearbeitet werden soll.

Auf dem anschließenden Herbstfest der LPK RLP sah man dann ein ebenso zahlreiches Publikum: Die LPK hatte offiziellen

Besuch von befreundeten anderen Heilberufekammern und vor allem von ihren Mitgliedern.



Alle verbrachten einen kurzweiligen Abend im Foyer des Kammergebäudes – und dazu haben neben den Musikanten vor allem die Mitglieder der Geschäftsstelle beigetragen, die voller Elan dafür sorgten, daß es den Gästen an nichts fehlte! Ihnen sei auch an dieser Stelle für ihren beständigen Einsatz gedankt, der sehr zum guten Gelingen der Kammerarbeit in Rheinland-Pfalz beiträgt!

PsychotherapeutenKammerInformationsVerteiler (PTKIV)

Nachdem der Vorstand der LPK RLP im August 2006 die Unterzeichnung eines Gesellschafter-Vertrages zum PTKIV beschlossen hat, wurden unsere Mitglieder auf vier gut besuchten regionalen Veran-

staltungen (Mainz, Ludwigshafen, Trier und Koblenz) durch die Geschäftsführerin und/oder den Ausschuss für Qualitätssicherung und Fortbildung über die Neuerungen informiert. Das elektro-

nische System, das in naher Zukunft die papierlose Übermittlung von Teilnahmebestätigungen bei zuvor anerkannten Veranstaltungen ermöglicht, gewinnt zusehends an „Einsatzreife“. Bald werden

unsere Kammermitglieder Etiketten mit ihrer individuellen Fortbildungsnummer erhalten. Der aufgedruckte Barcode erleichtert die Überprüfung und Zuordnung von Veranstaltungen und TeilnehmerInnen. Es gibt zwar noch keine völlige bundesweite bzw. länderübergreifende

Einheitlichkeit, weil es in einigen Ländern von der Muster-Fortbildungsordnung abweichende Satzungen gibt. Die LPK RLP hat nun aber die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Verwaltung der Fortbildungsnachweise viel effizienter und bequemer geschehen wird.

In diesem Zusammenhang möchte ich erwähnen, dass die Bestätigungen über die in 2004 geleistete Fortbildung inzwischen allen Kammermitgliedern (bis auf einige noch unklare Fälle) zugegangen ist; die Bestätigungen des Jahres 2005 werden in absehbarer Zeit folgen.

Mainzer Forum Gesundheit

Am 04. Oktober 2006 fand im Kurfürstlichen Schloss in Mainz zum fünften Mal das Mainzer Forum Gesundheit statt. Veranstaltet wurde es von allen Heilberufskammern in Rheinland-Pfalz unter Federführung der Landes Zahnärztekammer und stand unter dem Motto

„Alternative Praxisformen – Risiko oder Chance im Gesundheits-Wettbewerb?“

Das Thema des Abends war von bei der Festlegung des Termins ungeahnter Aktualität, tagten und stritten doch zu diesem Zeitpunkt die Gesundheitsexperten und -politiker in Berlin bis spät in die Nacht, um zum wiederholten Mal die Inhalte der Gesundheitsreform nun endgültig zu konsentieren. Unter Moderation des Publizisten und Journalisten Helmut Ahrens diskutierten Herr Staatssekretär Auernheimer, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit RLP, Herr Dr. Federwitz, Vorsitzender der KZBV, Herr Prof. Dr. Falter, Politologe an der Universität Mainz, Dr. Spiekermann, 1. Vorsitzender des Praxisnetzes „PRAVO“ und Herr RA Sander, Institut für Wirtschaft und Praxis, Münster. In einer sehr offen geführten Diskussion, in der

von der vollen Zustimmung zu den Gesetzesvorhaben bis hin zu deutlichen Warnungen vor der politisch gewollten weiteren Regulierung des Gesundheitswesens die gesamte Bandbreite der Argumente vertreten war, wurden folgende Aspekte als Ergebnis herausgearbeitet:

- Es droht eine weitere Regulierung des gesamten Gesundheitswesens, bis hin zu einer Staatsmedizin, versteckt hinter dem Deckmäntelchen des Europarechts,
- die Freiberuflichkeit der Leistungserbringer ist in erheblicher Gefahr durch die weitere Regulierung des Gesundheitswesens,
- die Kammern haben deshalb verstärkt ihr Augenmerk auf diesen Aspekt zu legen und ihre Mitglieder entsprechend zu unterstützen,
- die im Vertragsarztrecht geplanten Änderungen bergen viele Chancen – auch für Freiberufler – aber auch erhebliche Risiken,
- die Kammern müssen daher ihren Mitgliedern qualifizierte Beratungsdienstleistungen anbieten, um sie wettbewerbsfähig zu machen gegenüber den anderen Akteuren im Gesundheitswesen.

Mit der Aussage von Herrn Dr. Auernheimer, dass die Politik sehr wohl die niedergelassenen Leistungserbringer auf gleicher Ebene wie z. B. Krankenhäuser und deren Verbände sieht, wurde die Veranstaltung geschlossen.

Es bleibt abzuwarten, was uns die Zukunft an Neuem von der politischen Bühne bringen wird. Die LPK wird sich jedenfalls hierauf sehr gut einstellen.

An diesen Seiten arbeiteten mit:

Birgit Heinrich, Dr. Annelie Scharfenstein.

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel 06131/5 70 38 13
Fax 06131/5 70 06 63
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de
telefonische Sprechzeiten:
Mo. – Fr. 10.00 – 12.30 Uhr
Di. – Do. 14.00 – 16.00 Uhr

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Oberverwaltungsgericht (OVG) des Saarlandes spricht deutliche Worte

FORUM 16 (Sept 2006)

Wer ist Mitglied der Kammer?

Im ersten Jahr nach der Kammergründung war es für einige Kolleginnen und Kollegen zunächst nicht nachvollziehbar, warum sie Kammermitglied und damit beitragspflichtig seien, obwohl sie doch in Ausübung ihres Berufs nicht psychotherapeutisch mit Patienten arbeiteten (s. Forum 2, Mai 2004: „Was heißt wenig oder gar nicht psychotherapeutisch tätig?“ und „Kann man die Approbation ruhen lassen?“). Das OVG des Saarlandes hat nun in einem richtungsweisenden zweitinstanzlichen Urteil am 23.08.06 (Az.: 1 R 19/06) überzeugend begründet, warum auch diejenigen approbierten Kolleginnen und Kollegen Mitglied der Kammer sind, die nicht unmittelbar psychotherapeutisch tätig sind, also keine Tätigkeiten zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert ausüben.

Kurz zur Vorgeschichte: Das Mitglied, das 1999 die Approbation zur Ausübung des Berufs des Psychotherapeuten erlangt hatte, war der Auffassung, heute nur noch begutachtend tätig zu sein, wobei diese Tätigkeit auch von Diplom-Psychologen hätte ausgeübt werden können. Eine Patientenbehandlung finde im Rahmen der jetzigen Berufstätigkeit nicht statt.

Das OVG stellt nun folgendes klar: *Pflichtmitglieder ... sind (u.a.) alle zur Berufsausübung berechtigten Psychologischen Psychotherapeutinnen / Psychotherapeu-*

ten, die im Saarland ihren Beruf ausüben ... Der Beruf der Psychologischen Psychotherapeutin/des Psychologischen Psychotherapeuten im Sinne des saarländischen Heilberufekammergesetzes wird nicht nur ausgeübt, wenn in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren Störungen mit Krankheitswert festgestellt, geheilt oder gelindert werden, wie es § 1 Abs. 3 PsychThG... für die Definition des Begriffs der Psychotherapie bestimmt ... All diejenigen Psychologischen Psychotherapeuten üben ihren Beruf im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 SHKG aus, die durch die Erfüllung der der Kammer zugewiesenen Aufgaben einen Vorteil haben... Vorteile ... werden damit bei einer gebotenen typisierenden Betrachtungsweise all denjenigen Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten zuteil, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen, die sie bei ihrer Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten erworben haben, einsetzen oder mitverwenden. Das gilt auch dann, wenn die ausgeübte Tätigkeit mit anderen Berufen verwandt ist. Ausgenommen sind demgegenüber nur diejenigen, die entweder den die Kammerzugehörigkeit vermittelnden Beruf überhaupt nicht oder einen fremden, mit ihrer Ausbildung und Qualifikation nicht zusammenhängenden Beruf ausüben.

