

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

kurz nach Errichtung der meisten Psychotherapeutenkammern wurde das PTJ als ein Publikationsorgan angelegt, das die Mitglieder über berufliche Entwicklungen informieren sollte und zugleich mit fachlichen Beiträgen den Austausch zwischen den oft hermetisch abgeschlossenen psychotherapeutischen Fachgruppen eröffnen oder, wo er bestand, fördern wollte. Fast alle Fachgesellschaften haben eigene Publikationsorgane mit ihren Autoren, die einer Sichtweise verpflichtet sind und in ihrer Sprache schreiben, die anderen weitgehend fremd ist. Die Redaktion des PTJ bewertete die psychotherapeutische Sprachenvielfalt entweder als Sprachverwirrung, die es durch die Einführung einer Norm- oder Standardsprache zu behandeln, oder als vielsprachigen Reichtum, den es zu erhalten gelte, und dem mit Übersetzungsarbeit begegnet werden sollte.

Nach dem Willen einiger Redaktionsmitglieder sollte die „Allgemeine Psychotherapie“ verwirklicht werden. Andere sahen im Konzept der Allgemeinen Psychotherapie eine Verflachung der ausgearbeiteten Modelle und Praktiken und warnten davor.

Damit war im Redaktionsbeirat, der die Verhältnisse der gesamten Psychotherapeuten-schaft widerspiegelt, ein Spannungsfeld gegeben, das Diskussionsbereitschaft und -kultur erwarten ließ. Eine lebhaftere Diskussionskultur hat sich im Redaktionsbeirat – beim Herstellen des PTJ – entwickelt. Das bloße, passive Lesen der Zeitschrift scheint aber solche Austauschprozesse nicht zu befördern. Nur wenn Beiträge veröffentlicht wurden, die auf Protest stießen, wurden uns Leserbriefe zugesendet, die dann veröffentlicht wurden.

Einen intensiven Diskussionsprozess anzuregen, ist uns mit den letzten beiden Ausgaben des PTJ gelungen. Wir haben eine große Anzahl von Leserbriefen erhalten, die wir in diesem Heft abdrucken. Dabei wurde der Beitrag von **Weiss** und **Harrer** wegen der vielen Reaktionen „Zur Diskussion gestellt“ und damit eine Rubrik wieder aufgegriffen, die wir schon früher verwendet haben. In

ihr werden Leserbriefe zu einem Beitrag gebündelt und mit einer Replik der Autoren des Ursprungsartikels abgeschlossen.

Im ersten Teil des Heftes finden Sie zwei sehr unterschiedliche Arbeiten: Die Arbeit von **Hoyer** und **Kleinert** ist in zweifacher Hinsicht bemerkenswert. Einmal zeigt sie die kulturell/gesellschaftliche Bedeutung einer psychotherapeutischen Sichtweise auf, die gerade nach dem riesigen medialen Wirbel um die Fußballweltmeisterschaft den psychischen Gewinn und Verlust für Spitzensportler thematisiert. Zweitens führt sie in die sporttherapeutische Sichtweise ein: wie viel Deformation ist im Spitzensport unvermeidbar, wo beginnt die psychische Behandlungsnotwendigkeit, was sind erwünschte Wirkungen und was unerwünschte Nebenwirkungen eines Trainings zur sportlichen Spitzenleistung? Die Arbeit von **Aßmann**, **Borkenhagen** und **von Arnim** gibt einen ausgezeichneten Überblick der „Körperbilddiagnostik“ – ein psychotherapeutischer Gesichtspunkt, der in fast allen Schulen zunehmende Bedeutung erlangt – mit einem Literaturverzeichnis, das Interessierte zur Vertiefung verwenden können.

Des Weiteren finden sie in diesem Heft eine Übersicht über Psychotherapie in Polen von **Dittrich**. Damit wollen wir eine Reihe beginnen, in der unterschiedliche Regelungen der Psychotherapie in Europa dargestellt werden.

In der Rubrik „Aktuelles aus der Forschung“ finden Sie eine Reihe von höchst informativen Rezensionen, die von anderer Sichtweise als der der beiden Autoren **Bräuer** und **Schmidinger** (so z. B. meiner psychoanalytischen) betrachtet, eine Fülle von Fragen aufwerfen, die zu einer Diskussion über basale Konzepte der Psychotherapie Anlass geben könnten. So fragt sich, ob „Änderungsresistenz“ genetisch lokalisiert werden sollte oder ob es nicht psychotherapeutische, d. h. im Bereich von Verhalten und Erleben lokalisierbare Konzepte gibt, die Veränderungsresistenz auch bei korrekter Anwendung der Psychotherapie erklären, wie z. B. die „negative therapeutische Reaktion“. Die Re-



zension über die „Akzeptanzbasierung“ greift ein Problem auf, das psychoanalytisch gesehen oft diskutiert worden ist: als phobische Abwehr und Krankheitsgewinn. Hier wäre es sicherlich förderlich, die neuen Ergebnisse auch psychoanalytisch zu diskutieren. Der letzte Beitrag könnte ebenfalls Anlass bieten, Konzepte, die bisher eher Trennlinien zwischen Denkweisen markierten, neu zu bedenken. Geht es bei dieser Fragestellung nicht darum, wie weit es berechtigt/förderlich ist, Symptome und deren Behandlung isoliert zu betrachten, oder eher ganzheitlich im Gefüge der Persönlichkeit oder einer Lebensgeschichte.

Wir hoffen, dass es uns mit dieser Ausgabe gelingt, Sie als „aktive Leser“ zu gewinnen: Leser, die sich nicht nur bestätigt fühlen wollen oder sich maßlos ärgern und das Heft beiseitelegen, wenn etwas gegen ihre Überzeugung geschrieben ist, sondern die sich die Mühe machen, ihre Ansichten zu artikulieren, um sie der Redaktion, d. h. der psychotherapeutischen Öffentlichkeit, zukommen zu lassen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

*Jürgen Hardt (Hessen)
Mitglied des Redaktionsbeirates*

Inhalt

Editorial	249
----------------------------	-----

Originalia

<i>Jürgen Hoyer & Jens Kleinert</i> Leistungssport und psychische Störungen	252
---	-----

Leistungssportler sind zwar besonders leistungsfähig, aber auch hohen Belastungen ausgesetzt. Die Übersichtsarbeit stellt Risiken für psychische Störungen dar, die in der Domäne des Leistungssports zu beachten sind. Sie plädiert für eine größere Akzeptanz wissenschaftlich bewährter diagnostischer und psychotherapeutischer Methoden und für eine engere interdisziplinäre Kooperation.

<i>Sybille Aßmann, Ada Borkenhagen & Angela von Arnim</i> Körperbilddiagnostik.	261
---	-----

Die letzten Jahrzehnte sahen ein zunehmendes Interesse an körperpsychotherapeutischen Ansätzen. Dies korreliert jedoch nicht mit einem entsprechenden Einsatz von Diagnoseinstrumenten oder einer Erweiterung der Forschung zum Körpererleben. Im Artikel zur Körperbilddiagnostik wird nach einem Abriss zum theoretischem Hintergrund ein Überblick zu den verschiedenen diagnostischen Verfahren einschließlich deren praktischer Anwendbarkeit gegeben.

<i>Kerstin Ditttrich</i> Zur Lage der Psychotherapie in Europa: Polen – Ergebnisse eines Veranstaltungsprojektes der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.	271
--	-----

Die Lage der Psychotherapie im Nachbarland Polen ist verbesserungsbedürftig. Die polnische Psychotherapeutenchaft kämpft seit langem für ein Psychotherapeutengesetz – bislang ohne Erfolg.

Nachruf Dr. Franz-Rudolf Faber	275
---	-----

Zur Diskussion

Kommentare zu Halko Weiss' und Michael E. Harrers Artikel im Psychotherapeutenjournal 1/2010: „Achtsamkeit in der Psychotherapie. Verändern durch ‚Nicht-Verändern-Wollen‘ – ein Paradigmenwechsel?“	276
---	-----

<i>Marianne Pollich</i> Eine Rückbesinnung auf die humanistischen Psychotherapien – Die wiedergefundene Achtsamkeit	276
---	-----

<i>Hans-Geert Metzger</i> Verhaltenstherapeutische Achtsamkeit und psychoanalytische Aufmerksamkeit	280
---	-----

<i>Gerald Mackenthun</i> Aufmerksamkeit für sich und andere – Grundtugend eines Therapeuten.	280
--	-----

<i>Halko Weiss, Michael E. Harrer</i> Replik der Autoren.	281
---	-----

Aktuelles aus der Forschung

<i>David Bräuer & Hedwig Schmidinger</i>	283
--	-----

Buchrezension

<i>Hans Müller-Braunschweig</i> Herholz, I., Johnen, R. & Schweitzer, D. (Hrsg.). (2009). Funktionelle Entspannung. Das Praxisbuch. Stuttgart: Schattauer Verlag.	289
---	-----

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer	290
Baden-Württemberg	294
Bayern	298
Berlin	302
Bremen	306
Hamburg	310
Hessen	314
Niedersachsen	318
Nordrhein-Westfalen	322
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer	327
Rheinland-Pfalz	330
Saarland	334
Schleswig-Holstein	338

Leserbriefe	342
------------------------------	------------

Inserentenverzeichnis	351
--	------------

Kontakt Daten der Kammern	351
--	------------

Stellen-/Praxismarkt	348-350, 352-353
---------------------------------------	-------------------------

Kleinanzeigen	354
--------------------------------	------------

Branchenverzeichnis	355
--------------------------------------	------------

Impressum	356
----------------------------	------------

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

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

- Baden-Württemberg: Tätigkeitsbericht 2006-2009







Videoeinführung auf unserer Website !

Die Softwarelösung für Ihre Praxis

ÜBERSICHTLICH · EFFIZIENT · FLEXIBEL · MODULAR

Antragsverwaltung · Terminplaner · Testdiagnostik · Berichtsmodul
Gruppenverwaltung · Formular- und Dokumentensammlung

Das sagen unsere Kunden:
 „Ich bin von epikur begeistert. Es ist wunderbar übersichtlich und leicht zu bedienen.“
 „Der Support durch kompetente Mitarbeiter ist ein großes Plus von epikur“
 „Für Mac-User die Alternative“



www.epikur.de

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

Leistungssport und psychische Störungen

Jürgen Hoyer¹, Jens Kleinert²

¹Technische Universität Dresden

²Deutsche Sporthochschule Köln

Zusammenfassung: Diese Übersichtsarbeit stellt die Literatur zu psychischen Störungen in der Domäne des Leistungssports dar. Dabei wird deutlich: Psychische Störungen sind in der Welt herausragender sportlicher Leistungen relativ gesehen weniger wahrscheinlich; ein von psychischen Störungen betroffener Spitzensportler kann aber vor der Situation stehen, mit überfordernden psychischen Problemen in einer besonders leistungsbezogenen Welt allein zu bleiben, obwohl er von Fachleuten aus Sport und Medizin umgeben ist. Lösungen für dieses Problem lägen in einer größeren Akzeptanz wissenschaftlich bewährter diagnostischer und psychotherapeutischer Methoden und in einer engeren interdisziplinären Kooperation.

Leistungssport ist assoziiert mit spannenden, ja atemberaubenden Momenten, phantastischen Leistungen und modernem Heldentum, mit unvergesslichen Geschichten und außergewöhnlichen Persönlichkeiten. Manche denken bei diesem Stichwort vielleicht auch noch an sehr viel Geld. Leistungssport, das ist sogar mehr als Hollywood. Es sind nämlich keine Schauspieler, die da agieren, sondern reale Menschen; Menschen aus Fleisch und Blut, mit Leib und Seele. Und es geht um reale Karrieren und echte Vorbilder. Seelische *Probleme* passen da nicht ins Bild. Wenn bekannte Leistungssportler zum Beispiel unter Depressionen leiden, dann reagiert die Öffentlichkeit geschockt und überrascht, so als wären die Leistungsfähigen vor psychischen Störungen gefeit.

Sport ist in der Tat gesund. Bewegung und physische Aktivität haben sich als wirksam erwiesen gegen Diabetes, Übergewicht und Bluthochdruck, sogar gegen bestimmte Krebsformen oder allergische Dispositionen (Sallis, 1998; US Department of Health and Human Services, 1996). Sportliche Betätigung steigert damit die Lebenserwartung, aber nicht nur das. Sport macht darüber hinaus auch Spaß und steigert die Lebensqualität! Damit ist es nicht verwun-

derlich, dass Sport auch im Hinblick auf seelische Störungen einen wissenschaftlich gesicherten Schutzfaktor darstellt (Ströhle et al., 2007): Nicht nur die durch den Sport wachsende Selbstwirksamkeitserwartung wirkt protektiv im Hinblick auf seelische Störungen, auch das unmittelbare Wohlbefinden während und nach sportlicher Aktivität, das oft mit Sport verbundene Gemeinschaftserleben oder die soziale Unterstützung in der sportlichen Gemeinschaft. Ferner kommt dem Sport bei der Rehabilitation vieler körperlicher, neurologischer oder psychischer Erkrankungen eine wichtige, gesundheits- und genesungsförderliche Bedeutung zu (vgl. Brand & Schlicht, 2008).

Diese Vorteile sind aber nur für sportliche Betätigung nachgewiesen, die in einem gewissen Rahmen bleibt („exercise“ und „physical activity“). *Leistungs- und Wettkampfsport* („sports“) hat offensichtlich eher andere Vorteile als ein körperlich gesundes Leben. Seine Risiken im gesundheitlichen Bereich sind je nach Sportart erheblich. Ernsthafte körperliche Verletzungen sind in vielen Bereichen des Leistungssports unvermeidlich. Diese Tatsache ist weitgehend bekannt und wird bei der Entscheidung für den Leistungssport oft

in Kauf genommen. „Seelische Verletzungen“ bleiben aber überwiegend ausgeklammert, sie wären ein Fleck auf der Hochglanzseite des Sports. Oder gibt es sie tatsächlich nicht?

In der vorliegenden Übersichtsarbeit möchten wir diese Frage auf der Basis neuerer wissenschaftlicher Ergebnisse beantworten. Dabei werden wir auf Störungsbilder eingehen, die gehäuft in bestimmten Sportarten beobachtet werden (zum Beispiel Magersucht oder körperdysmorphe Störungen) sowie psychische Auffälligkeiten und klinische Phänomene darstellen, die typischerweise im Leistungssport auftreten, wie zum Beispiel Wettkampfangst und die Depression nach Verletzungen. Abschließend argumentieren wir dafür, dass bei Verdacht auf eine behandlungsbedürftige psychische Problematik psychotherapeutische Expertise hinzugezogen werden muss.

Leistungssportler: eine seelische Elite?

Leistungssportler müssen in der Lage sein, Außergewöhnliches zu leisten. Dazu benötigen sie nicht nur eine besondere Begabung und exzellentes Können in ihrer Sportart. Sie brauchen, um in außergewöhnliche Leistungsbereiche vorstoßen zu können, auch erhebliche psychologische Kompetenzen (Gardner & Moore, 2006). Erfolgreiche Leistungssportler müssen diszipliniert auf ein Ziel hinarbeiten können und sich im Training und im Wettbewerb motivieren können. Sie müssen der Stressbelastung im Wettkampf standhalten und in der Lage sein, sich körperlich und psychisch schnell zu erholen. Mentale

Stärke gewinnt! Damit ist die Erwartung plausibel, die Mehrzahl der Leistungssportler sei eher überdurchschnittlich gesund, und zwar auch im Bereich der *seelischen* Gesundheit. Sie würden damit in den Bereich der von Becker, Bös, Opper, Woll und Wustmanns (1996) so genannten „Hochgesunden“ fallen: Menschen mit einer überdurchschnittlichen Kompetenzerwartung und hoher Widerstandskraft.

Tatsächlich geht man davon aus, dass 20% bis 45% der Varianz der Leistungen im Sport durch psychologische Charakteristika der Athleten zu erklären sind (Morgan, 1980).

So ist hohes Selbstvertrauen mit Erfolg im Sport assoziiert. Verglichen mit der Gesamtpopulation der Athleten zeichnen sich die besonders Erfolgreichen durch geringere Depressivität, Ängstlichkeit und Anspannung aus; Ärger und Ermüdbarkeit sind ebenfalls geringer. Gleichzeitig verfügen diese Athleten über mehr Energie (Morgan, O'Connor, Ellickson & Bradley, 1988).

Angesichts dieses Zusammenhangs zwischen sportlicher Leistung und psychischen Merkmalen drängen sich zwei Fragen auf. Zum einen die Frage der Kausalität: Fördert eine (erfolgreiche) Sportkarriere die Ausbildung mentaler Stärke (Entwicklungshypothese) oder setzen sich

die mental Starken im Sport durch (Selektionshypothese). Häufig wird implizit und vorschnell die Entwicklungshypothese favorisiert (Sport macht mental stark). Die wenigsten Untersuchungen können das jedoch belegen. Die zweite Frage betrifft das Kriterium derartiger Studien: Erfolg. Während Untersuchungen zumeist objektive Erfolgshinweise berücksichtigen (Medaillen, Rangplätze), ist aus psychologischer Sicht gerade das subjektive, individuell wahrgenommene Erfolgskriterium bedeutsam. Dies verweist darauf, dass soziale Vergleiche immer relativ zu einer Bezugsgruppe vorgenommen werden: Ein Läufer mag ein „Wunderkind“ sein, der Beste seit langem und vielfacher Jugendmeister in seinem Bundesland; bei den deutschen Meisterschaften wird er vielleicht Dritter, gegen afrikanische Läufer hat er jedoch nicht den Hauch einer Chance. Ob er seine Leistungen als Erfolg erlebt oder nicht, ist von sozialpsychologischen Bewertungsprozessen abhängig, die die eigenen Zielsetzungen genauso einschließen wie die Bewertung durch (internalisierte) soziale Andere. Untersuchungen zeigen, dass jugendliche Sportler in US-amerikanischen Sportinternaten – also besonders Begabte – u. a. aufgrund des hohen Konkurrenzdrucks stärker als altersvergleichbare Nicht-Sportschüler von Alkoholproblemen und Essstörungen betroffen sind (Storch, Storch, Kiliani & Roberti, 2005). Objektiver

Erfolg kann somit subjektiv als schwere Last und kaum zu bewältigende Anforderung erlebt werden.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass die öffentliche Wahrnehmung recht einseitig auf die Gewinner in der Lotterie des Leistungssports ausgerichtet ist. Unter ihnen gibt es sicherlich Vorbilder an mentaler Stärke. Dies lässt sich aber nicht auf den gesamten Leistungssport übertragen: Olympiasieger und Weltmeister stellen nur eine Subpopulation der Gesamtheit aller Leistungssportler dar. In manchen Sportarten gehören Dutzende Athleten den geförderten Leistungskadern an, aber nur drei oder vier von ihnen qualifizieren sich für internationale Wettbewerbe. Die Mehrzahl der Leistungssportler erlebt deshalb das Verlieren und damit auch das Verpassen langjähriger Ziele häufiger als den Erfolg. Umgang mit Misserfolg ist im Leistungssport daher ein zentrales Phänomen und aus psychologischer Sicht häufig auch ein Schlüssel zur Erklärung von Störungen.

Können sich Leistungssportler psychische Störungen „leisten“?

Oliver Kahn formuliert es in einem Interview der Süddeutschen Zeitung wie folgt: „Egal, ob man sich Andre Agassi anschaut oder Tiger Woods, eines ist bei Menschen in Hochleistungsbereichen weit verbreitet:

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

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

KONGRESSPROGRAMM UND NÄHERE INFORMATIONEN UNTER:

www.unifortbildung-psychotherapie.de Anmeldung ab dem 30.06.2010

Insgesamt mehr als 40 spannende Workshops zum Themenschwerpunkt „Problematische Interaktionsmuster“ sowie vielfältigen anderen Themen (PTBS, Essstörungen, Sexuelle Störungen, Affektive Störungen, Schlafstörungen, ACT, Therapie bei Kindern und Jugendlichen etc.)

PLENUMSVORTRÄGE

Prof. Dr. Martin Bohus: „Aktuelle Entwicklungen in der Störungskonzeption sowie in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung.“

Prof. Dr. Silvia Schneider: „Frühe Eltern- Kind-Interaktion und ihre Bedeutung für die psychische Gesundheit.“

Dr. Bernd Schmitz: „Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen: Konzept und Evaluation eines psychoedukativen Programms.“

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

23./ 24. Oktober 2010
6. Jahreskongress Psychotherapie
 des Hochschulverbundes Psychotherapie NRW
 und der Psychotherapeutenkammer NRW
 Psychotherapie bei problematischen Interaktionsmustern
 Wissenschaft Praxis
 Praxis Wissenschaft
www.unifortbildung-psychotherapie.de

die Anfälligkeit für psychische Störungen. Dass Menschen, die sich in extremen Sphären bewegen, unter Ängsten, Depressionen oder Ähnlichem leiden, ist für mich nicht neu“ (Süddeutsche.de, 2010).

Die Sicht des (wenn auch psychologisch nicht ausgebildeten) Insiders und die Sicht der Außenwelt scheinen somit in Bezug auf die Problematik der psychischen Störungen stark zu divergieren. Dies ist jedoch nicht verwunderlich. Selbst für Menschen, die nicht in der Öffentlichkeit stehen, ist es oftmals schwer, sich psychische Probleme oder gar Störungen einzugestehen. Psychische Störungen sind verbreitet (Wittchen & Jacobi, 2005), die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen liegt aber weit unter dem eigentlichen Behandlungsbedarf. Mit anderen Worten: Trotz gegebener Behandlungsbedürftigkeit versuchen Betroffene den Gang zum Psychotherapeuten zu vermeiden, und zwar nicht nur, wenn es um die Verleugnung von substanzbezogenen Störungen geht (Behrendt & Hoyer, 2010). Auch wenn das Vorliegen einer psychischen Störung zunehmend weniger ein soziales Stigma darstellt, so werten sich Betroffene mitunter selbst ab und akzeptieren ihre Störung nicht (self-stigma; Corrigan, 2004; Schwenk, 2000). In der Domäne des Leistungssports dürfte aber auch eine soziale Stigmatisierung noch nicht überwunden sein, wie die (doppelte) Leidensgeschichte des Fußballnationalspielers Sebastian Deisler zeigt (Rosentritt, 2009). Überzogene männliche Rollenklischees, die sich an Pseudo-Werten wie „Härte zeigen“ oder „Angstfreiheit“ orientieren, machen es für (männliche) Leistungssportler sicherlich schwieriger als für jeden anderen, psychische Probleme vor sich selbst und anderen einzugestehen. Verkomplizierend kommt hinzu, dass die Symptome körperlicher Erkrankungen denen psychischer Störungen (z. B. der Depression) ähneln können (Schwenk, 2000). Sportlerinnen könnten es diesbezüglich leichter haben; Frauen haben insgesamt weniger Probleme ihre seelischen Belastungen mitzuteilen. Aber auch bei Sportlerinnen gilt, dass der Konkurrenzgedanke dem Zugeben von Schwächen entgegensteht.

Nicht selten befürchten Sportler auch, dass eine Psychotherapie zu Veränderun-

gen in ihren Trainingsplänen oder gar einer Zurücknahme von bestimmten Leistungszielen führen kann. Da aber Leistung in ihrer Wertehierarchie ganz oben steht und die Sportler sich meist jahrelang und unter erheblichen Verzichtleistungen dem Leistungsziel gewidmet haben, ist oft schon die Idee schmerzhaft, Leistungsziele zu relativieren. Eine Überprüfung und Anpassung der Ziele und Werte des Sportlers gehört deshalb in das Zentrum längerfristig angelegter leistungssteigernder Interventionen (Gardner & Moore, 2006). Sie kann aber nur erfolgen, wenn der Athlet sich seiner Probleme zumindest ansatzweise bewusst ist und sich diesbezüglich öffnet.

Ein weiteres, sportspezifisches Hindernis zur Selbstöffnung besteht im Mannschaftssport, wenn der Sportler meint, er könne die Mannschaft „nicht im Stich lassen“.

„Nehmerqualitäten“, als die Fähigkeit, Schmerzen und Verletzungen zu bagatelisieren, gehören zudem zu den zentralen Identifikationspunkten mancher Sportarten (z. B. Rugby, American Football).

Schwenk (2000) schildert eindrucksvoll, wie ein Psychiater und ein Sportarzt ein und die selbe Symptomatik unterschiedlich bewerten würden: Wenn sich ein Patient mit erhöhter Ermüdbarkeit, Schlaf- und Konzentrationsproblemen, vermindertem Antrieb und einer gewissen Interesslosigkeit herumschlägt, schmerzempfindlicher ist als sonst und Schwierigkeiten hat, seinen Verpflichtungen nachzukommen, dann ist für den Psychiater oder Psychotherapeuten die Verdachtsdiagnose Depression naheliegend; für den Sportarzt sei genau dieses Bild aber auch durch Übertraining (overtraining) erklärbar. Armstrong und Van Heest (2002) vertiefen diesen für den Hochleistungssport sehr bedeutsamen Zusammenhang zwischen Depression und Übertraining. Für die Autoren hängen depressive Symptome und Übertraining aufgrund überlappender psychischer und psychoneuroimmunologischer Mechanismen zusammen. Dies verdeutlicht aber auch, dass das Phänomen Übertraining nicht allein trainingswissenschaftlich erklärt und behandelt werden sollte. Psychologische und unter Umständen auch psychotherapeutische Interventionen sind angezeigt. Eine

einseitige Diagnostik – in welche Richtung auch immer – führt zu einer ebenso einseitigen Intervention, die der Komplexität des Phänomens und den biopsychosozialen Zusammenhängen nicht gerecht wird.

Fassen wir zusammen: Psychische Störungen mögen unter Leistungssportlern seltener sein als in der Bevölkerung. Sind sie aber doch einmal gegeben, so ist es für den betroffenen Sportler möglicherweise schwerer, der Störung gewahr zu werden und fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Und zurück zu unserer Eingangsfrage – können sich Leistungssportler psychische Störungen leisten? Nein, so wenig wie eine Verletzung, so wenig ist auch eine psychische Störung förderlich für den Erfolg. Jedoch kennzeichnet weniger das Ausbleiben solcher Problemlagen, als der aktive und professionelle Umgang mit ihnen den erfolgreichen Athleten.

Erste Daten: Wie häufig sind psychische Störungen im Leistungssport?

Aus den bisherigen Ausführungen lässt sich ableiten, dass aussagefähige Daten über die Häufigkeit psychischer Störungen bei Leistungssportlern nur schwer zu gewinnen sind.

In der Studie von Donohue et al. (2004) wurde die bekannte Symptom-Checkliste (SCL-90-R) eingesetzt, um Leistungssportler und Freizeitsportler mit der (gleichaltrigen) Normpopulation zu vergleichen. Beide Sportlergruppen *zusammengefasst* wiesen durchschnittlich signifikant *weniger* psychische Symptome auf, als dies in der Normalpopulation der Fall war. Die Mittelwerte der Leistungssportler *für sich genommen* werden nicht mitgeteilt, sie waren aber nicht signifikant von denen der Freizeitsportler verschieden.

Die Studie von Storch et al. (2005) untersuchte bei (undergraduate) Collegestudenten, die entweder einer speziellen Sportschule angehörten oder nicht, ebenfalls mit Fragebogenmethoden, gezielt Symptome in den Bereichen soziale Angst, Depression und Alkoholabusus, ferner den subjektiven Mangel an sozialer Unterstüt-

zung. Zwischen Sportlern und Nicht-Sportlern gab es keine Unterschiede, aber insgesamt eine bemerkenswert hohe Rate an Indikatoren einer klinisch auffälligen Symptomatik. Angesichts der Tatsache, dass bei Betrachtung der Mittelwerte (nicht der Häufigkeiten) die weiblichen *Athleten* die signifikant höchste Symptombelastung hatten (außer für Alkoholabusus), sprechen sich die Autoren für Maßnahmen zur Früherkennung und -diagnostik psychischer Symptome aus.

Diese wenigen Daten lassen keine abschließende Bewertung zu; eine ausdrückliche Schutz- oder Risikofunktion des Leistungssports lässt sich nicht ableiten. Gleichzeitig zeigt der folgende Abschnitt, dass bestimmte Sportarten mit einem speziellen statistisch erhöhten Risiko psychischer Störungen einhergehen.

Ist Leistungssport ein spezifischer Risikofaktor für psychische Störungen?

Mehrere Studien belegen, dass bestimmte psychische Störungen in bestimmten Sportarten häufiger vorkommen als in anderen, und dort auch teilweise auch häufiger vorkommen als in Nicht-Sportler-Populationen. Kaum eine Studie kann kausale Mechanismen dieser epidemiologischen Auffälligkeiten belegen. Ob eine Athletin deshalb zur Topläuferin wird, weil sie hier ihrem Kontrollzwang am ehesten nachkommen kann, oder ob dieselbe Athletin durch inneren und äußeren Druck zur Anorexie getrieben wird, ist letztlich bis heute nicht geklärt. Unsere folgenden Ausführungen können und sollten daher vor beiden Kausalhintergründen interpretiert werden.

Anorexia nervosa (Magersucht) und Bulimia nervosa (Ess-/Brechsucht) sind die häufigsten Essstörungen. Mehrere Übersichtsarbeiten zeigen, dass beide Formen der Essstörung bei Athlet(inn)en überzufällig häufig sind und unter Umständen sportinduziert auftreten können („Anorexia athletica“; „Exercise-Bulimie“). Dies gilt vornehmlich für bestimmte Sportarten, wie zum Beispiel ästhetische Sportarten (Schneider, Bayios, Pfeiffer, Lehmkuhl & Saalbach-Andrae, 2009) oder manche Ausdauersportarten. Das Problem betrifft nicht nur Frauen (bei denen Essstörungen

in der Bevölkerung deutlich häufiger sind), sondern auch Männer (Baum, 2006). Zusätzlich zu den üblichen psychologischen und soziologischen Risikofaktoren der Essstörungen treten im Sport weitere hinzu: sportsspezifische Gewichtsgrenzen, besonders rigide und umschriebene Bewertungskriterien, Gruppendruck oder Druck des Trainers, der Vergleich mit anderen (noch dünneren) Konkurrenten sind nur einige davon. Bislang existieren keine Studien dazu, ob bestimmte, mit Essstörungen verbundene Persönlichkeitsfaktoren, den Zugang oder die Adhärenz in diesen Sportarten begünstigen (Selektionshypothese) oder ob sich die Störungsbilder erst im Verlauf der Karriere entwickeln.

Körperbildstörungen sind ebenfalls häufig, oft sind sie Teil einer Essstörungsproblematik. Eine besondere Rolle spielt die Muskeldysmorphie (weitere Bezeichnungen: Bigorexie, reverse Anorexia nervosa, Adonis-Komplex, Machismo nervosa; vgl. Weilbach, 2007), eine Sonderform der Körperdysmorphen Störung: Wichtige Merkmale sind eine verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körperbildes (die Betroffenen empfinden sich als zu wenig muskulös, obwohl sie von anderen als stark bis sehr stark muskulös wahrgenommen werden) und ein zwanghaftes Streben nach einem muskulösen Körper. Neben dem subjektiven Leiden werden Anabolikaabusus, die Vernachlässigung anderer Lebensbereiche, exzessives Bodybuilding sowie exzessive weitere sportliche Betätigung und eine Präokkupation mit gesundheitsbezogenen Ängsten beobachtet (Weilbach, 2007). Befriedigende ätiologische Erklärungsmodelle zur Muskeldysmorphie fehlen. Es ist zu vermuten, dass die Störung sich erst dann in klinisch relevantem Ausmaß verfestigt, wenn die Betroffenen in der Bodybuilder-Szene einem dauernden, aber völlig verschobenen sozialen Vergleich hinsichtlich ihrer Körpermaße ausgesetzt sind. Gleichzeitig sind die Ursachen dieser Störung nicht im Sport allein zu suchen, bestehende subjektive Defizite und Persönlichkeitsmerkmale dürften ebenso von Bedeutung sein.

Ein weiterer, speziell im Sport relevanter Störungsbereich ist der der Bewegungssucht (Breuer & Kleinert, 2009). In den

Raus aus den Turbulenzen



Das Patientenbuch zur »Einführung in die KVT« zeigt, wie emotionale Krisen entstehen – und wie man den »Fallgruben« entkommt. Mit anschaulichen Fallbeispielen und Cartoons, mit Übungen und Arbeitsblättern.

2., überarb. und erw. Auflage 2010.
371 Seiten, Geb. € 26,95 D
ISBN 978-3-621-27630-6



Die erfolgreiche, praxisorientierte Einführung in die KVT – jetzt in der 4. Auflage. Mit neuen Fallbeispielen für Therapeut-Patient-Dialoge u. v. m.

4., vollst. überarb. Auflage 2010.
334 Seiten, Geb. € 34,95 D
ISBN 978-3-621-27631-3

www.beltz.de

BELTZ

wenigsten Fällen scheint hierbei eine primäre Bewegungssucht vorzuliegen. Vielmehr ist der Leistungssport zumeist Ausdruck und subjektive Bewältigungsform einer psychischen Störung (insbesondere der Anorexia nervosa).

Wettkampfangst (vgl. zum Beispiel Brand, Ehrlenspiel & Graf, 2009) schließlich stellt ein Syndrom dar, das durch andere psychische Störungen verstärkt werden, aber auch andere Ursachen haben kann. Wettkampfangst erklärt in vielen Fällen den Unterschied zwischen dem „Trainingsweltmeister“ und dem Siegertypen. Manifestieren sich Angstsymptome, zum Beispiel in Verbindung mit sozialen Ängsten (Storch, Barlas, Dent & Masia, 2002), im Wettkampf, so ist eine psychologische Intervention indiziert, da das Problem offensichtlich nicht auf der Ebene der instrumentellen Kompetenzen liegt. Aktuelle Entwicklungen machen das Konstrukt „Wettkampfangst“ im deutschen Sprachraum sowohl als Zustands- wie auch als Eigenschaftsangst messbar (Brand, Ehrlenspiel & Graf, 2009).

Ein letzter Aspekt sollte nicht ausgeklammert bleiben: Narzissmus. Gemäß dem Konzept des „gesunden Narzissmus“ ist es für eine ausgeglichene Psyche nicht nur wichtig, sondern auch notwendig, sich selbst als besonders und einzigartig einschätzen zu können und eigene Leistungen auch als „großartig“ erleben zu können. Erfolge im Leistungssport können sicherlich helfen, diese Seite des Selbstwerts zu stärken und zu entwickeln. In einer Gesellschaft, in der Erfolg eine entscheidende Rolle spielt, gilt Letzteres möglicherweise auch für viele Fans, die sich mit „ihrem“ Team identifizieren. All dies ist sicher unproblematisch, oft sogar wünschenswert, solange auch andere persönliche Ressourcen existieren, die sich nicht selten mit und durch den Sport entwickeln. Leistungssport und die damit verbundene mediale Aufmerksamkeit können auf der anderen Seite aber auch eine Gier nach Bewunderung provozieren. Ein Entzug dieser Aufmerksamkeit, oder ein Umschlagen in fortgesetzte Kritik und Häme, bedeutet aber nicht nur für junge Sportler eine extreme psychische Belastung.

Sind psychische Störungen Reaktionen auf Karrierekrisen, Karriereende und die physischen Belastungen durch Leistungssport?

Berufliche Karrieren sind oft auf Jahrzehnte angelegt. Zum Beispiel ist das Lebensziel, ein kleines Handwerksunternehmen innerhalb der Familie weiterzugeben, durch kurzfristige wirtschaftliche Krisen nicht grundsätzlich bedroht. Bei Sportlern ist der Zeitkorridor zur Erreichung bestimmter, besonders hoher Zielsetzungen hingegen meist sehr eng. Größere Verletzungen können alles entscheidende Nachteile auf dem Karriereweg mit sich bringen. Zu den körperlichen Schmerzen und den Anstrengungen der Rehabilitationsmaßnahmen können Ängste und Depressionen treten.

Ein anschauliches Beispiel für Verletzungsangst lässt sich einer kürzlich erschienenen Reportage über ein Ski-Internat für österreichische Nachwuchssportler in der Wochenzeitung „Die Zeit“ entnehmen: „Angst? Hab i definitiv, muss i sogn“, sagt Daniel „Hemmi“ Memetsberger nachdenklich. „Es ist a zaache Angst.“ Eine zähe Angst. Am 3. Dezember beim Riesenslalomtraining riss dem 19-Jährigen das Kreuzband. Er wusste, die Saison ist vorbei, mehr noch: „Für ein paar Stunden war das ganze Leben vorbei.“ Inzwischen brennt er wieder vor Ehrgeiz. Und die Angst – „auf der Piste vergeht sie“ (Dilloo, 2010, S. 55).

Im Falle der Verletzungsangst ist zu unterscheiden, ob die Angst funktionell sinnvoll oder dysfunktional oder sogar im Alltag beeinträchtigend wirkt. Angst nach einer Verletzung ist häufig funktionell, das heißt, sie schützt vor gefährlichen Aufgaben und Tätigkeiten, was die Wiederverletzungsquote reduziert. So konnte in einer prospektiven Studie an Sportstudenten gezeigt werden, dass die Studierenden eine geringere Anzahl eher schwerer Sportverletzungen erlitten, die sich in den Prätests als verletzungsängstlich erwiesen (Kleinert, 2002). Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese funktionell positive Angst im Hochleistungssport dysfunktional wirkt, da hier die Athleten gefährlichen Situationen nicht ohne weiteres aus dem Weg gehen können. Inwieweit Verletzungsangst kli-

nisch auffällig ist, hängt wie bei anderen Störungen auch davon ab, wie stark der Leidensdruck und die alltägliche und berufliche Beeinträchtigung durch die Angst ausgeprägt sind.

Während Ängste nach Verletzungen durchaus funktional sein können, ist eine depressive Störung im Nachfeld einer Verletzung überwiegend negativ zu bewerten. Wie häufig Depressionen oder andere klinisch relevante Störungen nach Sportverletzungen auftreten, bleibt unklar. Brewer, Lindner und Phelps (1995) gehen davon aus, dass behandlungsbedürftige Stimmungsstörungen (vor allem Depressionen) vermutlich bei 10-20% der Sportverletzten auftreten. Ergebnisse außerhalb des Sports zeigen ein noch düstereres Bild. Crichlow, Andres, Morrison, Haley und Vrahas (2006) fanden in diversen Kohorten orthopädischer Traumatpatienten durchschnittlich bei 45% der Befragten Anzeichen für eine klinisch relevante Depression. Die Autoren konnten ferner zeigen, dass der Grad der mit der Verletzung verbundenen Einschränkungen deutlich mit der Stärke der Depression assoziiert ist. Auch im Leistungssport ist davon auszugehen, dass die Verletzungsschwere mit dem Ausmaß der Stimmungsbeeinträchtigung korreliert. Andererseits: Solange Sportler verletzt sind, stehen sie nicht im Scheinwerferlicht der öffentlichen Aufmerksamkeit und nur Insider wissen, wie es den Sportlern dann geht. Ein erhöhtes Depressionsrisiko, speziell bei schwereren und karrierebedrohenden Verletzungen, lässt sich aber annehmen (Appaneal, Levine, Perna & Roh, 2009).

Fraglich ist auch, ob die körperlichen Belastungen im Sport selbst (und nicht die psychischen Belastungen, die eine Verletzung hervorruft) eine psychische Störung auslösen können. Guskiewicz et al. untersuchten eine große Stichprobe von US-Football-Profis (N = 2552; Durchschnittsalter: 53,8 Jahre), ob die massiven (physischen) Belastungen des Gehirns, denen Footballprofis ausgesetzt sind, hier speziell die Zahl der Gehirnerschütterungen, mit psychischen Folgeschäden, hier speziell Depression, assoziiert sind. Hinweise für eine klinisch relevante akute oder frühere

Depression fanden sich bei ca. 11,1% der Sportler; diese Kennziffer spricht vor dem Hintergrund epidemiologischer Bevölkerungsstudien eher nicht für eine generelle Erhöhung der Depressionshäufigkeit. Frühere Gehirnerschütterungen erwiesen sich aber als signifikanter Prädiktor von Depressionen, selbst wenn zahlreiche Störvariablen, zum Beispiel weitere körperliche Begleiterkrankungen, statistisch kontrolliert wurden.

Brauchen wir eine Klinische Psychologie des Sports?

Vorab: Was wir brauchen ist ein stärker multidisziplinärer Zugang zu dem Feld der sportlichen Hochleistung und der damit verbundenen klinisch relevanten psychologischen Phänomene. Was wir brauchen ist Kooperation und Koordination unterschiedlicher Fachdisziplinen, die sich aus unterschiedlicher Richtung gemeinsamen Phänomenen nähern. Was wir brauchen ist Verständnis, Akzeptanz und Wertschätzung dem jeweilig anderen Qualifikationsprofil gegenüber. Was wir schließlich brauchen sind funktionsfähige Schnittstellen zwischen Trainern und Betreuern, Sportpsychologen und Psychologischen Psychotherapeuten, die bei Hinweisen auf Störungsbilder kompetente und zugleich athletenorientierte Diagnostik und Intervention möglich machen.

Begriffliche Neuschöpfungen sind nicht die Lösung dieser Desiderata, sie sind allerhöchstens ein Weg, die Diskussion anzuregen. Vor diesem Hintergrund ist der neue, von Gardner und Moore (2006) selbstbewusst eingeführte Begriff der „clinical sport psychology“ kritisch zu sehen. Wir brauchen eine clinical sport psychology (sensu Gardner & Moore, 2006) genauso viel und genauso wenig wie eine klinische Schulpsychologie oder eine klinische Be-

triebspsychologie. Seit Jahrzehnten sind Psychologen und Psychiater mit dem Phänomenbereich der psychischen Störung im schulischen und betrieblichen Setting umgegangen, ohne dass sich derartige „Subdisziplinen“ terminologisch durchgesetzt hätten. Die Strukturen und Ausprägungen einer Depression oder einer manischen Angststörungen sind nicht abhängig vom Anwendungsfeld – sei es der betriebliche, der schulische oder der sportliche Sektor. Allerdings ist das Wissen um das Anwendungsfeld relevant, um Bedingungen der Entstehung und Behandlung von psychischen Störungen berücksichtigen zu können.

Demzufolge ist eine differenzierte Betrachtung wichtig. Was ist psychotherapeutische Arbeit im Feld des Sports („clinical sport psychology“) und was ist Sportpsychologie im herkömmlichen, klassisch leistungsfördernden Sinne („psychological performance enhancement“)? Und weiter: Wo begegnen oder überschneiden sich diese Felder? In diesem Sinne bemühen sich Gardner und Moore um eine Abgrenzung und zugleich Verknüpfung von einerseits sportpsychologischer Leistungsförderung und andererseits psychotherapeutischer Arbeit bei behandlungsbedürftigen Auffälligkeiten.

Aus der zuerst genannten Sicht stellt sich beispielsweise die Frage, wie es zu erklären ist, dass manche Sporttalente sich durchsetzen, andere, mitunter begabtere, es nicht schaffen? Es ist kaum zu bestreiten, dass es psychologische Variablen, nicht zuletzt aber eben auch Defizite sind, die zu Beantwortung dieser Frage wesentliches beitragen können. Im integrativen Modell athletischer Leistung (Integrative Model of Athletic Performance; IMAP) postulieren Gardner und Moore (2006), dass sportliche Leistungen bzw. Leis-

tungseinbußen nicht durch bestimmte, einzelne Variablen zustande kommen, sondern in der Regel auf ein Zusammenspiel mehrerer Komponenten zurückzuführen sind. Demnach ist es nicht das sportlich-instrumentelle Können des Sportlers allein, das eine Leistung (oder ein Leistungsproblem) erklärt, sondern situationale Umstände, Persönlichkeit und Bewältigungskompetenzen sind genauso zu berücksichtigen. Dieses Komponentenmodell umfasst im Einzelnen:

- Instrumentelle Kompetenzen: Hier geht es um physische und sensomotorische Fähigkeiten und Fertigkeiten – das, worauf sich sportliches Training im engeren Sinne konzentriert.
- Spezifische Umgebungsreize und Leistungsanforderungen: Je nach Wettkampf ist der Athlet unterschiedlichen interpersonellen, situationalen und organisatorischen Bedingungen, aber zum Beispiel auch unterschiedlich hohen Konkurrenzanforderungen ausgesetzt.
- Dispositionelle Merkmale: Sportler unterscheiden sich in ihrer habituellen Reaktion auf explizite oder implizite Leistungsanforderungen; sie verfügen über unterschiedliche Bewältigungsstile oder kognitiv-affektive Schemata.
- Selbstregulationskompetenzen: Dieser Aspekt umfasst die unterschiedlichen Reaktionsweisen, die bei der Verhaltensregulation möglich sind, wenn es zu Abweichungen zwischen der Ideal- oder Soll-Norm und dem tatsächlichen Verhalten kommt.

Das Modell von Gardner und Moore (2006) beruht damit in Wirklichkeit auf einem, für den Sportpsychologen längst vertrauten, integrativen Modell der sportlichen Leistungsentwicklung. Der starke

AntragPro

zum einfachen Schreiben Ihrer
Antragsberichte für Psychotherapie

Vista kompatibel!
Mac OS X in Vorbereitung

Antrag Pro ist ein Programm, mit dem Sie Ihre Anträge für Psychotherapien schnell und einfach schreiben können. Mustertexte erleichtern die Arbeit. Antrag Pro ist eine Datenbank, die mitwächst. Denn Ihre eigenen Berichte werden wieder zu neuen Mustertextvorlagen. In der neuen Version wurden viele Funktionen vereinfacht, so dass das Berichteschreiben jetzt noch leichter von der Hand geht!

völlig überarbeitete Version 1.5 jetzt lieferbar

www.antrag-pro.de

oder 01805-012214*

PsyDV Software für Psychotherapeuten, Heckenweg 22, 53229 Bonn

*14 Cent/Min. aus dem Festnetz, mobil ggf. mehr

Bezug auf klinische Symptome und Syndrome, den die Autoren durch den Begriff der „klinischen“ Sportpsychologie nahelegen, wird aber nur ansatzweise eingelöst. Dagegen können die Autoren jedoch sehr überzeugend deutlich machen, dass klinisch-psychologische Fragestellungen die klassische Sportpsychologie sinnvoll ergänzen. Essstörungen, Depressionen, Burnout oder beispielsweise zwanghaftes Verhalten kommt wie in anderen gesellschaftlichen Leistungsfeldern auch im Feld des (Leistungs-)Sports vor und gehört eindeutig in die Hände psychotherapeutisch ausgebildeter Fachleute. Dies zeigt, dass die in diesem Text angesprochenen Probleme nur in einer engeren Kooperation der im Interessenfeld Leistungssport tätigen Fachkräfte gelöst werden können. Dabei sprechen wir von

- sportwissenschaftlich ausgebildeten sportpsychologischen Betreuern (insbesondere Diplom-Sportwissenschaftlern),
- psychologisch ausgebildeten sportpsychologischen Betreuern (insb. Diplom-Psychologen),
- psychologisch ausgebildeten klinisch-psychologischen Betreuern im Sport (insb. Psychologischen Psychotherapeuten) und
- medizinisch ausgebildeten Betreuern im Sport (insb. Ärzte mit Zusatzbezeichnungen im Bereich Psychiatrie/Psychotherapie) (vgl. Abbildung 1).

In diesem Zusammenhang ist übrigens auf einen weiteren Versuch hinzuweisen, der ein neues, abgegrenztes Fach schaffen möchte, wo eigentlich eine Verzahnung verwandter Gebiete erforderlich wäre: die, allerdings wenig etablierte, „Sport-Psychiatrie“ (Glick, Kamm & Morse, 2009). Nebenbei sei bemerkt, dass auch psychiatrische, medikamentöse Behandlungen im Einzelfall zielführend sein können, wie etwas anhand des Falls Derrick Adkins zu diskutieren wäre. Adkins wurde mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer behandelt und wurde unter dieser Medikation 1996 in Atlanta Olympiasieger im 400-m-Hürdenlauf (Glick, Kamm & Morse, 2009). Ob mit derartigen Medikationen dopingähnliche Bedingun-

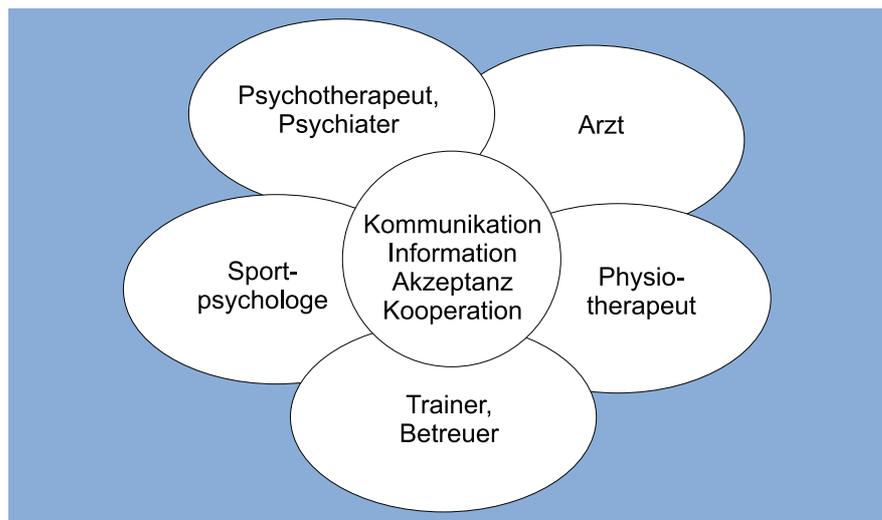


Abbildung 1

gen vorliegen, können wir an dieser Stelle nicht vertiefen.

Insgesamt stellt sich die Frage: Wie ist eine Integration und Kooperation der oben genannten Berufsgruppen möglich und sinnvoll? Ebenso wie es selbstverständlich ist, dass der Arzt benötigt wird, wenn Verletzungen oder Erkrankungen auftreten, so sollte der Psychologische Psychotherapeut gefragt sein, wenn klinisch relevante Störungen auftreten. Ebenso wie der Physiotherapeut oder Trainer wissen muss, wann die Konsultation des Arztes notwendig ist, so muss der Sportpsychologe oder Trainer auch Sensibilität entwickeln, wann die Konsultation des Psychologischen Psychotherapeuten oder des Psychiaters notwendig ist. Ihnen obliegt dann auch die Aufgabe, den Athleten zu einer fundierten klinisch-psychologischen Diagnostik zu motivieren: Der Einbezug eines Psychotherapeuten sollte allein schon aus ethischen Gründen grundsätzlich nur in Absprache und mit Einwilligung des Athleten umgesetzt werden. Jedoch ist es auch aus Gründen der Compliance und Therapiemotivation wichtig, den Sportler oder die Sportlerin zu involvieren, denn ein Eingeständnis vorliegender psychischer Barrieren oder sogar Störungen dürfte mit der oft extremen Leistungsmotivation der Athleten in Widerspruch stehen. Eine Klärung verschiedener motivationaler Ziele gehört aber sowieso in den Bereich der motivierenden Beratung (Michalak, Heidenreich & Hoyer, in press) und damit auch in den

Kompetenzbereich des Sportpsychologen. So zeigen zum Beispiel Marahrens und Keil (2004), wie das Phänomen des „Trainingsweltmeisters“ (Sportler können ihre gewohnten Trainingsleistungen nicht in den Wettkampf übertragen) durch Konflikte zwischen Leistungs- und Bindungsmotiv erklärt werden kann.

Extreme Opfer für die Karriere – nur ein Problem des Sports?

Die beschriebene Stellung des Psychologischen Psychotherapeuten oder Psychiaters als ergänzender Experte des klassischen „performance enhancement“ gilt nicht allein für den Sport als gesellschaftliches Leistungsfeld. Auch in anderen ähnlichen Berufsfeldern, wie beispielsweise bei Musikern, Schauspielern, Künstlern oder Führungskräften werden Karriere- und Leistungsentwicklungen unter Umständen von psychischen Störungen begleitet oder besser gehemmt und verhindert. Dem Psychotherapeuten besonders vertraut sind die Angststörungen, die professionelle Musiker im Zusammenhang mit Bühnen- bzw. Aufführungsangst entwickeln. Auch in Berufsgruppen, die weniger direkt in der Öffentlichkeit exponiert sind, aber ein hohes Ansehen genießen – Ärzte, Rechtsanwälte, Manager –, ist der Preis für die Karriere oft hoch; Suchtstörungen, Depressionen, Angststörungen kommen auch in diesen Berufsgruppen vor.

Auch hier gilt vermutlich dieselbe Beobachtung, die wir in Bezug auf den Leis-

tungssport gemacht haben: Psychische Störungen sind in diesen Berufsgruppen, aufgrund der besonderen Kompetenzen, die sie voraussetzen, tendenziell eher seltener; die Gefahr, dass diese Störungen nicht erkannt werden, wenn sie in Einzelfällen trotzdem gegeben sind, ist aber genau deswegen höher. Ein entscheidender organisatorischer Unterschied macht jedoch die klinisch-psychologische Arbeit in diesen sportfremden Leistungsfeldern schwieriger als im Feld des Sports: Während wir im Sport in Person des inzwischen etablierten Sportpsychologen eine vermittelnde Instanz zwischen Leistungsoptimierung und klinischer Arbeit haben, fehlt diese Instanz beinahe völlig im Bereich der Musik, des hohen Managements oder der anderen angesprochenen Berufsfelder.

Wir hoffen, dieser Artikel trägt dazu bei, dass die Kooperationsmöglichkeiten der benannten Fachleute verstärkt genutzt werden und auf diese Weise die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung frühzeitig erkannt und in kooperativem Management verfolgt wird.

Literatur

- Alfermann, D. & Pfeffer, I. (2009). Sport, Bewegung und psychische Gesundheit. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 16, 115-116.
- Appaneal, R. N., Levine, B. R., Perna, F. M. & Roh, J. L. (2009). Measuring postinjury depression among male and female competitive athletes. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 31, 60-76.
- Armstrong, L. E. & VanHeest, J. L. (2002). The unknown mechanism of the overtraining syndrome: Clues from depression and psychoneuroimmunology. *Sports Medicine*, 32, 185-209.
- Baum, A. (2006). Eating disorders in the male athlete. *Sports Medicine*, 36, 1-6.
- Becker, P., Bös, K., Opper, E., Woll, A. & Wustmanns, A. (1996). Vergleich von Hochgesunden, Normal- und Mindergeunden in gesundheitsrelevanten Variablen (GRV). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4, 55-76.
- Behrendt, S. & Hoyer, J. (2010). Einsatzbereiche ambulanter Psychotherapie bei Substanzstörungen. *Psychotherapeutenjournal*, 9 (1), 4-13.
- Brand, R. Ehrlenspiel, F. & Graf, K. (2009). *Wettkampfangst-Inventar (WAI)*. Bonn: Bundesinstitut für Sportwissenschaften.
- Brand, R. & Schlicht, W. (2008). Sportpsychologische Interventionen in Therapie und Rehabilitation. In J. Beckmann & M. Kellmann (Hrsg.), *Anwendungen der Sportpsychologie* (Enzyklopädie der Psychologie, Serie V, Sportpsychologie, Teil 2, S. 609-665). Göttingen: Hogrefe.
- Breuer, S. & Kleinert, J. (2009). Primäre Sportsucht und bewegungsbezogene Abhängigkeit. In D. Batthyány & A. Pritz (Hrsg.), *Rausch ohne Drogen* (S. 191-218). Wien: Springer.
- Cafri, G., Olivardia, R. & Thompson, J. K. (2008). Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 374-379.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59 (7), 614-625.
- Crichlow, R. J., Andres, P. L., Morrison, S. M., Haley, S. M. & Vrahas, M. S. (2006). Depression in orthopaedic trauma patients. Prevalence and severity. *The*

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HYPNOSE UND HYPNOTHERAPIE (DGH)



HYPNOTHERAPIEWEITERBILDUNG für DiplompsychologInnen, ÄrztInnen

KONSTANZ und WIESBADEN

Referent: Prof. Dr. Walter BONGARTZ
www.hypnose-kikh.de

Beginn des curriculums: Konstanz: 02.10.2010
Wiesbaden: 23.10.2010

**Kursinformationen/
Anmeldung:** K.I.K.H. (Klingenberger Institut für
Klinische Hypnose)
Färberstr. 3A
78467 Konstanz
Fon/Fax: 07531 - 6060350
bongartz@hypnose-kikh.de

COESFELD

Referentin: Dr. Helga HÜSKEN - JANSSEN
www.dgh-hypnose.de

Beginn des curriculums: COESFELD: 03.12.2010

**Kursinformationen/
Anmeldung:** Westfälisches Institut für
Hypnose und Hypnotherapie
Druffelsweg 3
48653 Coesfeld Fon: 02541 - 6500
HHueskenJanssen@aol.com

EMDR-Institut Deutschland

der autorisierte Partner des Instituts
von Francine Shapiro PhD, USA



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

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

EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

23.-25.09.10 + 19.11.10 **Chemnitz**
22.-24.10.10 + 27.11.10 **München**
29.-31.10.10 + 15.01.11 **Bad Bevensen** (bei Lüneburg)
04.-06.11.10 + 03.12.10 **Köln**
11.-13.11.10 + 21.01.11 **Nürnberg**
10.-12.02.11 + 25.03.11 **Köln**
24.-26.02.11 + 02.04.11 **Oberursel** (bei Frankfurt)
25.-27.02.11 + 09.04.11 **Berlin**

Info und Anmeldung:

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

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

- Journal of Bone and Joint Surgery*, 88, 1927-1933.
- Donohue, B., Covassin, T., Lancer, K., Dickens, Y., Miller, A., Hash, A. & Genet, J. (2004). Examination of psychiatric symptoms in student athletes. *Journal of General Psychology*, 131, 29-35.
- Dilloo, R. (2010). Wo die Jugend abfährt. *Die Zeit*, 7, 55.
- Gardner, F. L. & Moore, Z. E. (2006). *Clinical sport psychology*. Champaign: Human Kinetics.
- Glick, I. D., Kamn, R. & Morse, E. (2009). The evolution of sport psychiatry, circa 2009. *Sports Medicine*, 39, 607-613.
- Gordon, S. (1986). Sport psychology and the injured athlete: A cognitive-behavioral approach to injury response and injury rehabilitation. *Sport Science: Periodical on Research and Technology in Sport*, 1, 1-10.
- Guskiewicz, K. M., Marshall, S. W., Bailes, J., McCrea, M., Harding, H. P., Matthews, A. et al. (2007). Recurrent concussion and risk of depression in retired professional football players. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39, 903-909.
- Heil, J. (Ed.). (1993). *Psychology of sport injury*. Champaign: Human Kinetics.
- Kleinert, J. (2002). Causative and protective effects of sport injury trait anxiety on injuries in German university sport. *European Journal of Sport Science*, 2, 1-12.
- Leone, J. E., Sedory, E. J. & Gray, K. A. (2005). Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *Journal of Athletic Training*, 40, 352-359.
- Marahrens, L. & Keil, J.-G. (2004). Trainingsweltmeister – Eine Phänomenanalyse aus der Erlebensperspektive betroffener Leistungssportler. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 11, 112-120.
- Michalak, J., Heidenreich, T. & Hoyer, J. (in press). Goal conflicts and goal integration: Theory, assessment, and clinical implications. In W. M. Cox & E. Klinger (Eds.), *Handbook of motivational counseling: Motivating people for change* (2nd ed.). Chichester: Wiley.
- Morgan, W. P. (1980). The trait psychology controversy. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 51, 50-76.
- Morgan, W. P., O'Connor, P. J., Ellickson, K. A. & Bradley, P. W. (1988). Personality structure, mood states, and performance in elite male distance runners. *International Journal of Sport Psychology*, 19, 247-263.
- Rosentritt, M. (2009). *Sebastian Deisler. Zurück ins Leben*. Hamburg: Edel.
- Sallis, J. F. & Owen, N. (1998). *Physical activity and behavioral medicine*. Thousand Oaks: Sage.
- Schwenk, T. L. (2000). The stigmatisation and denial of mental illness in athletes. *British Journal of Sports Medicine*, 34, 4-5.
- Schneider, N., Bayios, V., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. & Salbach-Andrae, H. (2009). Essstörungen und Leistungssport. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 16, 131-139.
- Storch, E. A., Barlas, M. E., Dent, H. C. & Masia, C. L. (2002). Generalization of social anxiety to sport: An investigation of elementary aged Hispanic children. *Child Study Journal*, 32 (2), 81-88.
- Storch, E. A., Storch, J. B., Killiany, E. M. & Roberti, J. W. (2005). Self-reported psychopathology in athletes: A comparison of intercollegiate student-athletes and non-athletes. *Journal of Sport Behavior*, 28, 86-98.
- Ströhle, A., Höfler, M., Pfister, H., Müller, A. G., Hoyer, J., Wittchen, H. U. et al. (2007). Physical activity and prevalence and incidence of mental disorders in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 37, 1657-1666.
- Süddeutsche.de (2010, 3. April). *Oliver Kahn – Irgendwann war das Rad überdreht*. Interview von M. Kielbassa und C. Kneer. Verfügbar unter: <http://www.sueddeutsche.de/sport/oliver-kahn-irgendwann-war-das-rad-ueberdreht-1.22343> [26.07.2010].
- US Department of Health and Human Services (1996). *Physical activity and health: A report of the Surgeon General*. Atlanta, USA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Weilbach, S. (2007). *Körperbildstörungen bei langjährigen Fitness-Sportlern*. Unveröffentlichte Dissertation. Lübeck: Medizinische Fakultät der Universität.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.



Prof. Dr. Jürgen Hoyer

Technische Universität Dresden
 Institutsambulanz und Tagesklinik für
 Psychotherapie
 Hohe Str. 53
 01187 Dresden
hoyer@psychologie.tu-dresden.de



Univ.-Prof. Dr. Jens Kleinert

Deutsche Sporthochschule Köln
 Abteilung Gesundheit & Sozialpsychologie
 Am Sportpark Müngersdorf 6
 50933 Köln

Körperbilddiagnostik

Sybille Aßmann¹, Ada Borkenhagen², Angela von Arnim³

¹PiA Berliner Akademie für Psychotherapie

²Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

³Praxis für Psychosomatik und Psychotherapie, Berlin

Zusammenfassung: Im nachfolgenden Beitrag sollen die wichtigsten Verfahren zur Körperbilddiagnostik differenziert vorgestellt werden. Anhand einer Einführung in die wichtigsten körperbezogenen Konzepte der psychotherapeutischen Forschung wird erläutert, weshalb neben den in der Diagnostik üblicherweise häufig eingesetzten Fragebogeninstrumenten zur Untersuchung des Körpererlebens zwingend auch wahrnehmungsbasierte Verfahren sowie deskriptiv-beobachtende und projektive Verfahren zum Einsatz kommen sollten. Im historischen Abriss findet sich eine Erklärung für die verwirrende Vielfalt der vorhandenen Diagnoseinstrumente, da sich diese aus der Heterogenität der in der Körperbildforschung herangezogenen theoretischen Modelle ergibt. Der Beitrag gibt zudem einen kurzen Überblick zu den Störungen des Körperbildes im subklinischen und klinischen Bereich sowie den Anwendungsmöglichkeiten der Körperbilddiagnostik in Forschung und Praxis.

1. Einleitung

Der menschliche Körper birgt in sich eine doppelte Bedeutung von „Körper-Sein“ und „Körper-Haben“, da er sowohl Ausgangspunkt als auch Gegenstand der Erfahrung ist (Joraschky, 1983). Das Phänomen des „Körper-Seins“ berührt unsere Identität und regelt wesentliche Aspekte der interpersonalen Bezüge. Das „Körper-Haben“ umfasst dagegen u. a. die Wahrnehmung von eigenen Bewegungen und bestimmten Körperfunktionen. Beide Aspekte können sowohl zu großem Wohlbefinden, als auch zu massiven Einschränkungen der Lebensqualität führen.

Die Ambiguität der menschlichen Körperlichkeit führte dazu, dass sich von jeher unterschiedlichste Fachbereiche (wie Medizin, Psychologie, Neurobiologie, Philosophie, Kulturwissenschaften) mit diesem komplexen Phänomen beschäftigen. Als Resultat finden wir heute eine unüberschaubare Vielfalt von Begriffen und methodischen Zugängen zum Kör-

perbild. In diesem Beitrag sollen, neben einer Einführung in die körperbezogenen Konzepte der psychotherapeutischen Forschung, die wichtigsten Verfahren zur Körperbilddiagnostik vorgestellt werden. Ziel ist es, besonders den klinisch arbeitenden Psychotherapeuten Mut zu machen, die vorgestellten Instrumente einzusetzen und sich dem Phänomen „Körper“ in der therapeutischen Praxis anzunähern.

1.1 Integration des Körpers in die Psychotherapie

Die 1970er bis 1980er Jahre sahen ein explosives Wachstum in der Anwendung körperpsychotherapeutischer Verfahren (Geuter, 2004; Koemeda-Lutz, 2009). Die Mehrheit dieser Verfahren wurde jedoch unzureichend evaluiert und mit der zunehmenden Bedeutung der psychotherapiewissenschaftlichen Forschung in Randbereiche des therapeutischen Wirkens gedrängt (Grawe, 1994). Mittlerweile gibt es zahlreiche Bestrebungen, die Verfahren der Körperpsychotherapie angemessen zu

evaluieren (Loew & Tritt, 2006; von Arnim, Joraschky & Lausberg, 2007; Koemeda-Lutz, 2009), welche diverse Instrumente zur Körperbilddiagnostik hervorbrachten. In Großbritannien gelang unlängst die Aufnahme von Körperpsychotherapie in die Leitlinien zur Behandlung von Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises (Röhricht, 2009, unveröffentlichte Mitteilung). In den letzten Jahren gibt es zunehmende Bestrebungen, innerhalb der OPD eine eigene Achse für das „Körpererleben“ zu entwickeln (Küchenhoff, 1996; von Arnim, Joraschky & Lausberg, 2007; Beschluss der Abschlusskonferenz der Körperbildwerkstatt 2009, unveröffentl. Mitteilung).

Im Vergleich mit anderen Feldern herrscht jedoch ein Mangel bzgl. der Verteilung von Forschungsgeldern, der Stellenwert der Körperpsychotherapie in der aktuellen Forschung ist viel zu gering (Kriz, 2009). Dies steht in keinem Verhältnis zu dem immer breiteren Einsatz von körperbezogenen Interventionen in der Psychotherapie. Tendenzen in der Traumatherapie (Sack, in Druck; Reddemann, 2008) und in der Behandlung somatoformer Störungen (Ronel, Kruse & Gündel, 2007) zeigen, dass diese Krankheitsbilder vor allem Körperbildstörungen sind und deren Geschichte unter diesem Aspekt neu geschrieben werden muss. Ein lobenswerter Ansatz in diese Richtung ist die multizentrische PISO-Studie, hier wird die körperbezogene Lebensqualität von Patienten mit somatoformen Störungen als wesentliches Outcome-Parameter erfasst – die körperwahrnehmungsfocussierte Arbeit am Körperbild ist sogar ein Bestandteil jeder

Therapiestunde (Henningsen/München, Sauer/Heidelberg und Gündel/Hannover).

1.2 Einsatz der Körperbilddiagnostik

Methoden zur Diagnostik des Körpererlebens können zur Therapievorbereitung und Therapiebegleitung sowie zur wissenschaftlichen Evaluation eingesetzt werden. Häufig verwendete Verfahren, wie der Gießener Beschwerdebogen (Brähler, Hinz & Scheer, 2008) und die Symptomcheckliste nach Derogatis (Franke, 2002) prüfen zwar das Vorhandensein körperlicher Symptome, lassen jedoch wesentliche Aspekte des Körperbildkonstruktes unberücksichtigt. Thompson (2004) und Röhrich (2009) wiesen auf die Komplexität und Multidimensionalität des Körperbildes und die sich daraus ergebenden methodischen Konsequenzen hin. So liegt ein häufig auftretender Mangel in der unzureichenden Passung zwischen dem mit einem bestimmten diagnostischen Instrument erfassbaren Daten und den in der Fragestellung behandelten Teilaspekten des Körpererlebens. Die Multidimensionalität des Konstrukts erfordert also den gleichzeitigen Einsatz mehrerer Erhebungsmethoden, wie z. B. Fragebögen und projektive Verfahren, um die komplexen Phänomene der Leiberfahrung annähernd akkurat abbilden zu können. Ebenso sollten immer auch objektive Körpermaße, wie der BMI erhoben werden, um die Vergleichbarkeit innerhalb einer Kohorte zu sichern (Röhrich, 2009).

1.3 In der Praxis

Unserer Einschätzung nach werden spezifische Diagnoseinstrumente zur Erfassung des Körperbildes überwiegend im stationären Bereich und auch dort eher in spezialisierten Einrichtungen systematisch eingesetzt. Gründe hierfür mögen der in Kliniken übliche interdisziplinäre Ansatz und die größere Nähe zur Forschung sein, welche eine schnellere Umsetzung von gesamtgesellschaftlichen Tendenzen, wie im Moment den Trend hin zum Körper, erlaubt. Einige körperpsychotherapeutische Verfahren, die ambulant meist im Nichtkassen-Bereich agieren, entwickelten eigene Diagnoseinventare, wie z. B. die Konzentrierte Bewegungstherapie

den Gruppenerfahrungsbogen für die KBT (GEB-KBT; Seidler, 1995) oder die KBT-Körperwahrnehmungsskalen (Schreiber-Willnow, 2009, unveröff. Mitteilung/Lit. verz.: Vortrag Dresdener Körperbildwerkstatt 2009).

