

ISSN 1611-0773  
D 60843  
5. Jahrgang

# Psychotherapeuten- journal

[www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de)

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

2/2006

23. Juni 2006 (S.105-220)

- Ein Konzept zur psychosozialen Notfallversorgung
- Körperpsychologie – Teil 1
- Psychische Erkrankungen im Fokus der  
Gesundheitsreporte der Krankenkassen
- Zum Postulat der störungsspezifischen Indikation

**Psychotherapeuten  
Verlag**



## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

diese Ausgabe des Psychotherapeutenjournals erreicht Sie zu einer Zeit, die – auch für unsere Profession – sehr im Zeichen der Reformdebatte in der Gesundheitspolitik steht. Bei Redaktionsschluss zeichnete sich erst in Umrissen ab, wie die Politik den vorhandenen Finanz- und Strukturreformbedarf gestalten wird. Wie wichtig aber in jedem Fall der Stellenwert und der Fortbestand und Ausbau der strukturellen Verankerung und ausreichenden Finanzierung der ambulanten, stationären und institutionellen Psychotherapie sind, verdeutlichen in diesem Heft die Kolleginnen **Julia Lademann**, **Heike Mertesacker** und **Birte Gebhardt** mit ihrer Auswertung der Gesundheitsreporte der Krankenkassen im Hinblick auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen.

Dass Psychotherapie wirksam und versorgungsrelevant ist, dürfte weitgehend unumstritten sein. Welche Formen der Psychotherapie berufs- und / oder sozialrechtlich anerkannt sind und werden und wie und nach welchen Regeln Anerkennung bzw. Zulassung zu gestalten sind – diese Fragen beschäftigen seit Monaten den Gemeinsamen Bundesausschuss mit dem Unterausschuss Psychotherapie, die BPTK, die Landeskammern für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und alle Verbände im GK II.<sup>1</sup>

Einen wichtigen Beitrag zu dieser Debatte bildet die Arbeit von **Inge Frohburg**. Sie beschäftigt sich kritisch hinterfragend mit dem „Postulat der störungsspezifischen Indikation psychotherapeutischer Verfahren“. Die Redaktion beabsichtigt, diese Debatte in den folgenden Ausgaben aus unterschiedlichen Perspektiven fortzuführen.<sup>2</sup>

Mit einem anderen Aspekt gesellschaftlicher Relevanz des Einsatzes psychotherapeutischer Kompetenz beschäftigt sich **Christoph Kröger**, der Ihnen sein „Konzept zur psychosozialen Notfallversorgung“ vorstellt. Er weist damit nochmals und aus

seiner Sicht auf die wichtige Rolle der Kammern für die Etablierung eines qualitätsgesicherten und effizienten Versorgungsbeitrags bei sogenannten „Großschadensereignissen“ hin und bereichert damit die laufende Debatte um unterschiedliche Ansätze der Ausgestaltung dieser Aufgabe.

Schwerpunktmäßig möchten wir auch in dieser Ausgabe den Dialog der Verfahren und Methoden in der Psychotherapie fortführen mit der Arbeit von **Ulfried Geuter** zur „Körperpsychotherapie – Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie“. Den zweiten Teil dieser Arbeit werden Sie in der nächsten Ausgabe finden.

Zur weiterführenden Information und Übersicht zum Thema empfiehlt sich das in diesem Jahr neu erschienene, von G. Marlock und H. Weiß im Schattauer-Verlag herausgegebene umfangreiche „Handbuch der Körperpsychotherapie“, das Ihnen **Anne Fischer** in diesem Heft vorstellt.

Auch die Rubrik „Neues aus der Forschung“ (**Karin Welsch**) und die Rezension des neu erschienenen Bandes von O. Kernberg und H.-P. Hartmann „Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie“ (**Albrecht Stadler**) bereichern diesen Dialog der Verfahren und Methoden.

Ihrer Aufmerksamkeit empfehlen will ich auch die Fortführung des Dialogs zwischen Lesern und Autoren – diesmal setzt sich **Karl Winter** engagiert auseinander mit Greenberg (PTJ 04/05) – und die Rubrik „Recht: Aktuell“ mit weiterer Information zum neuen Tarifrecht im Öffentlichen Dienst (**Hartmut Gerlach**).

Erinnert sei schließlich an ein Jubiläum, das in diesem Jahr der Psychotherapie und besonders der Psychoanalyse Präsenz in den Medien verschafft. Am 6. Mai jährte sich der Geburtstag **Sigmund Freuds** zum 150. Mal. Aus diesem Anlass fanden in Berlin und an vielen anderen Orten Festveranstaltungen und Ausstellungen statt,



und auch beim 8. Deutschen Psychotherapeutentag in Frankfurt/Main wurde dieses Mannes gedacht, der, als Erfinder der Psychoanalyse, Humanist, Gelehrter, Forscher und Therapeut in einem war, der unsere heutige Kultur und unser Denken entscheidend geprägt hat und ohne den die heutige „Landkarte“ der Psychotherapie nicht denkbar ist.

Noch im hohen Alter von 82 Jahren wurde er von den Nationalsozialisten aus Österreich vertrieben. Die Massenvernichtung, der auch mehrere seiner Angehörigen zum Opfer fielen, erlebte er nicht mehr und auch nicht die Welt „danach“. Die Psychoanalyse überlebte nur in der Emigration. Wir verdanken ihm ein großes Werk.

Ich wünsche Ihnen spannende Lektüre und einen guten erholsamen Sommer!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

*Anne Springer (Berlin)  
Mitglied des Redaktionsbeirates*

<sup>1</sup> **Rainer Richter** und **Timo Harfst** beleuchten in ihrem Beitrag auf den Seiten der BPTK den Hintergrund der Debatte um die Psychotherapie-Richtlinien und zeichnen den Rahmen der Wirksamkeitsdiskussion auf.

<sup>2</sup> **Horst Kächele** stellt ein gestuftes Modell zur Prüfung der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Methoden vor.

# Inhalt

<b>Editorial</b> .....	105
<b>Artikel</b> .....	108
<i>Kröger, C.</i> <b>Ein Konzept zur psychosozialen Notfallversorgung – ein Diskussionsbeitrag</b> .....	108
Neuere wissenschaftliche Befunde und internationale Erfahrungen des Katastrophenmanagements dienen als Basis für den Entwurf eines Präventionskonzepts. Effektive psychosoziale Maßnahmen und Interventionen sollten eingesetzt werden, um die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung und anderer traumaassoziierter Störungen zu verhindern.	
<i>Geuter, U.</i> <b>Körperpsychotherapie – Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie. Teil 1</b> .....	116
Die Körperpsychotherapie ist ein Verfahren mit einer langen Geschichte. Heute erhält ihr Ansatz Unterstützung von Befunden aus der Säuglingsforschung, Bindungsforschung und Hirnforschung. Diese sprechen dafür, in der psychotherapeutischen Arbeit mit Emotionen körperbezogene Techniken einzubeziehen. Das wird an der Forschung gezeigt und an Beispielen aus der psychotherapeutischen Praxis illustriert.	
<i>Lademann, J., Mertesacker, H. &amp; Gebhardt, B.</i> <b>Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen</b> .....	123
Obwohl die krankheitsbedingten Fehlzeiten bei vielen Krankenkassen insgesamt sinken oder zumindest stagnieren, steigt das Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen an. Ein systematischer Vergleich der aktuellen AU-Reporte verschiedener gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland liefert einen zusammenfassenden Überblick zu Entwicklung und Bedeutung psychischer Störungen im Gesamtkrankenstand.	
<i>Frohburg, I.</i> <b>Zum Postulat der störungsspezifischen Indikation psychotherapeutischer Verfahren</b> .....	130
Psychotherapeuten werden immer wieder mit dem Grundsatz einer „störungsbezogenen Bewertung von Psychotherapieverfahren“ und daraus abgeleiteten weit reichenden Konsequenzen konfrontiert. Der Beitrag zeigt, dass Auffassungen zur störungsbezogenen Indikation von Psychotherapieverfahren, die unter Berufung auf die Wissenschaft vertreten werden, in der Wissenschaft selbst keine Grundlage finden. Als Alternative werden wissenschaftlich fundierte Indikationsmodelle vorgestellt und Schlussfolgerungen für berufs- und sozialrechtliche Regulative sowie für die Indikationspraxis und -forschung abgeleitet.	
<i>Kächele, H.</i> <b>Wirksamkeitsnachweise – Das Bessere ist der Feind des Guten</b> .....	140
Ein Beitrag zur Diskussion über Kriterien zur wissenschaftlichen Anerkennung von psychotherapeutischen Methoden und Verfahren.	
<b>Recht: Aktuell</b> .....	141
<i>Gerlach, H.</i>	
<b>Aktuelles aus der Forschung</b> .....	147
<i>Welsch, K.</i>	
<b>Buchrezensionen</b> .....	151
<i>Stadler, T.</i> Kernberg, O.F. & Hartmann, H.-P. (Hrsg.). (2006). Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie. Stuttgart: Schattauer.	
<i>Fischer, A.</i> Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.). (2006). Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer.	

<b>Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern</b> .....	154
Bundespsychotherapeutenkammer .....	154
Baden-Württemberg .....	168
Bayern .....	172
Berlin .....	177
Bremen .....	182
Hamburg .....	186
Hessen .....	190
Niedersachsen .....	193
Nordrhein-Westfalen .....	197
Rheinland-Pfalz .....	203
Saarland .....	205
Schleswig-Holstein .....	209
<b>Leserbriefe</b> .....	213
<b>Kontaktdaten der Kammern</b> .....	214
<b>Kleinanzeigen</b> .....	216
<b>Inserentenverzeichnis</b> .....	218
<b>Impressum</b> .....	220

**Hinweis:**

Alle Beiträge können Sie auch als PDF-Dokumente von der Internetseite der Zeitschrift [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de) herunterladen.

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

- Bayern: Informationen der Versorgungskammer
- Rheinland-Pfalz: Satzungsänderungen



**Neuerscheinungen**

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





# Ein Konzept zur psychosozialen Notfallversorgung – ein Diskussionsbeitrag<sup>1</sup>

Christoph Kröger

Beauftragter der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen für die Notfallpsychotherapie

**Zusammenfassung:** Die Mehrheit der Bevölkerung benötigt nach traumatischen Ereignissen keine professionelle Hilfe. Spezifische Traumen, individuelle Faktoren sowie berufsbedingte Tätigkeiten erhöhen die Wahrscheinlichkeit für eine Posttraumatische Belastungsstörung oder andere traumaassoziierte Störungen. Kurz nach dem Trauma kann gegenwärtig weder eine valide Prognose abgegeben noch eine effektive Intervention angeboten werden. Auf der Basis dieser Befunde wird ein Präventionskonzept auf vier Ebenen entworfen. An die Gesamtbevölkerung und an Multiplikatoren richten sich leicht zugängliche Informationen. Berufsbedingte Risikogruppen sollten auf die psychische Belastung während des Einsatzes durch Aus- und Fortbildungen vorbereitet werden. Bei Katastrophen könnten beauftragte Notfallpsychotherapeuten die psychosoziale Gesundheit der Einsatzkräfte überwachen und stabilisieren. Bei bleibenden Beschwerden sollte als indizierte Präventionsmaßnahme eine nachweislich effektive kognitiv-behaviorale Frühintervention durchgeführt werden. Zur sekundären Prävention werden evidenzbasierte psychotherapeutische Verfahren empfohlen.

## Psychosoziale Notfallversorgung in der Diskussion

Neben der medizinischen (Erst-)Versorgung wurde der psychosoziale Aspekt eines Unfalls, eines Hausbrandes oder gar einer Großschadens- und Katastrophenlage lange Zeit vernachlässigt. Anlässlich des Seebebens in Südostasien und der Terroranschläge im europäischen Ausland wächst auch in Deutschland das öffentliche Interesse an der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV). Die psychosoziale Unterstützung (PSU) **am Unfallort** soll verbessert werden. In dem Abschlussbericht des Forschungsprojekts zur Entwicklung von Standards und eines bundesweiten Netzwerks zur Organisation psychosozialer Notfallversorgung werden wesentliche Eckpunkte einer Verbesserung der PSNV benannt (Beerlage, Hering & Nörenberg, 2006):

- Qualitätssicherung durch einheitliche Standards der Aus-, Fort- und Weiterbildung akkreditierter Ausbildungsanbieter

- Vernetzung der verschiedenen Anbieter der PSNV und des nachgeschalteten Versorgungssystems
- Errichtung eines schnell abrufbaren Informations- und Koordinationssystems durch die Einrichtung von Landeszentralstellen und länderübergreifenden Institutionen.

Aus Sicht der Klinischen Psychologie und Psychotherapie sollten einige neuere wissenschaftliche Befunde und internationale Erfahrungen des Katastrophenmanagements in diesem Aufbauprozess berücksichtigt werden. Sie dienen als Basis für den Entwurf eines umfassenden Präventionskonzepts, das einer zukünftigen Landeszentralstelle PSNV konkrete und effektive Maßnahmen vorschlägt.

### 1. Eine salutogenetische Perspektive auf traumatische Ereignisse

Obwohl fast jeder Mensch durchschnittlich mindestens einmal im Leben einem Ereignis mit subjektiver Lebensgefahr für sich

oder andere ausgesetzt ist, liegt die Lebenszeitprävalenz einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach einer repräsentativen Studie nur bei 8% (Kessler, Sonnega, Bromet et al., 1995). Die Intensität des Traumas und peritraumatische Reaktionen wie die soziale Unterstützung zeichneten sich in zwei Meta-Analysen als die Risikofaktoren mit den höchsten Effektstärken aus (Brewin, Andrew & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). Frauen erleben insgesamt weniger traumatische Ereignisse, bilden aber eher eine Symptomatik aus, auch dann, wenn der Traumatyp berücksichtigt wird. Als besonders pathogen wirkende Traumen gelten sexualisierte Gewalt sowie Kriegereignisse. Beispielsweise wiesen in einer repräsentativen Studie in den USA nach einer Vergewaltigung 56% der Befragten eine PTBS auf, nach Misshandlungen in der Kindheit waren es 35%, nach einem Kriegserlebnis 39% (Kessler et al., 1995). Auch wenn die Zeugenschaft von Unfällen oder Gewalt (25%) und die direkte Beteiligung an Unfällen (19%) am häufigsten vorkamen, entwickelte sich anschließend nur bei 7 - 8% eine PTBS. Nach einem traumatischen Ereignis können auch andere psychische Störungen allein oder komorbid zur PTBS auftreten. Ein Jahr nach einem Verkehrsunfall zeigte sich beispielsweise bei 16% eine spezifische Reisephobie, bei 19% eine Generalisierte Angststörung, bei 6% eine Depression und bei 17% eine PTBS (Mayou, Bryant & Ehlers, 2001). Nach außergewöhnlichen Ereignissen liegt die Auftretens-

<sup>1</sup> Frau Prof. Dr. Imtraud Beerlage (Universität Magdeburg/Stendal) und Herrn Prof. Dr. Kurt Hahlweg (Technische Universität Braunschweig) danke ich für die kritischen Anregungen zu einer früheren Version des Manuskripts.



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

## Case Management in der Entwicklung

Stand und Perspektiven in der Praxis

Herausgegeben von Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt und  
Prof. Dr. Peter Löcherbach. Ca. 250 Seiten. Gebunden.

Ca. € 49,-.

ISBN 3-87081-577-9

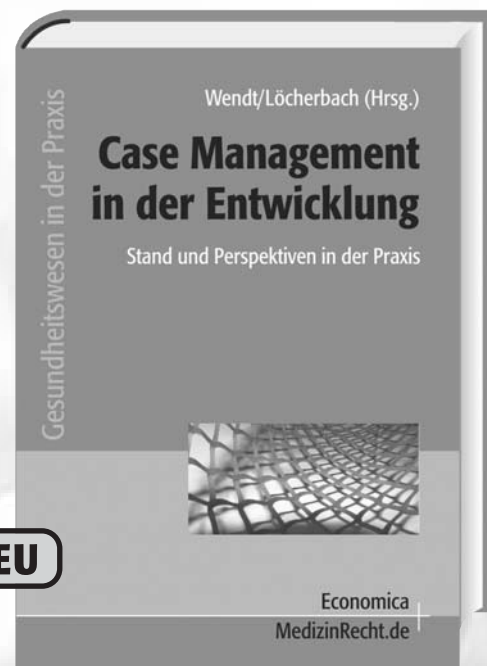
Neu im September 2006

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

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

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

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





wahrscheinlichkeit für eine PTBS höher (Norris, Byrne & Diaz, 2002). Drei bis sechs Monate nach den Terroranschlägen vom 11. September 2001 berichteten 56% der befragten Personen, die in Manhattan lebten, von einem schweren oder zwei moderaten Symptomen der PTBS (DeLisi, Maurizio, Yost et al., 2003).

Verschiedene Berufsgruppen wie Feuerwehrleute, Rettungssanitäter, Notfallseelsorger und Polizisten werden durch ihre helfende Tätigkeit regelmäßig potentiell traumatischen Situationen ausgesetzt (Teegen, 2003). Die Lebenszeitprävalenz kann in solchen Risikogruppen auf über 50% ansteigen. Beispielsweise berichteten 90% der über 200 befragten Feuerwehrleuten in Rheinland-Pfalz von belastenden Einsätzen im letzten Monat (Wagner, Heinrichs & Ehlert, 1998). Nach den Selbstbeurteilungen erfüllten aktuell 18% die Kriterien einer PTBS, zusätzliche 27% gaben subsyndromale Beschwerden an und können damit als gefährdet eingestuft werden.

## 2. Eine kritische Perspektive hinsichtlich der Diagnostik

Im unmittelbaren Anschluss an ein traumatisches Ereignis können vielfältige und stark wechselnde psychische Beschwerden auftreten. Sie sollten als normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis bewertet werden (Ehlers, 1999). Fast alle Personen berichten von plötzlichen Intrusionen, Vermeidungsreaktionen oder Zeichen von Übererregung (Rothbaum & Davis, 2003). Wenn zusätzlich zu diesen drei Symptombereichen noch dissoziative Symptome innerhalb des ersten Monats nach dem Ereignis vorliegen, sind die Kriterien einer Akuten Belastungsstörung (ABS) erfüllt. Nach wenigen Tagen oder Wochen bilden sich diese Symptome bei der Mehrzahl zurück. Allerdings können sie auch in eine PTBS und eine (komorbide) depressive Episode übergehen (Shalev, 2002). In 10 prospektiven Studien wurde die anfängliche Symptomatik in Beziehung zur Entwicklung einer PTBS oder anderer Störungen gesetzt (Bryant, 2003). Personen, bei denen kurz nach dem Erleben eines Traumas eine ABS diagnostiziert wurde, entwickelten zu 75% eine PTBS. Allerdings erfüllten von den Personen, welche längerfristig unter einer PTBS litten, retrospektiv nur ungefähr die Hälfte die Kri-

terien einer ABS. Die ABS ist also ein Risikofaktor, aber keine notwendige Bedingung für die Entwicklung einer PTBS. Die Leitlinien zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung des britischen National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2005) kommen zu dem Schluss, dass sich anhand von gängigen diagnostischen Instrumenten zu einem frühen Zeitpunkt keine valide Prognose über die weitere Entwicklung stellen lässt.

## 3. Eine Warnung vor psychosozialen Interventionen

Früh einsetzende psychosoziale Interventionen haben sich als unwirksam oder sogar als schädliche Maßnahmen erwiesen, weil sie möglicherweise den Verarbeitungsprozess des Gehirns behindern. In einer kontrollierten Studie wurden Feuerwehrleute im Rahmen einer primären Präventionsmaßnahme mit belastenden Filmausschnitten exponiert (Wagner, Heinrichs, Kerber et al., 2001). Eine einmalige Nachbesprechung nach der ersten Videopräsentation führte bei einer zweiten Präsentation eines anderen Films mit ähnlich belastenden Inhalten nach einer Woche zu einer höheren Stressreaktion und Symptombelastung als unter den Kontrollbedingungen. Feuerwehrleute, die an einer Nachbesprechung teilnahmen, beurteilten diese allerdings als positiv.

Einen ähnlichen Sensibilisierungseffekt dürfte auch das populär gewordene „Critical Incident Stress Management“ (häufig kurz „Debriefing“ oder „Einsatznachsorge“ genannt) erzielen. In mehreren Meta-Analysen zeigte sich, dass keine nachhaltige Verbesserung, weder der posttraumatischen noch der allgemeinen Symptomatik, im Vergleich zu Personen ohne Intervention eintrat (Mitte, Steil & Nachtigall, 2005). Einzelne Studien berichten von einer Verschlechterung der Behandlungsgruppe, was als ein Hinweis auf einen differenziellen Effekt gewertet werden kann (Bisson, Jenkins, Alexander & Bannister, 1997; Mayou, Ehlers & Hobbs, 2000). Beispielsweise verblieben in der Studie von Mayou et al. (2000) bei behandelten Personen mit ausgeprägter posttraumatischer Symptomatik nach drei Jahren die Beschwerden auf einem hohen Niveau. Unbehandelte Personen mit gleicher Ausgangsbelastung remittierten und

glichten sich den gering Belasteten an. Insbesondere von Frühinterventionen, die verpflichtend auferlegt werden oder die unbelastete Personen in die Gruppe integrieren, wurde abgeraten (Rose, Bisson & Wessely, 2003). Das vom Bundesministerium des Inneren geförderte Forschungsprojekt zur Prävention von Belastungsstörungen im Einsatzwesen ([www.praevention-im-einsatz.wesen.de](http://www.praevention-im-einsatz.wesen.de)) untersucht differentielle Effekte unterschiedlicher Formen des Debriefings. Ethisch ist es bedenklich, wenn in der Praxis weiterhin Debriefings oder gar wissenschaftlich nicht untersuchte Verfahren (z.B. Krüsmann & Müller-Cyran, 2005) durchgeführt werden.

## 4. Psychosoziale Notfallversorgung in Niedersachsen – der Entwurf eines Präventionskonzeptes

Das Bundesland Niedersachsen ist flächenmäßig das zweitgrößte Bundesland und zeichnet sich durch eine geringe Einwohner- bzw. Psychotherapeutendichte aus. Über 8 Mill. Einwohner werden gegenwärtig von ca. 1000 Psychologischen und ca. 1200 Ärztlichen Psychotherapeuten versorgt. Für Kinder stehen nur knapp 300 Psychotherapeuten zur Verfügung. Eine notfallpsychotherapeutische analog der engen notfallmedizinischen Versorgung ist personell kaum möglich und würde auch nur in Konkurrenz zu etablierten Helfern, insbesondere den Notfallseelsorgern, treten. Entgegen den Empfehlungen von Beerlage et al. (2006), die sich an dem älteren Präventionskonzept von Caplan (1964) anlehnen, orientiert sich das folgende Versorgungskonzept an dem Vorschlag des „Comitée on Prevention of Mental Disorders“ des National Institutes of Medicine der USA (Munos, Mrazek & Haggerty, 1996). An die Allgemeinbevölkerung und Multiplikatoren richten sich universelle Maßnahmen, die in erster Linie leicht zugängliche und verständliche Informationen meist über Medien vermitteln. Beispiele sind Anti-Raucher- oder AIDS-Kampagnen. Selektive Interventionen werden bei Risikogruppen durchgeführt, die eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Erkrankung aufweisen. Hierzu zählen Förderprogramme für Frühgeborene oder Kampagnen zum Gebrauch von Verhütungsmitteln bei Jugendlichen. Indizierte

Maßnahmen richten sich an Personen, die bereits Symptome aufweisen, die Kriterien einer Erkrankung aber noch nicht erfüllen. Beispielsweise wäre bei erhöhtem Alkoholkonsum eine motivationale Gesprächsführung angezeigt, die von Hausärzten oder Beratern durchgeführt wird. Die sekundäre Prävention beschreibt die Behandlung bei bereits aufgetretener Erkrankung. Ein umfassendes Versorgungskonzept auf diesen verschiedenen Ebenen versucht das ökonomisch und personell zu verstehende Prinzip zu verwirklichen: „So viel wie nötig, so wenig wie möglich“!

### **Ebene 1: Universelle Prävention**

Die Mehrheit der Bevölkerung schafft es, sich nach einem traumatischen Ereignis selbst zu regulieren – ohne professionelle Hilfe. Entsprechend gehen die meisten Betroffenen davon aus, dass sie keiner psychologischen Unterstützung bedürfen. Sie beurteilen schriftliche Informationen in leicht verständlicher Form über typische Erlebnisprozesse, Bewältigungsstrategien und Betreuungsangebote jedoch als sehr hilfreich (deWolfe, 2000; <http://www.mentalhealth.samhsa.gov>). Das National Center for Post-traumatic Stress Disorder (NCPTSD; <http://www.ncptsd.org>) und das National Child Traumatic Stress Network (NCTSN; <http://www.nctsn.org>) bieten anlässlich der Hurrikans Katrina und Rita didaktisch aufgearbeitete und auf dem aktuellen Forschungsstand beruhende Materialien kostenfrei an. Einige dieser Materialien werden durch die Internet-Seite der Psychotherapeutenkammer Niedersachsens deutschsprachig zugänglich gemacht (<http://www.pk-nds.de>):

- Hinweise zur Förderung der sozialen Unterstützung als ein wesentlicher Schutzfaktor
- Hinweise für den Umgang mit Vorschulkindern, Schulkindern und Jugendlichen.

Diese wie folgende Materialien sollen die auftretenden Beschwerden normalisieren, erste Bewältigungsschritte anregen und die Maßnahmen folgender Präventionsebenen verknüpfen:

- Informationskärtchen, die am Einsatzort von Polizei, Einsatz- oder PSU-Kräften

an Opfer, Angehörige, Zeugen oder Hinterbliebene verteilt werden

- Hinweise für Berufsgruppen in der medizinischen Primärversorgung
- Hinweise zu typischen Beschwerden nach belastenden Ereignissen
- ausführliche Informationsbroschüre über mögliche Beschwerden (Ehlers, 1999).

Alle Materialien sind mit einer Kontaktadresse der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen versehen, so dass eine Verbindung zu einem ortsnahe qualifizierten Psychotherapeuten vermittelt werden kann. Wünschenswert wäre eine 24-Stunden-Hotline der zukünftigen Landeszentralstelle PSNV und Materialübersetzungen in weitere Sprachen für Migranten, Asylsuchende und andere Bevölkerungsgruppen.

Epidemiologische Forschung konnte zeigen, dass die Diagnose einer PTBS stark unterschätzt wird, wenn Interviewer nicht direkt nach traumatischen Erfahrungen fragen (Solomon & Davidson, 1997). Daher enthalten die Hinweise für Berufsgruppen in der medizinischen Primärversorgung zusätzlich ein Screening-Instrument. Spezifische Informationen zur PTBS können zusätzlich auf der Internet-Seite der International Society of Traumatic Stress Studies (<http://www.istss.org>) abgerufen werden.

Die universelle Präventionsebene dient auch der Vernetzung mit Multiplikatoren und Einrichtungen. Hierzu zählen insbesondere chirurgische und internistische Abteilungen, Erziehungsberatungs- oder Beratungs- und Interventionsstellen für Opfer häuslicher Gewalt (BISS), Schulen und kirchliche Institutionen. Die Materialien könnten durch Zeitungen, Fachzeitschriften, Bekanntgaben und Verordnungen bekannt gemacht werden.

### **Ebene 2: Selektive Prävention**

Die im Folgenden vorgeschlagenen Maßnahmen der sekundären Prävention entsprechen der innerbetrieblichen Gesundheitsförderung mit dem langfristigen Ziel der Erhaltung der Einsatzfähigkeit. Aus dem gegenwärtigen Wissen über traumatische Ereignisse könnte den Hilfs- und Rettungsorganisationen sowie den staatlichen Organen eine rechtliche Verpflichtung zur

#### **Workshop**

## **Verhaltenstherapie für Essstörungen**

**Der transdiagnostische Ansatz mit Professor Christopher Fairburn, Universität Oxford**

**11./12. November 2006  
Hamburg**

In dem Zwei-Tage-Workshop stellt Professor Fairburn sein neues integratives kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm zur Behandlung von Essstörungen vor. Im Gegensatz zu früheren Programmen eignet sich das Behandlungsverfahren zur Behandlung aller Formen von Essstörungen, die in der Praxis relevant sind (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und verschiedene Formen atypischer Essstörungen). Es ist somit „transdiagnostisch“. Weiterhin werden in dem Programm nicht nur zentrale Bereiche des Essverhaltens behandelt, sondern auch häufige, assoziierte Problembereiche bei Essstörungen wie Partnerschaftsprobleme, niedriges Selbstwertgefühl, Perfektionismus und Emotionsvermeidung angesprochen.

#### **Über den Workshopleiter**

Professor Fairburn ist einer der international bedeutendsten Experten im Bereich der Essstörungenbehandlung. Ein Großteil der Evidenzbasierung im Bereich verhaltenstherapeutischer Essstörungenbehandlung ist seiner Forschergruppe in Oxford und den von ihm entwickelten Manualen zuzuschreiben. Professor Fairburn ist aber nicht nur ein sehr produktiver Wissenschaftler, er ist auch ein engagierter und geschickter Psychotherapeut, der einer kreativen Fortentwicklung der psychotherapeutischen Methoden verpflichtet ist.

**Teilnahmegebühr: 240 Euro**

#### **Anmeldung:**

**DVT – Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie**

Salzstraße 52, 48143 Münster  
Telefon 0251-44075

[dvt@verhaltenstherapie.de](mailto:dvt@verhaltenstherapie.de)



Fürsorge erwachsen (vgl. § 611 in Verbindung mit § 242, § 618 BGB). Die Maßnahmen dienen dem Gesundheitsschutz (§ 3 ArbSchG) und der Verhütung von Berufskrankheiten (§ 21 SGB VII). Es ist zu prüfen, ob auch psychosoziale Maßnahmen zur Unterweisungspflicht (§ 12 ArbSchG) des Arbeitgebers gehören. Maßnahmen zur Verhütung von Berufskrankheiten könnten auch Unfallversicherungsträgern vorgeschrieben werden (§ 15 SGB VII) oder sich aus teilweise landesspezifischen Vorschriften des Rettungswesens (z.B. Gesetz über den Feuerschutz und die Hilfeleistung in NRW, Dienstvorschrift 100) ergeben.

Die folgenden Maßnahmen zur selektiven Prävention sind auf der Ebene des Landes, der Organisation und der Einsatz- und PSU-Kräfte langfristig vor einem Einsatz durchzuführen. Auf der Landesebene wird empfohlen, eine Landeszentralstelle PSNV einzurichten (Beerlage et al., 2006). Deren Mitarbeiter sollten gleichzeitig als ständige Fachberater PSU Teil des administrativen organisatorischen Krisenstabs sein und mit der Einsatzvorbereitung PSU betraut werden (vgl. Kasten 1). Damit wird die PSNV den landesspezifischen Bestimmungen des Katastrophenschutzes bzw. in polizeilichen Lagen den Behörden unterstellt. Im Einsatzfall muss zukünftig ausgeschlossen werden, dass PSU-Anbieter willkürlich und ohne Steuerung durch die Einsatzleitung bzw. den Krisenstab operieren.