Im folgenden hat das OVG im konkreten Fall das Einsetzen oder Mitverwenden psychotherapeutischer Kenntnisse im Rahmen der beruflichen Tätigkeit des Mitglieds nicht nur bejaht, sondern zusätzlich als für seine Tätigkeit förderlich angesehen. Bei dieser Ausgangslage kommt das OVG in seiner Urteilsbegründung ferner zu dem Ergebnis, daß wegen der bestehenden

Pflichtmitgliedschaft in der Kammer auch eine Beitragspflicht besteht. Die in unserer Beitragsordnung vorgesehene Beitragsstaffelung wurde vom OVG ebenfalls gebilligt. Dazu das OVG wörtlich:

Insbesondere begegnet es keinen Bedenken, dass die Beitragsordnung nicht weiter zwischen den verschiedenen Berufsfeldern der Pflichtmitglieder unterscheidet.

Wir möchten an dieser Stelle auch ausdrücklich auf die Musterberufsordnung hinweisen, die explizit in § 1 Abs. 2 die Aufgabenfelder der Berufsausübung Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beschreibt. Die Aufzählung der Tätigkeitsfelder macht deutlich, dass Berufsausübung von PP und KJP mehr umfasst als die Ausübung von Psychotherapie.

Sie finden alle vollständigen Ausgaben des FORUM auf unserer Website:

www.ptk-saar.de

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten Vorstand PKS

(Präsidentin: Ilse Rohr, Vizepräsident: Bernhard Morsch, Beisitzerinnen: Irmgard Jochum, Liz Lorenz-Wallacher, Andrea Maas-Tannchen)

Geschäftsstelle

Talstraße 32
66119 Saarbrücken
Tel 0681 / 95455 56
Fax 0681 / 95455 58
kontakt@ptk-saar.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

heute berichten wir über die Kammerversammlung vom 29. September und über den dort beschlossenen Sozialfonds für in Not geratene Kammermitglieder. Außerdem legte das Versorgungswerk der PKS auf dieser Kammerversammlung seinen Jahresbericht für das erste Geschäftsjahr 2005 vor, den wir hier in Auszügen wiedergeben. Weiterhin informiert Lea Webert über einen Informationsaustausch des Vorstands mit Teilnehmerinnen zur Ausbildung zur Psychotherapeutin und Heiko Borchers erörtert spezielle Fragen der Berufsordnung (Berufsausübung – Vertrauen – Aufklärungspflicht).

Doch zunächst möchten wir Ihnen eine neue Mitarbeiterin der Geschäftsstelle –

Frau Bajorat – vorstellen. Frau Bajorat war bereits in den Anfängen der Kammer in der Geschäftsstelle tätig, hat dann aber für zwei Jahre pausiert. Seit Oktober dieses Jahres unterstützt sie wieder tatkräftig als dritte Teilzeitkraft die Mitarbeiter der Geschäftsstelle.

Doris Bajorat, Verwaltungsangestellte, geb. in Kiel, eine erw. Tochter, ein erw. Sohn, Ausbildung zur Rechtsanwalts- und Notarfachangestellten, Fernstudium (Sekretariatskunde), mehrjährige Tätigkeit in Sekretariat, Verwaltung und serviceorientierten Betrieben



Bericht von der Kammerversammlung

In seinem **Bericht des Vorstands** gab Herr Dr. Rogner einen kurzen Überblick über die wichtigsten **Aktivitäten** seit der letzten Kammerversammlung. Dabei berichtete er u.a. über die Teilnahme der PKS an dem von der Gesundheitsministerin Frau Dr. Trauernicht initiierten „Runden Tisch zur Gesundheitsreform“, über eine Informationsveranstaltung für Ausbildungsteilnehmerinnen zum Psychologischen Psychotherapeuten und zu den Bestrebungen der PKS zum Erhalt des hochwertigen Ausbildungsstandards von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Zuge der Umstellung der Studiengänge auf Bachelor- und Master-Studienabschlüsse.

Zur Verbesserung der **Notfallpsychotherapie** ist die PKS bestrebt, an dem Aufbau eines Netzwerkes zur schnelleren Versorgung von Traumageschädigten mitzuarbeiten und entsprechende Empfehlun-

gen der BPTK auf Landesebene umzusetzen. Als Beauftragter des Vorstands für die Notfallkommission der BPTK wurde hierzu Herr Dr. Jens Kowalski benannt.

Beim **Titelschutz** geht es darum, die Verwendung unzulässiger Berufsbezeichnungen durch Heilpraktiker und andere nicht-approbierte Personen zu verfolgen und auf Unterlassung zu bestehen. So ist die Bezeichnung „Psychotherapeut(in)“ zwar durch das Psychotherapeutengesetz geschützt; nach Auffassung der PKS dürfen aber auch solche Begriffe wie „Psychotherapeutischer Heilpraktiker(in)“ oder „Psychotherapeutische Praxis (HPG)“ von nicht-approbierten nicht verwendet werden, da sie nach allgemeinem Sprachgebrauch zu Verwechslungen mit approbierten Psychotherapeuten führen können.

Auch zum Thema **Fortbildung** gab es Neues zu berichten. So besteht seit Sommer dieses Jahres die Möglichkeit der

Online-Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen. Die eingereichten Fortbildungsnachweise wurden registriert und Bescheinigungen über die bisher erzielten Fortbildungspunkte an die Mitglieder versandt. In diesem Zusammenhang wies Frau Dr. Nierobisch darauf hin, dass neben der allgemeinen Fortbildungsverpflichtung im Rahmen der Berufsordnung eine gesetzliche Verpflichtung nur für niedergelassene KollegInnen mit einer KV-Zulassung besteht. Bei einer vorzeitigen Beantragung des Fortbildungszertifikats der PKS ist zu bedenken, dass damit ein neuer Fünf-Jahres-Zeitraum beginnt und somit empfohlen wird, relativ zeitnah vor Ablauf der gesetzlich vorgegebenen Frist (erstmalig bis zum 30.06.2009) das Fortbildungszertifikat zu beantragen.

Im Anschluss an den Bericht des Vorstands folgte der Bericht über den 8. Deutschen Psychotherapeutentag sowie der Bericht über den 1. Norddeutschen Psy-

chotherapeutentag, über den wir bereits an anderer Stelle (s. PTJ Heft III/2006) ausführlich informiert haben.

Im nächsten Tagesordnungspunkt ging es dann um den vom Vorstand eingebrachten Antrag zur **Einrichtung eines Angestelltenausschusses**. Hier wurde in der Kammerversammlung sehr kontrovers über die Notwendigkeit und die Aufgaben eines solchen Ausschusses diskutiert. In der anschließenden Abstimmung, ob überhaupt ein Ausschuss für Fragen der Angestellten eingerichtet werden soll, sprach sich dann allerdings die Kammerversammlung doch bei zwei Gegenstimmen und einer Enthaltung für die Einrichtung eines Angestelltenausschusses aus. Die Frage der Größe des Ausschusses und die Wahl der Mitglieder wurden auf die im November stattfindende Kammerversammlung vertagt, um den Kandidaten, die nicht anwesend waren, Gelegenheit zur persönlichen Vorstellung zu geben.