Was den niedergelassenen Bereich betrifft, können wir nur vorsichtige Schätzungen anstellen. Einige der körperbezogen arbeitenden Kollegen haben sicher einen Vorrat an entsprechenden Fragebögen oder anderen Instrumenten, wobei sie vermutlich eher eine Ausnahme darstellen. Organisatorische und zeitliche Zwänge behindern eine fundierte Diagnostik, insbesondere da die Auswertung vieler Verfahren sehr umfangreich ist. Deshalb sollten bei der Entwicklung zukünftiger Instrumente ökonomische Aspekte, insbesondere im Hinblick auf den klinischen Anwendungsbezug, eine größere Rolle spielen. Stünden Auswertungsschablonen oder die Ermittlung einfacher Summenwerte zur Verfügung, fänden körperdiagnostische Verfahren sicher auch im ambulanten Bereich eine größere Verbreitung. Auch die Kooperationsbereitschaft der Entwickler könnte gefragt sein, indem sich diese bspw. zur Auswertung der von niedergelassenen Kollegen erhobenen Daten bereit erklären.

Insgesamt ist eine Eingangs- und Verlaufsdiagnostik des Körperbildes sehr wünschenswert und sollte möglichst schon vor dem ersten Antrag in die Anamneseerhebung integriert werden. Ein Beispiel für ein mögliches Vorgehen in diese Richtung ist Bielefeld (1986), welcher den Begriff der Körperbiographie prägte (siehe Absatz 5.1.1). Eine umfassende Anamneseerhebung sollte lebensgeschichtliche Schwelensituationen bezüglich des Körpererlebens berücksichtigen, bspw. Berichte über die Pränatalzeit und den Geburtsverlauf, die Baby- und Kleinkindzeit oder das Körpererleben in der Adoleszenz, bis hin zu den Erfahrungen der Mütter und auch der Großmütter in deren eigener frühester Lebenszeit. Ebenso sollten Erfahrungen von Ausgrenztheit oder dem miterlebten Leid von Angehörigen erfragt werden. Insbesondere durch projektive Verfahren kann eine Hellhörigkeit des Therapeuten für mit den individuellen Körperzonen verbundene Beschämungsgeschichten, nicht

berührte Körperzonen oder Überidentifikationen mit dem Schmerz eines Angehörigen in einer Körperregion geschaffen bzw. intensiviert werden.

2. Historischer Abriss

2.1 Pioniere der Körperbildforschung

Freud hatte bereits 1905 geschrieben: „Das Ich ist vor allem ein körperliches. Es ist nicht nur ein Oberflächenwesen, sondern selbst die Projektion einer Oberfläche“ (S. 169). Freud orientierte sich in seinen Ausführungen zur oralen, analen und genitalen Phase an körperlichen Zonen als Lokalisationen spezifischer Triebbedürfnisse (Joraschky, 1983; Kutter, 2009). Der Neurologe und Psychiater Arnold Pick (1908) prägte den Begriff des Körperschemas, worunter er die Orientierung am eigenen Körper anhand taktiler und kinästhetischer Empfindungen verstand. Der englische Neurologe Henry Head (1920) entwickelte auf der Grundlage zahlreicher Selbstexperimente ein neurophysiologisches Modell des Körperschemas. Fast gleichzeitig beschrieb der Physiologe (und Nobelpreisträger) Charles Scott Sherrington (1906) den Vorgang der Rückmeldung des Körpers im Sinne der körperlichen Selbst-Wahrnehmung als Propriozeption (von lat. „das Eigene in Besitz nehmen“) und postulierte damit die physiologische Grundlage für das Gefühl, lebendig zu sein. (Übrigens griff der Neuropsychologe Oliver Sacks viel später auf dieses Konzept zurück und machte es in seinen populären wissenschaftlichen Essays und Fallgeschichten breiter bekannt, z. B. „Die körperlose Frau“ oder, autobiographisch, „Der Tag an dem mein Bein fortging“, 1989).

Der Wiener Psychoanalytiker Paul Schilder (1950) führte in seinem Konzept des Körperbildes erstmalig den Bezug zur subjektiven Erlebniswelt ein und entwarf eine umfassende Theorie des Körpererlebens. Allerdings unternahm Schilder keine Anstrengungen einer definitorischen Abgrenzung, sodass in der Folge die Begriffe Körperschema und Körperbild überwiegend überlappend verwendet wurden (Röhrich, 2009).

2.2 Psychosomatische Medizin

Thure von Uexküll legte in den 1950er Jahren mit seinen konstruktivistisch-systemisch-semiotischen Ansätzen den Grundstein für das Theoriegebäude der modernen psychosomatischen Medizin (1994). Bekannt geworden ist sein in seinem Lehrbuch „Psychosomatische Medizin“ dargelegtes Modell des „Funktionskreises“ und des „Situationskreises“ als Beschreibung der Beziehung zwischen Organismus und Umwelt. Auch Viktor v. Weizsäcker war ein Pionier für die Etablierung nichtlinearer Modelle für die Körperbildforschung. In seinem „Gestaltkreis“ (1947) betonte er ebenso wie v. Uexküll, dass Wahrnehmen und Bewegen in Bezug auf die Entstehung des Körperbildes zusammengehören.

2.3 Body-Cathexis

Die Psychologen Secord und Jourard (1953) legten ihren Fokus eher auf die körperbezogene Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit und nannten dieses Konzept „Body Cathexis“. Sie wirkten damit katalytisch

für die Betrachtung des Körperbildes aus Perspektive der sozialpsychologischen, interkulturellen und Genderforschung (Kreikebaum, 1999). Das Konzept der Körperzufriedenheit erwies sich im klinischen Bereich als zuverlässiger Prädiktor für Körperbild- bzw. Essstörungen.

2.4 Erste Debatten zur Wahl der Untersuchungsmethode

Als weitere bedeutende Vorreiter der Körperbildforschung sind Fisher und Cleveland (1968) zu nennen, welche aus der psychoanalytischen Perspektive und überwiegend mit projektiven Methoden das Konstrukt der Körpergrenze („body image barrier“) als eine stabile Komponente des Körperbildes entwickelten. Pruzinsky und Cash (2004) betrachten den reichen konzeptuellen und experimentellen Fundus der Arbeit Fishers aus heutiger Sicht als unterschätzt, was sie auf den steigenden Einfluss des kognitiv-behavioralen Paradigmas in Psychologie und Medizin und ein nachlassendes In-

teresse an projektiven Untersuchungsmethoden zurückführen.

Shontz (1969) forderte den Einsatz multidimensionaler Verfahren, was zu diesem Zeitpunkt hieß, die Methodik der projektiven Verfahren Fishers zu erweitern (Pruzinsky & Cash, 2004). Dies führte zur Entwicklung zahlreicher Selbsteinschätzungsinstrumente zur Erfassung der bewusst zugänglichen kognitiven und affektiven Dimensionen des Körperbildes. Die Verwendung multidimensionaler Instrumente wird auch von aktuellen Vertretern der Körperbildforschung (Thompson, 2004; Pruzinsky & Cash, 2004; Röhrich, 2009) vehement eingefordert. Derzeit muss wiederum zur erneuten Beschäftigung mit projektiven Methoden sowie wahrnehmungsbasierten und Fremdeinschätzungsinstrumenten aufgerufen werden. Diese werden aufgrund methodischer Einschränkungen zunehmend weniger genutzt, bieten dafür jedoch den unschätzbaren Vorteil der Abbildung von implizitem, präsymbolischem Material.

Aktuelle Seminarreihen



**Psychotherapie-Supervision (DGVT) -
Berufsbegleitend mit
psychotherapeutischem Schwerpunkt**
Start: 16. – 17. Oktober 2010 + 10 weitere Blöcke
Ort: Institut München, Candidplatz 9

**Lerntherapie mit Kindern und Jugendlichen
bei Lern-Leistungsstörungen**
Start: 11. – 12. Dezember 2010 + 2 weitere Termine
Ort: Institut Bottrop, Möddericher Straße 58

**Traumatherapie (DGVT) - Integrativer Ansatz in der
Behandlung schwer verletzter Menschen**
Start: 15. – 16. Januar 2011 + 5 weitere Blöcke
Ort: Institut München, Candidplatz 9

www.afp-info.de

Die Akademie für Fortbildung ist eine Einrichtung der Deutschen
Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.



Universität Zürich

Master of Advanced Studies in Psychotraumatology

Zweijährige, berufsbegleitende therapeutische Weiterbildung der Universität Zürich für psychotherapeutisch Tätige.

- Fundiertes **Grundlagenwissen** in Psychotraumatologie
- **Diagnostik** von traumabedingten spezifischen und unspezifischen psychoreaktiven Störungen, Indikationsstellung.
- **Spezielle Psychotraumatologie:** Trauma und Folgen bei Kindern, Trauma und Migration.
- **Vermittlung verschiedener evidenzbasierter traumatherapeutischer Verfahren**, zudem Verfahren bei komplexen PTBS, durch international anerkannte Kapazitäten: Narrative Exposure Therapy (NET), Prolongued Exposure Therapy (PE), Cognitive Processing Therapy (CPT), Brief Eclectic Psychotherapy (BEP).

Das methodische Konzept des „Blended Learning“ ermöglicht, sich einen Teil der Inhalte orts- und zeitunabhängig anzueignen

Leitung: Prof. Dr. med. Ulrich Schnyder

Datum: 22. Oktober 2010 – September 2012

Ort: Zürich

Abschluss: Master of Advanced Studies UZH in Psychotraumatology

Weitere Informationen: Cecilia Greber, Sekretariat MAS PT,
Psychiatrische Poliklinik USZ, Culmannstrasse 8, CH-8091
Zürich, +41 (0)44 255 88 69

www.mas-psychotraumatology.uzh.ch

2.5 Kognitiv-behaviorale Ansätze und Informationsverarbeitungsverfahren

Franklin Shontz (1969) führte die Perspektive der Informationsverarbeitung in die Körperbildforschung ein. Er entwarf eine Klassifikation der verschiedenen Konzepte mit dem übergeordneten Konstrukt der Körpererfahrung („Body Experience“). Cash (2004) beschreibt ein Modell zur lerntheoretischen Entwicklung des Körpererlebens, welches von informationstheoretischen Überlegungen beeinflusst ist. Darin wird dargestellt, auf welche Weise historische Einflüsse (wie kulturelle Sozialisation) oder aktuelle Lebenseinflüsse grundlegende Körperbildeinstellungen installieren und bestimmte selbstregulierende Handlungen (z. B. Diäten) auslösen.

2.6 Rasante Forschungstätigkeit

Mit Hilde Bruch als Pionierin (1973) begann in den folgenden Jahrzehnten eine intensive Forschungstätigkeit zur Störung von Körperschema und Körperbild im Rahmen von Essstörungen und damit verbunden ein ausgeprägtes Wachstum körperbezogener therapeutischer Anwendungen. Die 1970er bis 1990er Jahre brachten ebenfalls eine Fülle neu entwickelter Verfahren zur Körperbilddiagnostik und eine Erweiterung der Forschung zum Körpererleben im Zusammenhang mit diversen psychischen Störungen, welche zuvor von der Untersuchung von Essstörungen dominiert war. 1983 unternahm Joraschky einen umfassenden Versuch, die Fülle der bis dahin vorliegende Literatur zum Körperbild störungsübergreifend zu sichten und zusammenzufassen, indem er Einflüsse aus Neurologie, Phänomenologie und Psychoanalyse zusammentrug.

2.7 Bindungs- und empirische Säuglingsforschung

Der wesentliche Einfluss von frühkindlichen Erfahrungen und deren primär vorsprachliche Genese auf der Basis des Körpererlebens wird durch die Konzepte der Bindungsforschung (Ainsworth, 1978; Köhler, 1998; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002) und der empirischen Säuglingsforschung (Müller-Braunschweig,

1980; Lichtenberg, 1991; Stern, 2003; Dornes, 2004) demonstriert. Die genannten Konzepte verdeutlichen die basale Funktion der Intersubjektivität für die Konstituierung der körperbezogenen Ich-Strukturen und des Selbst. Ein weiterer Aspekt ergibt sich durch Untersuchungen, welche die transgenerationale Übertragung von Bindungsmustern postulieren (Köhler, 1998).

Für therapeutisch Arbeitende bedeutet dies, dass Patienten selbstverständlich ihre frühen Bindungserfahrungen und Beziehungswünsche in die therapeutische Übertragungsbeziehung mit einbringen. Da diese primär in einer Entwicklungsphase konstituiert wurden, in der die zerebralen Strukturen des expliziten Gedächtnisses noch nicht ausgereift waren, geschieht dies eher in Form von szenischen „Enactments“, also Kommunikation über körperliche Zeichen, als durch sprachliche Symbolisierungen. Hier wird die Bedeutung einer angemessenen Methodik der Körperbilddiagnostik deutlich, welche die averbalen Botschaften der Patienten adäquat erfassen und nutzen kann.

2.8 Neurobiologie

Unterstützung bekommt der transgenerationale Ansatz durch neurobiologische Studien (Meany, 2001), welche bestätigen, dass mangelnde Qualität in der mütterlichen Fürsorge wiederum das mütterliche Verhalten der inzwischen erwachsenen Kindergenerationen gegenüber ihren eigenen Kindern, also insgesamt gegenüber den Folgegenerationen negativ beeinflusst. Neurobiologische Untersuchungen zeigen auch, dass Empathie in hohem Maße ein verkörperter Vorgang ist (Gallese & Goldman, 1998; Beebe & Lachman, 2002; Singer, 2006). Untersuchungen von Eisenberger und Liebermann (2004) illustrieren die enge neurobiologische Verknüpfung von physischem Schmerz und dem Schmerz, welcher bei sozialer Isolierung erlebt wird.

Auch hier ergeben sich Konsequenzen für den Einsatz von Körperbilddiagnostik. Um zu erfassen, welche körperbildbezogenen Parameter sich im Vergleich zu den neurobiologischen Korrelaten ändern, sind adäquate Verlaufsinstrumente erforderlich.

3. Begriffsklärung

Die Vielfalt der theoretischen Zugänge zum Thema der Körperlichkeit führte zu einer „babylonischen Sprachverwirrung“ (Meermann, 1985), die bis heute zu finden ist. Eine aus der jährlichen Dresdner Körperbildwerkstatt entstandene Arbeitsgruppe von forschend und klinisch mit dem Körpererleben befassten Experten verabschiedete 2005 ein Konsensuspapier, welches zu einer Begriffsklärung beitragen sollte (Röhricht et al.). Die Arbeitsgruppe schlug „Körpererleben“ als globalen Oberbegriff vor, welcher alle den Körper betreffenden perceptiven, kognitiven, emotionalen und motorischen Aspekte umfasst. Unserem Eindruck nach wird jedoch in der deutsch- und englischsprachigen Forschungslandschaft weiterhin überwiegend der Begriff „Körperbild“ (body image) als Oberbegriff verwendet. An dieser Stelle sollen kurz drei Definitionen vorgestellt werden, welche von v. Arnim, Joraschky und Lausberg (2007, S. 165-166) übernommen wurden:

- Unter Körperschema versteht man relativ zielsichere Bewegungsschemata, durch die es uns möglich ist, die räumliche Einschätzung des Körpers, Orientierung und Bewegung im Raum auf stabile und verlässliche Standards zu beziehen.
- Dem gegenüber beschreibt das Körperbild den subjektiv phänomenalen Funktionsbereich, alle körperbezogenen Vorstellungen und Gefühle, die in unterschiedlichem Maß bewusstseinsfähig sind (Dolto, 1987).
- Unter dem psychoanalytischen Konstrukt des Körper-Selbst als Teil des Selbst-Konzeptes werden „unbewusste Überzeugungen, Vorstellungen, Gefühle und Phantasien über den Körper“ subsumiert.

4. Beeinträchtigungen und Störungen des Körperbildes

4.1 Subklinischer Bereich

Das Körpererleben kann im subklinischen oder klinischen Bereich eingeschränkt sein

(Daszkowski, 2003). Cash (2004) spricht bezüglich des subklinischen Bereichs von „Negative Body Image“, welcher häufig mit Körperunzufriedenheit (body image dissatisfaction) hinsichtlich bestimmter physischer Merkmale gleichgesetzt wird. Der „Situational Inventory of Body-Image Dysphoria“ (SIBID; Cash, 1994) erfasst negatives Körpererleben in diversen Alltagssituationen, wie Körperpflege, Intimität oder Nahrungsaufnahme. Die Einschränkung des Körpererlebens bei nichtklinischen Populationen wird häufig als gesellschaftlich-kulturell vermitteltes Phänomen verstanden. Insbesondere in den Industriestaaten ist der Alltag von streng normierten Körperleitbildern geprägt, welche die normale biologische Variabilität des menschlichen Körpers nicht berücksichtigen. Die durch die Medien vermittelten Körperideale überformen somit die biologischen Aspekte, was durch den beständigen Vergleich mit den nicht erreichbaren Idealen zu einer Destabilisierung des Selbstwertes führen kann (Daszkowski, 2003).

Trotz methodischer Mängel und teils inkonsistenter Befunde in den diesbezüglichen Untersuchungen zeichnet sich bei Frauen und Männern in den letzten Dekaden eine wachsende Körperunzufriedenheit ab, wobei diese bei den Frauen stärker ausgeprägt ist. Als problematisch wird von den Frauen überwiegend ihr als zu hoch eingeschätztes Gewicht empfunden, Männer bemängeln an sich hingegen unzureichende Muskularität (Übersicht in: Cash, 2004; Daszkowski, 2003; Kreikebaum, 1999). Nach der Feministin McKinley (2004) schaffen die Medienkörperideale in westlichen Gesellschaften den Kontext für spezifische Körpererfahrungen, in denen Frauen als Objekte betrachtet werden, deren Wert sich nach der Anpassungsleistung an den aktuellen kulturellen Standart bemisst. McKinley und Hyde (1996) entwickelten die Objectified Body Consciousness Scale (OBCS) mit den drei Subskalen „Körperüberwachung“, „Körperscham“ und „Kontrollüberzeugungen“. Pöhlmann und Joraschky (2006) beschäftigen sich mit dem aktuellen Phänomen der zunehmenden Gestaltbarkeit des Körpers und der aktiven Nutzung des Körpers als Identitätskomponente. Die Interaktionen von entsprechenden Phänomenen wie Tattoos,

Piercings, Enthaarungspraktiken oder Intimchirurgie mit dem Körperbild finden ein zunehmendes Forschungsinteresse (Stirn, 2004; Borkenhagen et al., 2008; Borkenhagen et al., 2009).

4.2 Klinische Störungen des Körperbildes

Diverse Autoren versuchten sich an einer Klassifizierung von Störungen des Körpererlebens im klinischen Bereich (Shontz, 1969; Lacey & Birtchell, 1986; Thompson, 1990). An dieser Stelle sollen nur die für den klinischen Alltag wesentlichen Störungen des Körpererlebens kurz aufgezählt werden. Der Bekanntheitsgrad der jeweiligen Störungen unterliegt dabei dem Zeitgeist. So gab es die frühesten Beschäftigungen mit dem Körper in der Psychotherapie im Rahmen von Konversionsphänomenen bei hysterischen Erkrankungen, welche Mechthilde Küttemeyer (2008) aus heutiger Sicht als (traumatisch bedingte) dissoziative Störungen bezeichnet. Zu den psychischen Störungen, bei denen das Körpererleben wesentlich beeinträchtigt ist, gehören in klassischer Weise die Essstörungen, die somatoformen einschließlich der hypochondrischen, körperdysmorphen Störungen und die Schmerzstörungen, Störungen der Sexualität sowie die Organkrankheiten mit psychosomatischer Komponente. Am systematischsten wurden in den letzten Dekaden die Essstörungen erforscht (Übersicht in Cash & Deagle, 1997; Kreikebaum, 1999; Daszkowski, 2003). In den letzten Jahren begann ein vermehrtes Interesse an der Rolle des Körpers bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Bohus & Wolf, 2009, körperbezogene Elemente in der DBT), Traumafolgestörungen (Nyenhuys et al., 1998; Schäfer & v. Arnim, 2009), sowie schizophrenen Erkrankungen (Röhricht, 2009; Pruzinsky, 2004) und psychosomatischen Erkrankungen (Henningsson, 2003). Ein weiterer neuer Forschungsschwerpunkt liegt in der Untersuchung der psychosozialen Körperkomponenten bei schweren körperlichen Erkrankungen wie AIDS (Chapman, 2004) und onkologischen Krankheiten (White, 2004) oder nach chirurgischen Eingriffen (Borkenhagen et al., 2007). Derzeit läuft unter der Leitung von Ada Borkenhagen ein multizentrisches Forschungsprojekt zum subjektiven Körperbild nach physi-

Neue Bücher für Psychotherapeuten



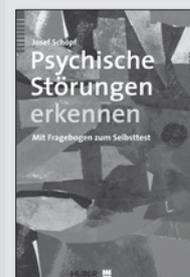
2010. 285 S., Kt
€ 26,95 /
CHF 39,90
ISBN 978-3-456-84840-2

John C. Norcross / James D. Guy, Jr.

Lassen Sie es in Ihrer Praxis

Wie Psychotherapeuten für sich selbst sorgen können

Lebendig und packend geschrieben, ist dieses Buch eine wertvolle Quelle zur Selbstfürsorge für Fachleute und Studierende.



2010. Buch
inkl. Fragebogen
174 S., Kt
€ 19,95 /
CHF 29,90
ISBN 978-3-456-84841-9

Josef Schöpf

Psychische Störungen erkennen

Mit Fragebogen zum Selbsttest

Wie erkenne ich eine psychische Störung? Was kann ich dagegen tun? Das vorliegende Buch mit Fragebogen kann ein wichtiger Einstieg in ein neues Leben sein.

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

HUBER



schen und psychischen Traumatisierungen.

5. Ausgewählte Verfahren zur Körperbilddiagnostik

Die Vielfalt der konzeptionellen Zugänge zum Körpererleben, von denen einige zuvor exemplarisch vorgestellt wurden, brachte eine der Komplexität des Konstrukts angemessene Fülle von verschiedenen diagnostischen Instrumenten mit sich. Shontz (1969) erste Differenzierung zwischen dem neurophysiologisch-wahrnehmungpsychologischen Körperschema und der persönlichkeitsorientierten Körpererfahrung legte einen ersten Grundstein für die Klassifikation der zahlreichen methodischen Zugänge zum Körperbild. Seither versuchten sich weitere Autoren in einer Einteilung der Diagnoseverfahren (Thompson et al., 1990; Röhrich, 2009). Für die folgende kurze Darstellung der wichtigsten Verfahren der Körperbilddiagnostik soll die Systematisierung von Röhrich (2009) nach dem Modus der Untersuchungstechnik übernommen werden.

5.1 Verbale Verfahren

Bezüglich der verbalen Erfahrungen können Interviewverfahren von Fragebögenverfahren unterschieden werden. Mittels Fragebögen können spezifische kognitive Aspekte des Körperbildes umfassend und ökonomisch erfasst werden. Individuelle Besonderheiten im Bezug zur Lebensgeschichte können hingegen nur durch Interviews erfragt werden.

5.1.1 Interviewverfahren

Bielefeld (1986) und auch Wiedemann (1995) befassen sich intensiv mit dem narrativen Zugang zum Körperbild. Wiedemann (1995) differenziert anhand der erfragten Zeitspanne drei Arten der körperbiographischen Befragung. Das szenische Körpererleben bezieht sich auf Mikroprozesse der haltungs- und gestischen Gesprächsgestaltung des Patienten. Episodische Körpergeschichten behandeln Längsschnitte unterhalb biographischer Zeitspannen, wie z. B. missglückte Hand-

lungssituationen. Die Körperbiographie befasst sich schließlich mit biographischen Längsschnitten über die gesamte Entwicklung des Patienten hinweg. Hierzu gehören die frühkindliche Sexualentwicklung (analog zu Freud), sie beinhaltet auch die Erzählungen der Angehörigen über die Schwangerschaft und die Baby- und Kleinkindzeit („immer den Grießbrei ausgespuckt“). Solcherlei Anekdoten berichten viel über die frühe Beziehungsgestaltung des und den Umgang mit dem Patienten. Weiterhin gehören zur Körperbiographie gelungene oder misslungene Schwellen- und Schlüsselerfahrungen (laufen, schwimmen, Fahrrad fahren, erste sexuelle Erfahrungen usw.), ebenso wie spezifische Krankheitserfahrungen. Mit dem Prinzip der maximalen Kontrastierung kann der problematische Umgang mit dem Körper erfragt werden, d. h. welche Erfahrungen waren maximal schwierig, welche dagegen maximal unproblematisch. Weiterhin sollten die Strategien des Patienten zum Umgang mit bestimmten Körpererfahrungen erfasst werden (z. B. Hunger unterdrücken, selbst induziertes Erbrechen usw.), die ihren Anfang bereits in der Säuglingszeit als Strategien zur Erfüllung von Bindungswünschen haben (Downing, 2003).

5.1.2 Fragebögen

Die hier im folgenden vorgestellten psychometrischen Selbstbeurteilungsverfahren erfassen explizite Merkmale, die leicht mittels Selbsteinschätzung erhoben werden können oder die generell nur der Selbstbeobachtung zugänglich sind, wie subjektive Beschwerden, oder bestimmte Einstellungen (Schumacher & Brähler, 2005). Für unsere Zwecke soll eine Konzentration auf die häufig verwendeten deutschsprachigen Instrumente genügen. Eine Gesamtübersicht einschließlich anglo-amerikanischer Erhebungsinstrumente findet sich bei Thompson (1990), Cash und Pruzinsky (2004) oder Röhrich (2009). Die im Folgenden vorgestellten Verfahren erheben situationsübergreifende, stabile Merkmale des Körpererlebens (Trait-Maße).

■ **Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek; Strauß & Richter-Appelt, 1996)**

Mit dem FBek werden kognitive Aspekte des Körpererlebens erfasst. 52 Items können wahlweise auf drei oder vier Skalen ausgewertet werden. Die Drei-Skalen-Version bildet die Dimensionen „Unsicherheit/Missemppfindungen“, „Attraktivität/Selbstvertrauen“ und „Akzentuierung des Körpers/Sensibilität“ ab. Die Vier-Skalen-Version unterscheidet zwischen „Körperliche Attraktivität und Selbstvertrauen“, „Akzentuierung des körperlichen Erscheinungsbildes“, „Unsicherheiten und Besorgnis im Zusammenhang mit dem Äußeren“ und „Körperliche Reaktionen und körperlich-sexuelles Missemppfinden“. Es liegen Normierungen für diverse klinische Stichproben vor, ebenso wie die Validierung an einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe (Brähler et al., 2000).

■ **Fragebogen zum Körperbild (FKB-20; Clement & Löwe, 1996)**

Dieser mit 20 Items recht ökonomische Fragebogen besteht aus zwei Skalen und hat das Ziel, die subjektiven Aspekte der Körperlichkeit und von Körperbildstörungen zu erfassen. Unter Körperbild verstehen die Autoren die zeitstabilen kognitiven, affektiven und bewertenden Aspekte des körperlichen Selbstkonzeptes. Die Skala „Ablehnende Körperbewertung“ behandelt die Beurteilung der äußeren Körpererscheinung, das Gefühl der Stimmigkeit sowie das Wohlbefinden im eigenen Körper. Die Skala „Vitale Körperdynamik“ erfasst die wahrgenommene Kraft, Gesundheit und Fitness des Körpers. Die beiden mit dem FKB-20 erfassten Dimensionen des Körperbildes wurden kürzlich an einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe bestätigt und normiert (Albani et al., 2006).

■ **Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS; Deusinger, 1998)**

Mit den Frankfurter Körperkonzeptskalen soll das körperbezogene Selbstkonzept einer Person erfasst werden. Das Instrument besteht aus 64 Items, welche 9 Skalen zugeordnet sind: 1. Gesundheit und körperliches Befinden, 2. Pflege des Körpers und der äußeren Erscheinung, 3. Körperliche Effizienz, 4. Körperkontakt, 5. Sexualität, 6.

Selbstakzeptanz des Körpers, 7. Akzeptanz des Körpers durch andere, 8. Aspekte der äußeren Erscheinung und 9. Dissimilatorische Körperprozesse. Aus den einzelnen Skalen kann ein Gesamtwert für das Körperkonzept errechnet werden. Die Differenzierung zwischen negativen, positiven und neutralen Körperkonzepten ist möglich.

■ **Dresdner Körperbildfragebogen (DKB-35; Pöhlmann, Thiel & Joraschky, 2008)**

Der DKB-35 entstand mit dem Ziel, auf empirischem Weg gemeinsame Körperbilddimensionen aus den bestehenden Verfahren zu extrahieren und einen ökonomischen, mehrdimensionalen Fragebogen zu entwickeln. Er vereinigt somit ökonomisch die Vorteile der bereits existierenden deutschsprachigen Instrumente und ist um die Komponente des sexuellen Erlebens erweitert. Auf Grundlage des Itempools der häufig eingesetzten deutschsprachigen Fragebögen (FKB-20, FBek und FKKS) wurden fünf voneinander unabhängige Faktoren mit insgesamt 35 Items gebildet. Der DKB erfasst folgende Dimensionen: 1. Vitalität, 2. Selbstakzeptanz, 3. Körperkontakt, 4. Sexuelle Erfüllung und 5. Selbstaufwertung. Das Verfahren kann zwischen normal- und übergewichtigen Personen, Anorektikerinnen, psychosomatischen Patienten und Gesunden differenzieren.

■ **Körper-Grid-Technik (Borkenhagen & Klapp, 2009)**

Diese Methode steht in der Tradition des phänomenologischen Untersuchungsansatzes der Repertory-Grid-Technik (Kelly, 1955). Der Körper-Grid entstand, um die Nachteile von herkömmlichen Fragebögen i. S. der Ausblendung der ideographischen Aspekte des Körpererlebens (Wiedemann, 1986; vgl. Borkenhagen & Klapp) zu vermeiden. Mit dem Körper-Grid lassen sich aus den subjektiven Selbstbeschreibungen der Probanden die zentralen kognitiven Dimensionen des Körpererlebens erheben. Zudem erlaubt der Körper-Grid Aussagen über die Struktur der Körper-Selbst-Präsentanz (Körperselbstbild). Das Instrument ist gendersensitiv, da es affektive und geschlechtsgebundene Aspekte des Körpererlebens erfasst.

5.2 Zustandsorientierte Maße des Körperbildes

Unter State- oder Zustandsanteilen des Körpererlebens versteht man kontextabhängige Einstellungen zum eigenen Körper, die sich situations- und therapiespezifisch verändern können (Pöhlmann et al., 2008). Bis dato wurden nur im englischen Sprachraum entsprechende Verfahren entwickelt, wie z. B. die Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale (PAS-TAS; Reed, Thompson, Brannick & Sacco, 1991) oder das Situational Inventory of Body Image Dysphoria (SIBID; Cash, 1994). Eine Übersicht dieser Verfahren findet sich in Cash (2004) und Röhricht (2009). Auch in der Sportwissenschaft werden zustandsabhängige Diagnoseinstrumente im Rahmen der sog. Embodimentforschung entwickelt.

5.3 Perzeptive Verfahren

Diese Verfahren haben das Ziel, die neurologisch vermittelten Wahrnehmungskomponenten des Körperschemas zu erheben und finden traditionell eine breite Anwendung in der Diagnostik von Essstörungen. Röhricht (2009) differenziert lineare Methoden von konfiguralen Verfahren. Zu den linearen Methoden gehören bspw. das Image Marking-Verfahren (Askevold, 1975) oder die Body Image Screening Scale (BISS; Fichter & Meermann, 1981). Diesen Ansätzen ist gemein, dass die Probanden Schätzmaße bezüglich ihrer Körperwahrnehmung (z. B. Körperumfang, Hüftbreite) auf Messinstrumente (z. B. Zentimetermaß) übertragen.

Zu den konfiguralen Verfahren gehören Silhouettentechniken sowie Video- und Spiegelverzerrverfahren. Die Probanden haben die Aufgabe, die vorgegebenen Bilder bestmöglich an die Wahrnehmung ihres eigenen Körpers anzugleichen. Die letzten Jahre sahen einen rapiden Zuwachs an computergestützten Verfahren zur Diagnostik des Körpererlebens, z. B. digitale Körperverzerrungsexperimente („body morphing“). Ein Beispiel für die Kombination von wahrnehmungsbasierten Ganzkörpermethoden (wie der Colour-A-Person-Test; Wooley & Roll, 1991) und von Selbsteinschätzungsverfahren (z. B. Body-Cathexis-Skale, BCS; Secord & Jourard,

MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN

Rechtsanwältinnen
Rechtsanwälte · Notare

NUMERUS CLAUSUS PROBLEME?

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

außerdem: ZVS-Anträge
Auswahlgespräche · BAFÖG
Härtefälle · Prüfungsrecht

Wir haben die
Erfahrung.

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



HAKOMI®
Erfahrungsorientierte
Körperpsychotherapie

HAKOMI

Achtsamkeit – Schlüssel zum Unbewussten

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

3-jährige HAKOMI Fortbildung

**Einführungsworkshops in die
HAKOMI Methode (Processings)**

**Praxisnahe, körperorientierte
Weiterbildungsangebote**

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

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

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

1953) ist der Digitale Körperfoto-Test (DKFT; Borkenhagen et al., 2007). Für eine umfangreiche Übersicht der bestehenden Verfahren verweisen wir auf Röhrich (2009).

5.4 Deskriptiv-beobachtende Verfahren

Hier wird das Bewegungsverhalten, der Körperausdruck oder anderes körperbezogenes Verhalten durch Fremdeinschätzung erhoben. Diese Verfahren sind selten außerhalb der traditionell bewegungsorientierten Disziplinen, wie Tanz-, Bewegungs- und Physiotherapie oder den Sportwissenschaften, zu finden. Thompson und Berg (2004) sehen als Ursache hierfür die überwiegend intrapsychische Natur der Körpererfahrung. Ergänzend ließe sich anmerken, dass die intrapsychischen Phänomene das primäre Interesse der Psychologie und psychologischen Medizin darstellen, da die Entschlüsselung des Körperausdrucks nur schwer operationalisierbar ist. Lausberg (1997) entwickelt ein Instrument, durch welches sich Cluster von spezifischem Bewegungsverhalten und psychische Störungen zuordnen lassen. Beispielsweise findet sich bei psychosomatischen Patienten u. a. ein gebundener Bewegungsfluss und eine kleinere Bewegungsfläche.

■ BewegungsAnalyse Skalen und Test (BAST; Lausberg, 1997)

Dieses Instrument umfasst Bewegungsaufgaben und Skalen zur Analyse des Bewegungsverhaltens. Der zweiteilige, zehninütige Bewegungsdiagnostest besteht aus strukturierten Bewegungsaufgaben, die bestimmte Bewegungsfähigkeiten gezielt überprüfen und gut zwischen Individuen differenzieren sowie Improvisationsaufgaben, bei denen das spontane, individuelle Bewegungsverhalten einer Person erfassbar wird. Die Analyse des Bewegungsverhaltens erfolgt mit operationalisierten Skalen, die z. T. auf der Laban Bewegungsanalyse basieren (Laban, 1988). Insbesondere für Forschungszwecke wurde für die Anwendung der Skalen mit der Annotationssoftware ELAN ein BAST-Template entwickelt

(<http://www.lat-mpi.eu/tools/elan/thirdparty>).

5.5 Projektive Verfahren

In die Klasse der projektiven Verfahren gehören Formdeuteverfahren, verbalthematische Verfahren und zeichnerische und Gestaltungsverfahren. Es wird angenommen, dass die Innenwelt einer Person (eigene Wünsche, Bedürfnisse oder Konflikte) auf die Außenwelt (andere Personen, Objekte) projiziert wird (Schumacher & Brähler, 2005). Als günstig für diesen Übertragungsprozess hat sich die relative Ambiguität der verwendeten Stimuli erwiesen, da diese unbewusste Aspekte der Persönlichkeit freisetzen können. Radika und Hayslip (2004) betonen das besondere Potential projektiver Methoden, die Abwehr eines Probanden herabzusetzen und damit an einzigartige Informationen zu gelangen. Die Komponenten des psychoanalytischen Körper selbstkonstrukts, wie unbewusste Beziehungswünsche, Interaktionsmuster und Körperzustände, sind durch strukturierte und objektivierte Messverfahren nicht zu erheben. Auch die ursprüngliche Entwicklung des Körperbildes in der präverbalen Phase begünstigt die nonverbale Vermittlung körperrelevanter Informationen und erschwert insbesondere in einigen Patientengruppen (z. B. bei psychosomatischen Störungen) die sprachliche Symbolisierungsfähigkeit. Trotz der rekurrenten Beschreibung methodischer Einschränkungen in Form von mangelnder Konstruktvalidität und Re-Test-Reliabilität hebt Röhrich (2009) die besondere Bedeutung projektiver Methoden insbesondere im Rahmen klinischer Fragestellungen hervor.

Frühe Beispiele projektiver Verfahren der Körperbilddiagnostik sind der Draw-a-Person-Test (DAP; Machover, 1949) und der Holtzman-Inkblot-Test (HIT; Holtzman, 1961). Wegen der unkomplizierten Durchführung und dem geringen Zeitaufwand gehört der Körperbildmaltest (Colour-a-Person-Dissatisfaction-Test, CAPT; Wooley & Roll, 1991; Körperbildmaltest; Breitenöder-Wehrung et al., 1998) klinisch zu den am häufigsten verwendeten Instrumenten. An dieser Stelle soll exemplarisch der Kör-

perbildskulpturtest (KST; Joraschky, 1998; v. Arnim, 2009) vorgestellt werden.

5.5.1 Körperbildskulpturtest (KST; Joraschky, 1998; v. Arnim, 2009)

Beim Körperbildskulpturtest handelt es sich um ein dreidimensionales projektives Verfahren zur Erfassung des Körperbildes. Der Proband macht sowohl taktile als auch propriozeptive Erfahrungen, da mit geschlossenen Augen aus Ton eine menschliche Figur modelliert wird. Mit dem Ausschluss der visuellen Komponente wird die Abbildung des unbewussten Körpererlebens gefördert und die Orientierung an kulturabhängigen, ästhetischen Maßstäben verringert. Über das freie und spontan geschaffene Werk wird es dem Probanden ermöglicht, Empfindungen und Konflikte nonverbal auszudrücken. Das Verfahren wurde erstmals von der Eutonie-Pädagogin Gerda Alexander (1984) verwendet.

Wadepuhl und Wadepuhl (1994) erweitern den ursprünglichen Ansatz, indem sie einen Kodierungsbogen zur formalen Auswertung der entstandenen Tonfiguren entwickelten. Dieser erfasst die dargestellten anatomische Merkmale und die strukturellen Besonderheiten der Figur. Wadepuhl (1987) fand Entsprechungen von physiologischen Besonderheiten der Patienten an deren Figuren, wie z. B. ein auffällig geformter Shunt-Arm bei Hämodialysepatienten. Die Spezifität der im Kodierungsbogen zu erfassenden Merkmale und damit die Verbesserung der Interrater-Reliabilität sind Gegenstand aktueller Weiterentwicklungen (Schäfer & v. Arnim, 2009).

Zudem wurde in den letzten Jahren ein verstärkter Fokus auf das sich direkt an das Plastizieren anschließende problemzentrierte Interview gerichtet (Thiel, 2003; v. Arnim, 2009). Dieses dient der Anregung von Assoziation zur Figur in Verbindung mit der eigenen Körpergeschichte und fördert die Fähigkeit zur Symbolisierung körperbezogener Affekte. Das Interview zur Figur ermöglicht es, unbewusste innerseelische Vorgänge zu externalisieren und damit dem Bewusstsein und der Reflexion zugänglich zu machen (Joraschky, 1996). Das hier zugrunde liegende qua-



Die Figuren werden von mehreren Ratern hinsichtlich Vollständigkeit und Verbundenheit der Figurkörperteile sowie der Proportionen und symmetrischen Ausgewogenheit untersucht. Die Fotos zeigen Beispiele von Pat-Figuren mit höherem (z. B. Figur 1), mittlerem (z. B. Figur 2) und niedrigem (z. B. Figur 3) strukturellen Integrationsgrad.

litative Forschungsparadigma orientiert sich an den spontanen Äußerungen des Patienten zu seinem Werk und umgeht damit das Dilemma einer Überinterpretation der Figur durch das Wertesystem des Forschers oder Therapeuten. Die klinische Bedeutsamkeit des KST wird neben seiner diagnostischen Rolle auch in seiner Funktion als ein Instrument gesehen, welches den therapeutischen Dialog maßgeblich fördert (von Arnim, Joraschky & Lausberg, 2007).

6. Zusammenfassung und Ausblick

Im Artikel wurden die historisch gewachsenen theoretischen Konzepte des Kör-

perbildes demonstriert und exemplarische Diagnoseinstrumente vorgestellt. Unsere Ausführungen sollen verdeutlichen, wie wichtig die Entwicklung und Verwendung von solchen Instrumenten der Körperbild-diagnostik ist, welche sowohl die jeweils relevanten kognitiven Aspekte des Körperbildes erfassen, als auch die implizite, präverbale Ebene berücksichtigen und die bezüglich der Anamnese der Körpergeschichte ein erweitertes Spektrum aufweisen. Primäre Voraussetzung für die Vergleichbarkeit der erzielten Befunde ist die Verwendung einer einheitlichen Begrifflichkeit zum Körperbild, an der noch immer gearbeitet werden muss. Thompson (2004) empfiehlt deshalb allen Forschenden, zunächst bezüglich der in der jeweiligen Untersuchung verwendeten

Begrifflichkeit Klarheit zu schaffen. Im Hinblick auf die Anwendung der Körperbilddiagnostik im ambulanten Bereich wurde auf die notwendige Entwicklung von ökonomischen Instrumenten, insbesondere hinsichtlich einer zeiteffektiven Auswertung, hingewiesen. Darüber hinaus können projektive Verfahren wie der Körperbildskulpturtest auch innerhalb des therapeutischen Prozesses gut genutzt werden. Schließlich möchten wir auf den unschätzbaren Wert einer körperbezogenen Selbsterfahrung hinweisen, da nur so das eigene Körperbild als Referenzpunkt genutzt werden kann.

Beutel (2009) spricht in seinem Beitrag von einem top-down-Modus der Psychotherapie, welcher sich durch den

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

Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen in den Bereichen Gesundheitspsychologie, Schulpsychologie, Rechtspsychologie, Verkehrspsychologie, Beratung, Supervision, Coaching und Wirtschaftspsychologie.

Viele unserer Fortbildungsveranstaltungen können Sie nutzen, um die Voraussetzungen für den Erwerb anerkannter Zertifikate des BDP und externer Fachgesellschaften zu erlangen.

Liebe, Glück und Psychotherapie

Prof. Dr. Eva Jaeggi
Dr. phil. Thomas Ferdinand Krauß
Dr. phil. Angelika Faas
5.–6. Februar 2011
im Haus der Psychologie, Berlin



Deutsche Psychologen Akademie

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

bottom-up-Modus von Psychopharmaka verbessern ließe. Im Sinne der Körperpsychotherapie lässt sich argumentieren, dass moderne Psychotherapie nicht nur top-down sein kann, sondern gerade im bottom-up-Modus die impliziten, affektbezogenen Schichten, z. B. durch körperbezogene Verfahren, erreicht werden müssen, ein Standpunkt, der im Übrigen auch von Grawe (2006, unveröff. Mitteilung) vertreten wurde. Dieses grundlegende Postulat wird abschließend um den Standpunkt von Storch et al. (2006, S. 8) ergänzt und durch deren Aussage bekräftigt: „Jede Fachperson, die Menschen berät, therapiert oder erforscht, ohne den Körper mit einzubeziehen, sollte eine Erklärung für dieses Manko abgeben müssen.“

Literatur

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

Hier die nach den Kriterien der Lesbarkeit, Aktualität und Grundlagenvermittlung herausgehobenen Werke:

Arnim, v. A. (2009). Von der Propriozeption zur Narration. Körperbildskulpturen und Narrative in der Psychosomatik. In J. Pfeiffer & J. Küchenhoff (Hrsg.), *Körper. Konstruktionen. Jahrbuch für Literatur und Psychoanalyse* 28 (S. 119-147). Würzburg: Königshausen & Neumann.

Arnim, v. A., Joraschky, P. & Lausberg, H. (2007). Körperbilddiagnostik. In P. Geißler & G. Heisterkamp (Hrsg.), *Psychoanalyse der Lebensbewegungen* (S. 165-198). Heidelberg: Springer.

Arnim, v. A., Müller-Braunschweig, H. & Joraschky, P. (2006). Körperbezogene Psychotherapieverfahren bei traumatisierten Menschen. In A. Rimmel, O. F. Kernberg, W. Vollmoeller & B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 401-426). Stuttgart: Schattauer.

Beutel, M. E. (2009). Vom Nutzen der bisherigen neurobiologischen Forschung für die Praxis der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (4), 384-392.

Bielefeld, J. (1986). Zur Begrifflichkeit und Strukturierung der Auseinandersetzung

mit dem eigenen Körper. In J. Bielefeld (Hrsg.), *Körpererfahrung. Grundlagen menschlichen Bindungsverhaltens* (S. 3-33). Göttingen: Hogrefe.

Cash, T. F. (2004). A „negative body image“: Evaluating epidemiological evidence. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice* (pp. 269-276). New York: Guilford Press.

Daszkowski, A. (2003). *Das Körperbild bei Frauen und Männern. Evolutionstheoretische und kulturelle Faktoren*. Marburg: Tectum Verlag.

Geuter, U. (2004). *Körperpsychotherapie und Erfahrung – Zur Geschichte, wissenschaftlichen Fundierung und Anerkennung einer psychotherapeutischen Methode. Report Psychologie*, 29 (2), 98-111.

Joraschky, P., Loew, T. & Röhrich, F. (Hrsg.). (2009). *Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik*. Stuttgart: Schattauer.

Koemeda-Lutz, M. (2009). Warum auch KörperpsychotherapeutInnen an quantitativ-empirischer Forschung interessiert sein sollten – Bericht über drei Studien. In M. Thielen (Hrsg.), *Körper – Gefühl – Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Loew, T. & Tritt, K. (2006). Empirische Forschung in der Körperpsychothera-

pie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 625-630). Stuttgart: Schattauer.

Storch, M., Cantieni, B., Hütter, G. & Tschacher, W. (2006). *Embodiment – Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. Bern: Huber.

Uexküll, v. T., Fuchs, M., Müller-Braunschweig, H. & Johnen, R. (1994). *Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.



Prof. Dr. phil. habil. Ada Borkenhagen

PP und Psychoanalytikerin (DGP/IPA)
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Klinik f. Psychiatrie, Psychotherapie u.
Psychosom. Medizin des Kindes- u.
Jugendalters
Leipziger Straße 44 – Haus 14
39120 Magdeburg



Dipl.-Psych. Sybille Aßmann

PIA BAP
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
mail@sybille-assmann.de



Dr. med. Angela von Arnim

Fachärztin für Psychosomatik und
Psychotherapie
Viktoria-Louise-Platz 8
10777 Berlin

Zur Lage der Psychotherapie in Europa

Polen – Ergebnisse eines Veranstaltungsprojektes der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Kerstin Dittrich

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Zusammenfassung: Die Psychotherapielandschaft in Polen ist im Umbruch: Unter schwierigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen kämpfen polnische PsychotherapeutInnen für ein Psychotherapeutengesetz. Bisherige Anläufe scheiterten jedoch an politischer Instabilität, handwerklichen Mängeln der Gesetzesentwürfe und nicht zuletzt an der Zerstrittenheit der Profession. Im internationalen Austausch können gelungene Modelle für Psychotherapeutengesetze kennengelernt und politische Handlungsspielräume identifiziert werden.

Betrachtet man die Psychotherapielandschaften Europas, ergibt sich ein vielfältiges und uneinheitliches Bild. Zugangsmöglichkeiten für PatientInnen, Ausbildungsvoraussetzungen, Ausbildungsdauer, wissenschaftliche Fundierung der Psychotherapieverfahren und Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen sind von Land zu Land sehr unterschiedlich.

Die Angleichung der Lebensverhältnisse innerhalb der Europäischen Union ist allerdings ein erklärtes politisches Ziel, dessen indirekte Auswirkungen auf die Psychotherapie in Deutschland durch den Bologna-Prozess und die grundsätzliche Freizügigkeit der Berufsausübung bereits jetzt spürbar sind.

Der Vorstand der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer geht davon aus, dass diese Auswirkungen künftig zunehmen werden – ist doch in der somatischen Medizin grenzübergreifende Zusammenarbeit auch außerhalb der Forschung längst keine Ausnahme mehr. Wollen die Psychotherapeutenkammern diesen Entwicklungen nicht nur ausgeliefert sein, sondern sie aktiv steuern, sind sie gefordert, sich auf mögliche künftige europäische Vereinheitlichungstendenzen vorzubereiten. Dafür ist

das Wissen um die Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Versorgung in den europäischen Nachbarländern eine ebenso unabdingbare Voraussetzung wie die Zusammenarbeit mit europäischen KollegInnen.

Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer will durch ihre Veranstaltungsreihe „Psychotherapie im Vereinten Europa“ zu diesen Zielen beitragen. Im März 2010 fand in Leipzig die zweite Veranstaltung dieser Reihe statt, die unter dem Titel „Psychotherapeutengesetze, Ausbildungswege und Entwicklungen des Berufsstandes in Deutschland, Österreich und Polen“ ProfessionsvertreterInnen aller drei Länder miteinander ins Gespräch brachte. An dieser Stelle soll in loser Folge über die Ergebnisse der Veranstaltungsreihe berichtet werden.

Das polnische Gesundheitssystem – kurz und knapp

Das polnische Gesundheitssystem war in den vergangenen Jahren Schauplatz häufiger, umfassender und teilweise auch

widersprüchlicher Reformen. So musste seit 1999 ein Wandel der Finanzierungsstruktur von einem steuerfinanzierten öffentlichen Gesundheitswesen über eine Versicherungsstruktur mit regionalen Krankenkassen bis zum derzeitigen Modell einer einheitlichen öffentlichen Krankenversicherung, dem Nationalen Gesundheitsfond (NFZ), bewältigt werden. Über den NFZ sind heute die weitaus meisten polnischen BürgerInnen pflichtversichert. Für sie besteht in allen Einrichtungen, die vertraglich mit dem NFZ verbunden sind (traditionell überwiegend Polikliniken, weniger einzelne Niederlassungen), das Recht auf kostenlose Behandlung.

Obwohl sich der Gesundheitszustand der polnischen Bevölkerung während der letzten Jahrzehnte erheblich verbessert hat – gemessen z. B. an der gesunkenen Kindersterblichkeit und der gestiegenen durchschnittlichen Lebenserwartung (Kuszewski & Gericke, 2005) – und medizinische Dienstleistungen auf dem neuesten Stand der Wissenschaft zumindest theoretisch breit verfügbar sind, hat das polnische Gesundheitssystem mit erheblichen Schwierigkeiten zu kämpfen. So leidet das System an deutlicher Unterfinanzierung mit entsprechenden Auswirkungen sowohl für das medizinische Personal als auch für die PatientInnen: Trotz des umfassenden Versicherungsschutzes durch den NFZ sind in der Realität vielerorts private Zahlungen nötig, um zeitnah eine Behandlung zu erhalten. Die magere Entlohnung in NFZ-Einrichtungen wiederum zwingt viele MedizinerInnen, zusätzlich zu ihrer NFZ-Tätigkeit auch privatärztlich tätig zu sein, und

verursacht den verbreiteten „Brain-Drain“ ins westeuropäische Ausland. Darunter leidet besonders die Versorgungslage in ländlichen Gebieten, die generell erheblich schlechter ist als im städtischen Raum: Während drei von vier Polen außerhalb von Ballungszentren leben, arbeiten umgekehrt drei von vier Ärzten wie auch Pflegekräften in größeren Städten (Kuszewski & Gericke, 2005). Dieses Ungleichgewicht ist in der Primärversorgung noch stärker ausgeprägt als bei Fachärzten.

Viele dieser Entwicklungen sind auch in anderen europäischen Staaten gut bekannt und bereiten den dortigen GesundheitspolitikerInnen ebenfalls Kopfzerbrechen. In Polen ist die Lage jedoch – verglichen mit westeuropäischen Staaten – besonders dramatisch. Es überrascht daher angesichts der schwierigen gesundheitspolitischen Ausgangslage nicht, dass die Versorgung psychisch Kranker in Polen nicht optimal ist. Die entsprechenden Forderungen der psychotherapeutischen Fachverbände fanden jedoch politisches Gehör, so dass in den letzten zehn Jahren mehrfach Anläufe unternommen wurden, die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern. Die beiden Gesetzesvorhaben, die hier näher vorgestellt werden sollen, das **„Gesetz über den Beruf des Psychologen und die Psychologische Selbstverwaltung“** und das **„Gesetz über einige medizinische Berufe“**, hatte die Profession über Jahre hinweg eingefordert. Ziel war, dem in der Versorgung psychisch Kranker tätigen Personal klare Rechtsverhältnisse und einen gesicherten rechtlichen Status zu verschaffen. Auch sollte so die Transparenz für PatientInnen erhöht und durch die Regelung der Ausbildung eine hochwertige Versorgung psychisch Kranker sichergestellt werden.

Umso bedauerlicher ist, dass beide Gesetzesvorhaben heute als gescheitert angesehen werden müssen. Derzeit ist unklar, ob in absehbarer Zeit der politische Wille für einen erneuten Anlauf vorhanden sein wird, die psychotherapeutische Versorgung in Polen auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen.

Eine besondere Schwierigkeit bei beiden Gesetzesvorhaben bestand darin, dass sowohl der Beruf des Psychotherapeuten

als auch der des (Klinischen) Psychologen geregelt werden sollten. Ähnlich wie in Deutschland überschneiden sich die Aufgabengebiete beider Professionen. Trotzdem wurden zwei getrennte Gesetze entworfen, die zudem in unterschiedlichen Ministerien angesiedelt waren: Federführend für das „Gesetz über den Beruf des Psychologen und die Psychologische Selbstverwaltung“ war das Arbeitsministerium; an dem Psychotherapeuten betreffenden „Gesetz über einige medizinische Berufe“ arbeitete dagegen das Gesundheitsministerium. Es darf vermutet werden, dass die getrennten Zuständigkeiten für beide Gesetzesentwürfe zu den teilweise widersprüchlichen Gesetzesinhalten beigetragen haben.

Die ungelösten Widersprüche zwischen den beiden Gesetzesentwürfen entfachten heftigen Protest der betroffenen Berufsgruppen. Besonders strittig war dabei die auch aus der deutschen Diskussion zur Genüge bekannte Kontroverse, ob Psychotherapie als Anwendungsgebiet der Psychologie zu betrachten sei oder ob viele unterschiedliche Wissens- und Anwendungsgebiete in gleichem Maße relevant und geeignet seien, eine Grundlage für psychotherapeutische Tätigkeit darzustellen.

Im Folgenden sollen knapp Inhalte und Hintergründe der beiden gescheiterten Gesetzesentwürfe dargestellt werden.

Zum Status quo der polnischen Psychologie

Obwohl das „Gesetz über den Beruf des Psychologen und die psychologische Selbstverwaltung“ offiziell nach wie vor in Kraft ist, bestätigt das federführende Arbeitsministerium, dass es aufgrund mangelnder Ausführungsbestimmungen nie anwendungsreif war. Es fehlte beispielsweise an Regelungen zur Finanzierung der Psychologenkammern und an Kriterien für das vorgeschriebene klinische Praktikum.

Nach einem gescheiterten Novellierungsversuch 2008 berichtet das Arbeitsministerium, dass gegenwärtig an einer Aufhebung des Gesetzes gearbeitet werde. Eine

Neuaufgabe sei jedoch vorgesehen, wenn auch derzeit noch kein Zeitpunkt dafür feststehe.

Neben dem ganzen Spektrum psychologischer Tätigkeiten, die in diversen gesellschaftlichen Bereichen zur Anwendung kommen, sind besonders Klinische Psychologen eine etablierte Größe im polnischen Gesundheitswesen. Nach einiger Arbeitserfahrung können Klinische Psychologen bislang durch spezielle Fortbildungen den Titel eines Klinischen Psychologen 1. oder 2. Grades erwerben und dann auch psychotherapeutisch tätig sein. Die dafür benötigten Fortbildungen sind jedoch deutlich weniger umfangreich als die Empfehlungen zur Psychotherapieausbildung des Polnischen Rates für Psychotherapie, auf die weiter unten noch eingegangen wird.

Ob psychologische Dienstleistungen als Teil der medizinischen Versorgung vom NFZ finanziert werden, hängt jedoch nicht in erster Linie von den Qualifikationen der Psychologen oder der Diagnose eines Patienten ab, sondern davon, ob die jeweilige Einrichtung über einen Vertrag mit dem NFZ verfügt. Besteht ein solcher Vertrag, dann werden auch die dort angebotenen psychologischen Dienstleistungen mitfinanziert.

Nachdem ein Gesetz zur Regelung von Ausbildung und Tätigkeit der Klinischen Psychologen von der Fachwelt seit langem gewünscht worden war, wurde der seit dem Jahr 2001 laufend bearbeitete Entwurf des „Gesetzes über den Beruf des Psychologen und die psychologische Selbstverwaltung“ von der Psychologenschaft dann auch überwiegend begrüßt. Ziel war, die Ausbildung klinisch tätiger Psychologen verbindlich zu regeln, ihren Aufgabenbereich zu definieren sowie eine Selbstverwaltungs- und Aufsichtsstruktur einzurichten.

Angelehnt an die (gemeinsamen) polnischen Kammern für Ärzte und Zahnärzte, wollte das Gesetz regionale Psychologenkammern zur Selbstverwaltung des Berufsstandes einrichten, die ein Register aller aktiven PsychologInnen führen und die fachlichen wie persönlichen Vorausset-

zungen zur Berufsausübung überwachen sollten.

Die Ausbildung zum Klinischen Psychologen sollte laut Gesetz aus einem mindestens 2700 Stunden umfassenden, 5-jährigen Psychologiestudium sowie einem anschließenden einjährigen Praktikum in einer klinischen Einrichtung bestehen.

Als Tätigkeitsbereiche von Klinischen Psychologen wurden Diagnostik, Begutachtung, Beratung und Psychotherapie definiert.

Für das faktische Scheitern des Gesetzes waren neben offenbar wesentlichen

handwerklichen Mängeln auch Passagen verantwortlich, die sich als unvereinbar mit EU-Recht erwiesen (dies betraf die Anerkennung im Ausland absolvierter Ausbildungsanteile). Entscheidend waren jedoch letztlich die heftigen Proteste der zahlreichen nichtpsychologischen Psychotherapeuten. Sie befürchteten, dass die Definition von Psychotherapie als Anwendungsgebiet der Psychologie ihnen künftig die Tätigkeit als PsychotherapeutIn unmöglich machen würde. Als Folge der Proteste wurden nähere Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetz gar nicht erst erlassen. Derzeit ist das Gesetz offiziell in Kraft, dabei aber praktisch nicht umsetzbar – eine äußerst unbefriedigende Situation,

in der eine gewisse Anarchie herrscht. So bestehen beispielsweise in drei Woiwodschaften (polnischen Bundesländern) bereits die gesetzlich eingerichteten Psychologenkammern. Mangels gesetzlichen Ausführungen zu ihrer Finanzierung erhalten sie derzeit gelegentlich Spenden von Fachverbänden, um zumindest rudimentäre Funktionen aufrechterhalten zu können.

Zum Status quo der polnischen Psychotherapie

Wer Zahlenmaterial zur Beschreibung der polnischen Psychotherapie sucht, stößt auf



Curriculum ESSSTÖRUNGEN

Autoren: Alexandra von Hippel, Hartmut Imgart, Günter Reich, Wally Wunsch-Leiteritz

Das Institut für Fort- und Weiterbildung in der Behandlung von Essstörungen (IFBess) bietet seit 2007 in Kooperation mit dem Bundesfachverband für Essstörungen (BFE) und der Fachabteilung für Essstörungen und Adipositas der Parkland-Klinik das erste deutsche Curriculum Essstörungen für die Bundesrepublik Deutschland an.

Das Curriculum Essstörungen vermittelt umfassende Kenntnisse über die Behandlung von Essstörungen und die Fähigkeit zu störungsspezifischer Intervention. Der Gesamtumfang der Fortbildung beträgt 200 Stunden, international renommierte deutschsprachige Expertinnen und Experten vermitteln die Fortbildungsinhalte. Das Curriculum ist aufgeteilt in 5 separate Fortbildungsböcke. Jeder Block ist inhaltlich abgeschlossen und einzeln buchbar. Ein Kurseinstieg in das laufende Curriculum ist noch möglich.

Das Curriculum Essstörungen ist für alle PsychologInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (auch in Ausbildung) und ÄrztInnen geeignet. **Die Kosten betragen € 375,00 pro Fortbildungsblock.** Jeder Fortbildungsblock wird von der Landesärzte- und Psychotherapeutenkammer mit jeweils 32 Punkten zertifiziert. Das Curriculum Essstörungen ist vom Bundesfachverband für Essstörungen, dem Berufsverband der BehandlerInnen von Essstörungen, zertifiziert und wird in Kooperation angeboten.

Nächster Termin:

24. – 27.11.2010

**Anorexia nervosa –
Diagnose und Behandlung**

Hauptreferent: Prof. Dr. Andreas Karwautz,
Universität Wien

Weitere Termine:

18. – 21.5.2011

**Bulimia nervosa –
Diagnose und Behandlung**

23. – 26.11.2011

**Adipositas, Adipositas assoziiert mit
Essstörungen und Binge Eating Disorder**

9.-12.5.2012

**Leitlinien, Therapiemerkmale, besondere Behand-
lungssettings und Prävention von Essstörungen**

Veranstaltungsort ist die Parkland-Klinik Bad Wildungen
Wissenschaftliche Leitung: Dr. Hartmut Imgart, Parkland-Klinik

Tagungssekretariat: Sandra Smid, Im Kreuzfeld 6, 34537 Bad Wildungen
Telefon: 0 56 21 - 706 616 · Fax: 0 56 21 - 706 731 · sandra.smid@parkland-klinik.de

Internetlinks: www.curriculum-essstoerungen.de · www.bundesfachverbandessstoerungen.de · www.parkland-klinik.de

große Informations- und Erfassungslücken, was angesichts uneinheitlicher Zuständigkeiten offizieller Stellen und der fehlenden Ausbildungsvorschriften für PsychotherapeutInnen kaum überrascht. Die Anzahl der PsychotherapeutInnen in Polen kann daher gegenwärtig nur geschätzt werden und wird, je nach Erfassungskriterien, stark schwanken.

Einen ungefähren Anhaltspunkt erhält man anhand der bei den psychotherapeutischen Fachgesellschaften akkreditierten PsychotherapeutInnen: Die drei größten psychotherapeutischen Fachverbände (die Polnische Gesellschaft für Psychiatrie, die Sektion Psychotherapie in der polnischen Gesellschaft für Psychologie sowie das Zentrum für Kognitive Verhaltenstherapie) haben derzeit gut 700 PsychotherapeutInnen akkreditiert (zum Vergleich: die deutschen Psychotherapeutenkammern haben derzeit ca. 34.000 Mitglieder; die Einwohnerzahl Polens beträgt mit ca. 38 Millionen knapp halb so viel wie die Deutschlands).

Informationen zur Prävalenz psychischer Störungen, zu durchgeführten Behandlungen und Behandlungskosten können beim Nationalen Gesundheitsfond vermutet werden, öffentlich zugängliche Informationen darüber liegen jedoch nicht vor.

Traditionell besteht in Polen ein breites Angebot an Psychotherapie ohne Bezug zur akademischen Psychologie, das teilweise in den esoterischen Bereich hineinreicht. Da der Titel Psychotherapeut rechtlich nicht geschützt ist, gibt es bislang keine gesicherten Ausbildungsstandards. In der Praxis sorgen jedoch die psychotherapeutischen Fachgesellschaften für eine gewisse Qualitätssicherung: Sie bieten Psychotherapieausbildungen an und vergeben Zertifikate, die als Nachweis von Mindeststandards dienen. Dabei folgt bislang jede Fachgesellschaft ihren eigenen Regeln und entscheidet selbst, wer zur Ausbildung zugelassen wird: Einige Fachgesellschaften lassen nur AkademikerInnen mit Abschluss in Psychologie oder Medizin zur Ausbildung zu, andere akzeptieren auch AbsolventInnen eines Pädagogik-, Theologie- oder Soziologiestudiums, wieder andere öffnen ihre Ausbildungskurse auch für Personen aus pflegenden Berufen. Teil-

Auf einen Blick – Psychotherapie in Polen	
	
Einwohner	ca. 38.000.000
Anzahl PsychotherapeutInnen	≥ 700 bei Fachgesellschaften registriert; keine zentrale Erfassung
gesetzliche Regelung von Psychotherapie	nein
Titelschutz	nein
Zugangsvoraussetzungen zu Ausbildung	von den ausbildenden Fachgesellschaften festgelegt, keine einheitliche Regelung
Ausbildung	postgradual berufsbegleitend
zugelassene Verfahren	keine Regelung

weise ist auch eine besondere persönliche Eignung ausreichend. Einige Ausbildungseinrichtungen verlangen von Personen, die kein klinisch-psychologisches Vorwissen haben, ein psychologisches Propädeutikum. Auch die Ausbildungsinhalte werden von den Fachgesellschaften definiert.

Mit dem Entwurf des „Gesetzes über einige medizinische Berufe“ sollte die Qualität psychotherapeutischer Behandlungen sichergestellt und die Transparenz für PatientInnen verbessert werden. Daneben enthielt der Gesetzesentwurf auch Regelungen zu anderen Gesundheits- und Pflegeberufen, beispielsweise Physiotherapie.

Der Zugang zur Psychotherapieausbildung sollte in dem Gesetzesentwurf nur mehr mit einem Psychologie- oder Medizinstudium möglich sein. Heftig umstritten war, ob die Zulassung von Medizinern mit dem oben beschriebenen „Gesetz über den Beruf des Psychologen“ vereinbar gewesen wäre, in dem Psychotherapie als ausschließliche Anwendungsdisziplin der Psychologie definiert wurde.

Ein weiterer wesentlicher Inhalt des Gesetzesentwurfs sollte daneben die Anerkennung von psychotherapeutischen Fachgesellschaften sein. Wie in anderen Ländern existiert auch in Polen eine Vielzahl von historisch gewachsenen Fachgesellschaften. Die beiden größten Gesellschaften, die

„Polnische Gesellschaft für Psychologie“ und die „Polnische Gesellschaft für Psychiatrie“, existierten bereits vor 1989 und sind keiner bestimmten Therapieschule zugeordnet. Verfahrensspezifische Fachgesellschaften gründeten sich dagegen erst später; in den letzten Jahren gestärkt durch internationale Zusammenarbeit. Sie sind in der Mehrzahl deutlich kleiner als die beiden großen Gesellschaften. Laut Gesetzesentwurf sollten jedoch nur Psychotherapieausbildungen anerkannt werden, die bei einer der beiden großen Gesellschaften absolviert wurden. Da diese Regelung nicht an inhaltliche Kriterien geknüpft war, gab es dagegen heftige Proteste aus der Psychotherapeutenchaft, die sich außerdem für ein eigenständiges Psychotherapeutengesetz aussprach und es ablehnte, in einem Gesetz unter vielen anderen Gesundheitsberufen mit abgehandelt und damit zum medizinischen Hilfsberuf degradiert zu werden.

Um gegenüber der Politik durchsetzungsfähiger zu sein, gründeten 20 psychotherapeutische Fachgesellschaften 2006 den gemeinsamen „Polnischen Rat für Psychotherapie“, um einheitliche Ausbildungsstandards zu entwickeln und gemeinsame Positionen für den Dialog mit der Politik zu formulieren. Dieses Vorhaben war insofern erfolgreich, als es tatsächlich gelang, sich auf folgende Mindestanforderungen zu einigen: Innerhalb einer 4-jährigen

Ausbildung von mindestens 1200 Stunden müssten u. a. 250 Stunden Theorie, 250 Stunden praktische Psychotherapie, 130 Stunden Supervision und 360 Stunden eines klinischen Praktikums absolviert werden. Zugangsberechtigt sollten AbsolventInnen der Studiengänge Psychologie, Medizin, Pädagogik und akademischer Pflegeberufe sein. Obwohl der Polnische Rat für Psychotherapie sehr zur Identifikation mit dem Berufsstand beigetragen hat, gelang es bislang nicht, in einen Dialog mit dem Gesundheitsministerium zu treten. Nachdem der Gesetzgebungsprozess zum Erliegen kam, ist derzeit keine Neuauflage in Sicht.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die polnische Psychotherapeutenchaft vor der schwierigen Aufgabe steht, als junger Berufsstand trotz sehr heterogener psychotherapeutischer Traditionen eine gemeinsame Identität zu entwickeln, während gleichzeitig gegenüber der Politik einheitliche, unter den Bedingungen knapper Mittel trotzdem umsetzbare Positionen vertreten werden müssen. Viele der Herausforderungen, mit denen die polnische Psychotherapeutenchaft zu kämpfen hat, sind ihren deutschen KollegInnen vertraut; einige davon konnten in Deutschland durch das Psychotherapeutengesetz von 1999 gelöst werden. Trotz der unterschiedlichen politischen und ge-

sellschaftlichen Rahmenbedingungen, die zwischen Deutschland und Polen natürlich bestehen, lassen sich doch gesundheitspolitische Rahmenbedingungen soweit vergleichen, dass aus dem internationalen Austausch Anregungen für die Weiterentwicklung der Profession im jeweils anderen Land gewonnen werden können.