Bereits eine gute Vorbereitung auf Einsätze sowie eine gezielte Personalführung am Einsatzort tragen zur Reduktion von Beschwerden und Fehlzeiten nach dem Einsatz bei (Alexander & Wells, 1991). Für Großschadens- und Katastrophenlagen wurden bereits Organisationsrichtlinien entwickelt, die der Entwicklung einer ABS entgegen wirken sollen (deWolfe, 2000; Young, Ford, Ruzek et al., 1998; vgl. Kasten 2).

Höchste Priorität wurde in den Empfehlungen für Standards in der PSNV der Aus-, Fort- und Weiterbildung eingeräumt (Beerlage et al., 2006), die in Kooperation mit dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe länderspezifisch angeboten werden müsste. Als Mindeststandard sollten alle Einsatz- und PSU-Kräfte an Trai-

### **Kasten 1: Einsatzvorbereitung der psychosozialen Unterstützung (PSU)**

- Kapazitätsberechnungen von PSU-Kräften
- Ausbildung und Aktivierung von PSU-Kräften
- Einrichtung einer ständigen Hotline/Vorbereitung von Flyern
- Planung einer Informations- und Koordinierungsstelle
- Unterstützung operativ-taktischer Führungsstäbe in administrativen Angelegenheiten
- Kontakt zur Bundes-Task-Force PSU
- Liste von qualifizierten Psychotherapeuten für die sekundäre Prävention
- Pflege der Datenbanken.

nings zur Psychologischen Ersten Hilfe verpflichtend teilnehmen (Lasogga & Gasch, 2002; NCPTSD, <http://www.ncptsd.org>). Für den Rettungsdienst liegen der Entwurf eines Ausbildungscurriculums mit 100 Unterrichtseinheiten (Bengel, 1997) und das Konzept einer kontinuierlichen Praxisbegleitung (Bengel, 2001) vor, die für andere Berufsgruppen adaptiert werden könnten. Die regelmäßige und verpflichtende Praxisbegleitung nach den Einsätzen könnten verschiedene Berufsgruppen mit einer Zusatzqualifikation in Supervision übernehmen.

### **Ebene 3: Indizierte Prävention**

Die im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich höheren Prävalenzraten der berufsbedingten Risikogruppen sollten zur Folge haben, dass speziell qualifizierte Personen mit der alleinigen Aufgabe betraut werden, die psychosoziale Gesundheit der Einsatzkräfte zu überwachen. Im Falle einer Großschadens- und Katastrophen- bzw. polizeilichen Lage sollte ein Fachberater PSU im operativ-taktischen Führungsstab vertreten sein. Wünschenswert wäre, dass am Einsatzort interdisziplinär besetzten Koordinationsteams (Feuerwehr, Notfallseelsorge und -psychotherapeut) und ihnen unterstellten PSU-Assistenten und -helfern (analog den Rettungsassistenten und -helfern) die Versorgung von Betroffenen, Angehörigen und Hinterbliebenen

obliegt. Ein PSU-Team sollte auf dem Serviceplatz der Einsatzkräfte etabliert werden, welches einen arbeitspsychologischen und einen klinischen Auftrag erhält (deWolfe, 2000; Hodgkinson & Stewart, 1998; Seynaeve, 2001): Einerseits müssen angesprochene Organisationsrichtlinien überwacht, der Bedarf an PSU-Kräften abgeschätzt und Informationen gefiltert an den Fachberater im Führungsstab weitergeleitet werden. Andererseits sollten in einem geschützten Gesprächsraum die psychosoziale Belastung und daraus resultierende Funktionseinschränkungen aller Einsatz- und PSU-Kräfte regelmäßig eingeschätzt werden. Die Expertise für diagnostische Screenings weisen insbesondere psychologische Psychotherapeuten auf. Ihnen fehlt aber derzeit häufig die Feldkompetenz und der organisatorische wie finanzielle Rahmen für ihr Handeln.

### **Ebene 4: Sekundäre Prävention**

Erst wenn Beschwerden einer ABS und/oder anderer psychischer Störungen nach einigen Wochen bei Einsatz- und PSU-Kräften persistieren, besteht gegenüber den Unfallversicherungen ein Versorgungsanspruch (§ 1, Abs. 2 SGB VII), der Psychotherapie als Heilbehandlung einschließt (§§ 26 ff. SGB VII in Verbindung mit § 26 Abs. 2 SGB IX) und frühzeitig zu gewähr-

### **Kasten 2: Wesentliche Bestandteile von Organisationsrichtlinien**

- klare Zielsetzung und Absprachen zwischen beteiligten Organisationen,
- Training, Orientierung und Einweisung aller Mitarbeiter,
- Einsatz von 2-Personen-Teams mit regelmäßiger Rotation,
- Schichtdauer von 12 Stunden mit jeweils 12-stündiger Unterbrechung,
- tägliche (positive) Rückmeldung,
- Betreuung durch psychotraumatologisch geschulte Experten (Überwachung der Funktionsfähigkeit, Praxisbegleitung),
- formale Beendigung des Einsatzes mit Würdigung der Arbeit und Möglichkeit der Kritik,
- Demobilisierung und Reintegration in die normale Arbeit.

leisten ist (§ 34 SGB VII). Für Opfer, Zeugen oder Hinterbliebene kann ebenfalls gegenüber Unfallversicherungen und Krankenkassen ein Anspruch auf Behandlung geltend gemacht werden. Laut Psychotherapeutengesetz (PsychThG) ist die Behandlung von psychischen Störungen mit wissenschaftlich anerkannten Verfahren ausschließlich ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten vorbehalten. Leider ist eine Weitervermittlung betroffener Einsatzkräfte und Opfer, Zeugen oder Hinterbliebener bislang nicht geregelt.

Bei der Registrierung von Psychotherapeuten nach dem Seebeben in Südostasien wurde deutlich, dass in bestimmten Regionen eine ortsnahe Versorgung nicht gewährleistet ist, so dass zukünftig psychotraumatologische Zusatzqualifikationen gefördert werden sollten. Psychotherapeuten mit ausreichender Qualifikation könnten zukünftig dem deutschen Notfallvorsorge-Informationssystem (deNIS) oder einer zukünftigen PSNV-Datenbank (Beerlage et al., 2006) gemeldet werden.

Als indizierte Präventionsmaßnahme sollte eine nachweislich effektive und ökonomische Frühintervention bei ABS durchgeführt werden. Die Befunde verschiedener Arbeitsgruppen sprechen für eine kognitiv-behaviorale Frühintervention (NICE, 2005; dt. Übersicht: Michael, Munsch & Lajtman, im Druck). Beispielsweise bewährte sich bei Opfern von Verkehrsunfällen und Überfällen eine Intervention mit 5 bis 6 Einzelsitzungen von eineinhalbstündiger Dauer (Bryant, Harvey, Dang et al., 1998; Bryant, Moulds, Guthrie & Nixon, 2003b bzw. Bryant, Sackville, Dang et al., 1999; Bryant, Moulds & Nixon, 2003a). In der ersten Studie erfüllten 8% der Behandlungsgruppe nach der Intervention die Kriterien einer PTBS im Vergleich zu 83% der Gruppe mit unspezifischer Behandlung. Nach 6 Monaten lag die Häufigkeit der PTBS bei 17% vs. 67% und blieb auch nach 4 Jahren weitgehend stabil. Die strukturierte Behandlung umfasst gängige Interventionen, die in der sekundären Prävention von PTBS bereits als evidenzbasierte Behandlung gelten.

Zur Behandlung der PTBS sollten vorrangig Verfahren verwendet werden, die international anerkannte Arbeitsgruppen als evidenzbasiert eingeschätzt haben (Chambless & Ollendick, 2001) und die nachweislich effektiv sind (NICE, 2005). Beispielsweise erbrachte eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit spezifischer Therapieformen in der PTBS-Behandlung, dass 4 Monate nach Beendigung der Behandlung die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit der breitesten Datenbasis eine gemittelte Effektstärke von 1,6, gefolgt von dem „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ (EMDR) mit einer Effektstärke von 1,3 erreichte (Van Etten & Taylor, 1998). Effektstärken sagen aus, um wie viele Standardabweichungen der Mittelwert der Behandlungsgruppe nach der Therapie vom Mittelwert der Kontrollgruppe entfernt liegt. Zum Vergleich: Die Chemotherapie bei Brustkrebs erreicht eine Effektstärke von 0,08 bis 0,11! Insgesamt kann von einer Besserungsrate von 85% und einer Abbrecherrate von ca. 15% bei diesen spezifischen Therapieformen ausgegangen wer-

**STUTTGARTER THERAPIETAGE**  
2006

**Update Psychotherapie**

29. 09. bis 03. 10.2006

**Vorträge**

- \_ Das Trauma überwinden \_ Bindung in der Praxis
- \_ Werteorientierte Therapie \_ Interdisziplinäre Schmerztherapie
- \_ Humor in der Pädagogik

**Seminare** u.a. zu den Themen:

- \_ Achtsamkeit \_ Familienaufstellung \_ Hypnose bei Kindern
- \_ Narrative Exposition \_ Supervision \_ Weisheitstherapie
- \_ Borderline und Essstörung \_ Prüfungswissen
- \_ Verbitterungsstörung \_ Stalking \_ Körpertherapie
- \_ Training emotionaler Kompetenz

**Referenten/innen**

F. Becker-Stoll, M. Berking, A. Buchheim, A. Castello, F. Dumbs, N. Grulke, T. Heidenreich, J. Hoffmann, J. Kriz, S. Mrochen, A. Mundt, F. Neuner, D. Regli, C.E. Scheidt, R.F. Sonntag, S. Sulz, R. Tausch u. v. m.

Programm und weitere Informationen unter  
Telefon 07 11/966 96 92 oder unter  
[www.alber-stiftung.de](http://www.alber-stiftung.de)

**Gerhard-Alber-Stiftung**  
Christophstraße 8  
70178 Stuttgart  
Fon 07 11/966 96 92  
Fax 07 11/966 96 99  
[www.alber-stiftung.de](http://www.alber-stiftung.de)



**Deutsche Psychologen Akademie**  
GmbH des BDP  
Oberer Lindweg 2 53129 Bonn

Telefon 02 28 / 98731-28 Fax 02 28 / 98731-72  
E-Mail: [info@dpa-bdp.de](mailto:info@dpa-bdp.de) Internet: [www.dpa-bdp.de](http://www.dpa-bdp.de)



**Seminarangebote der DPA:**

**Kompaktfortbildung**  
**„Angewandte Gesundheitspsychologie“**

Leitung: Prof. Dr. Gert Kaluza, Dipl.-Psych. / Ort: Marburg  
Termin Kurs I: **23.-25.11.06** / Gesamtumfang: 140 UE

Diese Fortbildung ist eine fundierte praxisorientierte Qualifikation für eine eigenständige Tätigkeit als Trainer(in) und Berater(in) im Bereich der psychologischen Gesundheitsförderung.

**Fortbildungscurriculum Familien-Mediation**

Leitung: Heiner Krabbe, Dipl.-Psych. / Ort: Raum Duisburg  
Termin Kurs A: **23.-25.11.06** / Gesamtumfang: 140 Zeitstunden

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

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

Bitte senden Sie mir das Programm der DPA.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

PTJ06.06



den. Der direkte Vergleich von KVT und EMDR ergab keinen Unterschied (NICE, 2005).

## 5. Schlussfolgerungen

Gemäß diesem Versorgungskonzept üben Psychotherapeuten nicht nur ihre heilkundliche Tätigkeit in der sekundären Prävention aus, sondern werden auch zur selektiven sowie indizierten Prävention eingesetzt. Leider muss die Akzeptanz in Deutschland unter etablierten Helfern und ihren Führungskräften trotz fachwissenschaftlichen Erkenntnissen und guten internationalen Erfahrungen mit den beschriebenen Maßnahmen als gering eingeschätzt werden. Zwar grenzen die Empfehlungen für ein Netzwerk der PSNV die Handlungslogiken verschiedener Berufsgruppen ab, behandeln aber die praktischen Kompetenzen etablierter Helfer denen heilkundlich tätiger Psychotherapeuten gleichrangig (Beerlage et al., 2006). Eine Analogie zur Notfallmedizin soll den Konflikt in der PSNV verdeutlichen: Lebensrettende Sofortmaßnahmen sollten medizinische Laien, Rettungssanitäter sowie Feuerwehrleute durchführen können; bestimmte notfallmedizinische Maßnahmen sind dem Notarzt vorbehalten. Welche Stellung soll der heilkundlich tätige Psychotherapeut in der psychosozialen „Rettungskette“ übernehmen? Es besteht gegenwärtig die Gefahr, dass der Status quo festgeschrieben und die Expertise einer Berufsgruppe letztlich kaum genutzt wird. Umgekehrt müssen sich Psychotherapeuten in der hierarchischen Struktur des Rettungs- und Katastrophenwesens unter- und in die etablierten PSU-Kräfte einordnen. Dies kann nur mit ausreichender organisatorischer Kenntnis sowie annehmbarer Feld- und Methodenkompetenz gelingen, die zu Recht bei einer zukünftigen Akkreditierung zu einer PSU-Kraft gefordert werden wird.

Aus den heterogenen Erfahrungen der Vergangenheit mit psychosozialen Interventionen sollte eine begleitende Forschung selbstverständlich unterstützt werden. Unmittelbar im Anschluss an das traumatische Ereignis sollen gezielte Informationen die individuellen Ressourcen und die soziale Unterstützung betroffener Personen aktivieren. Die Akzeptanz und Wirkung der Flyer, insbesondere der für Kinder und Jugendli-

che, sollten in einer breiteren Kampagne überprüft werden. Unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten sind personalintensivere Maßnahmen nur gestuft und bei Vorliegen einer Indikation durchzuführen. Aus der Fürsorgepflicht für berufsbedingte Risikogruppen und Personen mit persistierender Symptomatik ergibt sich die Einführung der beschriebenen Schulungs- und Arbeitsschutzmaßnahmen sowie einer effektiven Frühintervention. In einer Pilotphase sollten adaptierte Curricula-Entwürfe von geschulten Einsatzkräften und Psychotherapeuten unter wissenschaftlicher Begleitung umgesetzt werden. Der Einsatz der kognitiv-behavioralen Frühintervention einige Wochen nach dem traumatischen Ereignis hat sich international als Erfolg versprechendes Verfahren erwiesen. Daher sollten Psychotherapeuten in dieser Intervention geschult werden und ein schnell aktivierbares Netzwerk in Deutschland bilden.

Die Empfehlungen für Standards und den Aufbau eines Netzwerk der PSNV decken sich in vielen Punkten mit den Empfehlungen, die nach dem Zugunglück im niedersächsischen Eschede ausgesprochen wurden (Bengel, 2001, S. 200). Hervorgehoben wurde damals auch die Information und Aufklärung von Vorgesetzten, die Implementierung und die Evaluation von wissenschaftlich begründeten Konzepten zur Organisation von psychosozialer Nachsorge im internationalen Austausch. Nur durch eine gemeinsame Anstrengung eines Netzwerks aus Hilfsorganisationen, staatlichen Einrichtungen der Länder und des Bundes, der Unfall- und Krankenkassen bzw. den Berufsgenossenschaften sowie Experten im Bereich der Psychotraumatologie kann es gelingen, diese Empfehlungen für Standards zu konkretisieren und umzusetzen. Ansonsten werden weiterhin Opfer wie Helfer unnötig geschädigt und Gelder für ineffektive Maßnahmen verschwendet.

## Literatur

Alexander, D. & Wells, A. (1991). Reactions of police officers to body handling after a major disaster: A before and after comparison. *British Journal of Psychiatry*, 159, 547-555.

Beerlage, I., Hering, T., Nörenberg, L. & Springer, S. (2006). *Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein*

*Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung*. (Schriftenreihe Zivilschutzforschung – Neue Folge 57). Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Bonn: BBK.

Bengel, J. & Carl, C. (1997). Psychologische Aus- und Fortbildung. In J. Bengel (Hrsg.), *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. (S. 387-393). Berlin: Springer.

Bengel, J. (2001). Psychologische Maßnahmen für Einsatzkräfte bei Katastrophen: Das Zugunglück in Eschede. In A. Maerker & U. Ehler (Hrsg.), *Psychotraumatologie*. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie (S. 186-199). Göttingen: Hogrefe.

Brewin, C.R., Andrew, B. & Valentine, J.D. (2000). Metaanalysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.

Bisson, J., Jenkins, P., Alexander, J., Bannister, C. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *Journal of British Psychiatry*, 171, 78-81.

Bryant, R.A. (2003). Early predictors of Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 789-795.

Bryant, R.A., Harvey, A.G., Dang, S.T., Sackville, T. & Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 682-866.

Bryant, R.A., Sackville, T., Dang, S.T., Moulds, M. & Guthrie, R.M. (1999). Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive-behavioral therapy and supportive counselling. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1780-1786.

Bryant, R.A., Moulds, M. & Nixon, R.V. (2003a). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a four-year follow-up. *Behavior Therapy and Research*, 41, 489-494.

Bryant, R.A., Moulds, M., Guthrie, R.M. & Nixon, R.V. (2003b). Treating acute stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 160, 585-587.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books

- Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- DeLisi, L.E., Maurizio, A., Yost, M., Papparozi, C.F., Fulchino, C., Katz, C.L., Altesman, J., Biel, M., Lee, J. & Stevens, P. (2003). A survey of New Yorkers. After the Sept. 11, 2001, terrorist attacks. *American Journal of Psychiatry*, 16, 780-783.
- DeWolfe, D. (2000). *Field manual for mental health and human service workers in major disasters*. US Department of Health and Human Services. Washington DC. <http://www.mentalhealth.samsha.gov>.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Hodgkinson, P.E. & Stewart, M. (1998). *Coping with disaster. A handbook of psychological aftercare*. London: Routledge.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Krüsmann, M. & Müller-Cyran, A. (2005). *Trauma und frühe Interventionen. Möglichkeiten und Grenzen von Krisenintervention und Notfallpsychologie*. München: Klett-Cotta.
- Lasogga, F. & Gasch, B. (2002). *Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. Kompensation eines Defizits*. (3. überarb. Aufl.). Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Michael, T., Munsch, S. & Lajtman, M. (im Druck). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Frühinterventionen nach Traumatisierung: Übersicht und Evaluation. *Verhaltenstherapie*.
- National Institut for Health and Clinical Excellence (NICE) (2005). *Post-traumatic stress disorder*. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: Gaskell/ British Psychological Society. <http://www.nice.org.uk>.
- Norris, F.H., Byrne, M., Diaz, E. (2002). *50.000 disaster victims speak : An empirical review of the empirical literature, 1981-2001*. National Center of PTSD and The Center for Mental Health Services. White River Junction and Rockville.
- Mayou, R., Bryant, B. & Ehlers, A. (2001). Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1231-1238.
- Mayou, R.A., Ehlers, A. & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589-593.
- Mitte, K., Steil, R. & Nachtigall, C. (2005). Eine Meta-Analyse unter Einsatz des Random Effects-Modells zur Effektivität kurzfristiger psychologischer Interventionen nach akuter Traumatisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34, 1-9.
- Munos, R.F., Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (1996). Institute of Medicine report on prevention of mental disorders. *American Psychologist*, 51, 1116-1122.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Rose, S., Bisson, J. & Wessely, S. (2003). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Update Software, Oxford, UK.
- Rothbaum, B.O. & Davis, M. (2003). Applying learning principles to the treatment of post trauma reaction. *Annals of the New Yorker Academy of Sciences*, 1008, 112-121.
- Seynaeve, G.J.R. (2001). *Psycho-social support in situations of mass emergency*. A European policy paper concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for people involved in major accidents and disasters. Brussels: Belgium Ministry of Public Health.
- Shalev, A.Y. (2002). Acute Stress Reactions in adults. *Biological Psychiatry*, 51, 532-543.
- Solomon, S.D. & Davidson, J.R.T. (1997). Trauma: prevalence, impairment, service use and cost. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 5-11.
- Teege, F. (2003). *Posttraumatische Belastungsstörung bei gefährdeten Berufsgruppen*. Bern: Huber.
- Van Etten, M.L. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder. A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Wagner, D., Heinrichs, M. & Ehler, U. (1998). Prevalence of symptoms of posttraumatic stress in German professional firefighters. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1727-1732.
- Wagner, D., Heinrichs, M., Kerber, U., Wingenfeld, K., Hellhammer, D.H. & Ehler, U. (2001). Wirkfaktoren der Prävention sekundärer posttraumatischer Belastungsstörungen bei Hochrisikopopulationen. In A. Maerker & U. Ehler (Hrsg.), *Psychotraumatologie*. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie (S. 210-224). Göttingen: Hogrefe.
- Young, B.H., Ford, J.D., Ruzek, J.I., Friedman, M.J. & Gusman, F.D. (1998). *Disaster mental health service*. A guidebook for clinicians and administrators. National Center for PTSD. Palo Alto. <http://www.ncptsd.org>.

#### Dr. Christoph Kröger

Beauftragter der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen für die Notfallpsychotherapie  
Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie Braunschweig  
Konstantin-Uhde-Straße 4  
38106 Braunschweig  
c.kroeger@tu-bs.de



# Körperpsychotherapie – Teil 1

## Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie

Ulfrid Geuter

**Zusammenfassung:** Der Aufsatz bestimmt am Anfang den Ort der Körperpsychotherapie im Spektrum der psychotherapeutischen Ansätze und skizziert ihre therapeutischen Potenziale. Im Weiteren untersucht er die Frage, inwieweit die Ergebnisse von Säuglingsforschung, Bindungsforschung und Hirnforschung wissenschaftlich den Ansatz der Körperpsychotherapie unterstützen. Die entsprechende Forschung legt nahe, dass eine Psychotherapie ohne Körper dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht mehr entspricht.

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

Dieser Teil des Aufsatzes, der auch die Verbindung zur Hirnforschung herstellt, wird im nächsten Heft veröffentlicht.

*„Seiner [Schopenhauers] Meinung nach hatte Kant eine wichtige Quelle von Informationen über die wahrgenommene (die phänomenale) Welt übersehen: unseren eigenen Körper! Körper sind materielle Objekte. Sie existieren in Zeit und Raum. Und wir alle besitzen ein außerordentlich reiches Wissen über unsere Körper – ein Wissen, das nicht auf unserem Wahrnehmungs- und Begriffssystem basiert, sondern direkt aus unserem Inneren stammt, von Gefühlen herrührt... Wir können uns von innen erkennen... Wir verfügen über ein direktes Wissen, das nicht von unseren Wahrnehmungen abhängt.“*

**Irvin Yalom, Die Schopenhauer-Kur**

Die Körperpsychotherapie wurde von der psychologischen akademischen Forschung lange Zeit wenig beachtet. In jüngerer Zeit aber mehrten sich von verschiedenen Seiten die Argumente und Aufforderungen dafür, den Körper mehr in die Psychotherapie einzubeziehen. Dies hat in Deutsch-

land bereits einen Niederschlag in zahlreichen körperpsychotherapeutischen, tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Fachtagungen zu diesem Thema gefunden<sup>1</sup>. Ein „Handbuch der Körperpsychotherapie“ (Marlock & Weiss, i. Dr.) und ein Handbuch zur Diagnostik von Körpererleben und Körperbild (Joraschky, Loew & Röhrich, i. Dr.) sind gerade im Druck. Im angloamerikanischen Sprachraum findet sich eine ähnliche Entwicklung. Schon seit längerem gibt es dort auch eine Diskussion über Berührung in der Psychotherapie, die hierzulande noch kaum rezipiert wird (Fosshage, 1994, 2002; Goodman & Teicher, 1988; Horton, Clance, Sterk-Elifson & Emshoff, 1995; Kertay & Reviere, 1993; Moser, 2002; Smith, Clance & Imes, 1998).

In der Psychoanalyse wird seit einiger Zeit diskutiert, inwieweit so genannte *enactments* therapeutisch genutzt werden können. Dabei geht es um die Tatsache, dass sich Patient und Psychotherapeut „in ein bestimmtes, körperlich-gestisch dargestell-

tes Verhältnis zueinander [setzen], ohne dass sie das in diesem Moment selbst bemerken müssten“ (Streeck, 2004, S. 44). In solchen flüchtigen szenischen Darstellungen werden körpersprachliche Hinweise auf den psychodynamischen Hintergrund der Störung eines Patienten gesehen (Streeck, 2005, S. 47). Insbesondere Patienten mit „basalen Entwicklungsstörungen“ stellen Streeck (2004, S. 13, 49) zufolge ihre Schwierigkeiten in nicht-sprachlicher Interaktion dar und lassen sich über die symbolische Bedeutung von Worten nicht erreichen. Heisterkamp (2002, 2004) hat diesen Ansatz ausgearbeitet und betrachtet die Arbeit mit Enactments als ein drittes mögliches analytisches Behandlungsprinzip neben der Deutung und der Arbeit mit der Beziehung. Die in einer Inszenierung zum Ausdruck gebrachten unbewussten Bedeutungen sollen in der Therapie erfahren und bearbeitet werden. Dies führe oft zu einem Verstehen aus dem

<sup>1</sup> Die Lindauer Psychotherapiewochen 2006 haben als Leitthemen „Berühren und berührt werden“ sowie „Bewegen und sich bewegen lassen“. 2004 tagte in Weimar die Sektion „Analytische Körperpsychotherapie“ der DGAPT zum Thema „Der Körper in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie“. 2001 fand in Bad Dürkheim die Fachtagung des IFKV zum Thema „Die Verhaltenstherapie und der Körper - eine Beziehung mit Zukunft?“ statt, 2004 in München eine vom Centrum für Integrative Psychotherapie, der Bayerischen Akademie für Psychotherapie, der DÄVT und der DFT gemeinsam veranstaltete Tagung zum Thema „Die Psychotherapie entdeckt den Körper“. Seit Jahren finden in Berlin und Bonn Fachtagungen der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK) und des Deutschen Instituts für tiefenpsychologische Ausdrucks- und Tanztherapie (DITAT) sowie in Wien die Symposien „Psychoanalyse und Körper“ statt.

Moment heraus („präsentisches Verstehen“ an Stelle des klassischen repräsentischen Verstehens). Heisterkamp ermutigt die Patienten auch, ihr körperliches Erleben ohne Worte zu erkunden (2004, S. 156 ff). Der Ansatz wird durch die neuen Überlegungen von Daniel Stern (2005) zur Bedeutung des Gegenwartsmomentes für psychotherapeutische Veränderungen unterstützt. Stern argumentiert, dass es nicht nur Bedeutung im Sinne eines Verstehens gibt, das Erklärungen ermöglicht, sondern auch „Bedeutung im Sinne eines sich stetig vertiefenden Erlebens“ (Stern, 2005, S. 148).

Nicht allein aus der psychoanalytischen Diskussion, auch aus anderen Forschungsbereichen bezieht die Körperpsychotherapie heute eine unerwartete Unterstützung. In der Soziologie zum Beispiel wird bereits von einem „somatic turn“ gesprochen (Schroer, 2005). In der Postmoderne gewinnt Shilling (1993) zufolge der Körper mehr Bedeutung für die Identität. Gugutzer (2002) vertritt für die soziologische Theorie der Identität gegenüber narrativen Konzepten die Ansicht, dass die Selbstnarration als Basis biographischer Kontinuität nur dann identitätsstiftend sein kann, wenn diese an eine leiblich spürbare Gewissheit gebunden werde. Erst im Zusammenspiel von körperlichem Spüren und sprachlicher Reflexion entsteht das Gefühl der Gewissheit seiner selbst als Grundlage der Identität. Eine behandlungsleitende Annahme der Körperpsychotherapie taucht hier auf dem Gebiet sozialwissenschaftlicher Grundlagenforschung auf.

Insbesondere aber aus der Säuglingsforschung, der Emotionsforschung und der Hirnforschung mehren sich die Befunde dafür, dass eine Psychotherapie ohne Bezug auf den Körper einem Menschenbild folgt, das dem Stand der heutigen wissenschaftlichen Forschung nicht entspricht. Dies erklärt die neuere Rezeption schon seit langer Zeit bekannter körperbezogener Techniken in anderen Richtungen der Psychotherapie. Serge K. D. Sulz, Präsident der Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, schreibt zum Beispiel, die heutige neurobiologische Forschung sei „auf eine erstaunliche Weise exakt die wissenschaftliche Basis der Körpertherapie geworden“; der Körpertherapie werde daher künftig gegenüber

anderen Therapieansätzen ein größeres Gewicht zukommen (Sulz, 2005, S. 21f.).

Ich möchte in diesem Aufsatz einige Gedanken aus dieser neueren Forschung in ihrer Bedeutung für die Körperpsychotherapie und deren klinische Implikationen diskutieren. Zuvor werde ich auf einem historischen Hintergrund kurz den Ort der Körperpsychotherapie im paradigmatischen Feld der Psychotherapie skizzieren.

### **Körperpsychotherapie als Zweig der psychodynamischen Psychotherapie**

Zur Körperpsychotherapie zähle ich nur solche Ansätze, die über ein explizites Verständnis seelischer Veränderungsprozesse verfügen und solche Prozesse mit körperlichen und mit seelischen, d.h. sprachlichen Mitteln beeinflussen (Geuter, 2000a, S. 1176). Reine Körpertherapien, die ausschließlich mit Mitteln der Massage, Bewegung, Energiearbeit o.a. arbeiten, gehören nach diesem Verständnis nicht zur Körperpsychotherapie als Richtung der Psychotherapie hinzu. Historisch gesehen handelt es sich bei der Körperpsychotherapie um die zweitälteste Grundrichtung der Psychotherapie. Wilhelm Reich begründete sie nach den Abspaltungen von Adler und Jung als erste Abspaltung von der Psychoanalyse, die behandlungsmethodisch vollkommen neue Wege ging (Boadella, 1983; Geuter, 2000; Geuter & Schrauth, 1997), ehe Gestalttherapie, Gesprächstherapie und Verhaltenstherapie entstanden. Schon vorher hatte der Arzt Georg Groddeck in seinem Sanatorium eine Behandlungsweise praktiziert, in der er psychotherapeutische Gespräche mit Massagen verband. Der Psychoanalytiker Sándor Ferenczi hatte das körperliche Agieren von Patienten nicht als Abwehr gegen das Bewusstsein unbewusster Seeleninhalte gedeutet, wie Freud es tat, sondern als Ausdruck präverbaler oder präödipler Konflikte, Defizite und Traumatisierungen verstanden und der analytischen Arbeit zugänglich zu machen versucht. Reich (1933) arbeitete seine eigene charakteranalytische Theorie der Abwehr zu einer Theorie aus, die den Körper in die Diagnostik wie in die Behandlung einbezog. So stellte er fest, dass Mustern der seelischen Abwehr, die er „Charakterpanzer“ nannte, körperliche Spannun-

gen und Verpanzerungen entsprechen, ein „Körperpanzer“. Man könnte diese als Formen eines in den Muskeln „eingefleischten“, aber emotional aus den lebensgeschichtlichen Konflikten geprägten und verstehbaren körperlichen Habitus bezeichnen, der der Abwehr tiefer liegender negativer Emotionen und positiver Bedürfnisse dient. Reich ging davon aus, dass körperliche Verspannungen funktionell identisch mit seelischen Verdrängungen sind, insofern beide dazu dienen, unerwünschte Triebbedürfnisse abzuwehren. Schon Kinder würden lernen, ihre emotionalen Ausdrucksimpulse zu unterdrücken, indem sie Muskeln anspannen, beispielsweise die Lippen zusammenbeißen, die Gesäßbacken zusammendrücken und den Atem anhalten. Praxeologisch folgte Reich, dass es für die Arbeit am Widerstand förderlich sei, Patienten zu einer Vertiefung des Atmens und zum körperlichen Ausdruck zu ermutigen, weil dadurch eine Tür zur Erinnerung der einstmals unterdrückten Impulse geöffnet werde. Insbesondere ermutigte er die Patienten, auch aggressive und ängstliche Gefühle der negativen Übertragung auszudrücken. Die von ihm im norwegischen Exil entwickelte körperbezogene Psychotherapiepraxis nannte er „Vegetherapie“, weil er die Patienten zu vegetativer Lebendigkeit führen wollte. Bis heute ist „Vegetherapeut“ in Norwegen ein gängiger Fachbegriff.