Aus dem Versorgungswerk der PKSH

Vorlage des Geschäftsberichtes 2005

Herr Borchers berichtete von der Ausschussarbeit aus der Sicht des Aufsichtsausschusses. Hier ging es im Wesentlichen darum, die Geldanlage zunächst auf Festgeldkonten selber vorzunehmen sowie nach Berufung der Mitglieder des Verwaltungsrates im August 2005 mit diesem zusammen die Auswahl für einen professionellen Geldanleger vorzubereiten und die Grundzüge für eine Anlagerichtlinie auszuarbeiten.

Herr Kühnelt verwies in Kurzform auf die wesentlichen Daten des in aktualisierter Fassung als Tischvorlage vorliegenden Geschäftsberichtes: Gründung des Versorgungswerkes, Mitgliederentwicklung sowie Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben im Jahre 2005. Die auf Festgeldkonten angelegten Gelder erbrachten einen durchschnittlichen Zinsertrag von 2 % p.a.. Bei einer Zuführung in die Deckungsrückstellung in Höhe von 914.574,89 € (laut versicherungsmathematischem Gutachten) weist das Ergebnis einen Überschuss von 454,53 € aus. Für die Grün-

dungsphase ist dies ein positives Ergebnis. Der Jahresabschluss wurde durch den Wirtschaftsprüfer Dr. R. Harrie geprüft. Er erteilte am 25.09.2006 den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. Herr Kühnelt schloss seinen Bericht mit dem Dank an die Gremienmitarbeiter sowie die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle.

Im Anschluss daran bat Herr Borchers die Kammerversammlung, den vom Wirtschaftsprüfer vorgelegten Jahresabschluss förmlich festzustellen. Diesem Antrag stimmte die Kammerversammlung ohne Gegenstimme bei zwei Enthaltungen zu.

Auch bei der anschließenden Entlastung des Verwaltungsrates und des Aufsichtsausschusses gab es keine Gegenstimme bei je 3 bzw. 4 Enthaltungen.

Vorlage der Anlagerichtlinie

Herr Borchers verteilte als Tischvorlage die vom Aufsichtsausschuss im März des Jahres aufgestellte Anlagerichtlinie. Er wies erläuternd darauf hin, dass die Richtlinie die Vorgabe für den Verwaltungsrat in der aktuellen Geldanlage darstellt und dass sie in analoger Anwendung der Verordnung für die Anlage des gebundenen Vermögens von Versicherungsunternehmen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht ausgearbeitet worden ist. Laut Satzung ist die Richtlinie der Kammerversammlung zur Kenntnis zu geben sowie der Aufsichtsbehörde vorzulegen.

Aktuelle Informationen zum Vermögensstand und zur Geldanlage

Herr Kühnelt verwies einleitend zu diesem Punkt darauf, dass nach Vorlage der Anlagerichtlinie unter mehreren Anbietern eine einstimmige Entscheidung zu Gunsten des Bankhauses Warburg als Partner für die mittelfristige Geldanlage gefallen ist. Als Gründe waren u. a. ausschlaggebend, dass das Bankhaus in der Startphase des Versorgungswerkes keine Depot- bzw. Verwaltungsgebühren erheben würde und eine breit angelegte Geldanlage möglich sein würde.

Die aktuelle Anlagestrategie zielt auf eine langfristige Geldanlage in Pfandbriefen mit einer Durchschnittsverzinsung von 4 %,

womit der Rechnungszins des Gutachtens in Höhe von 3 % leicht übertroffen werden kann. Aktuell sind Gelder in Höhe von knapp 1,6 Millionen € angelegt, davon rund 1,47 Millionen € in den besagten Pfandbriefen sowie ca. 130.000 € hälftig jeweils in einem Aktien- sowie einem Immobilienfonds.

Einrichtung eines Sozialfonds

Auf Vorschlag des Vorstands beschäftigte sich die Kammerversammlung mit dem Thema „Einrichtung eines Sozialfonds“. Mit seinem Antrag zur Einrichtung eines Sozialfonds wollte der Vorstand eine Versorgungslücke schließen. Kammermitglieder und deren Angehörige können im Rahmen des Sozialfonds finanzielle Unterstützung beantragen, wenn sie in eine nachgewiesene Notlage geraten sind und Unterstützung von Dritten ausbleibt oder überbrückt werden muss. Diese Hilfe steht im Einklang mit dem Heilberufegesetz des Landes Schleswig-Holstein und wird in ähnlicher Form auch von anderen Heilberufekammern gewährt. Die Kammerversammlung hat sich bei der Einrichtung des Sozialfonds dafür ausgesprochen, diese Unterstützung als zinsloses Darlehen zu gewähren, wobei bei fortbestehender Notlage durchaus auch auf die Rückzahlung des Darlehens verzichtet werden kann. Die Grundsätze des Sozialfonds sind unten dargestellt.

Resolution zur Gesprächspsychotherapie

Im Übrigen verabschiedete die Kammerversammlung einstimmig eine Resolution zur Gesprächspsychotherapie, in der an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und den Wissenschaftlichen Beirat appelliert wird, die Gesprächspsychotherapie als anerkanntes wissenschaftliches Verfahren in Rahmen der GKV anzuerkennen.

Der Vorstand wünscht allen Kolleginnen und Kollegen ein schönes und besinnliches Weihnachtsfest sowie viel Erfolg und Gesundheit im Neuen Jahr 2007

*Dr. Oswald Rogner,
Dr. Angelika Nierobisch,
Heiko Borchers, Christiane Foerster,
Lea Webert*

Vertretung der PiAs in der PKS^H?

Der Vorstand der PKS^H hatte im Frühsommer alle schleswig-holsteinischen Ausbildungsinstitute angeschrieben und zu einem Informationstreffen für die PiAs eingeladen.

Ziel des Treffens war es, zunächst einmal Kontakte zwischen der Kammer und den AusbildungskandidatInnen herzustellen sowie über die Kammerarbeit zu informieren. Darüber hinaus sollte eruiert werden, was die Kammer zur Förderung des beruflichen Nachwuchses beitragen könne.

Die erschienenen Vertreterinnen der PiAs bekundeten großes Interesse an Kontakten zur PKS^H. An erster Stelle stand der Wunsch nach einer von den Ausbildungsinstituten unabhängigen Informationsquelle für alle Belange des Heilberufes. Daneben wurde der mögliche Bedarf eines Mittlers zwischen Ausbildungsinstituten und AusbildungsteilnehmerInnen thematisiert. Hierbei wurde deutlich, dass die PiAs eine stärkere Einbindung in die Kammer begrüßen würden.

Der Vorstand der PKS^H sah sich in seinem Anliegen bestätigt, die PiAs als Mitglieder in der Kammer zu begrüßen. In den anderen Nordkammern ist dies bereits umgesetzt. In Bremen besteht eine beitragsfreie freiwillige Mitgliedschaft ab Beginn der praktischen Ausbildung, in Hamburg gibt es ebenfalls eine freiwillige Mitgliedschaft und in Niedersachsen sogar ein Vollmitgliedschaft.

Das zuständige schleswig-holsteinische Ministerium hatte eine Kammermitgliedschaft für PiAs bisher abgelehnt. Der Vorstand wird noch einmal mit Nachdruck darauf dringen, dass diese „Insel-situation“ geändert wird. Es darf nicht sein, dass schleswig-holsteinische AusbildungsteilnehmerInnen im Vergleich mit den norddeutschen Nachbarländern benachteiligt werden!

Bezüglich der gewünschten Informationsinhalte wurden von den PiAs vier Themenblöcke genannt:

- allgemeine Informationen über Rahmenbedingungen der Berufsausübung wie Berufsordnung und Heilberufegesetz,

- Informationen über spezifische Formen der Berufsausübung wie etwa Niederlassung oder Aussichten in einzelnen Berufsfeldern,

- Informationen über das Versorgungswerk der PKS^H und dessen Leistungen, um frühzeitig Entscheidungen der individuellen Absicherung treffen zu können, sowie

- Informationen über aktuelle Themen und Entwicklungen (z.B. Psychoinfo).