Aus deutscher Sicht ist es dabei besonders wichtig, die Vorteile plausibel machen zu können, die das Psychotherapeutengesetz für die Versorgung mit sich bringt; ist doch die Einbettung der deutschen Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in die Versorgungs- und nicht zuletzt Finanzierungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich weit fortgeschritten und wird im möglichen Rahmen einer Entwicklung europäischer Standards begründungsbedürftig sein.

Nicht zuletzt ist der grenzübergreifende Austausch zwischen KollegInnen Voraussetzung dafür, über Ländergrenzen hinweg das Bewusstsein zu entwickeln, Teil einer Profession mit einem Versorgungsauftrag zu sein, der nicht an Ländergrenzen halt macht.

Literatur

Kuszewski, K. & Gericke, C. (2005). *Health Systems in Transition: Poland*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Danksagung

Für die ausführlichen und geduldigen Auskünfte, die im Vorfeld der OPK-Veranstaltung sowie bei der Vorbereitung auf diesen Artikel erteilt wurden, möchte sich die Autorin bei den folgenden Personen herzlich bedanken: Wojciech Anczurowski, Sekretär der Psychologenkammer Podlasie; Iga Jaraczewska, Vorsitzende der Gesellschaft für Motivierende Psychologie; Dr. Jerzy Pawlik, Vorsitzender des Instituts für Gruppenanalyse Rastow; Agnieszka Popiel, M.D., PhD., Leiterin des Zentrums für Kognitive Verhaltenswissenschaften; Jacek Rydlewski, Sektion Psychotherapie der polnischen Gesellschaft für Psychologie; sowie an Marek Waleskiewicz vom Ministerium für Arbeit und Soziales, Direktor des Departments für Dialog und soziale Partnerschaft. Für die engagierten Übersetzungen, ohne die dieses OPK-Projekt nicht möglich gewesen wäre, ein ganz besonderes Dankeschön an Marta Buchcic.

Kerstin Dittrich

Wissenschaftliche Referentin
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Karl-Rothe-Str. 4
04105 Leipzig
kerstin.dittrich@opk-info.de

Nachruf auf Franz-Rudolf Faber (1919 – 2010)

Franz-Rudolf Faber verstarb im Februar 2010 im Alter von 90 Jahren. Herr Dr. med. Faber hat sich über Jahrzehnte hinweg für die psychotherapeutische Versorgung der gesamten Bevölkerung eingesetzt. Es war im Wesentlichen seinem Engagement und seinem Verhandlungsgeschick zu verdanken, dass die Psychotherapie-Richtlinien für die Gesetzliche Krankenversicherung 1967 in Kraft traten; damit wurde in Deutschland Psychotherapie zu einer Leistung, auf die jeder gesetzlich Versicherte Anspruch hat. In der Folgezeit und bis ins

hohe Alter war Herrn Faber die Sicherung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ein besonderes Anliegen. Als Gutachter und Obergutachter sowie als Mitautor des Kommentars der Psychotherapie-Richtlinien plädierte er stets für eine flexible und patientengerechte Anwendung der Richtlinien und deren versorgungsadäquate Weiterentwicklung. 2006 wurde er mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Franz-Rudolf Faber hat sich um die sozialrechtliche Etablierung und Absicherung

der Psychotherapie in Deutschland verdient gemacht. Trotz aller Kritik an der Praxis der Richtlinien, die innerhalb als auch außerhalb der Richtlinienpsychotherapie erhoben wird, ist festzuhalten, dass ohne sein Mitwirken der allgemeine große und nicht abgedeckte Bedarf an Psychotherapie, der schließlich auch zum Psychotherapeutengesetz führte, nicht öffentlich geworden wäre.

Anne Springer (Berlin)

Jürgen Hardt (Hessen)

Mitglieder des Redaktionsbeirates

Zur Diskussion

Kommentare zu Halko Weiss' und Michael E. Harrers Artikel im Psychotherapeutenjournal 1/2010: „Achtsamkeit in der Psychotherapie. Verändern durch ‚Nicht-Verändern-Wollen‘ – ein Paradigmenwechsel?“

Eine Rückbesinnung auf die humanistischen Psychotherapien – Die wiedergefundene Achtsamkeit

Marianne Pollich

Der ausführliche Artikel über die Achtsamkeit und einen möglichen Paradigmenwechsel in der Psychotherapie hat zunächst eine „Störung“ in mir verursacht. Nach TZI (R. Cohn) bedürfen Störungen der vorrangigen Achtsamkeit, ehe die Aufmerksamkeit sich wieder dem zur Debatte stehenden Thema zuwenden kann. So erlaube ich mir, zunächst meiner „Störung“ beim Lesen des Textes einen Augenblick Aufmerksamkeit zu zollen.

In den humanistischen psychotherapeutischen Methoden, die in den 50er, 60er, 70er bis in die 80er Jahre hinein als **dritte Säule** neben den psychoanalytischen und verhaltenstherapeutisch orientierten Verfahren entstanden sind, spielt und spielte die Achtsamkeit zusammen mit einem inneren beobachtenden Gewahrwerden eine gewichtige direkte und indirekte Rolle. Von daher muss diese Achtsamkeit nicht, wie der Artikel dies primär tut, aus der buddhistischen Meditationstradition abgeleitet werden. Hinzu kommt, dass die **heute** angewandten Übungen aus der buddhistischen Meditationstechnik auch erst über die Begegnung mit der westlichen Kultur und deren Würdigung des Individuums die jetzigen Ausformungen gefunden haben.

Zur Beruhigung meiner „Störung“ weist der Artikel im weiteren Verlauf auf einige der humanistischen Psychotherapien hin, sieht sie aber in ihrer Entstehung wesentlich vom Buddhismus beeinflusst, was so nicht zutreffend ist. Es ging vielmehr um die Entdeckung von Parallelen und den besonderen

Blick auf das **Jetzt**. Außerdem sind wesentliche Aspekte der humanistischen Psychotherapien in dem Beitrag nicht erwähnt, weswegen ich später auf einige eingehen möchte.

Schauen wir in die Vergangenheit, unterscheiden sich die Meditationen der buddhistischen Mönche und die Gebete der christlichen Mönche nicht so wesentlich. Beide religiösen Praktiken waren mit einem hoch konzentrativen Teil auf sich selbst und die innere Versenkung, aber auch mit einem nicht unerheblichen Selbstkasteiungspotential verbunden. In beiden religiösen Vertiefungspraktiken ging es um die Überwindung des Egoismus zugunsten einer Hingabe an die Leere/das Sein im Buddhismus, an Gott/das Sein im Christentum. Und noch eine letzte Bemerkung: **alle** Mystiker der Welt – egal welcher Religion sie anhängen – haben sich der wahrnehmenden Beobachtung und des Gewahrwerdens bedient, um zu – wie wir sagen würden – Gelassenheit und Loslösung vom inneren Gefangensein zu gelangen, bei gleichzeitiger ganzheitlicher Verbundenheit mit dem All, allen Geschöpfen, der Natur, mit Gott, mit der Leere, mit allem Sein im Hier und Jetzt und einem Zustand von totaler Präsenz und Gegenwärtigkeit.

Außerdem haben die Techniken der achtsamen Beobachtung in der buddhistischen Lehre letztlich ein ganz anderes Ziel. Sie dienen als Einübungsweg hin zum „Mitgefühl“ und nicht zur Einübung in die

Wahrnehmung und bessere Verbindung zu sich selbst wie bei uns in der psychotherapeutischen Praxis.

Auch wird man durch die eklektische Übernahme von Übungstechniken aus der buddhistischen Praxis der großartigen und traditionsreichen Meditation des Buddhismus nicht gerecht. Eine ernsthafte Begegnung zwischen der buddhistischen und westlichen Beobachtung des intrapersonalen Geschehens mitsamt deren Zielsetzung und Hintergrund dagegen könnte spannend und fruchtbringend sein (wie dies z. B. in dem Büchlein von W. Singer und M. Ricard „Hirnforschung und Meditation. Ein Dialog.“ geschieht).

So herausgerissen aus der Zielsetzung und dem eigentlichen Anliegen bleiben solche Achtsamkeitsübungen hilfreiche Techniken mit wenig Aussicht auf Nachhaltigkeit. Für einen positiven Paradigmenwechsel müssen Techniken aus meiner Überzeugung in ein therapeutisches Gesamtkonzept eingebunden sein, welches für die Patientin und den Patienten nachvollziehbar und sinnvoll erscheint.

Aufgrund der Orientierung der Autoren an buddhistischen Lehren ist zu vermuten, dass sie nur geringe Kenntnisse von den hiesigen/westlichen psychotherapeutischen Entwicklungen des vorigen Jahrhunderts haben, anders ist die Hintanstellung der Rolle der Achtsamkeit und Aufmerksamkeit auf das **Hier und Jetzt** – Körper, Geist und Seele mit allem, was sich im

Jetzt an Vergangenen und an Möglichkeiten in der Gegenwart bündelt – der damals entstandenen humanistischen Psychotherapien nicht recht zu verstehen.

Was mich daran irritiert, ist die damit einhergehende Negierung und Entwertung der eigenen Kultur. Schließlich ist die Achtung des Individuums aus der christlichen Kultur und deren Säkularisierungsprozessen hervorgegangen, welche mit der Renaissance begannen und über die Aufklärung zum Humanismus führten bis zur modernen Form der demokratischen Grundordnung. Auf diesem langen geistigen Entwicklungsweg hin zur zentralen Bedeutung des Individuums beruht die Entstehung der humanistischen Psychotherapien mit der Achtung des Einzelnen bis hinein in den unmittelbaren Umgang während des psychotherapeutischen Vorgehens.

In Unkenntnis (oder aus Unachtsamkeit?) dieser Hintergründe und Psychotherapieentwicklungen stellen die Autoren ausgewählte gerade passend erscheinende Techniken aus anderen Kulturen – in diesem Fall aus buddhistischen Meditations-techniken – als etwas sehr Neues und als eine mögliche Wende innerhalb der Therapieentwicklung dar.

Es ist nicht günstig, sich von Ressourcen abzuschneiden, wir Psychotherapeuten wissen um die Folgen daraus. Was für den einzelnen Menschen gilt, hat auch Gültigkeit für das Abschneiden von der Geschichte, hier der Psychotherapiegeschichte für uns therapeutisch Arbeitenden.

Deshalb und nicht, um nun meinerseits eine Entwertung buddhistischer Wege der beobachtenden Aufmerksamkeit zu betreiben, ist es mir ein Anliegen, auf wesentliche Aspekte, die mit Achtsamkeit und beobachtender Gewahrnehmung in der humanistischen Therapiebewegung des vorigen Jahrhunderts zu tun hatten, hinzuweisen.

Der Paradigmenwechsel aber, von dem H. Weiss und M. Harrer sprechen, hat meiner Ansicht nach vor 20 Jahren auf ganz andere Weise stattgefunden, nämlich als Folge der mit vielen Kämpfen erstrittenen

Zulassung von Psychologischen Psychotherapeuten ins Kassensystem. Mit dieser Zulassung ist die Psychotherapielandschaft letztlich wieder auf die zwei vorher schon zugelassenen Methoden zusammengeschrumpft, die psychoanalytische mit ihrem Derivat der TP und die VT. Alle anderen gingen den Bach hinunter. Als die Wesentlichsten sind da zu nennen: die Gesprächspsychotherapie mit der Erweiterung des Focusing, die Gestalttherapie, die Körpertherapien, das Psychodrama, die Familientherapie, aber auch die neueren Gruppenmethoden, z. B. TZI (Themenzentrierte Interaktion).

Die uns diktierten und von uns PsychotherapeutInnen akzeptierten Einschränkungen haben uns von der Methodenvielfalt abgeschnitten und die Weiterentwicklungen bei den humanistischen Therapieverfahren (theoretisch und praktisch) vielfach zum Stagnieren gebracht.

Die damit verbundene Verarmung entsprach und entspricht dem Zeitgeist, möglichst gezielt und spezifiziert die Funktionsdefizite zu diagnostizieren und zu behandeln. Für die TP bedeutete dies: die Störung möglichst auf einen zentralen intrapsychischen Konflikt zurückführen zu können und nur diesen zu behandeln. Bei der VT hieß das: sich möglichst auf die Symptome und das Erlernen von Einstellungs- und Verhaltensmodifikationen zu beschränken. Allein die älteste und von jeher in der Medizin angesiedelte Psychoanalyse blieb von dieser Hungerkur einigermaßen verschont.

Der damalige Einschnitt und die damit verbundene Verkümmern von Kompetenzen konnten glücklicherweise nicht sehr lange hingenommen werden, weil sich die übriggebliebenen Methoden für die Behandlung von Patienten als unzureichend und für die Psychotherapeuten als unbefriedigend erwiesen.

Und so hat sich die für neue Entwicklungen grundsätzlich sehr aufgeschlossene Psychotherapeutenzunft aufgrund der traumatologischen und neuronalen Erkenntnisse mit Verve den sich entwickelnden Traumatherapien zugewandt und diese als eine große und hilfreiche Erwei-

igw

Institut für Integrative
Gestalttherapie
Anerkannter
Fortbildungsveranstalter

Weiterbildung in Gestalttherapie

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

Fortbildung in Gestalttherapie (2 Jahre)

Anerkannt bei der Bayerischen
Psychotherapeutenkammer

Informations- und Auswahlseminare 2010

München 29.10.-30.10.2010
Nürnberg 15.10.-16.10.2010
Frankfurt 29.10.-30.10.2010
Zürich 22.10.-23.10.2010

GestaltAkademie

Klinische Seminare und Fortbildungen

Systemisches GestaltCoaching

12-tägige Fortbildung
Beginn: September 2010 in Würzburg

Gestalt-, Kinder- und Jugendlichentherapie

16-tägige Fortbildung
Beginn: Oktober 2010, Raum Frankfurt

Anmeldungen und ausführliches
Informationsmaterial erhalten Sie
von IGW Würzburg, Theaterstraße 4,
D-97070 Würzburg
Tel.: 0049 – (0) 931/35 44 50,
Fax: 0049 – (0) 931/35 44 544
E-Mail: info@igw-gestalttherapie.de
Internet: www.igw-gestalttherapie.de

Akademie bei König & Müller

Semmelstraße 36/38,
97070 Würzburg
Tel.: 0931 - 46079033



Kurse für Psycholog(innen) und Fachinteressierte

Metakognitives Training (MKT) bei Menschen mit Schizophrenie

05.11.-06.11.10 D-Veithshöchheim
(FB101105A) Dipl.-Psych. Sarah Randjbar
und Dipl.-Psych. Ruth Veckenstedt; 16 Std;
288 €* **

Grundlagen der Psychotraumadiagnostik und -therapie sowie neuropsychologische Aspekte

19.11.-20.11.10 D-Veithshöchheim
(FB101119A) Dipl.-Psych. Sylvia Wunderlich;
16 Std; 288 €* **

Scientific Update on Mild Traumatic Brain Injury (MTBI) and Postconcussion Syndrome (PCS): New Evidence for Diagnosis and Management

07.04.2011 GB-LONDON (FB110407A)
Michael McCrea, PhD; 8 Std; 172 €

Wir bringen es auf den Punkt!

Bei unseren Kursen erhalten Sie Punkte der
Psychotherapeuten- und / oder Ärztekammern

Der tagesaktuelle Veranstaltungskalender
unter: www.koenigundmueller.de

*Kosten incl. MwSt. **

terung erfahren. Auch die Weiterentwicklung der hypnotherapeutischen Ansätze ist hier zu nennen.

Was bis auf die älteren KollegInnen unter uns viele sicher nicht mehr wissen, ist, dass wesentliche Parameter in den traumatherapeutischen Methoden auf Ressourcen und Grundprinzipien aus den großen humanistischen Psychotherapien zurückgreifen (davon unten mehr). Insofern hat hier eine aus meiner Sicht überfällige Rückbesinnung stattgefunden. Darüber hinaus ist in den traumatherapeutischen Ansätzen eine erstaunliche methodenübergreifende Integration unterschiedlicher Psychotherapierichtungen gelungen. Wesentliche Grundpfeiler aus der Gesprächspsychotherapie, aus der Gestalttherapie, aus der Verhaltenstherapie und aus der Tiefenpsychologie fügen sich hier zusammen, bereichert mit Erkenntnissen aus der Hirnforschung.

Ich möchte nun auf zwei alte Therapieverfahren **beispielhaft** eingehen, zur heilenden Erinnerung und Belebung von Ressourcen, ohne die heutige Entwicklungen in der Traumatherapie und auch bei den progressiven Modifikationen innerhalb der Psychoanalyse und den Verhaltenstherapien nicht denkbar gewesen wären, auch wenn dies in diesen sog. anerkannten Methoden nicht so benannt wird.

Laura und Fritz Perls (Gestalttherapie) und Carl Rogers (Gesprächspsychotherapie) hatten sich kritisch mit der Psychoanalyse, aus der sie kamen, auseinandergesetzt. Aus dieser Auseinandersetzung haben sie

wesentliche Aspekte, die sie dort vermisst hatten, weiter entwickelt. Wichtig war ihnen dabei auch ein gesellschaftliches Anliegen, das auf einem humanistischen Menschenbild fußte und das u. a. der Aufbruchstimmung nach dem ersten und nochmals nach dem zweiten Weltkrieg zu verdanken war. Die Psychoanalyse hatte während der ganzen Nazizeit ja wenig kritische Beiträge aus analytischer Sicht zu den schrecklichen gesellschaftlichen Veränderungen geliefert.

Entscheidend wurde ab den 50er, 60er Jahren eine **Bewegung und Hinwendung zum Hier und Jetzt**, welche die humanistischen Psychotherapien mehr oder weniger einleitete.

Die **Gestalttherapie** geht auf feldtheoretische und gestalttheoretische Konzepte zurück. Die frühe Offenheit für buddhistische Meditationskulturen bei F. Perls entsprach einer Gegenströmung zum damaligen Zeitgeist, der von Militarisation und Gewalt im „christlichen“ Europa (Kolonialisierung, Erster Weltkrieg und Zweiter Weltkrieg) gekennzeichnet war. Diese Offenheit führte bei Perls zur Bestärkung seines phänomenologischen Vorgehens und der Umsetzung feld- und gestalttheoretischer Ansätze ins unmittelbare Hier und Jetzt. Letzteres besagt, dass in einer gegenwärtigen Situation alles an vergangenen Erfahrungen, Gegenwärtigem und zukünftigen Möglichkeiten sich zu einer befriedigenden oder auch unbefriedigenden Gestalt bündelt, die mehr umfasst als die Summe der darin enthaltenen Einzelteile. Über die Aktivierung einiger in

Beziehung zueinander und zum Ganzen stehenden weniger bewussten Anteile, können Erfahrungen gemacht werden, die in einem dialogischen Prozess zu größerer Bewusstheit und damit zu einer anderen Gewichtung und Erweiterung des bisherigen relativen Gleichgewichts innerhalb einer Gestalt führen.

Das Vorgehen ist phänomenologisch beobachtend auf beiden Seiten, also bei TherapeutIn und PatientIn. Dabei wird weder gedeutet mit einer auf die Vergangenheit des Patienten konzentrierten Theorie von Übertragung (PA), noch auf Veränderungen des Verhaltens gesetzt durch Umstrukturierung vergangener Lerninhalte (VT). Die beobachteten Anteile werden von einem innerlich sozusagen gegenüber sitzenden Ich des Patienten wahrgenommen und in der therapeutischen Situation mit Hilfe des Therapeuten aktiviert und verlebendigt. Das Nebeneinander bzw. Pendeln zwischen der beobachtenden Aufmerksamkeit und dem in den Vordergrund des Erlebens gebrachten Anteil ermöglicht sofort eine dringliche Präsenz im Hier und Jetzt und damit achtsame Anerkennung. Die Erfahrung von Veränderung kann also bereits in der therapeutischen Situation selbst gemacht werden und damit eine Neubewertung und andere Integration oder erweiterte Gestalt einleiten.

Die Ego-State-Praxis in der heutigen Traumatherapie macht mit leichten Variationen genau das. Es kann etwas Neues aus der Beobachtung wahrgenommen werden und damit Gestalt annehmen. Darüber kann in der Patientin beziehungsweise im Patienten ein neues Verständnis und eine andere Einstellung und Akzeptanz entstehen, die zu einem besseren inneren Gleichgewicht führen.

C. Rogers als Begründer der **wissenschaftlichen Gesprächspsychotherapie** wählte einen völlig anderen Fokus. Er fragte (1957) nach den Bedingungen, unter denen ein Heilungsprozess vonstatten gehen kann. Er untersuchte die im therapeutischen **Jetzt** sich vollziehende **reale** Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn und fand heraus, dass die Einstellungen, die Gefühle, die achtsame Aufmerksamkeit sowie die Art der Zuwendung beim



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

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

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

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

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

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

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

Therapeuten und der Therapeutin eine ganz entscheidende Rolle in diesem Heilungsprozess spielen. Damit wandte er sich vom psychoanalytischen Setting und der im Mittelpunkt stehenden Übertragungstheorie ab, in welcher sich der oder die TherapeutIn im Wesentlichen als möglichst „neutral“ verhaltendes Übertragungsobjekt für die Triebe, Affekte, Gefühle und Einstellungen der PatientInnen aus deren Kindheitserfahrungen versteht.

Zusammengefasst geht es um folgende Bedingungen auf der Seite der TherapeutInnen und der zu leistenden Arbeit: 1. Sich der eigenen Einstellungen dem oder der KlientIn gegenüber möglichst im Hier und Jetzt des Beziehungsgeschehens bewusst zu werden; 2. sich den KlientInnen echt/ authentisch und bedingungslos wertschätzend zuzuwenden; 3. sich empathisch einzufühlen; 4. die jeweiligen Beobachtungen zur Verfügung zu stellen, also mitzuteilen, unter Beachtung der augenblicklichen inneren Situation des Klienten sowie des augenblicklichen Beziehungsgeschehens.

Damit setzt die GT primär auf Kongruenz und Kohärenz gegenüber den in Inkongruenz und Inkohärenz befindlichen KlientInnen.

Der interaktive Prozess zwischen KlientIn und TherapeutIn stellt sich als „Entwicklung einer Beziehung“ (Biermann-Ratjen) dar. Dies beinhaltet durchaus notwendig werdende Veränderungen oder auch Herausforderungen innerhalb dieses Beziehungsgeschehens, da je nach Situation oder Phase u. U. andere Interventionen im Sinne von Echtheit und grundsätzlicher Wertschätzung notwendig werden können.

In keiner anderen Ausbildung habe ich so eindeutig gelernt, mit akzeptierender Grundhaltung den KlientInnen (passenderweise wurde nicht von PatientInnen gesprochen) zu begegnen, beobachtend auch mir selbst meiner jeweiligen Haltungen und Gefühle bewusst zu werden und auf dem Hintergrund der gerade jetzt wahrgenommenen Situation Teile meiner Beobachtungen zur Verfügung zu stellen. Die Interventionen wurden darüber sehr genau und subtil.

Diese achtsame beobachtende Präsenz des Beziehungsgeschehens und des intrapsychischen Geschehens führen zunehmend zur Schulung einer ebenfalls achtsamen und akzeptierenden Wahrnehmung und Bewusstwerdung beim Klienten. Und darüber werden dann Veränderungen möglich.

Diese in der GT entwickelten Grundhaltungen wurden in der Ära der feministisch reflektierten Psychotherapien Ende der 70er und dann in den 80er Jahren (aufgrund einschlägiger Erfahrungen im Umgang mit Traumatisierten) zum Standard und haben sich in der späteren Traumapsychotherapie ebenfalls durchgesetzt.

Es waren genau diese Achtsamkeit und die akzeptierende Zuwendung einerseits und das phänomenologisch beobachtende zur Gewährwerdung führende Vorgehen, die ich während meiner Ausbildungen in einigen humanistischen Psychotherapien (Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, TZI als Gruppenmethode), neben den Ausbildungen in tiefenpsychologischen und traumatherapeutischen Konzepten, erworben hatte. Und nach meiner Erfahrung fördern diese Grundeinstellungen die wesentlichen heilsamen Prozesse bei den KlientInnen und nicht primär die Techniken.

Die nun schon nicht mehr neuen Erkenntnisse aus der modernen Physik seit Beginn des vorigen Jahrhunderts, die neuesten ernüchternden Forschungen aus der Genetik (besonders seit 2007) sowie die Erkenntnisse aus der Hirnforschung über

IFP

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

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

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

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

Schwerpunkte:

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

Sucht, Depression, Angst, Burn-out

Zurück ins Leben

Beratung und Information

0800 32 22 32 2

(kostenfrei)

Unsere privaten Akutkrankenhäuser:

Schwarzwald, Weserbergland,
Berlin/Brandenburg
www.oberbergkliniken.de

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


Oberberg
Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

die mentalen Prozesse bestätigen einige Grundprinzipien der damals innerhalb der Gesprächspsychotherapie und der Gestalttherapie noch vage formulierten theoretischen Konzepte.

Die Gefahr bei einer „neuen“ Methode (auch innerhalb der unterschiedlichen traumatherapeutischen Ansätze) sehe ich heute darin, dass die Analyse des Menschenbildes dahinter zugunsten einer scheinbar rein wissenschaftlich sauberen und imponierenden Technik geopfert wird, ohne gewahrt zu werden, dass auch diese wissenschaftliche Sichtweise eine

bestimmte Art von Menschenbild verkörpert. Therapie ist eben nicht nur sauber angewandte Technik, sondern funktioniert nur in Verbindung mit einer Einstellung und Grundhaltung, die dem Menschen als ein Wesen, das auf kohärente Innen- und Außenkommunikation angewiesen ist, gerecht wird. Dafür tragen die behandelnden PsychotherapeutInnen ein hohes Maß an Verantwortung.

In diesem Sinne begrüße ich eine Welle neuer Achtsamkeit, allerdings eine, in der die immer ausgefeiltere Technik auf für die Patienten erfahrbaren und auf sie selbst

übertragbaren beschriebenen Grundhaltungen fußt und darüber zum erstrebenswerten achtsamen Umgang mit sich selbst und anderen führt und damit heilt und Gesundheit fördert.

Ich danke meiner Kollegin Renata Hochhausen für ihre wertvollen Ergänzungen zu diesem Beitrag.

*Dipl.-Psych. Marianne Pollich
Psychologische Psychotherapeutin
Auf dem Hochfeld 10
40699 Erkrath
Marianne_Pollich@t-online.de*

Verhaltenstherapeutische Achtsamkeit und psychoanalytische Aufmerksamkeit

Hans-Geert Metzger

Geradezu euphorisch feiern die Autoren das in der Verhaltenstherapie angeblich neu entwickelte Konzept der Achtsamkeit als einen Paradigmenwechsel, als eine Revolution in „der“ Psychotherapie. Man fragt sich natürlich, wie die Verhaltenstherapeuten bisher gearbeitet haben, wenn den Therapeuten nun empfohlen wird, „wirklich präsent zu sein“ und die Patienten so zu akzeptieren „wie sie sind“ – waren sie bisher so seelenlose Sozialtechniker wie immer befürchtet? Man könnte den Verhaltenstherapeuten also nur gratulieren zu einer tiefgreifenden neuen Einsicht innerhalb ihrer Techniken, wenn sie bloß nicht vorgeben würden, das Ei des Kolumbus neu erfunden zu haben. Die Autoren beschreiben eine Haltung, die nicht nur Freud vor über 100 Jahren schon „vorge schlagen“ hat, wie die Autoren schreiben, sondern die in der Psychoanalyse seit über

100 Jahren zu einem differenzierten Konzept der Aufmerksamkeit, zu ihrer Grundhaltung ausgearbeitet worden ist.

Also: es ist nicht nötig, eine scheinbare Neuerfindung zu feiern, sondern die Autoren könnten auch die vielen psychoanalytischen Texte und Lehrbücher zum Thema zur Kenntnis nehmen. Sie finden dort alles, was ihnen neu vorkommt. Wo bleibt die kollegiale Achtsamkeit, die wissenschaftliche Redlichkeit, wenn die Autoren die Verhaltenstherapie großzügig verallgemeinernd als „die“ Psychotherapie ausgeben?

Natürlich ist mir auch klar, dass es gravierende Unterschiede zwischen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse gibt: In der Psychoanalyse gehört die Aufmerksamkeit zu einem umfassenden und differenzierten behandlingstechnischen Konzept, das

nicht von ungefähr in einer langjährigen Selbsterfahrung und in einer aufwändigen theoretischen und klinischen Ausbildung vermittelt wird. Psychoanalytiker haben ein anderes Erkenntnisinteresse als Verhaltenstherapeuten. Sie suchen den Dialog, nehmen das Innenleben des Patienten ernst, halten seine unbewussten Konflikte für bedeutsam und fördern seine Selbsterkenntnis. Sie fügen Achtsamkeit nicht einem behandlingstechnischen Arsenal hinzu. Wollten die Verhaltenstherapeuten die Achtsamkeit wirklich ernst nehmen, so wird sich die Frage stellen, ob sie ihr technikorientiertes Vorgehen beibehalten können.

*Dr. Hans-Geert Metzger
PP, Psychoanalytiker (DPV)
Finkenhofstr. 38
60322 Frankfurt
hg.metzger@dvp-mail.de*

Aufmerksamkeit für sich und andere – Grundtugend eines Therapeuten

Gerald Mackenthun

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Frau Welsch,

selten hat so viel heiße Luft so schnell Eingang in das Psychotherapeutenjournal

gefunden. Es gibt wohl keine seriöse Therapieform, bei der Achtsamkeit nicht eine Rolle spielen würde. Jetzt eine „schnelle Verbreitung“ dieser therapeutischen Grundhaltung zu konstatieren, kann nur

ein müdes Lächeln hervorrufen. Achtsamkeit mag das Herz der buddhistischen Psychologie sein, aber Martin Heidegger hat für unseren Kulturkreis schon vor 80 Jahren Tiefgründiges zur „Sorge“ geschrie-

ben. Es ist ja erfreulich, wenn die Verhaltenstherapie jetzt aufgewacht ist und die Achtsamkeit für sich entdeckt, aber die übrigen Psychologien können davon nicht beeindruckt sein. Aufmerksamkeit für sich und andere gehörte doch immer schon zu den Grundtugenden eines Therapeuten.

Schon die Definition der Autoren von Achtsamkeit kann nur Widerstand hervorrufen: Ich möchte keineswegs in jedem Augenblick meines täglichen Lebens präsent sein, vielmehr auch dösen, träumen und schlafen dürfen. Die „radikale Akzeptanz“ des Patienten durch den Therapeuten scheint mir eine weitere nicht lebbare Haltung zu sein. Darf der Patient wirklich alles machen was er will? Als bedeutender Rückschritt wird sich erweisen, die Veränderung von Gedanken und Gefühle und ihre Überprüfung an der Realität als Therapieziel aufzugeben.

Replik der Autoren

Halko Weiss und Michael E. Harrer

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, wir möchten ausdrücklich die lebhafteste Diskussion begrüßen, die unser Beitrag zur Achtsamkeit ausgelöst hat. In diesem Thema wird in der Tat die Auseinandersetzung zwischen sehr verschiedenen, ja sogar gegensätzlichen Konzepten der Psychotherapie deutlich. Wir bedauern, dass die notwendige kompakte Darstellung viele wichtige Aspekte außer Acht lassen musste.

Zunächst stimmen wir mit jenen Beiträgen überein, die betonen, dass vieles, was als „neu“ in die Diskussion geworfen wird, schon lange Vorgänger in den psychoanalytischen, tiefenpsychologischen und humanistischen Traditionen hat. Genau das haben wir ja selbst hervorgehoben.

Dennoch möchten wir auch den Willen zu veränderten Perspektiven – und die damit verbundenen wissenschaftlichen Beiträge zum Diskurs – in der Verhaltenstherapie würdigen. Sie repräsentiert einen wesentlichen Teil der akademischen und

Die konkrete Umsetzung von Aufmerksamkeit in den therapeutischen Alltag ist trivial (wie so vieles in der Therapie). Aufmerksamkeit scheint kaum etwas anderes zu sein als nicht-ängstliche Aufmerksamkeit auf sich selbst und auf den Patienten. Die Autoren grenzen zudem gesunde Aufmerksamkeit nicht von pathologischer Selbstaufmerksamkeit wie beispielsweise in der Hypochondrie ab. Es ist gut und wichtig, Aufmerksamkeit zu thematisieren. Was stört ist die Diskrepanz zwischen dem bombastischen Auftritt und der relativen Trivialität eines wichtigen und allgemein bekannten Bestandteils von Psychotherapie.

Mit freundlichen Grüßen

*Dr. Gerald Mackenthun
Grunewaldstr. 84
10823 Berlin
gerald.mackenthun@googlemail.com*

praktischen Psychotherapie und hat durch die Integration von Achtsamkeit einen Prozess angestoßen, der sie von früheren Beschränkungen befreien kann. Diesen Prozess möchten wir unterstützen und nicht brandmarken.

Die Diskussion über das Prinzip der Achtsamkeit sollte aus unserer Sicht aber eben genau nicht für Streitigkeiten zwischen den Schulen missbraucht werden, sondern könnte zu einer neuen Sicht auf gemeinsame, „allgemeine“ Wirkprinzipien, aber auch zu feinen Differenzierungen und einem konstruktiven Austausch zwischen den Schulen führen.

Wir stimmen jedoch nicht mit der Auffassung überein, dass es sich mit der Achtsamkeit lediglich um guten alten Wein in neuen Schläuchen handelt. Ihre ausgefeilte Konzeption ist sehr differenziert und sehr spezifisch. Dies sollte unser Aufsatz verdeutlichen. Insbesondere möchten wir jenen Beiträgen widersprechen, die Achtsamkeit mit Aufmerksamkeit gleichsetzen – oder gar mit Gebeten, oder sie „trivial“

17. Psychotherapietage NRW „Angst und Depression – zwei Seiten einer Medaille“

**Donnerstag, 28.10.2010 –
Montag, 01.11.2010
in Bad Salzuflen**

Die Psychotherapietage NRW bieten Ihnen eine interessante und sehr qualifizierte überregionale psychotherapeutische Fort- und Weiterbildung. Neben dem Leitthema werden aktuelle Fragen der Psychotherapie interdisziplinär und im Dialog der therapeutischen Schulen in Vorträgen, Seminaren, Kursen und Arbeitsgruppen praxisnah aufgegriffen.

Die Zertifizierung ist bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe beantragt. Im letzten Jahr war unsere Veranstaltung mit bis zu 44 Punkten zertifiziert.

Referenten:

Vorträge: S. Bode, R. Bianchi,
F. Leichsenring, J. Kruse, B. Wild

Vorlesungen, Kurse und Arbeitsgruppen:
F. Damhorst, U. Gast, J. Kruse, A. Möllering,
Ch. Smolenski, S. Trautmann-Voigt, W. Tress,
B. Voigt, W. Wöller u.a.

Informationen und Anmeldung:

Tagungsbüro Monika Pult,
Postfach 22 12 80, 41435 Neuss
Tel.: 02182/9108, Fax: 02182/69643,
e-mail: hpult@t-online.de,
internet: www.psychotherapietage-nrw.de

**Hier könnte
Ihre Anzeige
stehen:**

**Für
EUR 455,-
(s/w)
erreichen Sie
rund 37.000
Psycho-
therapeuten.**

finden, und ihr grundsätzlich ein innovatives Potential absprechen. Denn wer sich ein wenig genauer mit der Achtsamkeit befasst, wird merken, dass sie eine Reihe entscheidender Merkmale besitzt, die in der westlichen Psychotherapie (und zwar in allen Hauptrichtungen) entweder gar nicht, nicht differenziert oder nicht konkret beschrieben werden.

Drei der wichtigsten Aspekte sollen dabei nochmals hervorgehoben werden:

Die systematische Kultivierung von speziellen Fähigkeiten und spezifischen körperlich-mentalenen Zuständen, sowohl der Patienten, als auch der Psychotherapeuten durch regelmäßige Übung. Die spezifischen Qualitäten der Achtsamkeit – die nur in unterschiedlichen Teilaspekten Parallelen zu dem zeigt, was in den verschiedenen Schulen hervorgehoben

und als wirksam erachtet wird – werden als übungsabhängig angesehen. Dies ist auch dahingehend zu verstehen, dass sie verloren gehen, wenn sie nicht weiter geübt werden.

Die systematische Trennung von Beobachter und Beobachtetem, die als zentraler Wirkmechanismus zu grundsätzlichen Veränderungen der Bewusstseinsstruktur selber und damit auch zu neuen Stufen der Bewusstseinsentwicklung führen kann.

Eine Reihe von Auswirkungen dieser Übung, wie zum Beispiel eine immer genauere Wahrnehmung und die Entwicklung ganz spezifischer Qualitäten von Empathie und Akzeptanz, auch sich selbst gegenüber.

Auch wenn wir Autoren selbst in der humanistischen Psychologie beheimatet sind

und uns tiefenpsychologischen Traditionen verpflichtet fühlen, wollen wir doch den Beitrag der Vertreter der Verhaltenstherapie anerkennen. Durch deren intensive Anwendungsforschung hat sich die Wahrnehmung von Achtsamkeit und damit verwandten Konzepten durch die „scientific community“ wesentlich verändert. Uns ist dabei sehr wohl bewusst, dass die Verhaltenstherapeuten das Achtsamkeitskonzept nicht entwickelt haben. Wir hoffen, dass von dem gerade nicht schulenspezifischen, für unterschiedliche Traditionen anschlussfähigen Konzept der Achtsamkeit Impulse ausgehen können, das derzeit von medizinischen Modellen dominierte Feld der Psychotherapie gemeinsam weiter zu entwickeln.

Mit kollegialen Grüßen

Halko Weiss und Michael Harrer

Aktuelles aus der Forschung

David Bräuer und Hedwig Schmidinger

Technische Universität Dresden

Kognitive Verhaltenstherapie bei schweren psychischen Störungen: Nicht wirksam, nicht wirksamer als andere oder eben doch wirksam? Wie Metaanalysen Qualität suggerieren und Klarheit reduzieren

Lynch, D., Laws, K. R. & McKenna, P. J. (2009). *Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. Psychological Medicine, 40, 9-24.*

In den Augen zahlreicher Forscher sind Metaanalysen das Mittel der Wahl zur Überprüfung der Wirksamkeit von Therapien und Therapieelementen.

Eine aktuelle metaanalytische Studie von Lynch, Laws und McKenna (2010) hat sich die Frage gestellt, wie wirksam Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei den schweren psychischen Störungen Schizophrenie, Bipolarer Störung und Major Depression ist. Sie legen zwei Schwerpunkte: Erstens, wie effektiv ist KVT bei der Symptomreduktion und zweitens, wie effektiv ist KVT bei der Rückfallprävention (jeweils im Vergleich zu anderen als unspezifisch bezeichneten Therapieformen)? Zu den unspezifisch wirkenden Therapieformen zählen Lynch et al. unter anderen unterstützende Therapie, soziale Aktivitäten, Psychoedukation und Entspannungsverfahren. Weiter wur-

den Studien miteinbezogen, die KVT-Behandlung mit Placebobehandlung bzw. Treatment as usual verglichen.

Die Autoren berichten folgende Ergebnisse: KVT war bei Schizophrenie sowohl bei der Symptomreduktion wie auch der Verhinderung eines Rückfalls im Vergleich zu den Kontrollen nicht effektiver. Zu gleichem Schluss kommen die Autoren bei der Rückfallprävention von Bipolaren Störungen. Bei der Reduzierung von Symptomen der Major Depression und bei der Rückfallprophylaxe finden die Autoren eine höhere Effektivität im Vergleich zu den Kontrolltherapien. Das Fazit der Autoren: die Effekte von Psychotherapie und vor allem KVT werden überschätzt.

Kommentar: Die vorliegende Metaanalyse scheint psychotherapeutischen Ansätzen bei der Behandlung von bipolaren Störungen und Schizophrenie jegliche Daseinsberechtigung abzusprechen. Es tut Not, einen Blick hinter die Kulissen dieser Arbeit zu wagen und die vermeintlich harten Kriterien zu betrachten, die Lynch et al. bei der Auswahl der in ihre Analyse eingehenden Studien anlegen. Dass an den von Lynch et al.

postulierten Auswahlkriterien und der Interpretation der Ergebnisse Diskussionsbedarf besteht, zeigen vor allem zwei Kommentare von Lincoln und Kingdon (beide Kommentare in Psychological Medicine 2010), die einhellig sowohl das Auswahlprozedere, wie auch die Interpretationen von Lynch et al. kritisieren:

So wurden nur Studien zugelassen, die als Kontrollgruppe eine als unspezifisch therapeutisch wirksame Intervention berichten. Die Definition, die Lynch et al. dazu vorlegen, ist aber zumindest fraglich; so werden Entspannungsverfahren, unterstützende Therapie oder Psychoedukation als unspezifisch wirkende Interventionen akzeptiert.

Hinzu kommt erschwerend, dass sich die KVT-Behandlungsgruppe teilweise inhaltlich mit den vorgeschlagenen Kontrollinterventionen überlappt (z. B. Psychoedukation, Steigerung sozialer Aktivitäten) und aufgrund der ausgewählten Studien ebenfalls keine homogene Gruppe darstellt (z. B. unterscheidet sich die Behandlung in der Studie von Hogarty et al., 1997, deutlich von klassischen

KVT-Ansätzen). Ein weiteres Einschlusskriterium stellt die symptombasierte Definition eines Rückfalls dar, was sicher die bessere Definition eines Rückfalls als Rehospitalisierung darstellt. Letztere konsequent auszuschließen, erscheint jedoch nicht nachvollziehbar. Eingeschlossen wurden Studien, bei denen die Untersuchten global die diagnostischen Kriterien der untersuchten Störungsbilder erfüllten, was insbesondere bei der Schizophrenie zu einem heterogenen Patientenpool führt. Ungelöst bleibt zudem das Problem unkontrollierter Arzneimittelwirkungen. In Summe legen die angeführten Kritikpunkte nahe, dass zu eng gefasste Einschlusskriterien, die Übernahme von für die Untersuchung zu weit gefassten Konzepten (Schizophrenie ohne Differenzierung) sowie inhaltlich überlappende Gruppen möglicherweise zu einer Unterschätzung von Effekten der KVT führten.

Dazu kommt: an keiner Stelle erwähnen die Autoren Zahlen, die die Wirksamkeit von Psychotherapie an sich, z. B. durch Vergleiche der Symptomatik vor und nach der Therapie, belegen. Der mangelnde Un-

terschied zwischen den untersuchten therapeutischen Maßnahmen könnte ja auch daraus resultieren, dass eben beide Verfahren gleich wirksam sind, und birgt keinerlei Aussage über Wirksamkeit oder Nichtwirksamkeit von Psychotherapie an sich. In der Darstellung

wird diesem Umstand jedoch wenig Rechnung getragen. Das fällt auf! Insgesamt zeigt die vorliegende Studie, wie mittels spezifischer Vorannahmen und Lücken in Darstellung und Interpretation die Ergebnisse von Metaanalysen behandlungsrelevante Fehlschlüsse

nahelegen können. Dies ist umso bemerkenswerter, als es sich um eine Publikation in einer impactstarken Zeitschrift handelt, die ihre Wirkung nicht verfehlen wird.

Kingdon, D. (2010). Oversimplification and exclusion

of non-conforming studies can demonstrate absence of effect: a lynching party? *Psychological Medicine*, 40, 25-27.

Lincoln, T. M. (2010). A comment on Lynch et al. *Psychological Medicine*, 40, 877-80.

Therapieeffekte in der Behandlung von Depression im natürlichen Setting

Schindler, A. & Hiller, W. (2010). Therapieeffekte und Responseraten bei unipolar depressiven Patienten einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 39 (2), 107-115.

Die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Maßnahmen bei der Behandlung depressiver Störungen konnte in vielen Studien nachgewiesen werden. Allerdings handelte es sich hier bislang fast ausschließlich um randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs), in denen Therapieeffekte mit dem Ziel der Kontrolle möglicher Störfaktoren unter sehr ausgewählten Bedingungen (z. B. Ausschluss komorbider Störungen, Einbezug speziell ausgebildeter Therapeuten, streng manualtreue Behandlung) untersucht wurden. Schindler und Hiller werfen die Frage der Übertragbarkeit derartiger Studienergebnisse auf Routinesettings auf. In ihrer Untersuchung interessieren sich die Autoren dementsprechend für Therapieeffekte und Responseraten bei der Behandlung depressiver Patienten im naturalistischen Setting.

Untersucht wurden 229 Patienten mit Major Depression oder Dysthymie, die sich an

der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Universität Mainz einer klassischen verhaltenstherapeutischen Depressionstherapie (Aktivitätsaufbau, Selbstbeobachtung, kognitive Umstrukturierung, Training sozialer Fertigkeiten) unterzogen. 67,7% der Patienten hatten mindestens eine komorbide Störung, 45,4% wurden medikamentös mitbehandelt, 52% hatten bereits mindestens eine Vorbehandlung. Von den 72 Therapeuten befanden sich 92,3% in der Ausbildung zum Psychotherapeuten. Depressive Symptome (BDI) und allgemeine psychische Belastung (BSI) wurden zur Anmeldung, zu Therapiebeginn und -ende sowie 6 und 12 Monate nach Therapieende (Rücklaufquote 28,4%) erhoben, wobei die Daten aus der Zeit zwischen Anmeldung und Behandlungsbeginn (durchschnittlich 4,8 Monate) als Kontrolldaten genutzt wurden. Die durchschnittliche Therapiedauer betrug 1,5 Jahre.

Im Therapieverlauf zeigte sich ein deutlicher Rückgang depressiver und allgemeiner Belastungssymptome, der auch nach Beendigung der Therapie stabil blieb. Die Therapieeffekte lagen bei durchschnittlich $d = 1,03$ („großer Effekt“

nach Cohen), fielen laut den Autoren in der vorliegenden naturalistischen Studie jedoch tendenziell geringer aus als in randomisierten Studien. Über die Zeit zwischen Anmeldung und Therapiebeginn hinweg blieben die Symptome auf etwa gleichem Niveau, woraus die Autoren schlussfolgern, dass die erfassten Veränderungen tatsächlich Therapieeffekte darstellen und nicht ausschließlich auf Medikation oder Spontanremissionen zurückzuführen sind.

Kommentar: Gerade bei Depressionen ist der Wert von Psychotherapie immer wieder bestritten worden. Es ist deshalb sehr wichtig zu zeigen, dass, selbst wenn die Therapeuten sich noch in Ausbildung befinden, gute Effektstärken erreicht werden können. Es liegt in der Natur der Sache, dass diese Studie im Routinesetting mit einigen methodischen Schwierigkeiten konfrontiert ist, die in randomisiert kontrollierten Studien vermeidbar wären. Wie die Autoren selbst anmerken, erstreckte sich die Wartebedingung, die in Ermangelung der Möglichkeit einer randomisierten Kontrollgruppe eingeführt wurde, über einen deutlich kürzeren Zeitraum als die Therapiebedingung – es ist also nicht aus-

zuschließen, dass Spontanremissionen bei vergleichbaren Zeiträumen aufgetreten wären, die die Unterschiede zwischen Therapie- und Wartekontrollgruppe reduziert hätten. Die geringe Rücklaufquote bei den Katamnesedaten könnte die Ergebnisse dahingehend verfälschen, dass evtl. gerade Patienten mit besseren Langzeitverläufen weiter an der Untersuchung teilnahmen. Derartige Daten sind daher kaum interpretierbar. Wie die Autoren selbst schreiben, sind ihre Aussagen zur Stabilität der gefundenen Symptomreduktionen über das Therapieende hinaus somit mit äußerster Vorsicht zu genießen. Einschränkend für die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Therapieeffekte anderer bspw. niedergelassener Psychotherapeuten ist die Tatsache, dass die Studientherapeuten fast ausschließlich Psychotherapeuten in Ausbildung waren.

Bei allen methodischen Einschränkungen ist die Praxisrelevanz der Studie unbestreitbar, da nur Daten über Therapieeffekte und -verläufe aus dem therapeutischen Routinealltag mit unausgewählten Patienten ein realistisches Bild zu erwartender Therapieergebnisse für Patienten, Praktiker und Kostenträger zeichnen können.

Ablenkung oder Grübeln? Bidirektionale Zusammenhänge zwischen kognitiven Copingstrategien und depressiven Symptomen bei Depressionspatienten

Huffziger, S., Reinhard, I. & Kuehner, C. (2009). A Longitudinal Study of Rumination and Distraction in Formerly Depressed Inpatients and Community Controls. *Journal of Abnormal Psychology, 118* (4), 746-756.

Ein klassischer Bestandteil der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von depressiven Störungen ist der Abbau der Grübelneigung der Patienten. Dabei wird Grübeln über depressive Symptome und deren Ursachen als ein zentraler Mechanismus für die Aufrechterhaltung depressiver Symptome gesehen, wobei letztere ihrerseits im Sinne eines Teufelskreismodells wiederum die Ruminationsneigung verstärken. Ablenkung als Verlagerung der Aufmerksamkeit auf angenehme oder neutrale Gedanken oder Tätigkeiten gilt hingegen als angemessene Bewältigungsstrategie für depressive Stimmungen. In experimentellen Designs konnte dieser Einfluss von Ablenkung und Grübeln auf depressive Symptome nachgewiesen werden, während klinische Studien bislang inkonsistente Ergebnisse brachten. Die Autoren gingen der Frage nach, ob sich im klinischen Setting auch wechselseitige Beziehungen zwischen Ablenkung bzw. Grübeln und depressiven Symptomen nachweisen lassen.

Dazu wurden 82 ehemalige Patienten, die am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim wegen Depression oder Dysthymie behandelt worden waren, 4 Wochen, 6

Monate und 3,5 Jahre nach Therapieende untersucht. Zum Zeitpunkt des Studienbeginns wurden mittels SKID 11% der ehemaligen Patienten als nicht remittiert, 11% als teilremittiert und 78% als vollremittiert eingestuft. Depressive Symptome sowie das Ausmaß an Grübeln und Ablenkung wurden zu jedem Untersuchungszeitpunkt mittels Fragebögen erfasst. Eine bzgl. Alter und Geschlecht vergleichbare gesunde Stichprobe diente als Kontrollgruppe.

Folgende Ergebnisse werden diskutiert. Depressive Symptome waren in beiden Stichproben signifikante Prädiktoren für die Grübelneigung; Grübeln steigerte umgekehrt die depressiven Symptome ausschließlich in der Kontrollgruppe. Für die Patienten-Gruppe galt ferner: Je mehr sie sich ablenkten, desto weniger ausgeprägt waren depressive Symptome zu einem späteren Untersuchungszeitpunkt. Den überraschenden Befund, dass die Grübelneigung der Patienten nicht wie erwartet mit einer Steigerung der depressiven Symptomatik einherging, deuten die Autoren unter Berücksichtigung der überwiegend massiv ausgeprägten Krankheitsvorgeschichte der untersuchten Patienten. Ihrer Meinung nach könnten die Ergebnisse darauf hindeuten, dass Grübeln bei höherer Krankheitsschwere seine Wirkung auf depressive Symptome verliert und zunehmend zum Korrelat der depressiven Symptomatik wird, die dann eher von autonomen neuro-



Das Selbst in der Psychotherapie

Pre-Conference Workshops

Ein wissenschaftliches Symposium

Fr. 19.11.2010 · Pre-Conference Workshops · je 60 €

Sa. 20.11.2010 · Symposium · 100 €

Anmeldung unter:
EOS-Klinik für Psychotherapie
Hammer Straße 18 · 48153 Münster
Telefon 02 51 68 60-111
www.eos-klinik.de

EOS
Klinik

im Verbund der  Alexianer

biologischen Mechanismen aufrechterhalten wird.

Kommentar: Die vorliegende Studie zeigt, dass Störungsmechanismen, die im subklinischen oder gesunden Bereich greifen, bei klinischen Gruppen nicht mehr gelten müssen. Angesichts dieser Ergebnisse geben die Autoren folgende Empfehlung für die psychotherapeutische Behandlung: Eine Reduktion der Grübelneigung solle eher im Rahmen der Prävention bzw.

bei Frühinterventionsmaßnahmen erfolgen, bei Patienten mit schweren und länger anhaltenden Krankheitsverläufen sei hingegen der Einsatz von Ablenkungsstrategien erfolgversprechender. Über die methodischen Probleme dieser Schlussfolgerung (heterogene Patientengruppe bzgl. ihrer Symptomschwere zu Studienbeginn, keine kategoriale Depressionsdiagnostik im Verlauf) hinaus stellt sich jedoch die Frage, inwiefern sich Anti-Grübelmaßnahmen

von Ablenkungsstrategien in der Praxis überhaupt trennen lassen. Grübelstopps etc. greifen ja häufig gerade über eine gedankliche Hinwendung zu anderen Themen. Ablenkung, wie es die Autoren in der Studie definierten, besteht sowohl aus kognitiven (Konzentration auf positive Gedanken) als auch behavioralen Strategien (Ablenkung durch angenehme Aktivitäten). Möglicherweise besteht aber der entscheidende Unterschied für die Praxis gerade in einer

Unterscheidung kognitiver und behavioraler Interventionen, in dem Sinne, dass kognitive Maßnahmen depressive Symptome nur im Präventivsektor bzw. bei leichtgradigen Krankheitsbildern reduzieren, während bei schwereren Verläufen eine Steigerung von Aktivitäten erfolgversprechender erscheint. Weitere Studien mit depressiven Patienten verschiedener Schweregrade wären notwendig, um diese These eingehender zu untersuchen.

Wirkmechanismen der Akzeptanzbasierten Verhaltenstherapie bei Generalisierter Angststörung

Hayes, S. A., Orsillo, S. M. & Roemer, L. (2010). *Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Behaviour Research and Therapy, 48, 238-245.*

Charakteristisch für Patienten mit Generalisierter Angststörung (GAD) ist, neben dem Auftreten häufiger und als übermäßig stark erlebter Sorgen, die Tendenz, unangenehme Gefühle und Gedanken als gefährlich und unkontrollierbar einzuschätzen. Angstpatienten versuchen daher, derartiges Erleben zu vermeiden, z. B. indem sie sich potentiell angstauslösenden Situationen nicht aussetzen. Paradoxe Weise scheint gerade der Kampf gegen die Angst zur Aufrechterhaltung und Exazerbation der Symptomatik beizutragen. Zusätzliche Folge der Vermeidungsstrategien der Angstpatienten ist eine massive Einschränkung des Aktivitätenspielraums, was sich erheblich auf die Lebensqualität der Patienten auswirkt.

Die von Roemer und Orsillo (2007) konzipierte Akzeptanzbasierte Verhaltenstherapie (ABBT) für GAD fokussiert explizit auf diese Mechanismen. Primär geht es hier nicht um Symptomreduktion, sondern um die Akzeptanz von Ängsten und Sorgen sowie darum, unabhängig vom Sorgenniveau wieder mehr Zeit in persönlich wertgeschätzte Lebensbereiche zu investieren. In Vorstudien zeigten sich bei den mit ABBT behandelten GAD-Patienten bereits signifikante Besserungen der Angstsymptomatik.

In ihrer Untersuchung gingen die Autoren der Frage nach, ob die postulierten Wirkmechanismen Akzeptanz und Engagement in wertgeschätzten Aktivitäten sich durch ABBT tatsächlich verbessern und einen Therapieerfolg sowie die Verbesserung von Lebensqualität wahrscheinlicher machen. Zudem wurde betrachtet, ob zunehmende Akzeptanz und Engagement eine größere Rolle für den Therapieerfolg spielen als eine Reduktion der Zeit, die mit Sorgen verbracht wird.

Dazu wurden 43 GAD-Patienten am Center for Anxiety and Related Disorders der Boston University mit 16 Sitzungen ABBT behandelt. Wöchentlich schätzten die Patienten ein, wie viel Zeit sie mit Sorgen, Akzeptanz von unangenehmen Gedanken und Gefühlen sowie dem Engagement für wertgeschätzte Aktivitäten verbrachten. Der Therapieerfolg wurde als Reduktion der Angstsymptomatik ebenso wie die subjektive Lebensqualität mittels Fragebögen erfasst.

Über die Therapie hinweg nahm die Zeit, die Patienten in Akzeptanz und Engagement investierten, von etwa 50% auf 75% der Zeit zu, die Sorgenhäufigkeit nahm hingegen prozentual ab. Veränderungen in Akzeptanz und Engagement machten einen Therapieerfolg wahrscheinlicher, zudem war Akzeptanz ein signifikanter Prädiktor für die Lebensqualität der Patienten. Konsistent mit den Vorhersagen des ABBT-Ansatzes sagte die Veränderung der Sorgenhäufigkeit *nicht* das Therapieergebnis voraus. Aus

den Daten schlussfolgern die Autoren trotz methodischer Einschränkungen (z. B. kleine Stichprobe, Selbsteinschätzung), dass der Hauptwirkfaktor in der GAD-Behandlung nicht die Sorgenreduktion, sondern eine Veränderung der Einstellung gegenüber den Sorgen oder allgemein innerem Erleben ist. Zudem haben diejenigen bessere Therapieergebnisse, die unabhängig vom Angstniveau in für sie wichtigen Lebensbereichen aktiv werden.

Kommentar: Die Studie zeigt die Wichtigkeit der Überwindung der Vermeidung negativer Emotionen in der Behandlung von GAD-Patienten. Psychotherapie sollte Patienten dementsprechend vermitteln, vom „Kampf gegen die Angst“ abzulassen und unabhängig vom Angstniveau in individuell wichtigen Lebensbereichen aktiv zu werden.

Allerdings: wie behandlungsspezifisch sind diese Ergebnisse? Angesichts des Fehlens einer unbehandelten

oder mit einem anderen Therapieverfahren behandelten Kontrollgruppe ist unklar, ob die beschriebenen Veränderungen tatsächlich ein Spezifikum der akzeptanzbasierten Ansätze darstellen oder sich in anderen klassischen Therapieformen ebenfalls finden lassen. Auch eine klassische KVT-Behandlung, vielleicht

auch eine Behandlung mit supportiv-expressiver Psychotherapie (Luborsky), könnte bspw. durch den Abbau von Vermeidungsverhalten eine Erhöhung der Aktivität in wertgeschätzten Lebensbereichen zur Folge haben. Die Erfahrung in Konfrontationstherapien, Angst auch ohne Sicherheitsstrategien aushal-

ten zu können, könnte eine Einstellungsänderung gegenüber Sorgen in Richtung Akzeptanz nach sich ziehen, ohne dass diese Konzepte explizit vermittelt werden. Studien mit therapeutischen Vergleichsbedingungen sind daher vonnöten, die sich dieser Frage widmen. Dem anwendungsbezogenen Fa-

zit der Autoren werden aber viele Kliniker aufgrund ihrer Erfahrungen schon jetzt zustimmen: Die GAD-Behandlung sollte den Fokus weniger auf eine reine Symptomreduktion richten, sondern auf einen gesünderen, weniger angstbesetzten Umgang mit negativen Emotionen und Kognitionen.

Ist die Empfänglichkeit für Veränderungen vererbt?

Pluess, M. & Belsky, J. (2010). Differential Susceptibility to Parenting and Quality Care. Developmental Psychology, 46 (2), 379-390.

Viele TherapeutInnen kennen das Gefühl, dass sich der Therapieerfolg trotz harter Arbeit, Engagement und nach lege artis angewandten Behandlungsmethoden nicht einstellen will. Manchmal geht damit sogar das Gefühl einher, den Patienten im Stich gelassen und als Therapeut versagt zu haben. Dabei gehen PsychotherapeutInnen davon aus, dass Veränderungen vornehmlich von Faktoren, wie Können des Therapeuten oder Motivation des Patienten, abhängen. Das ist sicher richtig, jedoch wird das, was wir sind

und werden, von dem weitaus komplexeren Wechselspiel der Faktoren Anlage und Umwelt bestimmt. Es liegt nahe anzunehmen, dass dies auch für die Veränderungsfähigkeit und -bereitschaft (nicht nur, aber eben auch im psychotherapeutischen Kontext) gilt und vielleicht auch hier die Gene eine Rolle spielen.

Das Verhältnis und Wechselspiel von Anlage und Umwelt wird in den letzten Jahren unter dem Eindruck neuer methodischer Möglichkeiten wieder verstärkt diskutiert. Molekulargenetische Forschungen (unter-)suchen seit einigen Jahren die genauen genetischen Stellgrößen, mittels derer sich die in z. B. Zwillingstudien gefundenen vererbten Anteile

auf bestimmte Orte der DNS (Genloci) zurückführen lassen.

Dabei hat sich die Forschung vornehmlich auf genetische Einflüsse bei pathologischen Ereignissen wie z. B. der Schizophrenie oder der Depression konzentriert, um potentielle Risikoallele oder „Pathologiegene“ zu identifizieren. Evolutionspsychologisch ist die Betrachtung der pathologischen Ausprägungen aber nur eine Seite der Medaille. Auf der anderen finden sich evolutionstheoretisch gesprochen mögliche „Fitnessvorteile“, die ein Individuum aufgrund seiner genetischen Ausstattung in einer bestimmten Umwelt mitbringt. Wie diese Umwelt im Verlauf eines Lebens aussehen wird und was protektive, irre-

levante oder sogar schädliche vererbte oder gelernte Verhaltensweisen sind, ist unsicher. Was heute für ein Individuum adaptiv ist, kann sich in naher Zukunft schon als Nachteil erweisen. Im Sinne des evolutionären Überlebens der Art oder – besser gesagt – des Überlebens des Genoms in diesen unsicheren Umwelten, ist es sinnvoll, möglichst viele Optionen bereitzustellen, um die am besten angepassten Individuen mit Reproduktionsvorteilen zu versehen. Das hoch effiziente Auswahlssystem, welches diesen Prozess steuert, ist bekannt unter dem Begriff der natürlichen Selektion. Diesem Gedanken folgend, ist es nur konsequent, dass sich eine Reproduktions- oder Überlebensstrategie weder komplett

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

**I
V
S**

Institut für Verhaltenstherapie
Verhaltensmedizin und
Sexuologie
- staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2008

Fortbildung in Klin. Hypnose / Hypnotherapie (MEG-Regionalgruppe): 8 Wochenenden, Beginn: 11.12.10 od. 8.01.11

Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen: Ergänzungsqualifikation für die fachliche Befähigung zur Abrechnung von VT bei Kindern u. Jugendlichen, 208 Std. in 12 Blöcken, Beginn: 15. Oktober 2010

Promotionsstudium in Gesundheitswissenschaften (Dr. sc. hum.) in Koop. mit UMIT (Hall / Österreich)

Fachtagung: Die therapeutische Beziehung – Begegnungen mit der Vielfalt, 20. November 2010

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

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

auf den genetischen noch auf den umweltbezogenen Faktor allein verlassen sollte.

Die erfolversprechendste Strategie ist demnach die zur Verfügungstellung eines möglichst breiten Spektrums an Handlungsmöglichkeiten mit unterschiedlichen Ausprägungen der Empfänglichkeit – oder Plastizität – gegenüber Anforderungen einer sich stets verändernden Welt.

Ein konkretes Beispiel für unterschiedliche genetisch determinierte Empfänglichkeit berichten Pluess und Belsky (2010) im Zusammenhang mit mütterlicher Fürsorge, der Qualität der Kinderfürsorge und dem als maßgeblich vererbt betrachteten „schwierigen Temperament“ der Kinder. Diesem Beispiel liegt die Annahme zugrunde, dass Kinder sich in der Empfänglichkeit für elterliche Erziehung und Fürsorge unterscheiden. Diese unterschiedliche Empfänglichkeit bzw. Plastizität auf Einflüsse elterlicher Fürsorge ist evolutionsbiologisch sinnvoll, da unter der Annahme einer sich stetig verändernden Zukunft sich auch die best gemeinten elterlichen Erziehungsbemühungen zu einem späteren Zeitpunkt als maladaptativ erweisen können.

Insgesamt untersuchten Pluess und Belsky 1364 Familien.

Das Temperament der Kinder wurde dabei über eine adaptierte Form des Infant Temperament Questionnaire (ITQ) 6 Monate nach der Geburt erfasst. Die mütterliche Fürsorge und die Qualität der elterlichen Sorge wurden über semistrukturierte Spielsituationen und Beobachtungen im Haushalt der teilnehmenden Familien zu unterschiedlichen Messzeitpunkten erhoben. Als abhängige Variablen wurden unter anderem die Grundfertigkeiten (Lesen, Schreiben, Rechnen) sowie Soziale Kompetenzen (durch Kindergartenbetreuer und Lehrer) erfasst.

In der Tat prädierten der Grad mütterlicher Fürsorge und die Qualität der Kinderfürsorge die späteren Leistungen im Lesen und Rechnen sowie hinsichtlich der sozialen Kompetenzen. Dieser Zusammenhang war jedoch in der Gruppe der Kinder mit schwierigerem Temperament besonders deutlich, denn diese Subgruppe der Kinder hatte *überproportional niedrige* Werte in den Leistungstests und Sozialen Kompetenzen, wenn die mütterliche Fürsorge und Qualität der Kinderfürsorge gering waren. Waren mütterliche Fürsorge und Qualität der Kinderfürsorge jedoch ausgeprägt, erreichten Kinder dieser Gruppe die gleichen und z. B. beim Lesen und in Sozialen Kompetenzen sogar höhere Werte.

Pluess und Belsky folgern daraus, dass Kinder mit schwierigerem Temperament eine größere Empfänglichkeit bzw. Plastizität gegenüber umweltbezogenen Einflüssen (hier mütterliche Fürsorge und die Qualität der Kinderfürsorge) haben.

Kommentar: Generalisiert man diese Ergebnisse, liegt der Schluss nahe, dass sich Menschen in ihrer Plastizität für positive wie negative Umwelteinflüsse unterscheiden und genetisch determinierte Einflüsse in diesen Umweltkontexten unterschiedlich zum Tragen kommen. Gilt dies auch für psychotherapeutische Einflüsse? Sind die am Anfang des Textes beschriebenen Patienten eben die, die im Vergleich weniger plastisch auf Umwelteinflüsse reagieren und folglich im therapeutischen Kontext weniger profitieren können? Menschen, die möglicherweise – ob ihrer genetischen Ausstattung – einfach weniger empfänglich für therapeutische Angebote sind? Die These, dass genetisch modulierte Plastizität auch psychotherapeutische Veränderbarkeit mit determiniert, ist zum jetzigen Zeitpunkt sicher spekulativ und muss durch Forschung erst noch untermauert werden. Immerhin gilt aber: Es wäre ein geschickter Schachzug der Natur, das Überleben der Art zu sichern, indem einige sich eben *nicht* ändern.

Belsky, J. & Pluess, M. (2009). Differential susceptibility to therapy. *New Therapist*, 62, 18-27.



David Bräuer

Technische Universität
Dresden
Klinische Psychologie und Psychotherapie Hohe Straße 53
01187 Dresden
braeuer@psychologie.tu-dresden.de



Hedwig Schmidinger

Technische Universität
Dresden
Klinische Psychologie und Psychotherapie Hohe Straße 53
01187 Dresden
schmidinger@psychologie.tu-dresden.de

Buchrezensionen

Herholz, I., Johnen, R. & Schweitzer, D. (Hrsg.). (2009). Funktionelle Entspannung. Das Praxisbuch. Stuttgart: Schattauer. 340 Seiten, 39,95 €.

Hans Müller-Braunschweig

Unter den heute körperpsychotherapeutisch relevanten Methoden in Privatpraxen und psychosomatischen Kliniken nimmt die durch Marianne Fuchs nach dem zweiten Weltkrieg entwickelte „Funktionelle Entspannung“ (FE), für die der Atem als Ausgangspunkt diente, eine besondere Stellung ein. Die FE wird in diesem Buch zunächst mit ihren theoretischen Grundlagen und der Art ihrer Durchführung von Rolf Johnen und Angela von Arnim fundiert beschrieben und dann in 54 (!) kurzen, aber jeweils prägnant und lebendig beschriebenen Fallbeispielen von erfahrenen Praktikern dargestellt. Es geht dabei vorwiegend um die Behandlung der verschiedensten körperlich-funktionellen Störungen mit starker psychischer Beteiligung, aber auch um vorwiegend psychische Krankheitsbilder.

Zunächst einige Hinweise zur Methode der FE, die hier nur verkürzt und sehr fragmentarisch sein können: So kann ein Patient, der beispielsweise eine stark verspannte Kiefermuskulatur hat (die oft mit einer verspannten, „verbissenen“ Gesamthaltung, nicht ganz selten auch mit erhöhtem Blutdruck verbunden ist), dazu angeregt werden, den Kiefer beim Ausatmen zu lösen, „fallen zu lassen“ und der erlebten Veränderung nachzuspüren. Dadurch wird häufig nach einiger Zeit eine bestehende

Körperentfremdung verändert und bisher Unbemerkt im Körper bemerkt – in diesem Falle die Spannung – später auch zugehörige Emotionen etc. Der willkürlich und autonom gesteuerte Atem bildet dabei auch eine Brücke zur Regulation von organischen Fehlsteuerungen. Hier liegt ein Schwerpunkt der FE, während in anderen körperpsychotherapeutischen Methoden eher Bewegung oder szenische Interaktion im Vordergrund stehen.