Reich wollte Freuds erste Libidotheorie fort-schreiben. Die Stauung der Sexualenergie war für ihn die energetische Quelle der Neurose, deren inhaltliche Bestimmtheit er mit Freud in Konflikten der frühkindlichen Entwicklung sah. Daher glaubte er, dass der Neurose die energetische Quelle entzogen werden könnte, wenn ein Mensch fähig wäre, sich dem unwillkürlichen Fluss der vegetativen Erregung im sexuellen Akt völlig hinzugeben (Reich, 1927). Diese Betonung des befreienden Potenzials erfüllter Sexualität führte zu einer Renaissance von Reichs Schriften in der Hippie- und Studentenbewegung.

Wie Henry Bergson mit der Theorie des *élan vital*<sup>2</sup> – sein Buch „Die seelische Energie“ erschien 1928 in Deutschland – suchte Reich nach einer allgemeinen

2 Ähnlich vertrat seinerzeit C.G. Jung eine Vorstellung von Libido als einer allgemeinen psychischen Energie.

schöpferischen Lebenskraft (Mannhart & Backhaus, 1993), die er später im US-amerikanischen Exil in einer noch nicht erklär-baren „Orgontheorie“ zu finden glaubte. Das Konzept einer Energie des Lebens kennzeichnete später zahlreiche neuere „neoreichianische“ Schulen, unter denen Alexander Lowens „Bioenergetik“ die bekannteste wurde.

Während Reich in der offiziellen Psychoanalyse geächtet wurde (vgl. Fallend & Nitzschke, 1997), wirkte sein Denken vor allem auf dem Umweg über die Humanistische Psychotherapiebewegung in die Psychotherapie hinein. „Die Bedeutung Reichs für die Gestalttherapie ... kann nicht hoch genug eingeschätzt werden“, schreibt Sreckovic (1999, S. 53). Perls übernahm Sreckovic zufolge von Reich unter anderem die Betonung der gesunden Aggression, die aktive Technik, die Achtsamkeit für Körperprozesse und das Konzept der „organismischen Selbstregulation“, das m.W. von Reich als erstem in die Psychotherapie eingeführt wurde und heute in systemtheoretischen Sichtweisen eine prominente Rolle spielt<sup>3</sup>. In den 70er Jahren wurden die Gedanken von Reich in den vielen Ansätzen einer erlebnisaktivierenden Psychotherapie in den USA rezipiert. Über den norwegischen Reich-Schüler Ola Raknes verbreiteten sie sich ferner in England, vor allem in der „Biosynthese“ von David Boadella (1991) und in der „Biodynamik“ von Gerda Boyesen (1987; vgl. Eberwein, 1996).

Zwei weitere Stränge der Körperpsychotherapie bildeten sich aus Reformgymnastik und Ausdruckstanz heraus (vgl. Geuter, 2000a, 2004; Trautmann-Voigt, 2003, S. 220ff). Zum einen handelt es sich hier um Richtungen, die mit der „konzentrativen“ körperlichen Erfahrung in der Bewegung und der organismischen Entspannung arbeiten, wie die im Gefolge der Arbeit von Elsa Gindler entstandene „Konzentrierte Bewegungstherapie“ und die „Funktionelle Entspannung“, zum anderen um die Tanztherapie. Diese Richtungen sehen ihre theoretischen Grundlagen wesentlich in der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie und der Gestaltkreislehre Viktor von Weizsäckers (Becker, 2001; v. Uexküll, Fuchs, Müller-Braunschweig &

Johnen, 1994), die Tanztherapie darüber hinaus in Bewegungslehren, die aus dem Tanz selbst entstammen (Voigt & Trautmann-Voigt, 2001). Sie sind heute in Deutschland im stationären Bereich von Psychosomatik (Geuter, 2002) und Psychiatrie etablierte Methoden.

In ihrer langen Geschichte behielten die verschiedenen Richtungen der Körperpsychotherapie weitgehend eine theoretische Anbindung an die psychoanalytische Theoriebildung bei. Man kann daher die Körperpsychotherapie zum Bereich der „tiefenpsychologischen Psychotherapie“ zählen, sofern man darunter im Sinne der Psychotherapierichtlinien solche Psychotherapieformen versteht, „mit welchen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt“ wird; aber auch der dortigen Definition von „analytischer Psychotherapie“, dass neben der Symptomatik auch der „neurotische Konfliktstoff und die zugrunde liegende neurotische Struktur“ unter Nutzung regressiver Prozesse behandelt werden (zit. nach Rudolf, 2001, S. 15), können sich viele Richtungen der Körperpsychotherapie anschließen. In der analytischen Körperpsychotherapie, für die im deutschsprachigen Raum Geißler (1998), Moser (2001) und Maaz (Maaz & Krüger, 2001) bekannt sind, werden körperbezogene Vorgehensweisen als hilfreiche methodische Erweiterungen im analytischen Vorgehen verstanden.

Neben den psychoanalytischen Theorien gingen in die Körperpsychotherapie vor allem Ideen der Humanistischen Psychotherapie ein, insbesondere die auf Abraham Maslow und Carl Rogers zurückgehende Orientierung an der Entwicklung des Selbst, an Wachstum statt an Defiziten und die von Rogers begründete akzeptierende, wertschätzende und empathische Haltung des Psychotherapeuten. Seit den siebziger Jahren kam es zu vielen Querverbindungen zwischen der Humanistischen Psychotherapie und der Körperpsychotherapie, die sich zum Beispiel in Gendlins Focusing niederschlugen (Gendlin, 1995).

Betrachtet man mit Kriz (2001) die Psychotherapie paradigmatisch als ein Feld,

das zwischen den vier theoretischen Grundorientierungen psychodynamisch, humanistisch, kognitiv-behavioral und systemisch aufgespannt ist, so findet die Körperpsychotherapie ihren Platz vor allem in der psychodynamischen Grundorientierung, aber an der Schnittstelle zur humanistischen. Sie fügt dieser Grundorientierung die Sichtweise hinzu, seelische Erkrankungen immer in einer Einheit von seelischen und körperlichen Erfahrungen und Prozessen zu betrachten. Von Uexküll und Wesiack (1990) folgend kann man sagen, dass menschliche Lebensprozesse in der Körperpsychotherapie auf verschiedenen Systemebenen betrachtet werden: einer vegetativen, einer animalischen und einer humanen<sup>4</sup>. Da die Körperpsychotherapie mit ihren Arbeitsweisen darauf zielt, neue emotionale Lernerfahrungen spürend und handelnd zu erschließen (und insofern immer am Konzept der korrigierenden emotionalen Erfahrung festhielt)<sup>5</sup>, lässt sie sich nach der „emotionalen Wende“ in der Verhaltenstherapie auch gut mit einem verhaltenstherapeutischen Vorgehen kombinieren (Görlitz, 2000). Die Effizienz dieser Verbindung haben Forster (2002) sowie Huber, Hauke, Ruppert und Zaudig (2005) in Studien nachgewiesen<sup>6</sup>. Von Seiten systemischer Psychotherapeuten werden ebenfalls Brückenschläge zur Körperpsychotherapie gesucht (von Ploetz, 1999; Sparrer & Varga von Kibéd, 1998).

3 Petzold, Sieper & Orth (i. Dr.) weisen darauf hin, dass heutzutage oft der aus der Physik stammende Begriff der „Selbstorganisation“ verwendet wird, demgegenüber sie den biologischen Begriff der „dynamischen Regulation“ bevorzugen, weil dieser eher lebendige biologische Systeme kennzeichnet. Dem schließe ich mich an.

4 Weniger ausgearbeitete Modelle aus der Biosynthese und der Biodynamik sind mit diesem Modell kompatibel (vgl. Geuter, 2000a).

5 Der Gedanke, dass emotionale Erfahrungen das Agens therapeutischer Veränderungen sind, geht auf Rank und Ferenczi zurück und wurde 1946 von Franz Alexander und Thomas French ausgearbeitet; in der Psychoanalyse lange Zeit abgelehnt, wird er in jüngster Zeit dort neu gewürdigt.

6 Monsen und Mosen (2000) zeigten in einer randomisierten Studie an Schmerzpatienten, dass die Verbindung einer psychodynamischen Behandlung mit körperbezogenen Techniken die Wirksamkeit steigert. – Auf die Forschung zur Wirksamkeit der Körperpsychotherapie kann ich in diesem Aufsatz nicht eingehen. Vgl. hierzu als neue Übersicht Loew, Tritt, Lahmann und Röhrich (2006) sowie neuerdings Röhrich & Priebe (i. Dr.).



## Körperpsychotherapie als vielfältige Therapietechnik

Der methodische Bezug auf den Körper in Diagnostik und Behandlung kennzeichnet die Körperpsychotherapie als Ganze bei aller Vielfalt der in ihr vertretenen Schulen. Auf dem Boden der genannten Grundorientierung sticht die Körperpsychotherapie praxeologisch als eigenständiger psychotherapeutischer Ansatz durch zwei Merkmale hervor. Zum einen wurden in der Körperpsychotherapie Konzepte einer prozess- wie strukturbezogenen Diagnostik auf der Körperebene entwickelt wie die Analyse von chronifizierten Spannungszuständen, muskulären Haltungen, Bewegungsfiguren oder Merkmalen des Körpererlebens (Röhricht, i. Dr.). Zum anderen – und dies kann als ihr bislang wichtigster Beitrag zum gesamten Feld der Psychotherapie angesehen werden – zeichnet sie eine Vielfalt von Behandlungstechniken und eine daraus resultierende klinische Praxis aus (Geuter, 2004). Diese umfassen Methoden der Körperwahrnehmung, der Exploration der Bedeutung von Gesten oder von körpersprachlichen Interaktionen, der Berührung, Massage und Entspannung, der Arbeit mit Stresspositionen, Bewegungssequenzen, Stimme und Atem und andere. Körperbezogene Interventionsformen können helfen bei der funktionalen Reorganisation organismischer Prozesse, der psychophysiologischen Stressregulation, der Verbesserung der Körperwahrnehmung, der Erkundung körpersprachlicher Äußerungen, der produktiven Verstärkung gebahnter Erregungsbereitschaften, der Regulation problematischer Affekte und der Bahnung von Alternativen des Erlebens und Handelns. Erlebnisaktivierende Techniken und die gezielte Mobilisierung sensomotorischer Erregungsmuster eröffnen einen Zugang zum Erleben noch nicht zugänglicher Emotionen und Gefühle und unbewusster dysfunktionaler Interaktionsmuster. Downing nennt drei weitere Gründe dafür, Körperinterventionen in die Psychotherapie einzubeziehen: der leichtere Zugang zu Kindheits-erinnerungen, das Erschließen der präverbalen Vergangenheit und die Möglichkeit zur Neuorganisation vieler Körperschemata und zu einer „Neustrukturierung der Beziehung, die der Patient zu seinem Körper

hat“ (Downing, 1996, S. 73). Aus letzterem Grund greifen Psychotherapeuten auch anderer Therapierichtungen seit längerem bei Körperbildstörungen, z.B. bei Essstörungen, auf den Einsatz körperbezogener Methoden zurück. Vandereycken, Depreitere & Probst (1987) berichten, dass sie im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Konzeptes neben der progressiven Relaxation auch Tanztherapie, sensory awareness und bioenergetische Übungen benutzen, um Magersüchtigen zu helfen, ihre Hyperaktivität zu zügeln, ein realistisches Selbstkonzept aufzubauen, ihren Körper wieder zu genießen und soziale Fähigkeiten zu entwickeln<sup>7</sup>.

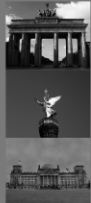
Röhricht nennt folgende Gemeinsamkeiten klinischer Körperpsychotherapie:

- „1. Der Körper und sein Erleben wird als wichtiges diagnostisches Medium zur Identifikation von z.B. Selbst-Potenzialen oder konflikthaftem Material erachtet.
2. Der Körperausdruck, die körperliche Spontaneität und der Bewegungsfluss werden als Kommunikationsmedium therapeutisch ausgenutzt.
3. Die Bedeutung der gesunden Persönlichkeitsanteile/Ressourcen wird betont und im Körpererleben zu identifizieren gesucht.
4. Häufig wird mit Spannungsbögen gearbeitet, bei denen Stimulation, Spannungsaufbau, Abfuhr und Ausgleich aufeinander folgen“ (Röhricht, 2002, S. 186).

Aufgrund ihrer klinisch-praktischen Relevanz und Akzeptanz sowie ihrer weitflächigen Verfügbarkeit bezeichnet Röhricht die Körperpsychotherapie neben tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen und gesprächstherapeutischen Verfahren als „vierte große Säule des methodischen Spektrums“ der Psychotherapie (ebd., S. 184).

Traditionell werden die körperpsychotherapeutischen Richtungen eingeteilt in die eher funktional-übungsorientierten oder wahrnehmungsorientierten Richtungen der

7 Eine Verbindung von kognitiver Verhaltenstherapie und Körpertherapie wird auch am Therapiezentrum für Essstörungen am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München praktiziert (Forster, 2002).



# KORTE

RECHTSANWÄLTE

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

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

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


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

Achtung: Ablauf einiger  
Fristen schon Mitte Juli!

24-Stunden-Hotline:  
030-226 79 226  
[www.studienplatzklagen.com](http://www.studienplatzklagen.com)

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

[www.anwalt.info](http://www.anwalt.info), [kanzlei@anwalt.info](mailto:kanzlei@anwalt.info)  
Fax 030-226 79 661



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

## What is new in psychiatry and psychotherapy?

Creative dimensions in modern  
treatment

May 15<sup>th</sup> – 18<sup>th</sup> 2007

Bekhterev Psychoneurological  
Institute, St Petersburg, Russia

Kongress-Sprache englisch

**Anmeldung:**  
Deutsche Akademie für Psychoanalyse  
c/o Dipl.-Psych. Monika Dworschak  
Goethestr. 54, 80336 München  
Tel.: 08131-66 78 84  
email [wadpcongress2007@dynpsych.de](mailto:wadpcongress2007@dynpsych.de)  
<http://www.wadp-congress.de>

Atem-, Entspannungs- und Bewegungstherapie und die eher konflikt- und affektorientierten, aufdeckenden Methoden der neoreichianischen Richtungen, der Tanztherapie und heute weitgehend auch der Konzentrativen Bewegungstherapie. Diese Einteilung geht auf Petzold (1977) zurück und wurde von Röhrich (2000) genauer ausgearbeitet. Aufgrund der relativ eigenständigen Entwicklung einer analytischen Körperpsychotherapie, die an einer dialogischen Arbeit mit der Körpersprache in der Übertragung interessiert ist, kann man diese Zweiteilung auch zu einer Dreiteilung erweitern (Geuter, 1996). Sowohl die wahrnehmungsbezogenen wie die affekt- und übertragungsorientierten Ansätze finden in den Ergebnissen der neueren Säuglingsforschung und Hirnforschung eine wissenschaftliche Bestätigung.

### **Säuglingsforschung – der Körper in der frühkindlichen und therapeutischen Interaktion**

Die Bedeutung früher Entwicklungserfahrungen für die Entstehung seelischer Störungen findet mittlerweile breite Anerkennung. Grawe schreibt, die empirische Forschung lasse „keinen Zweifel“ daran, dass die Grundlagen für Störungen „bereits in der allerfrühesten Kindheit gelegt werden, in einem Lebensabschnitt, an den sich kein Mensch später erinnern kann“ (2004, S. 356). Auch Roth betont als Hirnforscher die Bedeutung insbesondere vorgeburtlicher und früher nachgeburtlicher Einflüsse als prägende Umwelterfahrungen (2004, S. 67). Die Langzeitwirkung selbst von pränatalem Stress auf die kindliche Entwicklung und auf die spätere Mutter-Kind-Bindung ist mittlerweile gut belegt (Huizink, 2000; Nathanielsz, 1999; van den Bergh, 2000; vgl. Geuter, 2003).

Psychoanalytische Säuglingsforscher wie Lichtenberg (1991) und Stern (1992) trugen schon vor Jahren eine Fülle von Forschungsergebnissen zusammen, die das Kind als interagierendes Wesen zeigen und dazu beitragen, dass die moderne Psychoanalyse einem interaktionellen Paradigma folgt (Altmeyer & Thomä, 2006)<sup>8</sup>. Sie wurden in der Körperpsychotherapie breit rezipiert (z.B. Trautmann-Voigt & Voigt, 1998). Mit Bezug auf diese Forschung wird

betont, dass in der therapeutischen Interaktion parallel zum expliziten verbalen Narrativ immer ein impliziter nonverbaler Prozess der Interaktion abläuft (Beebe & Lachmann, 2004, S. 12). Dies ist kompatibel zu Schlussfolgerungen, die sich aus neueren Thesen der Neurobiologie ergeben. Auf Grundlage der Säuglingsforschung haben Lichtenberg, Lachmann und Fossage (2000) ein grundlagentheoretisches Modell von fünf motivationalen Systemen vorgeschlagen, das Thielen (2003) als bedeutsam für die Körperpsychotherapie bezeichnet. Ohne auf Lichtenberg zu rekurrieren begründet Grawe (2004) ein ähnliches Modell von vier motivational leitenden Grundbedürfnissen.

Daniel Stern (1992) zeigte, dass der Säugling in frühen körperlich-affektiven Dialogen erste generalisierte Erinnerungen ausbildet, so genannte RIGs („Representations of Interactions that have been Generalized“), die „die unterschiedlichen Handlungs-, Wahrnehmungs- und Affekt-Attribute des Kern-Selbst zu einem Ganzen“ integrieren (Stern, 1992, S. 143f.). Diese frühe Ausbildung von Repräsentanzen erfolgt averbal in körpersprachlichen und lautlichen Dialogen und wird Teil eines prozeduralen Unbewussten. Stern beschreibt Interaktionen in den Konturen von „Vitalitätsaffekten“, das sind die Qualitäten von Intensität, Gestalt und Zeitmuster affektbestimmenden Verhaltens. Prozesse der Affekt Abstimmung verlaufen weitgehend unbewusst und können fehlschlagen oder entgleisen. Zum Beispiel fand man heraus, dass Babys depressiver Mütter „den verlangsamten affektmotorischen Interaktionsstil“ der Mütter übernehmen und so deren Depression „auf der Verhaltens- und Körperebene“ introjizieren (Dornes, 1997, S. 68). Säuglinge übertragen diesen Interaktionsstil später auf nicht depressive Erwachsene und induzieren bei diesen Niedergeschlagenheit. „Die Kommunikation solcher Gefühlszustände findet also im Medium nicht-sprachlicher Affektsignale (Körperhaltung, Vokalisierung, Bewegungstempo, Gesichtsausdruck) statt“, schreibt Dornes (ebd., S. 69). In der Körperpsychotherapie können alle von Dornes genannten Affektsignale wie Körperhaltung, stimmlicher Ausdruck, die Art der Bewegung oder die geäußerte Mimik zum Ausgangspunkt

therapeutischer Interventionen und Veränderungen gewählt werden.

Kinder lernen in einer Art social biofeedback anhand der Affektäußerungen des Erwachsenen über dessen Spiegeln oder Markieren ihrer Äußerungen, in welchem Gefühlszustand sie selbst sind (Dornes, 2000, S. 192ff). Auch ahmt der Säugling Affektäußerungen nach und kommt über deren körperliche Äußerung physiologisch in einen Affektzustand; diese Affektansteckung kann man als eine Form der primären Identifizierung ansehen. In der Körperpsychotherapie macht man sich diese Zusammenhänge zu Nutze. In einer regressiven Arbeit können unter hoher affektiver Beteiligung des Patienten frühe Affekte geweckt, markiert und referentiell durch den Therapeuten verankert werden.

Zum Beispiel erinnert sich eine Patientin an einen frühen Missbrauch. Sie spricht erregt davon und verzieht dabei ihren Mund als Ausdruck des Ekel, ohne dies bewusst zu empfinden. Nun könnte der Therapeut neben ihr sitzen und einfach feststellen: „Und das ist eklig“. Er könnte das Gefühl des Ekel aber auch ohne Worte durch eine lautsprachliche Äußerung artikulieren und bestätigen und darüber zugleich die Patientin anregen, selbst ihren Ekel zum Ausdruck zu bringen. Ziel einer solchen Sequenz wäre nicht, den einstmals empfundenen Ekel nur erneut zu durchleben. Vielmehr dient die Rückkehr zu der ursprünglichen Erregung dazu, wie Thielen (2003) konstatiert, neue generalisierte Interaktionsrepräsentanzen aufzubauen – neurobiologisch könnte man von neuen Bahnungen sprechen, die aus der Erschütterung des bestehenden Systems erwachsen können: in dem Fall zum Beispiel die Erfahrung, einen Ekel ausdrücken zu können, ohne zu dissoziieren. Trautmann-Voigt merkt an, dass tänzerische Bewegung ein Mittel ist, RIGs in einer Übertragungs-/Gegenübertragungsszene wiederzubeleben und „zu ihrer Neuorientierung in therapeutischen Modellszenen beizutragen“

<sup>8</sup> In der psychoanalytischen Theorie wird allerdings vor allem die primäre Inter-subjektivität des Seelischen betont statt eine Inter-subjektivität von Subjekten, deren Interaktionen immer auch ein körperlicher und körpersprachlicher Austausch ist.

(Trautmann-Voigt, 2003, S. 225). Ich werde später unter dem Stichwort „Katharsis“ auf diesen Gedanken zurückkommen.

Auch in der psychotherapeutischen Situation findet die von den Säuglingsforschern beschriebene nonverbale affektive Kommunikation statt und unterliegt dort einer „unbemerkt wechselseitigen Feinsynchronisierung“ (Krause, 1997, S. 58). Nach einer Studie von Beutel, Ademmer und Rasting ist sie für den Therapieerfolg „mindestens ebenso relevant ... wie eher bewusst formulierte Interventionen“ (Beutel, Ademmer & Rasting, 2005, S. 105). In der empirischen Forschung wurde allerdings bislang nur über die mimische face-to-face-Interaktion gearbeitet (ebd.; Beebe & Lachmann, 2004; Geißler, 2005; Steimer-Krause, 1994). Entsprechende Studien zur body-to-body-Interaktion in der Psychotherapie stehen noch aus.

### Affektmotorische Schemata

Downing (1996) hat seine Theorie der „affektmotorischen Schemata“ auf der Säuglingsforschung aufgebaut. Affektmotorische Schemata, die in der frühkindlichen Interaktion gebildet werden, lassen sich beim Erwachsenen als Körperstrategien erkennen, die nicht nur kognitive Überzeugungen und Affekte einschließen, sondern auch motorische Überzeugungen. Eine Mutter reagiert zum Beispiel auf die spontanen Äußerungen eines Säuglings immer eine Spur zu intensiv; der Säugling weicht zunächst aus, aber da die Mutter dies nicht bemerkt und ihr Verhalten nicht – wie es normalerweise erfolgt – auf die Reaktion des Säuglings abstimmt, erstarrt

der Säugling schließlich nach einiger Zeit, was die Mutter zu noch stärkeren Aktionen veranlasst, um den Säugling aus seiner Erstarrung herauszuholen. Wird diese Erfahrung vielfach wiederholt, bildet sich ein affektmotorisches Schema zur Regulierung von Nähe und Distanz, mit dem dieser Mensch später als Erwachsener seiner Welt begegnet. Das körpersprachlich kommunizierte und encodierte Schema könnte lauten, Bindung lieber zu vermeiden, weil Kontakt mit einem anderen Menschen als invasiv erlebt wird. Wie man ein solches Schema erkunden kann, wird später an einer Fallvignette erläutert.

Dysfunktionale Schemata sind nicht nur an Gedanken und Gefühlen zu erkennen, sondern auch an „Körperabwehrmechanismen“, mit deren Hilfe sich Menschen vor Dingen schützen, die sie nicht wahrhaben, fühlen oder tun wollen (Downing, 1996, S. 191)<sup>9</sup>. In dem, was der Körper des Klienten in Reaktion auf eine Objektbeziehung oder Situation als erstes tun wolle, äußern sich Downing zufolge die motorischen Impulse der affektmotorischen Schemata. Er zeigt in seinem Buch umfassend auf, wie mit Hilfe vielfältiger Techniken in der Körperpsychotherapie versucht wird, alte Schemata wiederzubeleben, um neue und produktive Schemata an ihre Stelle zu setzen.

Grawe hat es als ein Paradox bezeichnet, dass psychische Störungen zwar in der frühesten Kindheit entstehen, eine Veränderung aber nur durch reale Erfahrungen in der Gegenwart und nicht durch den „Blick in die Vergangenheit“ erreicht werden kön-

ne (Grawe, 2004, S. 359). So lange man lediglich „blickt“ und somit auf einer rein kognitiven Ebene bleibt, mag diese Aussage zutreffen. Nicht aber, wenn man die im impliziten Gedächtnissystem niedergelegten Erregungsbereitschaften mit Hilfe körperbezogener Diagnostik und Behandlung ansteuert und abrufft. Auch die Mitglieder der Boston The Process of Change Study Group geben zu bedenken, dass implizite, prozedural gespeicherte Beziehungsstrategien wesentlich für therapeutische Veränderungen sind (Stern, Sander, Nahum, Harrison, Lyons-Ruth, Morgan, Bruschweiler-Stern & Tronick, 1998). Sie sind in der Gegenwart zu beobachten und zu verändern. Dazu aber ist es hilfreich, sie in ihrer aus der Vergangenheit resultierenden affektiven Ladung aufzusuchen und zu verstehen.

Hüther (2005, S. 61f.) gibt aus Sicht der Hirnforschung zu bedenken, dass unter Umständen über Körperempfindungen früh, und das heißt schon während der ersten drei Lebensjahre entstandene innere Bilder abgerufen werden können. Die Körperpsychotherapie bedient sich dabei wie die kreativen Therapien (Kunst- oder Musiktherapie) der transmodalen Kommunikation psychischer Inhalte, die von einem Bild in eine Bewegung oder einer Bewegung in eine Zeichnung, einen Ton oder eine Verbalisierung übersetzt werden kön-

<sup>9</sup> In der *Prozess-Ergebnisorientierten Psychotherapie* wird zwar betont, dass emotionale Schemata auch körperliche Empfindungen und den Ausdruck von Emotionen beinhalten, aber die Körperabwehrmechanismen werden nicht angesprochen (Elliott, 1999, S. 204 f.).

**PSYCHOHOLIC®**  
Psychologie & Neue Medien

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

### DiagnoPro

Das Computerprogramm für die schnelle und einfache Erstellung individueller Gutachten

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

alle Informationen  
und weitere Programme auf  
**www.psychoholic.de**

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



nen – und umgekehrt (vgl. Trautmann-Voigt, 2003, S. 17). Milch und Berliner sehen in den transmodalen Formen der Kommunikation eine mögliche Ursache für die „Wirksamkeit dieser Verfahren für psychotische, persönlichkeitsgestörte oder auch psychosomatische Patienten“ (Milch & Berliner, 2005, S. 147).

### **Körpersprache der Bindung und Berührung**

Auch die Bindungsforschung unterstützt die Auffassung, dass interaktionelle Schemata, deren sich Menschen bedienen, tief in averbalen Mustern des Erlebens und Verhaltens verankert sind. Bindungsmuster entstehen in einem emotionalen Austausch zwischen Mutter und Kind, der körpersprachlich kommuniziert wird. „Most of what occurs between parent and infant is body-with-body“, schreibt Downing (2004, S. 443). Beatrice Beebe konnte unlängst zeigen, dass negative Qualitäten mütterlicher Berührung des Kindes im Alter von vier Monaten eine unsichere Bindung im Alter von zwölf Monaten voraussetzen (Downing, 2004, S. 446). Beim Aufbau einer sicheren Bindung hingegen wird das Bedürfnis nach seelischem Vertrauen und körperlicher Nähe gestillt und mit dem Bedürfnis nach Exploration (die ein körperlich-räumliches Sich-Entfernen beinhaltet) in Einklang gebracht (Strauß, 2006, S. 6)<sup>10</sup>.

In der Rezeption der Bindungstheorie, die in der klinischen Forschung zunehmend Beachtung findet, wird die Bedeutung dieser Tatsachen für die psychotherapeutische Praxis wenig diskutiert. Grawe (2004), der die Relevanz der Bindungsforschung für die Psychotherapie hervorhebt und das Bindungsbedürfnis als „das empirisch am besten abgesicherte Grundbedürfnis“ bezeichnet (Grawe, 1994, S. 192), beschreibt zum Beispiel Bindungsschemata als „motivationale Schemata“, ohne die in ihnen enthaltene körperliche Kommunikation zu erwähnen. In der klinischen Bindungsforschung wird zwar hervorgehoben, welche Bedeutung Bindungsmuster für die Entstehung von psychischen Störungen und ihre Behandlung bei Erwachsenen und Kindern haben (Brisch, 1999; Brisch, Grossmann, Grossmann & Köhler, 2002); aber alle von den Bindungsforschern bei

kleinen Kindern in der „fremden Situation“ erhobenen Befunde beruhen auf der Auswertung weitgehend nonverbaler körpersprachlicher Interaktionen – erst im späteren Alter werden sprachlich kodierte Bindungsrepräsentanzen auch mit verbalen Methoden wie dem Adult Attachment Interview erhoben. Daher stellt sich die Frage, ob nicht aus dieser Forschung Hinweise für motorische oder affektmotorische Zugänge zur Erkundung und Veränderung von Bindungsrepräsentanzen und Bindungsmustern im klinischen Kontext gewonnen werden können. Dass diese Frage nicht behandelt wird, ist angesichts der durchweg körperlichen Codierungen dieser Muster in der Forschung erstaunlich.