Der Vorstand der PKS^H wird in Absprache mit den Instituten nach Möglichkeiten eines verbesserten Informationsflusses zwischen Kammer und PiAs suchen (z.B. auslegen des PTJ in den Instituten). Darüber hinaus wies der Vorstand darauf hin, dass die Kammer bereits jetzt als Ansprechpartnerin bei Fragen zur Verfügung steht – Anruf genügt! Weitere Treffen zu den oben genannten Themenbereichen werden in größeren Abständen angeboten werden.

Lea Webert

Berufsordnung:

Gewissenhafte Berufsausübung – Vertrauen – Aufklärungspflicht

Ein Patient fragt während eines Erstgespräches für eine Psychotherapie: „Wer trägt die Kosten für meine psychotherapeutische Behandlung?“ Der Psychotherapeut antwortet: „Die Krankenkasse.“ Richtig oder falsch? Das ist so oder so zu sehen. Auf alle Fälle zu knapp formuliert!

Die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (PKSH) schreibt vor, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Patientinnen und Patienten über die Rahmenbedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung umfangreich und richtig aufzuklären haben. So kann die schlichte Antwort auf die obige Frage: „Die Krankenkasse“, bei einem Nicht-Vertragspsychotherapeuten falsch und irreführend sein. Und bei einem Vertragspsychotherapeuten zumindest zu knapp ausgefallen sein.

Dem Kollegen, der beispielsweise in Privatpraxis arbeitet und fast ausschließlich Patientinnen und Patienten im Rahmen der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V behandelt, sei hier dringend geraten, seine Patienten umfangreich über das Verfahren gemäß § 13 Abs. 3 SGB V zu unterrichten. Hierzu gehört es auch klarzustellen, dass es sich bei dem Antragsverfahren im Rahmen des § 13 Abs. 3 SGB V stets um eine Einzelfallprüfung seitens der Krankenkasse handelt, welche besonderen Bedingungen unterliegt. Hierzu gehört es, daran zu denken, dass gemäß geltender Rechtsprechung gesetzliche Krankenkassen psychotherapeutische Leistungen nur für die in den Psychotherapie-Richtlinien zugelassenen Verfahren erbringen dürfen, dass Leistungen nur erstattet werden, wenn ein an der vertragsärztlichen oder -psychotherapeutischen Versorgung beteiligter Psychotherapeut nicht zur Verfügung steht und dass der Antrag des Versicherten auf Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung durch einen zur psychotherapeutischen Behandlung berechtigten Psychotherapeuten befürwortet werden muss. Das heißt, nur in den Fällen, in denen im Zusammenwirken mit der Kassenärztlichen Vereinigung ein zur psychotherapeutischen Behandlung berechtigter Vertragspsychotherapeut nicht zur Verfügung steht, darf die gesetzliche Krankenkasse Leistungen nach § 13 Abs. 3 SGB V erstatten. Es ist umfangreich auf die Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit der Ablehnung des Antrages seitens der Krankenkasse hinzuweisen. Ferner ist klarzustellen, was im Falle der Ablehnung des Antrages auf Kostenerstattung mit der Honorierung bereits geleisteter probatorischer Sitzungen geschieht. Selbstverständlich sollte es tunlichst unterlassen werden, über die Anzahl der üblichen probatorischen Sitzungen hinaus weiter zu behandeln, so lange dem Antrag auf Kostenerstattung für die Psychotherapie seitens der Krankenkasse noch nicht stattgegeben wurde.

Generell ist Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen wie auch der meisten privaten Krankenversicherungen eine antragspflichtige Leistung. So ist der oben erwähnte Vertragspsychotherapeut genauso gehalten, seine Antwort ausführlicher zu gestalten und dem Patienten das An-

tragsverfahren der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung ausführlich zu erläutern. Gleichmaßen gibt es hier – wenn auch eine weitaus geringere Wahrscheinlichkeit, dass der Antrag seitens der Krankenkasse abgelehnt wird. Ebenfalls ist dem Patienten hier zu erläutern, wie mit probatorischen Sitzungen umgegangen wird und warum man ggf. nicht über das Maß dieser ersten fünf oder acht probatorischen Sitzungen hinaus die Behandlung fortführt bzw. erst zu dem Zeitpunkt beginnt, an dem der Bewilligungsbescheid seitens der Krankenkasse vorliegt.

Für alle Psychotherapeuten gilt, unabhängig davon ob Vertrags- (Kassen-) oder Privatpraxis, mit dem Patienten Regelungen zu treffen für den Fall, dass vereinbarte Termine vom Patienten abgesagt werden. Alle Kostenträger bezahlen bzw. erstatten nur für tatsächlich dem Patienten gegenüber erbrachte Leistungen ein Honorar.

Um eines klarzustellen, die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein verlangt deutlich mehr, als nur auf vom Patienten gestellte Fragen richtig zu antworten. Gemäß der Berufsordnung liegt die Pflicht zur Aufklärung bei der Psychotherapeutin und dem Psychotherapeuten. Das heißt, die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut muss von sich aus über die Rahmenbedingungen aufklären und nicht erst auf Fragen des Patienten. Eine Entschuldigung, nach dem Motto, "Der Patient hätte ja fragen können", wird in einem berufsrechtlichen Verfahren nicht wirken und Sanktionen nicht mindern. Diese oben dargelegten Pflichten einer Psychotherapeutin und eines Psychotherapeuten finden an mehreren Stellen in der Berufsordnung ihren Niederschlag:

■ § 4 – Grundsätzliche Berufspflichten:
(3) Sie sind verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und sich des ihnen im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauens würdig zu erweisen.

■ § 10 – Behandlungsmaßstäbe und Sorgfaltspflichten:

(1) Jede psychotherapeutische Behandlung hat unter Wahrung der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungs-

rechts, zu erfolgen. Weder das Vertrauen, die Unwissenheit, Leichtgläubigkeit, wirtschaftliche Notlage oder Hilflosigkeit von Patientinnen oder Patienten dürfen ausgenutzt, noch unangemessene Versprechungen in Bezug auf das Behandlungsergebnis gemacht werden.

■ § 11- Aufklärungspflicht:

(1) Die erforderliche Aufklärung der Patientin oder des Patienten über die geltenden Rahmenbedingungen hat bei Beginn der Behandlung im persönlichen Gespräch individuell zu erfolgen. Diese umfasst auch nach ausreichender sachgerechter Kenntnis des Falles Hinweise über Indikation, Art der Behandlung, mögliche Behandlungsalternativen und weitere Hilfsangebote, sofern es solche gibt. Die weitere Behandlung setzt eine nachfolgende Patienteneinwilligung voraus.

■ § 15 – Honorar und Vergütungsab-sprachen:

(2) Honorarfragen und Ausfallregelungen sind zu Beginn der Psychotherapie möglichst schriftlich mit der Patientin oder dem Patienten zu klären.

Schuldhaft, d.h. vorsätzliche oder fahrlässige Verstöße gegen die Bestimmungen der Berufsordnung können berufsrechtliche Verfahren nach sich ziehen. Die Psychotherapeutenkammer kann auf unterschiedliche Art und Weise, z.B. durch eine Beschwerde eines Patienten, Mitteilung einer Krankenkasse oder von anderen Psychotherapeuten (Kollegen) Kenntnis von Verstößen gegen die Regelungen der Berufsordnung erhalten. Begründet die Bewertung der vorliegenden Aussagen den Verdacht eines Berufsvergehens, muss der Vorstand der Psychotherapeutenkammer entscheiden, wie weiter verfahren werden soll. Kommt der Vorstand zu der Ansicht, dass ein geringfügiges Berufsvergehen vorliegt, kann die Psychotherapeutenkammer dem Kammermitglied vorschlagen, das Verfahren gemäß § 65 Abs. 2 Heilberufegesetz gegen Zahlung eines Geldbetrages einzustellen. Sind allerdings Tatsachen bekannt geworden, die den Verdacht eines schwerer wiegenden Berufsvergehens rechtfertigen, beauftragt der Vorstand der Psychotherapeutenkammer einen Untersuchungsführer

(ein zum Richteramt befähigter Jurist), den Sachverhalt zu ermitteln. Je nach Ergebnis der Ermittlungen des Untersuchungsführers wird dann vom Vorstand der Psychotherapeutenkammer oder der Aufsichtsbehörde die berufsgerichtliche Klage erhoben oder das Verfahren mangels hinreichendem Verdacht eingestellt oder bei geringfügigem Berufsrechtsverstoß gegen Zahlung eines Geldbetrages eingestellt.