Die Vielfältigkeit der folgenden plastischen Fallberichte kann wiederum nur angedeutet werden. So wird berichtet über „Arbeit am äußeren und inneren Halt bei chronischen Schulterschmerzen“, über die FE-Arbeit bei Anorexie und Bulimie, Angst, Hauterkrankungen, funktioneller Stimmstörung, bei Schlafstörungen, Zahnarztangst, Depression (mit Suizidversuch), der Stabilisierung in der Traumatherapie, über Krisenintervention und „FE als Erinnerungsmedizin“ in der Neurologie aber auch – in Verbindung mit der psychodynamischen Sicht der FE – zur Übertragungs-Gegenübertragungs-Regulation. Letzteres weist auch auf den möglichen und wichtigen – oft zeitweiligen – Einsatz der FE als ergänzender körpernaher Psychotherapieform neben einer verbalen Methode hin, besonders bei somatoformen Störungen. Wichtig ist auch die Erfahrung, dass bei

Patienten, die eine verbale Psychotherapie zunächst ablehnen (häufig ebenfalls Patienten mit psychosomatischen Symptomen) und die oft eine längere Odyssee durch Arztpraxen hinter sich haben, über diese Methode ein Zugang möglich werden kann (vgl. a. Lahmann et al., 2010; Johnen, 2009).

Im März 2010 ist Marianne Fuchs in ihrem 102. Lebensjahr nach einem kreativen Leben verstorben. Sie hinterlässt uns eine körperbezogene Psychotherapiemethode besonderer Prägung, die Bestand haben wird.

Lahmann, C., Henningsen, P., Noll-Husong, M. & Dinkel, A. (2010). Somatoforme Störungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60 (6), 227-236.

Johnen, R. (2009). Funktionelle Entspannung. In H. Müller-Braunschweig & N. Stiller (Hrsg.), *Körperorientierte Psychotherapie. Methoden, Anwendungen, Grundlagen* (S. 61-85). Berlin: Springer.

Prof. Dr. phil.
Hans Müller-Braunschweig

Volpertstriesch 4
35435 Wettenberg
Hans-Mueller-Braunschweig@t-online.de



Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Hilfen für schwer psychisch kranke Menschen – Netzwerke in der Gemeindepsychiatrie

Schwer und chronisch psychisch kranke Menschen – das sind insbesondere Menschen mit schizophrenen, bipolaren affektiven, schweren depressiven und schweren Persönlichkeitsstörungen – benötigen Behandlungs- und psychosoziale Unterstützungsangebote, die es ihnen ermöglichen, trotz ihrer Erkrankung selbstständig zu leben und am sozialen und gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Die im Dachverband Gemeindepsychiatrie zusammengeschlossenen Träger, Hilfsvereine, Bürgerinitiativen und die Selbsthilfe leisten hierzu seit über 30 Jahren einen wichtigen Beitrag.

Um Möglichkeiten einer engeren Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten und gemeindepsychiatrischen Verbänden auszuloten, haben die Bundespsychotherapeutenkammer und der Dachverband Gemeindepsychiatrie eine gemeinsame Arbeitsgruppe gegründet. Ziel ist es, mit Vertretern der verschiedenen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen im Sinne einer „Bestandsaufnahme“ zunächst die Kompetenz- und Aufgabenprofile der beteiligten Berufsgruppen zu beschreiben. Hierbei sollen auch mögliche Schnittstellen, Überschneidungen und etwaige Problemfelder identifiziert werden. Langfristig soll versucht werden, ein gemeinsames Versorgungskonzept für schwer psychisch kranke Menschen unter einer stärkeren Einbeziehung von Psychotherapeuten und psychotherapeutischen Konzepten zu entwickeln.

Im Dachverband Gemeindepsychiatrie sind ausschließlich Träger ambulanter gemeindepsychiatrischer Hilfen organisiert. Sie sind in Gemeinden und Städten in ganz Deutschland aktiv mit dem Ziel, dass psychisch erkrankte Menschen in ihren Lebenszusammenhängen mit ihren Kindern, weiteren Angehörigen, Freunden und Nachbarn weiter zusammenleben und

gesunden können. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie hat 200 Mitglieder mit insgesamt 14.000 Mitarbeitern.

Als sich 1976 erste Gruppierungen der deutschen ambulanten und gemeindepsychiatrischen Bürgerinitiativen zu einem Verband zusammenschlossen, standen sie vor der Aufgabe, Pionierarbeit beim Aufbau neuer Versorgungsformen, insbesondere von Wiedereingliederungshilfen für schwer psychisch kranke Menschen zu leisten. Damals lebten chronisch psychisch erkrankte Menschen oft noch in Heimen oder Anstalten weit außerhalb der Gemeinde „auf der grünen Wiese“.

Heute gibt es ein breites Spektrum an ambulanten Hilfsangeboten: betreute Wohnformen, Freizeitangebote, Kontaktzentren und begleitende Hilfen bis hin zu Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten. Hierbei kooperieren die gemeindepsychiatrischen Trägerorganisationen eng mit den Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung. Zu den Besonderheiten des Dachverbandes gehört es auch, dass Betroffene, Angehörige, Bürger sowie Fachleute aktiv und verbindlich an den zusammengeschlossenen Gruppierungen und Vereinen beteiligt sind.

Die Weiterentwicklungen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung spiegeln sich auch in den verschiedenen thematischen Schwerpunkten, die der Dachverband im Laufe der Jahre in seiner Arbeit hatte, wider. Zu Beginn standen die „Professionalisierung“ der Laien- und Bürgerhilfe, z. B. in Kontaktzentren, Clubs oder gemeinsamen Treffpunkten, im Vordergrund. Dann setzte der Dachverband Gemeindepsychiatrie zunehmend auf die Weiterentwicklung der ambulanten Hilfsangebote. Heute sieht er seinen fachlichen Schwerpunkt in der Entwicklung von

ambulanten Versorgungsangeboten, die eine Ergänzung oder Alternative zur stationären psychiatrischen Versorgung sein können. Multiprofessionell ausgerichtete ambulante Behandlungs- und Rehabilitationskonzepte, in denen therapeutische Behandlungsangebote wie Soziotherapie, psychiatrische Pflege, Krisenhilfe, aber auch Psychotherapie miteinander vernetzt sind, sind aus Sicht des Dachverbandes zukunftsfähige Konzepte, die den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist in der Gemeindepsychiatrie wichtig. Seit 2007 gibt es beim Dachverband ein SGB-V-Bundesnetzwerk, das gemeindepsychiatrische Träger bei der Umsetzung von neuen Versorgungskonzepten und ambulanten Komplexleistungen berät.

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie hat sich in seiner Arbeit dem Grundsatz der Inklusion, d. h. der aktiven Verhinderung von sozialem Ausschluss – also der Verhinderung des Verlusts von Familie und Kindern, sozialen Beziehungen, Arbeit und der Verarmung – verpflichtet. Inklusion ist der Leitgedanke und integrierte Versorgung aus Sicht der Gemeindepsychiatrie die zukünftige Praxis, die dies ermöglicht. Durch integrierte Versorgungsangebote soll eine höhere Angebots- und Leistungsdichte im ambulanten Versorgungssektor erreicht werden. Diese soll es ermöglichen, Patienten möglichst frühzeitig in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandeln zu können und dadurch auch die Behandlungcompliance und -konstanz bei dieser Patientengruppe zu verbessern.

Die Einbeziehung von Psychotherapie und psychotherapeutischen Konzepten ist dabei aus Sicht des Dachverbandes dringend notwendig. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie wünscht sich, dass Psycho-

therapeuten aktiv bei der Entwicklung der neuen Versorgungskonzepte mitarbeiten und wichtige Partner in der Netzwerkarbeit vor Ort werden. Hierzu könnte gehören, dass Psychotherapeuten bei der regionalen Bedarfsanalyse mitarbeiten, gemeinsam Kompetenzen und Schnittstellen definiert werden und Supervision angeboten wird.

Psychotherapeuten könnten auch zusammen mit gemeindepsychiatrischen Netzwerken Behandlungs- und Unterstützungsangebote für Ersterkrankte entwickeln. Notfallbehandlungsmöglichkeiten über die Richtlinienpsychotherapie hinaus, ein psychotherapeutisches „Home Treatment“ und die psychotherapeutische Unterstützung von Angehörigen und Kindern wären Behandlungsbausteine, die das bisherige gemeindepsychiatrische Hilfsangebot sinnvoll ergänzen könnten.

Zügige weiterführende Diskussion der Reform der Psychotherapeutenausbildung notwendig

Nachdem der 16. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) mit großer Mehrheit für eine rasche und umfassende Reform der Psychotherapeutenausbildung votiert hat, sollen noch im Laufe des Jahres unter Beteiligung von Berufs- und Fachverbänden, Hochschulvertretern sowie Vertretern von Ausbildungsteilnehmern und Ausbildungsstätten die für ein Gesetzesvorhaben erforderlichen Details ausgestaltet werden.

Die 83. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat am 01.07.2010 in einem einstimmigen Beschluss die Bitte der AG „Heilberufe des Gesundheitswesens“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Vorbereitung einer Novellierung des Psychotherapeutengesetzes einzusetzen, mit Nachdruck bekräftigt. Unabhängig davon wollen die Bundesländer die Ausbildungszugänge zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) neu regeln. Für beide Berufe soll entweder ein Diplomab-

schluss einer Universität oder gleichgestellten Hochschule oder ein Masterabschluss Zugangsvoraussetzung werden.

Auch das BMG betonte noch im April die Notwendigkeit, die Psychotherapeutenausbildung umfassend zu reformieren. In einem Schreiben an den Bundesverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten schloss Bundesgesundheitsminister Rösler allerdings aus, lediglich die Zugangsvoraussetzungen zur PP- und KJP-Ausbildung zu ändern.

Der Vorstand der BPTK sieht im Beschluss der GMK ein klares Signal an die Profession, rasch die erforderlichen Reformdetails abzustimmen. Damit die Reform der Psychotherapeutenausbildung noch in dieser Legislaturperiode realisiert werden kann, soll die Bund-Länder-Arbeitsgruppe noch in diesem Jahr mit einem überzeugenden Gesetzentwurf der Profession unterstützt werden. Ohne eine baldige Reform droht eine bundesweite Etablierung des Bachelorabschlusses als Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapeutenausbildung. Bereits heute ermöglicht dieser Abschluss in neun von 16 Bundesländern den Zugang zur KJP-Ausbildung. Ohne eine Reform bleibt zudem die unerträgliche finanzielle Situation der meisten Ausbildungsteilnehmer während der praktischen Tätigkeit unverändert.

Zu den in den nächsten Monaten auszuarbeitenden Details gehören neben den Eingangsqualifikationen (zu denen bereits ein Beschluss des DPT vorliegt) die Voraussetzungen und die konkreten Regelungen eines formalen Status für Psychotherapeuten in Ausbildung, curriculare Vorgaben einer reformierten praktischen Tätigkeit, die inhaltliche Gestaltung des „Common Trunk“ sowie Übergangs- und Weiterbildungsregelungen. Konkrete Vorschläge werden auf einem Ausbildungsgipfel am 26.10.2010 in Berlin diskutiert.

Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen

Viele Gesundheitsberufe sind traditionell „Frauenberufe“, zunehmend auch akademische Heilberufe. Zu einem nahezu

ausschließlichen Frauenberuf entwickeln sich die Professionen der Psychologischen PsychotherapeutInnen und der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Heute sind zwei von drei PP und KJP Frauen, ihr Anteil wird jedoch weiter wachsen. Beim Nachwuchs in der Altersgruppe der 30- bis 34-jährigen sind neun von zehn Berufsangehörigen Frauen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt vor diesem Hintergrund die Initiative der Bundesregierung, familienfreundlichere Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen zu schaffen. Der Arbeitsgruppe, die im BMG unter Leitung von Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz Antworten auf die Frage der attraktiveren Ausgestaltung der Gesundheitsberufe sowie der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf finden soll, hat die BPTK ein Bündel konkreter Maßnahmen vorgeschlagen:

- Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung sollten die von ihnen angebotenen Versorgungskapazitäten an die individuellen Familienverhältnisse anpassen können. Neben ganzen und hälftigen Versorgungsaufträgen sollte es solche der Faktoren 0,75 und 0,25 geben, die zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgestockt werden können. Bei der Anstellung weiterer PsychotherapeutInnen in der Praxis oder beim Job-Sharing sollte zudem als Leistungsobergrenze der Praxis der Umfang des übernommenen Versorgungsauftrags definiert werden und nicht die im Durchschnitt in den zurückliegenden vier Quartalen tatsächlich erbrachten Leistungen, was oft zu unattraktiven bzw. nicht mehr existenzsichernden Vertragsoptionen führt.
- PP und KJP absolvieren die eineinhalbjährige praktische Tätigkeit im Rahmen der postgradualen Ausbildung in einem Alter, in dem andere Hochschulabsolventen die Gründung einer Familie erwägen. Die meisten Ausbildungsteilnehmer sind in dieser Zeit von den bereits bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, wie dem Elterngeld (oberhalb der Grundförderung) bzw. dem Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung, ausgeschlossen weil für

diese Tätigkeit i. d. R. kein ordentliches Arbeitsverhältnis eingegangen und kein oder nur ein geringes Gehalt bezogen wird. Durch eine Reform der Psychotherapeutenausbildung ist daher sicherzustellen, dass künftig alle Ausbildungsteilnehmer nach ihrem Studium ihre praktische Tätigkeit in einem ordentlichen Arbeitsverhältnis absolvieren und in dieser Zeit ein angemessenes und Lohnersatzleistungen begründendes Gehalt beziehen.

- Daneben sind generelle Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf umzusetzen. Dazu gehört neben dem bereits beschlossenen Ausbau der Betreuung der Unterdreijährigen ein ausreichendes Angebot bei Hortbetreuung und Ganztagschulen. Angehörige der Gesundheitsberufe brauchen dabei besonders flexible Betreuungszeiten. In Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken sollten dazu betriebliche Betreuungseinrichtungen eingerichtet werden.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung gemäß § 137a SGB V – bald auch in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen?

Bereits mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) hatte der Gesetzgeber die Grundlagen für eine erhebliche Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung gelegt. Nach langem und teilweise zähem Ringen hat diese nun mit der Verabschiedung der Rahmenrichtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (SQS) vom 19. April 2010 (Richtlinie Nr. 13) und der ersten gültigen Fassung des Methodenpapiers (Version 2.0) vom 30. Juni 2010 ihre ersten Konkretisierungen erfahren.

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-WSG im § 137a SGB V den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) berechtigt, eine fachlich unabhängige Institution damit zu beauftragen, eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Darstellung der Qualitätssicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu entwickeln, u. a. für

den ambulanten und stationären Sektor, das ambulante Operieren, die ambulante Behandlung im Krankenhaus und die Disease-Management-Programme (DMP).

Nach einer europaweiten Ausschreibung hatte sich der G-BA bereits am 10. Februar 2009 für das Göttinger Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) entschieden. Aufgrund von Rechtsstreitigkeiten im Zuge eines Einspruchs des Mitbewerbers Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) gegen die Vergabe, hatte sich die rechtskräftige Entscheidung für das AQUA-Institut noch bis August 2009 verzögert. Auch die langen kontroversen Beratungen zur sogenannten Richtlinie Nr. 13 zogen sich über mehr als zwei Jahre und zahlreiche Plenums- und Unterausschusssitzungen des G-BA hin. Erst in den letzten Monaten vor der Verabschiedung war auch die BPTK in die Beratungen einbezogen worden.

Deutscher Psychologie-Preis 2011

Der Deutsche Psychologie-Preis 2011 wird am 25. Oktober 2011 in Berlin verliehen. Erstmals wird dann auch die Bundespsychotherapeutenkammer Trägerin dieses Preises sein.

Ziel des Deutschen Psychologie-Preises ist es, die Visibilität der Psychologie in Deutschland zu stärken. Dazu soll auch die Verleihung im Rahmen einer feierlichen Festveranstaltung beitragen, die künftig dauerhaft im Leibniz-Saal der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften (BBAW) stattfinden wird.

Die Rahmenrichtlinie bedarf nun noch der Genehmigung durch das BMG. Diese wird insbesondere davon abhängen, ob das beschlossene Verfahren auch der datenschutzrechtlichen Prüfung standhält. Der G-BA hat unabhängig davon das AQUA-Institut bereits mit der Bearbeitung der ersten vier Themen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragt, zuletzt mit dem Thema des kolorektalen Karzinoms. Die Aufgaben des AQUA-Instituts beinhalten dabei die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten, die Datensatz-

spezifikation und Datenvalidierung sowie die Auswertung der Daten auf Bundes- und Landesebene. Das Methodenpapier des AQUA sieht dabei eine frühzeitige Beteiligung der Fachöffentlichkeit im Rahmen von Scoping-Workshops vor und entspricht damit einer zentralen Forderung der BPTK und anderer Organisationen.

Die Durchführung der SQS wird im Regelfall der länderbezogenen Verfahren der neu gegründeten Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) obliegen. Die erforderlichen Datengrundlagen unter Nutzung bundesweiter Datenpanels und die landesbezogenen Auswertungen hierfür werden vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellt. Wenn die Belange der Psychotherapeuten von einem QS-Verfahren betroffen sind, werden hierbei auch die Landespsychotherapeutenkammern von den LAG zu beteiligen sein. Die bundesbezogenen Verfahren, welche insbesondere bei seltenen Erkrankungen/Indikationen wie z. B. den Transplantationen zum Tragen kommen, werden vom AQUA-Institut selbst durchgeführt. Grundsätzlich sind dabei auch die selektivertraglichen Versorgungsbereiche und die privat Versicherten in die SQS einbezogen.

Die Themenauswahl für die SQS wird künftig im G-BA nach einem strukturierten Verfahren erfolgen. Wann psychische Erkrankungen oder Versorgungsprobleme von Patienten mit psychischen Erkrankungen unmittelbar Gegenstand der SQS werden, ist zurzeit noch nicht absehbar. Zunächst werden daher vermutlich Weiterentwicklungen der sektorspezifischen Qualitätssicherung, wie sie z. B. derzeit für die ambulante Psychotherapie diskutiert werden, im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen.

Dabei beinhaltet die sektorenübergreifende Qualitätssicherung eine Reihe von wesentlichen Neuerungen und Perspektivänderungen gegenüber der bisherigen sektorspezifischen QS, die auch im Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sinnvoll sein könnten. Wesentlich ist insbesondere, dass nicht die einrichtungsbezogenen Ergebnisse im Zentrum stehen, sondern die patientenbezogenen Behandlungsverläufe und Behandlungsergebnisse in einer Behandlungskette. Somit kann der Blickwin-

kel der QS besser auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet werden. Verschiedene Behandlungsepisoden können im Zusammenhang bei einer stärkeren Betonung des längerfristigen Behandlungserfolges betrachtet werden.

Das stellt zum einen bei der Analyse und Information über die Ergebnisqualität neue Anforderungen an die Methodik der Risikoadjustierung, damit Vergleiche zwischen Einrichtungen aussagekräftig und fair bleiben. Zum anderen erlaubt die Komplexität der Daten und der Behandlungsverläufe vielfach keine eindeutige Ursachenzuschreibung hinsichtlich der erzielten Ergebnisqualität zu einzelnen Einrichtungen oder Leistungserbringern. Vielmehr ist hier eine neue Kommunikationskultur zwischen den Leistungssektoren erforderlich, die z. B. eine gemeinsame Diskussion über die erzielten Ergebnisse ermöglicht und darauf ausgerichtet ist, Verbesserungspotenziale in der Versorgungskette zu identifizieren und umzusetzen. Damit könnte der ursprüngliche Gedanke der Qualitätsförderung wieder stärker ins Zentrum der Qualitätssicherung rücken und die häufig beklagte Fokussierung der Qualitätssicherung auf die Kontrolle des Leistungsgeschehens und auf Sanktionierungsmaßnahmen bei Qualitätsproblemen zurückdrängen.

Dabei wird empirisch zu prüfen sein, ob die SQS tatsächlich das erhoffte Verbesserungspotenzial in der Versorgung der adressierten Erkrankungen, aber auch der Versorgung insgesamt, entfalten kann.

Reformbedarf der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten

In Deutschland leben knapp sieben Millionen Menschen mit einem ausländischen Pass. Über 15 Millionen Menschen haben mindestens ein Elternteil, das nach Deutschland immigriert ist. Der Prozess der Migration in ein anderes Land oder eine andere Kultur ist oft mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden. Ergebnisse aus dem Bundesgesundheitsurvey und dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey weisen darauf hin, dass psychische Erkrankungen sowohl bei Migranten als auch

bei deren Kindern im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung häufiger auftreten. Dennoch nehmen Migranten Leistungen des Gesundheitssystems nur unterdurchschnittlich in Anspruch. Eine Studie der Universität Hamburg ergab, dass bei einem Bevölkerungsanteil von 25 Prozent nur 14 Prozent der Patienten in ambulanter Psychotherapie in Hamburg einen Migrationshintergrund aufwiesen. Ursachen für den erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem liegen in sprachlichen und juristischen Barrieren, fehlenden Informationen über die Leistungen des Gesundheitssystems, begrenzten interkulturellen Kompetenzen der Gesundheitsberufe sowie fehlenden spezialisierten Behandlungsangeboten für bestimmte Migrantengruppen.

Die BPTK hat ein Standpunktpapier verfasst, in dem der Reformbedarf der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten skizziert wird. Unter anderem sind an folgenden Stellen Verbesserungen erforderlich:

Migranten, die nicht ausreichend deutsch sprechen, sollte eine muttersprachliche Psychotherapie ermöglicht werden. Im ambulanten Sektor sollte der G-BA muttersprachliche Psychotherapie in seiner Bedarfsplanungs-Richtlinie als Kriterium für einen lokalen Sonderbedarf berücksichtigen. Wird ein lokaler Sonderbedarf angenommen, wenn in einem Stadtbezirk z. B. mehr als zehn Prozent der Bevölkerung einer bestimmten Migrantengruppe angehören, ergäbe sich für Berlin ein Sonderbedarf von sieben Psychotherapeuten, die ausschließlich in türkischer Sprache behandeln.

Sind muttersprachliche Psychotherapeuten nicht verfügbar, sollte ein Anspruch auf einen qualifizierten neutralen Dolmetscher bestehen. Auf keinen Fall sollte auf Angehörige mit Deutschkenntnissen zurückgegriffen werden.

Auch in der stationären Versorgung fehlen spezifische Angebote für Migranten. Der G-BA sollte Krankenhäuser künftig verpflichten, in ihren Qualitätsberichten darüber zu informieren, ob sie über interkulturell geschulte Mitarbeiter verfügen, Psychotherapeuten mit den notwendigen sprachlichen Kompetenzen beschäftigen und Dolmetscherdienste oder spezialisiert

te Behandlungsangebote anbieten, wie z. B. Gruppentherapien für lokal häufige Migrantengruppen. Der Einsatz von Dolmetschern und spezifischen Behandlungsangeboten für Migranten sollte auch im neuen Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik berücksichtigt werden.

Migrantenkinder nehmen erheblich seltener an Früherkennungsuntersuchungen teil, obwohl sie häufig psychisch erkranken. Die BPTK fordert schon seit Langem, die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder generell ab dem vierten Lebensjahr (U8) um Screenings für psychische Auffälligkeiten zu ergänzen. Außerdem sollte mindestens eine zusätzliche Früherkennungsuntersuchung zwischen dem siebten und neunten Lebensjahr in der Schule stattfinden. Mit einer Untersuchung im schulischen Setting könnten alle Kinder eines Jahrgangs erreicht werden. Von ihr profitieren insbesondere jene Kinder, die selten zu einem niedergelassenen Arzt gehen.

Ein besonderer Bedarf besteht bei der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen. Ein großer Teil dieser Menschen hatte traumatische Erlebnisse, insbesondere als Kriegsflüchtling oder Folteropfer. Die psychotherapeutische Versorgung dieser Menschen scheitert jedoch oft an sprachlichen Barrieren. Hierfür sind speziell qualifizierte Dolmetscher erforderlich, die aufgrund der hohen Emotionalität der Behandlung oft gesonderte Supervision benötigen.

Darüber hinaus ist es erforderlich, den Anspruch auf Krankenbehandlung, der aktuell durch das Asylbewerberleistungsgesetz eingeschränkt wird, an die Ansprüche von Sozialhilfeempfängern anzugleichen. Für die psychosozialen Zentren zur Behandlung von Flüchtlingen und Folteropfern ergeben sich aktuell finanzielle Engpässe durch das Auslaufen von EU-Fördergeldern. Die staatliche Förderung für diese Zentren sollte dringend ausgebaut und verstetigt werden. Das Standpunktpapier kann unter www.bptk.de heruntergeladen werden.

Geschäftsstelle

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel. 030 278785-0
Fax. 030 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

dieser Ausgabe des Psychotherapeutenjournals liegt der Bericht über die Kammerarbeit der letzten Amtsperiode 2006-2009 der Vertreterversammlung, des Vorstandes, der Geschäftsstelle und der Kammerausschüsse bei. Der Bericht dokumentiert das vielseitige, oft komplexe und häufig zeitaufwändige Engagement der in der Kammerarbeit beteiligten Mitglieder und der Geschäftsstelle. Wir möchten Sie anregen, in dem Bericht herumzuschmökern, manches, was ihr Interesse findet, zu vertiefen. Wir möchten allen Kolleginnen und Kollegen, die in dieser Zeit zum Gelingen der Kammerarbeit beigetragen haben, nochmals herzlich danken.

Ausführlich berichten wir über die Fachtagung zur Abstinenz in der Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung. Aufgabe der Kammer ist in diesem Zusammenhang nicht nur die Festlegung von Rege-

lungen in der Berufsordnung, sondern auch die Förderung der Auseinandersetzung mit den ethischen Grundlagen unserer Berufsausübung. Gerade unser Beruf, in dem wir eine besondere Offenheit der Patienten fördern und in dem eine enge emotionale Nähe aufkommen kann, erfordert eine ethische Haltung, die den Patienten die Sicherheit gibt, dass wir deren Offenheit nicht missbrauchen und über Verschwiegenheit und Abstinenz die Rechte und Autonomie der Patienten achten.

Zur Wahrung ihrer Rechte und Autonomie benötigen manche Patienten oder deren Angehörige Beratung und Hilfe. Seit längerer Zeit beschäftigen wir uns in der Kammer damit, hierzu ein breites Angebot zu schaffen. Die Kooperation mit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) ist hierzu ein Baustein. Dort können Patienten und Ratsuchende über Möglichkeiten aufgeklärt und beraten werden, wie

sie mit Schwierigkeiten und Beschwerden über ihre Therapie oder ihre Therapeuten umgehen können, ohne dass bei einem Berufsordnungsverstoß ein Verfahren eingeleitet werden muss. Dies ist ein Baustein im sog. Beschwerdemanagement. Weitere, wie bspw. die Möglichkeit für Mediation bei in Schwierigkeiten geratenen oder entgleisten Behandlungen, werden derzeit erörtert und bezüglich ihrer Realisierungsmöglichkeit untersucht.

Auch wenn sich Behandlungsprobleme, die zu Unzufriedenheit unserer Patienten führen können, nie vollständig vermeiden lassen, hoffen und wünschen wir Ihnen, dass Ihre Behandlungen mit möglichst wenig Komplikationen verbunden sind.

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

Verantwortung in der Psychotherapie: Abstinenz aus fachlicher und juristischer Sicht – Fachtagung der LPK BW

Der diesjährige mit ca. 120 Teilnehmern gut besuchte „kleine“ Landespsychotherapeutentag der LPK Baden-Württemberg beschäftigte sich als Fachtagung mit dem Problem der Abstinenzverletzungen in der Psychotherapie. Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz begrüßte u. a. den Präsidenten der LPK Hessen, Jürgen Hardt, den Vizepräsidenten der LPK Bayern, Dr. Bruno Waldvogel, Vorstandsmitglied der LPK Niedersachsen, Jörg Hermann sowie die Kammeranwälte Manfred Seeburger und Michael Mächtel und den vorsitzenden Richter am Bezirksberufsgesicht Karlsruhe, Hans Fischer.

Dr. Munz betonte in seiner Eröffnungsrede, wie wichtig es sei, sich mit dieser Thematik zu beschäftigen. Nicht Tabuisierung von Abstinenzverletzungen sei die Lösung, sondern nur der offene Diskurs über sie und ihre Folgen. Auch müsse eine Aufklärung über die berufs- und strafrechtlichen Folgen stattfinden. Hierzu wollte die Tagung einen Beitrag leisten und damit die fachliche Diskussion und Auseinandersetzung mit dem Thema weiter fördern. Die Tagungsbeiträge und Fallbeispiele können von der Homepage der Kammer (www.lpk-bw.de) heruntergeladen werden.



Dr. Monika Becker-Fischer

Im ersten Vortrag stellte Dr. Monika Becker-Fischer (Deutsches Institut für Psychotraumatologie DIPT Köln) die wich-

tigsten Forschungsergebnisse zum Thema Abstinenzverletzungen vor. Ein bedeutsamer Befund liegt in der Rate betroffener Patienten, die Becker-Fischer zwischen 10 und 20% angab, nicht eingerechnet eine mehr oder weniger hohe Dunkelziffer. Private, v. a. sexuelle Beziehungen zwischen Therapeut und Patient hätten dabei eine besonders negative Wirkung auf den Patienten. So habe sich laut einer Studie der psychische Gesamtzustand nach einer sexuellen Abstinenzverletzung im Vergleich zu Therapiebeginn bei ca. 70% verschlechtert. Besonders Aufsehen erregend war das Ergebnis einer Studie, wonach bei betroffenen Patienten ein ähnlich hoher psychotraumatischer Belastungsgrad wie bei Folteropfern gemessen wurde (Vergleich der Selbsteinschätzung der Patienten mit der von Folteropfern).



Blick ins Plenum

Im Anschluss an den Vortrag von Frau Becker-Fischer gab es eine Vielzahl von Wortmeldungen und Fragen aus dem Publikum, so zum Beispiel, ob es sich bei einer Abstinenzverletzung erst um ein Delikt handelt, wenn sie zur Anzeige gebracht wird. Hier wurde klargestellt, dass es sich nach der Berufsordnung (BO) der Kammer(n) immer um einen Verstoß handelt, egal, ob die Abstinenzverletzung angezeigt wird oder nicht. Die BO der LPK Baden-Württemberg erlaubt unter dem Vorbehalt, dass keine Behandlungsbedürftigkeit oder Abhängigkeit beim Patienten mehr besteht, einen intimeren Kontakt zwischen Therapeut und Patient, wenn das Therapieende mehr als ein Jahr zurückliegt. Kritisch angemerkt hierzu wurde aus dem Publikum, dass diese Zeitspanne zu eng gesetzt sei und z. B. mindestens auf drei Jahre ausgedehnt werden sollte. Es kam auch die Frage nach der Definition des Begriffes Abstinenzverletzung auf, z. B. ob schon ein gemeinsames Abendessen

mit dem Patienten dazu zähle. Seitens der LPK wurde hierbei betont, dass man sich bisher zu sehr am juristischen Begriff der sexuellen Handlung orientiere.

Dietrich Munz ging im zweiten Vortrag auf die Abstinenz als ethische Grundhaltung in der Psychotherapie ein. So bedürfe die psychotherapeutische Behandlung eines Kodex, der Glaubwürdigkeit, Schutz und Verlässlichkeit für den Rahmen der Behandlung biete. Die Auseinandersetzung mit der Ethik sollte jedoch nicht zu schnell durch eine Moral mit Verböten und Geböten ersetzt werden, sondern es müsse ein Diskurs über die Ethik aufgegriffen werden, um hieraus gegebenenfalls spezifische, für die psychotherapeutische Situation erforderliche Handlungskodizes zu entwickeln und eine vertiefte Auseinandersetzung mit den in Psychotherapien entstehenden ethischen und moralischen Konflikten zu ermöglichen.

Sexuelle Grenzüberschreitungen von Psychotherapeuten können, wie Munz ausführte, verheerende Folgen für die Beziehungs- und Vertrauensfähigkeit der betroffenen Patienten haben. Folgen könnten darüber hinaus auch in einer jahrelangen Arbeitsunfähigkeit, in einer Hörigkeit bis hin zu psychotischer Dekompensation und Suizid liegen – selbst wenn es nur zu kurzzeitigen sexuellen Beziehungen von wenigen Tagen komme. Dabei könnten sich die Täter solcher Verletzungen nicht auf Fälle ohne schädliche Konsequenzen für die Patienten berufen. Nicht nur die tatsächlich eintretenden, sondern das bewusste in Kauf nehmen solcher bekannter Folgen zu Gunsten persönlicher Bedürfnisbefriedigung bestimmten solches Handeln als zutiefst unethisch.



Dr. Dietrich Munz

Arten von Grenzverletzungen können auch z. B. therapeutischer Voyeurismus, Komplizenschaft, ein narzisstischer Über-

griff, in dem der Therapeut versucht, eigene Bedürfnisse nach Anerkennung, Beachtung und Bewunderung zu erhalten oder die Ausnutzung der Schuldgefühle von Patienten sein. Abstinenz sei einerseits eine moralische Forderung an den Psychotherapeuten, andererseits führten jedoch die offene Auseinandersetzung mit den Grenzen der Psychotherapie und den eigenen Behandlungen zu einer Verinnerlichung und somit zu ethischer Verantwortung. Dies gelte vor allem auch für die psychotherapeutische Ausbildung, in der die Auseinandersetzung mit der ethischen Verantwortung des Psychotherapeuten sowohl unter philosophischen als auch unter handlungspraktischen Gesichtspunkten ausreichend Zeit haben sollte.



Kristiane Göpel

Anschließend stellte Kristiane Göpel, Mitglied im Vorstand der LPK Baden-Württemberg, eine Reihe von Beschwerdefällen vor, welche die häufigsten Arten von Grenzverletzungen abdeckten.

Als letzter Programmpunkt der Tagung fand eine Podiumsdiskussion unter Moderation von Bruno Waldvogel, den Kammeranwälten Manfred Seeburger und Michael Mächtel, der Justiziarin der LPK, Rechtswältin Dagmar Löffler und den drei Referenten statt, in der vor allem das Publikum die Möglichkeit hatte, seine Fragen an das Podium zu richten.

Ein thematischer Schwerpunkt lag dabei auf der bzgl. Strafen für Abstinenzverletzungen oftmals großen Diskrepanz zwischen einem harten Strafrecht und einem von vielen als zu milde eingeschätzten Berufsrecht. Diskutiert wurde dabei u. a. die Forderung, zusätzlich zur Strafe im Strafverfahren im Rahmen des Berufsrechts weitere Maßnahmen zur Wahrung des Ansehens des Berufsstandes und zur

Vermeidung von Wiederholungstaten zu ergreifen, wie z. B. hohe Geldstrafen, die Aberkennung von Berufs- und Wahlrechten, die Aussetzung oder Beendigung der Kammermitgliedschaft oder auch der Entzug der Approbation sowie der KV-Zulassung. Außerdem, so wurde kritisch angemerkt, sei die Verjährungsfrist der Tat oft nicht ausreichend, da ihre Folgen oft erst später zum Tragen kämen und Patienten oft lange zögerten, bis sie die Übergriffe zur Anzeige brächten. Es wurde von den Teilnehmern gefordert, schon in der Ausbildung verstärkt zu prüfen, ob der jeweilige Ausbildungskandidat für den Beruf des Psychotherapeuten geeignet sei. Einhellig war die Meinung, dass durch das Fehlverhalten einzelner Kollegen (und seltener Kolleginnen) das Vertrauen in einen ganzen Berufsstand aufs Spiel gesetzt werde und die berufsständische Vertretung entsprechend hart auf Vergehen reagieren müsste. Des Weiteren wurde diskutiert, ob nicht eine verpflichtende Teilnahme an einer Supervisionsgruppe berufsrechtlich geregelt werden könnte.



Podium (v. l. n. r.): Dr. Monika Becker-Fischer, Kristiane Göpel, Moderator Dr. Bruno Waldvogel, die beiden Kammeranwälte Manfred Seeburger und Michael Mächtel sowie Dagmar Löffler, Justiziarin LPK BW

Als Problem wurde auch gesehen, dass die Berufsordnung der LPK hinter der Musterberufsordnung Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zurückbleibe. So seien sexuelle Abstinenzverstöße gut abgedeckt, während solche aus wirtschaftlichen Interessen nicht geregelt seien und somit nicht gut geahndet werden könnten. Es wurde deswegen auch von den Teilnehmern gefordert, dass die Kammer in der Berufsordnung regeln solle, was alles genau unter Abstinenzverletzungen falle.

Von juristischer Seite wurde bemängelt, dass den Anwälten insbesondere bei kleineren Verstößen die Einschätzung von psychotherapeutischen Fachkollegen fehle, wie die Schwere der Tat zu beurteilen sei oder wie kleinere und mittlere Verstöße klar voneinander getrennt werden könnten. Weiterhin wurde von Anwaltsseite angeregt, dass alle Verstöße, egal welchen Ausmaßes, vor das Berufsgericht kommen sollten. Bemängelt wurde zudem, dass das Heilberufekammergesetz keine Schlichtungsstelle am Berufsgericht zulasse.

Dr. Munz schloss die Tagung mit einer Einladung an die Teilnehmer, sich an einer Arbeitsgruppe zur vertiefenden Diskussion des Themas und v. a. zur Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten zu beteiligen. Spontan meldete sich eine größere Anzahl der Teilnehmer, was die Bedeutung des Themas und den Wunsch zur intensiveren Diskussion aufzeigt. Einen ersten Termin dazu wird es im Herbst geben. Insgesamt war die Veranstaltung von einem sehr lebhaften Austausch geprägt und bestärkte den Kammervorstand in der Auffassung, das Thema weiterhin zu priorisieren.

Kooperation mit der unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD)

Die Kammer hat ihr bekannt werdende Verstöße gegen die Berufsordnung im Rahmen ihrer Berufsaufsicht zu ahnden. Da sie bei einem Berufsordnungsverstoß eine (neutrale) Untersuchung des Sachverhalts einzuleiten hat, sind ihre Beratungsmöglichkeiten gegenüber Patienten eingeschränkt. Nur eine unabhängige Institution kann Patienten und andere Ratsuchende umfassend über alle Möglichkeiten informieren, wie sie mit Schwierigkeiten mit ihren Therapeuten oder Beschwerden gegen diese umgehen können.

Deshalb haben die Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern und Berlin sich Mitte Juni 2010 gemeinsam mit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) auf ein Kooperationsprojekt geeinigt, Betroffenen bei Beschwerden im psychotherapeutischen Kontext eine von der Kammer unabhängige Anlaufstelle anzubieten. Der Start für eine erste Pilotphase ist für den 1. August 2010 vereinbart. Die

LPK BW wird sich bis 31.12.2010, dem Ende des Pilotprojektes, beteiligen.

Die UPD hat im Zuge des Projektes an ihr „Überregionales Beratungsangebot psychische Erkrankungen“ (ÜRBA) eine zusätzliche Anlaufstelle mit Sitz in Köln für Beschwerden zur Psychotherapie eingerichtet. Zu festgelegten Zeiten können sich Betroffene telefonisch über eine spezielle Telefonnummer und über ein entsprechendes Online-Angebot beraten lassen. In der Pilotphase wird die telefonische Beratungszeit zunächst auf zwei Stunden wöchentlich festgelegt. Finanziert wird die Anlaufstelle aus Mitteln der UPD, um die Unabhängigkeit der Beratung zu gewährleisten.

Mit Hilfe der Zusammenarbeit mit der UPD haben die an diesem Projekt beteiligten LPKen ihr eigenes Beschwerdemanagement mit einem zusätzlichen und niedrigschwelligen Beschwerde- und Be-

ratungsangebot erweitert. Unabhängig von kammergesetzlichen Auflagen wie z. B. Berufsaufsicht und Ahndung von Berufsverstößen finden Ratsuchende in der neuen Anlaufstelle einen Berater, dem sie sich anvertrauen können.

Zu den wichtigsten Zielen der „Anlaufstelle für Beschwerden zur Psychotherapie“ gehören:

- Entgegennahme von Beschwerden zur psychotherapeutischen Behandlung, ohne dass die/der Psychotherapeut/in Kenntnis davon erhält,
- Aufklärung über Patientenrechte und Berufspflichten von Psychotherapeuten,
- Aufklärung über die unterschiedlichen Beschwerdewege der jeweils zuständigen Heilberufekammer,
- Entwicklung von Handlungsperspektiven, die sich an den Bedürfnissen und

Ressourcen der Ratsuchenden orientieren.

Die UPD versteht sich als Wegweiser und Lotse durch das deutsche Gesundheitswesen. Ihr Beratungsangebot umfasst die persönliche Beratung vor Ort in 22 Beratungsstellen, ein kostenfreies Beratungstelefon, Online-Anfragen sowie die überregionale Beratung

zu spezifischen Gesundheitsthemen. Die UPD wird von drei großen Organisationen partnerschaftlich getragen: Sozialverband VdK Deutschland e. V., Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. und Verbund unabhängige Patientenberatung e. V.

Der Vorstand der LPK BW hat in den letzten drei Vertreterversammlungen verschie-

dene Möglichkeiten eines niederschweligen Beschwerdemanagements vorgestellt und diskutiert. Zu diesem Thema wurde kammerseitig darüber hinaus ein Artikel veröffentlicht (Munz et al., 2009; Link zum kostenlosen Download: www.lpk-bw.de/fachportal/fachbeitraege/fb_artikel.html). Weitere Informationen unter www.lpk-bw.de/upd/upd.html.

Werner Kraft, ehemaliges Mitglied im Berufsordnungsausschuss, gestorben

Mit tiefer Trauer haben wir die Nachricht erhalten, dass Herr Dipl.-Psych. Werner Kraft gestorben ist. In Gedenken an ihn möchten wir auf seine Verdienste für unseren Berufsstand hinweisen. Werner Kraft erkannte bereits Jahrzehnte vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes die Notwendigkeit einer angemessenen berufsrechtlichen Regelung für klinisch tätige Psychologinnen und Psychologen. Als Vertreter des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)

forderte er in seinen zahlreichen politischen Kontakten unermüdlich immer wieder eine gesetzliche Regelung und verwies auf die Dringlichkeit einer besseren psychotherapeutischen Versorgung psychisch erkrankter Menschen durch qualifizierte, selbstständig tätige Psychologische sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu ermöglichen. Bei seinem berufspolitischen Bemühen hatte Werner Kraft vorrangig stets die Verbesserung der Situation psychisch erkrankter Menschen und deren Wohler-

gehen im Blick. Konsequenterweise engagierte sich Werner Kraft daher während der Aufbauphase der LPK Baden-Württemberg jahrelang aktiv im Ausschuss Berufsordnung. Hier hat er dazu beigetragen, dass bei der Erarbeitung der Berufsordnung die verschiedenen Anforderungen im Spannungsfeld zwischen ethischen Ansprüchen und justiziablen Regelungen integriert werden konnten. Wir werden ihn in dankbarer Erinnerung behalten. (Ute Steglich)

KV-Wahlen Baden-Württemberg

Am 26. Juli endete die Wahl der Vertreterversammlung sowie zu den Bezirksbeiräten der KV Baden-Württemberg. Für die 2011 beginnende Amtsperiode stehen den Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der VV wieder fünf von 50 Sitzen zur Verfügung. Kurz vor Redaktionsschluss lagen die Ergebnisse vor: von den drei für die PP und KJP angetretenen Listen zur VV

erhielten das „Psychotherapeutenbündnis BW“ (PTB) 65,6% der Stimmen (+ 9,6% im Vergleich zur Wahl 2004), die Liste „Psychotherapie und mehr“ (Pum) 26,0% (-12,1%) sowie die „Freie Liste“ (FL) 8,4% (+2,5%). Als Vertreter wurden gewählt: Jürgen Doebert (1489 Stimmen), Uwe Keller (746), Marianne Funk (670; jeweils PTB), Dr. Alessandro Cavicchioli (620, Pum) und Rolf Wachendorf (334, FL). In

die vier Bezirksbeiräte wurden gewählt: Peter Baumgartner (Südbaden, 245 Stimmen), Birgitt Lackus-Reitter (Nordbaden, 233), Jürgen Doebert (Südwürttemberg, 217) und Uwe Keller (Nordwürttemberg; 185, alle PTB). Die ausführlichen Ergebnisse finden Sie auf www.kvbawue.de/Mitglieder/Wahlen2010, auf www.lpk-bw.de sowie im nächsten LPK-Newsletter.

Termine

Vertreterversammlungen der LPK BW

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

- Samstag, den 16.10.2010
- Samstag, den 09.04.2011
- Freitag/Samstag, den 21./22.10.2011

VORANKÜNDIGUNG

!!! Bitte vormerken !!!

Landespsychotherapeutentag 2011 10 Jahre LPK Baden-Württemberg

am 09.07.2011, 10 bis 17 Uhr

Haus der Wirtschaft, Stuttgart

Geschäftsstelle

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

Für die Mitglieder der LPK Baden-Württemberg liegt dieser Ausgabe des PTJ der Tätigkeitsbericht für die Wahlperiode 2006-2009 bei. Für Empfänger anderer Bundesländer steht der Tätigkeitsbericht auf der Homepage der LPK als Download zur Verfügung (www.lpk-bw.de/taetigkeitsberichte.html).

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

„Gesundheitsmanagement“ der Krankenkassen weiter im Fokus

Vor dem Hintergrund der großen Gesundheitsreform im Jahr 2007 haben die Kassen auf unterschiedliche Weise damit begonnen, selbst steuernd in das Versorgungsgeschehen einzugreifen und auch stärker als vorher auf bestimmte Gruppen von Versicherten direkt Einfluss zu nehmen, das sog. „Gesundheitsmanagement“. Der hohe finanzielle Druck, insbesondere auf die bayerischen Kassen, und der Wettbewerb untereinander verstärkt diese Dynamik zusätzlich. In der Folge sind die Gruppen von Patienten, die besonders hohe Kosten verursachen, z. B. durch Krankengeldzahlungen oder durch teure und häufige Klinikaufenthalte, hier vorrangig Ziel von unterschiedlichen Aktivitäten geworden. Bei diesen Aktivitäten kommt es in einigen Fällen offensichtlich auch zu übermotivierten Aktionen bestimmter Sachbearbeiter. In der letzten Zeit haben sich erneut Kammermitglieder an uns gewendet, weil Sachbearbeiter verschiedener gesetzlicher Krankenkassen Patient/inn/en, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden, in unangemessener Form unter Druck gesetzt haben.

Diese Fälle betreffen sowohl den ambulanten als auch den stationären Bereich. So wurden Patient/inn/en in mehreren Fällen zu Gesprächen von „Gesundheitsbegleitern“ über ihre gesundheitliche Situation unmittelbar kontaktiert oder einbestellt. In einem Fall wurde z. B. einem Patienten im Rahmen einer sog. „Anamnese“ mitgeteilt, dass die Verhaltenstherapie nicht ausreichend sei, der Patient eine Psychoanalyse machen und mindestens zweimal

wöchentlich bei dem Mitarbeiter der Kasse erscheinen müsse. In einem anderen Fall hat ein Sachbearbeiter während einer laufenden Psychotherapie die Patientin angerufen und eine Kur als Alternative zu einer Psychotherapie angeboten. Eine Kasse konfrontierte einen Psychotherapeuten trotz dessen mehrfacher Verneinung immer wieder mit der Frage, ob für seinen Patienten eine stationäre Rehabilitation indiziert oder eine Berentung möglich wäre. In einigen Fällen wurden Patientendaten, die ausschließlich der Medizinische Dienst erhalten darf, an Sachbearbeiter der betreffenden Krankenkassen weitergegeben. Als Folge derartiger Einflussnahmen wurden teilweise erhebliche Zustandsverschlechterungen von Patienten und Störungen der therapeutischen Beziehung berichtet.

Die Kammer ergreift die Initiative

Eingriffe von Sachbearbeitern der Krankenkassen in laufende Psychotherapien sind unzulässig und können für die Patient/inn/en gesundheitsschädigend sein. Die Kammer hat daher mit den betreffenden Krankenkassen Kontakt aufgenommen, um diesen Fehlentwicklungen des Gesundheitsmanagements entgegenzutreten und die Situation für die Patient/inn/en und die behandelnden Psychotherapeut/inn/en zu verbessern. Eine Schwierigkeit dabei ist, dass die Patient/inn/en aus nachvollziehbaren Gründen in der Regel nicht genannt werden möchten. Von Seiten der Führungsebene der betreffenden Kassen wurde uns versichert, dass Eingriffe in die

Therapiefreiheit und schädliche Übergriffe auf Patient/inn/en keinesfalls in der Absicht der Kasse liegen würde.

Der bayerische Gesundheitsminister ist informiert

Die PTK Bayern hat darüber hinaus gemeinsam mit den anderen Heilberufekammern den bayerischen Gesundheitsminister Dr. Markus Söder Mitte Juli 2010 um ein Gespräch zu der Thematik gebeten. Nach einer anonymen Schilderung der bisherigen Fälle sagte der Minister den Kammern seine Unterstützung zu, falls die Kassen ihr Fehlverhalten, nämlich die Einmischung in die Therapiefreiheit nicht unterbinden sollten. Söder wies jedoch auch darauf hin, dass prinzipiell dieses Vorgehen politisch gewollt gewesen sei und für eine grundlegende Änderung die bundesweite Gesetzeslage geändert werden müsste.

„Gesundheitsmanagement“ bleibt im Fokus

Insgesamt ist also davon auszugehen, dass die Krankenkassen natürlich einerseits ihren Patient/inn/en nicht schaden und die Versorgung ihrer Versicherten verbessern wollen. Andererseits bleiben die Rahmenbedingungen jedoch unverändert, weshalb das „Gesundheitsmanagement“ weiter vorangetrieben werden wird. Das bedeutet für uns Psychotherapeut/inn/en, dass wir die Thematik auch weiterhin sowohl im konkreten Umgang mit Patient/inn/en als auch auf berufspolitischer Ebene beobachten, aktiv begleiten und Fehlentwicklungen ggf. offensiv entgegenzutreten müssen.

Die Kammer zur Bewertung von Psychotherapeut/inn/en auf jameda.de

Neben der Bewertung von Büchern, Hotels, Restaurants und Kliniken können im Internet inzwischen auch Lehrer, Professoren, Anwälte und neuerdings auch Psychotherapeut/inn/en öffentlich benotet werden. Besonders offensiv beworben wird dabei beispielsweise das Portal jameda.de. Das PTJ berichtete hierzu bereits in Ausgabe 2/2010 unter der Rubrik „Recht Aktuell“ umfassend über die rechtlichen Gesichtspunkte.

Die PTK Bayern hat den Betreiber des Portals jameda mit Sitz in München Anfang März 2010 angeschrieben und darauf aufmerksam gemacht, dass die derzeitige Gestaltung des Portals unseres Erachtens eine Reihe von zu fordernden Grundstandards nicht erfüllt. Anlass für unser Schreiben war, dass von jameda Namen und Daten von Kammermitgliedern in dem Portal gelistet werden, ohne das vorherige Einverständnis der betreffenden Psychotherapeut/inn/en einzuholen. Dies verstößt nach Ansicht der Kammer angesichts der bisherigen Ausgestaltung des Portals gegen grundrechtlich geschützte Rechtspositionen der Kammermitglieder.

Der Portalbetreiber hat anlässlich unseres Schreibens zwar mittlerweile Veränderungen vorgenommen. Insgesamt ist die Reaktion auf die Kritik der Kammer jedoch unbefriedigend. So geht jameda zwar nun auf dem Portal auch ausdrücklich auf die

Frage der Möglichkeit des Löschens von Daten einzelner Psychotherapeut/inn/en ein. Diese Möglichkeit wird jedoch nur für Psychotherapeut/inn/en vorgesehen, die auch sonst nicht in öffentlichen Verzeichnissen (z. B. der Kassenärztlichen Vereinigungen) gelistet sind.

Abgesehen von der Tatsache, dass jameda somit weiterhin die Daten von vielen Psychotherapeut/inn/en unabhängig von deren Einverständnis in dem Portal bereitstellt, sieht die Kammer auch die konkrete Ausgestaltung des Bewertungsmechanismus auf dem Portal sehr kritisch. Die von Nutzern auf jameda abgegebenen Bewertungen werden in Form einer Gesamtnote für die/den Psychotherapeut/in/en zusammengefasst. Dabei genügt für diese Gesamtnote, nach der sich der Rang der Psychotherapeuten in der Therapeutenliste von jameda vorrangig richtet, bereits nur eine einzige Bewertung. Des Weiteren kann derselbe Nutzer in einem bestimmten Zeitraum mehrfache Bewertungen zu demselben Therapeuten abgeben, und es besteht auch keine Kontrollmöglichkeit, ob der bewertende Nutzer tatsächlich Patient der/des bewerteten Psychotherapeut/in/en ist oder jemals war.

Ein erhebliches Missbrauchspotential stellt auch das Feld für einen freien Textkommentar des Bewerbers dar. Hier könnten

beleidigende oder schmähende Kommentare online gestellt werden. Zwar kann die/der betreffende Psychotherapeut/in zu dem Kommentar online Stellung nehmen. Dies bewirkt lediglich eine Gegenüberstellung von Aussagen, jedoch keine Unterlassung. Aufgrund der Schweigepflicht sind den Psychotherapeut/inn/en hierbei ohnehin regelmäßig die Hände gebunden. Es widerspräche dabei auch unserem Berufsethos, eventuelle Konflikte in einer Therapie mit Patienten in einem anonymen öffentlichen Forum zu diskutieren.

Mittlerweile liegt auch ein Katalog von Qualitätsanforderungen für Arzt- und Klinikbewertungsportale vor, den das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), eine gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, erarbeitet hat. Dessen Vorgaben bestätigen uns in unserer Kritik an der Struktur des Portals jameda.

Die PTK Bayern wird daher die Entwicklung dieses Portals und aller vergleichbaren Angebote genau beobachten und weiterhin darauf hinwirken, dass Mindeststandards und Qualitätsanforderungen bei Internetportalen eingehalten werden. Unabhängig davon prüfen wir derzeit, ob im Hinblick auf jameda weitergehende rechtliche Schritte der Kammer möglich und Erfolg versprechend sind.

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

Kernkompetenzen in Leitungsfunktionen vermittelte Monika Dahmen-Breiner, Ausbildungsleiterin für die Deutsche Gesellschaft für Personalführung (DGFP), im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung am Freitag, 11. Juni 2010, in der Geschäftsstelle der PTK Bayern. Die Teilnehmerzahl war auf 25 Personen begrenzt. Nach der Begrüßung durch Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel erläuterte die Referentin zunächst den Unterschied zwischen „Leadership“ und „Management“. Bei vielen Unternehmen sei die Suche nach dem

Universalgenie beliebt. In großen Zeitungen werden Menschen gesucht, die visionär, kommunikativ, charismatisch, integer, ökologisch orientiert, multikulturell, unternehmerisch denkend und teamorientiert seien. Solche Menschen seien nicht nur ausgesprochen selten, sondern es gebe durchaus sehr wirksame Führungskräfte, die erheblich von solchen Idealen abweichen. Im Management und in der Führung komme es auf die Resultate an, darauf, einen Beitrag zum Ganzen zu leisten, sich auf Weniges, dafür Wesentliches zu kon-

zentrieren, bereits vorhandene Stärken zu nutzen, auf gegenseitiges Vertrauen sowie auf positives oder konstruktives Denken. Weitere Themen wie „Führen mit Zielen“, die richtige Handhabung von Zielvereinbarungsgesprächen, Feed-Back-Strategien, Beurteilungen, Mitarbeiter- und Rückkehrgespräche nach Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsmethodik rundeten die Veranstaltung mit Monika Dahmen-Breiner ab. Am Ende des Seminars hatten die Teilnehmer ausreichend Gelegenheit zu vertiefenden Fragen.

Pilotphase des Kooperationsprojektes „Anlaufstelle für Beschwerden zur Psychotherapie“ am 1. August 2010 gestartet

Die Psychotherapeutenkammern Bayern, Baden-Württemberg und Berlin haben gemeinsam mit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) ein Kooperationsprojekt entwickelt, mit dem Patient/inn/en und Ratsuchenden bei Beschwerden im psychotherapeutischen Kontext über das bestehende Beratungs- und Beschwerdeangebot der Kammern hinaus eine zusätzliche, niedrigschwellige „Anlaufstelle für Beschwerden zur Psychotherapie“ angeboten wird. Die Pilotphase läuft vom 1. August bis 31. Dezember 2010.

Die UPD hat im Zuge des Projektes an ihr „Überregionales Beratungsangebot psychische Erkrankungen“ (ÜRBA) eine zusätzliche Anlaufstelle für Beschwerden zur Psychotherapie eingerichtet. Zu festgelegten Zeiten können sich die Patient/inn/en und Ratsuchenden telefonisch über eine spezielle Telefonnummer und über ein entsprechendes Online-Angebot beraten lassen. In der Pilotphase ist die telefonische

Beratungszeit zunächst auf zwei Stunden wöchentlich festgelegt.

Manche Patient/inn/en und Ratsuchende sind bei einer kammerunabhängigen Beschwerde- und Beratungsmöglichkeit möglicherweise eher bereit, sich bei Problemen oder Konflikten im Rahmen einer Psychotherapie beraten zu lassen. Unabhängig von kammergesetzlichen Auflagen wie z. B. Berufsaufsicht und Ahndung von Berufsverstößen finden Ratsuchende in der neuen Anlaufstelle einen Berater, dem sie sich anvertrauen können.

Zu den wichtigsten Zielen der „Anlaufstelle für Beschwerden zur Psychotherapie“ gehören u. a.:

- Beratung bei Fragen oder Beschwerden von Patient/inn/en zu psychotherapeutischer Behandlung,
- Aufklärung über Patientenrechte und Berufspflichten von Psychotherapeuten,

- Aufklärung über die unterschiedlichen Beschwerdewege der jeweils zuständigen Heilberufekammer,
- Entwicklung von Handlungsperspektiven, die sich an den Bedürfnissen und Ressourcen der Ratsuchenden orientieren.

Auf der 14. Delegiertenversammlung am 2.4.2009 hatten die Delegierten der PTK Bayern den Vorstand der Kammer beauftragt, Notwendigkeit und Möglichkeit einer niedrigschwelligen Beratung von Patient/inn/en, die in Psychotherapien problematische, grenzüberschreitende bzw. ethisch fragwürdige Erfahrungen beklagen, zu prüfen und entsprechende Konzepte zu sichten. Aus diesem Beschluss hat sich nach Abwägung verschiedener Modelle die nun zum 1. August 2010 beginnende Pilotphase einer Kooperation mit der UPD entwickelt.

Weitere Informationen finden Sie auch auf der Website der Kammer.

Kooperationsveranstaltung in München: „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Herausforderung für die Zukunft?“

Am 13. Oktober 2010 findet in München eine Veranstaltung mit dem Titel „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Eine Herausforderung für die Zukunft?“ statt. Kooperationspartner der Veranstaltung, die sich an Führungskräfte, Entscheider und Betriebsärzte bayerischer Unternehmen wendet, sind neben der PTK Bayern das Bayerische Gesundheitsministerium, die AOK Bayern, der BKK-Landesverband Bayern, das Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Ludwig-

Maximilians-Universität München sowie die Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (vbw). Vor dem Hintergrund der zunehmenden psychischen Belastungen in der Arbeitswelt sollen Betriebe für das Thema „Psychische Gesundheit“ sensibilisiert und Handlungsoptionen für eine betriebliche Gesundheitsförderung aufgezeigt werden. Namhafte Referenten aus der Wirtschaft und Forschung sowie aus verschiedenen Krankenkassen werden Modelle zum Schutz und Erhalt psychi-

scher Gesundheit präsentieren. Die PTK Bayern erhält für diese Veranstaltung von der Leitstelle Prävention „Gesund.Leben. Bayern“ des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit Fördermittel. Die Kammer wird nach Ablauf eines Jahres federführend eine Umfrage bei den Teilnehmern der Veranstaltung durchführen, die den Stand von Veränderungen und Umsetzungen der angesprochenen Maßnahmen in den Betrieben erfragen wird.

Verband Freier Berufe feiert 60-jähriges Bestehen

Am 14. Juli 2010 feierte der Verband Freier Berufe in Bayern e. V. (VFB) sein 60-jähriges Jubiläum mit einem Festakt in der Münchener Residenz. Zahlreiche Ehrengäste nahmen daran teil und der bayerische Vize-Ministerpräsident Martin Zeil hielt eine Ansprache zur Begrüßung. Dr. Fritz Kempster, Präsident des VFB, betonte

in seinem Vortrag vor allem die Bedeutung der zehn Leitsätze des Verbandes, die als persönliche Selbstverpflichtung stehen. Freiberuflichkeit sei, so Kempster, nicht nur als individueller Lebensentwurf, sondern auch als verantwortlicher Gestaltungsauftrag unserer Gesellschaft zu verstehen. Kammerpräsident Dr. Niko-

laus Melcop und Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel gratulierten Dr. Kempster stellvertretend für die PTK Bayern. Der VFB hat derzeit 38 Mitgliedsverbände und vier fördernde Mitglieder. In Bayern gibt es derzeit rund 168.000 Selbstständige in Freien Berufen. Die Kammer ist seit 2006 Mitglied im VFB.

Kurznachrichten

Heilberufekammertreffen

Die Heilberufekammern trafen sich am 7.7.2010 in der Bayerischen Landesärztekammer. Auf der Tagesordnung standen die gesundheitspolitische Standortbestimmung auf Europa- und Bundesebene sowie die ministeriellen Vorschläge zur Reform des Heilberufekammergesetzes. Darüber hinaus bereiteten sich die Heilberufekammern auch auf das Gespräch zum Gesundheitsmanagement der Krankenkassen mit dem bayerischen Gesundheitsminister Dr. Markus Söder am 14.7.2010 vor.

Website der PTK Bayern Ende Juli neu gestartet

Einheitliches Layout, erweiterte Patientenfür Informationen, verbesserter Psychotherapeutenkundendienst, mehr Service für die Kammermitglieder: Das sind die wichtigsten Änderungen im Rahmen der Neugestaltung der Website der PTK Bayern. Der Relaunch basiert dabei auf den bisher bewährten Inhalten, wurde jedoch um einige Bereiche erweitert. Eine ausführliche Beschreibung der Veränderungen und Neuerungen finden Sie auf der Website.

Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen

Die Bayerische Landesärztekammer und die PTK Bayern haben bei der letzten Sitzung ihrer gemeinsamen Kommission am 12.7.2010 vereinbart, das Fortbildungscurriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren“ zukünftig gemeinsam umzusetzen. Ebenso wie die BLÄK wird auch die PTK Bayern auf ihrer Website eine Gutachterliste mit Kammermitgliedern führen, die dieses Curriculum absolviert haben und mit einer solchen Auflistung einverstanden sind. Die Listen der BLÄK und der PTK Bayern werden wechselseitig miteinander verlinkt.

Treffen der Hochschullehrer/innen

Das Treffen der Vertreter der Universitäten mit einem Masterstudiengang Psychologie und der Universitäten bzw. Hochschulen für angewandte Wissenschaften und

Fachhochschulen aus den Bereichen Pädagogik, Soziale Arbeit und Sozialpädagogik (Bachelor und Master) fand am 8.7.2010 in der Kammergeschäftsstelle statt. Themen waren u. a. der Stand der Umsetzung der Bologna-Vorgaben an den Hochschulen, die Entwicklung der Absolventenzahlen mit Bachelor- und Masterabschluss, die Zugangsstudiengänge zur Psychotherapieausbildung sowie die Beschlüsse des Deutschen Psychotherapeutentages zur Ausbildungsreform. Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop und Vorstandsmitglied Dr. Heiner Vogel warben insbesondere für die Umstellung der Studienabschlüsse aus Sicht der Kammer und forderten zu konstruktiven Vorschlägen zur Umsetzung auf.

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der Veranstaltungen, die von der Kammer initiiert bzw. an denen die Kammer teilgenommen hat: Podiumsdiskussion der Fachschaft Psychologie der LMU München zur Bachelor/Master-Reform am **18.6.2010** in München; Konstituierende Sitzung des Beirates der Zentralstelle „Psychosoziale Notfallversorgung“ im Bayerischen Innenministerium am **18.6.2010** in München; Sommerempfang des Landesverbandes Bayern der Techniker Krankenkasse am **24.6.2010** in München; „Tag der Gesundheitsregionen“ am **28.6.2010** im Bayerischen Landtag auf Einladung des bayerischen Gesundheitsministers, Dr. Markus Söder; Arbeitsgemeinschaften „Bürokratieabbau“ und „Schnittstellen stationär/ambulant“ des Bayerischen Gesundheitsministeriums am **29.6.2010** in München; vdek-Veranstaltung „Perspektiven der Gesundheitspolitik – Wege zur Sicherung einer patientengerechten Versorgung zu bezahlbaren Preisen“ am **2.7.2010** in München (gemeinsames Gesundheitsforum der vdek und der Hanns-Seidel-Stiftung); Politisches Sommergespräch der Bayerischen Landesärztekammer am **16.7.2010** in München; Eröffnung der Räume der Awolysis GmbH zum Start des „Netzwerkes psychische Gesundheit“ am **27.7.2010** in München (Vertragspartner der Techniker Krankenkasse im Rahmen der integrierten Versorgung; niedrigschwellige,

sozialpsychiatrische Betreuungseinrichtung für 270 eingeschriebene Patienten, die an Schizophrenie oder Zwangserkrankungen leiden); Koordinationsgespräche mit der KVB am **28.7.2010** in München (Hauptthemen: PT-Ausbildung, Schmerztherapie).

Bevorstehende Veranstaltungen

4. Bayerischer Landespsychotherapeutentag mit dem Titel „Innovationen in der Psychotherapie“: Termin: 9.10.2010, 10.00 bis 18.00 Uhr. Ort: Gasteig, Rosenheimer Str. 5, 81667 München.

Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Herausforderung für die Zukunft?: Termin: 13.10.2010, 10.00 bis 17.00 Uhr. Ort: Bayerisches Landesamt für Steuern, Sophiensaal, Sophienstr. 6, 80333 München (s. Artikel dazu vorne).

Nachbehandlung bei Grenzverletzungen in der Psychotherapie: Termin: 10.12.2010, 10.00 bis 15.30 Uhr. Ort: Regierung von Oberbayern, Sitzungssaal 5, Obergeschoss, Prinzregentenstr. 14, 80538 München.

Die Veranstaltung „Fortbildung für die psychoonkologische Praxis“ (5./6.11.2010) ist bereits ausgebucht.

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

Vorstand der Kammer:

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

Geschäftsstelle

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



PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BERLIN

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Priorisierung von Gesundheitsleistungen – gerecht und gerechtfertigt?

„Angesichts der zunehmenden Mittelknappheit im Gesundheitswesen...“, beginnt ein Artikel zur „Priorisierung in Psychiatrie und Psychotherapie“ im Deutschen Ärzteblatt PP Heft 3 vom März 2010. Die angebliche Mittelknappheit wird allenthalben angeführt, um Rationalisierung, Rationierung, Priorisierung, Einschränkungen im Leistungskatalog der GKV oder Zuzahlung von PatientInnen zu begründen. Durch die ständige Wiederholung dieser Behauptung werden Bürgerinnen und Bürger eingestimmt darauf, dass sie sich auf schlechtere Zeiten im Gesundheitswesen einzustellen haben. Das erscheint glaubhaft unausweichlich. Jedem Mann und jeder Frau sollte es einsichtig sein.

„Es ist nicht mehr alles bezahlbar und deshalb muss das Geld so gerecht wie möglich verteilt werden“, fordert der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Die Bundesärztekammer legt ein Konzept zur Priorisierung von Gesundheitsleistungen vor, in dem eine Rangfolge festgelegt wird, nach der in Zukunft Menschen Anspruch auf Leistungen der GKV haben sollen:

- Lebensschutz und Schutz vor schweren Leid und Schmerzen,
- Schutz vor dem Ausfall oder der Beeinträchtigung wesentlicher Organe und Körperfunktionen,
- Schutz vor weniger schwerwiegenden oder nur vorübergehenden Beeinträchtigungen des Wohlbefindens,
- Verbesserung und Stärkung von Körperfunktionen.

Stufe 1 und 2 werden als unverzichtbar angesehen und sollen eine Differenzierung nach Art und Umfang der Krankenversicherung oder Zahlungsfähigkeit ausschließen. Bezogen wird sich auf das Grundgesetz

Art. 2. Bei Stufe 3 wird, obwohl es sich auch da um Krankheiten im Sinne der WHO handelt, nur ein nachrangiger Anspruch auf entsprechende Leistungen gesehen. Auf dieser Stufe sei die Mitwirkungsbereitschaft und -befähigung des Patienten von besonderer Bedeutung. Diese Risiken wären dann z. B. über Zusatzversicherungen abzudecken.¹

These 1: Kostenexplosion im deutschen Gesundheitswesen

Der Ausschuss für Berufsordnung, Ethik, Menschen- und Patientenrechte der Berliner Psychotherapeutenkammer hat sich mit den Vorschlägen der Bundesärztekammer zur Priorisierung von Gesundheitsleistungen befasst und dabei zunächst die zugrundeliegenden Voraussetzungen überprüft. Gibt es die Kostenexplosion im deutschen Gesundheitswesen, wie sie ständig und immer wieder besungen wird, bis es endlich alle glauben?

Die Behauptung ist nicht recht nachvollziehbar vor dem Hintergrund verschiedener Daten: die OECD-Gesundheitsdaten weisen „kaum steigende Ausgaben in Deutschland“ nach (Deutsches Ärzteblatt PP, September 2007). Dabei rangiert Deutschland an zehnter Stelle bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben hinter den USA, Luxemburg, Norwegen, Schweiz, Österreich, Island, Belgien, Frankreich und Kanada, trotz eines umfassenden Leistungskatalogs. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP schwankt seit Jahren gering um 10%.² Das heißt: Die viel beschworene Kostenexplosion gibt es nicht!