Auf der John-Bowlby-Memorial-Conference 2003 wurde allerdings darüber diskutiert, inwieweit die Bindungstheorie nahelegt, mit körperlicher Berührung in der Psychotherapie zu arbeiten<sup>11</sup>. So stellte White in ihrer Eröffnungsrede fest, dass die interaktionellen Ansätze innerhalb der Psychoanalyse womöglich die zentrale Bedeutung der Körpers „in constructing experience and the shaping of our internal world“ heruntergespielt hätten (White, 2004, S. XXIV). Dass sich das Bindungsbedürfnis in einer Sehnsucht nach dem Körper der Mutter realisiere, sei wohl aus Gründen der wissenschaftlichen Respektabilität nicht geschrieben worden. Orbach gab an gleicher Stelle zu bedenken, dass so, wie Kinder den Körper ihrer Bezugsperson nutzen, auch Patienten den Körper des Therapeuten nutzen, und zwar nicht nur als Symbol, sondern indem sie zum Beispiel körperliche Empfindungen im Therapeuten erzeugen, deren sich dieser bewusst werden müsse, um Patienten mit problematischen Körpererfahrungen helfen zu können (Orbach, 2004). Sehr vorsichtig äußert sich Orbach dazu, auch körperliche Berührungen in der Therapie zu nutzen. Sie verweist aber auf Forschungen des „Miami Touch Research Institute“, die besagen, dass eine Hand auf der Schulter den Herzschlag verlangsamen oder den Blutdruck senken kann.

Forschungen aus diesem Institut zeigen auch, dass Massagen bei magersüchtigen Frauen zu einer Senkung der Stress- und Angstniveaus führen (Hart, Field, Hernan-

dez-Reif, Nearing, Shaw, Schanberg & Kuhn, 2001), bei asthmatischen Kindern zu einer Senkung des Cortisol-Spiegels und einer Abnahme der Angst (Field, Henteleff, Hernandez-Reif, Martinez, Mavunda, Kuhn & Schanberg, 1997) und bei Babys von Müttern mit postpartalen Depressionen zu einer Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion (Omozawa, Glover, Adams, Modi & Kumar, 2001). Dies entspricht den Erfahrungen von Therapeuten, die in der postnatalen Krisenarbeit mit Hilfe von Baby-massagen, die auf Eva Reich zurückgehen, Schreibabys und Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Babys behandeln (Harms, 2000; Klein, 2000). Bei Frühgeborenen ließ sich zeigen, dass Berührung die Gesundung fördert (De Roiste & Bushnell, 1996). Solche Forschungen legen für Erwachsenenbehandlungen die Überlegung nahe, ob Berührungen insbesondere bei psychischen Störungen, die in sehr frühem Erleben verwurzelt sind, die Rolle einer korrigierenden Erfahrung spielen können.

In der Fortsetzung dieses Beitrags im nächsten Psychotherapeutenjournal wird die Verbindung zur Hirnforschung hergestellt und es werden einige Interventions-techniken, eine klinische Vignette sowie die Relevanz der körperlichen Selbstwahrnehmung und der kathartischen Arbeit beschrieben.

#### **PD Dr. Ulfried Geuter**

Psychologischer Psychotherapeut  
Psychoanalytiker und Körper-  
psychotherapeut  
Otto-von-Wollank-Str. 57  
14089 Berlin  
E-Mail: u.geuter@gmx.de

<sup>10</sup> Experimente von Bindungsforschern zeigen auch, dass Kinder den Umgang mit Belastungen affektmotorisch einüben. So haben unsicher gebundene Kinder, die ihr Verhalten hemmen, also Gefühlsreaktionen unterdrücken, von allen Kindern die höchsten Werte des Stresshormons Cortisol (Spangler, Grossmann und Schieche, 2002).

<sup>11</sup> Für die 5th Attachment Conference in Los Angeles im März 2006 wurde das Thema gewählt „The Embodied Mind: The Integration of the Body, Brain und Mind in Clinical Practice“.

# Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen

Julia Lademann, Heike Mertesacker, Birte Gebhardt

Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

**Zusammenfassung:** Die aktuellen Gesundheitsberichte verschiedener gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland stellen – unabhängig voneinander – die zunehmende Bedeutung psychischer Störungen beim Krankenstand heraus. Obwohl sich der Rückgang des Krankheitsstandes insgesamt fortsetzt, steigt das Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen an. Ein systematischer Vergleich der aktuellen AU-Reporte der AOK, BARMER, BKK, DAK, IKK und TK hinsichtlich psychischer Störungen liefert einen Überblick zu deren Entwicklung und Bedeutung im Krankenstand. Trotz unterschiedlicher Versichertenklientel sowie verschiedener Methoden in der Datenberechnung und -darstellung lassen sich ähnliche Trends in Bezug auf die Gesamtzunahme, Einzeldiagnosen und verschiedene Versichertengruppen ausmachen. Aufgrund dieser Entwicklungen verfolgen die Krankenkassen neue Versorgungsansätze, die sich an europäischen und nationalen Handlungsempfehlungen für den Bereich psychischer Störungen orientieren.

## Einführung

Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten und die Lebensqualität der Betroffenen am stärksten einschränkenden Erkrankungsarten unserer Zeit. In Europa macht jede vierte Person in ihrem Leben mindestens eine psychische Krankheitsepisode durch (WHO, 2006), in Deutschland waren nach Auswertungen des bundesweiten Gesundheitssurveys von 1998 insgesamt 32,1% der 18- bis 65-Jährigen von einer oder mehreren psychischen Störungen betroffen<sup>1</sup> (Wittchen & Jacobi, 2002). Auch die durch psychische Störungen entstehenden Kosten sind immens: Das statistische Bundesamt wies für 2002 direkte Kosten für die Behandlung psychischer und Verhaltensstörungen in Höhe von 22,4 Milliarden Euro aus – 10% der Gesamtausgaben für Gesundheit (Statistisches Bundesamt, 2004).

Mehrere gesetzliche Krankenkassen wählten im Jahr 2005 dieses Thema zum Schwerpunkt ihrer jährlichen Berichterstattung. Die Fehlzeiten-Reporte zeigen eine zunehmende Bedeutung psychischer Stö-

rungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen: Trotz insgesamt sinkender Krankenstände sind die Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen über die letzten Jahre deutlich gestiegen. Psychische Erkrankungen sind damit je nach Kassenart an die dritte bis fünfte Stelle aller Ursachen für Arbeitsunfähigkeit in Deutschland vorgerückt.

## Daten und Methoden

Die dargestellten Daten basieren auf den AU-Berichten 2005 der AOK, BARMER, BKK, DAK, IKK und TK. Zu beachten ist, dass die Berichte der Ersatzkassen untereinander vergleichbar sind (einheitliche Methodik, z. B. gleiche Standardpopulation), während zu den Analysen der anderen Kassenarten methodische Differenzen bestehen (Boedeker, 2005). Auch unterscheiden sich die Versichertenpopulationen der Krankenkassen hinsichtlich ihrer Soziodemographie beträchtlich, so dass direkte Vergleiche unzulässig sind. Dennoch ergibt sich aus der Zusammenschau der Ergebnisse ein Bild des Gesamttrends.

## Aussagekraft der Daten

AU-Daten bilden nur einen Ausschnitt des Krankheitsgeschehens ab, da sie auf die Altersgruppe von 18-65 Jahren beschränkt sind und unter diesen lediglich die Situation der Erwerbstätigen und arbeitslos gemeldeten Versicherten abbilden. Unterrepräsentiert ist auch die Kurzarbeitsunfähigkeit (< 4 Tage), für die meist keine AU-Bescheinigung erforderlich ist (Boedeker, 2005). Darüber hinaus werden viele Erkrankungen nicht erfasst, weil die Betroffenen entweder trotzdem ihrer Arbeit nachgehen oder aber die Störungen zu Frühberentungen führen, so dass die realen Prävalenzen deutlich höher liegen.

Dieser Artikel bietet zunächst eine vergleichende Darstellung der Auswertungsergebnisse verschiedener Krankenkassen, gleicht diese mit weiteren wissenschaftlichen Untersuchungen ab und fasst die Diskussionen über mögliche Ursachen der gezeigten Trends kurz zusammen. Anschließend erfolgt eine Darstellung der Handlungsempfehlungen auf nationaler und internationaler Ebene sowie einiger Projektbeispiele der Krankenkassen in der Versorgung psychisch erkrankter Versicherter.

## Psychische Störungen unter den sechs wichtigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit

Den Krankenstand in Deutschland bestimmen nach Aussage der AU-Reporte der Krankenkassen im Wesentlichen sechs Hauptdiagnosen: 75% aller AU-Tage entfallen im Jahr 2004 auf Muskel- und Ske-

<sup>1</sup> 12-Monatsprävalenz

	AOK	BARMER	BKK	DAK	IKK
Muskel- und Skelett-Erkrankungen	25,2% (1)	23,3% (1)	26,7% (1)	22,6% (1)	26,7% (1)
Verletzungen	13,2% (2)	8,8% (4)	15,4% (3)	14,4% (3)	19,0% (2)
Krankheiten des Atmungssystems	12,0% (3)	16,2% (2)	15,5% (2)	15,5% (2)	12,4% (3)
<b>Psychische Störungen</b>	<b>7,8% (4)</b>	<b>13,0% (3)</b>	<b>8,3% (4)</b>	<b>9,8% (4)</b>	<b>5,9% (5)</b>
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	7,2% (5)	5,6% (6)	4,6% (6)	5,6% (6)	4,8% (6)
Krankheiten des Verdauungssystems	6,6% (6)	7,3% (5)	6,8% (5)	7,2% (5)	6,7% (4)
sonstige	28,0%	25,8%	22,7%	24,9%	24,5%
gesamt	100%	100%	100%	100%	100%

letterkrankungen, Verletzungen, Krankheiten des Atmungs-, Verdauungs- und Herz-Kreislaufsystems sowie auf psychische Störungen. Der Anteil der psychischen Störungen liegt dabei je nach Krankenkasse zwischen 6% und 13% und nimmt damit Rang 3 bis 5 ein (vgl. Tabelle 1).

Bezogen auf die Häufigkeit der AU-Fälle liegt der Anteil psychischer Erkrankungen mit 3,1% bis 5,1% etwas niedriger, und sie belegen damit bei fast allen hier betrachteten Krankenkassen den 5. Rang. Dieser Unterschied zwischen AU-Tagen und AU-Fällen beruht auf der bei psychischen Erkrankungen deutlich erhöhten Krankheitsdauer je Fall, die mehr als doppelt so hoch liegt wie die durchschnittliche Falldauer über alle Krankheitsarten. So dokumentieren beispielsweise die BKK und die DAK für das Jahr 2004 im Durchschnitt etwa 29 Krankheitstage pro Krankheitsfall durch

psychische Störungen, während die durchschnittliche Falldauer über alle Erkrankungsarten nur 12 Tage beträgt.

**Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen absolut und prozentual gestiegen**

Die betrachteten Krankenkassen dokumentieren innerhalb der letzten Jahre einen deutlichen Anstieg der AU-Tage durch psychische Störungen. In den über unterschiedliche Zeiträume dokumentierten Erhebungen der DAK, AOK und TK sind seit dem Jahr 2000 parallele Verläufe erkennbar. Zwischen 2000 und 2004 beträgt bei allen drei Kassen der relative Anstieg ca. 20% (vgl. Abbildung 1).

Andere Kassen stellen den Verlauf weniger detailliert dar, berichten aber ebenfalls über deutliche Steigerungen der AU-Tage

*Tabelle 1: Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsarten bei verschiedenen Krankenkassen im Jahr 2004 (Anteile der AU-Tage in Prozent; Rangfolge je Krankenkasse in Klammer angegeben)*

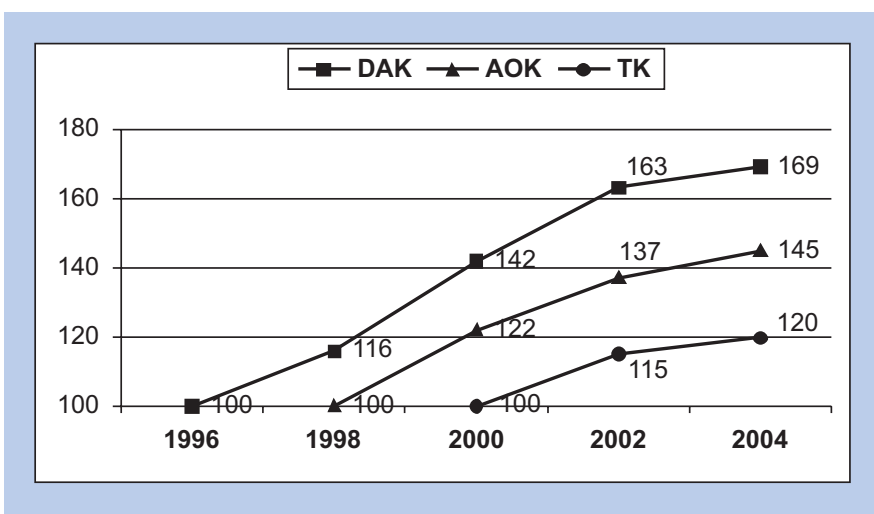
für psychische Erkrankungen. So dokumentiert die BKK zwischen 1991 und 2004 eine Zunahme von 93 auf 119 Krankheitstage je 100 Pflichtmitglieder, was einer Steigerung um 28% entspricht. Die IKK verzeichnet seit 1997 einen Zuwachs der AU-Tage von „gut einem Drittel“ (keine Zahlenangaben). Die BARMER berichtet über eine Steigerung der Krankheitstage aufgrund psychischer Störungen zwischen 2003 und 2004 um knapp 2,5%. Die Steigerungsraten der Fallzahlen liegen sogar noch höher und betragen z.B. bei der DAK und IKK von 1997 bis 2004 70% bzw. 86%.

Da der Gesamtankenstand über alle Krankheitsarten sinkt (z.B. zwischen 2003 und 2004 bei der DAK um 0,3 Prozentpunkte, bei der BKK um 0,1 Prozentpunkte), haben psychische Erkrankungen auch relativ an Bedeutung gewonnen: Nahmen diese z. B. bei der BKK bis zum Jahr 1999 noch Rang 6 der AU-Tage ein, sind sie im aktuellen Bericht (2004) auf Rang 4 vorgerückt.

**Affektive und neurotische Störungen dominieren**

Die Daten zu psychischen Erkrankungen sind nicht in allen Gesundheitsberichten hinsichtlich einzelner Diagnosen oder Diagnoseuntergruppen detailliert aufbereitet. Aus den Berichten der AOK, BKK und DAK lässt sich ablesen, dass etwa dreiviertel aller Diagnosen im Bereich der psychischen Störungen auf *affektive Störungen* (F30-F39, ICD 10) und *neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen* (F40-F48) entfallen. Weiterhin spielen psychische Störungen durch *psychotrope Substanzen* (F10-F19) sowie *schizophrene Erkrankungen* (F20-F29) eine wichtige Rolle (vgl. Abbildung 2).

Mehrere Berichte (AOK, BKK, DAK und TK) weisen auf die Bedeutung und eine auffällige Zunahme von Depressionserkrankungen hin, welche als Einzeldiagnosen die



*Abbildung 1: Entwicklung der AU-Tage aufgrund psychischer Störungen bei der DAK, AOK und TK zwischen 1996 und 2004 (relative Veränderung der AU-Tage in Prozent, DAK: 1996=100%, AOK: 1998=100%, TK: 2000=100%)*



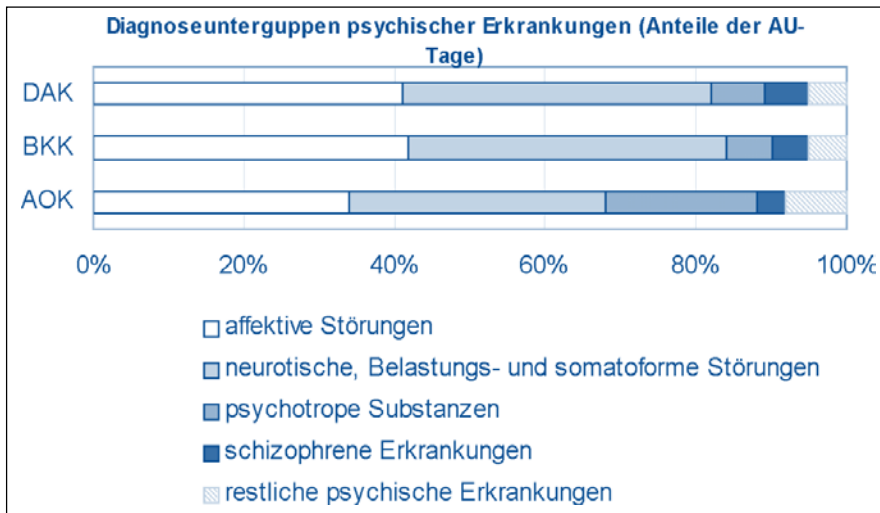


Abbildung 2: Verteilung verschiedener Diagnoseuntergruppen psychischer Störungen bei der AOK, BKK und DAK im Jahr 2004 (Anteile der AU-Tage aller psychischer Störungen in Prozent)

gegen sind Männer aufgrund psychischer Störungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) fast dreimal so häufig krank geschrieben wie Frauen. Lediglich bei den schizophrenen Erkrankungen (F20-F29) ist der Geschlechterunterschied vergleichsweise gering (vgl. Tabelle 2).

### Auffälliger Anstieg bei jungen Menschen

Psychische Störungen können in jeder Lebensphase auftreten, gemäß den Berichten der Krankenkassen sind aber vor allem Menschen im mittleren Lebensalter betroffen. Allerdings zeigen die aktuellen AU-Reporte auch für jüngere Altersgruppen (zwischen 15 und 35 Jahren) eine kritische Entwicklung im Bereich psychischer Erkrankungen auf: Bei ihnen verzeichnen sowohl die DAK als auch die BKK einen überproportionalen Anstieg der AU-Tage und Fälle. Nach Angaben der DAK ist vor allem bei den 25- bis 30-jährigen Männern sowie bei den 20- bis 24-jährigen Frauen seit 1997 ein bedeutsamer Anstieg zu beobachten. Die BKK verzeichnet zwischen 2003 und 2004 den höchsten Anstieg bei Männern bis zum 20. Lebensjahr, darüber hinaus sind die Fallzahlen auch bei 20- bis 30-jährigen Männern und Frauen deutlich angestiegen. Dieser Trend spiegelt sich im Bericht der BKK auch in einer Zunahme stationärer Behandlungsfälle aufgrund psychischer Störungen. Hier beträgt die Zunahme unter den 15 - 19-Jährigen sowie den 25 - 34-Jährigen etwa 15%. Bei den Frauen ist speziell die Altersgruppe der 20 - 24-Jährigen auffällig, die einen Zuwachs der stationären Behandlungsfälle zwischen 2003 und 2004 um 11% zu verzeichnen hat. Die stationären Daten der BKK geben auch einen Einblick zu den – ansonsten von den AU-Berichten nicht erfassten – psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Hier zeigt sich, dass bis zu einem Alter von 14 Jahren die Verhaltens- und emotionalen Störungen (F90-F98) auffallend sind, aufgrund derer Jungen

affektiven Störungen dominieren. Dies betrifft die *depressive Episode* (F32) sowie die *rezidivierenden depressiven Störungen* (F33). Die DAK dokumentiert bei diesen beiden Einzeldiagnosen zwischen 2000 und 2004 einen Anstieg der AU-Tage um 42% sowie einen Anstieg der Fälle um 30%. Bei der TK steigt die durchschnittliche Anzahl von Krankheitstagen aufgrund einer depressiven Episode (F32) im selben Zeitraum von 42,2 auf 48,0 (AU-Tage je 100 Versichertenjahre), was einer Zunahme um knapp 14% entspricht. Bei den rezidivierenden depressiven Störungen (F33) dokumentiert die TK mit einer Zunahme von 8,8 auf 12,9 AU-Tage je 100 Versichertenjahre eine Steigerung um etwa 47%.

### Quantitative und qualitative Geschlechterunterschiede

Alle betrachteten Krankenkassen, die eine Differenzierung nach Geschlecht vorneh-

men, berichten über ein höheres Ausmaß von Krankheitstagen und -fällen bei Frauen. So stellen bei ihnen die psychischen Störungen mit einem Anteil zwischen 10% und 14% die dritthäufigste Hauptdiagnosegruppe dar, während sie bei Männern mit einem Anteil zwischen 6% und 11% je nach Krankenkasse an vierter bis sechster Stelle liegen. Allerdings sind Männer von einer etwas höheren Erkrankungsdauer betroffen und im Schnitt mit knapp 30 Tagen pro Fall etwa zwei Tage länger krankgeschrieben als Frauen. Eine Differenzierung nach Geschlecht innerhalb der Diagnoseuntergruppen der psychischen Störungen nimmt nur die BKK vor. Dabei zeigt sich eine deutliche geschlechtsspezifische Verteilung bei den oben genannten Gruppen: Sowohl von affektiven Störungen (F30-F39) als auch von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48) sind Frauen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Da-

	Tage (Fälle)	
	Frauen	Männer
affektive Störungen (F30-F39)	630,7 (16,2)	328,0 (8,8)
neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	639,0 (27,1)	321,6 (12,8)
psychotrope Substanzen (F10-F19)	30,7 (0,8)	94,9 (2,2)
schizophrene Erkrankungen (F20-F29)	45,6 (0,8)	57,9 (0,8)

Tabelle 2: Krankheitstage und -fälle verschiedener Diagnoseuntergruppen psychischer Störungen bei Frauen und Männern in der BKK im Jahr 2004 (Tage und Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner)

mehr als doppelt so häufig stationär behandelt werden wie Mädchen. Zwischen den Jahren 2003 und 2004 dokumentiert die BKK einen Zuwachs stationärer Behandlungsfälle in dieser Altersgruppe um knapp 10%.

### **Dienstleistungsberufe und Arbeitslose besonders betroffen**

Zwar haben die meisten Krankenkassen hinsichtlich ihrer Versichertenklientel ein branchenspezifisches Profil, dennoch lassen sich bestimmte Muster über die Kassenarten hinweg beobachten. So zeigt sich bei der AOK, BKK und DAK ein überproportional hoher Anteil von AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen im Dienstleistungsbereich (darunter vor allem im Gesundheits- und Sozialbereich sowie bei Banken und Versicherungen), während dieser im verarbeitenden Gewerbe (vor allem im Baugewerbe) eher niedrig liegt. AOK und BKK dokumentieren für das Jahr 2004 in etwa übereinstimmend, dass der Anteil der AU-Tage aufgrund psychischer Störungen im Baugewerbe zwischen 4% und 5% lag, während er bei den Banken und Versicherungen mit 10% bis 11% doppelt so hoch ausfiel. Die DAK und auch die BKK verzeichnen im Gesundheitswesen – und hier vor allem bei den Helferinnen in der Krankenpflege – überdurchschnittlich hohe Ausfallzeiten. Einige Kassen differenzieren auch auf Ebene der einzelnen Branchen nach speziellen Störungsbildern. So dominieren bei der AOK im Jahr 2004 im Baugewerbe die Suchterkrankungen, die 35% aller psychischen Erkrankungen in dieser Branche stellen; dagegen liegt ihr Anteil bei den Banken und Versicherungen lediglich bei 10%. Umgekehrt haben in der Branche der Banken und Versicherungen die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 41% den höchsten Anteil, während dieser im Baugewerbe mit 27% am niedrigsten liegt. Arbeitslos gemeldete Versicherte sind in ganz besonderem Maß betroffen: Gemäß den Angaben der BKK im Jahr 2004 weisen sie etwa doppelt so hohe Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen auf wie die berufstätigen Versicherten. Die TK dokumentiert für Arbeitslose sogar etwa 3,5-mal so viele AU-Tage wie für Berufstätige.

### **Inanspruchnahme stationärer Behandlungen, psychotherapeutischer Angebote und Arzneimittelverordnungen**

Einige der hier analysierten Krankenkassenberichte präsentieren auch exemplarische Daten zu therapeutischen Maßnahmen, die Versicherte aufgrund psychischer Erkrankungen in Anspruch nehmen. Die BKK dokumentiert neben der Zunahme des Krankenstandes aufgrund psychischer Störungen, dass diese auch bei den stationären Behandlungen von großer Bedeutung sind. So verursachten sie im Jahr 2004 unter allen Diagnosegruppen mit 241 Tagen je 1.000 Versicherte den höchsten Anteil aller Krankenhaustage. Seit 1990 hat es damit eine Steigerung der stationären Behandlungstage aufgrund psychischer Erkrankungen von 8,4% auf 15,7% gegeben. Betrachtet man Diagnosegruppen und Geschlecht, zeigen sich deutliche Unterschiede: Während sich die psychiatrisch bedingten Krankenhaufälle insgesamt auf Frauen und Männer in etwa gleichermaßen aufteilen, zeigen sich hinsichtlich der Diagnoseuntergruppen erneut die oben aufgezeigten geschlechtsspezifischen Unterschiede. Bei Männern steht der Substanzmissbrauch mit 43% aller psychiatrisch bedingten Krankenhaufälle an der Spitze, während es bei den Frauen die affektiven und Belastungs-Störungen sind (28% und 21%). Die Bedeutung von Arbeitslosigkeit hinsichtlich psychischer Störungen spiegelt sich ebenfalls in den stationären Daten der BKK wider (arbeitslose Männer: 400 Fälle, arbeitslose Frauen: 244 Fälle je 10.000 Versicherte gegenüber einem Durchschnitt von 121 bzw. 105 Fällen je 10.000 Versicherte).

Neben einer Zunahme des Krankenstandes aufgrund psychischer Störungen zeigt sich auch ein Anstieg entsprechender Arzneimittelverordnungen. So dokumentieren sowohl die BKK als auch die TK einen Anstieg der Verordnungen von Antidepressiva (ATC-Code: N06A). Bei der BKK entfielen im Jahr 2003 auf 1.000 Versicherte 5.957 Tagesdosen, im Jahr 2004 waren es schon 6.483. Die TK berichtet, dass im Jahr 2000 2,6% aller Erwerbspersonen mindestens einmal ein Antidepressivum verordnet bekamen, im Jahr 2004 waren

es bereits 3,4%. Beide Kassen zeigen auf, dass die Verordnungen mit zunehmendem Alter steigen und Frauen bis zu doppelt so häufig ein Antidepressivum erhalten wie Männer.

### **Fehlzeiten-Reporte weitgehend im Einklang mit wissenschaftlichen Studien**

Im Abgleich mit einer Ende 2005 veröffentlichten Studie zur Situation in Europa (Wittchen & Jacobi, 2005) bestätigt sich die in den AU-Berichten der Krankenkassen gezeigte hohe Bedeutung psychischer Störungen. Auch in der europäischen Analyse sind die häufigsten Störungsbilder Angststörungen, Depressionen, somatoforme und Abhängigkeitsstörungen. Für Deutschland zeigen sich bezogen auf die Häufigkeit dieser Einzeldiagnosen jedoch einige Unterschiede: So sind – anders als dies in den AU-Berichten erscheint – Angsterkrankungen weiter verbreitet als affektive Störungen (Wittchen et al., 1999). Das in den Fehlzeitenstatistiken geringere Gewicht der Angsterkrankungen resultiert vor allem daraus, dass Angsterkrankungen seltener zu Krankschreibungen führen als affektive Störungen und daher in den Fehlzeitenreporten weniger ins Gewicht fallen.

Allerdings macht ein Abgleich mit Untersuchungen zur Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Störungen deutlich, dass die Zahl der Betroffenen noch weitaus höher ist, als die AU-Berichte und andere Erhebungen vermuten lassen. Nach wie vor werden psychische Störungen selten frühzeitig diagnostiziert und noch seltener adäquat behandelt. Für Deutschland wird der Anteil derer, die wegen einer psychischen Störung eine professionelle Intervention (z.B. hausärztliches Gespräch oder in einer Beratungsstelle) erhalten, nur auf 36% geschätzt (Wittchen & Jacobi, 2002). Entsprechenden Forschungsergebnissen zufolge erhalten lediglich 10% der Betroffenen eine angemessene Behandlung (Wittchen & Jacobi, 2002). Für die EU liegt die Schätzung für irgendeine professionelle Intervention sogar nur bei 26% (Wittchen & Jacobi, 2005). Am häufigsten erhalten Betroffene ausschließlich eine medikamentöse Behandlung ohne Psychotherapie – dies gilt

auch für Länder mit guter psychotherapeutischer Versorgung wie Deutschland (Wittchen & Jacobi, 2005). Hinweise auf Unterversorgung gibt es besonders bei Patientinnen und Patienten mit Sucht- und Angsterkrankungen sowie allgemein bei Kindern und Jugendlichen (Wittchen & Jacobi, 2005; Wittchen et al., 1999).

### **Kombination mehrerer Faktoren für die Entwicklung verantwortlich**

Welches sind nun die Gründe für die steigenden AU-Zahlen aufgrund psychischer Störungen in den letzten Jahren? Ob sich die steigende Diagnosezahl in den Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen tatsächlich durch eine steigende Inzidenz bzw. Prävalenz psychischer Störungen erklären lässt oder ob diese z.B. durch eine höhere Entdeckungsrate bedingt ist, wird kontrovers diskutiert. Für Deutschland liegen bislang keine repräsentativen Langzeitstudien vor, die eine tatsächliche Zunahme psychischer Störungen belegen könnten, und auch in zum Vergleich herangezogenen Untersuchungen aus dem europäischen Ausland finden sich dafür keine Belege (Wittchen & Jacobi, 2005). Gleichwohl finden sich für einzelne Störungsbilder, insbesondere für Depressionen und Suchterkrankungen, Hinweise auf einen realen Anstieg der Erkrankungsfälle in den letzten Jahren (Wittchen & Jacobi, 2005).

Die DAK hat verschiedene Erklärungsmodelle für die steigenden AU-Zahlen bei psychischen Störungen durch Experten und Expertinnen<sup>2</sup> bewerten lassen (DAK, 2005). Dabei kristallisiert sich heraus, dass die Fachleute eine Kombination mehrerer Faktoren für die Entwicklung verantwortlich machen. Sie gehen davon aus, dass zum einen die Häufigkeit der psychischen Störungen in den letzten Jahren real zugenommen hat, zum anderen aber auch verbesserte diagnostische Kompetenzen der Hausärzte zu einer höheren Entdeckungsrate führen. Darüber hinaus äußern Betroffene nach Aussage der Fachleute heute früher von sich aus entsprechende Symptome und sind auch eher bereit, die Diagnose einer psychischen Erkrankung zu akzeptieren. Als Ursache für eine real steigende Inzidenz psychischer Störungen nennen die Experten u. a. Belastungen durch den Wegfall sozialer Struktu-

ren, die steigende Arbeitslosigkeit, die wachsende Zahl unsicherer Arbeitsverhältnisse sowie die Zunahme von Arbeitsbelastungen. Als besonders bedeutsame Belastungen schätzten sie die Faktoren Zeitdruck, Über- und Unterforderung, geringen Handlungsspielraum und mangelnde Anerkennung in der Erwerbsarbeit ein (DAK, 2005; BKK, 2005).