Bei einer Vernachlässigung der oben aufgeführten Berufspflichten im Rahmen der Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung läuft die Psychotherapeutin und der Psychotherapeut neben der Auslösung eines berufsrechtlichen Verfahrens gegen sich immer auch Gefahr, dass zivilrechtliche Ansprüche und Forderungen gegen ihn geltend gemacht werden. Bei ungenügender oder gänzlich nicht erfolgter Unterrichtung des Patienten über die Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung ergeben sich je nach Sachlage und rechtlicher Würdigung unterschiedliche Möglichkeiten, die dazu führen können, dass der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten eventuell kein Honorar zusteht, ihr oder ihm zwar ein Honorar zusteht, gegen sie oder ihn jedoch gleichzeitig Schadensersatzforderungen wegen Vernachlässigung nebenvertraglicher Aufklärungspflichten erhoben werden.

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein sieht sich aus aktuellem Grund veranlasst, auf die oben dargelegten in der Berufsordnung niedergelegten Pflichten hinzuweisen. Bitte handeln Sie in ihrem täglichen Umgang mit Patienten und Patientinnen gemäß den in der Berufsordnung festgelegten Standards.

Heiko Borchers

Geschäftsstelle

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo bis Fr: 9 – 12 Uhr
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Grundsätze für den Sozialfonds der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (PKSH) gemäß Beschluss der Kammerversammlung vom 29.09.2006

§ 1

Die PKSH kann im Rahmen der im Haushaltsplan zur Verfügung stehenden Mittel Kammermitgliedern sowie deren Familienangehörigen oder Hinterbliebenen, durch nachgewiesene Notlage, durch geldliche Zuwendungen Unterstützung gewähren.

§ 2

Auf Antrag können Sozialleistungen bis zu folgenden Höchstbeträgen gewährt werden: An einmaliger Unterstützung EUR 500,—, an laufender Unterstützung EUR 150,— monatlich. In besonderen Ausnahmefällen können diese Beträge überschritten werden. Die Leistungen sind als zinsloses Darlehen mit einer Laufzeit von bis zu 24 Monaten zu gewähren.

§ 3

Alle Sozialleistungen werden ohne einen Rechtsanspruch und unter Vorbehalt des jederzeitigen freien Widerrufs gewährt. Voraussetzung für die Gewährung einer Sozialleistung ist:

- dass eigene Mittel, soweit zumutbar, erschöpft werden,
- dass der Antragsteller vor Gewährung der Sozialleistung ausdrücklich und schriftlich anerkennt, dass diese ohne Rechtsanspruch unter Vorbehalt des jederzeitigen Widerrufs gewährt wird,
- dass der Antragssteller auf Anforderung insbesondere darlegt,
 - welche Vermögenswerte einschließlich Forderungen und Beteiligungen und welche Schulden vorhanden sind,
 - ob und von welcher Stelle für welche Zeit und in welcher Höhe Renten oder sonst laufend wiederkehrende Leistungen und Nutzungen in gleicher oder wechselnder Höhe gewährt sind oder werden,
 - ob andere gesetzliche oder vertraglich unterhaltspflichtige Personen vorhanden sind unter Angabe des Namens, der Anschrift und des Verwandtschaftsverhältnisses,
 - ob und welche Versicherungsansprüche oder Ansprüche aus Übertragung der Praxis bestehen, in welcher Höhe und gegen wen,
- dass der Antragsteller sich verpflichtet, sofort und schriftlich jede Änderung seines Familienstandes und seiner wirtschaftlichen Verhältnisse gegenüber den Angaben bei Stellung des Antrages der Kammer mitzuteilen.

§ 4

Über den Antrag auf Sozialleistung und die Laufzeit des Darlehens entscheidet der Vorstand nach freiem Ermessen. Der Vorstand ist befugt, im Rahmen der Prüfung der Hilfsbedürftigkeit alle ihm notwendig erscheinenden Auskünfte zu verlangen.

Artikelverzeichnis 2006

Berns, I. & Stellpflug, M. Muster-Berufsordnung	PTJ 1/2006	S. 18 – 21
Bleckwedel, J. Jenseits von Richtungen und Schulen wartet die Vernunft	PTJ 4/2006	S. 377 – 379
Francke, R. Die rechtliche Bedeutung des Abstinenzgebotes in der Psychotherapie	PTJ 3/2006	S. 238 – 246
Frohburg, I. Zum Postulat der störungsspezifischen Indikation psychotherapeutischer Verfahren	PTJ 2/2006	S. 130 – 139
Geuter, U. Körperpsychotherapie – Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie. Teil 1	PTJ 2/2006	S. 116 – 122
Geuter, U. Körperpsychotherapie – Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie. Teil 2	PTJ 3/2006	S. 258 – 264
Groeger, W. M. Psychotherapie-Ausbildung im Rahmen der Bachelor-/Masterstudienreform. Was sich alles ändert, wenn sich nichts ändert – und wie sich das ändern lässt	PTJ 4/2006	S. 340 – 352
Hardt, J. & Hebebrand, M. Psychotherapie als „Lebensform“ .	PTJ 1/2006	S. 4 – 10
Hartmann, U. Therapie sexueller Störungen: ein Zukunftsfeld der Psychologischen Psychotherapie?	PTJ 4/2006	S. 353 – 365
Hölzel, H. H. Die finanzielle Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung: Ergebnisse einer internetgestützten Fragebogenstudie	PTJ 3/2006	S. 232 – 237
Kächele, H. Wirksamkeitsnachweise – Das Bessere ist der Feind des Guten	PTJ 2/2006	S. 140
Kanth, E. Sozialmedizinische Nachsorge in der Pädiatrie: Ein Arbeitsfeld für Psychotherapeuten?	PTJ 1/2006	S. 11 – 17
Kobelt, A. Sozialmedizinische Probleme in der Psychotherapie	PTJ 3/2006	S. 224 – 231
Kröger, C. Ein Konzept zur psychosozialen Notfallversorgung – ein Diskussionsbeitrag	PTJ 2/2006	S. 108 – 115
Lademann, J., Mertesacker, H. & Gebhardt, B. Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen	PTJ 2/2006	S. 123 – 129
Nübling, R., Reisch, M. & Raymann, T. Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg	PTJ 3/2006	S. 247 – 257
Schneider, L. Lesbische Frauen in der Psychotherapie: Historische Hintergründe und Empfehlungen für die therapeutische Arbeit	PTJ 4/2006	S. 366 – 376
Vogel, H., Melcop, N., Müller, C., Klingen, N. & Hermann, B. Wie können die Kammern die Ausbildungsteilnehmer/innen stärker in ihre Arbeit einbeziehen?	PTJ 3/2006	S. 265 – 267

Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstr. 64
10179 Berlin
Tel. 030/27 87 85-0
Fax 030/278785-44
Mo – Do 9.00 – 15.00 Uhr
info@bptk.de
www.bptk.de

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 14.00 – 19.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Bremen

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

Hamburg

Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Tel. 040/4210 1234
Fax 040/4128 5124
Mo, Di, Do 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 3
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Niedersachsen

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 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@pk-nds.de
www.pk-nds.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Saarland

Talstraße 32
66119 Saarbrücken
Tel. 0681/9545556
Fax 0681/9545558
Mo, Di 8.30 – 12.30, 13.30 – 17.30 Uhr
Mi 13.30 – 17.30 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Schleswig-Holstein

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo bis Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Do 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Errichtungsgruppe der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer in Gründung

Promenade 25
06667 Weißenfels
Tel. 03443/302189
Fax 03443/231520
beate_caspar@hnw-online.de
www.ihre-opk.de

Kleinanzeigen

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Für die Anzeigen sind die Inserenten verantwortlich. Eine Überprüfung der Angaben durch die Psychotherapeutenkammern findet nicht statt.