These 2: Der demographische Wandel macht das Gesundheitssystem unbezahlbar

Die zweite Behauptung, die Überalterung unserer Gesellschaft oder der demogra-

phische Wandel mache das Gesundheitswesen zunehmend unbezahlbar, ist ebenso hinterfragbar. Hier werden in der Wissenschaft zwei unterschiedliche Thesen diskutiert: die Medikalierungs- und die Kompressionsthese. Bei der Medikalierungsthese (oder auch Morbiditätsexpansionsthese) wird davon ausgegangen, dass die höhere Lebenserwartung einhergeht mit einem höheren Bedarf an medizinischen Leistungen.

Im Gegensatz dazu geht die Kompressionsthese (oder auch Morbiditätskompressionsthese) davon aus, dass sich Krankheit und Behinderung auf die Zeit kurz vor dem Tod konzentrieren. „Die steigende Lebenserwartung führt also dazu, dass sich die krankheitsintensive Phase kurz vor dem Tod lediglich nach hinten verschiebt.“ Gemäß der relativen Kompressionsthese wird die Phase der altersbedingten Behinderung und Krankheit im Verhältnis zur gesamten Lebenszeit kürzer.³ Das würde sogar insgesamt eine relative Senkung der Gesundheitskosten zur Folge haben.

Für beide Thesen gibt es wissenschaftliche Belege. Auffällig ist, dass nur die Medikalierungsthese als feststehende Behauptung in der Öffentlichkeit diskutiert wird, um z. B. die Priorisierung von Gesundheitsleistungen zu rechtfertigen. Die Frage ist, wer kann daran ein Interesse haben?

Industrialisierung des Gesundheitswesens

Durch den politisch ermöglichten und gewollten Wettbewerb ist eine verstärkte Industrialisierung im Gesundheitswesen möglich. Gewinnerorientierte Akteure haben zunehmend Möglichkeiten, sich Profit im Gesundheitswesen auf Kosten der GKV zu verschaffen. Das ist nicht mehr nur die

Pharmaindustrie, sondern sind z. B. auch Managementgesellschaften, die Kliniken betreiben und sich über MVZs auch in der ambulanten Versorgungslandschaft ausbreiten.

Die Einführung ökonomischer Gründe für eine Priorisierung von Gesundheitsleistungen ist unethisch

Zum ähnlichen Ergebnis kommt der VDÄÄ: Der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte fordert in einer Presseerklärung zur Priorisierung: „Dabei dürfen allein medizinische, am Heilungserfolg orientierte Motive eine Rolle spielen“, nicht ökonomische. Mit der Einführung ökonomischer Gründe seien „gleich auf mehrfache Weise ethische Grundsätze verletzt“ ... Grundregeln medizinischen Handelns seien missachtet. „Denn in der Medizin ist Mehr nicht gleichbedeutend mit Besser. Im Gegenteil: Ein vorsichtiger Umgang mit diagnostischen und therapeutischen Methoden ist in der Regel die bessere Medizin. Ein Mehr an Medikamenten, an Röntgenuntersuchungen, an Operationen oder anderen invasiven Eingriffen birgt unnötige und zusätzliche Risiken.“

Ferner erzwingt das Abrechnungssystem in Deutschland „fast zwangsweise Leistungsausweitung“ ... „Es wird in Deutschland nicht zu wenig, sondern zu viel geröntgt, operiert und mit fragwürdigen Methoden therapiert. Eine nicht durchgeführte Leistung bedeutet unter den heutigen Verhältnissen einen Einkommensverlust für Arzt oder Krankenhaus.“ Priorisierung nach dem Vorschlag der Bundesärztekammer verstärke die Zweiklassenmedizin, weil sich privat oder Zusatz-Versicherte sozusagen „freikaufen“ können. Hinter der Kampagne stecke „nicht so sehr die Sorge um eine drohende Unterversorgung. Sondern sie will bei einer reduzierten Patientenversorgung Gelder freisetzen, um die Einkommen der Ärzte durch die dann üppiger fließenden privaten Honorare aufzubessern.“⁴

Ganz anders verhält es sich beim schwedischen Modell zur Priorisierung. Dort orientiert man sich rein am medizinischen Nutzen. Es wird sogar eingeräumt, dass diese Priorisierung erhöhte finanzielle Mit-

tel erfordern kann. Begrenzt werden sollen Methoden, die tatsächlich keine ausreichende wissenschaftliche Basis haben. Außerdem sind in Schweden alle Bürger und alle Einkommen in das Gesundheitssystem einbezogen.⁵

Die Diskussion um den Nutzen sollte geführt werden

Der Ausschuss kam insgesamt zu dem Schluss, dass das Konzept der Bundesärztekammer zur Priorisierung nach ökonomischen Gesichtspunkten abzulehnen ist. Es sollte vielmehr zunächst der Einnahmeplosion entgegengewirkt werden. Seit Mitte der 1980er Jahre steigen die Grundlöhne langsamer als das BIP. „In Deutschland sind die Einkommen aus unselbständiger Tätigkeit seit längerem langsamer gewachsen als die Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen. Anders formuliert: Die Lohn- und Gehaltsentwicklung ist hinter dem Wachstum der Volkswirtschaft insgesamt zurück geblieben.“⁶ Wenn aber die Ausgaben mit dem BIP Schritt gehalten haben (s. o.), die Einnahmen der Krankenkassen jedoch entsprechend den Löhnen unterproportional gewachsen sind, dann entsteht eine Lücke. Diese könnte geschlossen werden, indem z. B. die Arbeitgeber wieder zu gleichen Teilen an den Beiträgen beteiligt werden und **alle** Einkünfte, nicht nur Löhne und Gehälter, in die Beitragsbemessung einbezogen werden. Damit könnte man auch das Ende des ungerechten deutschen Zwei-Säulen-Versicherungsmodells mit dem Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung einleiten.

Ein weiterer Schritt wäre eine wirksame Ausgabenkontrolle z. B. durch die Verhinderung der Möglichkeit der Falschabrechnung für Ärztinnen und Psychotherapeutinnen, Krankenhäuser, Apotheken usw., indem z. B. regelhaft Patientenquittungen auszustellen wären. Möglich wäre es auch, dass die Krankenkassen ihren Versicherten eine Aufstellung, der für sie abgerechneten Leistungen zur Verfügung stellen. Damit wäre eine bessere Kontrolle der Abrechnungen möglich. Die Diskussion sollte mehr um Gesundheitsförderung und Prävention geführt werden. Es ist unstrittig, dass „durch ein Mehr an Prävention

und Gesundheitsförderung auch im Alter ein Mehr an Gesundheit durch Verhinderung bzw. Verzögerung von chronischen Erkrankungen und deren Komplikationen erreichbar ist – selbst bei Hochaltrigen.“⁷ Ähnlich wie in Schweden brauchen wir eine Diskussion um die allgemeine Effizienz und den Nutzen medizinischer Leistungen. Das Geld muss dahin fließen, wo es sinnvoll verwendet wird.

*Eva Schweitzer-Köhn
für den Ausschuss Berufsordnung,
Ethik, Menschen- und Patientenrechte*

- ¹ Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), – Langfassung – (September 2007): <http://www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/LangfassungPriorisierung.pdf>
- ² RKI, Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.rki.de/clin_160/nn_204568/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtId/gesundheitsbericht_daten,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gesundheitsbericht_daten.pdf
- ³ IGES Institut GmbH, Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung, Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, 2010
- ⁴ www.vdaee.de/index.php?option=com_content&task=view&id=311&Itemid=90
- ⁵ Carlsson, Priorisierung in der Kardiologie – das schwedische Beispiel
- ⁶ www.bpb.de/themen/WZDR71,0,Gesundheitspolitik_Lernobjekt.html?guid=AAA327<=AAA39
- ⁷ Diskussionspapier Zukunft des Gesundheitssystems, Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft, Gesprächskreis Sozialpolitik, Friedrich Ebert Stiftung, Juni 2009

Pädagogik und Psychologie – ein Plädoyer für ein fruchtbares Miteinander

Beispiel: Schulvermeidendes Verhalten

„Der elfjährige Dennis wird von seiner Mutter wegen seiner massiven Schulangst vorgestellt, die seit dem vergangenen Jahr besteht. Der Junge habe große Angst, den Anforderungen der Schule nicht gewachsen zu sein, bei Prüfungen sowie im Unterricht zu versagen und etwas falsch zu machen. Dies habe zur Folge, dass er kaum einschlafen könne...“

„Die zehnjährige Jessika hatte sich eines Morgens geweigert, in die Schule zu gehen mit der lapidaren Begründung, sie hätte große Angst. Sie erkrankte wenig später an einer fiebrigen Erkältung und danach begann sich Jessika immer häufiger zu weigern, in die Schule zu gehen mit der stereotypen Erklärung, dass sie Angst habe.“ (Vortrag H. Hopf am 19.03.2010 in der BAP: „Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen – Diagnose, Indikation und Behandlung mit psychoanalytisch begründeten Vorgehen“.)

Wie würden wohl die fiktiven Gespräche von Eltern und Lehrern in der Schule in diesen Fällen aussehen?

Es würde vielleicht reflektiert werden über bestimmte Vorkommnisse im Klassenverband, eventuelle Leistungs- oder soziale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten oder Probleme mit bestimmten Lehrern. Womöglich bliebe am Ende dieser Ursachenforschung Ratlosigkeit und Irritation zurück, weil keine handgreiflichen Unstimmigkeiten zu benennen sind. Wenn sie Glück haben, werden Dennis und Jessika wegen fehlenden Verständnisses nun nicht noch mehr unter Druck geraten, sondern wie die ebenfalls von Schulangst betroffene neunjährige Lea in Hopfs Vortrag von z. B. einem kompetenten Kinderarzt in psychotherapeutische Behandlung empfohlen.

Die psychoanalytische Theorie bietet tatsächlich einen ganz anderen Zugang zu dieser weit verbreiteten Problematik und sieht hinter dem schulvermeidenden Verhalten ganz andere Gründe als solche in der Schule selbst anzueselnden. Vielfach

ist, wie Hopf beschreibt, innerhalb der Familie ein entwicklungsadäquater Ablösungsprozess, bzw. eine Trennung der Objektrepräsentanzen nicht gelungen; Trennungs- und Verlustangst sind die Folgen. Es geht also nicht um die Angst, zur Schule zu gehen, sondern von zuhause weg zu gehen.

Ein Pädagoge mit psychologischem Grundwissen könnte in ähnlich gelagerten Fällen die Eltern beraten und vor allem auch verhindern helfen, dass betroffene Kinder in einem Prozess der „self-fulfilling prophecy“ tatsächlich ein problematisches Verhältnis zu Schule, Mitschülern oder dem Lernen entwickeln.

Tatsächlich zeigt sich im pädagogischen oder therapeutischen Alltag immer wieder, dass die Koppelung dieser beiden Kompetenzen vor allem im Umgang mit Kindern und Jugendlichen eine sehr fruchtbare sein kann. Wenngleich pädagogisches Handeln grundsätzlich progressiv und entwicklungsfördernd ist, und die Psychoanalyse klassischerweise die Regression fördert, ist ihr Zusammengehen ein bewährtes und gar nicht so neues Modell.

Ein Blick in die (Theorie-) Geschichte

Zum Beispiel belegte Anna Freud, wie sinnvoll es sein kann, den therapeutischen Prozess bei Kindern und Jugendlichen durch pädagogische Maßnahmen zu unterstützen. Sie entwickelte entsprechend ein konsequentes psychoedukatives Behandlungsmodell, das später auch die Grundlage ihrer klinischen Behandlungen wurde („Die Schriften der Anna Freud“; München 1980).

Auch in Winnicotts Theorieentwurf vom „intermediären Raum“ findet sich die Vorstellung, dass sich hier die Muster des inneren Erlebens mit den Mustern der äußeren Realität verknüpfen lassen. In diesem „Seelischen Möglichkeitsraum“ verbinden sich auf je charakteristische Weise die eigenen Phantasien, die Einfärbungen meiner biographischen Existenz mit dem, was mir als ‚Natur‘ und ‚Kultur‘ von außen spürbar

wird, was sich mir anbietet oder auch aufdrängt.“ Dieser intermediäre Raum – bewusst gestaltet im psychoanalytischen Setting – ermöglicht also v. a. für Jugendliche sowohl die regressive Besinnung auf die eigene Persönlichkeit und ihre Wurzeln als auch die Konfrontation mit der fordernden sozialen und gesellschaftlichen Realität (zitiert nach Zeitschrift „Pädagogik – Psychoanalyse und Schule“; Weinheim 1993).

Aber bereits zu einer Zeit, als die Psychologie noch erste Suchbewegungen machte, beschäftigte sich W. von Humboldt auf philosophische Weise mit einem sozusagen erweiterten und psychodynamisch angehauchten Bildungsbegriff. Er sprach sich gegen eine „gebildete Gelehrsamkeit“ aus und plädierte dafür, Welt und Ich, d. h. Innen und Außen in Prozessen der inneren Umgestaltung „einander ähnlicher“ zu machen und deshalb sollten alle Fähigkeiten genutzt werden, die die Jugendlichen einzubringen haben (...) Bildung sollte sich abspielen in einer „Wechselwirkung“ zwischen seiner „Empfänglichkeit mit seiner Selbsttätigkeit“, sie sollte „dem Geiste eine eigene und neue Ansicht der Welt und dadurch eine eigene und neue Stimmung seiner selbst geben“ (zitiert nach „Pädagogik – Psychoanalyse und Schule“; a. a. O.).

Im Laufe der Weiterentwicklung psychoanalytischer Theorie haben etliche ihrer Vertreter auf die Sinnhaftigkeit, bzw. Notwendigkeit hingewiesen, innerhalb einer therapeutischen Behandlung neben aller Einfühlung in die inneren Konflikte (des Kindes oder des Jugendlichen) immer auch die Möglichkeit zu bieten, neue Erfahrungen und Erkenntnisse zu bewältigen und z. B. in einem „interaktionellen Modell“ richtungsweisende, also pädagogische „Antworten“ (seitens des Therapeuten) zu geben (A. Heigl-Evers, „Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode“; Göttingen 1994).

Auch z. B. Dührssen vertrat die Auffassung, dass in der Behandlung von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern beratende Aspekte Teil der Arbeit sein sollten (A. Dührssen, „Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen“; Göttingen 1989). Zu nen-

nen wären weiter B. Bettelheim oder aus jüngerer Zeit A. Hurry, die in ihrer Arbeit ebenfalls auf die Kombination des psychodynamischen Verstehens mit der Entwicklungsförderung von Kindern setzten.

Der punktuelle Einblick in die Theoriegeschichte weist auf die lange Tradition des fruchtbaren Miteinanders von Erziehungswissenschaft und Psychologie im Sinne echter Nachbarwissenschaften hin, dem jedoch im Laufe der vergangenen Jahrzehnte in Praxis und Ausbildung unterschiedlich starkes Gewicht zugeschrieben wurde.

Beispielhaft sei erwähnt, dass nach der „Renaissance“ der Psychoanalyse im Zuge der Studentenbewegung psychologische Grundkenntnisse Bestandteil der Lehrerausbildung wurden. Vor allem auch in unterschiedlichen Reformpädagogischen Ansätzen, wie Summerhill, Laborschule o. ä. finden sich die Vorstellungen vom stark individuell geprägten und Persönlichkeitsbezogenen Lernen.

In einem viel diskutierten und zitierten Aufsatz setzte sich T. Ziehe mit dem „Neuen Sozialisationstypus“ auseinander, den er in psychoanalytischer Diktion „Narziss“ taufte und der mit seiner egozentrischen und anspruchsvollen Haltung die Lehrerschaft vor besondere Herausforderungen stellte (Zeitschrift „pädextra“; Bensheim, 1979). Es wurde in dieser Zeit selbstverständlich, Lern- und Gruppenprozesse in der Schule psychodynamisch zu verstehen; das eigene Handeln wurde z. B. in Balint-Supervisionsgruppen hinterfragt. Sei es als Folge immer stärkerer Belastungen im Schulsystem, sei es auch als Konsequenz der Überalterung der Lehrerschaft: Die beschriebene Tendenz zu psychologischem Durchdringen des Lehreralltags ist seit geraumer Zeit eher wieder rückläufig.

Die Präsenz der Pädagogik in der Ausbildung von Therapeuten

Bemerkenswerter Weise gab es weder in der akademischen noch in der postgradualen Ausbildung von Psychotherapeuten eine entsprechende „Gegenliebe“; die Schwerpunkte lagen hier entweder auf

behavioralen Inhalten bzw. auf der Vermittlung technischer oder interaktioneller Kompetenzen. In der letzten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals (2/2010) wird u. a. kritisiert, dass im Mai 2009 von 47 Lehrstühlen für klinische Psychologie und Psychotherapie 42 mit Vertretern der Verhaltenstherapie und 4 mit Psychoanalytikern besetzt waren; psychodynamische, geschweige denn pädagogische Inhalte also kaum vermittelt werden. Erst recht entspricht dieses Verhältnis nicht der tatsächlichen anteiligen Repräsentanz der therapeutischen Verfahren innerhalb und außerhalb der Richtlinien.

Ganz anders die Ausbildungssituation der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in der Regel aus (sozial-)pädagogischen (Fach-)Hochschulgängen kommen. Mag die häufig geäußerte Kritik, dass in diesen Ausbildungsgängen die Psychologie (bisher!) grundsätzlich zu kurz kam, eine gewisse Berechtigung haben, so ist doch andererseits darauf hinzuweisen, dass der/die KJP in besonderer Weise mit den Sozialisationsinstanzen Familie und Schule konfrontiert ist. In keiner anderen Therapieform wird vom Therapeuten derart profundes Wissen über Lernvorgänge und ihre Behinderungen oder z. B. Entwicklungsvorgänge und -störungen abverlangt. Nirgendwo sonst kommt es (z. B. in begleitenden Elterngesprächen) in entscheidender Weise auf den sensiblen Umgang mit dem Thema Erziehung sowie insbesondere auf die triadischen Fähigkeiten des Behandlers an, die er braucht, um sich angemessen und wirksam im System Familie zu bewegen.

Allerdings muss man den Kritikern vom „psychologischen Ufer“ entgegenhalten, dass ja auch ihre Patienten häufig in einer Familie leben, selbst Kinder haben, etc. Jüngere Patienten sind oft noch mit Schule oder Ausbildung beschäftigt und haben nicht selten genau in diesem Bereich auch ihre spezifischen Störungen und Gehemmtheiten. Klarer formuliert: das Wissen über Lern- oder Mentalisierungsvorgänge oder auch die Erkenntnisse der Neurobiologie sind eigentlich grundsätzlich für jeden Therapeuten von großem Nutzen und sollten in Studium und Ausbildung angemessen berücksichtigt werden.

Die Rückschau auf die historische Bewertung der dem Therapeutenberuf zugrundeliegenden Disziplinen lässt die aktuelle Diskussion um die Inhalte einer neu zu gestaltenden Ausbildung in dieser Hinsicht als eine große Chance erscheinen – wird sie denn auch bis jetzt teilweise redundant und erbittert geführt. Ohne die besonderen (berufs-)politischen Aspekte an dieser Stelle eingehender zu erörtern, plädiere ich, die ich eingestandener Weise meine Doppelidentität als Lehrerin und Therapeutin als große Bereicherung empfinde, dafür, sich von dem Konkurrenzgedanken innerhalb der Profession zu verabschieden und die Möglichkeit einer sinnvollen Kombination pädagogischer und psychologischer Module innerhalb eines common-trunk-Modells schätzen zu lernen. (Die Diskussion über die zukünftige Zusammensetzung der künftigen Ausbildungsinhalte, „ECTs“ genannt, beginnt gerade erst, nachdem sowohl der BPT als auch die DGP das besagte Modell unterstützen.)

Wie so oft – und dies sei abschließend bemerkt – ist die Praxis auch in diesem Fall der Theorie an mancher Stelle und in mancher Hinsicht schon voraus. So existiert z. B. innerhalb der Berliner Psychotherapeutenkammer seit 2007 ein interdisziplinärer jour fixe, an dem die verschiedenen Institutionen der Jugendhilfe gemeinsame Konzepte zu Diagnostik oder Behandlung entwickeln, um Reibungsverlusten entgegenzuwirken und die effektive und umfassende Betreuung von Kindern und Jugendlichen zu fördern.

Christiane Erner-Schwab

Redaktion

Inge Brombacher, Christiane Erner-Schwab, Marga Henkel-Gessat, Dorothee Hillenbrand, Pilar Isaac-Candeias, Dr. Beate Locher, Ute Meybohm, Brigitte Reysen-Kostudis, Christoph Stößlein, Dr. Manfred Thielen.

Geschäftsstelle

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

Bremer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sprechen sich für Zusammenschluss mit Niedersachsen aus

In einer schriftlichen Mitgliederbefragung innerhalb der Psychotherapeutenkammer Bremen sprachen sich 80 Prozent der Kammermitglieder für einen Zusammenschluss mit der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen aus. 65 Prozent der 541 Kammerangehörigen beteiligten sich.

Der Befragung voran gegangen war ein Organisationsentwicklungsprozess, der im Oktober 2009 begonnen hatte. Seitdem wurde in der Bremer Kammer eine intensive Diskussion darüber geführt, wie die Kammer angesichts wachsender Anforderungen bei begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen sich für die Zukunft aufstellen sollte. Dieser Prozess war begleitet worden von der Hamburger Organisationsentwicklerin Gisela Clausen.

Im Rahmen dieses Prozesses wurde im Juni dieses Jahres eine Mitgliederbefragung durchgeführt, in der danach gefragt wurde, wodurch die Kammerangehörigen ihre Interessen und Belange besser vertreten sehen:

durch eine weiterhin selbständige Bremer Psychotherapeutenkammer?

durch einen Zusammenschluss der Bremer Kammer mit der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen?

Begleitend zu diesem Schreiben waren nochmals ausführlich die verschiedenen Argumente dargelegt worden, die für Beibehaltung der Selbständigkeit, bzw. für den Zusammenschluss mit der niedersächsischen Kammer sprechen.

Dieses Mitgliedervotum bedarf allerdings noch der Bestätigung durch die nächste Kammerversammlung im November, da in der Satzung der Kammer Urabstimmungen nicht vorgesehen sind. Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens zeigt sich zufrieden: „Dieses deutliche Votum ist für den Vorstand ein klarer Auftrag, die Bedingungen für einen erfolgreichen Fusionsprozess zu gestalten. Wichtig wird sein, dass Bremer Besonderheiten aufgenommen und eine Bremer Repräsentanz in der gemeinsamen Kammer sichergestellt werden können.“ Wenn beide Kammern sich über den Zusammenschluss geeinigt haben, bedarf es anschließend noch der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörden und des Abschlusses eines Staatsvertrages zwischen den Ländern Bremen und Niedersachsen.

Nationale Versorgungsleitlinie Depression: Chance für eine bessere Versorgung?!

Unter diesem Titel hatte das Bremer Bündnis gegen Depression mit den Bündnispartnern Psychotherapeutenkammer Bremen und Ärztekammer Bremen am 5. Mai 2010 eingeladen. Die Veranstaltung wurde von Dr. med. Dipl.-Psych. Karsten Münch moderiert. Als ReferentInnen waren die MitentwicklerInnen der Leitlinien Dipl.-Psych. Christa Leiendecker (Frankfurt) und Prof. Dr. Henning Schauenburg (Heidelberg) eingeladen. Mit ca. 70 TeilnehmerInnen fand die Veranstaltung großes Interesse bei ärztlichen und psychologischen KollegInnen.

Nach Einführung anhand einer Fallvignette gaben die ReferentInnen zunächst einen Überblick über den Geltungsbereich und den aufwendigen Entwicklungsprozess der NVL, der von 2005 bis 2009 dauerte. Die vorgestellten Leitlinien beziehen sich auf die unipo-

lare Depression Erwachsener, d. h. depressive Episoden (F32), rezidivierende depressive Störungen (F33), Dysthymia (F34.1) und rezidivierende kurze depressive Störungen (F38.1). Berücksichtigt werden unterschiedliche Schweregrade: die leichte Depression, bei der der Alltag möglich ist; die mittelgradige Depression mit Beeinträchtigungen des Alltags und die schwere Depression, die mit Arbeitsunfähigkeit einhergeht. Auch bei diesen Störungen gelten sie nur für 60% der Mittelwert-PatientInnen. Als Empfehlungen und als „untergesetzliche Normen“ sind die Leitlinien nicht bindend. Bei gerichtlichen Auseinandersetzungen zu Behandlungsfehlern kann aber auf die Leitlinien als Orientierung zurückgegriffen werden.

Die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesell-

schaften) unterscheidet je nach Entscheidungsbasis und Entscheidungsprozeß unterschiedliche Entwicklungsstufen von Leitlinien. Bei der Entwicklung der nationalen Versorgungsleitlinien wurde das höchste Niveau (S3) zugrunde gelegt. Diese Stufe beinhaltet systematische Aufarbeitung der weltweiten Literatur, Evidenzbasierung aller Empfehlungen und logische Analyse und Outcome-Analyse unter Berücksichtigung gesundheitlicher und gesundheitsökonomischer Ziele. All das mündet über eine formale Konsensusfindung innerhalb der repräsentativen Expertengruppe in abschließende Empfehlungen, die auf der bestverfügbaren Evidenz und der guten klinischen Erprobung im Versorgungsalltag basieren. Für nationale Versorgungsleitlinien ist die Feinabstimmung des S3 Niveaus

auf die Situation in der BRD – z. B. das länderspezifische Versorgungssystem – erforderlich. Praktisch sah das so aus, dass eine Steuerungsgruppe aus Vertretern aller Versorgungssegmente und Forschungsbereiche und ein Koordinationsteam mit VertreterInnen der DGPPN (Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde), AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) und der ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) die fachliche und wissenschaftliche Vorbereitung und Gestaltung des Entwicklungsprozesses übernahm. Die unterschiedlichen konflikthaften Interessen sollten über eine weltweit einmalige, repräsentativ besetzte Konsensrunde berücksichtigt und ausgeglichen werden. In der Konsensrunde waren 28 Vertreter der maßgeblich an der Behandlung depressiver PatientInnen beteiligten Gruppen: psychotherapeutische und psychiatrische Fachverbände, psychosomatische und psychiatrische Kliniken, medizinische und psychologische Abteilungen der Universitäten, Hausärzte, Bundespsychotherapeutenkammer, Bundesärztekammer, Pharmakologen, Patienten und Angehörige. In die Klassifizierung der Empfehlungen gingen neben Evidenzkriterien auch ethische Aspekte, PatientInnenpräferenzen, Anwendbarkeit, klinische Relevanz, die Besonderheit psychotherapeutischer Forschungsmethoden und die Abwägung von Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen ein. Die anstehenden Sachfragen und Kapitelentwürfe wurden kontrovers diskutiert und demokratisch abgestimmt. Fachfragen wurden so auch zu Mehrheitsfragen.

Die NVL empfehlen bei allen drei Schweregraden von Depression zunächst Aufklärung bzw. Psychoedukation und die Beteiligung der PatientInnen an allen Entscheidungen. Bei leichten Depressionen wird empfohlen, den weiteren Verlauf erst

einmal 14 Tage zu beobachten, bis weitere Behandlungen geplant werden. In dieser ersten Phase kommt den Hausärzten große Bedeutung im Rahmen der Erkennung und Weitervermittlung zu. Bei leichten Depressionen ist die Psychotherapie die erste Wahl der Empfehlungen. Pharmakotherapie ist eine Alternative. Wobei keine Empfehlungen für bestimmte Antidepressiva gegeben werden. Alle wurden als vergleichbar wirksam eingestuft – auch Johanniskraut. Entschieden werden sollte nach Verträglichkeit und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Bei mittelschweren Depressionen werden Psychotherapie und Antidepressiva gleichwertig empfohlen. Antidepressiva wirken schneller, aber weniger nachhaltig als Psychotherapie. Außerdem konnte bei leichten und mittelschweren Depressionen kein Unterschied zwischen der Wirkung von Antidepressiva und Placebos festgestellt werden. Nur bei schweren Depressionen lässt die Placebowirkung im Vergleich zu Antidepressiva deutlich nach. Kritisch angemerkt wurde, dass nur 12% aller Studien, in denen Antidepressiva negativ abschneiden, veröffentlicht werden. Studien, bei denen Antidepressiva positive Wirkung zeigen, werden dagegen zu 97% veröffentlicht. Bei den schweren Depressionen gilt die Kombinationsbehandlung mit Antidepressiva und Psychotherapie als obligat. Genauso wenig wie bei Antidepressiva werden in den Leitlinien bestimmte Psychotherapiemethoden favorisiert. Vielmehr werden alle drei in der BRD in den Richtlinien verankerten Methoden gleichermaßen empfohlen. Darüber hinaus werden die Gesprächspsychotherapie, die interpersonelle Psychotherapie und CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy), für die Evidenz existiert, als Option genannt. Neuere Wirkkeitsstudien, die nach Abschluss der NVL-Entwicklung erschienen sind, weisen darauf hin, dass – unabhängig vom Verfahren – längere (50 bis 100 Std.) psycho-

therapeutische Behandlungen auch nachhaltigere Erfolge zeigen. Darüber hinaus wird bei schweren therapieresistenten Depressionsverläufen auch Elektrokrampftherapie als wirksam beschrieben. Schlafentzugstherapie wird empfohlen, wenn ein rascher, aber nicht anhaltender Erfolg gewünscht ist. Lichttherapie zeigt Evidenz bei saisonalen Depressionen. Aus klinischer Erfahrung wird darüber hinaus ein für alle Schweregrade ergänzendes körperliches Training empfohlen.

Unabhängig davon, ob die Wahl auf Pharmakotherapie, Psychotherapie oder eine Kombinationsbehandlung gefallen ist, empfehlen die NVL eine klinische Wirksamkeitsprüfung nach 3 bis 4 Wochen Behandlung und bei Bedarf eine Therapieanpassung. Diese Beobachtung des Verlaufs in 2- bis 4-wöchigen Abständen ist während der gesamten Behandlung vorgesehen.

Auch die NVL sollen in regelmäßigen Abständen überarbeitet werden. Für eine Überarbeitung stehen z. B. noch Themen an, die bisher nicht ausreichend berücksichtigt wurden, wie Genderaspekte, Migration, Schwangerschaft und Stillzeit.

Am Ende der Veranstaltung konnte ich das Fragezeichen aus dem Titel der Veranstaltung entfernen. Die Leitlinien bieten tatsächlich Chancen für eine bessere Versorgung der PatientInnen, auch wenn daran deutlich wird, dass die meisten Verträge zur Versorgung depressiver Menschen die empfohlenen Standards noch nicht erreichen. Für uns als PsychotherapeutInnen können sie angesichts immer noch verbreiteter Fehleinschätzungen als wichtige Argumentationshilfe dienen. Noch nie vorher wurde die Unverzichtbarkeit von Psychotherapie in der Behandlung depressiver PatientInnen so klar benannt.

Ute Timmermann

KVHB drängt auf Online-Abrechnung über KV-SafeNet

Fehlende Bereitschaft zu kostengünstigeren Alternativen lässt Unmut steigen

Im Sommer 2009 (PTJ 2/09, S. 182) berichteten wir erstmals über den Unmut zahlreicher Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten über das Vor-

gehen der Bremer KV, ihre Mitglieder zur Online-Abrechnung zu zwingen. Insbesondere richtete sich der Ärger – den übrigens auch viele ärztliche Leistungserbringer ver-

spüren – dagegen, dass die KV lediglich das System „KV-SafeNet“ zur Verfügung stellt. Dieses zieht zusätzliche Leistungsgelühren von mindestens 16,90 € monat-

lich nach sich, des Weiteren noch die Installation eines zusätzlichen Routers. Viele fragten sich verständnislos: „Warum ein so hoher Aufwand für lediglich eine viermalige Nutzung im Jahr für wenige Sekunden?“

Diese Skepsis bestätigte sich, als im Laufe dieses Jahres bekannt wurde, dass andere KVen durchaus Online-Abrechnungsmöglichkeiten anbieten, die weniger aufwändig und deutlich kostengünstiger sind. So bietet die KV Bayern das sogenannte „KV-Ident“, das relativ einfach die Übermittlung der Daten an die KV ermöglicht. In Bayern, aber auch in anderen Bundesländern, wurde dieses Übermittlungsverfahren vom Datenschutz als unbedenklich eingestuft.

Inzwischen rückt der 1. Januar 2011 als Beginn der verpflichtenden Online-Abrechnung näher. Nach Angaben der KVHB hat bisher lediglich die Hälfte der Leistungserbringer sich einen Zugang zum KV-SafeNet legen lassen. In einer Sonderinformation von August 2010 betonte die KV nochmals, dass in Bremen keine andere Möglichkeit angeboten wird. Zugeständnisse wurden lediglich an zwei Stellen gemacht: Der Zeitraum, Zuschüsse für die Installation von KV-SafeNet zu bekommen, wird um ein weiteres Quartal verlängert. Und: In den ersten beiden Quartalen 2011 werden noch Abrechnungen auf CD oder Diskette angenommen.

KV-Ident wird von der KVHB abgelehnt, weil ein Schutz des Praxisnetzes und der Daten bei der Übertragung nicht gewährleistet sei. Unterstützung findet die KV beim Bremischen „Landesbeauftragten für

Datenschutz und Informationsfreiheit“. In einer Antwort auf eine Anfrage der PKHB, die sich auf Bitten zahlreicher Mitglieder an den Datenschutzbeauftragten wandte, heißt es: „Wir halten sowohl das Verfahren KV-SafeNet als auch das qualitativ hochwertige Software-VPN-Verfahren für grundsätzlich geeignet, die für die Leistungsabrechnung erforderlichen Daten online von den Praxen zur Kassenärztlichen Vereinigung zu übermitteln. **Für grundsätzlich nicht geeignet halten wir das Verfahren KV-Ident.**“ In dem Schreiben des Landesdatenschutzbeauftragten wird aber nicht auf den Widerspruch eingegangen, der in der abweichenden Beurteilung zu Datenschutzbeauftragten anderer Bundesländer liegt, die unter Bezugnahme auf die gleichen gesetzlichen Vorgaben des § 78 a, SGB 10 die Datenübermittlung über KV-Ident für unbedenklich halten. Von Experten wird insbesondere das Argument infrage gestellt, der Schutz des Praxisnetzes sei nicht gegeben, da jeder, der Praxisdaten auf einem internetzugänglichen Computer verwaltet, sich strafbar machen würde, wenn er nicht aktualisierte Schutzprogramme verwenden würde. Auf telefonische Nachfrage erläuterte die zuständige Sachbearbeiterin, dass aus ihrer Sicht technischen Standards gegenüber organisatorischen Maßnahmen der Vorzug gegeben werden müsse. Hier seien KV-SafeNet und Software-VPN-Lösungen dem KV-Ident deutlich überlegen.

Das „Software-VPN-Verfahren“, das auf einen zusätzlichen Router verzichtet, wird von der Bremer KV allerdings ebenfalls abgelehnt, weil es letztlich höhere Kosten

nach sich ziehe und die KV nicht bereit sei, dies wie andere KVen aus ihrem Verwaltungshaushalt zu finanzieren.

Die KVHB beruft sich bei Ihrer Entscheidung, das System der Online-Abrechnung einzuführen, auf den § 295, Absatz 4 im SGB V und auf die darauf aufbauende „Richtlinie für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis“ der KBV. Sollte diese ursprünglich schon zum 01.01.2010 in Kraft treten, wurde dieser Termin wegen Umsetzungsschwierigkeiten um ein Jahr verschoben. Während im Gesetz durchaus die Alternativen „leistungsgebunden“, also Online-Abrechnung, und maschinenlesbarer Datenträger, also CD oder Diskette, noch nebeneinander stehen und Näheres einer Regelung der KBV übertragen wird, wird diese Vorgabe in der „IT-Richtlinie“ auf die leitungsgebundene Übermittlung verkürzt.

Der Beratende Fachausschuss Psychotherapie der KVHB behandelte dieses Thema erneut am 24.08.10. Günter Scherer, zurzeit geschäftsführender Vorsitzender der KVHB machte deutlich, dass die KVHB bei ihrer bisherigen Haltung bleibt. Dennoch beschloss der Fachausschuss auf Antrag der DPTV-Vertreter eine Resolution, in der die KV aufgefordert wurde, zum KV-SafeNet alternative Online-Abrechnungsmöglichkeiten anzubieten, bzw. die Abrechnung über den 1. Januar 2011 hinaus dauerhaft per Datenträger anzunehmen. Dieser Antrag fand bei den zwölf ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten lediglich eine knappe Mehrheit bei 3 Ja-Stimmen, gegen 2 Nein-Stimmen bei 7 Enthaltungen.

Bremer Krankenhaus-Gesetz in Vorbereitung

Stellungnahme der PKHB mit vielen Verbesserungsvorschlägen

Erstmals beabsichtigt das Land Bremen ein eigenes Krankenhausgesetz zu verabschieden, in dem einerseits verschiedene Einzelregelungen zusammengefasst werden. Andererseits sollen aber auch die gesetzlichen Verpflichtungen der Krankenhäuser, die Qualitätsanforderungen an eine fachliche hochstehende medizinische Versorgung in den Kliniken sowie die Rechte der Patientinnen und Patienten in einem eigenen Gesetz niedergelegt werden. Im Frühsommer nahm der Senat den Gesetzesentwurf des Senators für Gesundheit

an. Er wurde anschließend Krankenhausträgern, Fachbehörden, Verbänden und Kammern zur Stellungnahme zugeleitet.

Der Vorstand der PKHB begrüßte in seiner Stellungnahme dieses Vorhaben. Insbesondere hob er anerkennend die im § 24, Abs. 3 des Gesetzesentwurfes ausdrücklich erfolgte Klarstellung hervor, dass psychotherapeutische Organisationseinheiten auch von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geleitet werden können.

Allerdings sieht der Vorstand durchaus Ergänzungsbedarf an verschiedenen Stellen des Entwurfes. Insbesondere vermisste er die durchgehende Erwähnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als eigenständige Heilberufe neben den ärztlichen Kollegen. Diese beiden Berufsgruppen würden zwar ihrer Ausbildung und Qualifikation nach eine Äquivalenz zum Facharzt (z. B. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

darstellen, könnten aber nicht unter dem Arztbegriff eingeordnet werden. Entsprechend wurden Vorschläge unterbreitet, die dieser Eigenständigkeit Rechnung tragen.

Ebenfalls wird in der Stellungnahme vorgeschlagen, auf die Besonderheiten

der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Gesetz Rücksicht zu nehmen. Deshalb sollten Anforderungen an die „Praktische Tätigkeit“ in Kliniken während der Ausbildung

in das Gesetz aufgenommen werden. Es sollte festgelegt werden, dass im Krankenhausrahmenplan Regelungen für eine angemessene Vergütung von Ausbildungsteilnehmern im Rahmen der „Praktischen Tätigkeit“ zu treffen sind.

Mindestquote Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Zielgerade in Sicht

Seit das BMG im Jahr 2008 die Einführung einer Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gesetzlich festgeschrieben hatte, ist viel Zeit ins Land gegangen. Rechenspiele, in denen die Miteinbeziehung der Psychologischen Psychotherapeuten mit sogenannter Doppelzulassung bei der Ermittlung der bisherigen Quote die Anzahl der neu auszuscheidenden KJP Sitze beschränkte, gehörten ebenso zur Blockadepolitik von G-BA und KV wie die Festlegung, dass zunächst in allen Planungsbezirken eine 10%-Quote erreicht sein musste, bevor in den Planungsbezirken, in denen schon 10% erfüllt waren, bis zur 20%-Quote aufgefüllt werden durfte. Im Land Bremen führte das dazu, dass die voraussichtlich 4,5 zu besetzenden neuen Sitze in der Stadt

Bremen bisher noch nicht ausgeschrieben wurden.

Ende März 2010 war es dann endlich soweit, dass die Bedarfsfeststellung für Bremerhaven ausgesprochen und die errechneten 7,5 Praxissitze ausgeschrieben wurden. Im Juni 2010 tagte der Zulassungsausschuss und sprach neun Zulassungen aus. Damit konnten neun von elf Bewerbungen, die dem Zulassungsausschuss vorlagen, berücksichtigt werden. Dabei kamen zwei Bewerbungen nicht in das Auswahlverfahren, weil die erforderlichen Unterlagen nicht in Gänze vorgelegt werden konnten. Im Verfahren Verhaltenstherapie wurden fünf volle und zwei hälftige Zulassungen ausgesprochen, im Verfahren Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zwei volle Zulassungen.

Entgegen dem Vorschlag der PKHB, schon frühzeitig die Bedarfsfeststellung für die Stadt Bremen zu treffen, hatte der Landesausschuss Ärzte-Krankenkassen dies bis zur Besetzung der Bremerhavener Sitze verzögert. Diese Feststellung wurde inzwischen am 3. August getroffen, aber die Ausschreibung der vier Sitze erfolgte erneut verzögert, da das vorgeschriebene Veröffentlichungsorgan „Bremer Ärztejournal“ im Sommer nicht monatlich erscheint, sondern erst Anfang September. Dies führt dazu, dass erst in der Sitzung am 16. November der Zulassungsausschuss über eingehende Bewerbungen entscheiden wird. Angesichts von 3 bis 5 Monaten Wartezeit für KJP-Behandlungsplätze kann eine baldige Besetzung von weiteren vier Bremer Sitzen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nur freuen.

Psychotherapie in Zeiten des Wandels – Zwischen Erwartungen und Möglichkeiten

Veranstaltungsankündigung: 10 Jahre Psychotherapeutenkammer Bremen 29.10.2010

10 Jahre Psychotherapeutenkammer Bremen – Dieses Jubiläum ist Anlass für eine Festveranstaltung im Bremer Rathaus auf Einladung der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales am Abend des 28. Oktober und einer Fachtagung unter obigem Titel am 29. Oktober 2010 von 10 – 16 Uhr im Haus der Wissenschaft, Sandstr. 4-5.

Wir wollen die aktuelle Situation aus verschiedenen Perspektiven beleuchten: Wie wird die ambulante Psychotherapie dem gerecht, was psychisch behandlungsbedürftige Menschen brauchen? Welche Verbesserungen sind möglich bei der Verzahnung von ambulanter, stationärer und komplementärer Versorgung? Welche professions- und schulenübergreifenden

Kooperationsformen wären sinnvoll? Wie könnte psychotherapeutische Tätigkeit in 10 Jahren aussehen?

Vortragende sind u. a. der Präsident der hessischen Psychotherapeutenkammer Jürgen Hardt aus Gießen, Prof. Elisabeth Nicolai aus Mannheim, der ehemalige Präsident der niedersächsischen Psychotherapeutenkammer Dr. Lothar Wittmann aus Otterndorf und Johannes Klüsener von der Hauptverwaltung der Techniker Krankenkasse aus Hamburg.

Das komplette Programm finden Sie auf der Internetseite der PKHB unter www.pk-hb.de. Anmeldungen bitte an die Geschäftsstelle der PKHB. Teilnahmegebühr: 30 €, 6 Fortbildungspunkte.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Dr. Christine Block, Hans Schindler, Hilke Schröder, Karl Heinz Schrömgens, Ute Timmermann.

Geschäftsstelle

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

Das Beschwerdemanagement der Psychotherapeutenkammer Hamburg

von **Bettina Nock**

Eine der Hauptaufgaben der Kammer ist die Ausübung der Berufsaufsicht – gleichzeitig hat die Kammer aber auch eine Fürsorgepflicht für ihre Mitglieder. Den berufsrechtlichen Rahmen bilden die Berufsordnung der PTK Hamburg von 2006 und die vom Deutschen Psychotherapeutentag im Jahre 2006 verabschiedete Musterberufsordnung (2. neu bearbeitete und erweiterte Auflage 2008). In diesem Regelwerk (das jedem Kammermitglied vorliegt) hat unser Berufsstand selbst festgelegt, welchen Regeln und Pflichten PsychotherapeutInnen bei der Ausübung ihres Berufs folgen sollen und wie wir uns ein unserem Berufsstand adäquates Verhalten gegenüber PatientInnen, KollegInnen und Institutionen der Gesundheitsversorgung wünschen.

Bei Hinweisen auf Verstöße gegen Gesetze oder Berufsrecht ist die Kammer verpflichtet, dem nachzugehen und u. U. Sanktionen zu verhängen. Weiterhin hat die Kammer eine Aufklärungs- und Informationspflicht gegenüber PatientInnen über die Berufsausübung von PsychotherapeutInnen, und sie muss eine Möglichkeit zur Schlichtung von Streitigkeiten zur Verfügung stellen. Zusammengefasst bilden diese Aufgaben das Beschwerdemanagement der Kammer. Mit der Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden und Streitigkeiten aus Behandlungsverhältnissen (aber auch zwischen KollegInnen) sind neben der Geschäftsstelle (für die verwaltungsbezogenen Aspekte) drei Gremien beschäftigt, die zwar mit unterschiedlicher Gewichtung aber kooperierend tätig sind: der Vorstand, die Beschwerdekommision, der Schlichtungsausschuss. Eine grundlegende Frage im Beschwerdemanagement ist bei jedem einkommenden Fall die der

Definition von Berufsvergehen bzw. Verletzung von Berufspflichten und die Abgrenzung nach ihrer Schwere, denn daraus ergibt sich das weitere Vorgehen.

Die Beschwerdekommision

Die Beschwerdekommision der Psychotherapeutenkammer Hamburg wurde erstmalig mit Beginn der derzeitigen Legislaturperiode (im März 2007) vom Vorstand eingesetzt, um einkommende Beschwerden zu bearbeiten und damit Vorstand und Geschäftsstelle von dieser Aufgabe zu entlasten. Die Kommision umfasste zu Beginn fünf Mitglieder (davon ein Vorstandsmitglied) und einen juristischen Berater, die sich regelmäßig zur Besprechung der eingekommenen Beschwerden trafen und parallel einen Telefondienst zur Entgegennahme von Beschwerden durchführten. Mit den vielfältigen Erfahrungen in der Beschwerdebearbeitung ergab sich im Lauf der Zeit die Notwendigkeit, sich auf eine verbindliche Form im Umgang mit Beschwerden und in der Kooperation mit Vorstand und Schlichtungsausschuss zu einigen. In einem zunächst kontroversen, schließlich konsensuellen Prozess haben sich daher in den vergangenen 1 ½ Jahren Vorstand, Mitglieder von Beschwerdekommision und Schlichtungsausschuss, Geschäftsführung und eine speziell dafür eingerichtete Arbeitsgruppe in Diskussion mit Juristen, einem ehemaligen Richter und der aufsichtführenden Behörde intensiv mit dem genauen Ablauf und den Zuständigkeiten bei der Beschwerdebearbeitung beschäftigt. Resultat ist eine von der Delegiertenversammlung im Juni 2010 verabschiedete Verfahrensordnung, in der der angemessene Umgang mit Beschwerden von Patienten über Kammermitglieder geregelt ist. Diese Verfahrensordnung muss

sich nun in der Zukunft bewähren. Ab sofort werden der Kommision neben einem Vorstandsmitglied auch ein Mitglied des Schlichtungsausschusses und drei weitere Kammermitglieder angehören, unter Beratung durch einen Juristen bei Bedarf.

In der Geschäftsstelle der PTK Hamburg und während des Telefondienstes der Kommision gehen vielfältige Beschwerden ein, die sich sowohl in Inhalt als auch Schwere der erhobenen Vorwürfe sehr unterscheiden. Insgesamt können wir jedoch feststellen, dass die Anzahl der Beschwerden nicht sehr groß und in den vergangenen Monaten eher abnehmend ist. Außerdem sind die allermeisten von geringer Brisanz. Etwa dreiviertel der Beschwerden beziehen sich auf die Themen: Ausfallhonorar, Leistungsabrechnungen (zumeist bei Privatliquidation), Einsichtnahme in Patientendokumentation, Berichterstellung, Auskünfte von Vorbehandlern, Schweigepflicht, Datensicherung. Gerade die Themen Ausfallhonorar (z. B. auch in Zusammenhang mit vorzeitigem Ausscheiden aus einer Gruppentherapie) und Schweigepflicht und Einsichtnahme in Patientendokumentation (z. B. bei minderjährigen Jugendlichen, und bei Kindern mit geschiedenen Eltern mit geteiltem Sorgerecht) erhitzen immer wieder die Gemüter, führen aber auch zu Verunsicherungen – bei KollegInnen und PatientInnen gleichermaßen.

Das restliche Viertel betrifft das Verhalten oder Äußerungen des/der PsychotherapeutIn gegenüber dem/der PatientIn – häufig ist es eine als verletzend erlebte Bemerkung oder Deutung des/der PsychotherapeutIn. Nur in äußerst wenigen Fällen gab es schwerwiegende Verstöße

gegen die Berufsordnung oder bestehende Gesetze: In den vergangenen vier Jahren mussten in drei Fällen Rügen wegen Verstoßes gegen das Abstinenzgebot und gegen Datenschutzvorschriften ausgesprochen werden, davon zwei mit Geldauflage. In einem Fall wurde Anklage vor dem Heilberufsgericht erhoben und zugleich Strafanzeige bei der Staatsanwaltschaft gestellt wegen des Verdachts des sexuellen Missbrauchs einer Patientin.

Die Beschwerdekommision nimmt die (schriftlich eingereichten) Beschwerden entgegen und führt eine zeitnahe Sachverhaltsklärung durch, um mögliche Verstöße gegen die Berufsordnung zu identifizieren bzw. auszuschließen; liegen keine solchen Verstöße vor, ergibt sich manchmal bereits – durch eine niederschwellige Herangehensweise, z. B. ein Telefonat – eine beidseitige Klärung der Streitigkeit (z. B. bei Missverständnissen infolge Terminabsagen). Liegt ein (geringer) Verstoß gegen die Berufsordnung oder geltende Gesetze vor, erarbeitet die Kommission unter Wahr-

nung der Anonymität des betroffenen Kammermitgliedes eine Handlungsempfehlung; der Vorstand entscheidet dann über das weitere Vorgehen. Liegt ein schwerer Verstoß vor, muss der Fall dem Vorstand sofort entanonymisiert vorgelegt und ein offizielles Ermittlungsverfahren eröffnet werden.

Noch einiges Grundsätzliches

Alle Mitglieder der Beschwerdekommision sind zur Verschwiegenheit über laufende und abgeschlossene Beschwerdeverfahren verpflichtet. Alle dokumentierten Beschwerdefälle (also keine Anfragen oder nur mündlich vorgetragenen Beschwerden) erhalten eine Akte mit Aktenzeichen und müssen 10 Jahre im Safe der Kammer aufbewahrt werden. Jede/r BeschwerdeführerIn wird zu Beginn die Möglichkeit eines Schlichtungsverfahrens unverbindlich angeboten, unabhängig davon, ob es sich bei der Angelegenheit um eine Verletzung der Berufspflichten oder nicht handelt. Die Erfahrung zeigt, dass viele PatientInnen

neben der Klärung des Sachverhalts ihrer Beschwerde oder der Einlösung ihrer Ansprüche sich oft eine Entschuldigung oder verbale „Wiedergutmachung“ durch den/die PsychotherapeutIn wünschen. Ob dies außer im Rahmen der Schlichtung, sofern sie denn von den PatientInnen in Anspruch genommen wird, erfolgt, darüber haben wir bisher noch keine Rückmeldung erhalten.

Es ist ein Anliegen der Kammer, trotz aller formalen Auflagen für die Berufsaufsicht, das Beschwerdemanagement nicht zu „über“bürokratisieren. Neben der Wahrung und Vertretung der Patientenrechte muss das Beschwerdemanagement auch im Sinne der Fürsorge für die Kammermitglieder gestaltet sein.

Für Fragen oder Anregungen zum Beschwerdemanagement können Sie sich jederzeit an mich wenden: Bettina Nock, Vorstandsmitglied und Beschwerdebeauftragte der PTK Hamburg, info@ptk-hamburg.de oder Nock.BDP-Hamburg@t-online.de.

Der Schlichtungsausschuss – eine Bestandsaufnahme

von **Christine Ramert**

Seit fast sieben Jahren arbeitet der Schlichtungsausschuss der Hamburger Psychotherapeutenkammer (PTK) und erfüllt dabei seine Aufgabe, Streitigkeiten und Missverständnisse, die bei der Berufsausübung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen entstehen können, beizulegen. Aus der Sicht aller Ausschussmitglieder verlief die Arbeit insgesamt erfolgreich, doch nach sieben Jahren ist es auch Zeit für eine differenziertere Bestandsaufnahme. Wir möchten Ihnen – unseren KollegInnen und auch anderen Interessierten – Einblicke in unsere Arbeit und unsere Grundhaltung geben und Sie so an unseren Erfahrungen der vergangenen Jahre teilhaben lassen. Dazu werden wir im Folgenden auf die häufig an uns gestellten Fragen Antworten geben.

Was genau macht der Schlichtungsausschuss eigentlich?

Der Ausschuss hat die Aufgabe, im Auftrag des Vorstandes der PTK Hamburg

Streitigkeiten zu schlichten. Dies können entweder Konflikte zwischen Kammerangehörigen (also PsychotherapeutInnen) und Dritten (zumeist ehemalige PatientInnen) als auch Streitigkeiten zwischen Kammerangehörigen untereinander sein. Mit dieser Aufgabe stellt der Schlichtungsausschuss ein wichtiges Qualitätsorgan der Kammer dar.

Wie läuft ein Schlichtungsverfahren ganz konkret ab?

Geht eine Beschwerde, die auf einen Konflikt zwischen den o. g. Parteien hinweist, beim Schlichtungsausschuss ein, so wird diese im Rahmen einer Ausschusssitzung diskutiert, und ein Mitglied übernimmt dann als VertreterIn des Ausschusses die weitere Bearbeitung des Falles. Die Betroffenen der Beschwerde – also der/die BeschwerdeführerIn (häufig PatientInnen) und der/die BeschwerdegegnerIn (TherapeutIn) – werden von uns zunächst in schriftlicher Form über die Möglichkeit und den Ablauf eines

Schlichtungsverfahrens informiert. Wenn diese ihre Zustimmung gegeben haben, erfolgt eine Auseinandersetzung beider Konfliktparteien, welche vom Ausschuss moderiert wird. Dabei geht es immer um die Aushandlung der Ansprüche der Patienten. In den vergangenen Jahren erfolgte diese Moderation mit wenigen Ausnahmen in schriftlicher Form. Ziel war und ist es immer, unter Berücksichtigung der Interessen beider Parteien die Streitigkeiten und Missverständnisse beizulegen, was uns auch sehr häufig gelungen ist. Wenn das Schlichtungsverfahren beendet ist, wird das Ergebnis abschließend von uns zusammenfassend formuliert und den Beteiligten mitgeteilt.

Was passiert mit der Akte nach Abschluss des Verfahrens?

Die Akte mit dem kompletten Schriftverkehr, die den Verlauf der Schlichtung dokumentiert, wird in der Geschäftsstelle unter besonderen Sicherheitsbedingungen zehn Jahre aufbewahrt und dann vernichtet.

Auf welchen Prinzipien beruht die Arbeit des Schlichtungsausschusses?

Die Prinzipien sowie auch die übrigen rechtlichen Rahmenbedingungen, nach denen wir im Schlichtungsausschuss arbeiten, sind in der Schlichtungsordnung der PTK Hamburg (www.ptk-hamburg.de/die_kammer/rechtliches) verankert. Unsere Hauptprinzipien sind:

Freiwilligkeit. Sowohl der/die BeschwerdeführerIn als auch der/die BeschwerdegegenerIn entscheiden jeweils, ob sie im Konfliktfall ein Schlichtungsverfahren wünschen. Dieses kann nur geführt werden, soweit beide Seiten dies ausdrücklich wollen.

Neutralität. Schlichtung setzt in der konkreten Fallbearbeitung immer unbedingte Neutralität der Mitglieder des Schlichtungsausschusses voraus. Das bedeutet, dass die Interessen und Sichtweisen beider Konfliktparteien zu jedem Zeitpunkt angemessen und gleichberechtigt in die Schlichtung einbezogen werden. Um dies zu gewährleisten, finden während eines laufenden Verfahrens regelmäßige Schlichtungsausschusssitzungen statt, in denen der aktuelle Sachverhalt aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet und diskutiert wird. Der Schlichtungsausschuss ist keinesfalls eine Interessensvertretung der Kammerangehörigen.

Schweigepflicht. Zu Beginn eines Schlichtungsverfahrens entbindet die ehemalige PatientIn ihren Therapeuten/in von der Schweigepflicht. Die Ausschussmitglieder sind zur Verschwiegenheit über das jeweilige Schlichtungsverfahren verpflichtet. Die Konfliktfälle werden somit ausschließlich im Schlichtungsausschuss diskutiert und bearbeitet.

Nicht zuletzt aufgrund dieser Prinzipien bietet der Schlichtungsausschuss bei Streitigkeiten, die bei der Berufsausübung entstehen, ein schonendes und Interessen integrierendes Verfahren, ohne dabei andere Rechtswege auszuschließen.

Bei welchen Streitigkeiten war der Schlichtungsausschuss in den vergangenen Jahren vorwiegend tätig?

Der Ausschuss wurde überwiegend bei Konflikten zwischen Kammerangehörigen und Dritten (ehemalige PatientInnen) angefragt.

In den letzten vier Jahren hatte der Schlichtungsausschuss insgesamt acht Beschwerden zu bearbeiten. Da es sich um sehr unterschiedlich schwere Vorwürfe handelte, konnte einiges im Vorfeld eines Schlichtungsverfahrens geklärt und beigelegt werden, in anderen Fällen konnten im Rahmen des Verfahrens die Sichtweisen beider Beteiligten zur Sprache gebracht und die Ansprüche der Beschwerdeführer ausgehandelt werden.

In einem Fall wurden Haftungsansprüche einer ehemaligen Patientin gegenüber ihrem ehemaligen Therapeuten ausgehandelt und abgewickelt. Es handelte sich um einen weitgehenden Fall von Abstinenzverletzung, der bereits in einem Berufsaufsichtsverfahren zu einer Klärung gebracht worden war. In einem anderen Fall trug eine Patientin schwerwiegende Vorwürfe gegen ihre Therapeutin vor und hatte bereits mit heftigen Übergriffen gegen die Therapeutin und deren Praxis begonnen. Hier handelte es sich um eine nicht lösbare Komplikation in der Beendigung einer langjährigen Behandlung. Im Schlichtungsverfahren wurde schwerpunktmäßig daraufhingearbeitet, dass die ehemalige Patientin eine Bereitschaft fand, von ihrer Therapeutin Abschied zu nehmen und auf weitere wütende Attacken zu verzichten.

In den anderen Fällen ging es um Honorarangelegenheiten, Schweigepflichtverletzungen, Forderungen auf Akteneinsicht, Streit zwischen Kollegen (z. B. weil einer ehemals in einer Praxis angestellten Psychotherapeutin ihre Unterlagen wie Zeugnis usw. nicht übergeben wurden).

Was ist das Hauptziel von PatientInnenbeschwerden, und wie kann ein konkretes Schlichtungsergebnis aussehen?

Die meisten PatientInnen äußern Ansprüche gegenüber ihren (ehemaligen) TherapeutInnen. Dies können finanzielle Ansprüche sein, z. B. bei vermeintlich fehlerhaften Honorarforderungen; es kann aber auch der Wunsch nach einer Ent-

schuldigung für subjektiv empfundenes fehlerhaftes Verhalten des/der TherapeutIn sein. Manchmal ist es auch der Wunsch nach einer „Klärung durch Dritte“, um sich so Gehör zu verschaffen. In Abhängigkeit von der konkreten Beschwerde kann dann ein Schlichtungsergebnis eine finanzielle Ausgleichszahlung, eine Klärung der rechtlichen Situation, eine Erläuterung des/der TherapeutIn zu seinem/ihrer Verhalten oder auch eine Entschuldigung sein.

Ist ein Schlichtungsverfahren auch schon einmal gescheitert?

Zu einem Scheitern kam es immer dann, wenn einer oder auch beide Konfliktparteien von ihrer ursprünglichen Forderung und Haltung nicht abrücken konnten oder wollten. Dies kam aber eher selten vor. In einem solchen Fall wird ebenfalls ein Abschlussbericht geschrieben, in dem der Ausschuss seine Eindrücke, Haltungen und ggf. Empfehlungen an die Konfliktparteien zusammenfasst.

Wo könnte der Schlichtungsausschuss sonst noch tätig werden?

Ein weiteres Schlichtungspotential liegt aus unserer Sicht in der Moderation von Streitigkeiten zwischen zwei Kammerangehörigen. Dies wurde bislang wenig genutzt, obgleich es ebenfalls zu den gesetzlich vorgesehenen Aufgaben des Ausschusses gehört. Dies könnten z. B. Unstimmigkeiten rund um Jobsharing, Anstellungsverträge in Praxen oder die Teilung bzw. Übernahme eines Praxissitzes sein, wobei es in letzter Zeit wiederholt zu Unstimmigkeiten zwischen KollegInnen gekommen ist.

Gibt es noch andere Möglichkeiten der Beschwerde bei der Psychotherapeutenkammer?

Das heutige Beschwerdemanagement der PTK Hamburg unterscheidet mehrere Verfahren zur Bearbeitung von Beschwerden, die an die Kammer gerichtet werden. Neben dem beschriebenen Schlichtungsverfahren gibt es das Berufsaufsichtsverfahren, in welchem Verstöße gegen das Berufsrecht bzw. die Berufsordnung aufgeklärt und ggf. geahndet werden. Damit erfüllt die Kammer ihre vorrangige Aufgabe der Berufsaufsicht.

An wen wende ich mich, wenn ich ein Anliegen für den Schlichtungsausschuss habe?

Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit, sich im Beschwerdefall entweder an die Geschäftsstelle der PTK Hamburg oder auch direkt an den Schlichtungsausschuss zu wenden. Dort stehen Ihnen derzeit folgende Ansprechpartnerinnen zur Verfügung:

Angela Niedtfeld-Kortmann (Vorsitzende), Christine Ramert, Barbara Stuhlmann-Laeisz, Elke Visser und Bettina Nock (Vertreterin des Vorstandes).

Wie lautet das Fazit aus sieben Jahren Schlichtungsarbeit?

Aus unserer Sicht stellt das Schlichtungsverfahren durch sein dialogisches Vor-

gehen eine schonende Möglichkeit der Konfliktregulation dar, bei der beide Konfliktparteien ihre Interessen vertreten und Ansprüche aushandeln können. Wir als Vertreterinnen des Schlichtungsausschusses freuen uns, dass uns diese Form der Beilegung von Streitigkeiten in den vergangenen Jahren immer wieder gut gelungen ist.

80. Geburtstag von Dr. Peter Riedel

Unser ehemaliges Vorstandsmitglied und Gründungsmitglied der Psychotherapeutenkammer Hamburg, Dr. Peter Riedel, hat am 3. Juni sein 80. Lebensjahr vollendet. Dies war Anlass genug, die Verdienste von Dr. Peter Riedel im Rahmen eines kleinen Sektempfangs während des diesjährigen Kammertages am 19. Juni im Anglo-German-Club an der Außenalster zu würdigen. Prof. Richter ging in seiner Laudatio nicht nur auf die Verdienste von Peter Riedel vor und während der Kammergründungsphase ein, in der Peter Riedel maßgeblich die Organisationsstrukturen und den Einsatz der EDV aufgebaut und geprägt hat, sondern auch auf seine Verdienste beim Aufbau von „Psych-Info“, dem internetbasierten Psychotherapeutensuchsystem dem sich inzwischen sechs Kammern – darunter neben den

norddeutschen Kammern auch Berlin und das Saarland angeschlossen haben. Peter Riedel ist nach wie vor Denker, Lenker und Administrator von Psych-Info. In den letzten Jahren unter Einbeziehung des Fachwissens seines jüngsten Sohnes, der in der Internetbranche tätig ist. So hat sich das System in den letzten Jahren technisch erheblich weiterentwickelt und dies bei einem extrem kleinen Budget. Peter Riedel schafft es nach wie vor dieses System, das monatlich mehr als 5.000 Anfragen erhält mit Kosten von gerade einmal 75 Cent pro Jahr und angeschlossenen Kammermitglied zu betreiben und weiterzuentwickeln. Präsident, Vorstand, Delegierte und Geschäftsstelle haben Peter Riedel hierfür ihren Dank ausgesprochen und hoffen, dass Peter Riedel noch lange so fit bleibt und weiterhin Spaß an der Wei-



terentwicklung von Psych-Info und seinen in jüngster Zeit häufigen Reisen ins sonnige Kalifornien haben wird.

Broschüre „Rund um die Geburt“

Nachdem wir im Jahr 2008 eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Frühkindliche Bindungsstörungen“ durchgeführt hatten, hatte sich eine kleine Arbeitsgruppe aus Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutenInnen, Hebammen und einer Fachärztin für Frauenheilkunde unter Leitung der damaligen Vizepräsidentin Petra Rupp gebildet, um das Thema „postpartale Depression“ und damit verbunden die frühkindlichen Bindungsstörungen und deren Folgen weiter zu bearbeiten. Günstig wirkte sich dabei aus, dass es bereits seit Jahren einen sog. „Runden Tisch“ zum Thema postpartale Depression im Bezirk Nord gab. Im Laufe von vielen Arbeitssitzungen ist dabei die Idee geboren worden eine Informationsbroschüre für werdende Eltern, deren Angehörige und Beratungsstellen

zu entwickeln, die verständlich über die möglichen Probleme rund um die Geburt aufklärt und Hilfen aufzeigt. Die Broschüre orientierte sich an der schon 2007 zusammen mit der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) erarbeiteten und herausgegebenen Broschüre „Verletzte Seelen“, die sich mit psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen befasste und zwischenzeitlich von der HAG in einer Auflage von 25.000 verteilt worden ist. Zwischenzeitlich ist die Broschüre „Rund um die Geburt“ soweit fertiggestellt, dass eine Textversion auf der Homepage der Kammer zum Download bereit steht. Erfreulicherweise erreichen uns schon zu dieser Version sehr positive Rückmeldungen, nachdem einige ausgedruckte Exemplare im Rahmen der Ge-

sundheitskonferenz Nord verteilt worden sind. Bei der jetzt auf der Homepage der Kammer bereitgestellten Fassung handelt es sich noch nicht um die Endfassung und wir würden uns freuen, wenn uns weitere Ergänzungen und Vorschläge zu Inhalt und Gestaltung erreichen würden. Wir hoffen Anfang des kommenden Jahres die Endfassung vorliegen zu haben und diese dann auch in gedruckter Form herausgeben zu können.

Geschäftsstelle

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226 226 060
Fax 040/226 226 089
Internet: www.ptk-hh.de
E-Mail: info@ptk-hamburg.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in den letzten Monaten wurde in New York heftig über ein Buch diskutiert, das im Herbst in Übersetzung erscheinen wird, aber schon im Vorfeld auch in Deutschland



Jürgen Hardt

einige Aufregung verursacht hat. Es handelt sich um Martha C. Nussbaums „Not for profit: why democracy needs the humanities“, ein leidenschaftliches Plädoyer für den Erhalt „geisteswissenschaftlicher“ Erziehung, die der einseitigen Erziehung zum globalen Markt(Profit)-Denken beigeordnet werden muss, damit die Demokratie als geordnetes Zusammenleben der Menschen nicht Schaden leidet. Nur profitorientiertes Denken und eine Erziehung, die sich nur behaupten kann, wenn sie nach äußeren Kriterien bewertbar und messbar ist, was dem „sokratischen“ Erziehungsideal fremd ist, wird – so Nussbaum – verheerende Konsequenzen für Leben und Zusammenleben haben.

Diese Thematik geht Psychotherapeuten in besonderer Weise an, weil sie an der Nahtstelle vom funktionalistisch und nur ergebnisorientiert denkenden System der Wirtschaft und Verwaltung und der Lebenswelt, die von Sinnzusammenhängen bewegt wird, tätig sind. Psychotherapeuten werden mit der Problematik dieser Nahtstelle täglich konfrontiert. Das sind Probleme, die Jürgen Habermas vor 30 Jahren noch relativ abstrakt schilderte: unsere Lebenswelt wird von Verwaltung und Wirtschaft, die ursprünglich dem Leben dienen sollten, „kolonialisiert“ und „ausgebeutet“.

Um dem gegenüber zu treten, fordert Nussbaum, das Vermächtnis und die

Denkweise der „humanities“ zu erhalten, d. h. Menschen zu selbständig denkenden, diskursfähigen und mitverantwortlichen Bürgern zu erziehen, die sich kommunikativ (J. Habermas) über Lebensfragen einigen können: Ansonsten besteht die Gefahr, dass Lebensfragen nur noch nach Verlust und Gewinn, Investition und Effekt verrechnet werden.

Natürlich sind „Geisteswissenschaftler“ keine besseren Menschen als „Naturwissenschaftler“, wie der Kommentator der Süddeutschen Zeitung spöttisch bemerkte. Gerade in Deutschland müssen wir daran erinnern, dass geisteswissenschaftliche Bildung mit antidemokratischem, autoritärem und totalitärem Denken vereinbar ist oder diesem als Legitimation diene. Einige Geisteswissenschaftler waren gar willige Steigbügelhalter von Antidemokraten. Von solchen Fehlentwicklungen ist in Martha C. Nussbaums Buch nicht die Rede, es ist eher ein Aufschrei aus empörtem Engagement, der zur Rettung ruft, als eine sorgfältige Ableitung, die der globalen Problematik angemessen wäre. Auch in Deutschland haben wir Grund zur Sorge.