### **Aktuelle Handlungsempfehlungen für den Bereich psychischer Störungen auf nationaler und internationaler Ebene**

Angesichts der hohen und zunehmenden Bedeutung psychischer Störungen soll nach Empfehlungen der *WHO-Europa* vor allem durch Gesundheitsförderung, frühe Krisenintervention und die Beschreitung innovativer Wege bei Versorgung und Wie-

dereingliederung die psychische Gesundheit verbessert werden (WHO, 2005).

In ihrer aktuellen Veröffentlichung „Green paper – improving the mental health of the population“ (European Commission, 2005) nennt die *Europäische Kommission* die folgenden Strategien als vorrangig: Die Förderung der seelischen Gesundheit der Bevölkerung, die Prävention seelischer Erkrankungen, eine Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit psychischen Störungen und Behinderungen sowie die Entwicklung eines Systems von Information, Forschung und Wissen über psychische Gesundheit auf EU-Ebene.

2 Z.B. Wissenschaftler, Psychotherapeuten sowie Vertreter von Kostenträgern.

<p><b>Akademie bei Herbert König &amp; Gerhard Müller</b>          Semmelstraße 36/38, 97070 Würzburg          Tel.: 0931 - 46079033, Fax: 0931-46079034          akademie@koenigundmueller.de          http://www.koenigundmueller.de</p>	
<p><b>Satellite Symposium on Neuropsychological Rehabilitation</b>  <b>31.07.-01.08.2006 FL- Triesenberg (Kursnr. FB060731A)</b>          Tom Manly, Cambridge, UK, Barbara Wilson, Cambridge, UK 199,00 €, 14 Std.</p>	
<p><b>Computergestützte Diagnostik in der Neuropsychologie und im klinischen Alltag</b>  <b>21.08.2006 D- Würzburg (Kursnr. FB060821A)</b>          Dr. Christian Dietz, lic. phil. Benjamin Spicher 160,00 €* / GNP-Mitglied: 147,00 €*, 8 Std.; FE-Pkte: 10</p>	
<p><b>Demenz - Grundlagenwissen und Vertiefung -</b>  <b>15.09.-16.09.2006 D- Berlin (Kursnr. FB060915B)</b>          Prof. Dr. Wolfgang Meins, Dipl.-Psych. 280,00 €* / GNP-Mitglied: 258,00 €*, 16 Std.; GNP-Akk.: 6.7 Entwicklungsneuropsychologie/Gerontologie; FE-Punkte: 8</p>	
<p><b>Die Wiedereinführung des Exkommunizierten in Kommunikation – Systemische Therapie für NeuropsychologInnen</b>  <b>15.09.-16.09.2006 D- Heidelberg (Kursnr. FB060915C)</b>          PD Dr. Arnold Retzer, Dipl.-Psych. 370,00 €* / GNP-Mitglied: 320,00 €, 16 Std.; GNP-Akk.: 4 Psychotherapeutische Intervention</p>	
<p><b>Grundlagen der Psychotraumadiagnostik und -therapie sowie neuropsychologische Aspekte</b>  <b>22.09.-23.09.2006 D- Würzburg (Kursnr. FB060922B)</b>          Dipl.-Psych. Sylvia Wunderlich 280,00 €* / GNP-Mitglied: 258,00 €, 16 Std.; GNP-Akk.: 4 Psychotherapeutische Intervention; FE-Punkte: 22</p>	
<p><b>Einführung in das Herzratenvariabilitäts-Biofeedback</b>  <b>23.09.2006 D- Würzburg (Kursnr. FB060923A)</b>          Prof. Dr. Michael Mück-Weymann 160,00 €* / GNP-Mitglied: 147,00 €*, 8 Std.; FE-Punkte: 10</p>	
<p><b>EEG-Biofeedback in der Klinischen Praxis - praktische und theoretische Grundlagen</b>  <b>29.09.-30.09.2006 D- Würzburg (Kursnr. FB060929B)</b>          Dörte Klein, Dipl.-Psych. 280,00 €* / GNP-Mitglied: 258,00 €, 16 Std.; FE-Punkte: 18</p>	
<p><b>Supervision - Organisation - Coaching Modul 3: Coaching - mit dem Schwerpunkt auf der Konfliktberatung im neuropsychologischen Bereich</b>  <b>06.10.-07.10.2006 D- Würzburg (Kursnr. FB061006A)</b>          Dr. Astrid Schreyögg, Dipl.-Psych. 370,00 €* / GNP-Mitglied: 320,00 €, 16 Std.; GNP-Akk.: 5 Supervision; FE-Punkte: 18</p>	
<p><b>Kognitive Rehabilitation: zwischen Drill und Strategien für den Alltag. Forschung und Praxis des Trainings von Gedächtnis-, Aufmerksamkeits- und exekutiven Funktionen (Fachtagung)</b>  <b>20.10.-21.10.2006 D- Würzburg (Kursnr. FB061020A)</b>          PD Dr. Reiner Kaschel, Dipl.-Psych. 150,00 €, 13 Std.</p>	
<p><b>Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an!</b> <span style="float: right;">*Kosten incl. MwSt.</span></p>	



Angesichts der geringen Zahlen derer, die eine (angemessene) Behandlung ihrer psychischen Störung erhalten, sind darüber hinaus Maßnahmen zur Sekundärprävention (Früherkennung) psychischer Störungen von besonderer Bedeutung. Bezogen auf Depressionen empfiehlt daher der *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* (SVR) in seinem Gutachten 2000/2001 die Stärkung entsprechender Kompetenzen insbesondere auf Ebene der Hausärzte. Für den hausärztlichen Bereich fordert der Sachverständigenrat außerdem die Entwicklung und Implementation von evidenzbasierten Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung depressiver Störungen (SVR, 2000/2001; Arolt, 2003). Das Kooperationsprojekt „gesundheitsziele.de“ des Bundesministeriums für Gesundheit und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. hat „Depressive Erkrankungen“ als sechstes nationales Gesundheitsziel<sup>3</sup> festgelegt und entsprechende Umsetzungsstrategien in einem aktuellen Bericht publiziert (Bundesministerium für Gesundheit, 2006).

### **Projekte der Krankenkassen: Neue Versorgungsansätze bei der Behandlung psychischer Störungen**

Die gesetzlichen Krankenkassen haben eine Vielzahl neuer Ansätze in der Versorgung psychischer Störungen entwickelt, von denen im Folgenden einige beispielhaft dargestellt werden. So ist das Engagement der DAK hervorzuheben, das in wesentlichen Punkten die o. g. Empfehlungen des Sachverständigenrates praktisch umsetzt. Die DAK hält vor allem die ambulante Behandlung derzeit für unzureichend, da Hausärzte häufig nicht rechtzeitig an die zuständigen Spezialisten überweisen. Sie fördert daher mit diversen Kooperationsprojekten eine Stärkung des Hausarztes und eine höhere Integration der verschiedenen Behandlungsebenen und Professionen (u.a. „Psy-Case-Management“ und „Fortbildung in psychosomatischer Grundversorgung für Hausärzte“).

Im Bereich der Gesundheitsförderung, die auch die mentale Gesundheit mit einschließt, ist das Projekt „Opstapje“ der BKK tätig: Mit der Stärkung elterlicher gesund-

heitsbezogener Kompetenzen versucht das Projekt Kleinkinder aus sozial benachteiligten Familien zu fördern und Entwicklungsdefiziten vorzubeugen (BKK, 2006).

Der Prävention von Depressionen widmet sich das „Berliner Bündnis gegen Depressionen“, eine Initiative der BKK und der Charité Berlin. Schwerpunkte sind die Verbesserung der Versorgung sowie Informations- und Präventionsmaßnahmen vorrangig für türkische Migranten und Migrantinnen sowie für Multiplikatoren in Berlin (BKK, 2006).

Zahlreiche Projekte der Krankenkassen beschäftigen sich auch mit zielgruppenspezifischer Suchtprävention, vor allem bezogen auf Alkoholsucht: Beispiele sind die Projekte „Suchtprävention in der Schule“ und „Prävention des Alkoholmissbrauchs bei Obdachlosen“ (BKK, 2006).

Im Rahmen der Qualitätssicherung von therapeutischen Angeboten hat die TK das Vorhaben „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ entwickelt, das Transparenz über die Behandlungsergebnisse herstellen soll (TK, 2005b).

Mit der Ressourcenförderung von Arbeitnehmern, die sich in prekären Beschäftigungsverhältnissen befinden, beschäftigt sich das Projekt „JobFit Regional – Gesundheitsorientiertes Selbstmanagement in Veränderungsprozessen“ (BKK, 2006).

Die Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der integrierten Versorgung haben ebenfalls mehrere Krankenkassen für den Themenbereich psychischer Störungen aufgegriffen. Mit der bedarfsgerechten Vernetzung ambulanter und stationärer Angebote wird dabei spezifischen Versorgungsbedarfen Rechnung getragen. Beispiele sind Versorgungsangebote „aus einer Hand“ im Bereich Schizophrenie bzw. Depressionen, bei denen alle anfallenden Leistungen über Komplexpauschalen abgerechnet werden (TK, 2005b). Das Vorhaben „Rückzugsräume“ (AOK Bremen) bietet psychisch Erkrankten ein auf den individuellen Bedarf zugeschnittenes ambulantes Behandlungsnetzwerk, in dem verschiedene regionale Akteure zusammengeschlossen sind (GAPSY GmbH, 2006).

### **Fazit**

Sowohl der Vergleich der aktuellen AU-Reporte der Krankenkassen als auch bevölkerungsbezogene Studien zeigen, dass psychischen Erkrankungen eine hohe und zudem wachsende Bedeutung zukommt. Die Fakten veranschaulichen einen dringenden Handlungsbedarf, dem auch bereits auf verschiedenen Ebenen Rechnung getragen wird. So bieten z. B. die gesetzlichen Krankenkassen zur Versorgung psychischer Störungen eine Vielzahl von innovativen und bedarfsgerechten Maßnahmen an, und auf Bundesebene lässt das Projekt „gesundheitsziele.de“ neue Handlungsempfehlungen für den Bereich der Depressionen erwarten.

Allerdings gilt es, in Deutschland zukünftig besonders dem Bedarf von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen hinsichtlich der Erkennung und Behandlung psychischer Störungen mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Auch der geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Belastung durch das Ausmaß psychischer Erkrankungen sowie durch einzelne Störungsbilder (Depressionen bei Frauen, Abhängigkeitserkrankungen bei Männern) sollten in der Planung und Gestaltung weiterer Projekte Berücksichtigung finden. Ebenso machen die auffällig hohen Raten von AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen in bestimmten Berufsgruppen (personenbezogene Dienstleistungen) eine nähere Analyse der dortigen Arbeitsbedingungen erforderlich.

Nicht zuletzt gilt es, die wissenschaftliche Evaluation von Projekten im Bereich der Prävention, Früherkennung und Therapie psychischer Erkrankungen stärker einzufordern und umzusetzen. Denn nur auf einer evidenzbasierten Grundlage ist es möglich, erfolgreiche Modelle „Guter Praxis“ zu ermitteln. Es ist zu hoffen, dass sich diese dann zukünftig in der Versorgungslandschaft etablieren und auch kassen- bzw. länderübergreifend angeboten werden.

<sup>3</sup> Weitere Gesundheitsziele sind: Diabetes Mellitus Typ 2, Brustkrebs, Tabakkonsum, Gesund aufwachsen und Patientensouveränität.

## Literatur

- Arolt, V. (2003). Psychiatrische Erkrankungen. In F. W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Hrsg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 605 – 613). München/Jena: Urban & Fischer.
- Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, C. (Hrsg.) (2005). *Fehlzeiten-Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit* (Gesundheitsreport der AOK, Anm. d. Verf.). Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- BARMER Ersatzkasse (2005). *BARMER Gesundheitsreport 2005. Fehlzeiten, Gender Mainstreaming und betriebliche Gesundheitsförderung*. Wuppertal: Barmer Ersatzkasse.
- BKK – Betriebskrankenkassen Bundesverband (2006). *Mehr Gesundheit für alle*. BKK BV: Essen. [Online] Verfügbar unter: <http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,749,nodeid,html> [13.03.2006]
- BKK – Betriebskrankenkassen Bundesverband (2005). *BKK Gesundheitsreport 2005. Krankheitsentwicklungen – Blickpunkt: Psychische Gesundheit*. Essen: BKK Bundesverband.
- Bödeker, W. (2005). Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsforschung mit Arbeitsfähigkeitsdaten der Krankenkassen. In E. Swart & P. Ihle (Hrsg.), *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven* (S. 57-78). Bern: Huber.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006). *Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln*. [Online] Verfügbar unter: <http://www.gesundheitsziele.de> [11.05.2006]
- DAK – Deutsche Angestellten Krankenkasse (2005). *DAK Gesundheitsreport 2005. Schwerpunkt Angst und Depressionen*. Hamburg: DAK Zentrale.
- European Commission (2005). *Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. [Online] Verfügbar unter: [http://ec.europa.eu/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf) [15.01.2006]
- GAPSY – Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH Bremen (2006). *Rückzugsräume*. [Online] Verfügbar unter: [http://www.gapsy.de/retreat\\_rooms.htm](http://www.gapsy.de/retreat_rooms.htm) [13.03.2006]
- IKK – Innungskrankenkasse (2005). *IKK Bericht 2005. Arbeit und Gesundheit im Handwerk*. Bergisch Gladbach: IKK Bundesverband.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001*. [Online] Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurz-f-de.pdf> [01.03.2006]
- Statistisches Bundesamt (2004). *Krankheitskosten 2002*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- TK – Techniker Krankenkasse (2005a). *Gesundheitsreport. Auswertungen 2005 zu Trends bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- TK – Techniker Krankenkasse (2005b). *Sicherheit und Innovation. Neue Wege – neue Chancen 2005*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (2006). [Online] Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/mentalhealth?Prin-terFriendly=1&language=German> [27.03.2006]
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (2005). [Online] Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/mentalhealth2005/ineurope/20041123\\_1?language=German](http://www.euro.who.int/mentalhealth2005/ineurope/20041123_1?language=German) [01.02.2006]
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357 – 376.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2002). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Psychotherapeutenjournal*, 0, 6-15. [Online] Verfügbar unter: <http://www.psychotherapeutenjournal.de/pdfs/2002-00/03-Beitrag1.pdf> [12.11.2005]
- Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. & Schmidt-kunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen*, 61, Sonderheft 2, 216-222.

Julia Lademann  
Heike Mertesacker  
Birte Gebhardt

Institut für Public Health  
und Pflegeforschung  
Universität Bremen  
Grazer Straße 2  
28359 Bremen  
[www.public-health.uni-bremen.de](http://www.public-health.uni-bremen.de)  
[lademann@uni-bremen.de](mailto:lademann@uni-bremen.de)

### Seminare Herbst 2006

- Trainings sozialer Kompetenzen mit Kindern: 29./30.09.06 in Stuttgart / mit Jugendlichen: 13./14.10.06 in Stuttgart
- VT-Methoden bei oppos. und aggr. Verhaltensstörungen im Grundschulalter: 27./28.10.06 in Potsdam
- Psychodiagnostische Verfahren mit Kindern u. Jugendlichen: 24./25.11.06 in Potsdam
- Entspannung für Kinder - spielerisch entspannen: 24./25.11.06 in Darmstadt 01./02.12.06 in Potsdam
- Lernen zu lernen: Strategien der Selbststeuerung bei Lernstörungen: 17./18.11.06 in Darmstadt

Alle Veranstaltungen werden zur Fortbildungsanerkennung bei den Kammern eingereicht.

Fortbildungen für therapeutisches und  
pädagogisches Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen

compassforthe 

INFOS UND ANMELDUNG UNTER:  
[www.compassforthe.de](http://www.compassforthe.de)  
[info@compassforthe.de](mailto:info@compassforthe.de)  
Straßburger Str. 4  
75173 Pforzheim  
fon 07231-7840701  
fax 07231-7840702

# Zum Postulat der störungsspezifischen Indikation

Inge Frohburg

**Zusammenfassung:** Der erste Teil des Beitrages befasst sich mit einem störungsorientierten Indikationsverständnis, so wie es teilweise fachintern, vor allem aber in verschiedenen berufs- und sozialpolitisch wichtigen Psychotherapie-Dokumenten (u. a. des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie, im Förderschwerpunkt Psychotherapieforschung und in Psychotherapie-Leitlinien und Behandlungs-Manualen) vertreten wird. Argumente aus theoretischer Sicht, Ergebnisse vieler empirischer Forschungsarbeiten und auch das Expertenwissen klinisch tätiger Psychotherapeuten belegen übereinstimmend, dass ein störungsbezogenes Indikationsverständnis zwar für die Psychotherapie allgemein gelten kann, jedoch nicht für verfahrensabhängige differentielle Indikationsstellungen. Der zweite Teil des Beitrages wendet sich deshalb alternativen, den heutigen wissenschaftlichen Kenntnissen eher entsprechenden Indikationsmodellen zu. Aus den kritischen Bewertungen der unterschiedlichen Ansätze werden abschließend Schlussfolgerungen für berufs- und sozialrechtliche Regelungen und die künftige verfahrensspezifisch differentielle Indikationspraxis und -forschung gezogen.

Unter „Indikation“ wird per definitionem die Gesamtheit der Umstände und Gründe verstanden, die bei einem Krankheitsfall die Anwendung einer stimmten Behandlungsweise sinnvoll und erforderlich erscheinen lassen. Im vertraglichen Versorgungskontext der Gesetzlichen Krankenversicherung ist Psychotherapie immer dann indiziert, wenn beim Patienten eine „seelischen Krankheit“ vorliegt, die ihrerseits als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen verstanden wird („Psychotherapie-Richtlinien“ vgl. Rüger, Dahm & Kallinke, 2005, 107f). Dabei sollte gesichert sein, dass die Motivationslage des Patienten, seine Umstellungsfähigkeit oder Eigenheiten seiner neurotischen Persönlichkeitsstruktur und ggf. seiner Lebensumstände dem Behandlungserfolg nicht entgegenstehen. Weitergehende Bestimmungen zur Indikation von Psychotherapie enthalten die „Psychotherapie-Richtlinien“ nicht.

Für die Kennzeichnung seelischer Krankheiten bzw. krankhafter psychischer Störungen gibt es über 500 Diagnosebezeichnungen. Sie sind zuletzt in den internatio-

nal gebräuchlichen Klassifikationssystemen ICD-10 Kapitel V (F) = Internationale Klassifikation psychischer Störungen (WHO/Dilling u. a. 2001, 2005) und DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA 1994, Saß u. a., 2003) mit Bezug auf ihre Manifestationsformen mit Verzicht auf Angaben zu ihren Ursachen oder Entstehungsbedingungen beschrieben und kodifiziert worden.

Die Einführung der diagnostischen Klassifikationsstandards hat zu einer besseren Verständigung von Psychiatern, Klinischen Psychologen und Psychotherapeuten geführt, die Entwicklung standardisierter Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen angeregt und differenzierte epidemiologische Untersuchungen ermöglicht (Wittchen & Jacobi; 2002).

Der Bezug auf diagnostische Klassifikationsstandards hat jedoch zugleich Verwirrungen, Missverständnisse und Fehlentwicklungen im Hinblick auf Indikationsfragen im Bereich der Psychotherapie mit sich gebracht. Aus der allgemein gefassten Indikation „Psychotherapie bei seelischen Krankheiten“ wurde vielfach abgeleitet,

dass unterschiedliche symptomatische Ausprägungen seelischer Krankheiten auch nach unterschiedlichen psychotherapeutischen Bedingungen verlangen. Mit Bezug auf die diagnostizierte Störung (Symptomatik) sollte also nicht nur entschieden werden, ob „Psychotherapie“ indiziert ist, sondern zugleich, welche Art von Psychotherapie, d. h. welches psychotherapeutische Verfahren, Erfolg versprechend ist und gelegentlich, welches therapeutische Setting (ambulante oder stationäre Behandlungen, Einzel- oder Gruppentherapie) infrage kommt. „Störungsbezogene Indikation von Psychotherapie“ wurde damit ausgedehnt auch auf „störungsbezogene Indikation von Psychotherapieverfahren“ und der entsprechend der eingangs zitierten Definition weiter gefasste Begriff der „Indikation“ zugleich eingeeengt auf „störungsbezogene Indikation“.

Ein solches störungsbezogenes Indikationsverständnis liegt verschiedenen berufs- und sozialpolitisch wichtigen, richtungweisenden Psychotherapie-Dokumenten zugrunde und wird teilweise auch fachintern vertreten. Das soll im ersten Teil der folgenden Ausführungen belegt und erörtert werden. Im zweiten Teil wird auf alternative dem heutigen Entwicklungsstand der wissenschaftlichen Erkenntnisse eher entsprechende Indikationsmodelle eingegangen. Aus den kritischen Bewertungen der unterschiedlichen Ansätze werden in einem dritten Teil abschließend Schlussfolgerungen für die berufs- und sozialrechtliche Regelungen und die künftige Indikationspraxis und -forschung gezogen.

## 1. Das störungsbezogene Indikationsverständnis

Das störungsspezifische Indikationsverständnis geht – wie bereits angedeutet – von einer direkten Beziehung zwischen einer bestimmten nach ICD oder DMS di-



agnostizierten Störung und dem Ergebnis eines geeigneten psychotherapeutischen Behandlungsverfahrens aus. *Es wird angenommen, dass der entscheidende Indikator für die Erfolg versprechende Anwendung eines bestimmten psychotherapeutischen Verfahrens die diagnostizierte Störung des Patienten ist.* Bei Indikationsentscheidungen geht es dann konkret darum, herauszufinden, welche Störung durch welches Psychotherapieverfahren am besten beseitigt oder vermindert werden kann („selektive bzw. differentielle Indikation“).

Dieses störungsbezogene Indikationsverständnis ist z. B. in folgenden Dokumenten und Konzeptionen enthalten und spiegelt sich insbesondere in den hier zur Verdeutlichung jeweils kursiv gesetzten Passagen wider.

### ■ **Festlegung des WBP: Anwendungsbereiche von Psychotherapie**

Der wissenschaftliche Beitrag Psychotherapie § 11 PsychThG (WBP) bezieht sich bei der Prüfung der Wissenschaftlichkeit von psychotherapeutischen Verfahren auf „Anwendungsbereiche“, die sich an einzelnen Störungsbildern entsprechend der ICD-10 orientieren. Für jeden dieser störungsspezifischen Anwendungsbereiche erwartet der WBP gesonderte Wirksamkeitsnachweise aus RTCs („randomized controlled trials“). Die entsprechenden Untersuchungsstichproben müssen entsprechend den „Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien“ durch *Klinische Diagnosen (DSM oder ICD) oder klinisch relevante Syndrome* gekennzeichnet sein (WBP, 2000/2002, 2003a, b).

### ■ **BMBF: Förderschwerpunkt Psychotherapieforschung**

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat Ende 2004 eine sechsjährige Förderung von Forschungsvorhaben zur Psychotherapie mit insgesamt 18 Millionen Euro beschlossen, um das einschlägige Potential an Wissenschaftlern verschiedener Fachrichtungen und Institutionen überregional und interdisziplinär zusammenzuführen (BMBF, 2004a, 2004b). Unter der Fachaufsicht des Wissenschaftlicher Beirats Psychotherapie nach § 11

PsychThG wird das Forschungsprogramm inhaltlich u. a. ausdrücklich auf *gesundheitpolitisch relevante psychische Störungsbilder* ausgerichtet. Mit Bezug auf die Indikationsthematik wird davon ausgegangen, dass *unterschiedliche Störungen unterschiedlicher Behandlung bedürfen*, dass die Untersuchung der Wirksamkeit von Psychotherapie bei *spezifischen Störungsbildern* erforderlich ist, und zugleich die weitere Differenzierung *störungsspezifischer Behandlungsmethoden* gefordert (WBP, 2003c unter 6.2).

### ■ **EBM: Psychotherapie-Leitlinien und Behandlungs-Manuale**

Professionelle Tätigkeit verlangt persönliche Expertise im Kontext wissenschaftlich begründeter Konzeptualisierung und Handlungsanleitung unter Bezugnahme auf die jeweils individuellen Patientenbedingungen. Das ist der Grundgedanke der „evidence based medicine“ (EBM). Dieses Modell soll sicherstellen, dass aus der Verbindung von individuellen klinischen Erfahrungen und Erkenntnissen systematischer Forschungsarbeiten in Verbindung mit gewissen Patientenpräferenzen die optimale Behandlung eines Patienten mit *bestimmten, als Krankheit oder Störung diagnostizierten Beschwerden* abgeleitet und realisiert wird (Sackett, 1997).

Um einem solchen Anspruch gerecht werden zu können, ist weitgehende Vergleichbarkeit der Ausgangs- und Behandlungsbedingungen erforderlich. Diese kann über Standardisierungen erreicht werden. Solche Standardisierungen sind auf Seiten der Patienten *symptom-, syndrom- bzw. störungsbezogene Diagnosen*, auf Seiten der Behandler *therapeutische Leitlinien bzw. Manuale*, deren Entwicklung auch in den Richtlinien über die Förderung von Forschungsverbänden zur Psychotherapie ausdrücklich gefordert ist (BMBF, 2004b unter 2.2).

**Leitlinien** sind systematisch entwickelte Orientierungshilfen und elaborierte Handlungsempfehlungen für angemessene Vorgehensweisen bei speziellen gesundheitlichen Problemen (BÄK/KBV, 1997), im hier betrachteten Zusammenhang in der Dia-

gnostik und Psychotherapie *spezieller nach ICD-10 definierter Störungsbilder*. Für den Psychotherapiebereich sind sie seit 1995 vorrangig von ärztlichen Fachgesellschaften, insb. der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) entwickelt worden (u. a. Vogel & Schieweck, 2000, vgl. [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de)).<sup>1</sup>

**Psychotherapie-Manuale** sind ebenfalls grundsätzlich *störungsbezogen* ausgerichtet. Analog zur medizinischen bzw. medikamentösen Behandlung soll auch in der Psychotherapie versucht werden, *spezifische Behandlungsbausteine für bestimmte psychische Störungen* zu entwickeln, d. h. die einzelnen Elemente einer Psychotherapie sollen so beschrieben werden, dass sie nach vorgegebenen Regeln anzuwenden sind. Sie sollen dem Therapeuten ein bewährtes, standardisiertes Vorgehen ermöglichen, so die Wirksamkeit seiner Therapie sichern und Patienten eine hohe Behandlungseffizienz garantieren.<sup>2</sup>

### **Kritische Reflexion des störungsspezifischen Indikationsverständnisses**

Zur kritischen Reflexion des störungsspezifischen Indikationsverständnisses werden im Folgenden Argumente, Ergebnisse und Erfahrungen aus wissenschaftlicher, empirischer und klinisch-praktischer Perspektive aufgeführt. Dabei kommt es auf prinzipielle Erörterungen an, die nur an Einzelbeispielen veranschaulicht werden. Ergänzungen und alternative Überlegungen zu den einzelnen Aspekten erfolgen im zweiten Teil des Beitrages.

<sup>1</sup> Zur Frage, inwieweit die Einführung der evidence-based medicine in die medizinische Versorgung des Gesundheitssystems in gleicher Weise auch für die psychotherapeutische Versorgung Geltung haben kann siehe u. a. Henningsen & Rudolf, 2000, Zurhorst, 2003 bzw. zu Argumenten für und gegen ein leitlinienorientiertes Vorgehen in der Psychotherapie u. a. Jacobi, 2002, Petermann, 2005, Tschuschke, 2005, Helle, 2006.

<sup>2</sup> Zu den mit Psychotherapie-Manualen verbundenen reduktiven Implikationen, Risiken und empirisch erfassten negativen Nebenwirkungen und versorgungspolitischen Einwänden siehe u. a. Auckenthaler, 2000 sowie Kiesler, 1994.

### ... aus der Sicht der Wissenschaft

Das störungsspezifische Indikationsverständnis in der Psychotherapie entspricht einem *ätiologisch orientierten medizinischen Krankheitsmodell*. Es geht davon aus, dass bestimmte Krankheiten auf bestimmte Ursachen zurückzuführen sind, die ihrerseits durch unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten beseitigt werden können. Die Indikationsfrage heißt dann: *Welche Behandlungsmaßnahme ist für die Beseitigung welcher Ursache und damit welcher Krankheit angezeigt?* (Wampold, 2001).

Eine so gestellte Indikationsfrage ist relativ leicht zu beantworten, wenn es um die Indikation von „Psychotherapie“ als Heilmaßnahme in Abgrenzung von anderen, z. B. medizinischen, pharmakologischen, physiotherapeutischen, rehabilitativen Heilmaßnahmen geht. Dann greift die eingangszitierte Indikationsregel, die festlegt, dass Psychotherapie immer dann indiziert ist, wenn eine seelische Krankheit vorliegt. Diese Indikationsregel greift aber nicht mehr, wenn es um verfahrensspezifisch differenzielle Indikationsstellungen geht, wenn also gefragt wird: *Welches psychotherapeutische Verfahren bzw. welche psychotherapeutische Methode bzw. welches psychotherapeutische Setting ist für die Beseitigung welcher psychischen Störung angezeigt?* Zur Beantwortung dieser Fragestellung wären unterscheidbare störungsspezifische Indikationsangaben für jedes Psychotherapieverfahren, für jede Psychotherapiemethodik und für jedes psychotherapeutische Setting erforderlich. Solche differenziellen Indikationsregeln werden zwar pragmatisch gehandhabt, lassen sich jedoch weder theoretisch noch empirisch hinreichend begründen.

Nun ist es allerdings so, dass die Angemessenheit des ätiologischen Krankheitsmodells in der Medizin selbst zunehmend und grundsätzlich infrage gestellt wird, da es zwar für Infektionskrankheiten eine begrenzte Gültigkeit hat, aber ansonsten von sachlich unangemessenem linearen oder monokausalen Denken bestimmt wird. Es bedarf nach der heute in der Medizin vorrangig vertretenen wissenschaftlichen Auf-

fassung einer Revision zugunsten eines konditionalen Krankheitsverständnisses, nach dem Krankheit wesentlich von den Lebensumständen des Patienten bzw. deren patientenseitigen Interpretation abhängt und der Arzt selbst nicht nur zum diagnostischen Instrument, sondern auch zu einem wichtigen therapeutischem Agens wird (SVR, 2001).

Eine solche alternative Sichtweise gilt in besonderem Maße für den Bereich der psychischen Störungen. Sie werden dem heutigem wissenschaftlichen Kenntnisstand entsprechend in engem Zusammenhang mit der Person des Patienten, seinen biografischen Erfahrungen und seiner aktuellen Lebenssituation gesehen und einem *komplexeren biopsychosozialen Krankheitsmodell* zugeordnet. Mit einfachen Worten: „Psychotherapeuten behandeln nicht Störungen, sondern Menschen mit Störungen.“ Das bedeutet, dass individuellen Bedingungen bei einer diagnostizierten psychischen Störung nicht vernachlässigt oder gar ausgeklammert werden und damit nicht unbeachtet bleiben dürfen.