Innere Achtsamkeitsarbeit
schöpferisch und spielerisch aufbauen und punkten mit Veränderungswissen aus Focusing

DAF
Deutsches Ausbildungsinstitut für Focusing u. Focusing-Therapie
D-97070 Würzburg, Ludwigstr. 8A
Tel. 0931/416283 FAX 0931/411371
E-Mail: info@focusing-daf.de
Internet: www.focusing-daf.de

Psychodynamische Organisationsentwicklung und Coaching
Weiterbildung am Institut für Psychodynamische Organisationsentwicklung und Personalmanagement Düsseldorf e. V. (POP)
23.03.-03.06.07 (2 Wochenenden)
20.04.-02.09.07 (2 Wochenenden)
Institutsleitung: Dr. C. Sies
Kursleitung: Dr. B. West-Leuer
Zertifiziert durch die Akademie für Psychoanalyse und Psychosomatik Düsseldorf e.V.
Nähere Informationen:
Tel. 02182/9108
E-Mail: West-Leuer@pop-psa.de
www.pop-psa.de

Zertifizierte WB für app. PPT/KJP Psychotherapie bei akuten und chron. Traumata, MPTT mit KÖDOPS
www.psychotraumatologie.de
Tel. 02245-9194-0

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie GwG e.V.

7. GwG-Fortbildungstage
16.-17. Juni 2007
in Frankfurt/M.

Personenzentriert:
Lösungshilfen für Person und System
Vorträge von

Leslie Greenberg
(York University, Canada) und
Jürgen Kriz (Uni Osnabrück)

Workshops zu unterschiedlichen Themen
Informationen: **GwG-Akademie**
Tel.: 0221 - 92 59 08 – 50
akademie@gwg-ev.org
www.gwg-ev.org

Kinder- und Jugendlichen-PT (KV-Berechtigung)
7.-24.02.07 (I) 28.04.-5.5.07 (II)
30.06.-07.07.07 (III)
Theorieseminare (Nachqualifizierung)
1.) 02.-05.02.07 (40 Std.),
2.) 02.-05.03.07, (40 Std.),
3.) 24.02.-01.03.07 (50 Std.)
3. Gruppen-PT für KV Zulassung
24.02.-01.03.2007 (ca. 50 Std.)
Info: Süddt. Akademie f. Psychotherapie Herbisried 10 a,
87730 Grönenbach,
Tel. 08334-986373
Fax 08334-986374,
www.sueddeutsche-akademie.de

Weiterbildung in Meridian-Energie-Therapie
Einzel-Gruppenkurse/ Supervision
www.EFTeuropa.de
Neues Buch: Trauma – endlich liebevoll, tränenloser und erfolgreicher behandeln
ISBN 3-930 648-63-6

NLP-Ausbildungen und Systemische Ausbildung in München, Rosenheim, Ulm
FoBiPunkte für NLP Practitioner, Master, Coach NLP-Ausbildung mit Qualität seit 1986, alle Termine unter www.inntal-institut.de
INNNTAL INSTITUT, Dipl.-Psych.
Claus und Daniela Blickhan,
Asterweg 10a, 83109 Großkarolinenfeld,
Tel. 08031 50601

Zertifizierte WB für app. PPT/KJP Psychotherapie bei akuten und chron. Traumata, MPTT mit KÖDOPS
www.psychotraumatologie.de
Tel. 02245-9194-0

Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen

Neue Ausbildungsgruppe in Nürnberg

ab April 2007

Info: AGG-Arbeitsgemeinschaft Gestalttherapie

www.agg-gestalttherapie.de

0911-5182222 o. 0911-2373481

Meridian Energie

Techniken nach Franke®
Klopfen Sie sich frei!®
Von *Ängsten, Schmerzen, Phobien, Schuldgefühlen, Traumata, uvm.*
Grundseminar in Hamburg
03.-04. März '07

MET gehört zur energetischen Psychologie und kann hervorragend mit anderen Therapiemethoden kombiniert werden.
Infos/Anmldg: **Roger Le Béhérec**,
Psych. Psychotherapeut,
MET-Therapeut® & Trainer
Tel: 040-410 68 84
lebehérec@ciphamburg.de
www.lebehérec.de

Supervision im Großraum Düsseldorf! Interesse?

Als kassenzugelassener PP'ler und KJP'ler besitze ich die Fachkunde in allen Verfahren (VT, TP, Analyse), werde als Supervisor vom Landesprüfungsamt anerkannt. Durch die Psychotherapeutenkammer NRW und die Ärztekammer Nordrhein bin ich akkreditiert (Supervision, Selbsterfahrung) für VT und TP, kann in diesem Rahmen Weiterbildungspunkte vergeben. Einzel- und Gruppensupervision und -Selbsterfahrung ist in meinen Räumen oder in Ihrer Praxis/Organisation möglich. Telefonisch ist meine Praxis (Dr. Andreas Šoljan) werktags zwischen 9 und 12 Uhr unter Tel.: 0211 – 9 23 30 63 besetzt - sie sprechen mit Frau Hilger. Sie erreichen mich auch per E-Mail (soljan@soljan-zapp.de).

Grundlagenkurs in Neurofeedback

Start-up Seminar für Neurofeedback, qEEG und Anwendungsbereiche.
Rastede, 18.-20.
Januar 07, 850,- €, auf Englisch, 20 Fortbildungspunkte der BFE. Dr. Rien Breteler (EEG Resource Institute), Drs. Martijn Arns (Brain Resource Company BV). Info, Programm und Anmeldung: ProKompetenz, Andreas Wehowsky, 04454-918224, info@prokompetenz.de, www.tele-neurofeedback.de, www.qeeg.nl.

Dienstleistungen

Berichteschreiben

durch neue Software

endlich einfach:

www.antrag-pro.de

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte **Supervision bei VT Antragsstellung** von Dipl.-Psychologin
Tel.: 0 22 34 / 94 91 70
E-Mail: jubender@freenet.de

Qualifizierte, schnelle und **kostengünstige Supervision bei der Berichterstellung (TP)** bietet erfahrene Psychotherapeutin (app.)
Tel.: 06731/996247,
E-mail: A.Etgen@gmx.de

Qualifizierte Supervision

bei VT-Antragsstellung für Erwachsene.

Tel.: 07681-25365
E-Mail: info@PSDCG.de

Tiefenpsychologisch fundierte, analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie
Supervision bei Kassenberichten für Erwachsene, Kinder und Jugendliche, schnelle und kompetente Hilfe durch Dipl.-Psych. mit 14 Jahren Erfahrung, Express-Service
Tel.: 02 21 / 4 68 09 73, Fax 02 21 / 2 79 04 56 Mo.-Do. 9:00-15:00 Uhr, Fr. 9:00-10:00 Uhr

VT-Praxishilfe

Durch VT-Antragshilfe, Unterstützung bei Stellungnahmen jeder Art, VT-Antragscoaching, Diagnostikberatung und einen umfassenden begleitenden wissenschaftlichen Service (Literatursuchen u.a.) unterstützen wir kompetent & seriös Ihre gesamte Praxisorganisation. Kontaktieren Sie uns: Dr. Guido F. Gebauer & Kollegen, info@vt-antragshilfe.de, www.vt-antragshilfe.de, Tel.: 0511/35379589

Intervision

Suche Intervisionsgruppe oder Qualitätszirkel für den Raum Köln, Psych. Psychotherapeutin, w., 43 Sabine Windolph, Dönhoffstraße 80 51373 Leverkusen
Tel.: 0214-9600701

Raum MG

Suche Interessierte für Schematherapie-QZ

Tel.: 02431/948175

Psychologische Psychotherapeutinnen (bisher zu zweit) suchen interessierte Kollegen/innen im Raum **Kassel** für regelmäßigen kollegialen Austausch. Tel: **0561-28610524**

Mit 20 Millimeter Höhe sind Sie dabei!