Die Konzepte von System (Verwaltung und Wirtschaft) und Lebenswelt sowie deren (Miss-)Verhältnis, wie von Jürgen Habermas beschrieben, bieten die Möglichkeit, „Not for profit“, in einen größeren Zusammenhang einzubetten und Psychotherapeuten an ihre Aufgabe zu erinnern: Sie müssen sich zwar der Lebensrealität, zu der auch Verwaltung und Wirtschaft gehören, stellen, sie dürfen aber die Sinnfrage nicht aus dem Auge verlieren, bzw. sie müssen darauf drängen, dass Sinnfragen im Mittelpunkt einer durch Verwaltung und Wirtschaft dominierten Lebenswelt stehen; dazu ist eine gründliche Bildung in den „Humanities“ (Geisteswissenschaften) Aufgabe und Hilfe.

Ihr Jürgen Hardt
Präsident

Was wird aus den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?

Nach langen Diskussionen, mehreren Symposien und nach dem auf breiter empirischer Grundlage erstellten Forschungsgutachten für das BMG sind die Beschlüsse des 16.



Marion Schwarz

DPT mit großer Mehrheit gefasst worden. Doch leider fußen die Beschlüsse des DPT nicht auf den vorher diskutierten Ergebnissen, in denen dezidiert für den eigenständigen Heilberuf des KJP Stellung bezogen und das eingehend begründet wurde. Die vorangegangene Diskussion soll an dieser Stelle auch nicht wiederholt werden, die Argumente sind bekannt.

Ein zukünftiger Heilberuf Psychotherapeut mit Schwerpunktsetzung (Kinder & Jugendliche bzw. Erwachsene), aber mit **einer** Approbation ohne Altersbeschränkung, soll auf „europäischer Ebene“ mehr Gehör verschaffen. Ein schlagendes Argument! Durch die Schwerpunktsetzung werde der Beruf des KJP ja gar nicht abgeschafft und *endlich* dürften dann KJP berufsrechtlich auch Erwachsene behandeln, was sie ja bei der Mitbehandlung von Bezugspersonen sowieso schon tun würden – so einige der Argumente auf dem DPT. Schließlich wurden in dem Beschluss zu *einem Heilberuf* neben der Psychologie auch die Pädagogik und die sozialwissenschaftlichen Studiengänge als Zugangsqualifikation für die Ausbildung ausdrücklich erwähnt. Hier muss man den Schritt nach vorne loben, auch für die Behandlung von Erwachsenen nicht nur den akademischen psychologischen Blick haben zu müssen, sondern auch interdisziplinäre, bio-psycho-soziale sowie

soziokulturelle Grundlagen zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Ein Blick, den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben müssen, der zu ihrem therapeutischen Handeln gehört. Doch leider wurde mit Beschluss 6.3 dieser vermeintliche Fortschritt gleich wieder negiert: Die als „Verhandlungsgrundlage“ verabschiedeten *Studieninhalte als Qualifikationskriterien* orientieren sich in den Grundlagen eindeutig am Grundstudium der Psychologie. Die Rückmeldungen der pädagogischen und sozialpädagogischen Studiengänge (u. a. über die AZA und die Ergebnisse der hessischen Umfrage bei den Hochschulen) attestieren, dass eine Umsetzung dieser Kriterien wegen des hohen Anteils psychologischer Inhalte nicht

zu meistern sei, weil der Berufstätigkeit dann nicht mehr ein sozialwissenschaftliches Verständnis zugrundeliegen würde. Die dem Wortlaut nach gewünschte Breite der Zugänge ist damit ausgehebelt. Eine Rückkopplung mit den Hochschulen vor Verabschiedung der Beschlüsse auf dem DPT ist nicht erfolgt – warum wohl?

Gibt es künftig nur noch den einen Heilberuf mit der umfassenden Approbation, aber nur noch wenigen Absolventen mit pädagogischem oder sozialpädagogischem Studium? Wer wird dann noch KJP und versorgt dann Kinder, Jugendliche und Familien? Wird die erheblich verkürzte Schwerpunktausbildung („Common Trunk“) die bisherige fundierte Ausbil-

dung zum PP/KJP ausreichend abdecken und ersetzen können? Hat ein Psychotherapeut, der unabhängig von etwaigen Schwerpunkten berufsrechtlich alle behandeln darf, ausreichende Kompetenzen erwerben können, die ihn zur nötigen Breite des Könnens qualifiziert?

Ich wünsche mir auch zukünftig gut ausgebildete Psychotherapeuten, die der Verantwortung für diese(n) Heilberuf(e) gerecht werden können und für diese Verantwortung auch persönlich gut ausgerüstet sind. Dafür sollten wir sorgen – im Sinne und in Verantwortung für unsere Patienten.

*Marion Schwarz,
Mitglied des Vorstands*

Gemeinsame Fachtagung LÄKH und LPPKJP Hessen – „Stiefkinder der psychotherapeutischen Versorgung“

Zum zweiten Mal fand am 18. und 19.06. im Haus am Dom in Frankfurt am Main eine gemeinsame Fachtagung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und Psychotherapeutenkammer Hessen (LPPKJP Hessen) statt – diesmal unter dem Motto „Stiefkinder der psychotherapeutischen Versorgung“. Die Veranstaltung wurde von rund 150 Teilnehmern besucht, zum großen Teil Mitglieder der LPPKJP Hessen.

Stellvertretend für den aufgrund einer plötzlichen Erkrankung verhinderten Präsidenten der Ärztekammer **Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach** sprach **Prof. Cornelia Krause-Girth** als Mitglied des Gemeinsamen Beirats der beiden Kammern einleitende Worte. Die Einleitung seitens der Psychotherapeutenkammer übernahm deren Präsident **Jürgen Hardt**. Auch wenn, so Hardt, möglicherweise durch eine größere Flexibilität der Richtlinienpsychotherapie sowie eine engere Vernetzung und Kooperation der Psychotherapeuten mit ihrem professionellen Umfeld Ressourcen für eine bessere Versorgung von psychotherapeutischen „Stiefkindern“ freigesetzt werden können, müssten diese Bemühungen um Kooperation aber die für jede psychotherapeutische Beziehung konstitutive Vertraulichkeit (privacy) berücksichtigen. Er erinnerte an die Versor-



Marion Schwarz und Prof. Dr. Dieter Kleiber

gungskonzepte, die nach der Psychiatrie-enquête entwickelt wurden, die aber in der Umsetzung auf Grenzen der Praktikabilität stießen. Hier gelte es wieder anzusetzen: die neuen Versorgungsformen zur Bildung von Kooperationen zu nützen und Kapazitäten für eine notwendige Zusammenarbeit zu schaffen.

Ein kluges Grußwort sprach die Frankfurter Umwelt- und Gesundheitsdezernentin **Dr. Manuela Rottmann**, in dem sie u. a. auf eine in Frankfurt zu beobachtende sich an der sozialen Schichtung ausrichtende Spaltung der Gesundheitsversorgung mit großer Sorge hinwies; diese soziale Schere sei vor allem bei Kindern und Jugendlichen massiv zu erkennen.

Wie gut ist die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland?

In seinem öffentlichen Vortrag am Freitagabend, moderiert von **Marion Schwarz**, Mitglied des Gemeinsamen Beirats LÄK/LPPKJP und des Vorstands der LPPKJP, ging **Prof. Dieter Kleiber**, Verhaltenstherapeut und Leiter des Arbeitsbereichs „Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung (PPG)“ der FU Berlin, der Frage nach: „Wie gut ist die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland?“ Seine Antwort war zweiseitig: Zum einen verfüge Deutschland immer noch über das weltweit beste psychotherapeutische Versorgungssystem; zudem zeigten Studien in der Synopse, dass Psychotherapie

einen positiven Cost Offset-Effekt bedinge und kosteneffektiver sei als viele andere Interventionen. Auf der anderen Seite steige die Anzahl psychischer Erkrankungsdiagnosen bei den Krankenkassen weiter an: Nahezu jeder dritte Bundesbürger im Alter zwischen 18 und 65 Jahren leide inzwischen unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung. Das Lebenszeitrisko liege in der gesamten EU mit 50% noch deutlich höher. Zudem blieben rund 2/3 der psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter unbehandelt, nur 10% der Betroffenen erhielten überhaupt eine fachgerechte Behandlung.

Kinder und Jugendliche

Eröffnet wurde der Samstag von der Vorsitzenden des Gemeinsamen Beirats der LÄK und der LPPKJP **Sabine Eckert**. Danach bestritt **Dieter Kleiber** den ersten Vortrag am Vormittag, moderiert von **Helga Jacobi** vom Gemeinsamen Beirat der LÄK und der LPPKJP, in dem es gezielt um die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ging, bei denen rund 4/5 mit psychischen Störungen unbehandelt blieben. Kleiber erläuterte, dass sich die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status verteile: Oberschicht (16,4%), Mittelschicht (20,9%) und Unterschicht (31,3%). Kleiber plädierte für verstärkte Anstrengungen im Bereich der primären Prävention bei Kindern und Jugendlichen, da hier (z. B. bei Adipositas) wichtige Ansatzpunkte lägen, was im Einklang steht mit Forderungen aus dem Berufsstand der Psychotherapeuten.

Psychosomatisch Erkrankte

Prof. Johannes Kruse, Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, verfolgte, moderiert von **Dr. Wolfgang Merkle**, Chefarzt der Psychosomatischen Klinik des Hospitals zum Heiligen Geist in Frankfurt/Main, in seinen Ausführungen „den langen Weg des psychosomatischen Patienten bis zur Therapie“. Als Gründe für die späte Inanspruchnahme nannte Kruse: unzureichende psychosomatische Diagnostik in der hausärztlichen Versorgung, Defizite in der psychosomatischen

Versorgung sowie individuelle und soziale Behandlungsbarrieren. Zur Überwindung seien bei den Hausärzten nicht nur verbesserte Screening-Verfahren und optimierte Kommunikationsskills notwendig, sondern auch ein Verstehen psychodynamischer Grundkonflikte. Weiter plädierte Kruse für realistische Zielsetzungen in der Therapie somatoformer Störungen und stellte hierbei in Frage, ob sehr kurzfristige Therapien trotz Symptomverbesserungen Nachhaltigkeit mit sich brächten.

Chronisch psychisch kranke Menschen

Dr. Brigitte Haaf, psychologische Psychotherapeutin aus Mainz, stellte in ihrem praxisorientierten Vortrag ein integriertes Versorgungsprojekt zur Behandlung chronisch psychisch kranker Patienten vor, das vom „Netz für seelische Gesundheit Mainz e.V.“ initiiert wurde. Hier können seit 2006 Versicherte der TK mit einer ICD-10-Primärdiagnose aus den Bereichen F2, F3 und F4 behandelt werden, für die die bestehenden ambulanten Versorgungsformen nicht ausreichen. Herzstück des Projekts seien intensive Projekt- und Fallbesprechungen im Team. Der Nachteil des großen Aufwands sei, dass nur eine geringe Zahl an Patienten behandelt werden könnte und es mitunter zu Reibungen zwischen Heilkunde und Ökonomie komme.

Migranten

Der Integration von Migranten in therapeutische und psychiatrische Versorgungssysteme widmete sich **Ramazan Salman** vom ethno-medizinischen Zentrum in Hannover in seinem lebendigen Vortrag, der von **Uta Cramer-Düncher** moderiert wurde, Mitglied des Vorstands der LPPKJP. Einführend klärte er auf, Migranten stellten in Deutschland eine viel heterogenere Bevölkerungsgruppe dar als Nicht-Migranten, die soziologisch oft in wenige Untergruppen eingeteilt werden könnten. Salman plädierte, Chancen und Risiken von Migration in Balance zu betrachten: Migration bringe psychisch vermittelte, tief greifende Veränderungen mit sich. Viele Migranten seien aufgrund niedriger Bildung, prekärer Arbeitsverhältnisse und rechtlicher Beschränkungen sozial benachteiligt, was vielfältige Auswirkungen auf

ihre Gesundheit habe, ohne dass Migration zwangsläufig krank mache. Hilfreich sei eine interkulturelle Öffnung des psychotherapeutischen Versorgungssystems. Als beispielhaft nannte Salman die „Sonnenberger Leitlinien“ für die Integration von Migranten in die Psychotherapie und Psychiatrie, an denen er selbst maßgeblich mitgearbeitet habe.

Ältere Menschen

Dr. Christiane Schrader, Psychoanalytikerin vom Institut für Alterspsychotherapie und angewandte Gerontologie, sprach zur Psychotherapie mit älteren Menschen. Ältere seien in psychotherapeutischen Praxen erheblich unterrepräsentiert: In den 90er Jahren lag der Anteil der über 60-jährigen dort bei unter 2%, inzwischen liege er für die 60- bis 69-jährigen bei 5%, für die über 70-jährigen bei 1%. Schrader sprach von einem „Vermeidungsbündnis“ zwischen Ärzten, Psychotherapeuten und Patienten: Wir alle seien von negativen Altersstereotypen beeinflusst; zudem mangle es an Wissen und Kenntnissen. Schrader empfahl Psychotherapeuten, sich aktiv auch um die Behandlung von älteren Menschen zu bemühen, da es eine große Bereicherung sei, mit Menschen mit einer reichhaltigen und großen Lebenserfahrung zu arbeiten. Der Vortrag von Christiane Schrader wurde von dem ärztlichen Psychotherapeuten **Jochen Klauenflügel** moderiert.

Abschließende Podiumsdiskussion

Bei der Podiumsdiskussion, die von **Thomas Merz**, Mitglied des Gemeinsamen Beirats der LÄK und der LPPKJP sowie des Vorstands der LPPKJP, und **Cornelia Krause-Girth** moderiert wurde, empfahl **Dr. Hubert Schindler** vom Verband der Ersatzkassen aus Berlin, Thesenpapiere zu erarbeiten, in denen die Forderungen für die Behandlung der „Stiefkinder“-Patientengruppen festgehalten werden. Auf einen Einwand von **Dr. Ulrich Müller**, Vorstandsmitglied der LPPKJP auf dem Podium, wonach die Krankenkassen ihre Budgets weniger unter fachlichen als vielmehr unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten „wie ein Industrieunternehmen“ führten, erläuterte Schindler die betriebswirtschaftliche Logik



Thomas Merz, Susanne Nöcker, Prof. Dr. Christine Freitag, Dr. Hubert Schindler

von Krankenkassen, die oft ein Denken nur im Ein- oder Zwei-Jahres-Rhythmus zulasse – und eben meist nicht längerfristigen Zielsetzungen folgen könne. **Prof. Dr. Christine Freitag**, neue Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Goethe-Universität Frankfurt, erwähnte ein vielversprechendes Kooperationsprojekt zwischen ihrer Klinik und der Jugendhilfe,

das die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen vor Ort per Vernetzung verbessern soll. Auch **Susanne Nöcker** vom Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit sprach sich für eine Bündelung vorhandener Ressourcen durch Kooperation aus. Warum viele der guten Ideen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von „Stiefkinder“-Patientengruppen nicht ohne

weiteres umgesetzt werden könnten, erläuterte **Dr. Margarita Bert** von der KV Hessen anhand der notwendigerweise ökonomisch orientierten Eigenlogik ihrer Institution. Auf diesen Aspekt der ökonomischen Rahmenbedingungen heilberuflicher Tätigkeit kam auch Dr. Ulrich Müller noch einmal zurück, in dem er verdeutlichte, dass die Umsetzung der bisherigen Bedarfsplanungsrichtlinien nicht dem tatsächlichen Bedarf, insbesondere von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen entspräche. So seien in ländlichen Gebieten psychisch Kranke generell unterversorgt und Patienten hätten oft wöchentlich eine im Grunde nicht zumutbar lange Anfahrtszeit auf sich zu nehmen, um regelmäßig eine Therapie in Anspruch nehmen zu können. Stiefkinder seien auch jene, die bei der veralteten Bedarfsplanung nicht hinreichend berücksichtigt würden. (Eine Dokumentation der Einzelvorträge finden Sie unter www.ptk-hessen.de/ptj)

Dr. Matthias Ochs

Rubriken

Termine

- **8. Oktober 2010: Informationsveranstaltung für Neuapprobierte.** 9.30 – 13.00 Uhr, Saalbau Titus-Forum, Walter-Möller-Platz 2, 60439 Frankfurt.
- **8. Oktober 2010: PiA-Tag** (im Anschluss an o.g. Veranstaltung). 14.00 – 19.00 Uhr, Saalbau Titus-Forum, Walter-Möller-Platz 2, 60439 Frankfurt.
- **29. Oktober 2010: „Bedarfsplanung unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten“**, mit Dr. Thomas Kopsch, Leiter des Referats Bedarfsplanung bei der KBV. 16.00 – ca. 18.30 Uhr, Hotel Oranien, Platter Straße 2, 65193 Wiesbaden.
- **29. – 30. Oktober 2010: 11. Delegiertenversammlung.** Hotel Oranien, Platter Straße 2, 65193 Wiesbaden.

- **6. November 2010: Fachtagung „Im Netz der ‚Neuen Medien‘ – Wie sie Identitäten, Beziehungen und psychotherapeutische Prozesse verändern.“** Fortsetzung der Tagung 2008: „Verloren in virtuellen Welten“. Thema sind Selbstkonzept und Beziehungsgestaltung im Kontext neuer Medien. Medienpsychologin Prof. Nicola Döring von der TU Ilmenau u. a. Roncalli-Haus, Friedrichstraße 26-28, 65185 Wiesbaden.
- **27. November 2010: Zweiter Angestelltentag des Ausschusses PTI.** Zugespitzt hat Prof. Bengel, der zu Entwicklungen im Bereich der Reha referieren wird. 10.00 – 16.30 Uhr, Saalbau BIKUZ, Gebeschusstr. 5, 65929 Frankfurt.
- **8. und 9. April 2011: 6. Hessischer Psychotherapeutentag zum Thema „Beziehung“.** Büsingpalais, Offenbach.

Ergänzende Angaben zu Beiträgen und Terminen unter: www.ptk-hessen.de/ptj.

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier

E-Mail: ptj@ptk-hessen.de

Hessenseiten des Psychotherapeutenjournals im Internet: www.ptk-hessen.de/ptj

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel 0611. 53168 0
Fax 0611. 53168 29
E-Mail: post@ptk-hessen.de
Internet: www.ptk-hessen.de

Diese Ausgabe der Länderseiten wollen wir ausschließlich den beiden wichtigen Themen Nachwuchs und Kostenerstattung widmen. Die Betroffenen selbst kommen zu Wort. Ihr Vorstand der PKN.

Interview mit Gabriele Bruns – Selbstverantwortlich an den Rahmenbedingungen des Berufes mitwirken

Gabriele Bruns ist als PiA (PP) neu in die Kammerversammlung der PKN gewählt worden und wird im Herbst ihre Ausbildung abschließen. Das Interview führte Jörg Hermann.

Was hat Sie bewogen, als PiA für die Kammerversammlung der PKN zu kandidieren?

Ich bin von einem Kollegen, der Erfahrung in der Kammerarbeit hat, geworben worden und habe an einem Nachwuchseminar meines Berufsverbandes teilgenommen. Ich war neugierig, was dort möglich ist, denn ich bin bald mit meiner Ausbildung fertig und denke, man sollte sich berufspolitisch auskennen und auch engagieren. Die Bedingungen für unseren Berufsstand sind noch lange nicht optimal. Es ist seit dem PTG bereits einiges erreicht worden, aber es scheint mir noch nicht alles gefestigt zu sein gerade in Bezug auf die dominierende Ärzte-Lobby. Deshalb denke ich, dass es Sinn macht, im Rahmen der Kammerarbeit zu versuchen, Berufspolitik selbst aktiv mit zu gestalten.

Wo sehen Sie aus Ihrer Erfahrung die Notwendigkeit für Veränderungen?

Die Vergütung der PiAs ist ja ein bekanntes Problem. Ein Beispiel: Im Laufe meines Psychiatriejahres bekam ich mit, dass ein neues Entgeltsystem für Kliniken eingeführt wurde, das vorsah, die Tätigkeit der PiAs nicht zu honorieren. Anhand solcher Vorgänge wird deutlich, dass die Bedin-

gungen, unter denen Psychotherapeuten in Ausbildung arbeiten, nicht angemessen sind, und die Arbeitsbedingungen der psychotherapeutischen Berufe nicht ausreichend gefestigt sind. Am Beispiel der Gestaltung des Psychiatriejahres zeigt sich, dass die Rahmenbedingungen noch verbessert werden müssen.



Gabriele Bruns, Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung

Wie sind Ihre ersten Eindrücke der Kammerarbeit Ihrer ersten Sitzung der Kammerversammlung?

Es war schon aufregend. Ich hatte den Anspruch, mich gleich auszukennen und war dann beruhigt, dass meine erfahreneren Tischnachbarn mir signalisierten, dass man in die Aufgabe in Ruhe reinwachsen kann.

In welchen Bereichen wollen Sie sich denn engagieren?

Ich bin Mitglied im Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung, der auch bereits getagt

hat und in der Kommission Nachwuchsfragen. Hinsichtlich der zukünftigen Arbeit war es sehr hilfreich, noch einige Hintergrundinformationen zu den Themen der vergangenen Legislaturperioden erhalten zu haben. Ich habe einen Eindruck davon bekommen, wie politische Kammerarbeit laufen kann. Es war interessant, die verschiedenen Perspektiven hinsichtlich der Zukunft der Aus-, Fort- und Weiterbildung engagiert zu diskutieren.

Welche Wünsche gibt es aus Sicht einer PiA an die PKN bezogen auf Ausbildungssituation und Kammerarbeit?

Zur Kammerarbeit eigentlich keine, denn die PiAs haben als Einsteiger ähnliche Voraussetzungen wie andere Einsteiger auch. Hinsichtlich der Ausbildung und der Ausbildungskandidaten würde ich mir noch mehr Präsenz der berufspolitischen Themen bei den Ausbildungsteilnehmern wünschen. Dort gibt es noch zu wenig Wissen über die Kammer und die dort behandelten Themen. Da könnte die PKN noch mehr informieren und deutlich machen, dass Engagement auch in berufspolitischer Hinsicht wichtig ist, um selbstverantwortlich gestaltend an den Rahmenbedingungen unserer Berufe mitzuwirken.

Liebe Frau Bruns, herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit für das Gespräch genommen haben und alles Gute für Ihre Prüfung und den weiteren Einstieg in die Berufs- und die Kammerpraxis.

Die Nachwuchsgeneration meldet sich zu Wort – und bekommt eine Stimme

Zehn Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes hält die Nachwuchsgeneration, die nach den Vorgaben dieses Gesetzes die Approbation erlangt, zur dritten Legislaturperiode Einzug in die PKN. Zum ersten Mal sind auch PiA als regulär gewählte Kammermitglieder vertreten. So konnte bereits eine Kommission „Nachwuchsförderung“ initiiert werden, die den besonderen Fragestellungen und Herausforderungen aktueller und zukünftiger AusbildungsteilnehmerInnen sowie neu Approbierter ihr Augenmerk widmen wird.

Was aber sind denn eigentlich die Fragen und Herausforderungen des Nachwuchses? Worin besteht die besondere Problematik? Einblick in die Situation gibt uns beispielhaft die Schilderung des Falles von Pia-Maria Machmal (der Name ist frei erfunden, die geschilderte Situation ist es nicht).

Während des Psychologiestudiums macht Pia-Maria sich Gedanken über ihre berufliche Zukunft: Sie wollte schon immer mit Menschen arbeiten, am liebsten im klinischen Bereich. Sie ist hochmotiviert, idealistisch und bereit, auf hohem Niveau Verantwortung zu übernehmen. Dabei geht sie davon aus, dass ihre Berufswahl ihr Anerkennung und einen passablen Lebensstandard ermöglichen wird. Sie informiert sich genauer und stellt fest, dass das Studium für eine eigenverantwortliche psychotherapeutische Tätigkeit nicht ausreicht. Ohne Approbation eine gute Klinikstelle zu bekommen, wird immer schwieriger, und eine Niederlassung ist unmöglich. Daher entschließt sie sich, eine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin zu absolvieren.

Pia-Maria recherchiert mühsam ihre Möglichkeiten und ist schockiert: Die Kosten für eine Ausbildung belaufen sich auf mindestens 16.000 bis ca. 45.000 Euro! Die Finanzierung muss gut überlegt sein, denn neben den Ausbildungskosten hat sie noch BaföG und Bildungskredit abzustottern, und von etwas leben muss sie ja auch noch. Gut dran, wer aus betuchter Familie kommt. Pia-Maria überlegt: Die praktische Tätigkeit bringt ja auch Geld

ein, das muss doch irgendwie funktionieren. Aber bald kommt die Ernüchterung: Sie muss umziehen, um überhaupt eine Klinik zu finden, die wenigstens eine Aufwandsentschädigung für das Psychiatriejahr entrichtet. Davon leben kann sie nicht, geschweige denn, die Ausbildungskosten bezahlen. Aber sie beißt in diesen sauren Apfel, denn sie hat die Erwartung, dass sich die Qualifikation schließlich mit Anerkennung ihrer Kompetenz, Wahrnehmung entsprechender Aufgaben und Verantwortung sowie einem angemessenen Status inklusive Verdienst auszahlen wird. Pustekuchen.

Das Hierarchiegefälle Ärzte-Psychologen bekommt sie in diesem Jahr schon mal zu spüren. Ihr schwant: Als Psychologin stehst du hinten an. Auch rechtlich bleibt deine Position bis auf Weiteres unklar. In der Folge erlebt Pia-Maria über einen langen Zeitraum eine erhebliche Doppelbelastung Job-Ausbildung. Ihr Privatleben stellt sie ebenso lange zurück, genauso wie ihr aufkeimendes diffuses Interesse an Berufspolitik. Die Qualität der Ausbildung empfindet sie sowohl inhaltlich als auch strukturell als schwankend. So wünscht sie sich statt Redundanzen zum Studium mehr praxisbezogene und zur Anwendung geeignete Inhalte. Informationsveranstaltungen, in denen über berufliche Perspektiven aufgeklärt wird, fände sie hilfreich. Auch vermisst sie manchmal weiterführende Unterstützung hinsichtlich ihres beruflichen Werdegangs und ihrer persönlichen Entwicklung. Berichten anderer PiA-KollegenInnen entnimmt sie, dass solcherlei Einzelheiten an den Ausbildungsinstituten sehr heterogen geregelt seien. Viel mehr erfährt sie jedoch nicht, denn auch wenn die „intrainstitutionelle“ Vernetzung einigermaßen funktioniert oder sogar gut ausgebaut ist, kann von „interinstitutioneller“ Vernetzung keine Rede sein. Vernetzung ist aber notwendig, wenn gemeinsame Interessen festgestellt, formuliert und durchgesetzt werden wollen.

Auf halber Strecke wird Pia-Maria überrascht – Post von der Kammer: Sie sind Pflichtmitglied, auch des Psychotherapeuten-Versorgungswerkes, zunächst aber

noch beitragsfrei. Sie fragt sich: „Warum kriege ich das jetzt erst mit? Und: Werde ich das alles bezahlen können?“ Denn inzwischen weiß Pia-Maria, dass sie fortlaufend ein beachtliches Maß an Fortbildungen nachweisen muss, um die Approbation auch behalten zu können. Das ist auch in Ordnung so, denn psychotherapeutische Tätigkeit bedeutet eben lebenslanges Lernen, und auf ihren Lorbeeren ausruhen wollte sie sich nicht. Schließlich hat sie selbst den Anspruch an sich, auf dem Laufenden zu bleiben. Die Angelegenheit „Kammer“ stellt Pia-Maria erst mal zurück; damit will sie sich nach der Prüfung befassen, denn vorher gibt es scheinbar kaum Berührungspunkte.

Mit fortschreitender Ausbildung kriegt sie mit: Die Berufsaussichten sind nicht rosig. Um einen Kassensitz (noch nicht einmal am Ort ihrer Wahl) wird sie mit Klauen und Zähnen kämpfen müssen; sie weiß noch nicht genau wie, und wer ihr dabei hilft, aber es wird lange dauern, wenn es überhaupt etwas wird. Denn offenbar orientiert sich die Bedarfsplanung mehr am Budget als am Versorgungsbedarf, sonst wären die Wartezeiten nicht so extrem lang. An dieser Stelle berührt Pia-Marias Karriereproblem eine gesundheits- und gesellschaftspolitisch hoch relevante Dimension.

Nach der Approbationsprüfung fragt sich Pia-Maria zunächst: „Wie verdiene ich nun meine Brötchen?“ Kliniken profitieren jetzt gerne von ihrer Qualifikation, berücksichtigen diese aber nicht bei der Vergütung. Ihr Status wird schlechter sein als der ihrer ärztlichen Kollegen. Kann sie sich woanders als Psychotherapeutin anstellen lassen, z. B. in einer Praxis oder in einem MVZ, ohne Übervorteilung erwarten zu müssen? Ist das Kostenerstattungsverfahren eine Alternative? Wie funktioniert das? Gibt es noch andere Möglichkeiten, z. B. über Sonderbedarf oder Gruppenangebote? Was sind die Vor- und Nachteile von Jobsharing oder Entlastungsassistenz? Gibt es da überhaupt Stellen?

Und es kommt noch besser: Anscheinend wie Pilze aus dem Boden sprießen umfangreiche und kostspielige sogenannte curricula

lare Fort- und Weiterbildungen für Teilgebiete der Psychotherapie und Beratungsarbeit, deren Absolventen zertifiziert und auf Listen als besonders qualifizierte BehandlerInnen geführt werden. Da fragt sich Pia-Maria: „Was ist meine Approbation wert? Werde ich zukünftig als nicht hinreichend qualifiziert gelten, um bestimmte Leistungen erbringen und abrechnen zu können, für die ich ursprünglich doch ausgebildet wurde?“

Mittlerweile ist Pia-Maria hart im Nehmen, und das ist auch nötig, denn die nächste Hürde kommt bestimmt. Nach ein paar erfolglosen Niederlassungs-Bewerbsanläufen (kostenpflichtig, versteht sich) wittert sie eine echte Chance. Aber: Nun muss sie sich möglichst mit dem Praxisinhaber über den Praxis-Verkaufspreis einigen, denn diese Einigung kann für die Vergabe des Kassensitzes durchaus eine Rolle spielen. Der Vorinhaber macht den Eindruck, so teuer wie möglich verkaufen zu wollen, offenbar, um seine Altersvorsorge aufzubessern. Dabei beruft er sich auf das teuerste Praxiswertermittlungsmodell, das derzeit im Umlauf ist. Pia-Maria fragt sich: „Was wird hier eigentlich so teuer verkauft? Wo bleibt da die Generationengerechtigkeit? Oder mindestens die Ethik?“

Jetzt erinnert sich Pia-Maria an ihre Kammermitgliedschaft: „Was tut die Kammer eigentlich? Wer sitzt dort und wer tritt wofür ein? Kann sie mir in solchen Situationen weiterhelfen? Wen frage ich?“ Inzwischen wünscht Pia-Maria längst, sich berufspolitisch informiert zu haben und kollegial besser vernetzt zu sein. Stattdessen ist sie sozusagen Einzelkämpferin. Um kollegiale Vernetzung hätte sie sich schon während der Ausbildung bemühen können, denn seit 2008 werden die PiA in Niedersachsen durch PiA-InstitutsprecherInnen vertreten, die eine PiA-Landesvertretung wählen, welche u. a. die PiA-Interessen auch auf Bundesebene einbringt.

Wer in Zukunft kein Einzelkämpfer sein will, sondern sich vernetzen und sich über Berufspolitik informieren oder an ihr mitwirken möchte, sollte die Kontaktmöglichkeiten zur Kammer nutzen, ggf. auch zu seiner PiA-Vertretung. So wird sich die Kommission „Nachwuchsförderung“ zur Aufgabe machen, für die Förderung des Kontaktes zum Nachwuchs und seiner Vernetzung einzutreten. Der Informationsfluss zwischen Pflichtmitgliedern und Funktionsträgern muss angeregt und verbessert werden, damit Kammerpolitik transparent wird

und so den Nachwuchs zur aktiven Teilhabe motiviert. Ein brisantes aktuelles Thema mit großen Auswirkungen auf die Zukunft des Berufes und auf die Versorgungslage der Patienten stellt z. B. die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes dar. Die Entwicklung dieser Diskussion sollte tunlichst verfolgt – und sich möglichst auch einbringen – wer ein Interesse an diesen Punkten hat. So befürchten z. B. manche KJPLer, dass der Zugang zu ihrer Ausbildung, insbesondere für Personen mit pädagogischem Hintergrund, künftig erheblich erschwert werde, und manche PPLer befürchten zudem weitere Abwertung ihrer Qualifikation – um nur kurz zwei Aspekte einer äußerst komplexen Auseinandersetzung aufzugreifen.

Neugierig geworden? Würden SIE diese Laufbahn weiterempfehlen? Lohnenswert erscheint sie nicht, man muss sich schon berufen fühlen. Bleibt zu hoffen, dass Kammerpolitik zur Verbesserung der Situation der Nachwuchsgeneration beitragen wird, und dass es gelingt, die Stimme des Nachwuchses zu etablieren.

*Gabriele Bruns, Susanne Ehrhorn,
Alexandra Klich (PiA-Vertretung)*

Interview mit Frau Breulmann-Villanueva

Frau Breulmann-Villanueva erhielt nach einem längeren Kampf eine Sonderbedarfszulassung für einen KJP-Sitz mit hälftigem Versorgungsauftrag. Das Interview führte Frau Reiffen-Züger.

Wie haben Sie das geschafft?

Direkt nachdem ich erfahren hatte, dass auch halbe Sitze vergeben werden können und sie auch mit entsprechenden Stundenkontingenten ausgestattet wurden, habe ich mich um einen halben Sitz bemüht, weil das meinen derzeitigen Arbeitsmöglichkeiten entspricht. Mit Unterstützung der PKN habe ich auch nach der Ablehnung durch den Zulassungsausschuss in Osnabrück nicht aufgegeben und fand dann im Berufungsausschuss in Hannover endlich Gehör. Der Grund liegt darin, dass der Bedarf und die Unterversorgung in diesem Raum so offensichtlich waren,

dass kein Einspruch mehr gegen meine Sonderzulassung erhoben wurde.

Wie haben Sie bis dahin gearbeitet?

Nachdem ich meine KJP-Ausbildung in Osnabrück abgeschlossen hatte, habe ich angefangen, im Kostenerstattungsverfahren zu arbeiten. Hinzu kamen auch einige Privatpatienten. Zunächst hatte ich mit nur fünf Kassenpatienten angefangen. Die Zahl hat sich innerhalb kurzer Zeit fast dreifach, so dass ich seit längerer Zeit fast schon einen halben Sitz ausgefüllt habe.

Die ersten Schritte waren natürlich mühsam. Die Eltern kamen mit ihren Kindern und wollten sofortige schnelle Hilfe, aber ich musste jedes Mal mit ihnen eine zeitaufwändige Einzelfalllösung finden. Die Eltern brauchten Hilfe bei der Antragsstellung der Therapie bei ihrer Krankenkasse,

eine bürokratische Hürde, die für manche Eltern unüberwindbar erscheint. Die Bereitschaft der Krankenkassen, Behandlungen im Erstattungsverfahren zu bewilligen, ist sehr unterschiedlich.

Wie funktioniert das Erstattungsverfahren?

Die „schwierigste“ Krankenkasse verlangte jeweils ein kinderpsychiatrisches Gutachten, in dem die Dringlichkeit und die Notwendigkeit bescheinigt werden musste. Das brachte wegen der Überlastung der Kinderpsychiater zwangsläufig eine noch längere Verzögerung mit sich. Bei den meisten anderen Krankenkassen genügte eine Bescheinigung des Hausarztes oder des Kinderarztes, dass die Behandlung dringend und notwendig sei, und es in erreichbarer Nähe keinen kassenzugelassenen Therapeuten mit freien Kapazitäten gibt.

Manche Krankenkassen verlangten bereits für die ersten Stunden einen Bericht an den Gutachter, eine ganz kulante Krankenkasse genehmigte häufig zunächst eine Kurzzeittherapie von 25 Stunden und verlangte erst bei der Umwandlung in eine Langzeitbehandlung einen Bericht an den Gutachter. Die Krankenkassen haben meine Berichte an den Gutachter dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen zukommen lassen und es dauerte unterschiedlich lange bis eine Bewilligung vorlag. Ein Feedback mit diesen Begutachtenden gab es nicht.

Der Aufbau einer Erstattungspraxis ist nicht leicht?

Die Kooperation mit den Krankenkassen wurde im Laufe der Zeit immer besser, was daran liegen mag, dass Vertrauen aufgebaut worden war und die Krankenkassen froh waren, einen qualifizierten Therapeuten für die Behandlung ihrer Mitglieder zu bekommen. Immer häufiger meldeten sich dann auch das Jugendamt, der Kinderarzt vor Ort und die ausgebuchten KJP-Kollegen. Alle suchten händeringend einen baldigen Therapieplatz.

Am Anfang der Praxistätigkeit entstand für mich bei jedem neuen Fall ein großes Risiko. Ich musste die ersten probatorischen Sitzungen zunächst immer unentgeltlich anbieten, um die Kostenübernahmezusage von den Krankenkassen zu erwirken. Die meisten Eltern konnten diese Kosten nicht selber tragen. Gleichzeitig fielen gerade am Anfang erhöhte Praxiskosten an. Von den finanziellen Lasten durch die vorherige 5-jährige Psychotherapieausbildung mal ganz zu schweigen. Für mich war das am Anfang schon sehr frustrierend. Einerseits empfand ich die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen als eine beglückende und schöne Arbeit, aber es gab keine Sicherheit, dass die Leistungen auch honoriert wurden. Besser ging es mir dann, als die ersten Kostenübernahmeerklärungen der Krankenkassen vorlagen. Es blieb immer ein Gefühl „Arbeiter zweiter Klasse“ zu sein.

Wie haben Sie in dieser schwierigen Zeit durchgehalten?

Hilfreich und wohltuend in dieser Zeit waren die Unterstützung und Ermutigung

durch die Kollegen in der Interventionsgruppe und im Qualitätszirkel. Auch die Kontakte mit dem Ausbildungsinstitut und der Kinderklinik haben mir immer wieder Mut gemacht. Gerade dieser Austausch untereinander, der eh fundamental für unsere psychotherapeutische Arbeit ist, hat mich beim Durchhalten und Durchkämpfen wesentlich unterstützt. Ganz auf mich alleine gestellt, hätte ich das nicht so leicht durchhalten können.

Wie beurteilen Sie die Versorgung im Landkreis?

Die Versorgungsbezirke sind m. E. zu groß dimensioniert. Die Versorgungssituation ist insgesamt undurchsichtig. Es ist nicht klar, wie viel die niedergelassenen Kassenpsychotherapeuten mit Kindern arbeiten, aber auch nicht wie viele approbierte Psychotherapeuten im Kostenerstattungsverfahren tätig sind.

Ich habe mich gezielt für einen Sitz in einer Versorgungslücke eines größeren Bezirks beworben, in dem bis jetzt nur ein einziger Psychotherapeut für Erwachsene, Kinder und Jugendliche tätig war. Es handelt sich hier um ein Einzugsgebiet mit mehr als 30.000 Einwohnern. Ich bin fest davon überzeugt, dass es solche „weiße Flecken“ in noch vielen anderen Bereichen gibt. Es ist schon jetzt klar, dass ich mit meinem halben Versorgungsauftrag den Bedarf in unserer Region nicht abdecken kann.

Was raten Sie unseren KJP Kolleginnen und Kollegen, die noch ohne Kassensitz sind?

Sie sollen mutig sein und mit der Arbeit beginnen, am besten an einem Ort, wo ein KJP fehlt – und davon gibt es viel Orte! Wichtig ist es, einen guten Kontakt zu den Kassen herzustellen, Vertrauen aufzubauen und den Eltern Hilfe anzubieten bei der Antragstellung auf Kostenerstattung. Sie brauchen außerdem ein gut funktionierendes Netz mit den Kollegen und den potentiellen Zuweisern wie Ärzten, Schulen, Kindergärten, Kliniken.

Sobald der Sonderbedarf durch den Umfang der Erstattungstherapien nachgewiesen werden kann, sollte eine Sonderbedarfzulassung beantragt werden. Auch

nach einer Ablehnung im Zulassungsausschuss ist noch lange nicht Schluss, wie Sie an meinem Beispiel sehen können. Aber man braucht ganz, ganz viel Geduld!

Frau Breulmann de Villanueva ich bedanke mich für das Interview.

Aufruf

Die Psychotherapeutenkammer möchte sich verstärkt um die Probleme der PP und KJP ohne Kassensitz bemühen. Hilfreich wäre es, wenn diejenigen von Ihnen, die im Erstattungsverfahren arbeiten, uns (gerne auch anonym) mitteilen könnten, wie viele Patienten sie im Kostenerstattungsverfahren behandeln, wie viele Stunden sie in der Woche sie im Kostenerstattungsverfahren arbeiten und wie viele Stunden sie noch an freier Kapazität haben. Selbstverständlich werden die gewonnenen Daten ausschließlich vertraulich verwendet und nur als Gesamtzahl veröffentlicht.

Veranstaltungshinweis

Am **01.04./02.04.2011** findet der **3. Niedersächsische Psychotherapeutentag in der Universität Göttingen** statt. Der Dialog zwischen universitärer Forschung und der angewandten Psychotherapie an konkreten Themen wie Schmerz und sozialer Phobie soll im Zentrum stehen. Das Programm mit Vorträgen und Workshops wird in Kürze auf unserer Homepage veröffentlicht.

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@pknds.de
Mail-Anschrift für Fragen zur Akkreditierung: Akkreditierung@pknds.de
Internet: www.pknds.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Monika Konitzer

Kinder und Jugendliche sind immer häufiger hyperaktiv und können sich schlecht konzentrieren. Dies stellt ein erhebliches Versorgungsproblem dar.

Das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW (LIGA.NRW) ermittelte anhand der Abrechnungsdaten für das Jahr 2008 knapp 95.000 ambulante Behandlungen von ADHS, d. h. eine Behandlungsrate von 3,7% aller Kinder und Jugendlichen dieser Altersgruppe in

Nordrhein-Westfalen. In der am stärksten betroffenen Altersgruppe der 5- bis 9-Jährigen beträgt die Behandlungsrate 5,3%. Davon sind ca. zwei Drittel Jungen. Rund 1,3% der ambulant behandelten Kinder wurden wegen ADHS auch in ein Krankenhaus aufgenommen. Besorgniserregend ist der Anstieg der Behandlungsraten: Im ambulanten Bereich betrug der Anstieg zwischen 2005 und 2008 rund 46%, im stationären Bereich für den gleichen Zeitraum 35% (2000 bis 2008: 84%).

Laut Leitlinie bedarf die Behandlung von ADHS einer multimodalen Gesamtstrategie. Auch die Diagnose sollte sich nicht allein auf das Vorhandensein eines oder mehrerer Symptome stützen, sondern bedarf einer umfassenderen Abklärung. Vor einer medikamentösen Therapie ist eine sorgfältige Einschätzung der Schwere und Dauer der Symptome notwendig, die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung ist zu prüfen.

Diese wenigen Zahlen und Daten zur Versorgungswirklichkeit zeigen: Eine bessere Versorgung betroffener Kinder und Jugendlicher erfordert mehr Zusammenarbeit insbesondere zwischen Ärzten und Psychotherapeuten. Dazu braucht es einen offenen Austausch zu den fachlich strittigen

Themen (Pharmakotherapie vs. Psychotherapie), aber auch zu berufsständischen Konflikten und Vorbehalten, die Kooperation und Kommunikation behindern.

Mit einem Interview mit Dr. Thomas Fischbach, dem Vorsitzenden des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte in Nordrhein, möchten wir hierzu den Dialog beginnen. Er wird unter Einbeziehung der Krankenkassen weitergeführt bei einer gemeinsamen Veranstaltung von Kassenzärtlicher Vereinigung Nordrhein, Psychotherapeutenkammer NRW und des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte am 6. Oktober in Düsseldorf. Wir laden hierzu herzlich ein.

Einladung zur gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung mit Diskussion:

Qualitätsgesicherte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS

6. Oktober 2010, 15.00-18.30 Uhr,

Düsseldorf, Haus der Ärzteschaft

Veranstalter: BVKJ, KVNo, PTK NRW.

Die Teilnahme ist kostenfrei.

Informationen unter:

www.ptk-nrw.de → Aktuelles → Veranstaltungen

Kommunikation verbessern – Interview mit dem Kinderarzt Dr. Thomas Fischbach

Dr. Thomas Fischbach ist niedergelassener Kinder- und Jugendarzt in Solingen und Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) in Nordrhein.

Wie häufig haben Sie Kinder und Jugendliche in Ihrer Praxis, die psychisch auffällig oder krank sind?

Psychisch kranke Kinder bekomme ich mehrfach täglich mit unterschiedlichen Störungsbildern in meiner Praxis zu sehen. Ich betreue schwerpunktmäßig Patienten mit Sozialverhaltensstörungen (vornehmlich ADHS und verwandte Störungen), die mich auf unterschiedlichen Wegen erreichen, primär über die Eltern oder sekundär auf Initiative von Schulen oder Kindertagesstätten.

Nehmen psychische Erkrankungen zu und wo sehen Sie die Ursachen?

Eindeutig ja. Ursächlich scheinen mir vorrangig sowohl inkohärente, psychosozial belastete Familienstrukturen als auch fehlende Wertemaßstäbe und Handlungsstrukturen in einer reizüberfluteten Lebenswelt zu sein. Kinder sind heute häufiger dadurch belastet, dass die Eltern

geschieden sind und sie in Patchwork-Familien aufwachsen. Eltern fehlen aber auch nicht selten Erziehungskompetenzen, die heutzutage nicht mehr ausreichend über die Großeltern tradiert werden. Kinder reagieren auf inkohärente und belastende Familienstrukturen nicht nur mit Unruhe und Konzentrationsstörungen (ADHS), sondern auch mit emotionalen Störungen, Depressionen und Ängsten. Kindliche Diagnosen werden oft nicht oder zu spät gestellt, weil die Symptome sehr unterschiedlich und nicht eindeutig sein können und z. B. ADHS ähneln können.



Dr. Thomas Fischbach

Wie reagieren Kinder und Eltern auf Gespräche über psychische Störungen?

Natürlich sehr unterschiedlich. Die Palette reicht von strikter Zurückweisung („Mein Kind doch nicht!“) bis hin zu Erleichterung, weil ihnen professionelle Vorschläge gemacht werden, wie ihrem Kind zu helfen ist. Die Eltern, die zunächst ablehnend reagieren, kommen häufig dann doch noch einmal auf mich zu, wenn ihr Kind in Kindertagesstätte oder Schule aufgrund seiner psychischen Probleme massiv auffällt oder stört und der Druck von Erzieherinnen bzw. Lehrern auf die Familie zunimmt.

Arbeiten Sie regelmäßig mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammen?

Ja und in der Regel gut, weil ich die Zusammenarbeit in gegenseitiger Achtung

vor der jeweiligen Profession wahrnehme. Es gibt allerdings auch Probleme, insbesondere im Bereich der interaktiven Kommunikation.

Was ließe sich an dieser Kooperation verbessern?

Absolut unbefriedigend ist die Kommunikation zwischen Psychotherapeut und Arzt. Die findet praktisch so gut wie nicht statt. Wenn ich Patienten zum Psychotherapeuten schicke, höre ich zumeist nichts über das Behandlungskonzept und -ergebnis. Hier verschanzen sich die Psychotherapeuten regelmäßig hinter ihrer aus meiner Sicht fehlinterpretierten Schweigepflicht. Hier würde ich mir regelmäßig einen professionellen Austausch wünschen.

Wie beurteilen Sie den Anstieg von ADHS-Erkrankungen?

Deutschland liegt da hinsichtlich der Diagnosehäufigkeit mit einer Prävalenz von ca. 5 Prozent im internationalen Mittelfeld. ADHS-Erkrankungen werden heute einerseits häufiger erkannt, weil wir genauer hinschauen, andererseits führen die bereits erwähnten Lebensbedingungen dazu, dass ADHS-Kindern klare Strukturen in Elternhaus und Schule vermehrt fehlen und sie dadurch schneller auffällig werden.

Wird bei ADHS-Diagnosen nicht zu häufig Methylphenidat verordnet und zu wenig psychotherapeutisch behandelt?

Döpfner et al. haben ja gut zeigen können, dass Verhaltenstherapie alleine in der Effektivität klar hinter der Pharmakotherapie rangiert. Ich halte beide Therapieansätze, also einen multimodalen Ansatz, für erforderlich, jedoch hapert es, zumindest regional, ganz eindeutig an der Verfügbarkeit verhaltenstherapeutisch ausgebildeter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Wie häufig nutzen Migranten die kinderärztliche Sprechstunde oder Früherkennungsuntersuchungen?

Leider nicht in gleichem Maße wie die deutschstämmige Bevölkerung. Hier ist weitere Aufklärungsarbeit auch in Kitas und Schule erforderlich. In NRW besteht

seit 2008 eine positive Meldepflicht, das heißt Kinderärzte melden an das Land, welche Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen U 5 bis U 9 teilgenommen haben. Die Eltern werden an die Früherkennungsuntersuchungen erinnert und die Kommunen können prüfen, ob sie mit den Eltern Kontakt aufnehmen, wenn sich die Eltern nicht melden. Durch diese Meldepflicht erwarte ich mittelfristig einen Anstieg der Kinder mit Migrationshintergrund an den Früherkennungsuntersuchungen.

Sollten die Früherkennungsuntersuchungen nicht um Screenings zu psychischen Auffälligkeiten ergänzt werden?

Der BVKJ setzt sich ja bereits seit Jahren für eine Überarbeitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ein. Bei den von uns entwickelten neuen Vorsorgen (U 10 mit 7-8 Jahren, U 11 mit 9-10 Jahren sowie der J 2 mit 16-17 Jahren) haben wir entsprechende Checklisten entwickelt und es stehen auch psychische Störungen im Fokus. Eine inhaltliche Ausweitung der in den Kinderrichtlinien vorgesehenen Vorsorgen kann natürlich nicht ohne entsprechende Anpassung der Vergütung erfolgen.

Ist nicht eine zusätzliche Früherkennungsuntersuchung zu Beginn der Schulzeit notwendig?

Zu diesem Zwecke haben wir die U 10 und die U 11 entwickelt, die von den Eltern gerne in Anspruch genommen werden und inzwischen von den meisten GKV-Kassen übernommen werden. Auch das Bundesgesundheitsministerium scheint ja inzwischen hier auch Handlungsbedarf zu sehen.

Wie ließe sich die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher verbessern?

Durch eine verbesserte Versorgung mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychiatern und insbesondere eine Verbesserung im Bereich der Kommunikation der Fachdisziplinen untereinander.

Berufsrecht im Überblick – Schweigepflicht

Mit Beiträgen zum Berufsrecht möchten wir versuchen, Ihnen in loser Folge einen Überblick über die wichtigsten Vorschriften des Berufsrechts zu verschaffen. Die meisten Anfragen in der Telefonsprechstunde des Juristen beziehen sich auf die Schweigepflicht. Auch Patientenbeschwerden beziehen sich immer wieder auf tatsächliche oder vermutete Verletzungen dieser Pflicht. In dieser Ausgabe stellen wir Ihnen daher die Regelungen zur Schweigepflicht vor.

Bei der Schweigepflicht handelt es sich allerdings nicht ausschließlich um eine berufsrechtliche Pflicht. Auch unter zivilrechtlichen Gesichtspunkten sind Sie zur Verschwiegenheit verpflichtet. Wer die entsprechende Nebenpflicht des Behandlungsvertrages verletzt, kann gegenüber seinem Patienten schadensersatzpflichtig werden. Schließlich ist die Verletzung von Privatgeheimnissen, wie es in § 203 Abs. 1 Strafgesetzbuch heißt, auch strafrechtlich sanktioniert.

Die psychotherapeutische Schweigepflicht ist Konsequenz des allgemeinen Persönlichkeitsrechts und wahrt das Recht der Patienten auf informationelle Selbstbestimmung. Darüber hinaus sichert sie das für ein funktionierendes Gesundheitswesen erforderliche Vertrauensverhältnis zwischen Psychotherapeut und Patient.

Über was ist zu schweigen?

Der Gegenstand der Schweigepflicht wird in § 8 Abs. 1 Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW (BO) festgelegt:

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind zur Verschwiegenheit über Behandlungsverhältnisse verpflichtet und über das, was ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit durch und über Patientinnen und Patienten und Dritte anvertraut und bekannt geworden ist. Dies gilt auch über den Tod der betreffenden Personen hinaus.

Gegenstand der Schweigepflicht ist also alles, was der Psychotherapeut im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit erfahren hat.

Gegenüber wem ist man schweigepflichtig?

Die Schweigepflicht gilt uneingeschränkt gegenüber jedermann, beispielsweise gegenüber Angehörigen (sowohl des Patienten als auch des Psychotherapeuten), gegenüber der Krankenkasse, gegenüber der privaten Krankenversicherung, gegenüber der Polizei und der Staatsanwaltschaft sowie gegenüber der Privatärztlichen Verrechnungsstelle. Auch gegenüber Personen, die selbst der Schweigepflicht unterliegen, wie beispielsweise dem Supervisor, muss der Psychotherapeut die Schweigepflicht wahren. In diesem Zusammenhang bestimmt § 8 Abs. 6 BO, dass im Rahmen kollegialer Beratung, Intervention, Supervision oder zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und Lehre Informationen über Patienten und Dritte nur in anonymisierter Form verwendet werden dürfen; mögliche Rückschlüsse auf die Identität des Patienten dürfen nicht gezogen werden können.

Schweigepflicht auch vor Gericht?

Vor Gericht dürfen Psychotherapeuten von ihrem Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch machen (§ 53 Abs. 1 Strafprozessordnung, § 383 Zivilprozessordnung). Entbindet der Patient seinen Behandler jedoch von der Schweigepflicht, so ist der Psychotherapeut zur Aussage verpflichtet. Er darf sich dann also nicht mehr auf sein Zeugnisverweigerungsrecht berufen.

Wann ist eine Offenbarung zulässig?

Trotz Schweigepflicht muss es Psychotherapeuten möglich sein, Informationen aus der Behandlung weitergeben zu können. Diese Offenbarungsbefugnisse regelt § 8 Abs. 2 BO:

Soweit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Offenbarung nicht gesetzlich verpflichtet sind, sind sie dazu nur befugt, wenn eine wirksame Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt oder die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Dabei haben sie über die Weitergabe von Informationen unter Berücksichtigung der Folgen für die Patientinnen und Patienten und deren Therapie zu entscheiden.

Hiernach gibt es verschiedene Arten von Offenbarungsbefugnissen:

1. Unter die gesetzlichen Offenbarungspflichtigen fallen verschiedene Mitteilungspflichtigen, die Vertragspsychotherapeuten treffen.

Wird beispielsweise der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) von einer Krankenkasse mit einer gutachtlichen Stellungnahme zur Arbeitsunfähigkeit eines Patienten beauftragt, müssen Vertragspsychotherapeuten gemäß § 276 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) die entsprechenden Sozialdaten des Patienten unmittelbar an den MDK übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist.

Auch § 294a Abs. 1 SGB V statuiert eine Mitteilungspflicht für Vertragspsychotherapeuten. Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass eine Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung oder deren Spätfolge, Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes oder eines Impfschadens im Sinne des Infektionsschutzgesetzes ist oder liegen Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vor, so ist der Vertragspsychotherapeut verpflichtet, der Krankenkasse die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, mitzuteilen.

Aber auch für nicht vertragspsychotherapeutisch tätige Psychotherapeuten existieren gesetzliche Offenbarungspflichten, beispielsweise in § 138 Strafgesetzbuch die Anzeigepflicht für die Planung der dort genannten besonders schweren Straftaten (wie Mord oder Totschlag).

Nach der Vorschrift des § 8 Abs. 3 BO ist die betroffene Person darüber zu unterrichten, wenn die Schweigepflicht aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift eingeschränkt ist.

2. Auch wenn eine wirksame Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt, ist eine Offenbarung zulässig. Eine entsprechende Erklärung ist wirksam, wenn der Patient über die erforderliche natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt, die Entbindungserklärung freiwillig erteilt wird und hinreichend bestimmt ist. Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen oder eingeschränkt werden.

In Situationen, in denen eine solche Erklärung nicht oder nicht rechtzeitig eingeholt werden kann, ist eine Offenbarung dennoch zulässig, wenn der Psychotherapeut davon ausgehen darf, dass der Patient mit der Offenbarung einverstanden wäre. Insbesondere nach dem Tode des Patienten ist an die Möglichkeit einer derartigen mutmaßlichen Einwilligung zu denken.

3. Ob eine Offenbarung zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes erforder-

lich ist, kann der Psychotherapeut nur im Einzelfall feststellen. Dabei nimmt er eine Abwägung der verschiedenen Rechtsgüter vor, prüft mithin im konkreten Einzelfall, ob der Bruch der Schweigepflicht zum Schutz eines Rechtsguts (z. B. Gesundheit, Leben, Freiheit, sexuelle Selbstbestimmung) erforderlich ist und das geschützte Rechtsgut gegenüber dem Geheimhaltungsinteresse wesentlich überwiegt. Die Offenbarung muss zudem ein angemessenes Mittel zur Gefahrenabwehr darstellen.

§ 8 Abs. 4 BO bestimmt in diesem Kontext:

Gefährdet eine Patientin oder ein Patient sich selbst oder andere oder wird sie oder er gefährdet, so haben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zwischen Schweigepflicht, Schutz der Patientin oder des Patienten, Schutz einer oder eines Dritten bzw. dem Allgemeinwohl abzu-

wägen und gegebenenfalls Maßnahmen zum Schutz der Patientin oder des Patienten oder Dritter zu ergreifen.

4. Schließlich darf es Psychotherapeuten nicht unmöglich gemacht werden, ihre berechtigten Eigeninteressen zu wahren. Beispielsweise können Sie Ihr Honorar nur erfolgreich einklagen, wenn Sie im Rechtsstreit die Tatsache, dass eine Behandlung stattgefunden hat, sowie einige weitere Details des Behandlungsverhältnisses, offenbaren. Dies ist zulässig – auch wenn es nicht ausdrücklich in § 8 BO genannt ist.

Was ist außerdem zu beachten?

Wann immer Psychotherapeuten Dritte unterrichten, müssen sie sich auf das im Einzelfall erforderliche Maß an Informationen beschränken. Dies statuiert § 8 Abs. 8 BO.

Neue Beitragstabelle seit 2008 – Erste Auswertung

Seit 2008 wird auf Beschluss der Kammerversammlung ein Regelbeitrag von 350 € jährlich erhoben. Auf Antrag zahlen bestimmte Gruppen von Kammerangehörigen (z. B. ausschließlich abhängig in Teilzeit Beschäftigte) ermäßigte Beiträge. Die Fristen für das Stellen der Ermäßigungsanträge für die Jahre 2008 und 2009 sind abgelaufen, Zeit für eine erste Auswertung!

Mitte August 2010 waren 900 (2009) bzw. 1063 (2008) abschließend bearbeitete Anträge zu verzeichnen, dabei wurde 2009 650 und 2008 702 Ermäßigungsanträgen stattgegeben.

Wegen Einkünften ausschließlich aus einer Teilzeittätigkeit als Angestellter oder Beamter bis 20 Wochenstunden wurde 2009 236 und 2008 254 Mitgliedern eine Beitragsermäßigung gewährt. Ablehnungen erfolgten 2009 in 75, 2008 in 124 Fällen, davon erfolgten 2009 19, 2008 21 Ablehnungen, weil die Anträge nicht wie erforderlich bis zum 31.12. des Vorbeitragsjahres gestellt wurden. Weitere 15 (2009) bzw. 58 (2008) Ablehnungen resultierten aus der selbständigen Tätigkeit des Mitgliedes,

da die Beitragsordnung eine Ermäßigung wegen der Teilzeittätigkeit nur vorsieht, wenn eine Tätigkeit in einem Anstellungsverhältnis oder Beamtenverhältnis ausgeübt wird. Das Verwaltungsgericht Köln hat mit Urteil vom 13.04.2010 diese Bestimmung der Beitragsordnung als rechtmäßig angesehen (das Urteil wird auf der Internetseite der Psychotherapeutenkammer NRW unter der Rubrik „Recht“, Unterrubrik „Urteile und Kommentare“, genauer dargestellt). Gleichzeitig stellte das Gericht fest, dass die Höhe des Regelbeitrags rechtmäßig ist. Wegen einer völligen Unterbrechung der Berufstätigkeit für die Dauer von mindestens sechs Monaten im Beitragsjahr erfolgten 2009 160, 2008 171 Ermäßigungen. Zu Ablehnungen kam es 2009 in 54, 2008 in 47 Fällen.

Wegen dauerhafter Aufgabe der Berufstätigkeit kam es 2009 zu 58, 2008 zu 75 neuen Stattgaben. Da die Aufgabe der Berufstätigkeit dauerhaft ist, wird in den Folgejahren automatisch der ermäßigte Beitrag festgesetzt, ohne dass es einer erneuten Antragstellung bedarf. Folglich werden in der Statistik nur die Mitglieder erfasst, die im jeweiligen Beitragsjahr jede

Beratung am Telefon

Berufsrechtliche Beratung durch einen Juristen

Mo: 12.00-13.00 Uhr
Mi: 14.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 53

Mitgliederberatung durch den Vorstand

Mo: 12.00-14.00 Uhr
Di: 13.00-14.00 Uhr, 18.30-19.30 Uhr
Mi: 13.00-14.00 Uhr
Fr: 11.00-12.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 27

Anfragen

Fortbildungsakkreditierung

Mo – Do: 13.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 30

Anfragen Fortbildungskonto

Mo – Do: 13.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 31

Anfragen Mitgliederverwaltung

Mo – Do: 14.00-15.00 Uhr
Anfangsbuchstaben des Nachnamens:
A bis K Telefon 0211 / 52 28 47 14
L bis Z Telefon 0211 / 52 28 47 17

Berufstätigkeit beendet haben. Ablehnungen erfolgten 2009 bei 35, 2008 bei 29 Mitgliedern. Dabei ist zu beachten, dass es nur dann zu einer Stattgabe kommt, wenn ein Mitglied tatsächlich überhaupt nicht mehr beruflich tätig ist. Auf einen Verzicht auf die Zulassung als Vertragspsychotherapeut oder alleine den Rentenbeginn kommt es nicht an.

Wegen berufsfremder Tätigkeit wurde der Beitrag 2009 in 29, 2008 in 32 Fällen ermäßigt, 28 (2009) bzw. 76 (2008) Anträge wurden abgelehnt, es gab 2009 2 und 2008 8 Ablehnungen wegen Nichteinhaltung der Antragsfrist. Eine berufsfremde

Tätigkeit liegt vor, wenn man Kenntnisse, die Voraussetzung der Approbation waren, nicht bei seiner Tätigkeit verwenden kann. Beispielsweise wäre eine Tätigkeit als Galeristin berufsfremd, nicht aber eine Tätigkeit als Psychologin in der Beratung.

Aufgrund ihrer wirtschaftlichen Situation erhielten 2009 128 und 2008 137 Mitglieder eine Beitragsermäßigung oder sogar eine vollständige Beitragsbefreiung, lediglich 19 Anträge (2009) bzw. 37 (2008) Anträge mussten abgelehnt werden.

Aus diesen Zahlen ergibt sich, dass eine entsprechende Antragstellung durchaus

Erfolg verspricht, wenn Einkünfte von Mitgliedern gering ausfallen. Darüber hinaus wurden in 39 (2009) bzw. 33 (2008) Fällen Ratenzahlungen gewährt.

Erläuterungen und Antragsformulare zur Beitragsermäßigung können Sie der Internetseite der Psychotherapeutenkammer NRW unter der Rubrik „Mitglieder“, Unter rubrik „Mitgliederinformationen“ entnehmen.

Dort finden Sie auch Hinweise zu den aktuellen Fristen. In vielen Fällen ist der 31.12. die Frist für Anträge für 2011 – bitte stellen Sie diese Anträge möglichst früh.

Loveparade in Duisburg – Kammer vermittelt psychotherapeutische Hilfe

Insbesondere in der ersten Woche nach dem Unglück erhielt die Kammergeschäftsstelle zahlreiche Anfragen von Betroffenen, Angehörigen, aber vor allem auch von Gesundheitsämtern nach Listen von zeitnah zur Krisenintervention zur Verfügung stehenden Behandlern. Wir bedanken uns bei den Kolleginnen und Kollegen, die sich als AnsprechpartnerInnen für ihre jeweilige Stadt zur Verfügung gestellt haben, und bei den leitenden Notfallpsycho-

therapeuten für die gute Kooperation mit der Geschäftsstelle. So wurde es möglich, dass trotz Ferienzeit zeitnah Behandlerinnen und Behandler vermittelt werden konnten.

Das Gesundheitsministerium verweist auf seiner Webseite Betroffene und Angehörige auf die PTK-Homepage. Wir gehen daher davon aus, dass in den nächsten Wochen und Monaten Anfragen von Be-

troffenen in den Praxen erfolgen werden und bitten Sie, wenn möglich, zeitnah Behandlungsplätze zur Verfügung zu stellen.

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211 / 52 28 47-0
Fax 0211 / 52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

6. Jahreskongress Psychotherapie am 23./24. Oktober 2010

Themenschwerpunkt ist in diesem Jahr „Psychotherapie bei problematischen Interaktionsmustern“. Insgesamt finden über 40 Workshops statt, zu deren Themen auch PTBS, Essstörungen, sexuelle Störungen, affektive Störungen, Schlafstörungen, ACT, Therapie bei Kindern und Jugendlichen gehören.

PLENUMSVORTRÄGE:

Prof. Dr. Martin Bohus: „Aktuelle Entwicklungen in der Störungskonzeption sowie in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung.“

Prof. Dr. Silvia Schneider: „Frühe Eltern-Kind-Interaktion und ihre Bedeutung für die psychische Gesundheit.“

Dr. Bernt Schmitz: „Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen: Konzept und Evaluation eines psychoedukativen Programms.“

Nähere Informationen und Anmeldung unter:
www.unifortbildung-psychotherapie.de
Maximal 25 Fortbildungspunkte

Genau hinschauen – Umfrage zur psychotherapeutischen Versorgung in Ostdeutschland ergibt ein differenziertes Bild

Analysen zur psychotherapeutischen Versorgung [1, 2] weisen auf erhebliche regionale Differenzen zwischen den deutschen Bundesländern hin. Ein wesentliches Anliegen der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) ist es deshalb, die Situation in den hier beteiligten Ländern differenziert zu erfassen, um besser auf eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung hinwirken zu können.

Dabei fokussieren wir auf die Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), die den größten Anteil an ambulanten psychotherapeutischen Leistungen erbringen [1]. Im Folgenden berichten wir über erste ausgewählte Ergebnisse der vom Forschungsausschuss der OPK kürzlich durchgeführten Studie zur psychotherapeutischen Versorgung.

Methoden und Stichprobe

Im September 2009 wurden an alle damaligen Mitglieder der OPK (n= 2460) umfangreiche Fragebögen verschickt. Erfragt wurden Angaben zur psychotherapeutischen Tätigkeit in den letzten 12 Monaten sowie Einschätzungen der Versorgungslage in der eigenen Region.

Dank der engagierten Mitarbeit der Kolleginnen und Kollegen konnten bis März 2010 1708 auswertbare Datensätze erfasst werden, die Rücklaufquote liegt damit bei 69,4%. 799 Fragebögen (46,8%) wurden über die eigens dafür eingerichtete Internetseite beantwortet, die übrigen gingen per Post bei der Geschäftsstelle ein. Bei der Auswertung wurde sorgfältig auf Datenschutz und Anonymität geachtet. Die zur Registrierung des Rücklaufs verwendeten Codenummern wurden nicht mit den Daten aus den Fragebögen gespeichert.

108 Teilnehmer gaben an, in den letzten 12 Monaten nicht psychotherapeutisch tätig gewesen zu sein. 13 Kolleginnen waren in anderen Bundesländern tätig, 9 Fragebögen enthielten keine Angabe, in welchem Bundesland die oder der Befragte den Beruf ausübt.

Die verbleibende Stichprobe der 1578 Befragungsteilnehmer, die ihren Beruf in den OPK-Ländern ausüben, weist gute Übereinstimmungen mit der Mitgliederstatistik der OPK (Stand März 2010) auf. 66,9% sind weiblich (OPK 72,5%), 67,0% der Stichprobe in eigener Niederlassung tätig (OPK 61,1%). Die Verteilung der Teilnehmer über die Bundesländer spiegelt die Mitgliederverteilung sehr gut wider (Tab. 1).

Tab. 1: Regionale Verteilung der Studienteilnehmer bezogen auf die Gesamtheit der OPK-Mitglieder

Bundesland	Mitglieder OPK	Teilnehmer Studie
Brandenburg	412 (16,3%)	302 (19,1%)
Mecklenburg-Vorp.	280 (11,1%)	185 (11,7%)
Sachsen	977 (38,6%)	604 (38,3%)
Sachsen-Anhalt	330 (13,1%)	240 (15,2%)
Thüringen	392 (15,5%)	247 (15,7%)

Um die ambulante Versorgungssituation möglichst realistisch abzubilden, wurden für die weiteren Analysen die Daten der 1139 Teilnehmer ausgewählt, die in eigener Niederlassung oder als Angestellte ambulante Patienten psychotherapeutisch versorgen. Zudem wurden aus der weiteren Analyse 29 Antworten ausgeschlossen, die berichteten, durchschnitt-

lich über 40 Therapiesitzungen pro Woche durchzuführen und/oder mehr als 400 Patienten im Quartal zu versorgen. Hier war anzunehmen, dass es sich um Institutsambulanzen, größere Gemeinschafts- oder Lehrpraxen handelt, deren Anteil an der Versorgung einer gesonderten Analyse bedarf.