Menschliches Erleben und Verhalten ist zudem nur sehr selten eindimensional determiniert, und es folgt ebenso selten einer linearen Dynamik. Es wird vielmehr durch vielfältige rekursive Prozesse unterschiedlicher Einflussfaktoren charakterisiert. Deshalb sind die üblichen ätiologischen Rückschlüsse höchst fragwürdig und Indikationsaussagen, die sich allein auf eine Störungssphänomenologie beziehen, unzureichend. Differenzielle störungsspezifische Indikationsaussagen bzw. Behandlungsansätze gehen damit von irreführenden Voraussetzungen aus und sind der Sache nach unangemessen. Sie stellen nach Auckenthaler 1997 eine unzulässige „Medikalisierung der Psychotherapie“ dar und beruhen – so Zurhorst, 2003 – auf einem generellen „szientistischen Selbstmissverständnis“.

Anzumerken bleibt jedoch, dass ein *medizinisches Krankheitsmodell* und damit ein *störungsbezogenes Indikationsverständnis* im Bereich der Psychotherapie auch heute noch von einigen Fachkollegen vor allem der kognitiv-behavioralen Richtung vertreten wird (z. B. Turner & Calhoun, 1992,

Ammermann & Hersen, 1993, Chambless, 1996, Chambless & Hollon, 1998, Reinecker, 2003), die damit als Referenzquelle für die oben genannten Dokumente gelten können. Die Lehrbücher zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie sind in ihren anwendungsbezogenen Teilen ausnahmslos störungsbezogen in Kapitel gegliedert, die jeweils „Psychotherapie bei ...“ beschreiben und damit indirekt eine störungsspezifische Indikation psychotherapeutischer Vorgehensweisen suggerieren. Das gleiche gilt für diverse Fallbücher, die Kasuistiken an Hand der ICD-Klassifikationen darstellen. Zudem kommen immer wieder neue Bücher auf den Markt, die Psychotherapie bei Angststörungen, Borderline-Patienten, Persönlichkeitsstörungen, bei Zwängen und Phobien, Ess-Störungen, Alkoholabhängigkeit etc. zum Inhalt haben – um nur einige Beispiele aus neueren Verlagskatalogen zu nennen (vgl. auch die bei Hogrefe erscheinende Serie „Fortschritte der Psychotherapie“) – und deren Autoren damit ein störungsbezogenes Indikationsverständnis von Psychotherapie dokumentieren, tradieren und dem Leser nahe legen.

Eine störungsspezifische Orientierung findet sich auch in den vom Bundesministerium für Gesundheit erlassenen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen für Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (BMG, 1998). Sie sieht vor, dass über das gesamte Spektrum der Psychotherapieindikation in einem Verfahren ausgebildet wird, nimmt diese Ausbildung dann aber im Einzelnen in störungs- bzw. symptom-spezifischer Anwendung der Behandlungsmethodik des Verfahrens vor. Dem folgt auch der sich auf die Ausbildungsinhalte beziehende Gegenstandskatalog des Instituts für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen für die schriftlichen Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz (impp, 2004).

### ... aus der Sicht der empirischen Forschung

Obwohl es seit langem eine größere Anzahl von empirischen Indikationsstudien gibt, ließen sich bislang keine eindeutigen Zusammenhänge zwischen störungsbezogenen Indikationskriterien und psy-

chotherapieinduzierten Wirkungen ermitteln, d.h. die Datenvarianzen der Effektivitätsmaße konnten allein mit Bezug auf die Störungsspezifität der Patienten nicht in befriedigendem Ausmaß aufgeklärt werden. Die Vielzahl der bisherigen Untersuchungsergebnisse ist zudem in sich widersprüchlich und zusammenhanglos. Es finden sich in allen Störungsgruppen Patienten, die mit einem bestimmten Psychotherapieverfahren mehr oder weniger erfolgreich behandelt wurden, und alle Psychotherapieverfahren führen bei störungsspezifischer Anwendung zu mehr oder weniger guten Therapieergebnissen. Letztlich ließen sich keine eindeutigen Vorstellungen darüber ableiten, welche Art von Psychotherapie für Patienten mit welchen Störungen besser oder schlechter ist. An psychopathologischen Symptomen orientierte diagnostische Klassifikationen haben damit sich in der empirischen Forschung für verfahrensbezogen selektive und differenzielle Indikationsaussagen als unbrauchbar erwiesen (Frohburg, 1976, Grawe, 1992, Wampold, 1997, 2001, Wampold & Bhati, 2004, Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004, Lambert & Ogles, 2004 – vgl. auch Fußnote 3).

Für dieses Ergebnis wurden z. T. forschungsmethodische Gründe, im Wesentlichen aber inhaltlich-konzeptionelle Gründe verantwortlich gemacht (Kasielke & Frohburg, 1972, Zieles, 1979, Seidenstücker & Baumann, 1979). In diesem Zusammenhang sei hier besonders auf die Problematik der verfahrensspezifischen Therapiezielbestimmung und die Schwierigkeiten ihrer Operationalisierung und Vergleichbarkeit verwiesen.

Es ist aber auch und besonders in Betracht zu ziehen, dass die nach der Symptomatik gebildeten Störungsklassen (z. B. der ICD) keine homogenen Gruppierungen darstellen. Das belegen u. a. empirische Befunde und praktische Erfahrungen zur Indikation der Gesprächspsychotherapie bei psychosomatischen Patienten. Es ließ sich in verschiedenen Studien zeigen, dass diese Patientengruppe nicht durch einen typischen therapielevanten Modus der Verarbeitung emotionaler Problemsituationen und/oder ein einheitliches Sprach- und Kommunikationsverhalten gekennzeichnet ist: Nur ca. ein Fünftel der psychosomatischen Patienten zeigt die für psychosomatische Patienten als charakteristisch bezeichnete „Alexithymie“ und konnte von einer Gesprächspsychotherapie nicht profitieren, ca. zwei Fünftel sind ähnlich wie neurotische Patienten unter den Bedingungen einer Gesprächspsychotherapie zur differenzierten Wahrnehmung, Reflexion und sprachlichen Codierung emotionaler Erlebnisinhalte, d. h. zu einem hohen Ausmaß an Selbstexploration fähig und erreichten gute Therapieergebnisse. Weitere zwei Fünftel bilden eine Zwischengruppe mit fraglichen Therapieergebnissen. Deshalb sind die Wirksamkeitsaussagen, die aus globalen, die Gruppe der Psychosomatiker insgesamt betrachtenden Effektivitätsstudien abgeleitet werden, nicht zutreffend: Erfolge und Nicht-Erfolge in den Untergruppen mitteln sich im Extremfall zu Null und lassen dann die Gesprächspsychotherapie als für die Behandlung von psychosomatischen Patienten als nicht indiziert erscheinen. Diese falsche Aussage ist ein Artefakt einer undifferenzierten Fragestellung und einer darauf bezogenen methodisch fal-

schenden, weil sachlich unangemessenen Untersuchungsplanung (Frohburg & Helm, 1984). Hier zeigt sich an einem konkreten Beispiel sehr deutlich, dass die Indikationsfrage „Psychotherapieverfahren X für Patienten der Störungsgruppe Y – ja oder nein?“ zu kurz greift.

### ... aus der Sicht der klinischen Praxis

Das Postulat der Störungsspezifität von Indikation und Behandlung übersieht die weit verbreitete und alltägliche klinische Erfahrung vieler Psychotherapeuten, dass sich Patienten bei gleicher Diagnose in Bezug auf *praktisch relevante Indikationsmerkmale* oft ganz erheblich unterscheiden – z. B. hinsichtlich der Dauer und dem Chronifizierungsgrad ihrer Störung und in ihrer Therapiemotivation und Veränderungserwartungen sowie in ihrem „sozialen Netzwerk“.

Praktiker weisen weiter darauf hin, dass psychische Symptome und *Störungsbilder oft diffus* und damit schwer klassifizierbar sind und dass sie zum anderen in nicht seltenen Fällen gewissen *Wandlungsprozessen* unterliegen (vgl. Jacobi, 1999, 2002). Neben der Beschreibung und Klassifikation der psychischen Störung ist für sie zudem oft auch die *Ableitung ihrer Ätiologie* mühsam, so dass „Unzulänglichkeiten der ätiologischen Betrachtungsweise“ in den Berichten an die Gutachter, die zur Kostenübernahme der Psychotherapie durch die Krankenkassen erforderlich sind, die am häufigsten beobachtete Schwierigkeit darstellen (Rüger, Dahm & Kallinck, 2005, 16). Ob das wirklich – wie gelegent-

Diplom-Psychologe  
Wolfgang Elbrecht  
Psychologischer Psychotherapeut  
Versicherungsmakler und Vermögensberater  
Riedheim 72 - 45309 Essen - Tel.: 0201/7221544  
info@wirtschaftsdienst-elbrecht.de  
www.wirtschaftsdienst-elbrecht.de



### **Berufsunfähigkeitsversicherung**

#### **Sondertarif für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit 3% Beitragsrabatt**

Bis zu einer Monatsrente von € 1000,- **nur 1 Gesundheitsfrage!**

Leistung bis zum 65. Lebensjahr! Kein abstrakter Verweis, Leistung auch im Pflegefall, BU-Nachweis durch Ihren behandelnden Arzt! Diese ungewöhnlich komfortable und preiswerte BU-Versicherung mit attraktiven Zusatzleistungen (**Rating: 5 Sterne bei Morgen&Morgen**) erhalten Sie bei uns als erste Grundsicherung und für Berufseinsteiger mit noch geringem Einkommen oder zur Ergänzung bestehender Absicherungen.

Wir beraten Sie **individuell** auch bezüglich weiterer attraktiver Sondertarife. Rufen Sie uns ganz einfach an.



lich geltend gemacht – eine Folge unzureichender Ausbildung oder doch eher ein substantielles Problem ist, mag zunächst dahin gestellt bleiben.

Insbesondere aber machen praktisch tätige Psychotherapeuten auf das häufige Phänomen der *Komorbidität*, d. h. das gleichzeitige Auftreten verschiedener psychischer Störungen bei einer Person, aufmerksam. Dem Bundesgesundheitsurvey 1998 ist in diesem Zusammenhang zu entnehmen, dass 48 % derjenigen Patienten, bei denen nach DSM-IV oder ICD-10 eine voll ausgeprägte psychische Störung diagnostiziert wurde, zum Zeitpunkt ihrer Untersuchungangaben, unter zwei oder mehr psychischen Störungen zu leiden (Wittchen & Jacobi, 2002). Bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Untersuchung fanden sich z. B. bei 61 % aller Patienten mit einer unipolaren depressiven Erkrankung komorbide psychische Störungen, darunter 24 % mit drei und mehr zusätzlichen Diagnosen. Komorbidität bei Suchterkrankungen wird mit 30 bis 60 % angegeben (Jacobi, Wittchen & Hölting, 2004, vgl. auch Moggi & Donati, 2003). Nach Angaben in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2004 leidet fast ein Drittel der Patienten mit einer Angststörung aktuell unter mehreren Angststörungen, und nahezu 50 % haben auch weitere Erkrankungen aus dem Bereich der affektiven, somatoformen oder Suchtstörungen. Besonders häufig ist die regelhafte Komorbidität von Panikstörungen mit Agoraphobie und spezifischen Phobien sowie das allgemein erhöhte Risiko von Patienten mit Angststörungen, eine depressive Störung zu entwickeln (Wittchen & Jacobi, 2004, Härter u. a., 2003). Diese Angaben entsprechen den Ergebnissen einer Studie von Howard u. a. 1996, die in verschiedenen Datensätzen ermittelten, dass 56 bis 60 % der untersuchten Patienten die Kriterien für mehr als eine Störung erfüllten. Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004 sprechen sogar davon, dass in der therapeutischen Praxis eine allein auftretende Störung eher die Ausnahme als die Regel ist. Diese und viele andere Daten bestätigen den aus der klinischen Praxis resultierenden und für störungsbezogene Indikationsentscheidungen bedeutsamen Hinweis, dass bei Psychotherapie-Patienten ein besonders ho-

hes Ausmaß an Komorbidität zu beobachten und zu beachten ist.

**Zusammenfassung:** Das störungsspezifische Indikationsverständnis greift – wie sich übereinstimmend aus theoretischen Reflexionen, empirischen Forschungsarbeiten und den als Expertenwissen geltenden klinischen Erfahrungen ergibt, zu kurz. Ausschließlich an psychopathologischen Symptomen (Syndromen) orientierte diagnostische Klassifikationen haben sich für verfahrensspezifisch differentielle Indikationsbelange in der Psychotherapie als wenig brauchbar erwiesen.

Deshalb wurden komplexere Modellierungsansätze entwickelt, die über störungsbezogene Indikatoren hinausgehend auch die Relevanz von störungsunspezifischen Indikatoren und weiteren nachgewiesenermaßen effektdeterminierenden und -modifizierenden Bedingungen untersuchen. Diese werden im Folgenden in ihren Grundgedanken skizziert.

## 2. *Alternative Indikationsmodelle*

Bei der kritischen Reflexion des störungsspezifischen Indikationsverständnisses ist bereits ausgeführt worden, dass das ihm zugrunde liegende „medizinische Krankheitsmodell“ zunehmend durch ein komplexeres „biopsychosoziales Krankheitsmodell“ ersetzt wird. Das bedeutet, dass für Indikationsentscheidungen über die Störung (Diagnose) hinausgehend weitere Indikatoren berücksichtigt werden. Solche Indikatoren sind in der Psychotherapie Angaben zur Person bzw. zur Persönlichkeit des Patienten, zu seinen biografischen Erfahrungen und zu seiner aktuellen Lebenssituation. Mitunter werden als Indikatoren auch Angaben zu seinem Krankheitskonzept und seiner Therapiemotivation und für die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Alter und Entwicklungsstand in Betracht gezogen.

Die Indikationsforschung berücksichtigt darüber hinausgehend zunehmend die Erkenntnis, dass das Ergebnis einer Psychotherapie und damit die prognostische Validität von Indikationsaussagen nicht nur von den Ausgangsbedingungen des Patienten bestimmt wird, sondern wesentlich auch

von den therapeutischen Prozessbedingungen und der Person des Therapeuten beeinflusst ist. Es gehört heute zum methodischen ABC der Psychotherapieforschung, indikative Ausgangsbedingungen, psychotherapeutische Prozessmerkmale und Effektivitätskriterien in einem wechselseitigen Zusammenhang zu analysieren und dabei zusätzlich zu beachten, dass jeder dieser Bereiche differenziert zu sehen ist.

Einfache, auf wenige Merkmale reduzierte Beschreibungen – wie die Kennzeichnung der Patienten durch ihre Störung oder die des Therapieprozesses durch die Angabe des Therapieverfahrens – reichen dann nicht mehr aus und müssen durch genauere Beschreibungsmodelle ersetzt werden. Diese differenziertere Sicht soll die der herkömmlichen Forschung und Praxis der Psychotherapie abträglichen „Uniformitätsmythen“ überwinden (Kiesler, 1966) und damit die Indikationssicherheit erhöhen bzw. Fehlindikationen reduzieren.

Die erweiterte und im Detail von verschiedenen Autoren sprachlich leicht variierte Indikationsfrage lautet dann: *Welche Behandlung ist bei welchem Patienten mit welchen Störungen durch welchen Therapeuten und zu welchem Zeitpunkt mit welchen Zielsetzungen angemessen und wirksam?* (zuerst Kiesler, 1966, 1969, 1971). In den „Psychotherapie-Richtlinien“ heißt es in Übereinstimmung dazu, dass in der Praxis und für die Praxis die Notwendigkeit zu beachten ist, die Differentialindikation nicht nur an der therapeutischen Zielsetzung und der Art der psychischen Störungen, sondern auch an der Persönlichkeit des Patienten und ebenso sorgfältig an den Gegebenheiten des Umfeldes und der sozialen Situation der Patienten zu orientieren (Rüger, Dahm & Kallinke, 2005, 30). *Die Frage, welches Therapieverfahren für welche Störung geeignet ist, ist nach diesem multimodalen Indikationsverständnis eine für die Psychotherapie nicht (mehr) zulässige Frage, eben weil sie andere das Therapieergebnis wesentlich beeinflussende Faktoren außer Acht lässt.*

Unterschiedlichen Realisierungen dieses differenzierten Indikationsverständnisses liegen entweder multimodale, kontextua-

le, adaptive oder probatorische Indikationsmodelle zugrunde, auf die im Folgenden kurz eingegangen wird.

### ■ **Multimodales Indikationsverständnis**

Indikationsbezogene multimodale Forschungsansätze sind vor allem in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts intensiv verfolgt worden. Untersucht wurden viele Merkmale und Merkmalskomplexe, in denen sich Patienten trotz gleicher Diagnose unterscheiden und von denen ein Einfluss auf das Therapieergebnis zu erwarten war. Zugleich erfolgte – zumindest in der Gesprächspsychotherapie – eine systematische Einbeziehung von Therapieprozess-Daten, so dass Indikationsmerkmale in ihrem wechselseitigen Zusammenhang mit veränderungsdeterminierenden bzw. -modifizierenden Therapiebedingungen untersucht werden konnten.

Im Ergebnis solcher Untersuchungen bestätigte sich zunächst und als Voraussetzung für weiterführende Indikationsuntersuchungen, dass sich Patienten bei gleicher Diagnose in wichtigen therapierelevanten Eingangskriterien tatsächlich unterscheiden. Das betrifft beispielsweise solche Merkmale wie Therapiemotivation, Änderungsoptimismus, Extra-/Introversion, Ausmaß an self-efficacy, selbst- vs. aktionsbezogene Orientierung des Patienten. Es konnten in vielen einzelnen Untersuchungen auch viele Zusammenhänge zwischen einzelnen Indikations- und Effektivitätsvariablen (und Prozessdaten) gefunden werden, sie haben aber bislang – weil sie teilweise inhaltlich widersprüchlich und nicht erklärbar oder auch nicht replizierbar waren – zu keinen wirklich sicheren Anhaltspunkten für verfahrensspezifisch differenzielle Indikationsentscheidungen geführt (Zusammenfassungen für die Einzelpsychotherapie bei Garfield 1994, für die Gruppenpsychotherapie bei Fuhri-man & Burlingame 1994). In den „Psychotherapie-Richtlinien“ wird deshalb folgerichtig die Indikationsentscheidung der Erfahrung der Therapeuten anheim gegeben und der Psychotherapieforschung angetragen, die Differentialindikation jenseits des Zufalls bei der Therapieauswahl grundsätzlich zu gewichten (Rüger, Dahm & Kallinke, 2005, 31).

Für verfahrensabhängig differenzielle Indikationsentscheidungen beachtenswert sind jedoch Hinweise aus einigen Forschungsprojekten, nach denen sich Psychotherapieverfahren offenbar bei gleichwertigen quantitativen Kennwerten (z. B. in Form von Effektstärken) *in ihren qualitativen Indikations- und auch Veränderungsprofilen* unterscheiden. Der erste empirische Beleg dafür ergibt sich aus dem von Grawe und Plog 1976 durchgeführten Vergleich von Gesprächspsychotherapie (GT) und Verhaltenstherapie (VT) bei Patienten mit schweren Phobien. Die Patienten beider Therapieverfahren unterschieden sich nicht hinsichtlich ihrer Symptomatik und erreichten quantitativ das gleiche, auch katamnestisch nachweisbare hochsignifikante Ausmaß an Symptom-Reduktion und Verbesserung ihrer Befindlichkeit. Deutlich erkennbar wurden darüber hinaus aber qualitative Indikations- und Effektunterschiede: GT erzielte ihre Wirkung vornehmlich bei Patienten, die an der Reflexion ihrer persönlichen Lebensbedingungen interessiert waren, VT vor allem bei Patienten mit starken Phobien und ausgeprägtem Leidensdruck. Weitere empirische Belege zu qualitativen Indikations- und Effektivitätsunterschieden bei summarisch gleichwertigen quantitativen Effekte ergaben sich u. a. aus dem Hamburger Kurztherapie-Vergleichsprojekt (Meyer, 1981, Meyer u. a., 1988, Eckert & Biermann-Ratjen, 1985) und aus der Berner Therapievergleichsstudie (Grawe, 1988, Grawe, Caspar & Ambühl, 1990, Grawe, Donati & Bernauer, 1994) (ausführlicher in Frohburg, 2004).

Mit hoher Wahrscheinlichkeit hängen die bisher zumeist unbefriedigenden Untersuchungsergebnisse zur Indikationsproblematik damit zusammen, dass sich die jeweils vermuteten und untersuchten Indikationskriterien mit den konzeptionellen Änderungsbedingungen einzelner Psychotherapieverfahren nur sehr randständig berühren. Die fehlende Koinzidenz in der Merkmalskonstitution mag der Grund dafür sein, dass der auf das Therapieergebnis ausgerichtete Prädiktionswert von Indikationskriterien nicht sehr hoch ist (vgl. Orlinsky, Grawe & Parks, 1994, Eckert, 2004). Es wurde mehrfach und auf verschiedenen Wegen versucht, dieses Man-ko auszugleichen.

Die Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten im Land Berlin in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Berlin und dem Behandlungszentrum für Folteropfer bieten folgende zertifizierte Fortbildungsveranstaltung an:

### „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“

**Datum:** 23./24. Sept. 2006  
(9 bis 18/bzw. 17:00 Uhr)  
**und** 11./12. Nov. 2006  
(9 bis 17/bzw. 17:30 Uhr)

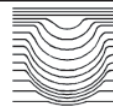
**Wissenschaftliche Leitung:**  
Dietrich F. Koch, Dipl.-Psych.

**Ort:** Ärztekammer Berlin,  
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

**Gebühr:** 360,00 €;  
(40 Fortbildungspunkte/-einheiten)

**Anmeldefrist:** 31. August 2006

**Anmeldung:**  
Psychotherapeutenkammer Berlin,  
Frau Hofmann-Britz,  
Telefon: 030/88 71 40 – 0



## Fortbildungsstelle

Psychotherapeutisches Zentrum

Christian-Belser-Strasse 79a  
70597 Stuttgart

Fon 0711. 6781 421  
info@fortbildungsstelle-online.de  
www.fortbildungsstelle-online.de

### Grundkurs Lösungsorientierte Gesprächsführung

**23.-24.09.06**

### Siebenstufiges Behandlungs- konzept bei traumatischen Störungen

**03.-04.10.06**

Weitere interessante und **akkreditierte** Kurse.  
Informationen unter -  
www.fortbildungsstelle-online.de  
oder im aktuellen Programmheft  
- Bitte anfordern-

In der Gesprächspsychotherapie beispielsweise wurden „theorienaher“ psychodiagnostische Messinstrumente entwickelt und auch für Indikationsentscheidungen genutzt, beispielsweise die Erhebung der Gefühlskommunikabilität von Meier & Piontkowski, 1975, die Art der Selbstkommunikation von Quittmann, Tausch & Tausch, 1974 u. a. oder die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens von Benjamin 1974 ff bzw. das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme von Horowitz, 1988 ff, die Kieler änderungssensitive Symptomliste von Zielke, 1979 (Überblick und Literaturhinweise in Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 2003, 151 ff sowie Tscheulin, 2001). Dieses Vorgehen hat sich im Rahmen von Forschungsuntersuchungen bewährt, wird in der klinischen Praxis aber wegen des teilweise hohen Zeitaufwandes relativ wenig genutzt.

Eine Verbesserung im Hinblick auf Indikationsentscheidungen im Rahmen eines multimodalen Indikationsverständnisses soll auch mit der „Operationalisierten Psychodynamische Diagnostik (OPD)“ für den Bereich der psychoanalytischen Therapieverfahren und mit unterschiedlichen problemanalytischen Verfahren für die Verhaltenstherapie erreicht werden.

**Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)** versteht sich ausdrücklich als *Gegenentwurf zur rein deskriptiven symptomorientierten Diagnostik* nach ICD-10 und DSM-IV und möchte auch psychodynamische Aspekte sowohl für Indikationsentscheidungen als auch für die Therapieplanung und Wirksamkeitsnachweise nutzbar machen. Für eine Mehrebenen-diagnostik werden fünf Achsen festgelegt: Krankheitserleben und Behandlungserwartungen, Beziehungsverhalten (Selbst- und Fremdbild), Konfliktstruktur und ihre Folgen, Struktur als persönlicher Stil des Erlebens und Verhaltens und eine Syndromachse als adaptierte Fassung der ICD-10. Struktur-, Konflikt- und Beziehungsdagnostik erlauben eine „Mustererkennung“, die, ergänzt durch individuelle lebensgeschichtliche Daten, auch Indikationsentscheidungen vorbereiten und begründen können (Arbeitskreis OPD, 2001, OPD-KJ 2003, Schauenburg u. a., 1998, Schneider & Freyberger, 2000, Schüssler, 2005).

Die Überprüfung der Indikationsrelevanz der OPD gehört ebenso wie ihr Einsatz zu prae-/post-Vergleichen zu den Forschungsvorhaben des OPD-Arbeitskreises (OPD, 2004, 20).

**Verhaltenstherapeutische Indikationsdiagnostik als Verhaltensanalyse**, Plananalyse, Problemanalyse, Funktionale Analyse, Motivationsanalyse u. ä. zielt nicht auf Klassifikation von psychischen Störungen ab, sondern auf die (lerntheoretisch abgeleitete) Klassifikation der zentralen Bedingungen ihrer Entstehung und insbesondere ihrer Aufrechterhaltung, die zugleich Ansatzpunkte der Veränderung darstellen. Sie erfolgt in vier Schritten: Identifikation des Problemverhaltens, Identifikation der Entstehungs- und aufrechterhaltenden Bedingungen, Festlegung des Therapieziels und Planung der Veränderungsschritte zur Erreichung des Therapieziels und bezieht sich jeweils auf die Ebenen motorisch-beobachtbares Verhalten, subjektiv-kognitive Prozesse und somatisch-physiologisches Geschehen (Sulz, 1993, Margraf, 2000, Fliegel, 2005, Reinecker, 2005). In klassischen Verhaltensanalysen liegt der inhaltliche Schwerpunkt auf dem Verhaltens- und Reaktionsrepertoire des Patienten, in neueren Modellen der konzeptionellen Entwicklung der Verhaltenstherapie Rechnung tragend auf der Analyse der Kognitionen, Motivation und Beziehungsgestaltung (Caspar, 1987, Bartling u. a., 1992, Schulte, 1996).

Die praktische Bewährung dieser dem Selbstverständnis der Verhaltenstherapeuten entsprechenden therapienahen Indikationsstellungen ist empirisch bislang nicht überprüft worden. Auch der zuletzt vorgelegte breite Überblick zum Stand der empirischen Wirksamkeitsforschung verhaltenstherapeutischer Interventionen ist nach den Vorgaben des wissenschaftlichen Beirates ausschließlich störungsbezogen gegliedert und aufbereitet (Kröner-Herwig, 2004).

### ■ Kontextuelles Indikationsverständnis

Kontextuelles Indikationsverständnis geht davon aus, dass die Indikation zur Psychotherapie nicht allein aus Patientenmerkmalen ableitbar ist, sondern dass sie sich aus dem Kontext, d. h. den komplexen

Wechselbeziehungen von Patienten- und Therapeutencharakteristika, ergibt (vgl. Garfield, 1994, Wampold, 2001). Indikation setzt eine optimale Abstimmung der einzelnen Bedingungen voraus, ist also eine Funktion „guter Passungen“.

Das „**Allgemeine Modell von Psychotherapie**“ von Orlinsky und Howard<sup>3</sup> (Orlinsky & Howard, 1988, Orlinsky, 1994) kann als Prototyp dieses kontextualen Indikationsverständnisses gelten. Danach hängt ein Therapieerfolg unabhängig von einzelnen Psychotherapieverfahren und -settings mit hoher Wahrscheinlichkeit von vier Passungen ab, die sich zwischen den vier wichtigsten Faktoren einstellen, die eine Psychotherapie konstituieren: der Person des Patienten und der Person des Therapeuten, dem Behandlungsmodell des Therapeuten (Menschenbild und Interventionsmethodik) und der Störung bzw. dem Störungsverständnis des Patienten. Dass hier auch die Qualität der therapeutischen Beziehung als Indikations- und Prognosekriterium berücksichtigt wird, ist besonders bemerkenswert, da sie mit 30 % einen hohen Anteil der posttherapeutisch erfassten Änderungsvarianz des Patienten aufklärt (Lambert, 1992, Asay & Lambert 2001).

Das Modell ist unter Bezug auf empirische Daten aus mehreren hundert Untersuchungen entwickelt worden und unterscheidet sich dadurch von ähnlichen erfahrungsbasierten Konzepten (z.B. Schneider, 1990, 2000).

Die besondere Bedeutung dieses kontextualen Indikationsverständnisses ergibt sich auf der empirischen Ebene u. a. gut sichtbar aus Therapievergleichsstudien, an denen Patienten mit Therapieabbrüchen bzw. psychotherapeutischen Mehrfach-Behand-

3 Ein Beitrag über dieses Modell erschien bereits 1986 in der 3. Auflage des zum Referenzwerk gewordenen von Howard & Garfield mehrfach herausgegebenen „Handbook of Psychotherapy and Behavior change“. In der aktuellen 2004 von Lambert editierten 5. Auflage dieses Handbuchs ist der gesamte Teil, der sich den Fragen der Effektivität und Effizienz von Psychotherapien widmet, in vier Kapitel aufgeteilt, die weitgehend den von Howard & Orlinsky benannten Faktoren entsprechen. Eine ausschließlich störungsspezifische Therapieindikation wird an keiner Stelle vertreten.



lungen beteiligt waren. Therapieabbrüche, den Wechsel zu einem anderen Psychotherapeuten oder die Wahl eines anderen Psychotherapieverfahrens begründen diese Patienten mit nicht befriedigenden therapeutischen Fortschritten in der Erstbehandlung oder aber – und damit wahrscheinlich in Zusammenhang – mit der fehlenden Übereinstimmung von zumeist vorgegebenen therapeutischen Zielstellungen bzw. Behandlungsbedingungen und ihren persönlichen Vorstellungen, Erwartungen und Möglichkeiten. So geben sie an, dass diese Diskrepanzen sowie daraus resultierende Störungen in der Beziehung zum Therapeuten ihnen ein konstruktives Arbeiten in der von ihnen gewünschten Form und Atmosphäre unmöglich machten (Frohburg, 2003, Eckert, Frohburg & Kriz, 2004).

### ■ **Adaptives Indikationsverständnis**

Der Begriff „Adaptive Indikation“ kennzeichnet die Bedingungen für eine gezielte, d. h. bedingungsabhängige Optimierung des therapeutischen Vorgehens, in der Regel dessen Anpassung an situative oder beim Patienten liegende bzw. von ihm verursachte Besonderheiten oder Probleme. Indikationsentscheidungen werden damit nicht mehr allein vor Aufnahme einer Psychotherapie getroffen, sondern auch in den Therapieprozess selbst verlegt.