Diese Anzeige kostet gerade mal € 53,-

Jobsharing

Leben auf dem Lande?

Biete Jobsharing zum 1.7.07, mit dem Ziel späterer Übernahme für Psychotherapiepraxis in norddeutschem Erholungsgebiet.

Bei Interesse kurzes Exposé zur persönlichen und beruflichen Situation und ggfs. besondere Erwartungen an die Zusammenarbeit.

Zuschriften an
Chiffre PTPJ 060401

Heidelberg Psychol. Psychotherapeut u. Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut (VT, Arztregistereintrag) sucht Mitarbeiter in Praxis mit geringer Stundenzahl
Tel. 06261/5987

Ärztliche Psychotherapeutin (VT, KV-Sitz) sucht Raum in Praxismgemeinschaft, **Köln** linksrheinisch, ab 1.2.07, Tel.: 0221-5301287

Psych. Psychotherapeutin (VT) sucht KV-Sitz in **München**, schon in eig. Kassenpraxis tätig, Schwerpunkt: Traumatherapie
Tel.: 089/57878885

Erfolgreiche Psychologische Privatpraxis, (VT, Systemtherapie/ Einzel-, Paar-, Familientherapie/ Coaching) im Rhein-Main-Gebiet bietet progressiven Einstieg und spätere Übernahme.
Voraussetzungen: Approbation für VT Erwachsene und/oder Kinder und Jugendliche, Arztregistereintrag, spez. Qualifikation
Hohe Belastbarkeit und fachliches Engagement sind erforderlich.
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 060404

Psychologische Psychotherapeutin (62 J.) **bietet Kollegin** langsamen Einstieg in VT-Praxis im Großraum Braunschweig (WF), erst geringe Stundenzahl im **Jobsharing**, sich steigend, späterer **Kauf** erwünscht. Zuschriften an Chiffre PTPJ 060409

Praxisgesuche

Dringend! Psychologische Psychotherapeutin sucht kurz- oder mittelfristig **KV-Sitz oder Job-Sharing** im Raum **Marburg**.
Tel.: 06421/407400.

Kassenzulassung zur Übernahme – gesucht für **Schwerpunkt Verhaltenstherapie in München** – von PPTin, Behandlungsschwerpunkte u. a. Krankheitsbewältigung und Essstörungen. 089-72059076

Psychologische Psychotherapeutin (TP) in **Hamburg** hat Interesse an Mitarbeit in TP/PA-Praxis
Tel.: 040-20009369

Suche Praxissitz Psychologische Psychotherapie im **Landkreis Starnberg** oder Umgebung
Tel.: 08152-982968

Psychologischer Psychotherapeut (AP, TP, VT) sucht **KV-Sitz in NRW**, am **Niederrhein, Düsseldorf, Duisburg, Krefeld, Essen, Mülheim, Köln**
Tel.: 02066-380997(AB)

Suche **KV-Sitz im Raum Münster** Psycholog. Psychotherapeutin (VT) sucht KV-Sitz, Jobsharing o Entlastungsassistenz in Münster (+30 km) ab 2007. e-mail: dg1609@t-online.de

Raum Kiel, RD, Neumünster Psychologische Psychotherapeutin (VT), Arztregistereintrag, sucht JobSharing o. KV-Sitz ab sofort oder später,
Tel. 0431/802664

KJP (Syst.Th., 46 J.) sucht ab April 07 od. später Job-Sharing./KV-Sitz in od. um Berlin.
Tel.: 030/39907500

PP, VT Erw., berufserfahren in Klinik und Praxis, sucht **KV-Praxissitz zur Übernahme** oder zum **Einstieg** (Jobsharing) in **Süd(west)pfalz oder Nordbaden (KA/LU/MA)**. Tel.: 0175-4427742

KV-Sitz PP in Magdeburg in absehbarer Zeit zu verkaufen.
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 060410

Berlin Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (TP, Arztreg., Musiktherapie) sucht Jobsharing ca. 10 Std/Woche
Tel.: 030-83229399

PP (VT-Erwachsene) sucht KV-Sitz in **Berlin**
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 060405

Praxisverkauf

Berufserfahrene Psychologische Psychotherapeutin (TP) sucht KV-Sitz in Köln.
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 060402

Karlsruhe-Stadt ausgelast. Praxis (PP-PA-TP Erwachs.) aus privaten Gründen ab 1.7.07 abzugeben. Praxisraum u. Wohnung, ruhig i. Grünen gelegen, dennoch verkehrsgünstig, kann a.W. übernommen werden. Angebote erbeten an Chiffre PTPJ 060407

Erfahrene PPTin sucht für 8-10 h/Woche Tätigkeit in Münchener KV-Praxis (VTE).
Tel. 0173/5998822

KJP (VT/System.) sucht KV-Sitz o. Jobsharing/Mitarbeit in und um Hamburg
Tel.: 040-35960500
mail: Isabella.Badwal@gmx.de

Psychologischer Psychotherapeut (VT, Erw.), prom., sucht KV-Sitz in **München**.
Tel.: 089/50094404

Raum **Ulm bis Augsburg** Psych. Psychotherapeut (tiefenpsych. fund. PT) Suche Jobsharing oder KV-Sitz
Tel. 08221/79755

Kinder-Jugendlichenpsychotherapeutin (VT) sucht KV-Sitz, Jobsharing oder Praxismitarbeit im Großraum Mönchengladbach, Krefeld, Viersen, Neuss. (Tel. 02162-70163 od. 0171 7917328)

Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw., Arztregistereintrag) sucht KV-Sitz oder Job-Sharing
Raum Ruhrgebiet
Tel.: 0234-3696795

KJP (VT, Approb. u. Arztreg.) sucht Jobsharing/Mitarbeit auf Honorarbasis oder Anstellung (auch stundenweise)
Tel. 0151/53942398

PP (TP) sucht **KV-Sitz** in Freiburg, Brsg.-Hochschwarzwald, Ortenaukreis oder Lörrach
Tel. 07633/801074

Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw.) sucht KV-Sitz (Praxisverkauf) oder Mitarbeit in Niederbayern oder Regensburg (Stadt/Land).
Tel.: 0163/5585464

Praxisgemeinschaft

Hamburg-Mundsburg Wir bieten einen Praxisraum, ca. 20 m², ruhig, hell, zentral, im Ärztehaus Hammonia-Bad. Einstieg in die psychotherapeutische Praxengemeinschaft (Stella Sandberg und Rolf Hemlep, beide TP)
zum 1.8.2007.
Tel.: 040/2208983

PP sucht KV-Sitz
Großraum MG, HS, NE, KR, VIE, D.
Tel.: 02161/564852

Praxisverkauf

(Psychologische Psychotherapeutin (PA/TP) bietet seit Jahren voll ausgelasteten KV-Sitz IM ODW an. Zuschriften an Chiffre PTPJ 060406

Praxisvermietung

ESSEN: Schöner Therapieraum in psycholog. Praxis zu vermieten (gerne auch ärztl. Kollegen und Berufsanfänger).
Tel.: 0203/3463322

Mit 20 Millimeter Höhe sind Sie dabei!
Diese Anzeige kostet gerade mal € 53,-

Praxisvermietung

Darmstadt

Raum in schöner Praxis zu vermieten, gerne an Kollegin mit KV-Zulassung. Wir sind ein Frauenteam aus verschiedenen therapeutischen Richtungen.
Tel.: 06151/292038 od. 9512828