Es verblieb eine Teilstichprobe von 1110 ambulant tätigen PP bzw. KJP. Davon sind um 81,5% niedergelassen, 21,5% angestellt/beamtet (Doppelnennungen waren möglich).

Ergebnisse

Tabelle 2 vergleicht ausgewählte Parameter der Versorgungssituation in den fünf Bundesländern. Alle Variablen weisen im multiplen Mittelwertvergleich (ANOVA) signifikante Unterschiede auf.

Die psychotherapeutische Versorgungslage in der eigenen Region wurde auf einer vierstufigen Skala bewertet. Alle Teilnehmer bewerteten die Lage dabei durchschnittlich im Bereich zwischen eher gut (3) und eher schlecht (2). Die Therapeuten in Mecklenburg-Vorpommern schätzen die Versorgung am schlechtesten, die in Sachsen-Anhalt am besten ein.

Ein häufig zitiertes, aber selten gemessener Indikator für eine gute Versorgungslage sind kurze Wartezeiten für einen Patienten bis zum Therapiebeginn. Zu beachten sind in Tab. 2 nicht nur die verschiedenen Mittelwerte, sondern die durchweg hohen Standardabweichungen, die zeigen, dass viele Therapeuten die durchschnittlichen Wartezeiten in der eigenen Praxis mit nur wenigen Wochen, andere weit über dem Mittelwert von drei bis vier Monaten beziffern.

Tab. 2: Ausgewählte Versorgungsparameter in den Bundesländern der OPK, Erläuterungen im Text

	Brandenburg	Mecklenb.-Vorp.	Sachsen-Anhalt	Sachsen	Thüringen	Gesamt
Versorgungslage in der Region, globale Einschätzung (SD) ^{a *}	2,20 (0,74)	2,03 (0,80)	2,60 (0,67)	2,25 (0,70)	2,45 (0,65)	2,39 (0,73)
Mittlere Wartezeit bis Therapiebeginn (Wochen) ^{**}	13,18 (11,92)	15,19 (12,55)	12,77 (13,13)	15,74 (13,74)	16,38 (13,55)	14,17 (13,10)
Anteil an Patienten mit Wegzeiten über 30 min (%) ^{***}	40,50 (22,80)	41,88 (24,35)	39,14 (23,79)	36,07 (23,07)	34,73 (21,86)	38,48 (23,33)
Anteil „realer“ KJ-Therapeuten (%) ^{****}	18,0	20,0	10,0	13,7	18,4	14,4

a Vierstufige Skala: 1 = sehr schlecht, 2 = eher schlecht, 3 = eher gut, 4 = sehr gut

* $dF = 4, F = 23,43, p < 0,001$

** $dF = 4, F = 3,35, p = 0,01$

*** $dF = 4, F = 2,65, p = 0,032$

**** $dF = 4, Chi^2 = 14,15, p < 0,01$

Auch kurze Wegzeiten sind ein Merkmal für eine gute Versorgung. Der mittlere Anteil von Patienten, die mehr als 30 Minuten Anfahrtszeit zur Behandlung benötigen, ist erwartungsgemäß in dünner besiedelten Ländern wie M.-V. oder Brandenburg am höchsten.

Spezieller Aufmerksamkeit bedürfen die Behandlungsangebote für Kinder und Jugendliche. Wir hatten gefragt, wie hoch der Anteil an Patienten einzelner Altersgruppen an der gesamten Klientel einer Praxis tatsächlich ist. Als „reale“ KJ-Therapeuten klassifizierten wir diejenigen, die mindestens 2/3 ihrer Klientel als unter 18-jährig einordneten. Da es im mittleren Bereich der Verteilung wenig Varianz gab, hätte auch ein Kriterium von 50 oder 75% KJ-Anteil zu sehr ähnlichen Ergebnissen geführt. Hier gibt es drastische Unterschiede: während in M.-V. jede fünfte Therapeutin wirklich primär Kinder und Jugendliche behandelt, ist es in Sachsen-Anhalt nur jede zehnte.

Diskussion

Die psychotherapeutische Versorgung bedarf auch in den Bundesländern der OPK einer differenzierten Betrachtung. Generell ist die Versorgungsdichte zwar wesentlich geringer als im Westen Deutschlands, dies scheint jedoch nicht überall zu den gleichen Auswirkungen zu führen.

Interessanterweise ist die globale Einschätzung der Versorgungslage nicht abhängig

von der tatsächlichen Dichte an Psychotherapeuten, bezogen auf die Einwohnerzahl des Bundeslandes. In Sachsen-Anhalt ist die Therapeutendichte noch geringer als in Mecklenburg-Vorpommern [2], dennoch wird hier die Situation positiver eingeschätzt.

Auch die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zeigt Unterschiede zwischen den Ländern. Während der Anteil der approbierten Kinder- und Jugendlichentherapeuten an der Anzahl der Kammermitglieder in Mecklenburg-Vorpommern 11,1% beträgt, sind hier 20% aller Therapeuten hauptsächlich im KJ-Bereich tätig. Ein wesentlicher Anteil der Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird also von PP mit entsprechender zusätzlicher Qualifikation erbracht. In Sachsen-Anhalt scheint dies nicht der Fall zu sein: dort sind 10% der Kammermitglieder KJP, und der Anteil von Therapeuten, die überwiegend Patienten bis 18 Jahre versorgen, liegt ebenfalls bei 10%.

Die Notwendigkeit, die Versorgungsdichte generell zu erhöhen, kann also nicht vorbehaltlos gestützt werden. Es sollten stattdessen z. B. gezielt Regionen Beachtung finden, in denen Warte- und Wegzeiten überdurchschnittlich hoch sind. Hierfür sind feinere Analysen notwendig, um z. B. Unterschiede zwischen städtischen Ballungsgebieten und ländlichen Regionen zu identifizieren. Auch die regionalen Besonderheiten bei der Versorgung von Kindern

und Jugendlichen bedürfen weiterer Aufklärung.

Einige Eigenschaften der vorliegenden Studie könnten deren Aussagekraft trotz der großen Stichprobe und deren Repräsentativität einschränken. Zum einen handelt es sich um zusammenfassende Einschätzungen der Therapeuten, die Urteilsfehlern unterliegen können. Zum anderen können die Therapeuten nur Aussagen über die Klientel treffen, der sie in ihrer Praxis begegnen. Potentielle Patienten etwa, die wegen langer Wartezeit oder Wegstrecke keine Behandlung aufnehmen, werden nicht berücksichtigt. Daher sind weitere Untersuchungen notwendig, die auch die Situation der Patienten abbilden.

Umfangreichere Publikationen über weitere Ergebnisse der aktuellen OPK-Versorgungsstudie, insbesondere zum Vergleich mit den bisher publizierten Daten aus den alten Bundesländern, sind in Vorbereitung.

Literatur

- [1] Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). Psychotherapeutische Versorgung. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, 41.
- [2] Peikert, G. (2009). Psychotherapeuten im Osten müssen mehr Einwohner versorgen. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (2), 207-208.

Dr. Gregor Peikert
für den Forschungsausschuss der OPK

Fortbildung Sachverständigentätigkeit

Grundlagenmodell 16. – 20. Mai 2011

Im historischen Ambiente von Schloss Machern werden im Rahmen des Grundlagenmoduls der OPK Grundlagen für die gerichtliche Sachverständigentätigkeit vermittelt. Unter anderem werden wichtige juristische und gesetzliche Rahmenbedingungen dargelegt, Einführungen in die verschiedenen Rechtsgebiete gegeben und die Rolle der Gutachter vor Gericht definiert. Daneben werden auch Aspekte zur Erstellung von Gutachten aufgegriffen, häufige Fehlerquellen erläutert und das Auftreten vor Gericht geklärt. Es wird eine Übersicht über die juristischen Teilbereiche gegeben, in denen psychotherapeutischer Sachverstand für die Urteilsfindung herangezogen werden kann.

Die Rechtsgebiete werden als Co-Referate, jeweils von juristischer und von psychologischer Seite vorgetragen. So entsteht ein interessantes Wechselspiel aus gerichtlicher Praxis und psychotherapeutischer Sichtweise und umgekehrt.

Der Überblick zu den einzelnen Rechtsgebieten, vor allem Sozial- und Familienrecht, ist auch für Kolleginnen und Kollegen informativ, die ihre allgemeinen Kenntnisse in diesen Bereichen erweitern wollen. Anmeldungen sind noch begrenzt möglich.



Spezialisierungsmodul Familienrecht 29.11. – 02.12.2010

Aufgrund der großen Nachfrage hat die OPK gemeinsam mit ausgewählten Referenten aus dem Grundlagenmodul das erste Spezialisierungsmodul „Familienrecht (Modul B 3)“ bereits für dieses Jahr geplant. Vom 29. November bis 02. Dezember 2010 findet, ebenfalls auf Schloss Machern, die 4-tägige Veranstaltung statt. Im Modul Familienrecht werden dann ver-

tiefe Kenntnisse der Sachverständigentätigkeit im Bereich Familien- und Sorgerecht vermittelt. Neben rechtlichen Aspekten werden eingehend psychologisch-psychotherapeutische Voraussetzungen für die Begutachtung behandelt. Nach diesen einführenden Gesichtspunkten wird die familienrechtliche Gutachtenerstellung im Mittelpunkt der Veranstaltung stehen. Inhaltliche Details können sie der Richtlinie zur Sachverständigentätigkeit entnehmen. Anmeldungen sind nicht mehr möglich. Im Jahr 2011 folgt jedoch ein weiteres Modul.

Spezialisierungsmodule 2011

Bereits im nächsten Jahr wird die OPK weitere Spezialisierungsmodule zur Sachverständigentätigkeit anbieten. Die genauen Termine finden Sie immer aktuell auf unserer Homepage.

Informationen

Detaillierte Informationen zur Fortbildung sowie den Flyer und das Anmeldeformular der angekündigten Veranstaltungen finden Sie unter www.opk-info.de.

wendt

Bitte Vormerken: Erster Ostdeutscher Psychotherapeutentag 2011 – Frische Impulse, spannende Vorträge und neueste Erkenntnisse aus der Psychotherapieforschung – „Therapieziel psychische Gesundheit“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die psychische Gesundheit zu fördern ist das gemeinsame Ziel aller PsychotherapeutInnen. Psychotherapie kann Krankheiten heilen, lindern oder den Umgang mit Krankheiten bewältigen helfen. Diese Erkenntnis ist nach langjähriger Öffentlichkeitsarbeit der Psychotherapeutenchaft inzwischen in vielen Köpfen angekommen, und – bei allen Mängeln – auch durch das Psychotherapeutengesetz im Gesundheitswesen verankert.

Unabhängig von Verfahren und „Psychotherapieschulen“ eint alle PsychotherapeutInnen ein Menschenbild, das psy-

chische Gesundheit als unverzichtbaren Bestandteil der Gesundheit ansieht. Im Rahmen des ersten Ostdeutschen Psychotherapeutentages vom 25. – 26.03.2011 wird ein Forum zum intensiven Meinungsaustausch geboten. Unter dem Titel „Therapieziel psychische Gesundheit“ werden vielfältige Workshops, Vorträge und Diskussionsrunden von namhaften ReferentInnen aus Wissenschaft und Praxis angeboten, aus denen die TeilnehmerInnen neue Impulse für ihre tägliche Arbeit mitnehmen werden.

Im anregenden Ambiente des Deutschen Hygiene-Museums Dresden freuen wir uns auf einen intensiven kollegialen Aus-

tausch. Aktuelle Informationen können Sie jederzeit auf unserer Homepage www.opt2011.de oder www.opk-info.de abrufen. Anmeldungen sind ab sofort möglich, Rabatt für Frühbucher wird bis zum 30. Oktober gewährt.

Ihre Andrea Mrazek,
Präsidentin der OPK

Geschäftsstelle

Karl-Rothe-Str. 4, 04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
Homepage: www.opk-info.de
Mail: info@opk-info.de

Landeskrankenhausplan mit neuen Akzenten – Stellungnahme zum Entwurf

Die Landespsychotherapeutenkammer begrüßt die Grundrichtung des jetzt vorgelegten Entwurfs ausdrücklich, die Planungstiefe herauszunehmen und den Krankenhäusern die Möglichkeit zu eröffnen, den Patienten mit all seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt der Behandlungskette zu stellen. In Verbindung mit der aktuellen Novelle des Landeskrankenhausgesetzes sehen wir Chancen, dass innovative Konzepte zur Versorgung psychisch kranker Menschen in den Akutkrankenhäusern in Rheinland-Pfalz weitergehend erprobt und implementiert werden können.

Die Kammer regt an, die auf den Begriff „Psychosomatik“ reduzierte Kapitelüberschrift 15.20 wieder durch die im letzten Landeskrankenhausplan gewählte Formulierung „Psychotherapie und Psychosomatik“ zu ersetzen und damit der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Psychotherapie eine weiter gefasste Erkrankungsliste beinhaltet als die Psychosomatik. Nach den wissenschaftlichen Forschungsergebnissen der letzten Jahre hat die Psychotherapie eine immer zentralere Bedeutung in der Behandlung psychisch Kranker erfahren, so dass sich das Korrelat in der Überschrift widerspiegeln sollte. Wir schlugen vor, auch innerhalb des Textes den Begriff „psychosomatische Behandlung“ durch „psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung“ sowie die Begrifflichkeit „psychosomatischer Sachverstand“ durch „psychosomatischer oder psychotherapeutischer Sachverstand“ zu ersetzen.

Die Kammer teilt die Einschätzung, dass es „aus wirtschaftlichen und fachlichen Gründen“ nicht sinnvoll ist, ein flächendeckendes Netz von psychosomatischen und psycho-

therapeutischen bettenführenden Abteilungen einzurichten, wodurch eine moderne biopsychosoziale Sichtweise von Gesundheit und Krankheit fachlich inadäquat auf diese Abteilungen eingegrenzt würde.

Stattdessen halten wir die Einrichtung psychotherapeutischer Konsil- und Liaisondienste, die ohne Bettenführung als eigenständige Abteilungen organisiert sind, für ökonomisch sinnvoll und fachlich unumgänglich.

Damit würde nicht nur dem Umstand Rechnung getragen, dass chronische somatische Erkrankungen psychische Folgen haben können, die ohne zeitnahe Behandlung den somatischen Behandlungsverlauf wesentlich komplizieren können, als auch darauf reagiert, dass psychische Belastungen die somatische Vulnerabilität wesentlich erhöhen können. Beim Vorliegen z. B. einer Depression steigt das Risiko einer Diabeteserkrankung oder einer KHK um ein Mehrfaches, auch das Risiko eines KHK-Rezidivs multipliziert sich ähnlich. Die Einbeziehung von psychotherapeutischer Kompetenz z. B. in der Onkologie, der (Unfall-, Neuro-)Chirurgie, Rheumatologie und Neurologie (1/3 der neurologischen Patienten sind Kopfschmerzpatienten) hat eine wesentliche präventive Bedeutung bzgl. schmerzzentrierter Chronifizierungen.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in allen Fachabteilungen eines Krankenhauses vorzufinden. Inzwischen entfallen 17,2% aller stationären Behandlungstage auf die Hauptdiagnose „Psychische Störungen“ und sind vor Kreislauferkrankungen Hauptanlass für eine Klinikbehandlung (Report Krankenhaus 2010 der Barmer GEK).

Das Leistungsspektrum von K- und L-Diensten sollte in Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung durch angestellte Psychotherapeuten, bei kleineren Krankenhäusern durch Vernetzung im Sinne einer integrierten Versorgung gewährleistet werden.

Die Notwendigkeit, wegen des hohen Anteils von psychischen Fragestellungen im Akutkrankenhaus bereits dort und frühzeitig auch den Bedarf einer psychotherapeutischen Behandlung abzuklären und diese ggf. einzuleiten, wird auch durch wissenschaftliche Erkenntnisse unterstützt, dass eine zeitnahe qualitätsgesicherte Behandlung z. B. einer erstmaligen depressiven Episode das Rezidivrisiko signifikant senkt.

Wir halten es für an der Zeit, dass die beiden Leitziele Vernetzung und Multidisziplinarität, die auch im Bereich psychischer Erkrankungen zentral sind, in Zukunft selbstverständlicher auch die Zusammenarbeit von Psychotherapeuten und Medizinern unterschiedlicher Fachrichtungen (Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Onkologie, Neurologie, Geriatrie...) im Interesse einer evidenzbasierten guten Patientenversorgung kennzeichnen.

Die Vorhaltung einer Struktur- und Prozessqualität für die Gewährleistung einer entsprechenden Diagnostik und eines bedarfsorientierten stationären psychotherapeutischen Behandlungsbeginns begleitend zur somatischen Akutversorgung sollte nicht zuletzt aus Überlegungen der Kostensteuerung im Gesundheitswesen in jedem Akutkrankenhaus angestrebt werden.

Vom Ist und vom Soll

„Psychisch Kranke müssen Monate auf Behandlung warten“, so der Aufmacher einer regionalen Tageszeitung in RLP am 29.7.10. Alles nur Medienrummel und Meinungsmache? Wartezeiten von bis zu einem Jahr sind nach wie vor keine Seltenheit mit der Konsequenz, dass Betroffene für Wochen und Monate in Schule oder Job ausfallen. Insbesondere für Kinder und Jugendliche sind das unzumutbare Umstände. Während die Zahlen der praktizierenden Psychotherapeuten nur unwesentlich wegen der KJP-Quote steigen – in ganz RLP wurden 18 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusätzlich zugelassen –, verzeichnen wir eine beständige Zunahme des Bedarfs an Behandlungsmöglichkeiten.

Nehmen wir die Zeitung ruhig noch mal zur Hand. Egal welche Krankenstatistik oder Gesundheitsberichterstattung man in den letzten Wochen zu lesen bekam, im Ergebnis stimmen sie alle darin überein, dass die Verbreitung und Häufigkeit psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen über alle Altersgruppen in den Jahren seit 1997 (Basisjahr) kontinuierlich zunimmt und in 2008 sowohl hinsichtlich der Fallzahlen (+ ca. 80%) als auch Arbeitsunfähigkeitstagen (+ ca. 70%) einen relativen Höchststand erreichte und im Gesamtranking der Krankheitsarten mit einem Gesamtanteil von ca. 8-10% (je nach Statistik) inzwischen Platz 4 einnimmt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die in der Regel auf Arbeitsunfähigkeitstagen

basierenden Statistiken der Krankenkassen zahlreiche Erkrankungsfälle (z. B. von mitversicherten Familienmitgliedern und Nicht-Berufstätigen) gar nicht erfassen. Angsterkrankungen und Depressionen zählen inzwischen zu den fünf wichtigsten Volkskrankheiten.

Die Ursachen dieser enormen Steigerungsrate sind sicher vielfältig und bedürfen einer differenzierten Analyse. Aber unabhängig von deren Ergebnis kann jetzt schon festgehalten werden, dass diesen Erkrankungen bisher keine ausreichenden Behandlungsangebote gegenüber stehen, so dass sowohl Defizite als auch Fehlsteuerungen gemessen am Ziel einer qualitativ guten Versorgung bestehen.

All dies taucht im jüngst erschienenen „Versorgungsatlas“ der KV-Rheinland-Pfalz nicht auf. Stattdessen findet man dort zu einiger Überraschung bezüglich der Nachfrageentwicklung im Fachgebiet Psychotherapie die mittelfristige Prognose (bis 2020) einer Abnahme der Inanspruchnahme um immerhin ca. 6%. Errechnet wurde dies vor allem auf der Grundlage der demografischen Entwicklungen der Alterung und Rückläufigkeit der Bevölkerung.

Nun ist der Versorgungsatlas nicht irgendein Papier, sondern ein ernstzunehmendes Instrument der Versorgungsforschung und -planung und damit auch zitierfähige Grundlage für gesundheitspolitische Debatten und Entscheidungen.

Deshalb war es der LPK wichtig, einige kritische Anmerkungen und Ergänzungen vorzunehmen und den Verantwortlichen zukommen zu lassen. Dies betraf zum einen die Vernachlässigung der oben beschriebenen Morbiditätsentwicklung. Weiter zu bemängeln ist auch, dass die Prognose aufsetzt auf einer von vornherein defizitären Versorgungssituation noch aus Zeiten vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes. Und schließlich völlig ausgeblendet bezüglich des Demografiefaktors Alterung wurde, dass die Bedarfsschätzungen für Psychotherapie bei über 60-jährigen Menschen sich im Bereich von 10-30% bewegen, derzeit aber gerade mal 0,2% der Patienten über 60 Jahre psychotherapeutisch versorgt werden, von den über 75-Jährigen faktisch keiner. Dagegen werden in hohem Umfang ausschließlich medikamentöse Behandlungen durchgeführt, die nicht in Einklang mit der vor wenigen Monaten konsentierten Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression stehen.

Wir sind uns darüber im Klaren: sach- und verteilungsgerechte Versorgungsstrukturen zu planen und zu schaffen, ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Eine wichtige, wenn nicht die wichtigste Stellgröße, sollte dabei der zu erwartende (bzw. bereits bestehende) Bedarf sein. Bedarf kann man nicht planen, man kann ihn nur ermitteln. Da kann der Blick in die Tageszeitung ein wichtiger Anfang sein...

Ganz bald: Fachtagung und Herbstfest der Kammer

Wie in jedem Jahr so wird auch in diesem am 25. September 2010 die traditionelle Fachtagung der Kammer mit anschließendem Herbstfest stattfinden.

Unter dem Titel „**Damit Psychotherapeuten heil bleiben – Psychohygiene als professionelle Aufgabe**“ stehen diesmal wir selbst im Fokus der Aufmerksamkeit mit unserem Berufsalltag und der Frage, wie es gelingen kann, bei all der Konfrontation mit schwierigen und leidvollen Erfahrungen die innere Balance zu halten, die

Lust am Leben nicht zu verlieren, unseren Humor zu bewahren und unser Mitgefühl nicht zu erschöpfen.

Wir konnten eine Reihe von Referenten aus Forschung und Praxis gewinnen, die Ideen entwickeln und kreative Wege skizzieren werden, die uns helfen können, in ständiger Konfrontation mit Gefühlen der Ohnmacht, Hilflosigkeit, Angst, Wut und Trauer – nicht nur der Patienten, sondern auch der eigenen – heil und handlungsfähig zu bleiben.

Nach der Eröffnung der Tagung durch unsern Präsidenten Alfred Kappauf wird Prof. Dr. Ralf Zwiebel, u. a. Lehranalytiker am Alexander Mitscherlich Institut Kassel, referieren zum Thema der „Professionalität im bipersonalen Beziehungsfeld“. Es schließt sich an ein ganz ernst gemeintes „Stufenprogramm zum sicheren Burnout“, entwickelt und vorgetragen von Dr. Nadine Schuster, Mainz. Wie es dagegen „himmlisch leicht“ bleiben kann, das verrät uns Dipl.-Psych. Rita Freihaut aus Gießen. Und „Die kleine Schule des Genießens“ vor-

getragen von Dr. Rainer Lutz, Marburg, ist doch eine hervorragende Überleitung zum gemütlichen Teil des Nachmittags.

So folgt in bewährter Manier der Tagung das Herbstfest, Gelegenheit zu Kontakten nicht nur mit KollegInnen, sondern auch

mit (hoffentlich zahlreichen) Vertretern aus Politik und Gesundheitswesen. Für Gaumen- und Ohrenschaus wird selbstverständlich gesorgt sein.

Wie im vergangenen Jahr stehen uns die Räumlichkeiten der alten Mensa in der

Universität zur Verfügung. Die Fachtagung beginnt am 25.9.10 um 14:00 Uhr, ein Flyer mit Einzelheiten der Veranstaltung ist in Umlauf, um Anmeldung wird gebeten.

Wir hoffen auf reges Interesse und freuen uns auf Ihre Teilnahme.

... und weitere Veranstaltungen in diesem Herbst:

Parlamentarischer Abend der Landesgesundheitszentrale

Am **6. Oktober 2010** lautet das Motto in der Staatskanzlei in Mainz: „Gesundes Rheinland-Pfalz. Die LZG und ihre Partnerinnen und Partner.“ Unter diesem Motto soll den anwesenden Landtagsabgeordneten und Besucherinnen und Besuchern des Parlamentarischen Abends mit einem bunten Programm und einer Ausstellung der ca. 35 teilnehmenden Mitglieder die vielen Facetten der Gesundheitsförderung im Land vorgestellt werden. Dem Leitgedanken „Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit“ entsprechend, wird nicht nur über die Abwehr von Krankheiten gesprochen werden, sondern es soll gezeigt werden, was insgesamt in Rheinland-Pfalz für das körperliche, psy-

chische, geistige und soziale Befinden der Bürgerinnen und Bürger getan wird.

Der Ablauf

- 18:30 Uhr: Ankommen mit Musik
- 19:00 Uhr: Ausstellungseröffnung „Demenz ist anders“ (Fotografie) von Michael Hagedorn
- 20:00 Uhr: Eröffnung des Parlamentarischen Abends
- Gegen 22:00 Uhr: Ende des Parlamentarischen Abends

Die LPK beteiligt sich zum zweiten Mal an einem Parlamentarischen Abend und wird einen Stand ausrichten, um Ab-

geordneten im persönlichen Gespräch einen besseren Einblick in die Anwendungsgebiete der Psychotherapie geben zu können. Unser Schwerpunktthema wird Psychotherapie bei chronischen Schmerzen sein. Neben einem kleinen Selbsttest am PC und einer Sinnvorstellung von Psychotherapie werden wir Informationsmaterial zur Verfügung stellen, das die Wirkungsweise von Psychotherapie beschreibt. Psychotherapie hat viele Anwendungsfelder und ist aus Prävention, Behandlung und Rehabilitation nicht mehr wegzudenken.

Besucherinnen und Besucher sind herzlich willkommen.

Seelische Gesundheit lindert Schmerzen

Anlässlich des jährlichen „**Tag der seelischen Gesundheit**“ am **9.10.2010** lädt die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz zu einer Veranstaltung ein, die sich den Möglichkeiten der psychologischen Schmerztherapie widmet. Die Behandlung von Schmerzen erfordert eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen Behandlergruppen. In einführenden Vorträgen wird das Thema Schmerz aus dem psychotherapeutischen, dem ärztlichen und dem physiotherapeutischen Blickwinkel erläutert. Anschließend bleibt den Besuchern noch genügend Zeit mit den Experten zu sprechen und es wird eine Achtsamkeitsübung angeboten.

Alfred Kappauf , Präsident der LPK	<i>Die vielen Anwendungsgebiete der Psychotherapie</i>
Dr. Paul Nilges , leitender Psychologe, DRK Schmerzzentrum Mainz, Psychologischer Psychotherapeut	<i>Ich hab's doch im Rücken und nicht im Kopf. Schmerz als ständiges Rätsel</i>
Dr. Susann Seddigh , Oberärztin, DRK Schmerzzentrum Mainz, Neurologin	<i>Guter Umgang mit Schmerzmitteln</i>
Dagmar Schlaubitz , Physiotherapeutin, Vorstand Deutscher Verband für Physiotherapeuten ZVK RLP/Saarland e.V.	<i>Starker Rücken – Starke Seele. Wieso für eine stabile Seele ein gesunder Körper notwendig ist!</i>
Wann:	Samstag, den 09.10.2010 15:00 – 17:00 Uhr
Wo:	Haus am Dom Liebfrauenplatz 8 55116 Mainz

Veränderungen in der Geschäftsstelle

Frau Lips-Klumb, die seit dem 01.10.2002 in der Geschäftsstelle für die Mitgliederverwaltung, die Beitragserhebung und die Buchhaltung zuständig war, will sich neuen Herausforderungen stellen und scheidet auf eigenen Wunsch zum 30.09.2010 aus den Diensten der Kammer aus.

Die Neubesetzung der Stelle soll so schnell wie möglich erfolgen. Wir bitten um Verständnis, dass während der Zeit der Personalsuche die Bearbeitung Ihrer Anfragen eventuell mit etwas Zeitverzögerung erfolgen wird. Vorläufig wird sich hierum unser Auszubildender, Herr Klaeser, kümmern,

der natürlich alles unter Anleitung durch die Geschäftsführung erledigen wird.

Auch für die ersten Wochen der Einarbeitungsphase einer neuen Mitarbeiterin/eines neuen Mitarbeiters bitten wir gleichermaßen noch um Ihre Geduld, bis sich alle Arbeitsabläufe wieder eingespielt haben.

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Weiterbildungsordnung

Die Vertreterversammlung hat am 17.04.2010 folgenden Beschluss gefasst, der am 21.07.2010 vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, Mainz, AZ: 672 – 01 723-17.4 genehmigt wurde.

Anlage 1 Nr. 3 im Kapitel II.1 wie folgt ergänzt:

1. Erwerb von Kenntnissen im Umfang von mindestens 80 Stunden über

- die biopsychosozialen Grundlagen des Schmerzes, insbesondere des chronischen Schmerzes einschließlich der Physiologie der Nozizeption, Schmerzinformationsverarbeitung (Neuroendokrinologie und Neuroimmunologie), biologische und psychologische Chronifizierungsmechanismen und Pharmakotherapie

8 Unterrichtsstunden,

- die Fallkonzeption einschließlich Anamnese, Diagnostik, Klassifikation und Dokumentation, Therapieplanung und -evaluation

16 Unterrichtsstunden,

- psychologische Interventionskonzepte und -verfahren, insbesondere edukative, psychophysiologische, kognitive, verhaltensbezogene sowie emotions- und konfliktbezogene Interventionen

32 Unterrichtsstunden,

- chronische Schmerzsyndrome und ihre spezifischen Behandlungsmethoden einschließlich Kopf-, Gesichts- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen, neuropathischer Schmerzen, viszeraler Schmerzen, Schmerzen bei rheumatischen Erkrankungen und altersabhängiger Schmerzsyndrome

24 Unterrichtsstunden.

Die Änderung tritt mit der Veröffentlichung in Kraft.

Am 06. November 2010 findet die nächste Sitzung der Vertreterversammlung in der LPK statt. Hierzu sind alle interessierten Mitglieder herzlich eingeladen.

Wir bitten aus organisatorischen Gründen um vorherige Anmeldung!

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
und zusätzlich
Di. – Do. 14.00 – 16.00 Uhr

An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit: Birgit Heinrich, Jürgen Kammler-Kaerlein.



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Zwei Drittel der KJP-Sitze im Saarland bereits vergeben



Katja Klohs, Vorstandsmitglied

Nachdem im Rahmen der Umsetzung der 20%-KJP-Mindestquotenregelung die Anzahl der freien KJP-Sitze in den saarlän-

dischen Planungsbereichen Anfang des Jahres ermittelt wurde (18 insgesamt: Regionalverband Saarbrücken 15, Kreis Saarlouis 1, Kreis Neunkirchen 1, Kreis Merzig-Wadern 1) kann nun nach einem halben Jahr bereits eine erfreuliche Bilanz gezogen werden: Der Zulassungsausschuss der KVS hat bisher 9 KJP-Neuzulassungen im Saarland bewilligt. Hier hatten sich 8 weibliche Kolleginnen und ein männlicher Kollege beworben, 3 davon werden neu ins Saarland ziehen. Die Ende letzten Jahres hart im Zulassungsausschuss erkämpften 4 hälftigen KJP-Sonderbedarfssitze wurden inzwischen ebenfalls in reguläre Sitze umgewandelt und auf volle Sitze aufgestockt. Demnach gibt es im

Saarland derzeit noch 6 offene KJP-Sitze, für die laut Aussage der KVS bis zum Redaktionsschluss keine weiteren Bewerbungen vorlagen. Dass bereits nach recht kurzer Zeit im Saarland 2/3 der neuen KJP-Zulassungen vergeben werden konnten, zeigt doch allen Befürchtungen zum Trotz, dass die ambulante, selbständige psychotherapeutische Tätigkeit mit Kindern und Jugendlichen durchaus für viele Berufskolleginnen attraktiv ist. So können wir davon ausgehen, dass sich nun endlich die psychotherapeutische Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche im Saarland deutlich verbessern wird. Wir wünschen allen neuen KollegInnen einen guten Start in ihren Praxen!

Befugnis oder Pflicht zur Meldung bei einem Verdacht auf Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung eines Kindes?

Einleitung

Bei einem Verdacht auf Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung eines Kindes stellt sich für den/die das Kind behandelnde/n Psychotherapeuten/in die Frage, ob er/sie diesen Verdacht dem Jugendamt melden darf (Befugnis zur Meldung) oder sogar melden muss (Pflicht zur Meldung). Zur Beantwortung dieser Frage geht dieser Beitrag ein auf Vorschriften des Strafgesetzbuchs (StGB) sowie das vom Bundesgesetzgeber im Entwurf vorgelegte Gesetz zur Verbesserung des Kinderschutzes – Kinderschutzgesetz (siehe unter I.). Anschließend werden Bestimmungen aus der Berufsordnung der PKS erörtert (siehe unter II.). Hingewiesen wird der Vollständigkeit halber auf den vom Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes im Jahr 2009 herausgegebenen „Leitfa-

den für Ärztinnen und Ärzte: Gewalt gegen Kinder“ (siehe unter III.) und die 2007 im saarländischen Gesundheitsdienstgesetz eingeführte Regelung zur Meldung durchgeführter Früherkennungsuntersuchungen durch Ärzte/innen (siehe unter IV.).

I. Befugnis oder Pflicht zur Meldung vor dem Hintergrund des Strafgesetzbuchs (StGB)

1. Befugnis zur Meldung? Die Strafbarkeit der Verletzung von Privatgeheimnissen nach dem Strafgesetzbuch (StGB)

Die Meldung des Verdachts auf Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung eines Kindes gegenüber dem Jugendamt hat Auswirkungen auf die durch § 203 Abs. 1 Strafgesetzbuch (StGB) strafrecht-

lich sanktionierte Schweigepflicht der sog. Berufsgeheimnisträger, wozu insbesondere Ärzte/Ärztinnen und Psychotherapeuten/innen zählen.

„§ 230 StGB Verletzung von Privatgeheimnissen:

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehöriger eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologe mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,

3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar [...],
4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
- 4a. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
5. staatlich anerkannter Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder
6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen, steuerberaterlichen oder anwaltlichen Verrechnungsstelle

anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft. [...].“

Wenn ein/eine Psychotherapeut/in, der/die ein Kind behandelt, gegenüber dem Jugendamt den Verdacht auf Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung dieses Kindes meldet, wird dieses Verhalten regelmäßig als Offenbarung eines fremden Geheimnisses, das dem/der Psychotherapeuten/in anvertraut ist, anzusehen sein. Ob die Meldung gegenüber dem Jugendamt auch „unbefugt“ ist, hängt davon ab, ob die Voraussetzungen eines Rechtfertigungsgrundes vorliegen; wenn ein Rechtfertigungsgrund vorliegt, ist das Verhalten des/der Psychotherapeuten/in nicht „unbefugt“, so dass er/sie deswegen nicht bestraft wird. Bei einer Meldung an das Jugendamt ohne Einwilligung (z. B. in Form einer Entbindung von der Schweigepflicht) muss ein anderer Tatbestand vorliegen, damit diese Meldung nicht „unbefugt“ ist. Ein solcher Tatbestand ist im Falle des sog. „rechtfertigenden Notstands“ gegeben, der in § 34 StGB wie folgt definiert wird:

„Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interes-

sen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“

Psychotherapeuten/innen dürfen also nur dann den Verdacht auf Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung eines Kindes gegenüber dem Jugendamt äußern, wenn die Voraussetzungen des „rechtfertigenden Notstands“ (§ 34 StGB) vorliegen, andernfalls setzen sie sich der Gefahr einer Bestrafung wg. „Verletzung von Privatgeheimnissen“ (§ 203 Abs. 1 StGB) aus.

2. Der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Kinderschutzes (Kinderschutzgesetz)

Die Rechtslage nach § 34 StGB wird auch im Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung des Kinderschutzes beschrieben und bewertet (BT-Drucksache 16/12429, S. 8):

„Mit Strafe bedroht ist nach dieser Vorschrift [§ 203 des Strafgesetzbuchs] die unbefugte Offenbarung von Privatgeheimnissen durch Angehörige verschiedener Berufsgruppen. Dazu zählt u. a. die Weitergabe von Ergebnissen einer ärztlichen Untersuchung ohne Einwilligung des Patienten bzw. dessen gesetzlichen Vertreters (an das Jugendamt). Die Weitergabe ist jedoch nicht rechtswidrig, wenn bei einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leib oder Leben der Schutz des Kindes das Interesse an der Geheimhaltung der Informationen wesentlich überwiegt (§ 34 StGB). So handelt etwa der Arzt nicht rechtswidrig, wenn er in einer akuten Gefährdungssituation das Jugendamt informiert. Die Rechtmäßigkeit der Weitergabe von Informationen ergibt sich damit u. a. erst aus einer Interessenabwägung, die eine Durchbrechung der Schweigepflicht rechtfertigt. Diese Konstruktion führt in der Praxis zu Anwendungsschwierigkeiten und Unsicherheiten.“

Die BPTK hat zu diesem Gesetzesentwurf am 7.4.2009 eine Stellungnahme verfasst. Der Gesetzesentwurf ist wegen des Endes der Legislaturperiode Mitte des Jahres 2009 nicht weiterverfolgt worden. Ob und wann der Gesetzesentwurf wieder in den

Deutschen Bundestag eingebracht wird, konnte anhand einer Internetrecherche und einer Nachfrage bei der BPTK nicht festgestellt werden.

3. Pflicht zur Meldung? Die Strafbarkeit der Nichtanzeige geplanter Straftaten nach dem Strafgesetzbuch (StGB)

Von der – unter den Voraussetzungen des „rechtfertigenden Notstands“ (§ 34 StGB) bestehenden – Befugnis des/der ein Kind behandelnden Psychotherapeuten/in, den Verdacht auf Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung gegenüber dem Jugendamt zu melden, ist die Pflicht des/der behandelnden Psychotherapeuten/in zur Meldung eines solchen Verdachts zu unterscheiden: Wenn keine Befugnis zur Meldung besteht, scheidet eine Pflicht zur Meldung – selbstverständlich – aus. Nur in den Situationen, in denen eine Befugnis des/der behandelnden Psychotherapeuten/in zur Meldung besteht (rechtfertigender Notstand), stellt sich die Frage, ob er/sie zur Meldung sogar verpflichtet ist.

Die Rechtsordnung statuiert nur äußerst zurückhaltend Pflichten zur Anzeige eines bestimmten (rechtswidrigen) Verhaltens bei einer Behörde. § 138 StGB stellt lediglich die Nichtanzeige geplanter Straftaten, nicht jedoch die Nichtanzeige bereits begangener Straftaten unter Strafe – wobei nur besonders schwere Straftaten überhaupt erfasst werden (Beispiele: Vorbereitung eines Angriffskrieges, Hochverrat, Landesverrat, etc.). Für Psychotherapeuten/innen besteht eine weitere Einschränkung von der Verpflichtung zur Anzeige geplanter Straftaten: Ein/e Psychotherapeut/in ist nicht verpflichtet, eine geplante Straftat anzuzeigen, wenn ihm/ihr dies anvertraut worden ist und er/sie sich ernsthaft bemüht hat, den Täter von der Tat abzuhalten oder den Erfolg abzuwenden; dies gilt aber dann nicht, wenn es um die Planung von Mord, Totschlag, Völkermord, erpresserischen Menschenraub oder Geiselnahme geht. § 138 und 139 StGB regeln dies wie folgt:

„§ 138 StGB Nichtanzeige geplanter Straftaten
(1) Wer von dem Vorhaben oder der Ausführung

1. einer Vorbereitung eines Angriffskriegs,
2. eines Hochverrats [...],
3. eines Landesverrats [...],
4. einer Geld- oder Wertpapierfälschung,
5. eines schweren Menschenhandels [...],
6. eines Mordes (§ 211) oder Totschlags (§ 212) [...],
7. einer Straftat gegen die persönliche Freiheit [...],
8. eines Raubes oder einer räuberischen Erpressung [...],
9. einer gemeingefährlichen Straftat [...] zu einer Zeit, zu der die Ausführung oder der Erfolg noch abgewendet werden kann, glaubhaft erfährt und es unterlässt, der Behörde oder dem Bedrohten rechtzeitig Anzeige zu machen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. [...]

§ 139 StGB Straflosigkeit der Nichtanzeige geplanter Straftaten
[...] (3) Wer eine Anzeige unterlässt, die er gegen einen Angehörigen erstatten müsste, ist straffrei, wenn er sich ernsthaft bemüht hat, ihn von der Tat abzuhalten oder den Erfolg abzuwenden, es sei denn, dass es sich um

1. einen Mord oder Totschlag [...],
2. einen Völkermord [...],
3. einen erpresserischen Menschenraub, eine Geiselnahme [...]

handelt. Unter denselben Voraussetzungen ist ein Rechtsanwalt, Verteidiger, Arzt, Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut nicht verpflichtet anzuzeigen, was ihm in dieser Eigenschaft anvertraut worden ist. [...]"

Unterlassene Hilfeleistung

Eine unterlassene Meldung des/der ein Kind behandelnden Psychotherapeuten/ in wegen eines Verdachts auf Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung ist auch nicht als „Unterlassene Hilfeleistung“ (§ 323c StGB) strafbar. Nur in Ausnahmefällen mag die Nichtmeldung als „Fahrlässige Körperverletzung“ (§§ 229, 15 StGB) – ggf. „durch Unterlassen“ (§ 13 StGB) – strafbar sein, was im Einzelfall der vertieften Prüfung bedürfte.

Eine Pflicht zur Meldung des Verdachts auf Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung eines Kindes besteht für den/ die behandelnden/e Psychotherapeuten/ in regelmäßig **nicht**.

II. Die Beurteilung vor dem Hintergrund der Berufsordnung

Die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes regelt die Schweigepflicht – im Einklang mit der Musterberufsordnung – wie folgt:

„§ 8 Schweigepflicht

(1) Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sind zur Verschwiegenheit über Behandlungsverhältnisse verpflichtet und über das, was ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit durch und über Patientinnen/Patienten und Dritte anvertraut und bekannt geworden ist. [...]

(2) Soweit Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten zur Offenbarung nicht gesetzlich verpflichtet sind, sind sie dazu nur befugt, wenn eine wirksame Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt oder die Offenbarung zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Dabei haben sie über die Weitergabe von Informationen unter Berücksichtigung der Folgen für die Patientinnen/Patienten und deren Therapie zu entscheiden.

(3) Ist die Schweigepflicht aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift eingeschränkt, so ist die betroffene Person darüber zu unterrichten.

(4) Gefährdet eine Patientin/ein Patient sich selbst oder andere oder wird sie/er gefährdet, so haben Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten zwischen Schweigepflicht, Schutz der Patientin/des Patienten, Schutz eines Dritten und dem Allgemeinwohl abzuwägen und ggf. Maßnahmen zum Schutz der Patientin/des Patienten oder Dritter zu ergreifen.
[...]

(8) In allen Fällen der Unterrichtung Dritter nach den Absätzen (2) bis (7) hat sich die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut auf das im Einzelfall erforderliche Maß an Informationen zu beschränken.“

Durch Vorschriften der Berufsordnung kann die in § 203 Abs. 1 StGB geregelte Strafbarkeit einer „unbefugten“ Offenbarung von Dienstgeheimnissen nicht besei-

tigt werden. § 8 Abs. 2 der Berufsordnung schafft keinen Rechtsfertigungsgrund, sondern gibt die sich aus §§ 203 Abs. 1 StGB ergebende Rechtslage lediglich („deklaratorisch“) wieder: Eine Meldung an das Jugendamt ist nur dann gerechtfertigt, wenn (abgesehen vom Vorliegen einer Entbindungserklärung) die „Offenbarung zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist“, wobei eine Interessenabwägung vorzunehmen ist.

Vertieft zu diskutieren wäre, ob aus § 8 Abs. 4 der Berufsordnung – anders als aus dem Strafgesetzbuch – eine Pflicht zur Meldung resultiert, sofern die Befugnis zur Meldung (wegen des Vorliegens der Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstands) besteht. Nach dem Wortlaut dieser Vorschrift ist ein/e Psychotherapeut/in bei einer Gefährdung der/des Patienten/in zu einer Interessenabwägung, nicht aber zwingend zum Ergreifen von Maßnahmen verpflichtet. Anders formuliert: Ein/e Psychotherapeut/in muss prüfen, ob sie eine Meldung an das Jugendamt machen darf (Befugnis zur Meldung z. B.); er/sie ist aber, selbst wenn sie eine Meldung machen dürfte, nicht verpflichtet, diese Meldung durchzuführen (auch keine Pflicht zur Meldung z. B. bei Gefahr schwerer Straftaten).

III. „Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte: Gewalt gegen Kinder – Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperation im Saarland“

Das Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes hat im Jahr 2009 den „Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte: Gewalt gegen Kinder – Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperation im Saarland“ in 2. Auflage herausgegeben. Ausweislich seines Vorworts soll dieser Leitfaden „Kinderärztinnen und Kinderärzten, aber auch Ärztinnen und Ärzten anderer Fachrichtungen Informationen zur Diagnostik, zum Vorgehen in der Praxis und zu vorhandenen Hilfsangeboten liefern. In seinem dritten Kapitel werden rechtliche Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis beschrieben, nämlich die ärztliche Schweigepflicht, zulässige Offenbarungen, der Entwurf des Kinderschutzgesetzes, die Anzeigepflicht und Konsequenzen für die ärzt-

liche Praxis, wobei zur ärztlichen Schweigepflicht und zulässigen Offenbarungen sowie zum Entwurf des Kinderschutzgesetzes die unter I. genannten Aspekte behandelt werden. Zur Anzeigepflicht wird Folgendes ausgeführt (3.4, Seite 22 des Leitfadens): „Ärztinnen und Ärzte trifft grundsätzlich keine Anzeige- oder Meldepflicht bei Polizei oder Staatsanwaltschaft im Hinblick auf gegenüber Kindern begangene, bereits geschehene Straftaten [...]. Eine Anzeigepflicht ist für Ärztinnen und Ärzte – im übrigen wie für jede andere Person, unabhängig von ihrer Profession – nur dann gemäß § 138 des Strafgesetzbuches (Nichtanzeige geplanter Straftaten) gegeben, wenn sie glaubhaft erfahren, dass sehr gravierende Straftaten, wie Mord, Totschlag, Verschleppung ins Ausland etc. entweder bevorstehen, oder schon begonnen haben und durch die Anzeige zumindest zum Teil noch abwendbar sind. Glaubhaft bedeutet in diesem Kontext, dass konkrete Anhaltspunkte für die Tat vorliegen müssen, so dass Sie ernsthaft mit der Straftat rechnen müssen.“

IV. Meldung durchgeführter Früherkennungsuntersuchungen durch Ärzte/Ärztinnen und Hebammen an das „Zentrum für Kindervorsorge“ im Saarland

Das Saarland hat durch das Gesetz zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung vom 7. Februar 2007 das Gesundheitsdienstgesetz geändert: Durch den – 2007 neu eingefügten – § 8a Gesundheitsdienstgesetz wird die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder geregelt. Eine Zentrale Stelle ist am Uni-Klinikum in Homburg/Saar unter dem Namen „Zentrum für Kindervorsorge“ eingerichtet worden, um anhand eines Abgleichs mit den Melderegistern zu überprüfen, ob sämtliche im Saarland gemeldete Kinder bis zum Alter von 5 1/2 Jahren an den Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben. Ärzte/Ärztinnen und Hebammen, die eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt haben, müssen dies der Zentralen Stelle melden. Wenn für ein Kind keine Früherkennungsuntersuchung erfolgt, wird das zuständige Jugendamt von der Zentralen Stelle informiert.

Die Früherkennungsuntersuchungen sind durch Richtlinien des Bundesausschusses

der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“), die zuletzt am 18.6.2009 geändert worden sind, geregelt.

Zusammenfassung

- Ein/e Psychotherapeut/in ist nur dann zur Meldung eines Verdachts auf Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung eines Kindes befugt, wenn die Voraussetzungen des „rechtfertigenden Notstands“ (§ 34 StGB) vorliegen, andernfalls er/sie sich der Gefahr einer Bestrafung wegen der „Verletzung von Privatgeheimnissen“ (§ 203 Abs. 1 StGB) aussetzt.
- Diese – in der Praxis zu Anwendungsschwierigkeiten und Unsicherheiten führende – Rechtslage kann nur durch den (Bundes-)Gesetzgeber geändert werden, der im Jahr 2009 den Entwurf eines Kinderschutzgesetzes in den Bundestag eingebracht hat; rechtspolitisch ist an die Wiederaufnahme dieser Gesetzesinitiative zu erinnern.
- Eine Pflicht zur Meldung des Verdachts auf Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung eines Kindes besteht für den/die behandelnden/e Psychotherapeuten/in regelmäßig nicht. Die Regelungen der Berufsordnung (Schweigepflicht) unterstreichen an dieser Stelle die Rechtslage.
- Ärztinnen und Ärzte trifft grundsätzlich keine Anzeige- oder Meldepflicht bei Polizei oder Staatsanwaltschaft im Hinblick auf gegenüber Kindern begangene, bereits geschehene Straftaten.
- Ärzte/Ärztinnen und Hebammen, die eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt haben, müssen dies der Zentralen Stelle melden. Wenn für ein Kind keine Früherkennungsuntersuchung erfolgt, wird das zuständige Jugendamt von der Zentralen Stelle informiert.



Manuel Schauer,
Justitiar der PKS

Fachtagung 25. Sept. 2010

„Amok: Prävention, Intervention und Nachsorge bei zielgerichteter Gewalt an Schulen“

Die PKS veranstaltet diese Fachtagung in Kooperation mit dem Bildungsministerium und den Schulpsychologischen Diensten im Saarland. Externe Hauptreferenten sind Prof. Harald Karutz, Diplom-Pädagoge, Hochschule für Humanwissenschaften, Berlin, selbst Notfallhelfer und Leiter einer Berufsschule sowie Referent im Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Dr. Georg Pieper, Gladenbach, Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen seit 30 Jahren in eigener Praxis, seit vielen Jahren Erfahrung im nationalen und internationalen Einsatz bei Geiselnahmen, Katastrophen- und Unfällen.

Eine zentrale Fragestellung der Veranstaltung wird sein, was nach einem Amoklauf getan werden muss und wie psychologisch-psychotherapeutische Soforthilfe in den ersten Stunden und den folgenden Tagen, Wochen und Monaten geleistet werden kann.

Ort: Bildungsministerium Saarbrücken
Zeit: 10.00 – 16.30 Uhr

Näheres zur Veranstaltung erhalten Sie über die Geschäftsstelle der PKS oder unsere Website.

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ Vorstand PKS

Präsident: Bernhard Morsch
Vizepräsident: Joachim Jentner
Beisitzer: Irmgard Jochum, Katja Klohs,
Michael Schwindling

Geschäftsstelle

Scheiderstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel 0681. 95455 56
Fax 0681. 95455 58
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



ein heißer Sommer neigt sich dem Ende zu. Nicht nur das Wetter bescherte uns Schweißtropfen, sondern auch die Diskussion um die umstrittenen Änderungen für unser Versorgungswerk. Hartnäckiges Nachfragen in der Frühjahrssitzung der Kammerversammlung machte eine erneute Befassung in der Sommersitzung notwendig. Diese Mühe wurde dann auch mit einem einstimmigen Ergebnis belohnt (weitere Einzelheiten lesen Sie bitte im

Beitrag von Detlef Deutschmann). Mit der ersten herbstlichen Stimmung ist immer auch Besinnung verbunden: Wie war es und was kommt? Dazu äußert sich Bernd Schäfer mit einer Ermunterung zur Wahl. Mut und langen Atem braucht unser Berufsstand auch bezüglich der angemessenen Tarifeingruppierung (siehe unsere Einladung). Bitte mischen Sie sich ein!

Juliane Dürkop

Kammerversammlung beschließt Einführung eines Generationenfaktors im Versorgungswerk sowie erstmalige Dynamisierung der Renten bzw. Rentenanwartschaften zum 01.01.2011

Trotz Sommerhitze und zeitgleichem WM-Viertelfinale (Niederlande ./ Brasilien) setzte sich die Kammerversammlung am 02.07.2010 stets konzentriert und mit großem Interesse mit den auf der letzten Kammerversammlung (vgl. PTJ 2/2010, S. 235f.) aufgeworfenen komplexen versicherungsmathematischen Problemen im Zusammenhang mit Vorschlägen zu weitreichenden Satzungsänderungen des Versorgungswerkes (u. a. Einführung eines Generationenfaktors) auseinander. Dr. Ekkehard Krause, Versicherungsmathematiker des Versorgungswerkes, war der Einladung der Kammerversammlung nach Kiel gefolgt. Er führte die Delegierten auf sehr verständliche Art und Weise in die recht abstrakte Materie der Versicherungsmathematik ein, erläuterte die vorgeschlagenen Satzungsänderungen sowie die nunmehr vorliegende Bilanz des Jahres 2009 und ging geduldig und jederzeit verständlich auf die vielen Zwischenfragen und z. T. recht grundsätzlichen Verständnisfragen der anwesenden Delegierten ein. Am Ende sahen sich alle Kammerversammlungsmitglieder umfassend und verständlich

informiert und konnten einstimmig der Einführung des Generationenfaktors zum 01.01.2011 zur Finanzierung der Längerlebigkeit sowie der erstmaligen Dynamisierung der Rentenanwartschaften und Renten zum 01.01.2011 (+1%) zustimmen. Alle Anwesenden waren mit dem Ablauf der Veranstaltung äußerst zufrieden!

Auswirkung der Längerlebigkeit auf das Versorgungswerk

Im Weiteren möchten wir all jenen, die sich nicht nur für das Ergebnis, sondern auch für weitere Inhalte und Hintergründe interessieren, gern noch weitere Informationen vermitteln: Dr. Krause führte zunächst zum Hintergrund der Problemstellung aus, dass nicht nur in Deutschland, sondern in sämtlichen Industrienationen in den letzten 100 Jahren ein erstaunlicherweise linearer Trend zur Längerlebigkeit statistisch nachweisbar sei. Je Geburtenjahrgang sei die durchschnittliche Lebenserwartung um ca. drei Monate gestiegen. Er machte diese Entwicklung deutlich anhand sehr verblüffender Zahlenbeispiele: danach

wurden 1840 die schwedischen Frauen im Durchschnitt mit 45 Jahren am Ältesten, heute lägen die japanischen Frauen mit fast 86 Jahren an der Spitze. Aktuell sei kein Ende dieses Trends oder auch nur eine Abflachung zu erkennen. Heute geborene Kinder hätten daher prognostisch schon eine Lebenserwartung von ca. 100 Jahren. Sicherlich werde die zukünftige Entwicklung durch vielfältige unvorhersagbare Faktoren beeinflusst werden, dennoch sei es vor diesem Hintergrund notwendig, das Versorgungswerk frühzeitig auf der Basis aktueller Erkenntnisse auf wahrscheinlich erscheinende Entwicklungen auszurichten. Mit der Längerlebigkeit sind im Versorgungswerk nämlich je Geburtsjahrgang statistisch längere Rentenbezugszeiten verbunden, deren langfristige Finanzierbarkeit durch Anpassungen sichergestellt werden müsse. Umgekehrt verringere sich mit der Längerlebigkeit das Berufsunfähigkeitsrisiko. Früher seien bis zu 20% der Beiträge in Versorgungswerken zur Deckung des Berufsunfähigkeitsrisikos notwendig gewesen, heute allgemein nur noch 4-5%.

**Einladung
zur Informationsveranstaltung**

Die psychotherapeutischen Heilberufe (PP, KJP und PiA) in der Tarifpolitik

Samstag, 02.10.2010, ab 11:00 Uhr

Legienhof (Andreas-Gayk-Raum), Legienstr. 24, 24103 Kiel

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die tarifliche Verankerung der neuen Heilberufe in den Tarifwerken des Öffentlichen Dienstes ist noch nicht befriedigend gelungen und in Haustarifverträgen sehr unterschiedlich realisiert. Leider auch noch völlig unzureichend ist die Bezahlung der Kolleginnen und Kollegen in Ausbildung geregelt. Die Psychotherapeutenkammer ist nicht unmittelbar am Tarifgeschehen beteiligt, gleichwohl werden an uns immer wieder Fragen zur Eingruppierung der neuen Heilberufe und zu individuellen (rechtlichen) Möglichkeiten gerichtet, aus der Approbation auch etwas „Zählbares“ im Betrieb machen zu können. Mit dieser Informationsveranstaltung wollen wir Sie a) aus erster Hand informieren darüber, wie Tarifpolitik funktioniert und wie es um die tarifliche Verankerung der neuen Heilberufe aktuell steht, b) klären, wer in der Tarifpolitik was tun kann und c) motivieren, sich aktiv einzumischen. Folgende Programmpunkte erwarten Sie:

11:00 – 12:00 Uhr

Steffen Kühhirt

ver.di Landesfachbereichsleiter Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen im Landesbezirk Nord

Themen:

- Wie funktioniert Tarifpolitik?
- Welche Rolle spielen welche Player im System und was kann man von welchen Playern realistischerweise erwarten?
- Welche Rolle kann der Einzelne spielen?

12:00 – 13:00 Uhr

Gabriele Gröschl-Bahr

ver.di Bundesverwaltung, Leitung Tarifkoordination

Themen:

- Die neuen Heilberufe in TVöD / TVL – Stand der Dinge und Perspektiven
- PsychotherapeutInnen in Ausbildung – Möglichkeiten für eine angemessene Vergütung der praktischen Tätigkeit

13:00 – 13:30 Uhr

Pause mit Imbiss

13:30 – 14:30 Uhr

Dipl.-Psych. Klaus Thomsen

Betriebsrat Damp Holding AG

Thema:

- Die neuen Heilberufe im Haustarifvertrag – Ein erfreuliches Beispiel

Schließlich wollen wir im Anschluss an die Beiträge mit Ihnen diskutieren. Sie können all Ihre Fragen an die ExpertInnen richten, aber es soll auch darum gehen herauszuarbeiten, was konkret jeder Einzelne und schließlich auch die Psychotherapeutenkammer tun kann, um eine angemessene Verankerung der neuen Heilberufe in der Tarifpolitik zu unterstützen.

Für die Veranstaltung werden fünf Fortbildungspunkte vergeben. Geplantes Ende ca. 15:30 Uhr.

Wir freuen uns auf möglichst viele TeilnehmerInnen. Die Veranstaltung ist kostenlos, wir bitten aber trotzdem um Voranmeldung unter 0431/661199-0 oder per Mail unter info@pksh.de.

Freundliche Grüße

Bernhard Schäfer
Vizepräsident der PKSH

Neue „Generationentafel“

„Sterbetafeln“, d. h. Statistiken über die Sterbe-/Überlebenswahrscheinlichkeiten in einer bestimmten Population, sind das zentrale Instrument, mit dessen Hilfe Versicherungsmathematiker die Voraussetzungen für die Finanzierbarkeit von Zusagen eines Versorgungswerkes kalkulieren bzw. überprüfen.

Hier habe es mit den 2007 für Versorgungswerke veröffentlichten neuen Tafeln einen qualitativen Entwicklungssprung gegeben. Während bisherige Sterbetafeln, sogenannte „Periodentafeln“, zwar schon eine gewisse Projektion von Entwicklungen der Sterblichkeit in den folgenden Jahren, allerdings nur als Durchschnittsbetrachtung über alle Jahrgänge, berücksichtigten, bilde die neue Richttafel 2006 G, eine sogenannte „Generationentafel“, Sterblichkeiten erstmals getrennt für jeden Geburtsjahrgang ab und ermögliche somit eine deutlich exaktere Kalkulation. Der Umstieg auf die neue Generationentafel machte absehbar eine deutlich höhere Deckungsrückstellung zur Sicherung der Finanzierung von zukünftigen Rentenanwartschaften notwendig, weshalb bereits in der Bilanz 2007 eine „Biometrierückstellung“ in Höhe von 500.000 € zur Finanzierung der Umstellung gebildet worden sei. Die Umstellung auf die neue Generationentafel mache nun eine Erhöhung der Deckungsrückstellung zum 31.12.2009 um zusätzliche 547.000 € notwendig. Herr Dr. Krause wies anhand der vorgelegten Bilanzzahlen 2009 aus, dass ein solcher Umstieg durch Auflösung der Biometrierückstellung und fast vollständigen Einstellung der aufgebauten Überschussrückstellungen in die Deckungsrückstellung auch

ohne Satzungsänderung aktuell soeben noch darstellbar sei. Damit wäre aber prognostisch wohl auch auf absehbare Zeit weiter keine Dynamisierung möglich.

Generationenfaktor als gerechtes Finanzierungsinstrument

Für die Einführung eines Generationenfaktors ab 01.01.2011 führte er weiter insbesondere folgende zentrale Argumente aus: Die Finanzierung der Längerlebigkeit sollte im Versorgungswerk möglichst „generationengerecht“ erfolgen, d. h. die zunehmende Lebenserwartung der Jüngeren sollte nicht durch die Älteren mit geringerer Lebenserwartung finanziert werden. Dies bedeute, dass von Geburtsjahrgang zu Geburtsjahrgang die Höhe der Rentenanwartschaften in dem Maße reduziert werden sollten, in dem sich die Rentenbezugsdauer auf Grund der statistisch prognostizierten längeren Lebenserwartung verlängere. Da der Trend zur Längerlebigkeit, wie ausgeführt, ungebrochen linear steigend sei, sei die Einführung eines linearen Faktors in der bestehenden, im Gegensatz zu den meisten anderen Versorgungswerken, nicht auf ein bestimmtes Endalter abgestellten Rentenformel absolut angemessen. Eine spätere Korrektur/Anpassung des Faktors für den Fall, dass sich der Trend verändere, sei relativ einfach möglich. Eine komplette Umstellung der Rentenformel würde einerseits keine gerechtere Lösung ermöglichen, stelle aber andererseits einen enormen zusätzlichen Aufwand dar, da alte und neue Anwartschaften stets für jedes Mitglied getrennt berechnet werden müssten. Die vorgeschlagene Höhe (0,3% je Geburtsjahrgang) ergebe sich aus der Kalkulation der Veränderung der Leistungsbarwerte von einem Geburtsjahrgang zum

folgenden Geburtsjahrgang auf der Basis der neuen Sterbetafeln.

Bislang sei die Längerlebigkeit durch die Beiträge der bisherigen Mitglieder (nämlich in den Biometrie- und Überschussrückstellungen) finanziert worden, laufende Renten und zukünftige Rentenanwartschaften aus bisherigen Beitragszahlungen sollten deshalb nicht von den Änderungen berührt werden. Erst Beitragszahlungen ab dem 01.01.2011 sollten unter Anwendung des Generationenfaktors verrentet werden. Daraus leite sich auch ab, dass der Generationenfaktor erst ab dem Geburtsjahrgang 1951 einsetzen sollte. Anwartschaften aus Beitragszahlungen ab dem 01.01.2011 würden demnach für den Jahrgang 1951 um den Generationenfaktor gleich 0,3% gekürzt, für jeden folgenden Geburtsjahrgang um einen um jeweils weitere 0,3% erhöhten Faktor.

Erstmalige Erhöhung von Renten und Rentenanwartschaften

Die Einführung des Generationenfaktors führe dazu, dass 365.000 € in der Überschussrückstellung verblieben. Dies mache erstmals seit Bestehen des Versorgungswerkes eine Erhöhung der Renten/-anwartschaften ab 01.01.2011 um 1% möglich. Dr. Krause begründete seinen entsprechenden Vorschlag zur Überschussverwendung im Rahmen der Erläuterung der Bilanz des Jahres 2009. Eine Dynamisierung der Renten/-anwartschaften sei allein deshalb erstrebenswert, weil sich der Realwert der (zukünftigen) Renten ansonsten durch Inflation stetig reduziere.

Detlef Deutschmann

Kammer erfolgreich beim Titelschutz

Immer noch nicht allseits bekannt zu sein scheint, dass sich „Psychotherapeut“ nur nennen darf, wer die Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz hat – oder aber Arzt ist mit entsprechender Weiterbildung. Deshalb kommt es immer wieder vor, dass Personen unerlaubt mit diesem unserem Titel für ihre Dienste werben. Aber: Unwissenheit schützt vor Strafe nicht! Denn nach dem

Wettbewerbsrecht darf man nicht wahrheitswidrig werben. Schauen Sie mal in Ihren „Gelben Seiten“ unter den „Psycho-Begriffen“ nach! Auch in den zahlreich kostenlos verteilten Veranstaltungsheften und Lokalblättern finden sich entsprechende Anzeigen. Wenn Sie unsere Berufsbezeichnung finden, die hinter dem Titel schamhaft die Ergänzung „HP“ als Hinweis auf die Erlaubnis nach

dem Heilpraktikergesetz enthält, ist die Sache klar. Ein Tipp an uns (Ihre Kammer) genügt und wir kümmern uns darum. Unser Justitiar mahnt in diesen Fällen die Person ab. Kürzlich erst ließ eine Betroffene es fast bis zu einem Prozess kommen, lenkte aber kurz vorher ein, als sie ihr Unrecht einsah. Manchmal fehlt aber auch der Hinweis „HP“, entscheidend für den Titel ist, ob die Person die

Approbation hat oder nicht. Bitte helfen Sie mit, dass die Verbraucher (unsere potentiellen Patientinnen und Patienten) sich besser im Angebotsdschungel zu-

rechtfinden! Sie können dazu beitragen, dass Laien es leichter haben, die Qualität unter den vielen „Psycho-Angeboten“ herauszukennen, indem Sie uns melden,

wenn Sie vermuten, jemand täuscht die Qualifikation Psychotherapeut vor.

Juliane Dürkop

Kammerwahl 2011 – Ein Aufruf

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

vielleicht verwundert es Sie etwas, dass wir uns bereits jetzt mit diesem Thema an Sie wenden, aber das hat gute Gründe.

Zur 1. Kammerwahl der PKSH im Sommer 2003 stellten sich insgesamt 66 Kolleginnen und Kollegen (53 PP und 13 KJP) zur Wahl. Im Sommer 2007 verringerte sich das Angebot bereits erheblich. Nur noch 33 Kolleginnen und Kollegen (28 PP und 5 KJP) fanden sich für eine Kandidatur bereit. Bei 18 zu vergebenden Kammerstitzen (15 für PP und 3 für KJP) bedeutet dieser Rückgang nicht nur eine Halbierung der BewerberInnenzahl, sondern auch rein statistisch, dass für jeden Kammerstitz nicht einmal mehr zwei BewerberInnen zur Auswahl standen. Wenn es für die anstehende 3. Kammerwahl im Sommer 2011 nicht gelingen sollte, diesen Trend umzukehren, droht die Kammerversammlung zu einer sich selbst ernennenden Funktionärsclique zu verkommen, was nicht im Interesse der Psychotherapeutenchaft sein kann.

Verhindern können das aber nur Sie selbst, indem Sie durch eine Kandidatur mit dafür sorgen, dass die nächste Kammerversammlung nicht nur formal das Ergebnis einer demokratischen Wahl ist, die diese Bezeichnung auch verdient. Machen Sie von Ihrem Recht und Ihren Möglichkeiten Gebrauch, die zukünftige Kammerarbeit aktiv mitzugestalten. Hier zu ein paar Eckdaten:

Die Kammerwahl 2011 findet statt zwischen dem 16.06. und dem 10.07.2011. Spätestens zum 15.04.2011 erfolgt die Bekanntmachung des Wahlausschreibens. Bis zum 05.05.2011 ist dann Zeit, Wahlvorschläge einzureichen. Berechtigt zur Kandidatur ist jedes wahlberechtigte Kammermitglied.

Das ist zwar noch ein Weilchen hin, aber in den meisten Berufsverbänden, über die in der Regel die Kandidaturen organisiert und auch finanziert werden, beginnen sicher schon im Herbst erste Vorbereitungen und ein bisschen überlegen möchte man ja sicher auch noch. Selbstverständlich kann man sich auch ohne einen Berufsverband im Hintergrund zur Wahl stellen. Das wurde in der Vergangenheit z. T. auch erfolgreich praktiziert.

Wir brauchen Sie an dieser Stelle sicher nicht darüber zu informieren, wozu die Kammer da ist. Bei der aufmerksamen Leserschaft dieses Heftes dürfen wir das als bekannt voraussetzen. Es ist aber ein mutmaßlich im Interesse aller Mitglieder liegendes Anliegen des Vorstandes, die Kammer lebendig zu halten und der Entwicklung einer verknöcherten Funktionärsstruktur vorzubeugen. Dies dürfte umso besser gelingen, je engagierter jedes einzelne Mitglied ist.

Gehen Sie in diesem Sinne bitte in sich und sorgen Sie mit dafür, dass im Sommer 2011 inhaltlich und personell ein breites Angebot für die Wählerinnen und Wähler vorliegt.

Bernhard Schäfer

NEU: Mitgliedersprechstunde der Präsidentin

Auf vielfachen Wunsch aus der Mitgliedschaft gibt es ab sofort den direkten Draht zur Präsidentin: Dienstags von 12.30 bis 13.30 Uhr können Sie Juliane Dürkop unter 0431-66 11 990 erreichen.

Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2, 24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 9 – 12 Uhr
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
Mail: info@pksh.de
Homepage: www.pksh.de

Leserbriefe

Die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich vor allem angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe auch zu kürzen. Als Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht die der Redaktion wiedergeben.