Als Indikatoren dienen verfahrensspezifische prozessdiagnostische Daten oder implizite bzw. explizite Heuristika in Form von Konditionalregeln. Sie sollen Hinweise geben auf die bedingungsabhängige Differenzierung einzelner psychotherapeutischer Verfahren bzw. die Auswahl verfahrensspezifischer Methoden (d.h. konzeptintern) oder auf günstige Kombinationsmöglichkeiten von Therapieverfahren bzw. Verfahrenselementen (d. h. konzeptextern) (Frohburg, 1989). So hat beispielsweise Tscheulin 2000 eine basale Indikationsregel zur Optimierung der Gesprächspsychotherapie auf Grund experimenteller und ex-post-facto-Untersuchungen aufgestellt: Je nach dem, ob die Selbstaufmerksamkeit der Patienten eher selbst- oder eher aktionsbezogen ausgerichtet ist, muss das therapeutische Vorgehen entwe-

der erlebnisfördernd und evokativ oder aber handlungsaktivierend und -anleitend sein. Eine Klassifikation von Patienten in vier Gruppierungen (Tscheulin, Trouw & Walter-Klose, 2000) hilft dabei sowohl bei der Indikationsstellung als auch bei der Prozess- und Erfolgskontrolle (Tscheulin, 2001, Tscheulin, Walter-Klose & Wellenhöfer, 2000).

Für die Gesprächspsychotherapie sind weitere Ansätze zur adaptiven Indikation und entsprechender adaptiver Interventionsstrategien (Überblick in Frohburg & Jacob 1989, Frohburg 1992) ebenso wie für die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie (Geyer 1989) und für Verhaltenstherapie (Mehl 1989) entwickelt worden. Genauere Konzeptualisierungen und empirische Überprüfungen ihrer Effekte bzw. des Effektgewinns stehen jedoch noch weitgehend aus – sicher nicht zuletzt wegen des ungeheuren, kaum zu bewältigen Forschungsaufwandes. Das gilt auch für das Allgemeine Psychotherapiemodell (Grawe, 1995, 2005), in dem adaptive Indikationsentscheidungen in Bezug auf die jeweils anzustrebenden Wirkfaktoren Ressourcen- bzw. Problemaktivierung, Problemklärung bzw. -bewältigung und intra- bzw. interpersonelle Fokussierung zu treffen sind.

### ■ **Probatorisches Indikationsverständnis**

Da sich alle Versuche, angemessene Kriterien für selektive, differentielle und adaptive Indikationsentscheidungen zu ermitteln, als außerordentlich schwierig, inhaltlich wenig befriedigend und in der psychotherapeutischen Praxis kaum nutzbar erwiesen haben, werden diese unter Berücksichtigung klinischer Erfahrungen in der Alltagspraxis häufig pragmatisch getroffen.

So sehen die „Psychotherapie-Richtlinien“ fünf und teilweise mehr „**Probatorische Sitzungen**“ vor dem evtl. Beginn einer ambulanten Behandlung vor. Sie sollen der Diagnosefindung auch unter differentialdiagnostischem Blickwinkel, der Abklärung der Therapiemotivation und Verlässlichkeit sowie der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit des Patienten dienen (Rüger, Dahm & Kallinke, 2005, 33). Entscheidungen über die Aufnahme einer Psychothe-

rapie werden an das Ende der probatorischen Sitzungen verlagert. Sie sind häufig auch das Ergebnis von sozialen Aushandlungsprozessen zwischen Therapeut und Patient (Kächele & Kordy, 1992). Probatorische Sitzungen bieten damit die Chance, die angedeuteten für günstige Therapieprozesse notwendigen „Passungen“ herzustellen oder, wenn das nicht möglich ist, den Patienten frühzeitig in eine geeignete Behandlung zu überweisen.

Eine systematische Form, Erfahrungen aus Probesitzungen bzw. der Anfangszeit einer Behandlung zu nutzen, ist für das Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie charakteristisch. Zum einen hat sich das **Ausmaß an „Selbstexploration“**, das ein Patient unter experimentell variierten Gesprächsbedingungen erreichen kann, als guter Prädiktor für das zu erwartende Therapieergebnis erwiesen (Helm, 1979, 165 ff). Zum anderen kann die **„Ansprechbarkeit des Patienten“** auf das gesprächspsychotherapeutische Behandlungsangebot mit Hilfe von Klienten-Erfahrungsbogen eingeschätzt werden (KEB bzw. eine Weiterentwicklung als BIKEB und eine Gruppenform GEB). Die Itemwerte dieser zeitökonomisch einsetzbaren Fragebogen haben sich als besonders gute Prädiktoren für spätere Veränderungen sowohl nach Einzel- als auch nach Gruppentherapien erwiesen (Eckert, 1976, 2001, Höger & Eckert, 1997, weitere Literaturangaben in Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 2003, 153 ff).

Die Ansprechbarkeit eines Patienten für ein spezifisches Therapieangebot hat sich – mit inhaltlich anderen Indikations- und Veränderungsmerkmalen – auch bei psychodynamischen Kurztherapien als Indikations- und Prognosekriterium bewährt (Eckert, Bolz & Pfuhlmann, 1979) und bestätigte ihre Brauchbarkeit des weiteren in einer empirischen Untersuchung mit der verbaltherapeutischen Reizkonfrontation zur Behandlung von Patienten mit Ängsten und Phobien (Ambühl & Grawe, 1988).

### **Kritische Reflexion der alternativen Indikationsmodelle**

Das auf einem biopsychosozialen Krankheitskonzept beruhende differenzierte Indikationsverständnis entspricht dem aktuellen *wissenschaftlichen Kenntnisstand* in

weit höherem Maße als das mit einem ätiologisch orientierten medizinischen Krankheitsverständnis verbundene störungsbezogene Indikationsverständnis.

Eine empirische Überprüfung der *prognostischen Validität der multimodalen und kontextualen Indikationskonzepte* ist derzeit nur ansatzweise vorhanden. Es bleibt die Frage, ob sie wegen des hochkomplexen Bedingungsgefüges des Untersuchungsgegenstandes sachlich überhaupt möglich, in Anbetracht der begrenzten personellen und finanziellen Forschungsressourcen realistisch und im Vergleich zu anderen wichtigen Forschungsfragen vorrangig wünschenswert ist. Da zu vermuten ist, dass nur ca. 15 % (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986, Lambert, 1992, Asey & Lambert, 2001) bzw. gar nur 8 % (Wampold, 2001) der Veränderungsvarianz auf verfahrensspezifische Faktoren zurückzuführen sind, bedarf es m. E. gründlicher Überlegungen zu der Frage, ob es wirklich notwendig ist, verfahrensspezifisch differenziellen Indikationsfragen grundsätzlich und populationsbezogen nachzugehen. Das gilt umso mehr, als die praktische Relevanz der im Detail zu erwartenden Untersuchungsergebnisse außerordentlich fraglich erscheint. Die Entscheidung zur Psychotherapie ergibt sich ebenso wie die Wahl eines Erfolg versprechenden psychotherapeutischen Verfahrens bei gegebener Indikation derzeit zumeist als Einzelfallentscheidung aus elementaren pragmatischen Erwägungen, und es gibt keine Hinweise darauf, dass sich das in überschaubarer Zeit ändern wird oder kann.

Weitere *Entwicklungs- und Forschungsarbeiten zur adaptiven Indikation* sind nur im Zusammenhang mit entsprechenden Arbeiten zur Konzipierung adaptiver Interventionsstrategien möglich, und es muss den jeweiligen Forschungsinteressenten und Fachgremien vorbehalten bleiben zu entscheiden, ob sie sich diesem aufwändigen und umfangreichen Anliegen widmen wollen oder nicht.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist die *beste Praxisrelevanz und prognostische Validität den probatorischen Indikationsmodellen*, insbesondere der *systematischen Prüfung der Ansprechbarkeit des Patienten für das konkrete Therapieangebot* zu-

zuschreiben. Bei diesem *Procedere* besteht zugleich die Möglichkeit, die auf die Psychotherapie gerichtete spezielle Interessen- und Motivationslage des Patienten mit zu berücksichtigen und so die „Passungen“ herzustellen, die offenbar für einen Therapieerfolg unerlässlich sind.

### **Zusammenfassung und Schlussfolgerungen**

#### **... betr. berufs- und sozialrechtliche Regelungen**

Ein vorrangig störungsbezogenes Indikationsverständnis entspricht in Bezug auf verfahrenabhängig differenzielle Indikationsentscheidungen nach den auf verschiedenen Wertungsebenen übereinstimmend getroffenen Feststellungen nicht dem aktuellen und gesicherten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in den relevanten Fachdisziplinen. Es steht zu ihnen ausdrücklich in Widerspruch, weil es die wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten 30 bis 40 Jahre nicht berücksichtigt.

Umso verwunderlicher sind die bereits öffentlich gemachten Überlegungen beim Bundesministerium für Gesundheit, bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, bei einzelnen Krankenkassen und anderen Institutionen, die psychotherapeutische Versorgung neu zu regeln und *bestimmte Psychotherapieverfahren nur noch segmentiert für einzelne störungsbezogen definierte Indikationsbereiche zuzulassen* und damit zugleich die kassenärztliche *Abrechnungsbefugnis für einzelne Psychotherapieverfahren diagnosebezogen einzuschränken* (vgl. Hess, 2005).

Es gibt Anzeichen dafür, dass eine solche Reglementierung im Zusammenhang mit der sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie erstmalig exemplifiziert werden soll – und das, obwohl das Verfahren berufsrechtlich zur umfassenden psychotherapeutischen Behandlung zugelassen ist und Gesprächspsychotherapeuten entsprechend umfassend ausgebildet werden. Eine diagnosespezifische Zulassung heilkundlicher Tätigkeit ist also dem Berufsrecht gänzlich fremd. Und auch die „Psychotherapie-Richtlinien“, die für die sozialrechtliche Zulassung von psychothe-

rapeutischen Verfahren bindend sind, gehen nicht von einer störungsspezifischen Indikation für kassenärztlich finanzierte Psychotherapieverfahren aus, sondern sehen – wie bereits eingangs ausgeführt – Psychotherapie generell als indiziert beim Vorliegen nicht weiter differenzierter seelischer Krankheiten. Eine sozialrechtliche „Teilzulassung“ von Psychotherapieverfahren ist demnach nicht vorgesehen. Nichts desto trotz ist auch in der Diskussion, einer Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie folgend die Ausbildung von Psychotherapeuten künftig nicht mehr verfahrensbezogen, sondern „problemorientiert“, d. h. indikations- und störungsbezogen vorzunehmen...

Hier kann es sich eigentlich nur um bedauerliche, aber leider auch eklatante Missverständnisse handeln, die sich möglicherweise aus der störungsbezogenen Effektivitätsprüfung des Wissenschaftlichen Beirates nach § 11 PsychThG zum Nachweis einer hinreichend breiten Versorgungsrelevanz einzelner Psychotherapieverfahren ergeben haben.

Man stelle sich nur einmal einige der praktischen Konsequenzen einer solchen avisierten Regelung vor: Ein Patient mit komorbiden Angst- und Depressionsstörungen und Suchtproblemen lässt seine Angst bei einem tiefenpsychologisch ausgebildeten Psychotherapeuten, seine Depression verhaltenstherapeutisch und seine Sucht bei einem spezialisierten Suchttherapeuten behandeln ... (?). Oder der Psychotherapeut ist so „gut“ ausgebildet, dass er selbst störungsbezogen auf die jeweils zugelassenen Verfahren zurückgreifen kann ... (?) Oder aber der Psychotherapeut stellt offiziell die Diagnose, für die er eine Behandlungserlaubnis bzw. Kassenzulassung besitzt... (?) Zugleich würden durch einen solchen *modus vivendi* Forschungsaktivitäten und damit die Weiterentwicklung der Psychotherapie(verfahren) eher behindert und eingeschränkt und nicht – wie programmatisch verkündet und als Notwendigkeit begründet – in besonderem Maße angeregt und gefördert.

#### **... betr. Optimierungsbedarf**

Weitere Bemühungen um die Klärung der Indikationsproblematik sind dringend not-

wendig, weil es in der Psychotherapie einen nicht unerheblichen Anteil von Fehlindikationen und dadurch verursachten Therapieabbrüchen und Mehrfachbehandlungen gibt. Der Anteil von Mehrfachbehandlungen wird mit 30 bis 45 % angegeben (Brockmann u. a., 2002, Maschke & Otto, 2003, Grawe, Donati & Bernauer, 1994 u. a.), der Anteil von Patienten, die sich schon im Vorfeld wegen fehlender „persönlicher Passung“ gegen eine Behandlung entscheiden, mit ca. 25 % (Grawe, Donati & Bernauer, 1994, Schütte, Peschken & Friedrich, 2003, Jacobi, 2002 u.a.).

Allein aus diesen Gründen ist die Aufnahme vor allem verfahrensspezifisch differenzieller Indikationsfragen in das Forschungsförderungsprogramm Psychotherapie sehr zu begrüßen. Die letztgenannten Zahlen und die sich dahinter verbergenden Tatsachen machen darauf aufmerksam, dass es ganz offensichtlich notwendig ist, bei Indikationsentscheidungen sowohl in der Praxis als auch in der Forschung die Patientenperspektive wesentlich stärker zu berücksichtigen, als das in der Vergangenheit üblich war und auch gegenwärtig geschieht. Konkretes Wissen über therapeutisch relevante „Passgenauigkeiten“, ihre Voraussetzungen und ggf. ihre Herstellungsbedingungen muss jedoch im einzelnen noch erarbeitet werden.

### ... betr. Forschungs-schwerpunkte und -methodik

Künftige Forschungsarbeiten zur Indikationsthematik müssen den heutigen Stand

der wissenschaftlichen Kenntnisse berücksichtigend auf biopsychosoziale Krankheitsmodelle bezogen werden. Damit ist für Indikationsentscheidungen nicht nur die diagnostizierte Störung, sondern eine größere Anzahl von Indikatoren in Betracht zu ziehen.

Nach den bisherigen Forschungs- und Praxiserfahrungen dürften am sichersten und am ehesten *probatorische Indikationsmodelle unter Einbeziehung des Konzeptes „Passung von Patient und Therapeut“ und unter besonderer Beachtung der „Ansprechbarkeit des Patienten durch das gewählte Therapieverfahren“* weiterführend sein. Die Methodik zur Feststellung der „Passungen“ bzw. der „Ansprechbarkeit“ wird allerdings für den Einsatz in der Alltagspraxis noch verbessert und optimiert werden müssen.

Solche Forschungsvorhaben machen zugleich erhebliche Korrekturen in den bisher üblichen bzw. anerkannten *Forschungsstrategien und -methoden* zur Bedingung. RCT-Studien und reduzierende Effektstärken dürften (wie bisher) wenig theoretisch ertragreichen und praktisch nutzbaren Erkenntnisgewinn mit sich bringen. Sinnvoll scheint vielmehr eine Erweiterung des methodischen Arsenal durch *dialogische Forschungsmethoden, die Patientenperspektiven stärker einbeziehen und Expertenwissen und klinische Erfahrungen der Therapeuten umfangreicher nutzen*. Konzepte, Vorstellungen und Empfehlungen dazu sind bereits mehrfach entwickelt worden (Buchholz, 2003, Legewie, 2000, Neukom,

2003, Revenstorf, 2003 u. a., siehe auch Aufbau eines Forschungsnetzwerkes unter [www.experiential-researchers.org](http://www.experiential-researchers.org)).

Last, but not least: Indikationsentscheidungen und insbesondere empirische Forschungsuntersuchungen zur Indikationsproblematik haben sich bislang vorrangig von der Frage nach den Bedingungen positiver Indikation und damit von der Frage nach den Bedingungen wahrscheinlicher Behandlungserfolge leiten lassen. Erfolg versprechend dürfte es darüber hinaus sein, der komplementären *Frage nach Kontraindikationen und den Bedingungen gescheiterter, d. h. abgebrochener und mit unbefriedigenden Ergebnissen „aufgegebener“ Therapien* verstärkt nachzugehen. Auch solche „Fehleranalysen“ werden unser Indikationswissen erheblich erweitern können.

#### Prof. Dr. Inge Frohburg

Fachpsychologin der Medizin,  
Appr. Psychologische Psychotherapeutin  
Humboldt-Universität zu Berlin, Institut  
für Psychologie/Lehrstuhl für Psychotherapie (bis 2003)  
Ehrenfelsstr. 41  
10318 Berlin  
[inge.frohburg@psychologie.hu-berlin.de](mailto:inge.frohburg@psychologie.hu-berlin.de)

## Gruppenanalyse

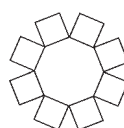
nach S. H. Foulkes

**Kurs: Gruppenleitung in der Psychotherapie**  
(Laufzeit: 2 1/2 Jahre)

**Gruppenprozesse in Klinik und Praxis –**  
**Workshop zur Leitung psychotherapeutischer Gruppen**

**Selbsterfahrung in Blockveranstaltungen**

Information und Prospekte:



**Institut für Therapeutische  
und  
Angewandte Gruppenanalyse**

**Spiekerhof 5, 48143 Münster**  
**Telefon 02 51 / 27 4799, Telefax 02 51 / 982 99 24**  
**info.fgm@gruppenanalyse-muenster.de**  
**www.gruppenanalyse-muenster.de**



# Wirksamkeitsnachweise – Das Bessere ist der Feind des Guten

Horst Kächele

Die Vorschläge der Expertenkommission der Bundespsychotherapeutenkammer zu den Kriterien für Wirksamkeitsnachweise, welche auf dem Symposium der BPTK am 3. April 2006 in Berlin vorgestellt wurden, entsprechen weitgehend den vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie derzeit definierten Kriterien zur wissenschaftlichen Anerkennung von psychotherapeutischen Methoden und Verfahren. Das ist gut so. Nur das Bessere ist der Feind des Guten. Warum hätte sonst das National Institute of Mental Health in den USA unter dem vielversprechenden Titel „Bridging science and service“ (<http://www.nimh.nih.gov/research/bridge.htm>) zu mehr Effektivitätsforschung im Feld aufgerufen (Niederehe, Street & Lebowitz, 2003)? Warum hätte sonst der Titel des Beitrags von Lambert und Ogles (2003) zur Wirksamkeit von Psychotherapie in der 5. Auflage des „Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ unter Rückbezug auf die Effectiveness-Forschung modifiziert werden sollen: „Use of the term efficacy in addition to effectiveness was deliberate, based on an increasing interest in the empirical substantiation of treatments in applied versus laboratory settings“ (S.158). Es häufen sich die Stellungnahmen erfahrener Therapieforscher, dass die Evaluation von Behandlungen insbesondere bei komplexen Störungsbildern (Guthrie, 2000) und von länger dauernden Psychotherapien, die sowohl bei tiefenpsychologisch-psychoanalytischen wie auch in verhaltenstherapeutischen Therapieansätzen ein gutes Drittel aller Behandlungen ausmachen, neue Wege der Therapiefor-

Auch wenn Shadish et al. (2000) in zwei Metaanalysen gezeigt haben, dass naturalistische Studien nicht zu einer systematischen Überschätzung von Therapie-Effekten führen, werden viele klinisch bedeut-

same Fragen – und diese sind für den Gemeinsamen Bundesausschuss wohl entscheidend – vom Studientyp des RCT-Designs nicht hinreichend beantwortet.

Man kann die Übertragung des pharmakologischen Prüfmodells auf die Psychotherapie aus vielen guten Gründen kritisieren (Stiles & Shapiro, 1989), doch wäre die Akzeptanz eines Stufenmodells, wie es dort selbstverständlich ist, für die Psychotherapieforschung ein Gewinn. Shadish et al. (1997) haben ein solches gestuftes Vorgehen expliziert:

1. Pilotstudien zur Klärung von Effekten, Risiken, Anwendbarkeit u.a.m.
2. Kontrollierte klinische Studien unter konstruierten Idealbedingungen
3. Erprobung der Intervention an speziellen Populationen,
4. Evaluation im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens und
5. Erprobung unter realen Praxisbedingungen

In einer gelungenen Übersichtsarbeit mit dem treffenden Titel „Vom Labor ins Feld“ hat Heekerens (2005) diesen prozesshaften neuen Weg der Therapieforschung als Beitrag zur Weiter- und Fortbildung breit publik gemacht. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte diesen Weg mitbahnen und auf die zuständigen Fördereinrichtungen wie z. B. das BMBF einwirken, dass solche prozessual konzipierten Studien gefördert werden, die nicht auf halbem Wege stehen bleiben. Die breite Zustimmung der sogenannten Praktiker wäre ihm sicher.

## Literatur

Guthrie, E. (2000). Psychotherapy for patients with complex disorders and chronic symptoms. The need for a new research paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 177, 131-137.

Heekerens, H. P. (2005). Vom Labor ins Feld. Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. *Psychotherapeut*, 50, 357-366.

Lambert, M. J. & Ogles, B. (2003). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (S 139-193). New York, Chichester, Brisbane: Wiley.

Leichsenring, F. (2004). Randomized controlled vs. Naturalistic studies. A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68, 115-129.

Niederehe, G., Street, L, L, & Lebowitz, B. D. (1999). NIMH support for psychotherapy research: opportunities and questions. *Prevention & Treatment 2: Article 0003a*. <http://journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020003a.html>.

Shadish, W. R., Matt, G., Navarro, A. et al. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 355-365.

Shadish, W. R., Matt, G., Navarro, A. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.

Stiles, W. & Shapiro, D. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9, 521-543.

Prof. Dr. med. Horst Kächele

Universitätsklinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Universität Ulm  
Am Hochsträß 8  
89081 Ulm  
horst.kaechele@uni-ulm.de

# Recht: Aktuell

## Praxistipps – Hinweise – Informationen

Hartmut Gerlach

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

### TVöD – seine Regeln, Geheimnisse und Ziele Das neue Tarifrecht für Beschäftigte im Öffentlichen Dienst

#### Teil 2

„Ich müsste lügen, wenn ich sagen würde, ich hätte den Artikel ‚Der TVöD – Hoffnung der Psychotherapeuten ...‘ im letzten Heft des *Psychotherapeutenjournals* 1/2006, S. 22, ganz verstanden. So beschreibt er die Überleitung des BAT in den TVöD mittels des TVÜ-VKA (Überleitungstarifvertrag der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände), nimmt dabei Zuordnungen vor und erwähnt Tabellen, die dafür maßgeblich seien, zitiert diese aber nur auszugsweise. Irgendwie habe ich dann den Zusammenhang verloren.“

So mag vielleicht die Reaktion manches Lesers ausgefallen sein. In der Tat, die Überleitung vom alten BAT in das neue TVöD-Recht ist kompliziert und selbst für den Juristen nur schwer nachvollziehbar. Die Hoffnung, der neue TVöD bringe nun Transparenz in das Gewirr der bislang geltenden Tarifverträge, erfüllt sich nicht – jedenfalls nicht ohne weiteres. Wenn lernen auch wiederholen heißt, dann lassen Sie uns deshalb noch einmal das im letzten Heft (*Teil 1*) Beschriebene in seinen Grundzügen wiederholen. Ausgangspunkt aller Überlegungen und Vereinbarungen der Tarifvertragsparteien war es, den im Öffentlichen

**Anlage 1: Zuordnung der Vergütungs- und Lohngruppen zu den Entgeltgruppen für am 30. September/ 1. Oktober 2005 vorhandene Beschäftigte für die Überleitung (VKA)**

Entgeltgruppe	Vergütungsgruppe	Lohngruppe
15 Ü	I	-
15	Ia Ia nach Aufstieg aus Ib Ib mit ausstehendem Aufstieg nach Ia (keine Stufe 6)	-
14	Ib ohne Aufstieg nach Ia Ib nach Aufstieg aus II II mit ausstehendem Aufstieg nach Ib	-
13	<b>II ohne Aufstieg nach Ib</b>	-
12	II nach Aufstieg aus III III mit ausstehendem Aufstieg nach II	-
11	III ohne Aufstieg nach II III nach Aufstieg aus IVa <b>IVa mit ausstehendem Aufstieg nach III</b>	-
10	IVa ohne Aufstieg nach III IVa nach Aufstieg aus IVb IVb mit ausstehendem Aufstieg nach IVa Vb in den ersten sechs Monaten der Berufsausübung, wenn danach IVb mit Aufstieg nach IVa (Zuordnung zur Stufe 1)	-
9	IVb ohne Aufstieg nach IVa IVb nach Aufstieg Vb  Vb mit ausstehendem Aufstieg nach IVb Vb ohne Aufstieg nach IVb (Stufe 5 nach 9 Jahren in Stufe 4, keine Stufe 6) Vb nach Aufstieg Vc (Stufe 5 nach 9 Jahren in Stufe 4, keine Stufe 6) Vb nach Aufstieg aus Vlb (nur Lehrkräfte) (Stufe 5 nach 9 Jahren in Stufe 4, keine Stufe 6)	9 (Stufe 4 nach 7 Jahren in Stufe 3, keine Stufen 5 und 6)
8	Vc mit ausstehendem Aufstieg nach Vb Vc ohne Aufstieg nach Vb Vc nach Aufstieg aus Vlb	8a 8 mit ausstehendem Aufstieg nach 8a 8 nach Aufstieg aus 7 7 mit ausstehendem Aufstieg nach 8 und 8a
7	-	7a 7 mit ausstehendem Aufstieg nach 7a 7 nach Aufstieg aus 6 6 mit ausstehendem Aufstieg nach 7 und 7a
6	Vlb mit ausstehendem Aufstieg nach Vb (nur Lehrkräfte) Vlb mit ausstehendem Aufstieg nach Vc Vlb ohne Aufstieg nach Vc Vlb nach Aufstieg aus VII	6a 6 mit ausstehendem Aufstieg nach 6a 6 nach Aufstieg aus 5 5 mit ausstehendem Aufstieg nach 6 und 6a
5	VII mit ausstehendem Aufstieg nach Vlb VII ohne Aufstieg nach Vlb VII nach Aufstieg aus VIII	5a 5 mit ausstehendem Aufstieg nach 5a 5 nach Aufstieg aus 4 4 mit ausstehendem Aufstieg nach 5 und 5a

Dienst Beschäftigten bei der Überleitung in den TVöD finanzielle Einbußen zu ersparen.

Man einigte sich auf folgenden Weg: Die („vorhandenen“) Beschäftigten (30.09./ 01.10.

2005) sollten in einem ersten Schritt mittels der vorstehenden Tabelle (**Anlage 1: TVÜ-VKA-**

**Zuordnungstabelle**) einer sog. Entgeltgruppe zugeordnet werden. Im *Teil 1* fanden sich dazu zwei Beispiele (aaO PTJ, S. 24): Die dortige PPLerin war bislang in BAT II (ohne Aufstieg nach Ib) eingruppiert, der KJPLer in BAT IVa mit ausstehendem Aufstieg nach III. Deren jeweilige Eingruppierung ist **halbfett** in Spalte 2 („Vergütungsgruppe“) der vorstehenden Tabelle markiert. In der ersten Spalte („Entgeltgruppe“) lesen wir nun die jeweilige Entgeltgruppe ab: **13** und **11** (1. Schritt). Mit Hilfe der umseitigen, weiteren **Anlage A (TVöD-Entgelttabelle)** folgt nun der 2. Schritt, nämlich die Zuordnung der Entgeltgruppen zu bestimmten Grundentgelten und Entwicklungsstufen.

Der erste und der zweite Schritt sind damit erfolgt. Wird dabei aber nachträglich festgestellt, aber nur dann (!), dass die bisherige Eingruppierung unzutreffend gewesen ist, kann höher- oder rückgruppiert werden (so das *Rundschreiben* des Bundesministerium des Innern – BMI – v. 10.10.2005, GMBL 2005, S. 1298). Bis zum Inkraft-Treten einer neuen **Entgeltordnung** bleibt es i. Ü. bei der bisherigen Eingruppierungspraxis der §§ 22, 23 BAT.

Kontrollieren Sie nun selbst Ihre individuelle Zuordnung, die Ihnen – vielleicht – Ihr Arbeitgeber schriftlich mitgeteilt hat! Anhand der umseitigen **Anlage 1** und Ihres/r Arbeitsvertrages/Arbeitsplatzbeschreibung und des Wissens um Ihre Vergütungsgruppe gehen Sie zunächst in die 2. Spalte („Vergütungsgruppe“). Links davon, in der 1. Spalte, lesen Sie dann Ihre Entgeltgruppe ab. Wenn Sie nun Ihre Entgeltgruppe ermittelt haben, kommt die umseitige **Tabelle A** gem. § 5 TVÜ-VKA zum Zuge.

Diese Tabelle dient der Ermittlung des Vergleichsentgelts und ist zugleich die Grundlage für die sog. Stufenzuordnung der übergeleiteten Beschäftigung. Nach § 5 Abs. 1 TVÜ-VKA ist das Vergleichsentgelt auf der Grundlage der im September 2005 erhaltenen Bezüge zu bilden. Das Vergleichsentgelt setzt sich zusammen aus

- Grundvergütung,
- allgemeiner Zulage (§ 2 Zulagen-TV),
- Ortszuschlag bis zur Stufe 2 und
- Funktionszulagen, soweit sie im TVöD nicht mehr vorgesehen sind.

Andere Entgeltbestandteile, die Ihnen bisher nach BAT zustanden, finden im Vergleichsentgelt keinen Niederschlag mehr. Diese werden stattdessen in den §§ 8 ff. TVÜ-VKA berücksichtigt: Bei diesen handelt es sich um Bewährungs- und Fallgruppenaufstiege, Vergütungsgruppenzulagen, kinderbezogene Entgeltbestandteile und um den sog. **Strukturausgleich**.

Noch einmal zurück zu meinen o. e. Beispielen (PP und KJP): Danach ist die PPLerin der Entgeltgruppe **13** (1. Spalte) zugeordnet. Ihr Vergleichsentgelt – ohne die vorgenannten Entgeltbestandteile – beträgt 3.311,24 Euro (= ihr individuelles Vergleichsentgelt). Dieses bewegt sich zwischen der Stufe 3 (4. Spalte – **3.300 Euro**) und der Stufe 4 (5. Spalte – **3.630 Euro**). Im Regelfall wird ihr dieses Vergleichsentgelt von 3.311,24 Euro zum **01.10.2007** auf 3.630 Euro (Stufe 4) angehoben. Gleiches werden die meisten anderen Kollegen/innen von ihr („Allgemeiner Beförderungstag“) erleben. Die „Überleitung“ des o. e. KJPLers

können Sie nun selbst vornehmen.