BERLIN PRENZLAUER BERG

Mitnutzung von 2 Therapieräumen, Einzel- und Gruppentherapiegeeignet, tage- bzw. stundenweise möglich, auch am WE, ab sofort.
Tel.: 030-44652732,
FAX: 43734643
christin.eichner@debitel.net

Münster-Innenstadt

Mitbenutzung von großem, hellen Therapieraum, tage- und stundenweise möglich, ab sofort
Telefon: 0251/4828605;
Fax: 0251/4828542

**Hannover-Linden:
Psychotherapeutische
Praxisgemeinschaft**

bietet 2 Therapieräume zum 01.02.2007, 20 und 23 m², Wartebereich, Bad, Toilette, Abstellräume, Fahrstuhl, verkehrsgünstig
Tel.: 0511-440073,
elisabethlehmann@gmx.de

DARMSTADT

Schöner Therapieraum in Psychologischer Praxis stunden- oder tageweise zu vermieten.
Tel.: 06151/9511962

Berlin-Schöneberg Zentral gelegene Praxiswohnung (1 Raum möbliert, Bad, Teeküche) zu vermieten, 500 EUR, Gruppenraum (50 m²) kann tageweise dazu genutzt werden. Mobil 0160/94697117 FAX 030/7816543

Stellenangebote

Medizinisches Versorgungszentrum sucht Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut/In bevorzugt mit VT Eintrag im Arztregister erforderlich, Tätigkeit in einem multiprofessionellem Team
Medizinisches Versorgungszentrum für körperliche und psychische Gesundheit Timmermann und Partner
Marienstr. 37 a, 27472 Cuxhaven
Tel. 04721-393650
mail@timmermann-und-partner.de

Erfahrene **Sprechstundenhilfe** (Bürokauffrau) möchte sich verändern u. sucht Job in Bremen/ Um. zu Telefondienst, Terminverwaltung, **Quartalsabrechnung**
Gute Kenntnisse mit smarty-new media company Tel.. 015202476147

KJPT /PA; TP)

sucht Anstellung in Praxis, MVZ o.a. Inst.
Zuschriften erbeten an
Chiffre PTPJ 060408

Supervision

Kompetent – individuell – schnell
Diplom-Psychologen bieten Supervision bei VT-Antragstellung
Tel.: 0385/598894,
Mobil: 0162/1006177
E-Mail: joerg.koepke@hotmail.de

Verschiedenes

Standardisierte und projektive **TESTS** sowie **TRAININGS-MATERIAL** für neu zu gründende KJP-Praxis zu kaufen gesucht.
Tel 0921/150 77 47 (AB) oder praxis@psych-baums.de

Mit 20 Millimeter Höhe sind Sie dabei!

Diese Anzeige kostet gerade mal € 53,-

**Anzeigenschluss
für die nächste Ausgabe
ist der 23.02.2007.
Ausgabe 1/07
erscheint
am 29.03.07.**

Inserentenverzeichnis

- | | | |
|---|--|--|
| Akademie bei König & Müller, Würzburg 357 | Ergosoft, Hassloch 2. US | Zentrum für Beratung und Mediation, Berlin 269 |
| Akademie für ärztliche Fortbildung, Hannover 379 | GNP-Fortbildungsstelle, Stuttgart 355 | Verlag Modernes Lernen, Dortmund 347 |
| ÄON ITFPS, Witten 375 | IGW, Würzburg 355 | |
| BKJ, Bad Schwalbach 343 | IVB, Berlin 381 | Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei: |
| CIP-Medien, München 4. US | IVS, Fürth 339 | – Ergosoft, Hamburg |
| Deutsche Akademie für Psychoanalyse, München 343 | Klinik Kamillushaus, Essen 345 | – HelmStierlin Institut, Heidelberg (BW) |
| Deutsche Gesellschaft für Sexuallforschung, Hamburg 376 | Klinik für psychosomatische Medizin, Düsseldorf 361, 369 | – Institut für Sucht und Fortbildung, Berlin (B) |
| DGVT, Tübingen 359 | Medizinisch-Psychosomatische Klink, Bad Bramstedt 375 | – Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen (NRW) |
| DVT, Münster 365 | Psychoholic, Remscheid 373 | Wir bitten unsere Leser um Beachtung! |
| EMDR, Bergisch-Gladbach 359 | Universität Tübingen, Tübingen 357 | |
| | Universität Ulm, Ulm 371 | |

Neu bei Economica!

LEONHART Taschen-Jahrbuch Gesundheitswesen 2006/2007

Das LEONHART Taschen-Jahrbuch Gesundheitswesen 2006/2007 enthält rund 4.000 Adressen aller maßgeblichen Institutionen, Organisationen und Verbände des Gesundheitswesens in Deutschland auf Bundes- und Länderebene. Für die Kommunikation und Interessenvertretung im Gesundheitswesen ist dieses informative und umfassende Nachschlagewerk unentbehrlich:

- Mehr als 10.000 Entscheidungsträger und Ansprechpartner aus Politik, Verwaltung, Forschung und Selbsthilfe
- Internet-Adressen
- E-Mail-Adressen
- Umfangreiches Personen- und Institutionenregister
- Handliches Format: 16,5 x 11 cm

„Urteil der G + G-Redaktion:
Aus unserem Alltag nicht mehr wegzudenken.“
(Gesundheit + Gesellschaft)



Leonhart Taschen-Jahrbuch Gesundheitswesen 2006/2007 Institutionen, Verbände, Ansprechpartner – Deutschland - Bund und Länder

6. Jahrgang 2006. 968 Seiten. Kartoniert. € 77,90.
ISBN 978-3-9806190-8-0

Mehr Infos unter www.leonhart-gesundheitswesen.de

Fax: 089/54852-8137

.....
Firma

.....
Abteilung

.....
Name/Vorname

.....
Straße

.....
PLZ/Ort

Economica Verlag
Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Kundenbetreuung München
Emmy-Noether-Straße 2
80992 München

Ja, ich bestelle



LEONHART Taschen-Jahrbuch
Gesundheitswesen 2006/2007

€ 77,90. ISBN13: 978-3-9806190-8-0

.....
Datum Unterschrift

Sie haben das Recht, diese Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Der Widerruf erfolgt schriftlich an den Verlag (Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Emmy-Noether-Str. 2, 80992 München) oder durch Rücksendung der Ware an Rhenus Medien Logistik GmbH & Co KG, Abt. Remittenden Hüthig Jehle Rehm, Justus-von-Liebig-Str. 1, 86899 Landsberg a. Lech. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). Wenn Sie künftig unsere interessanten Angebote nicht mehr erhalten möchten, können Sie bei uns der Verwendung Ihrer Daten für Werbezwecke widersprechen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

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

Economica
www.economica-verlag.de

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 Länderkammern selbst bearbeitet und können ggf. auf ihren Mitteilungsseiten veröffentlicht werden.

Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskommission der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskommission für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat

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), Ulrich Wirth (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Dr. Annelie Scharfenstein (Rheinland-Pfalz), Ilse Rohr (Saarland), Dr. Uwe Speckenbach (Schleswig-Holstein).

Anschrift Redaktion

Karin Welsch
Bayerische Landeskommission der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
welsch@ptk-bayern.de

Verlag

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hühlig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/489-318; Fax: 06221/489-529, annette.kerstein@hjr-verlag.de

Anzeigen

Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

Satz

Strassner ComputerSatz
69181 Leimen

Druck

Druckhaus Darmstadt GmbH
64295 Darmstadt

Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. 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

Justus-von-Liebig-Straße 1, 86899 Landsberg, Tel. 08191/97000-640 (Melanie Fröhlich) oder -641 (Jutta Müller), Fax: 08191/97000-103, aboservice@hjr-verlag.de

Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Manuskripte

Redaktionsschluss der Ausgabe 1/2007 ist der 31. Dezember 2006, für Ausgabe 2/2007 der 30. März 2007. Manuskripte sind elektronisch (Diskette, Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 10 Seiten (zweizeiliger Abstand incl. Abbildungen und Tabellen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- 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.