Schwerpunkt: Die Bedeutung des Psychologiestudiums für die psychotherapeutische Ausbildung und Tätigkeit, *Psychotherapeutenjournal* 2/2010

Psychotherapie als eigenständige wissenschaftliche Disziplin

Zur Eignung des Psychologiestudiums als „Propädeutik“ zur Psychotherapie wurden kritische und befürwortende Gedanken vorgebracht. Es scheint aber noch nicht ganz klar zu sein, wer überhaupt welches Studienmodell mit welchen Konsequenzen favorisiert. Eindeutig ist das bei G. Zarbock sowie im Beitrag von G. Bartling, F. Rist & W. Ströhm. In der Verhaltenstherapie scheint man sich einig zu sein, dass das Psychologiestudium in seiner jetzigen Form optimal auf die postgraduierte Ausbildung und eine spätere praktische Tätigkeit als Verhaltenstherapeut vorbereitet – was nicht weiter verwundern kann. Wie aber sieht die Alternative aus für Gesprächspsychotherapeuten und Psychoanalytiker, wie J. Kriz oder S. Loetz und andere Kolleginnen und Kollegen, welche die propädeutische Eignung des Psychologiestudiums bezweifeln? Mehr Inhalte aus anderen Verfahren ins Psychologiestudium bringen? Mehr entsprechende Lehraufträge?

Bei fast 100% Verhaltenstherapeuten an den Universitäten der BRD muss die Wirkung solcher an sich berechtigter Empfehlungen wohl bezweifelt werden. Eine echte Alternative könnte hingegen der von W. & G. Greve (PTJ 4/2009) vorgebrachte Vorschlag eines eigenständigen Studiengangs Psychotherapie darstellen. Dieser wird gewöhnlich unter dem – meines Erachtens irreführenden – Titel eines „Direktstudiums Psychotherapie“ abgehandelt, als müsse mit einem Masterabschluss in Psychotherapie auch schon die Approbation und sozialrechtliche Anerkennung verbunden sein. Vieles

spricht jedoch dafür, beides zu trennen. Es erscheint durchaus sinnvoll, einen Bachelor und Master in Psychotherapie zu absolvieren und im Anschluss an diese hochwertige akademische Qualifikation postgraduiert in die praktische Vertiefung in einem der wählbaren Vertiefungsfächer einzutreten. So jedenfalls lautet die Empfehlung der vor einiger Zeit gegründeten *Deutschen Gesellschaft für Psychotherapiewissenschaft* (www.dgptw.de). Hier geht es nicht um die Einführung österreichischer Verhältnisse, sondern erstens um ein sicher qualifizierendes akademisches Grundstudium und zweitens eine sich anschließende hochqualifizierte, vertiefende und praxisbezogene Ausbildung. Diese kann übrigens nur von den bisher schon tätigen privaten Instituten geleistet werden. Auch den postgraduierten Teil der psychotherapeutischen Ausbildung an die Universitäten zu verlagern, kann schon aus ökonomischen Gründen nur zu einem Abbau der Ausbildungsqualität führen.

*Dipl.-Psych. Univ.-Prof. Dr.
Gottfried Fischer
PP, Psychoanalytiker*

*Leiter des Instituts für psychotherapeutische
Forschung, Methodenentwicklung
und Weiterbildung
Bernhard Feilchenfeld Str. 11
50969 Köln
gottfried.fischer@uni-koeln.de*

Verarmung und Technisierung der Psychotherapie

Sehr geehrte Frau Welsch, sehr geehrte Herren und Damen der Redaktion, liebe Kollegen/innen und Leser/innen,

der Artikel von Herrn Zarbock mag vielleicht für eine verhaltenstherapeutische Sicht gut zutreffen. Aber sowohl psychodynamische Verfahren als auch systemische und humanistische Ansätze lassen sich nur schwer oder nur mit sehr gutem Willen in dem Entwurf von Herrn Zarbock wiederfinden. Schon allein die Kompetenzliste ist so sehr auf die Verhaltenstherapie eingeschränkt, dass dieser Artikel oder eine solche Argumentation unmöglich für die Psychotherapie insgesamt gelten kann. Es ist eben nicht alles erforschbar und auf den Nenner einer empirisch-quantitativen Ausbildung zu bringen. Die Forderung nach einem Masterstudiengang als Voraussetzung für eine Psychotherapieausbildung ist sicher angemessen und hier auch noch nachvollziehbar – aber nicht unbedingt auf Grund der Ziele und in der Art, die Herr Zarbock formuliert. Einen solchen Artikel an die erste Stelle der Zeitschrift der LPT-Kammern zu stellen, ist ein vollkommen falsches Zeichen. Möchten die LPT-Kammern den Abgang psychodynamischer und humanistischer Verfahren? Gut, dass auch noch andere zu Wort kommen!

Weiter wundert es mich, warum es in dieser Ausgabe des *Psychotherapeutenjournal*s **keine Forderung nach einem Masterstudiengang „Psychotherapie“ oder „Psychotherapieforschung“ gibt**, der z. B. den allgemeinen Theorieteil der Psychotherapieausbildung beinhaltet, Kompetenzen für Beratung und Diagnostik vermitteln und sich besonders mit den Eigenschaften menschlicher Beziehungen und menschlicher Introspektionsfähigkeit befassen könnte. Das wäre eine ideale Voraussetzung für die Praktika, die in ei-



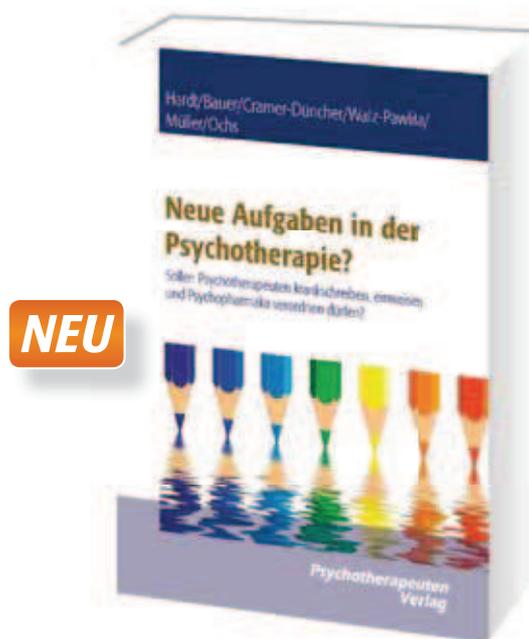
Befugniserweiterung in der Psychotherapie

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

Die Herausgeber:

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

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



Hardt/Bauer/Cramer-Düncher u.a. (Hrsg.)

Neue Aufgaben in der Psychotherapie?

Sollen Psychotherapeuten krankschreiben, einweisen und Psychopharmaka verordnen dürfen?

2010. Ca. X, 80 Seiten, Softcover, € 29,95

ISBN 978-3-86224-009-8

ner Psychotherapieausbildung vor Beginn des 2. Ausbildungsabschnitts zu leisten sind. Ein solcher Masterstudiengang könnte dann auch Absolventen mit pädagogischen oder sozialwissenschaftlichen Bachelorabschlüssen offen stehen. Eine Bereicherung der „Psychotherapie“ könnte so auch weiterhin aus diesen Fachbereichen kommen. Eine Festlegung auf die alleinige Linie verhaltenstherapeutischer Grundlagen, wie von Herrn Zarbock ge-

fordert, bedeutet eine Verarmung und Technisierung der Psychotherapie, in einer Zeit in der ohnehin viele unserer Patienten unter einer Technisierung der Gesellschaft leiden und unter anderem gerade deshalb Ängste und Depressionen entwickeln.

Was wir brauchen, ist wohl nicht dieser Methodenstreit, sondern dass die entwickelten und auch noch in der Entwicklung befindlichen Methoden sich möglichst gut

ergänzen können oder bestmöglich einzusetzen sind. Damit wäre auch dem Patienten geholfen.

Mit kollegialem Gruß

Sebastian Rühl
Praxis für Psychotherapie
Bogenstr. 11
63589 Linsengericht
praxis@ruehlfey.de

G. Bartling, F. Rist & W. Ströhm: „Studium der Psychologie als Voraussetzung für eine psychotherapeutische Ausbildung und Tätigkeit“, Psychotherapeutenjournal 2/2010

Macht- und Klientelpolitik für Psychologen

Sehr geehrte Damen und Herren der Redaktion und der Bundespsychotherapeutenkammer!

Nach Lektüre des oben genannten Journals und des Artikels, muss ich leider feststellen, dass ich mich als analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut von Ihnen nicht mehr vertreten fühle. Im Artikel wird unter dem Deckmantel der Wissenschaftlichkeit Macht- und Klientelpolitik für Psychologen und speziell für Verhaltenstherapeuten betrieben. Hier wird Wissenschaftlichkeit missbraucht, um Pädagogen und Nichtpsychologen aus dem Beruf zu entfernen.

Dies scheint die Redaktion einseitig zu unterstützen, indem nur Artikel pro Psychologiestudium abgedruckt werden. Es gibt keinerlei Beiträge von pädagogischer Seite, vielmehr wird diese Berufsgruppe abqualifiziert und einfach ausgeschlossen.

Der Gipfel der Frechheit und des machtpolitischen Triumphes ist die Feststellung der Autoren des genannten Artikels: „Diese Forderung soll nicht praktizierende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit pädagogischem Hintergrund abwerten und auch nicht die pädagogischen Studiengänge und deren Inhalte“ (S.159). Was heißt es denn sonst als eine Ent- und Abwertung, wenn man dies so großzügig am Schluss auch noch betonen muss, nachdem genau dies, nämlich die Abwertung seitenweise stattgefunden hat.

Ich frage mich, auch als Herausgeber einer wissenschaftlichen Zeitschrift, wie eine Redaktion arbeitet, die solche einseitigen und polemischen Artikel einfach zulässt, ohne kritische Reflexion. Leider kann ich, da wir ja Zwangsglieder der Kammern sind, nicht austreten, was ich sehr gerne tun würde.

Dass die Versorgung von Kinder und Jugendlichen fast ausschließlich von den

„minderwertigen“ Pädagogentherapeuten geleistet wird, bleibt in allen Artikeln schlichtweg außen vor und spielt keine Rolle. Wie diese in einigen Jahrzehnten dann aussehen wird unter den gemachten Vorschlägen der Bundespsychotherapeutenkammer, ist leicht zu erraten, es wird einen eklatanten Mangel geben.

Ich kann allen, die diesen Vorschlägen, einen Beruf einfach abzuschaffen, so euphorisch zugestimmt haben, nur „gratulieren“ und dringend raten, jetzt endlich die pädagogischen Studiengänge ernst zu nehmen, da sonst eine menschenleere, statistische Psychologie das Sagen hat, deren erste Opfer die Patienten sein werden.

Freundlichen Gruß

Jochen Raue
KJP, Psychoanalyse/Psychotherapie
Kirschgartenstr.1
65719 Hofheim
j.d.raue@t-online.de

U. Wirth & H.-J. Schwartz: „Editorial“, Psychotherapeutenjournal 2/2010

Sollte die Brisanz verschwiegen werden?

Dem Psychotherapeutenjournal Heft 2/2010 ist ein sehr ausführliches Editorial vorangestellt, in dem die Beiträge zu dem Schwerpunktthema – Bedeutung der Psychologie für die psychotherapeutische

Ausbildung und Tätigkeit – vorgestellt und kommentiert werden.

Merkwürdig nur, dass der ebenfalls in diesem Heft erscheinende Artikel „Wie wissenschaftlich fundiert sind Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Psychotherapie?“ lediglich kryptisch

mit den Worten „nicht zu übersehen, dass dieser Beitrag auch Bezüge zum Schwerpunktthema hat“ kommentiert wird.

Zunächst einmal erscheint es grotesk, wenn in einem Text, der die Leser informieren soll, der Beitrag wie in einem Literaturverzeichnis nach Vorschrift der

DGPS mit „Strauß et al.“ genannt wird. Viel schwerwiegender aber ist, dass das Editorial hier nicht benennt, worum es eigentlich geht. „Enorme Konsequenzen auch für die alltägliche psychotherapeutische Praxis“ heißt es da – in der Tat: Es geht um die Gesprächspsychotherapie, die, wie wir alle wissen, in der Zeit vor dem Psychotherapeutengesetz nicht nur an den Hochschulen gut vertreten war, sondern auch in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens einen festen Platz mit einem sehr wesentlichen Anteil an der Versorgung hatte. Das sich über mehr als ein Jahrzehnt hinziehenden Anerkennungsverfahren hat die Ausbildung in Gesprächspsychotherapie in Deutschland zum Erliegen gebracht; der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom November 2006, mittlerweile im November 2009 auch höchstrichterlich

durch das Bundessozialgerichts bestätigt, zementiert den Ausschluss der Gesprächspsychotherapie aus der gesetzlichen Krankenversicherung.

So sehr es auch zu begrüßen ist, dass dieser Beitrag erschienen ist – die Herausgeber werden sich der Brisanz des vorliegenden Artikels bewusst gewesen sein.

Der Beitrag belegt, wie der G-BA unter dem Deckmantel der wissenschaftlichen Prüfung nach den Standards der evidenzbasierten Medizin interessengeleitete gesundheitspolitische Entscheidungen trifft; er verdeutlicht auch die Mittel, die der G-BA anwendet, um die Richtlinienverfahren als geschlossenes System zu verteidigen und zu schützen.

Sollte die Brisanz dieses Artikels verschwiegen werden? Sollte nicht wieder

darin gerührt werden, dass die aus dem Psychotherapeutengesetz abgeleiteten Regelungen eben den etablierten Richtlinienverfahren, nicht aber der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung und Zulassung weiterer Psychotherapieverfahren dienlich sind? Wie ist es sonst zu verstehen, dass das Psychotherapeutenjournal als Organ der Bundespsychotherapeutenkammer und der Länderkammern den Beitrag weder hervorhebt noch in seinen versorgungs- und berufspolitischen Bezügen thematisiert und problematisiert? Genau das ist aber von unserer berufsständischen Vertretung zu erwarten und zu fordern!

*Dipl.-Psych. Eberhard Fuhrmann
Psychologischer Psychotherapeut
Brückenstraße 47
69120 Heidelberg
e.fuhrmann.hd@t-online.de*

B. Strauß, M. Hautzinger, H. J. Freyberger, J. Eckert & R. Richter: „Wie wissenschaftlich fundiert sind Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Psychotherapie?“, Psychotherapeutenjournal 2/2010

Evidenzbasiert? Vom G-BA interessengeleitet interpretiert!

Sehr geehrte Damen und Herren,

als ich mich 2005 entschloss, eine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie zu beginnen, was zu der Zeit nach der wissenschaftlichen Anerkennung an der Universität Hamburg möglich wurde, galt dieses Verfahren als eines, dessen Wirksamkeitsannahmen und dessen Wirksamkeit seit Jahrzehnten empirisch überprüft und bestätigt worden waren.

Die Entscheidung, die ich zu treffen hatte, war daher vor allem die, ob mir dieses Verfahren „liegt“, d. h. ob ich seine Annahmen zur menschlichen Entwicklung und damit auch Fehlentwicklung teilen kann, und ob mir das konkrete therapeutische Vorgehen, das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot, als Therapeutin liegen würde.

Aus einem Gutachten des G-BA vom 24.2.2008 erfuhr ich dann, dass mir an

der Universität offenbar etwas Falsches beigebracht worden war. Auch das, was ich in den Lehrbüchern der Klinischen Psychologie und Psychotherapie und in den Handbüchern der empirischen Psychotherapieforschung gelesen hatte, sollte nicht richtig sein: Laut Beschluss des G-BA sei die Wirksamkeit bzw. der therapeutische Nutzen von Gesprächspsychotherapie **nicht** ausreichend nachgewiesen.

Nun hätte ich mit dieser Auffassung des G-BA als einer von der wissenschaftlichen Fachwelt abweichender durchaus leben können, hätte diese Auffassung nicht fatale Folgen für meine Ausbildung zur Gesprächspsychotherapeutin:

Es bedeutet für mich, dass diese dem Psychotherapeutengesetz entsprechend durchgeführte sehr langwierige, umfangreiche und teure Ausbildung nicht für eine Kassenzulassung qualifiziert. Es wird mir möglich sein, 2als approbierte Therapeutin zu arbeiten, aber nur unter der Voraussetzung, dass ich Klienten haben werde, die eine Therapie selbst bezahlen können.

Da bereits die Ausbildungstherapien nicht wie bei einer Ausbildung in einem Richtlinienverfahren von den Krankenkassen finanziert werden, bin ich bereits jetzt auf die Behandlung von Selbstzahlern angewiesen: Diese zu finden ist schwer, und es ist absehbar, dass sich die benötigte Ausbildungszeit in etwa verdoppeln wird.

Wenn mir nun nach der Lektüre des Beitrags von Strauß et al. klar geworden ist, dass die Stellungnahme des G-BA auf gar keinen Fall eine wissenschaftliche, sondern eine interessengeleitete war, dann frage ich mich, wer verantwortlich eigentlich die Entwicklung der Profession Psychotherapie: die Politik oder die Wissenschaft? Und wer nimmt das wahr und reflektiert das?

*Dipl.-Psych. Jana Lammers
PP in Ausbildung
Loehrsweg 1
20249 Hamburg
Jana@lammers-family.de*

P. Lehdorfer: „Ausbildung der Zukunft: Ein Beruf Psychotherapeut/in mit Schwerpunkt für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. Erwachsenen?“ und M. Schwarz: „Heilberuf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut – Ein Plädoyer für den Erhalt des KJP“, Psychotherapeutenjournal 1/2010

Einheit versus Teilung der Psychotherapie aus der Sicht eines Doppelapprobierten

Obwohl ich die solidere Vorbildung/Kompetenz im Kinder- und Jugendlichenbereich zu besitzen glaube, erscheint mir dieser Teilbereich oft schwieriger als die Erwachsenentherapie. Allerdings resultiert das auch aus meiner Klientenauswahl, die zu viele schwierige Erwachsene vermeidet. Andererseits verfestigt sich der Eindruck, dass die Kinder- und Jugendlichenbehandlung geradezu eine *via regia* zur Therapie dieser Klientel darstellt und ich tlw. als einziger Behandler für geistig behinderte Erwachsene, für Alte, Chroniker, Betreute etc. in meiner Umgebung ansprechbar bin.

Jedenfalls glaube ich, dass die Beschäftigung mit Individuen und Systemen eher eingeschränkter Verbalisationsfähigkeit und verstärkter Handlungsbezogenheit sowie die Berücksichtigung vieler entwicklungspsychologischer Aspekte die

Ki&Ju-Therapeuten für die Behandlung Erwachsener besonders kompetent macht. Gemessen daran ist die Zuständigkeitsbeschränkung jener Kollegen auf nur Kinder- und Jugendliche/junge Erwachsene ohne die Möglichkeit einer niederschweligen Zuständigkeitserweiterung jedenfalls sachlich nicht begründet. Umgekehrt finde ich es durchaus richtig, wenn erfahrene Behandler mit Schwerpunkt Erwachsenentherapie nicht noch einmal eine komplette Ki&Ju-Ausbildung durchlaufen müssen, wenn sie ihr Spektrum erweitern wollen.

Selbstverständlich hat die behaviorale Erwachsenenpsychotherapie gerade auch den Kinder- und Jugendlichentherapeuten einiges zu bieten, was deren Arbeit besser auf den Punkt bringen kann, bes. durch die Wendung der klassischen VT zur kognitiven oder zu aktuell diskutierten Modellen der sog. dritten Generation, Stichworte: Affektivität, Schema-Begriff, strukturgenetische Ansätze. Und es tut Entwicklungs-

therapeuten auch einmal gut, mit Klienten „auf Augenhöhe“ zu arbeiten.

Um einen entscheidenden Veränderungsimpuls zu geben und um eine Therapeutik zu schaffen, die tatsächlich den Entwicklungsnotwendigkeiten des Fachs und der Menschen Rechnung trägt, sollte (frei nach Hegel) das Ganze als das Wahre und das Bessere als Feind des Guten angesehen werden. Das sollte auch gelehrt und ausgebildet werden. Sollte die notwendige Wissensmenge zu groß und die Praxis zu umfangreich werden und der Typus einer postgraduierten Ausbildung schon rein vom Zeitaufwand nicht mehr passen etc., so wäre ernsthaft zu überlegen, ob es nicht ein Hochschulfach: „Psychotherapie“ geben sollte, neben der Bio-Medizin.

*Dr. Harald Schlitt
Praxis für Verhaltenstherapie
Breite Straße 7, 55124 Mainz
ppkjp_Dr.Schlitt@web.de*

S. Behrendt & J. Hoyer: „Einsatzfelder ambulanter Psychotherapie bei Substanzstörungen“, Psychotherapeutenjournal 1/2010

Von zahlreichen Suchtberatungs- und Behandlungsstellen angeboten und nachweislich erfolgreich praktiziert!

Sehr geehrte Frau Behrendt, sehr geehrter Herr Hoyer,

als ausgebildete und in einer Dresdner Suchtberatungsstelle praktisch tätige Suchttherapeutin kann ich Ihren Argumenten bezüglich einer ambulanten Behandlung von Patienten mit Substanzmissbrauch bzw. in frühen Phasen einer Substanzabhängigkeit nur zustimmen! Allerdings bin ich etwas irritiert, dass Sie in Anbetracht überlaufener ambulanter Psychotherapiepraxen (mit Wartezeiten von

1/2 Jahr bis zum Erstgespräch) für die zusätzliche Behandlung von Suchtpatienten in diesen Praxen werben.

Sie gehen von einer „bestehenden Lücke in der Versorgung von Personen mit Substanzstörungen“ aus, die von den niedergelassenen Psychotherapeuten geschlossen werden könnte.

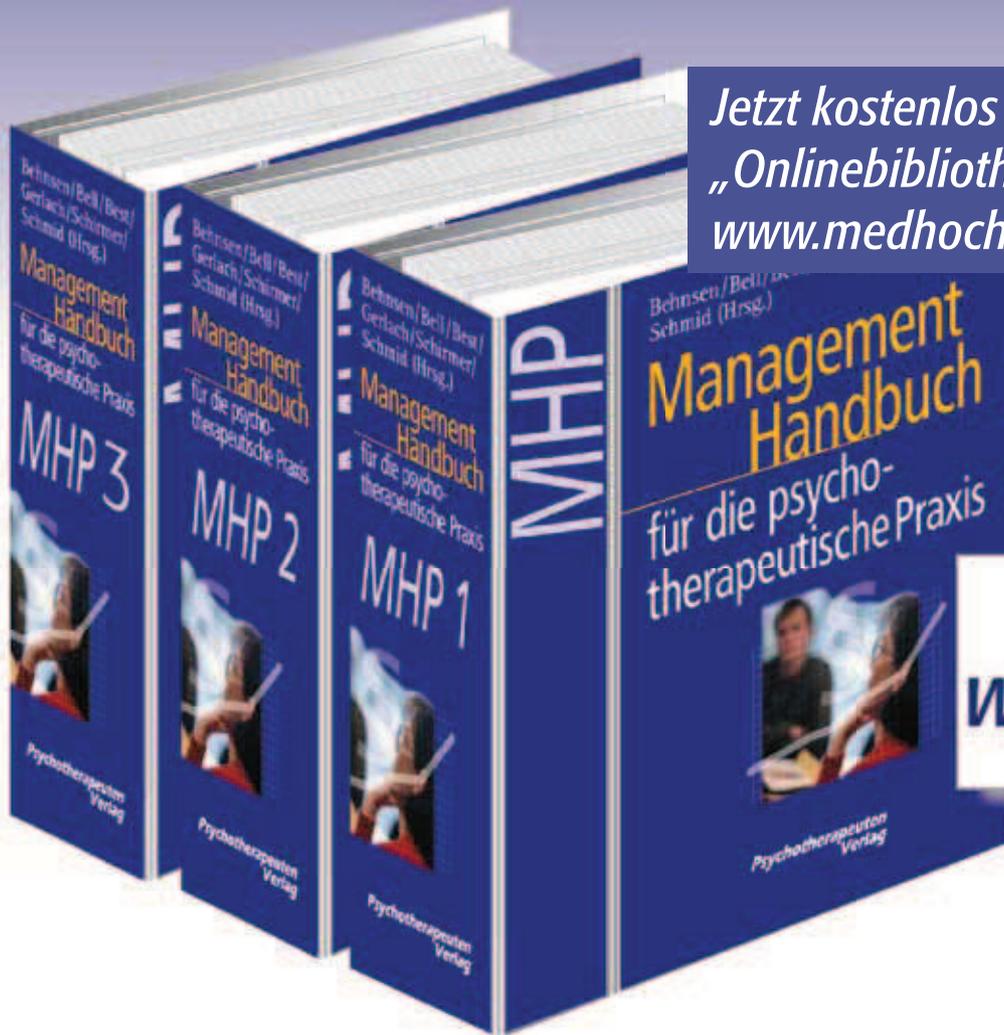
Auf Grundlage meiner mittlerweile 8-jährigen Berufspraxis in der Suchtkrankenhilfe in Dresden wage ich es, Ihrer Darstellung zu widersprechen und Sie darauf hinzuweisen, dass Sie offenbar unzureichend über die **Praxis** der seit vielen Jahren bestehenden **ambulanten Therapieangebote** für Personen mit Substanzstörungen

in Suchtberatungs- und Behandlungsstellen informiert sind.

All die von Ihnen im Artikel hervorragend beschriebenen Methoden (Motivational Interviewing, Psychoedukation, Einüben von Rückfallvermeidungsstrategien, individueller Behandlungsvertrag inkl. Abstinenzvereinbarung) werden im Vorfeld bzw. im Verlauf einer sogenannten **ambulanten Entwöhnung** (im Verwaltungsdeutsch **„Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankung“**) seit vielen Jahren bundesweit von zahlreichen Suchtberatungs- und Behandlungsstellen angeboten und nachweislich erfolgreich praktiziert!

Aktualität und Tiefgang:

MHP-Online



Jetzt kostenlos testen in der
„Onlinebibliothek“ unter
www.medhochzwei-verlag.de

Ihr Online-Plus:

- Regelmäßige Aktualisierung
- Vorzugspreis für Abonnenten des Loseblattwerks
- Günstige Zusatzlizenzen

99,95 €, Halbjahrespreis für 1 Lizenz,
Preis für jede weitere Lizenz 14,95 €

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

**Psychotherapeuten
Verlag**

Die ambulante Entwöhnung in der Suchtberatungs- und Behandlungsstelle (= eine auf die Suchterkrankung ausgerichtete Psychotherapie, bei der vor allem die der Sucht zugrundeliegenden psychischen Störungen Beachtung finden und behandelt werden) hat im Unterschied zur ambulanten Psychotherapie beim niedergelassenen Psychotherapeuten den Vorteil, dass sie schwerpunktmäßig im Gruppensetting durchgeführt wird. Erst das Erleben in der Gruppe ermöglicht es betroffenen Patienten mit einer substanzbezogenen Störung, damit verbundene Schamgefühle und Stigmatisierungsgänge abzubauen. In der Gruppe können sie das Erlebte mit anderen Betroffenen teilen, sich solidarisieren und deshalb leichter öffnen.

In den Suchtberatungs- und **Behandlungsstellen** arbeiten psychotherapeutisch und/oder suchtttherapeutisch ausgebildete Fachkräfte in einem multiprofessionellen Team aus Psychologen, Sozialpädagogen und Ärzten zusammen. Dort werden strukturierte Behandlungsangebote mit geeigneten Maßnahmen sowohl für Patienten mit Substanzmissbrauch als auch Patienten mit Substanzabhängigkeit als Haupt- oder Nebendiagnose vorgehalten (und für deren Angehörige übrigens auch). Es ist vor, während und nach einer ambulanten oder stationären Entgiftung möglich, die Unterstützung einer Suchtberatungs- und Behandlungsstelle in Anspruch zu nehmen, wie es Ihr Artikel für die ambulante Psychotherapie propagiert.

Ihr Vorschlag, dies alles nun auch in Psychotherapiepraxen anzubieten, würde den

Verantwortlichen von Bund, Ländern und Kommunen sicher gut gefallen. Das würde Ausgaben für die ambulante Suchtkrankenhilfe (eine kommunale Pflichtleistung) sparen helfen und die anfallenden Kosten könnten auf die Krankenkassen abgewälzt werden (die dann die ambulanten Psychotherapeuten bezahlen). Das wird insgesamt zwar etwas teurer und damit weniger wirtschaftlich (Einzel- statt Gruppensetting und generell der Einbezug dieses Postens in das Kassenbudget), aber das ließe sich wohl durch Erhöhung der Beiträge von den Versicherten wieder reinholen.

Wenn Sie dieses Modell bei der Psychotherapeutenkammer durchsetzen wollen, müssten Sie nur noch dafür sorgen, dass die Anzahl der psychotherapeutischen Niederlassungen gehörig aufgestockt wird, um die gute Erreichbarkeit für die Behandlungswilligen Suchtpatienten auch wirklich abzusichern, denn lange Wartezeiten sind bei Suchtproblemen kontraindiziert.

Sollten wir im Sinne der Patienten nicht lieber kooperieren, statt uns gegenseitig Konkurrenz zu machen?

Mit freundlichen Grüßen

*Sabine Freigang
Dipl.-Soz.päd./Sozialtherapeutin Sucht
Suchtberatungs- und Behandlungs-
stelle des Caritasverbandes
für Dresden e.V.
Görlitzer Str. 18
01099 Dresden
freigang@caritas-suchtberatung-
dresden.de*



MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM
Calenberger-Neustadt

Das Medizinische Versorgungszentrum Calenberger-Neustadt GmbH bietet neben den Bereichen Hausärztliche Versorgung und Frauenheilkunde eine psychotherapeutische Versorgung im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren und für selbstzahlende Patientinnen und Patienten an.

Der psychotherapeutische Versorgungsschwerpunkt liegt insbesondere in der Behandlung von psychischen Störungen als Folge von Unfällen oder ähnlichen Ereignissen. Zur Erweiterung unseres psychotherapeutischen Angebotes suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Psychologische/n Psychotherapeutin/en

Die Stelle ist in Teilzeit (19,25 Std./Woche) und unbefristet zu besetzen.

Wir suchen eine/n erfahrene/n approbierte/n Psychologische/n Psychotherapeutin/en mit hoher fachlicher Qualifikation und Berufserfahrung in

- Verhaltenstherapie
- Behandlung von Anpassungsstörungen/posttraumatischen Belastungsstörungen
- Krisenintervention

Wir suchen eine zuverlässige und belastbare Persönlichkeit mit einem hohen Maß an Teamfähigkeit und Patientenorientierung. Unser Medizinisches Versorgungszentrum bietet Ihnen eine eigenverantwortliche Tätigkeit in kollegialer Gemeinschaft.

Der Arbeitsvertrag richtet sich nach den Arbeitsvertragsrichtlinien der Konföderation Evangelischer Kirchen in Niedersachsen (AVR-K) einschließlich der üblichen Sozialleistungen.

Bewerber/innen, die einer christlichen Kirche angehören, richten ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen bitte innerhalb von drei Wochen nach Erscheinen dieser Stellenanzeige an die

**Medizinische Versorgungszentrum
Calenberger-Neustadt GmbH
Dr. med. Monika Zielmann, MBA
Humboldtstr. 5, 30169 Hannover**

Frau Dr. Zielmann steht Ihnen für weitergehende Informationen unter Telefon 0511/129-2544 oder per E-Mail an monika.zielmann@ddh-gruppe.de zur Verfügung.

www.mvz-calenberger-neustadt.de

Unternehmensgruppe



Diakonische
Dienste Hannover



Für die **pädiatrische Psychosomatik** suchen wir **ab sofort** eine/n

Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutin/-en

Die psychosomatische Station für Kinder und Jugendliche ist eingebettet in die Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin mit enger Verbindung zur Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Station verfügt über 12 Betten und betreut Patienten im Alter von 0-17 Jahren. Wir behandeln Kinder und Jugendliche mit einem breiten Spektrum an Störungen, wobei wir besonderen Wert auf die Integration verschiedener therapeutischer Ansätze (VT, FT u. a.) legen. Der Schwerpunkt liegt im Bereich der intraversiven Störungen (Somatisierungsstörungen, Einnässen, Einkoten, Schulphobie etc.) sowie chronischer Erkrankungen (Diabetes, CED etc.), daneben betreuen wir zusätzlich jeweils eine Mutter mit Kleinkind bei frühkindlichen Regulationsstörungen.

Wir erwarten:

- Erfahrungen in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen
- Interesse an der Kombination von psychologisch-therapeutischen und medizinischen Fragestellungen auch unter besonderer Berücksichtigung der anthroposophischen Medizin und Menschenkunde
- Selbständiges und strukturiertes Arbeiten mit Eigeninitiative und hohem Engagement
- Bereitschaft zur kooperativen Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychotherapeutinnen/-en, Krankenpflegerinnen/-pflegern und Pädagoginnen/-en

Wir bieten:

- Eine attraktive, vielseitige und verantwortungsvolle Aufgabe mit großen Gestaltungsmöglichkeiten
- Mitarbeit in einem interdisziplinären hochmotivierten Team
- Eine aufgabengerechte, leistungsadäquate Vergütung orientiert an den Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands

Bei Interesse senden Sie bitte Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen sowie den frühestmöglichen Eintrittstermin an:

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin
Leitender Arzt Dr. med. Alfred Längler,
Christoph Johannsen, Oberarzt der
pädiatrischen Psychosomatik
Gerhard Kienle Weg 4, 58313 Herdecke
kinderklinik@gemeinschaftskrankenhaus.de



**GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS
HERDECKE**



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/Saale

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/Saale besteht aus einer Abteilung für Rehabilitation mit 140 Betten und einer Abteilung für Akut-Psychosomatik mit 200 Betten. In beiden Abteilungen werden Patienten aus dem gesamten Spektrum und allen Schweregraden der Psychosomatischen Medizin behandelt. In der Rehabilitationsabteilung bestehen zusätzlich Schwerpunkte in der beruflichen Belastungserprobung und der beruflichen Rehabilitation (Phase 2). In der Abteilung für Akut-Psychosomatik werden Patienten mit geringer Wartezeit, akuten Krankheitsbildern und somatischen Komorbiditäten aufgenommen. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Behandlung aller Formen der Essstörung.

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

Diplom-Psychologin/-en mit Approbation zur/zum psychologischen Psychotherapeutin/-en oder in einem fortgeschrittenen Stadium der Ausbildung als Stationstherapeutin/-en in Voll- oder Teilzeit

Wir bieten neben einem strukturierten Weiterbildungsplan mit wöchentlichen Theoriebausteinen, regelmäßige interne und externe Supervision und eine extern geleitete Balintgruppe im Hause. Außerdem werden Sie bei der Erfüllung notwendiger Weiterbildungsinhalte zur/zum psychologischen Psychotherapeutin/-en finanziell unterstützt.

Die Klinik ist eingebettet in einen Verbund weiterer Fachkliniken in unmittelbarer Nachbarschaft. Dies ermöglicht eine enge **interdisziplinäre Zusammenarbeit** auch über die Grenzen des Fachgebietes hinaus.

Verschiedene Arbeitszeitmodelle und eine geringe Belastung durch Bereitschaftsdienste ermöglichen eine ideale **Verbindung von Beruf und Familie**. Über ein Arbeitszeitmodell sind bis zu 39 arbeitsfreie Tage im Jahr erreichbar. Die Vergütung erfolgt nach unserem Haustarifvertrag mit einer zusätzlichen Beteiligung am wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens.

Die unmittelbare Nähe zum Biosphärenreservat Rhön und den Skigebieten des Thüringer Waldes garantiert einen hohen **Freizeitwert**.

Gern sind wir Ihnen bei der Wohnungssuche behilflich. Übergangsweise besteht die Möglichkeit der kostengünstigen Unterbringung in unseren Personalappartements/-wohnungen.

Falls wir Ihr Interesse wecken konnten, laden wir Sie ein, sich im Rahmen einer **Hospitation** einen eigenen Eindruck von unserem Haus und unserem tiefenpsychologisch orientierten und durch körpertherapeutische und verhaltenstherapeutische Verfahren bereicherten Therapiekonzept zu verschaffen.

Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte an

PSYCHOSOMATISCHE KLINIK

Personalabteilung | Salzburger Leite 1 | 97616 Bad Neustadt/Saale
personal@rhoen-klinikum-ag.com

Für Fragen stehen Ihnen auch die Chefarzte der Klinik oder die Personalabteilung gerne zur Verfügung:

Herr Dr. Bleichner, Abteilung Krankenhaus, Tel.: 09771/67-3102
E-Mail: bleichner.ca@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
Herr Dr. Knickenberg, Abteilung Rehabilitation, Tel.: 09771/67-3204
E-Mail: knickenberg.ca@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

Diplom-Psychologin/Psychologen (Voll- oder Teilzeit)



Unser Anforderungsprofil:

- Abgeschlossenes Hochschulstudium der Psychologie.
- Ausgeprägte therapeutische und kommunikative Kompetenz.
- Wenn Sie schon über größere Berufs- und/oder Lebenserfahrung verfügen, würde dies besonders gut zu der ausgeschriebenen Stelle passen, ist aber nicht zwingend erforderlich.

Unser Angebot:

- Ein kollegiales Klima in einem engagierten und kreativen multiprofessionellen Team mit interner und externer Supervision.
- Strukturierte und gezielte Einarbeitung.
- Erweiterung der eigenen Behandlungskompetenz im Rahmen einer persönlichen Förderung durch die Abteilungsleitung.
- Ein interessantes und umfassendes Psychotherapiespektrum mit besonderen Schwerpunkten in den Bereichen Essstörungen, Psychotraumatologie, Psychotherapie Älterer, Akutpsychosomatik.
- Die Anerkennung für die praktische Tätigkeit in der Klinik (Psychotherapie/Psychosomatik, Psychiatrie) im Rahmen der Ausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeuten/-in.
- Nach Abschluss der Ausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeuten/-in bestehen bei Interesse und Eignung Aufstiegsmöglichkeiten und ggf. Promotionsmöglichkeiten.
- Eine dem Weiterbildungsstand entsprechende Vergütung mit großzügiger Förderung von interner und externer Fort- und Weiterbildung durch die Klinik.

Für Informationen steht Ihnen Chefarzt Dr. Hillenbrand unter Tel. 05621/706 751 zur Verfügung.

Bitte senden Sie Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen mit Angabe Ihres frühestmöglichen Eintrittstermins an die



Parkland-Klinik

Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Die Parkland-Klinik ist eine Akut- und Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Bad Wildungen-Reinhardshausen (Nordhessen), die von Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern und gesetzlichen Unfallkassen belegt wird. Das Behandlungsspektrum umfasst Krankheitsbilder aus dem gesamten Bereich der Psychosomatik und Psychotherapie mit mehreren Indikationsschwerpunkten.

Die Klinik gehört zur m&i-Klinikgruppe Enzensberg, die als privatwirtschaftlich geführtes Unternehmen im Gesundheitswesen das Dach interdisziplinär ausgerichteter Fachkliniken und Gesundheitszentren an zehn Standorten in Deutschland bildet.

Parkland-Klinik, Herrn Uhlenbrock, Kfm. Direktor, Im Kreuzfeld 6
34537 Bad Wildungen-Reinhardshausen

www.parkland-klinik.de

Medizinisches Versorgungszentrum Hersfeld - Rotenburg GmbH

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Approb. Psychologische/n Psychotherapeutin / Psychotherapeuten
oder **Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie**
oder **Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**



in Teilzeit mit 20 Std. pro Woche. Bei Bedarf kann die Stelle auch in 2 x 10 Std. aufgeteilt werden. Wir bieten Ihnen eine interessante Tätigkeit in der Behandlung ambulanter Patienten bei flexibler Arbeitszeitgestaltung ohne die Risiken einer Niederlassung.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte z. Hd. Herrn Gutperl an die
Medizinische Versorgungszentrum Hersfeld-Rotenburg GmbH, Seilerweg 29, 36251 Bad Hersfeld
Informationen vorab erteilen gerne Fr. Moeslein-Teising (06621-915033) oder Hr. Gutperl (06621-882524)

Mit Ihrer Anzeige in unserem Stellenmarkt

erreichen Sie rund

37.000

*Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten.*

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel. 030/27 87 85-0
Fax 030/278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Berlin

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40

Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 14.00 – 19.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Bremen

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

Hamburg

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226 226 060
Fax 040/226 226 089
Mo, Di, Do 9.00 – 15.00 Uhr
Mi 9.00 – 17.00 Uhr
Fr 9.00 – 14.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de

Hessen

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0

Fax 0611/53168-29
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Niedersachsen

Roscherstraße 12
30161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Karl-Rothe-Str. 4
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19

info@opk-info.de
www.opk-info.de

Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Saarland

Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681/9545556
Fax 0681/9545558
Mo, Di 8.30 – 12.30, 13.30 – 17.30 Uhr
Mi 13.30 – 17.30 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Schleswig-Holstein

Alter Markt 1-2 / Jacobsen-Haus
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Do 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Inserentenverzeichnis PTJ 3/2010

Akademie bei König & Müller, Würzburg	277	Medizinisches Versorgungszentrum, Calenberger-Neustadt	348
Akademie für Fortbildung in Psychotherapie, Tübingen	263	Medizinisches Versorgungszentrum Hersfeld-Rotenburg	350
CIP Medien, München	4. US	Oberberg Klinik Verwaltung GmbH, Berlin	279
Deutsche Psychologen Akademie, Berlin	269	Parkland-Klinik, Bad Wildungen-Reinhardshausen	273, 350
EMDR-Institut, Bergisch-Gladbach	259	Psychiatrische Poliklinik USZ, CH-Zürich	263
EOS-Kliniken, Münster	285	Psychosomatische Klinik, Bad Neustadt/Saale	349
Epikursoftware, Berlin	251	Psychotherapeutenkammer NRW, Düsseldorf	253
Hakomi Institute of Europe, Nürnberg	267	PsyDV Dieter Adler, Bonn	257
Hasomed, Magdeburg	2. US	Springer-Verlag GmbH, Heidelberg	3. US
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke	349	Tagungsbüro Monika Pult, Neuss	281
IfP Institut für Psychotherapie, Potsdam	279	Verlag Hans Huber, CH-Bern	265
IGW Institut für integrative Gestalttherapie, Würzburg	277		
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Nürnberg	287	Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institutionen beigefügt:	
Julius Beltz GmbH & Co. KG, Weinheim	255	AWP – DAGDBT, Freiburg	
Kanzlei Meisterernst, Münster	267	Berliner Akademie für Psychotherapie, Berlin	
Klingenberger Institut für Klinische Hypnose, Konstanz	259	C.G. Jung-Institut Berlin, Berlin	
Korte Rechtsanwälte, Berlin	278	Mobbing-Hotline Baden-Württemberg, Rehaklinik Glottterbad, Glotttertal	

Stellen-/Praxismarkt

Intervision

Ärztl. Psychotherapeut, TP, sucht Intervisionsgruppe im Raum Du, D, E, MH, Mo.

Kontakt: pt-du@t-online.de

Jobsharing

Werl (Kreis Soest)

Biete Jobsharing (Erw.) in gut etablierter psychotherapeutischer Praxis
Tel. 02922/910201
e-Mail: marionhesse@werlcom.biz

Hannover: Biete für Psychotherapeut/in (VT) mit Arztregistereintrag Anstellung, Jobsharing, ca. 15 Psychotherapiestunden/Wo. oder mehr. Ab sofort oder später. Spätere Praxisübernahme möglich. Chiffre 100301

Psychologischer Psychotherapeut/ Kinder- und Jugendlichentherapeut als Jobsharing-Partner-in im südlichen Münsterland ab sofort in Vollzeit gesucht.
Tel.: 02364-108548

Dortmund

biete Jobsharing PP mit Perspektive Praxisübernahme
email: ingekoerber@gmx.net
tel.: 0231/7980111

Erfahrene klinische Psychologin und Psychotherapeutin (VT, Erw.) mit der Approbation sucht ab September 2010 im Raum München Jobsharing. Eigener Patientenstamm vorhanden. Tel.: 089/74 49 29 44 oder: 0152-07215774

Süddt. Raum örtlich flexibel

Psychol. Psychotherapeutin (VT) sucht **Jobsharing** (ab sofort o. später), KV-Zulassung erwünscht.
Tel.: 01520 - 242600

Suche **Jobsharing oder Praxis(-anteil)** zu kaufen, ab sofort oder später, im Raum **FFM/WI/MZ/DA**. Erwachsene, VT. Aktuell auch Erwerb der Zusatzqual. Ki/Ju.
Email: vt-fmwd@web.de

Praxisabgabe

Privatpraxis (Erstattungsverfahren, Privatkassen, Selbstzahler) in Düsseldorf, seit mehr als 25 Jahren eingeführt (TP, system. T., Einzel-, Paar- und Gruppentherapie) 2012 an Kollegin mit Arztregistereintrag zu verkaufen. Auch als Gemeinschaftspraxis geeignet. Guter Umsatz.
kvfreiepraxis@gmail.com

Gut eingeführte, verkehrsgünstig gelegene PP Praxis (TP/PA) in Sachsen voraussichtlich zum 1.10.2010 zu verkaufen, KV-Zulassung vorhanden. Chiffre 100305

Gut eingeführte **Kinder- und Jugend-psychotherapiepraxis** (TP) in größerer Stadt in **Thüringen** zu verkaufen. KV-Zulassung und Räumlichkeiten vorhanden. Chiffre 100307

Praxis (VT/PP) zum 1.1.2011 zu verkaufen; 15 km westlich von Stuttgart
KV-Sitz vorhanden
Chiffre 100309

PRAXISSITZ PP (VT, Erw.) KV-Zulassung vorhanden Kleinstadt SCHWALM EDER KREIS 20 km südwestl. von Kassel zum 1.1.2011 abzugeben
Chiffre 100310

Praxisanteil zu verkaufen, KV-Zulassung vorhanden (Kinder- und Jugendliche), Raum Osnabrück.

Chiffre 100313

Praxisgemeinschaft

Dresden
Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw., Einzel-, Gruppenth.) sucht Kollegen mit Praxis (KV-Zulassung erwünscht) zur **Gründung einer Praxisgemeinschaft**.
praxis-dresden@web.de

Praxisgesuch

Psychologische Psychotherapeutin (TP/PA) sucht halbe oder ganze Praxis in **Köln** zum Ende des Jahres oder später.
Tel.: 0221/ 5626768

Praxisräume für Psychotherapie in Osnabrück-Stadtmitte zur Miete gesucht, gerne in Praxisgemeinschaft.

Tel.: 05406-8159650

Essen
Suche ruhigen Praxisraum, zunächst stundenweise, bevorzugt Essen-Süden, zu mieten. (PP-TP-Erw.).
Tel.: 0251-8725420

Therapieraum in Berlin-Kreuzberg/Friedrichshain gesucht

Tel.: 030-6125797

Psych. Psychotherapeutin (TP, Erw.) sucht Praxisraum in Da-Langen-Offenbach-Frankfurt.

Tel.: 0177-166 33 93

Praxistausch

Psychologischer Psychotherapeut (VT) mit Kassenzulassung sucht Praxis in Freiburg, bietet Düsseldorf
Chiffre 100302

Psychologische Psychotherapeutin (VT) Tausche Praxis, KV-Zulassung und Praxisräume vorhanden in Gelsenkirchen, KV-Zulassung erwünscht für Dortmund
Chiffre 100311

Praxistausch/Praxisgesuch

Psych. Psychotherapeut (VT, Erw., Einzel- u. Gruppen) sucht Praxisübernahme in (bzw. Tausch nach) Leipzig. Biete Praxis im näheren Dresdner Umland (15 km).

Kontakt: praxistausch@web.de

Praxisübernahme

Gießen / Wetzlar / Marburg / Frankfurt
Psychol. Psychotherapeutin (VT, Erw.) sucht Praxis (-anteil) zu kaufen.
KV (Teil-)Zulassung erwünscht.
Chiffre 100306

Raum Freiburg / Breisgau-Hochschwarzwald
Psychologischer Psychotherapeut (VT, DBT, Trauma i.W.) sucht Praxis / -anteil zu kaufen, KV- (Teil-) Zulassung erwünscht
praxisuche-freiburg@gmx.de
Telefon: 0151 / 2639 1980

Südl. Niedersachsen /OWL

Praxis zu kaufen gesucht (auch anteilig) von Psychologischer Psychotherapeutin (VT/ Erw., Hypnothp.).
KV Zulassung erwünscht.
Tel. 0176-40161553

Praxis (-anteil) von **Psychologischer Psychotherapeutin (TP)** gesucht (**Kauf oder Job-Sharing**). KV-Zulassung erwünscht. In **Berlin u. Umgebung**.
Tel: 030-20256812

Psychologischer Psychotherapeut (VT)

sucht Praxis oder Praxisanteil

im Raum Marburg-Biedenkopf, Gießen, Wetzlar, Frankenberg, Schwalm-Eder oder Siegen-Wittgenstein.

Tel 06466/899 299
od.
0171/77 60 536

email: dirk-jaeger@t-online.de

Ruhrgebiet und Umgebung

Psych. Psychotherapeutin (VT, Erw.) sucht Praxis oder Praxisanteil zum Kauf im Raum **Ruhrgebiet und Umgebung**. KV Zulassung erwünscht, auch Teilzulassung.
Tel. 0176-21062861
Email: praxisruhrgebiet@gmx.de

Suche Praxis oder Jobsharing (KV (Teil-)Zulassung erwünscht) im Großraum Würzburg/ Main-Spessart/Main-Tauber ab Ende 2010/ Anfang 2011. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie.
Tel.: 09369/980397

Psychologische Psychotherapeutin (VT)

Sucht Praxisanteil (KV-Teilzulassung erwünscht) in Stadt/Landkreis Schweinfurt, LK Hassberge, LK Kitzingen

Tel.: 09382/3854

Raum Frankfurt/Main
Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw.) sucht Praxis oder Praxisanteil zu kaufen ab 2011. KV-Zulassung (oder Teilzulassung) erwünscht. Angebote an: 069/65300588 oder 0163/8743357

Psychologische Psychotherapeutin (tp; KV-Zulassung seit 1999) sucht

Praxis, -anteil od. Jobsharing in **Berlin/Brandenburg**.

Gerne Gemeinschaftspraxis. Tausch nach Köln/Bonn möglich.

Tel. 02248-5007

Berlin und Umgebung

Psychologischer Psychotherapeut (VT, Erw.) sucht Praxis oder Praxisanteil zu kaufen. KV(Teil-)Zulassung erwünscht. Tel. 0172-1879696

München Stadt oder Land

Psychologische Psychotherapeutin (VT Erw., Zusatzqualifikation KJP) sucht Praxisanteil, KV-Teilzulassung erwünscht. Tel. 0176-45039083

Praxisvermietung

Dortmund – KollegIn gesucht zwecks Gründung einer privaten psychotherapeutischen Gemeinschaftspraxis. KJP/PP, gerne familientherapeutischer Schwerpunkt. Ab 10/10 oder später
Tel.: 0175/1659797

Köln-Nippes

Bieten Halbtags- bzw. Ganztagsuntervermietung unserer hellen, freundlichen Praxisräume (Altbau/ Holzböden): montags, mittwochs, freitags
0221-22209115

Berlin-Mitte zwischen Alex und Hackescher Markt: renovierte und hochwertig möblierte Therapie- und Beratungsräume (ca. 15 m² und 20 m²) und ein Seminarraum (ca. 28 m²) im EG eines repräsentativen Altbaus ab sofort zu vermieten, auch stunden-, tage- oder wochenweise.
Tel.: 0162/1399110

Stellenangebote

Wiesbaden
TfP-ler in großem Ärztezentrum sucht zur Praxiserweiterung und kollegialen Zusammenarbeit VT-lerIn ab Ende 2011. Kassenzulassung und Interesse an interdisziplinärer Zusammenarbeit Voraussetzung.
Tel.: 0611 – 44 75 40 70

Sicherstellungsassistent/in für psychotherapeutische Praxis (VT) in **Leipzig** ab Herbst 2010 für mindestens 1 Jahr gesucht.
Tel.: 01781826103,
mirosten@gmx.net

VT-Praxis in Gelnhausen sucht Ausbildungsassistent/ten/tin mit Fallübernahme und/oder Psycholog/en/ in in Ausbildung (PIA) für 600 Std. mit Bezahlung für Praxismanagement, Qualitätssicherung usw.
Tel.: 06051-617870
oder WKPetersen@arcor.de

KJP (TP/VT) zur Anstellung in Praxis im Raum Freiburg für max. 10 Wochenstunden gesucht. (ab Sept./Okt. 2010)
Chiffre 100303

Schnell, einfach und bequem!

Kleinanzeigen schaltet man unter
www.ptv-anzeigen.de

**Bad Orb: Sehr gut etablierte und vernetzte Psychologische Praxengemeinschaft sucht Kinder/Jugendlichenpsychotherapeuten/ in halbtags. Geboten werden großzügige, schöne Praxisräume, Therapiematerial, erfahrene Büromitarbeiterin sowie regelmäßige Intervision. Abrechnung über Kostenerstattung langjährig eingeführt. Unterstützung beim Erwerb der KV-Zulassung. Bewerbungen bitte an: ppbadorb@t-online.de
Tel: 06052/900180**

Rosenheim: Ausbildungsassistent/in in VT-Praxis gesucht. 10-20 Std./Wo. für 1-2 Jahre. 600 Std. Psychosomatik können abgeleistet werden. Vergütung verhandelbar.
Tel: 08031/288583

Psycholog. Psychotherapeut / in approb. oder in Ausbildung für **Gruppentherapie mit Erw.** im **östl. Ruhrgebiet** auf Honorarbasis gesucht. Mögl. mit Gruppenerfahrung.
Chiffre 100308

Lippstadt, NRW: Suche für sofort PraxisassistentIn (PP) für gut eingeführte VT-Praxis, Praxisübernahme in ca. 5 Jahren möglich. BewerberIn muss alle Kriterien einer KV-Zulassung erfüllen.

Info: www.praxis-schulze.com oder
Tel. 02941/82077

PP mit Fachkundenachweis als Assistent(in) gesucht für Praxis in **Frankenberg (Eder) in Nordhessen** ab 1.1.2011 im Umfang von zunächst 1 Tag/Woche (8h). Bewerbungen an: Praxis Ruh, Steinweg 11, 35066 Frankenberg, Kontakt: T 06451/716700.

Wir suchen für unsere Praxis in Erkelenz eine(n) Psychologische(n) PSYCHOTHERAPEUT(IN) für Erwachsenen (VT oder TP) Jobsharing, Angestelltenverhältnis oder Honorarbasis. Information (D/I/MI) Drs. Frans Kochen, Aachener Str. 75, Erkelenz
Tel.: 02431-945000

PP (TP) als Sicherstellungsassistentin in Aachen gesucht, 10-20 h/Wo, ab 1.11.10

Tel. 0241- 40 11 539

Stellengesuch

Psychologische Psychotherapeutin sucht stundenw. Mitarbeit in psych. Praxis in Köln oder Marburg. Umlaubsvertretung sind willkommen. Schwangerschafts- oder Urlaubsvertretung sind willkommen.
Eintrag im Arztregister KV.
Tel.: 0171-8144649

Dipl.- Psych., Psycholog. Psychotherapeutin (VT) mit langjähriger Berufserfahrung (u.a. Psychoonkologie) sucht ab 01.11.2011 oder auch später Tätigkeit auf Honorarbasis im Raum MR, GI, LDK, FB.
Chiffre 100312

Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Praxiskauf/-verkauf

Das Psychotherapeutenjournal ist das Organ der Psychotherapeutenkammern. Die Psychotherapeutenkammern sind Körperschaften öffentlichen Rechts und als solche den gesetzlichen Regelungen besonders verpflichtet. Wir achten genau darauf, uns an das geltende Gesetz zu halten – auch beim Abdruck von (Klein-)Anzeigen (s. a. PTJ 3/09 S. 231).

Bitte verwenden Sie daher folgende Formulierungen, wenn Sie eine Praxis kaufen oder verkaufen möchten:

- Praxis zu verkaufen; KV Zulassung vorhanden.
- Praxisanteil zu verkaufen; KV Teilzulassung ist möglich.
- Praxis zu kaufen gesucht; KV Zulassung erwünscht.
- Praxisanteil zu kaufen gesucht; KV Teilzulassung erwünscht.

Mit diesen Formulierungen sind alle relevanten Optionen abgedeckt und es wird allen Formalien entsprochen. **Wir erlauben uns, Ihre Anzeige ohne Rücksprache entsprechend anzupassen.** Welche weiteren Beschreibungen der Praxis Sie hinzufügen, ist selbstverständlich Ihnen anheim gestellt.

Ihr Anzeigenteam

Kleinanzeigen

Kleine Anzeigen – mit GROSSER Wirkung!

... und das schon ab
€ 53,- zzgl. MwSt

**Qualifizierte Hilfen zum Antrags-
bericht** (z.B. Psychodynamik)
vom erfahrenen Dipl.-Psych. in
Seminaren, durch tel. Supervision o.
in regionalen Sprechst. Für TP/AP.
Infos und Termine www.pro-bericht.de
o. 0163/2371303.

Zuverlässige, kompetente und
qualifizierte **Supervision bei
VT-Antragstellung** von
Dipl.-Psychologin
Tel.: 02234/ 949 170
E-Mail: ju_bender@t-online.de

Biete Supervision bei

VT-Antragstellung

www.sorkc.de

Tiefenpsychologisch Fundierte u. analytische Psychotherapie Verhaltenstherapie

Supervision bei der Erstellung von
Berichten an den Gutachter –
Kinder, Jugendl. u. Erwachsene –
Tel. 0421 / 444 700
mail: Berichte@t-online.de

VT

Fallarbeit zu Diagnostik,
Verhaltensanalyse und
Behandlungsplanung

QM (als Berater vom BMWi
anerkannt)
Unterstützung und Beratung
beim Qualitätsmanagement und
bei der Erstellung des
QM-Handbuchs

Fon: 02 21 –16 97 98 16
Fax: 02 21 –16 97 98 17
Mo. –Fr. 8:30 –12:00 Uhr

team@pp-rose.de

Berufsbegleitende Fortbildung in KUNSTTHERAPIE

April 2011 bis Oktober 2012
Kreatives Potential für sich selbst
und in der beruflichen Praxis
entfalten.

Mit Regine Helke in ZIST Penzberg.

Regine Helke, Sonnhalde 54 a,
79104 Freiburg.

Tel. 0761/55 77 800

www.helke-info.de, www.zist.de

**Professionelle, zuverlässige
und zeitnahe Supervision** bei der
Erstellung von VT-Anträgen für
Erwachsene.

bmullergollenstede@yahoo.de

Mehr Freude beim Antragsverfahren

www.berichte-an-den-gutachter.de

www.bericht-abgelehnt.de

Gute Aussichten!

Mit PTJ erreichen Sie rund
37.000 Psychotherapeuten

Bildquelle: abrupp.de © Jörg Kleinmetz

Ratgeberbücher zum Antragsbericht

– umfangreich recherchiert
– wissenschaftlich fundiert
– verständlich formuliert
– vielfach bewährt

www.psychologenv Verlag.de

Kleine Steine, große Wirkung

Neu beim Deutschen Psychologen
Verlag: **coaching disc®** – das mul-
tifunktionale Kommunikationstool
Hier erhältlich:

www.psychologenv Verlag.de

Telos Institut für Psychotherapie
bietet Aus- und Weiterbildungen für
Ärzte, Dipl. Psych., Soz.Päd. und
pädagogische Fachkräfte in Mün-
chen, Bad Kissingen und Meiningen
zum Ermutigungspädagogen (Te-
los), Familietherapeuten (Telos),
Psychologischen Berater (Telos),
Psychologischen Psychotherapeu-
ten (staatl. anerkannt), Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeuten
(staatl. anerkannt), Zusatz Psycho-
therapie/Psychoanalyse für Ärzte,
Autogenes Training.
Kontakt: Telos Institut gGmbH,
Kindermannstraße 7,
Telefon 089/152855,
Fax 089/15982044
Internet: www.telosinstitut.de
E-Mail: telos@telosinstitut.de

**Ihre Chiffre-Zuschriften senden Sie bitte
in einem zweiten geschlossenen Umschlag
an den Verlag:**

medhochzwei Verlag GmbH

Frau Sabine Hornig

Chiffre Nr. _____

Alte Eppelheimer Str. 42/1

69115 Heidelberg

Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Leistungsantrag

Wir möchten unsere Leser darauf hinweisen, dass ein Abgeben von Fallarbeit oder des Bericht-Schreibens an Dritte sowie die Übernahme von fertigen Textbausteinen gegen die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung verstößt. Keine Einwendung besteht dagegen, wenn hierzu Supervision/Intervision oder Fortbildungsveranstaltungen in Anspruch genommen werden.

Ihr Anzeigenteam

Branchenverzeichnis

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Für die Anzeigen sind die Inserenten verantwortlich. Eine Überprüfung der Angaben durch die Psychotherapeutenkammern findet nicht statt.

Akademie bei König & Müller
Semmelstraße 36/38
D-97070 Würzburg
Tel. 0931-46 07 90 33
akademie@koenigundmueller.de
www.koenigundmueller.de

Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp)
Bundesakademie
Postfach 13 43, 72003 Tübingen
Tel.: 0700 23723700
Fax.: 0700 23723711
bundesakademie@afp-info.de
www.afp-info.de

AVT Köln GmbH
Akademie für Verhaltenstherapie
Venloer Str. 47-53
50672 Köln
Tel.: 0221 - 42 48 570
info@avt-koeln.org
www.avt-koeln.org

BIF e.V.
Berliner Institut für Familientherapie – Systemische Therapie- Supervision – Beratung und Fortbildung e.V.
Dudenstr. 10, 10965 Berlin
info@bif-systemisch.de
www.bif-systemisch.de

Deutsche Akademie für Psychoanalyse
Goethestr. 54, 80336 München
Tel.: 089 - 53 96 74/75
info@psychoanalysebayern.de
www.psychoanalysebayern.de

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (dgvt)
Fort- und Weiterbildung
Postfach 13 43; 72003 Tübingen
Tel.: 07071-9434-34
Fax: 07071-9434-35
awk@dgvt.de
www.dgvt.de

Deutsches Institut für Psychotraumatologie e.V.
Telefon: 02245-9194-0
www.psychotraumatologie.de
Zert. WB f. app. PPT,
Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie

EMDR-Institut Deutschland
51427 Bergisch Gladbach
02204-25866
info@emdr-institut.de
www.emdr.de

FAM.THERA.INSTITUT für Familientherapie und Systemische Beratung
Lauterbacher Str. 22
4668 Grimma OT Bernbruch
Tel.: 03437/762871
Fax: 03437/702876
fam.thera@t-online.de
www.fam-thera.de

FoBiS
Systemisches Institut für Bildung, Forschung und Beratung, Psychotherapeutische Praxis
Altdorfer Str. 5
71088 Holzgerlingen
Tel.: 07031/ 60 59 88
info@fobis-online.de
www.fobis-online.de

Fort- und Weiterbildungsinstitut MFK Münchner FamilienKolleg
Pfarstr. 4, 80538 München
Tel.: 089 - 22 29 92
mfk.familienkolleg@t-online.de
www.mfk-fortbildung.de

Fortbildung Klinische Hypnose
in Darmstadt. Veranstalter: DGH
Tel.: 06033/73667 oder
www.hypnoseausbildung.de

GIPP e.V. Deutsche Gesellschaft für Integrative Paartherapie und Paarsynthese
Keplerstr. 35, 22763 Hamburg
Tel. 040-79301010, Fax 040-3907007
info@ullaholm.de
www.paarsynthese.de

INNTAL INSTITUT
NLP und Systemische Ausbildung
Anerkannt von PTK und Ärztekammer
In München, Rosenheim, Ulm,
am Bodensee und in
Norddeutschland alle Termine auf
www.inntal-institut.de
INNTAL INSTITUT, Dipl.-Psych.
Claus & Daniela Blickhan
mail@inntal-institut.de

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

www.psycho-vision.de
Virtuelle Realität in der Angstbehandlung
www.cme-pt.de Zertifizierte
Online-Fortbildung

Helm-Stierlin-Institut
Schloß-Wolfsbrunnenweg 29
69118 Heidelberg
Tel.: 06221-71409-0
Fax: 06221-71409-30
info@hsi-heidelberg.com
www.hsi-heidelberg.com

IGW Institut für integrative Gestalttherapie
Theaterstr. 4, 97070 Würzburg
Fon: 0931/354450
Fax: 0931/354454
info@igw-gestalttherapie.de
www.igw-gestalttherapie.de

Institut für Psychotherapie Potsdam
Rosa-Luxemburg-Straße 40
14482 Potsdam
Tel.: 0331/235 31 33
www.ifp-potsdam.com

Institut für Systemaufstellungen ISA Berlin
Schustehrusstr. 27
10585 Berlin
Tel. 030-3424593
Fax 030-34702308
mail@isa-berlin.de
www.isa-berlin.de

Institut für Traumatherapie Oliver Schubbe
Curricula Psychotraumatologie, (EMDR-) Vertiefungsseminare und Brainspotting, kammerzertifiziert
Tel.: 030-4642185
info@traumatherapie.de
www.traumatherapie.de

Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin u. Sexuologie (IVS)
Nürnberger Str. 22,
90762 Fürth
Tel.-Nr. 0911 / 78 72 72 7
FAX: 0911 / 78 72 72 9
ambulanz@ivs-nuernberg.de
www.ivs-nuernberg.de

milton erickson institut berlin
wartburgstr. 17, 10825 berlin
fon & fax: 030 . 781 77 95
büro: do 9 - 12 uhr
mail@erickson-institut-berlin.de
www.erickson-institut-berlin.de

Münchner Institut für Traumatherapie (MIT)
Leitung: **Prof. Dr. Willi Butollo**
Zertifizierte Aus-/Fortbildung
Integrative Traumatherapie & Dialogische Exposition
Information und Termine:
www.trauma-ambulanz.com

Thies Stahl Seminare
Dipl.-Psych. Thies Stahl
Aus- und Fortbildung in NLP,
Coaching, Mediation und
Systemischer Aufstellungsarbeit
Tel.: 04106 124388
Fax: 03212 8478245
TS@ThiesStahl.de
www.ThiesStahl.de

Buchhandel/Verlage

CIP-Medien Verlagsbuchhandlung
Nymphenburger Str. 185,
80634 München
Tel. 089-130793-21,
cipmedien@aol.com
www.cip-medien.com

Psychotherapeutenverlag Verlagsgruppe Hühlig Jehle Rehm GmbH
Im Weiher 10
D-69121 Heidelberg
Tel.: (0 62 21) 4 89-0
Fax: (0 62 21) 4 89-52 9

redaktion@psychotherapeutenjournal.de
anzeigen@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de
www.ptv-anzeigen.de

Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften
Hölderlinstr. 3
70174 Stuttgart
Tel. ++49 0711 22987-0
Fax ++49 0711 22987-50
info@schattauer.de
www.schattauer.de

Verlag Hans Huber
Hogrefe AG
Länggassstr. 76
CH 3000 Bern 9
www.verlag-hanshuber.com

Kliniken/Rehazentren

Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie
Tibusstr. 7-11
48143 Münster
Tel. 0251/4810-100
Fax. 0251/4810-105
info@c-d-k.de
www.c-d-k.de

Fachklinik Waren (Müritz)
Auf dem Nesselberg 5, 17192 Waren
Tel.: 01803/244142-0
Fax: 01803/244142-404
info@fachklinik-waren.de
www.fachklinik-waren.de

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt
Schön Kliniken
Birkenweg 10, 24576 Bad Bramstedt
Tel.: 04192/5040
Fax: 04192/504550
KlinikBadBramstedt@schoen-
kliniken.de
www.schoen-kliniken.de

Medizinisches Versorgungszentrum

Timmermann und Partner MVZ für körperliche und Psychische Gesundheit
Marienstraße 37, 27472 Cuxhaven
Tel. 04721-393650 + 04721/396351
mail@timmermann-und-partner.de

Softwareanbieter

ergosoft GmbH
Postfach 12 26
67446 Haßloch
Hotline: 06234/5995-11-12-/13
Tel.: 06324/5995-0
Fax: 06324/5995-16
ergosoft@t-online.de
www.psychodat.de

PsyDW
Dipl.-Psych Dieter Adler
Heckenweg 22
53229 Bonn
Tel.: 08105-012214
www.antrag-pro.de

epikur software
Praxisverwaltung Psychotherapie
Tel.: 030-644 924 730
www.epikur.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 Landeskammern selbst bearbeitet und können ggf. auf ihren Mitteilungsseiten veröffentlicht werden.

Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat

Prof. Dr. Rainer Richter (BPTK), Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Prof. Dr. Jürgen Hoyer (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

Anschrift Redaktion

Karin Welsch
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
welsch@ptk-bayern.de

Anzeigen

Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

Verlag

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/91496-12; Fax: 06221/91496-20, annette.kerstein@medhochzwei-verlag.de

Satz

Strassner ComputerSatz
69181 Leimen

Druck

Vogel Druck und Medienservice
97204 Höchberg

Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 43,- (inkl. Versandkosten)
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

Abonnementservice

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg, Frau Sabine Hornig, aboservice@medhochzwei-verlag.de, Tel. 06221/91496-15, Fax 06221/91496-20

Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Manuskripte

Redaktionsschluss für die Ausgabe 1/2011 ist der 17. Dezember 2010, für Ausgabe 2/2011 der 11. März 2010. Manuskripte sind elektronisch (CD, Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen (mit Leerzeichen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
 - das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehensendungen;
 - 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.