Wir hatten gesehen, dass beim Vergleichsentgelt der **übergeleiteten Beschäftigten** weder die Bewährungs- und Fallgruppenaufstiege noch die Vergütungsgruppenzulage oder die kinderbezogenen Entgeltbestandteile berücksichtigt wurden. Diese Entgeltbestandteile müssen also noch zusätzlich und gesondert den Übergeleiteten zugute kommen – getreu dem o. e. Grundsatz, dass niemand nach der Überleitung schlechter gestellt werden darf als vor ihr. Daher enthalten die §§ 8 ff. TVÜ-VKA besondere Besitzstandsregelungen. Die **Bewährungs- und Fallgruppenaufstiege** werden dadurch berücksichtigt, dass sie zu dem Zeitpunkt, in dem sie bis zum 30.09.2007 höhergruppiert worden wären, nunmehr ein höheres Entgelt nach der nächsten Stufe von dem Zeitpunkt an bekommen, zu dem sie nach bisherigem Recht höhergruppiert worden wären (§ 8 Abs. 2 Satz 1 TVÜ-VKA). Ferner wird die **Vergütungsgruppenzulage**, die bislang gewährt wurde, zusätzlich zum Tabellenentgelt als Besitzstandszulage in der bisherigen Höhe weiter gezahlt. Ähnliches gilt für die **Vergütungsgruppenzulage** (§ 9 Abs. 1 TVÜ-VKA). Für im September 2005 zu berücksichtigende **Kinder** und solche, die in der Zeit vom 01.10.2005 – 31.12.2005 geboren wurden, erhält der Beschäftigte eine weitere Besitzstandszulage, und zwar in der Höhe, wie sie im September 2005 gezahlt wurde. Ferner ist u. U. noch zusätzlich zum monatlichen Entgelt ein nicht dynamischer **Strukturausgleich** (§ 12 Abs. 1 Satz 1 TVÜ-VKA) zu gewähren. Die Zahlung dieses Strukturausgleichs erfolgt

allerdings erst ab Oktober 2007, sofern nichts anderes bestimmt ist.

Das Bundesinnenministerium (BMI) veröffentlichte bis zum Redaktionsschluss des PTJ bislang drei umfangreiche Rundschreiben (Rdschr.), nämlich vom 10.10.2005 (GMBL S. 1293), 08.12.2005 (GMBL 2006, S. 86) und 22.12.2005 (GMBL 2006, S. 175) mit insgesamt fast 170 Seiten. Die Rdschr. enthalten zahllose Rechen- und Zuordnungsbeispiele, um der Komplexität des TVÜ Rechnung zu tragen.

Erwähnt werden müssen im Zusammenhang mit dem TVÜ-VKA noch die **Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall** (§ 13 TVÜ-VKA). Abweichend vom § 22 Abs. 2 TVöD haben die Übergeleiteten grds. Anspruch auf Krankengeldzuschuss in Höhe des Unterschiedsbetrages zwischen dem festgesetzten Nettokrankengeld oder der entsprechenden gesetzlichen Nettoleistung und dem Nettoentgelt. Beim **Urlaub** (§ 15 TVÜ-VKA) änderte sich im Jahr 2005 für die Übergeleiteten nichts. Indes gelten ab dem Jahr 2006 hinsichtlich des Urlaubsentgelts sowie für eine Übertragung von Urlaub nunmehr die Regelungen des TVöD.

Während sich der TVÜ-VKA im Wesentlichen den übergeleiteten Angestellten und Arbeitern widmet, also denjenigen, die in der Zeit vom 30.09.2005/01.10.2005 bereits im Öffentlichen Dienst angestellt waren (Übergeleitete), richtet sich der

#### **TVöD-AT:**

(AT = Allgemeiner Teil) sowohl an die Übergeleiteten als auch an die nach dem 01.10.2005



**Anlage A (VKA): TVöD-Entgelttabelle****Tabelle TVöD/VKA – Tarifgebiet West –**

Entgeltgruppe	Grundentgelt		Entwicklungsstufen			
	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
15	3384	3760	3900	4400	4780	5030
14	3060	3400	3600	3900	4360	4610
<b>13</b>	<b>2817</b>	<b>3130</b>	<b>3300</b>	<b>3630</b>	<b>4090</b>	<b>4280</b>
12	2520	2800	3200	3550	4000	4200
11	2430	2700	2900	3200	3635	3835
10	2340	2600	2800	3000	3380	3470
9	2061	2290	2410	2730	2980	3180
8	1926	2140	2240	2330	2430	2493
7	1800	2000	2130	2230	2305	2375
6	1764	1960	2060	2155	2220	2285
5	1688	1875	1970	2065	2135	2185
4	1602	1780	1900	1970	2040	2081
3	1575	1750	1800	1880	1940	1995
2	1449	1610	1660	1710	1820	1935
1		1286	1310	1340	1368	1440

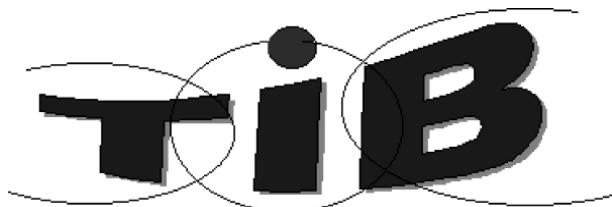
neu angestellten Beschäftigten. Spätestens ab dem 01.10.2007 werden sie alle (fast) gleich behandelt. Denn: Bestimmte Besitzstände nehmen die Überleiteten, sozusagen bis an ihr Lebensende, mit. Lassen Sie uns nun einige wesentliche Elemente des TVöD betrachten. Der **Arbeitsvertrag** mit dem Beschäftigten ist schriftlich ab-

zuschließen; die ersten sechs Monate der Beschäftigung gelten als **Probezeit**, soweit nicht eine kürzere Zeit vereinbart ist. Die Beschäftigten haben über Angelegenheiten, deren Geheimhaltung durch gesetzliche Vorschriften vorgesehen oder vom Arbeitgeber angeordnet ist, Verschwiegenheit zu wahren. Diese **Verschwiegenheits-**

**pfl**icht gilt schon dann, wenn sie noch keine diesbezügliche Erklärung nach dem sog. Verpflichtungsgesetz unterschrieben haben (§ 3 TVöD). Beschäftigte können aus dienstlichen oder betrieblichen Gründen **versetzt** oder **abgeordnet** werden. Auch können sie im dienstlichen/betrieblichen oder öffentlichen Interesse mit ihrer Zustimmung vorübergehend eine mindestens gleich vergütete Tätigkeit bei einem Dritten zugewiesen bekommen. Die Zustimmung kann allerdings aus wichtigem Grund verweigert werden (§ 4 TVöD). Die **regelmäßige Arbeitszeit** beträgt für die Beschäftigten der VKA Tarifgebiet West durchschnittlich 38,5 Stunden. Allerdings ist diese Bestimmung seitens der VKA inzwischen gekündigt worden. Diese Kündigungsmöglichkeit

war ausdrücklich zwischen der VKA und Ver.di vereinbart worden (§ 39 Abs. 3 Satz 1 TVöD). Diese frühe Kündigungsmöglichkeit nutzte die VKA. Das Ergebnis: Ein wochenlanger Streik im Öffentlichen Dienst.

Die **Teilzeitbeschäftigung** auf Antrag (§ 11 TVöD) soll Beschäftigten eine geringere als die vertraglich festgesetzte Arbeitszeit ermöglichen, wenn sie mindestens ein Kind unter 18 Jahren oder einen nach ärztlichem Gutachten pflegebedürftigen sonstigen Angehörigen tatsächlich betreuen oder pflegen und dringende dienstliche/betriebliche Belange nicht entgegen stehen. Die Teilzeitbeschäftigung ist bis zu fünf Jahren zu befristen. Sie kann allerdings verlängert werden; der Antrag ist spätestens sechs Monate vor Ablauf der verein-



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

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

**Anmeldung und Info-Material:**

Geschäftsstelle des TIB – Klinik Bad Herrenalb  
Kurpromenade 42, 76332 Bad Herrenalb  
Tel.: 0 70 83 - 50 92 43 Fax: 0 70 83 - 50 92 42  
E-mail: [info@ti-b.de](mailto:info@ti-b.de)  
Homepage: [www.ti-b.de](http://www.ti-b.de)

**Beginn des neuen Curriculums:  
November 2006**

## HYPNOSE THERAPIE

[www.hypnose-kikh.de](http://www.hypnose-kikh.de)



## KONSTANZ und WIESBADEN

Referent: **Prof. Dr. Walter BONGARTZ**

Ort: **Konstanz / Wiesbaden**

Teilnehmer: **Diplompsychologen, Ärzte**

Beginn des  
curriculums: **Konstanz: 04.10.2006**  
**Wiesbaden: 13.09.2006**

Kursinformationen/ **K.I.K.H.**<sup>1)</sup>

Anmeldung: **Bleicherstr. 12**  
**78467 Konstanz**  
**Tel./Fax: 07531-56711**  
**e-mail: [bongartz@hypnose-kikh.de](mailto:bongartz@hypnose-kikh.de)**

<sup>1)</sup> Klingenberger Institut für Klinische Hypnose

barten Teilzeitbeschäftigung zu stellen.

Im Abschnitt III des TVöD werden die **Eingruppierung** und das **Entgelt** geregelt. Während die Eingruppierungsvorschriften (§§ 12, 13 TVöD) noch offen sind, hier gelten unverändert die §§ 22, 23 BAT fort, verweist der § 15 auf das **Tabellenentgelt** der nebenstehend abgedruckten **Anlage A**. (§ 16 VKA „Stufen der Entgelttabelle“). In den Entgeltgruppen 9 - 15 (und nur darunter fallen PP und KJP) sind **Neueinstellungen** der Stufe 1 zuzuordnen, es sei denn, es liegt eine einschlägige Berufserfahrung vor (§ 16 Abs. 2 Satz 1 TVöD). Verfügt also der Beschäftigte über eine einschlägige **Berufserfahrung** von mindestens einem Jahr, erfolgt die Einstellung in die Stufe 2, bei mindestens drei Jahren eine Zuordnung zur Stufe 3 (diese gilt aber erst ab 01.01.2009). Die Berücksichtigung einschlägiger Berufserfahrung ist im Übrigen eng auszuliegen (Rdschr. aaO v. 08.12.2005, GMBI. 2006, S. 101). Allerdings steht dem Anstellungsträger die Möglichkeit offen, zur Deckung des Personalbedarfs die Zeiten einer beruflichen Vortätigkeit bei der Stufenzuordnung zu berücksichtigen, wenn diese Tätigkeit für die vorgesehene Tätigkeit „förderlich“ ist (§ 16 Abs. 2 Satz 3 TVöD).

Ein **Stufenaufstieg** nach § 17 TVöD erfolgt immer zum Beginn eines Monats. Bei **Leistungen** der/des Beschäftigten, die erheblich über dem Durchschnitt liegen, kann die erforderliche Zeit für das Erreichen der Stufen 4 - 6 jeweils verkürzt, bei unterdurchschnittlichen Leistungen verlängert werden. Nur, wie stellt man eine erhebliche überdurch-

schnittliche bzw. erheblich unterdurchschnittliche Leistung fest? Schematisch darf das jedenfalls nicht geschehen, erforderlich ist vielmehr eine Gesamtbetrachtung des Einzelfalles, die neben den erbrachten Leistungen und in verschiedenen Leistungsprofilen auch andere Aspekte der beruflichen Entwicklung, wie z. B. Bewährung in unterschiedlichen Aufgabengebieten oder die regelmäßige Übernahme von Sonderaufgaben, einbeziehen kann (Rdschr. v. 08.12.2005, GMBI. 2006, S. 106). Ein Überspringen von Stufen ist nicht möglich. Der § 17 Abs. 2 Satz 6 TVöD sieht für Fälle einer Verlängerung der Stufenlaufzeit eine sog. **betriebliche Kommission** vor, die paritätisch besetzt wird und allein beratende Funktion im Hinblick auf die geplante Verlängerung hat. Bei der Stufenlaufzeit ist es indessen unerheblich, ob der Beschäftigte in Vollzeit oder in Teilzeit beschäftigt war (§ 17 TVöD). Im Hinblick darauf, dass die Bezahlung nach Berufserfahrung und Leistung erfolgen soll, ist die **Stufenzuordnung** bei Höhergruppierungen im TVöD betragsmäßig vorgesehen. Danach werden die Beschäftigten ihrer neuen Entgeltgruppe derjenigen Stufe zugeordnet, in der sie mindestens ihr bisheriges Tabellenentgelt erhalten. Da es sich bei diesen Beschäftigten in aller Regel nicht mehr um Neueinstellungen handelt, werden sie jedoch unabhängig von der Höhe ihres bisherigen Verdienstes mindestens der Stufe 2 zugeordnet. Ihnen wird dabei im Tarifgebiet West ein Garantiebetrug von 50 Euro geleistet, der sicherstellen soll, dass Beschäftigte nach Übertragung der höherwertigen Tätigkeit einen Mindestgewinn erzielen.

Die leistungs- und/oder erfolgsorientierte Bezahlung, die sich der TVöD zum Ziel gesetzt hat, soll dazu beitragen, die öffentlichen Dienstleistungen zu verbessern und Motivation, Eigenverantwortung und Führungskompetenz zu stärken. So soll zum 01.01.2007 ein **Leistungsentgelt** (§ 18 VKA- TVöD) **zusätzlich** zum Tabellenentgelt (§ 15 TVöD) als Leistungsprämie, Erfolgsprämie oder Leistungszulage gewährt werden. In den Protokollerklärungen heißt es: „Die Tarifvertragsparteien sind sich darüber einig, dass die zeitgerechte Einführung des Leistungsentgelts sinnvoll, notwendig und deshalb beiderseits gewollt ist. Sie fordern deshalb die Betriebsparteien dazu auf, rechtzeitig vor dem 01.01.2007 die betrieblichen Systeme zu vereinbaren. Kommt bis zum 30.09.2007 keine betriebliche Regelung zustande, sollen die Beschäftigten mit dem Tabellenentgelt des Monats Dezember 2008 6 vom Hundert des von dem Monat September jeweils zuständigen Tabellenentgelts erhalten. Also auch hier besteht noch erheblicher Verhandlungsbedarf zwischen den Tarifparteien.“

Die **Jahressonderzahlung** (§ 20 TVöD) sieht für die Entgeltgruppen 9 - 12 80 vom Hundert der/dem Beschäftigten in den Kalendermonaten Juli, August und September durchschnittlich gezahlten monatlichen Entgelts vor. Überstunden werden dabei nicht berücksichtigt.

§ 22 TVöD (**Entgelt im Krankheitsfall**) gleicht die Entgeltfortzahlung an die Usancen der Wirtschaft an. Die Beschäftigten erhalten nämlich bis zur Dauer von sechs Wochen das Entgelt nach § 21 TVöD. Be-

schäftigte, deren Arbeitsverhältnis voraussichtlich mindestens sechs Monate dauert, haben ferner einen Anspruch auf **vermögenswirksame Leistungen**. Für Vollbeschäftigte beträgt diese für jeden vollen Kalendermonat 6,65 Euro. Der **Urlaub** bestimmt sich im Übrigen weitgehend nach dem Bundesurlaubsgesetz. Dabei gilt, dass bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von fünf Tagen der Beschäftigte Anspruch auf 26 Arbeitstage bis zum vollendeten 30. Lebensjahr hat, 29 Arbeitstage bis zum vollendeten 40. Lebensjahr und 30 Arbeitstage nach dem vollendeten 40. Lebensjahr. Eine Urlaubsübertragung ist nur dann statthaft, wenn dringende dienstliche oder in der Person des Beschäftigten liegende Gründe dies rechtfertigen. Als persönliche Gründe reichen grundsätzlich sachliche Gründe – soweit sie dem Erholungszweck nicht entgegenstehen – aus (Rdschr. v. 22.12.2005, GMBI. 2006, S. 194). Dem Beschäftigten steht überdies grundsätzlich ein Anspruch auf Zusatzurlaub, auf Sonderurlaub und auf Arbeitsbefreiung zu. **Arbeitsbefreiung** von einem Arbeitstag erhält der Beschäftigte bei der Niederkunft der Ehefrau/der Lebenspartnerin, des Umzugs aus dienstlichem Grund, beim 25jährigen bzw. 40jährigen Arbeitsjubiläum, bei der schweren Erkrankung eines Angehörigen, soweit dieser im selben Haushalt lebt. Zwei Arbeitstage stehen dem Beschäftigten zu, dessen Ehegatte/Lebenspartner stirbt und bis zu vier Arbeitstagen im Kalenderjahr demjenigen Beschäftigten, dessen Kind, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, im laufenden Kalenderjahr schwer erkrankt. Die Tarifvertragsparteien haben im Übrigen schriftlich klargestellt,

dass die ärztliche Behandlung im Sinne des § 29 Abs. 1 Buchstabe f TVöD auch die ärztliche Untersuchung und die ärztlich verordnete Behandlung umfasst (Rdschr. v. 22.12.2005, aaO S. 197).

Neu eingeführt wurden im TVöD die **Führung auf Probe** (§ 31) und die **Führung auf Zeit** (§ 32). Auf Probe können Führungspositionen bis zu einer Gesamtdauer von zwei Jahren übertragen werden. Als Führungspositionen gelten diejenigen, die ab der Entgeltgruppe 10 zugewiesene Tätigkeiten mit Weisungsbefugnis ausüben. Weisungsbefugt ist derjenige, der das Direktions- und Weisungsrecht nach § 106 Gewerbeordnung über andere Beschäftigte ausüben darf. Dabei ist Voraussetzung, dass das vom Arbeitgeber abgeleitete Recht die geschuldete arbeitsvertragliche Leistungspflicht nach Zeit, Ort, Inhalt und Art ganz oder teilweise konkretisieren oder beeinflussen darf (Rdschr. v. 22.12.2005, aaO S. 199). Die **Führung auf Zeit** unterscheidet sich von der Führung auf Probe dadurch, dass sie nicht auf eine dauerhafte Übertragung der Führungsposition gerichtet ist.

Der § 33 TVöD befasst sich mit der **Beendigung des Arbeitsverhältnisses** ohne Kündigung, der § 34 mit einer **Kündigung**. Ein Arbeitsverhältnis endet in der Regel mit der Vollendung des 65. Lebensjahrs. Überdies kann ein Arbeitsverhältnis jederzeit gemäß § 623 BGB ohne Einhaltung von Fristen durch schriftlichen Auflösungsvertrag beendet werden. Der TVöD bestimmt im § 34 Abs. 1 TVöD die **Kündigungsfristen** im Einzelnen und die Voraussetzungen der sog. Unkündbarkeit (§ 34 Abs. 2 TVöD). Der

Beschäftigte ist unkündbar, wenn auf ihn die Regelungen des Tarifgebiets West Anwendung finden, er 15 Jahre Beschäftigungszeit erfüllt hat und mindestens 40 Jahre alt ist. Die Unkündbarkeit setzt ferner voraus, dass die Beschäftigungszeiten bei *demselben* Arbeitgeber zurückgelegt wurden. Übergeleitete Beschäftigte, die bereits nach dem BAT nicht ordentlich kündbar waren, können auch nicht nach dem TVöD ordentlich gekündigt werden. Zur **Beschäftigungszeit** zählen alle Zeiten einer Beschäftigung bei *demselben* (!) Arbeitgeber. Auch Zeiten wie Elternzeit zählen dazu. Bei Beendigung eines Arbeitsverhältnisses haben die Beschäftigten Anspruch auf ein schriftliches **Zeugnis** über Art und Dauer ihrer Tätigkeit, das sich überdies auf Führung und Leistung erstrecken muss (Endzeugnis). Aus triftigen Gründen können Beschäftigte auch während des Arbeitsverhältnisses ein Zwischenzeugnis verlangen. Bei bevorstehender Beendigung des Arbeitsverhältnisses können sie schließlich ein vorläufiges Zeugnis verlangen, nämlich über Art und Dauer ihrer Tätigkeit. Zeugnisse müssen i. Ü. unverzüglich ausgestellt werden.

### TVöD-BT-K

Den TVöD-Allgemeiner Teil (AT) haben wir nun ausgiebig erörtert. Jetzt wollen wir uns noch dem „Besonderen Teil – Krankenhaus (TVöD-BT-K)“ zuwenden. Der TVöD verfügt über mehrere Besondere Teile: z. B. Verwaltung (BT-V) oder Sparkassen (BT-S) – neben dem BT-K, der uns hier besonders interessiert.

Der Geltungsbereich (§ 40 TVöD-BT-K) richtet sich an alle Beschäftigten, die in einem Ar-

beitsverhältnis zu einem VKA-Arbeitgeber stehen, wenn sie in Krankenhäusern, Heil-, Pflege- und Entbindungseinrichtungen, medizinischen Instituten von Kranken-, Heil- und Pflegeeinrichtungen, sonstigen Einrichtungen und Heimen, in denen die betreuten Personen in ärztlicher Behandlung stehen, oder in Einrichtungen und Heimen, die der Förderung der Gesundheit, der Erziehung, Fürsorge oder Betreuung von Kindern und Jugendlichen usw. dienen, beschäftigt sind. Die §§ 41 – 44 beschäftigen sich ausschließlich mit Ärztinnen/Ärzten. PPLer und KJPLer, die in den genannten Einrichtungen tätig sind, unterfallen nicht diesen Bestimmungen, auch nicht analog. Die Bestimmungen der §§ 45 und 46 widmen sich dem Bereitschaftsdienst, der Rufbereitschaft und dem Be-

reitschaftsdienstentgelt. Die §§ 48 und 49 TVöD-BT-K befassen sich mit der Wechselschichtarbeit und der Arbeit an Sonn- und Feiertagen. Der § 51 bestimmt, wie Ärztinnen und Ärzte mit besonderer Stufenzuordnung einzugruppieren sind. Danach unterfallen Ärztinnen und Ärzte in der Regel der Entgeltstufe 14 (Stufen 1 und 2), Fachärztinnen und Fachärzte ebenfalls der Entgeltgruppe 14 (Stufen 3 und 4) und Fachärztinnen und Fachärzte mit fünfjähriger bzw. neunjähriger entsprechender Tätigkeit der Entgeltgruppe 15 (Stufen 5 bis 6). Ausdrücklich stellt § 51 Abs. 6 fest, dass die vorzitierten Bestimmungen hinsichtlich der Eingruppierung der Ärztinnen und Ärzte weder auf Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apothekerinnen/Apotheker und Tierärztinnen/Tierärzte An-

## Psychotherapie Fortbildung 2006

- **aktuelle Themen / Methoden**  
*Trauma, Essstörg., Raucherentwöhn., Depression, Rechtsfragen, Tests, Kurzzeittherapie, Psychodrama*
- **Psychotherapeut.. Zusatzausbildungen**  
*Hypnose, Autogenes Tr., Verhaltenstherapie Tiefenpsychologie, Psychodynamische PT*
- **Therapie f. Kinder und Jugendliche**  
*Hör- / Sprachentwicklung, LRS, ADHS, Kinderhypnose, Kinder-AT, Verh.störungen Ängste, Elternarbeit*
- **Supervisions-Ausbildung (DGSv)**
- **Führungstraining, Kommunikation**  
*Rhetorik, Präsentation, Verhandlung Mitarbeiterführung, Konfliktmanagement*
- **Weiterbildung Psychotherapie**  
*Facharztausbildung, Zusatzbezeichnung Psychosomatische Grundkompetenz*

Universität Tübingen



Wilhelmstraße 5, D-72074 Tübingen  
07071 / 29-76439, -76872 FAX: 29-5101  
wit@uni-tuebingen.de, <http://www.wit.uni-tuebingen.de>



wendung finden – und damit erst recht nicht auf PPler und KJPler. Schließlich haben Beschäftigte an Heimschulen und Internaten ihren Urlaub in der Regel während der Schulferien zu nehmen (§ 52 TVöD-BT-K). Beschäftigte, die im Kalenderjahr 150 Nachtarbeitsstunden oder mehr leisten, haben Anspruch auf Zusatzurlaub von ein bis maximal vier Arbeitstagen.

Wenn allgemein gesagt wird, dass der TVöD nunmehr eine höhere Transparenz als der alte BAT aufweise, so kann der Verfasser dieses Beitrags dem nur eingeschränkt zustimmen. Die Komplexität, die seinerzeit der BAT aufwies, dürfte spätestens dann erreicht werden, wenn die Tarifvertragsparteien die Eingruppierungsvorschriften der §§ 22, 23 BAT durch die neuen Eingruppierungsvorschriften der §§ 16, 17 TVöD ersetzt und eine **Entgeltordnung** verabschiedet haben. Überdies ist **auf Bundesebene** noch ein **Bundestarifvertrag** erforderlich. Es darf mithin die Prognose gewagt werden, dass der TVöD in Verbindung mit seinem TVÜ noch viel Schweiß für die Gerichte, die Personalvertretungen und die Tarifvertragsparteien verursachen wird.

## Ganz Recht:

### Wissen Sie eigentlich, dass,

- nach Auffassung des LSG Baden-Württemberg die **Be-**

**handlung von Sexualstraf-tätern** keine Behandlung eines „begrenzten Personenkreises“ im Sinne von § 31 Abs. 1b Ärzte-ZV darstellt (Urteil v. 23.11.2005; Az. B 6 KA 3/06), sodass eine beantragte **Ermächtigung abgelehnt** wurde? Der Kläger, ein PP, der zugleich als Fachbereichsleiter der Psychotherapeutischen Ambulanz tätig ist, wollte eine Ermächtigung zur Teilnahme an der psychotherapeutischen ambulanten Versorgung (ehemaliger) Sexualstraftäter. Er argumentierte u. a., der Umgang mit diesen Personen erfordere eine besondere Tätigkeitsausrichtung und Qualifikation sowie besondere Erfahrung im Umgang mit dieser Personengruppe. Während das SG Stuttgart die beklagte KV noch zur Neubescheidung verurteilte, wies das LSG die Klage mit dem Hinweis ab, eine Ermächtigung für eine „soziologische Gruppe“ sei mit dem Bedarfsplanungsrecht unvereinbar. Revision beim Bundessozialgericht (BSG) ist eingelegt worden.

- sich das OLG Düsseldorf (GesR 2006, S. 70) mit dem Beweiswert der sog. **Sekundärdokumentation** (persönliche Aufzeichnungen) eines Psychiaters auseinandergesetzt hat? Ein Psychiater hatte eine „Behandlungsverweigerung“ des Patienten behauptet und diese Behauptung mit

seinen „persönlichen Aufzeichnungen“, die er parallel zur Krankenakte geführt hatte, beweisen wollen. Das zuvor angegangene Landgericht hatte nur der Krankheitsakte Beweiswert zuerkannt. Das OLG hat sich (leider) nicht zum **Beweiswert der „persönlichen Aufzeichnungen“** geäußert. In einer Urteilsanmerkung von *Korioth* heißt es u. a.: Wie das vorliegende Urteil zeige, müsse der Arzt/Psychotherapeut gerade bei Führung einer **doppelten Dokumentation** sorgfältig darauf achten, dass alle *behandlungsrelevanten Daten* auch in die insofern herausgabepflichtige Behandlungsdokumentation aufgenommen werden. Im Übrigen sei bislang noch nicht entschieden, wie persönliche Aufzeichnungen beweisrechtlich zu würdigen seien.

- das LSG Bayern (Urteil v. 09.11.2005 – L 3 KA 5012/04) bestimmt hat, dass der **Vertragszahnarzt verpflichtet** sei, dem Schadensbeschwerdeausschuss **alle Behandlungsunterlagen**, Modelle und Röntgenbildern im jeweils zu überprüfenden Einzelfall **vorzulegen**? Diese Verpflichtung ergebe sich aus den §§ 294 und 298 SGB V sowie den diese Vorschriften konkretisierenden Satzungs Vorschriften der Selbstverwaltung und den Verträgen der gemeinsamen Selbstverwal-

tung. Selbiges gilt selbstverständlich auch für Psychotherapeuten (vgl. schon *Psychotherapeutenjournal* 4/2003, S. 289).

- der Arzt, der dem Patienten eine stationäre Behandlung vorschlägt, aber begründete Zweifel hat, ob der **private Krankenversicherer** des Patienten die Behandlung im Krankenhaus als notwendig ansieht und die Kosten dafür übernehmen wird, die (**Aufklärungs-**) **Pflicht** hat, den Patienten auf die Zweifel hinzuweisen (ähnlich schon BGH NJW 1983, 2630)? Das LG Karlsruhe (NJW-Spezial 2006, S. 253) wies auf diese Pflicht hin. Ähnliches gilt natürlich auch für Psychotherapeuten. Soweit sie solcherart Vorschläge machen, sollten Sie den Patienten über mögliche Schwierigkeiten aufklären – und dies in ihrer objektiven **Dokumentation** (s. o.) ausdrücklich vermerken. Es genüge auch, wenn Sie den Pat. darauf hinweisen, er möge sich mit seinem Versicherer in Verbindung setzen – und dieses dokumentieren.

### RA Hartmut Gerlach

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

# Aktuelles aus der Forschung

Karin Welsch

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

## Yoga für Kinder mit ADHS

Haffner, J., Roos, J., Goldstein, N., Parzer, P. & Resch, F. (2006). Zur Wirksamkeit körperorientierter Therapieverfahren bei der Behandlung hyperaktiver Störungen: Ergebnisse einer kontrollierten Pilotstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 1, 37-47.

Defizite in der Aufmerksamkeitssteuerung und in der motorischen Kontrolle sind zentrale Aspekte der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Die Wirksamkeit einer Behandlung mit Psychostimulanzien ist gut belegt. Nachteilig sind Nebenwirkungen wie beispielsweise Wachstumsstörungen. Auch die Wirksamkeit von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden, Elterntrainings und psychoedukativen Maßnahmen sind nachgewiesen. Begleitend werden häufig körperbezogene Methoden, z. B. Biofeedback und Entspannungsverfahren, eingesetzt.

Yoga ist eine traditionelle Methode, die versucht physiologische und mentale Prozesse zu beeinflussen. Insbesondere Muskelanspannung, Konzentrationsfähigkeit und die Fähigkeit, ruhig zu werden, kann mit Yoga beeinflusst werden.

Ob sich dieses Wirkungsspektrum auch in der Behand-

lung von Kindern mit ADHS zeigt, untersuchten Haffner et al. in einer Pilotstudie. Ein strukturiertes körperorientiertes Yoga-Trainingsprogramm wurde im 2x2-cross-over Design mit einem unspezifischen Training in Form von Bewegungsspielen verglichen.

19 als hyperaktiv diagnostizierte Kinder im Alter von 8 - 11 Jahren wurden zufällig einer von zwei Gruppen zugeteilt. Eine Gruppe erhielt erst das Yoga-Trainingsprogramm und anschließend das Bewegungstraining. Bei den Kindern der zweiten Gruppe war die Reihenfolge umgekehrt. Jedes Trainingsprogramm dauerte 8 Wochen, mit jeweils 6 Wochen Pause. Medikation und Begleittherapien blieben während der gesamten Zeit konstant.

In der Gesamtgruppe zeigte sich eine signifikante Besserung der Aufmerksamkeitsleistung und der hyperkinetischen Symptomatik, die sich nach der Therapie nicht mehr signifikant von einer Repräsentativstichprobe unterschied.

Mit Hilfe von Varianzanalysen wurde die Wirksamkeit der beiden Trainingsmethoden miteinander verglichen. Das Yoga-Training erwies sich dabei als wirkungsvoller als das unspezifische Bewegungstraining, so-

wohl in bezug auf die Aufmerksamkeit als auch in bezug auf die hyperkinetische Symptomatik. Die Effektstärken liegen im mittleren bis hohen Bereich. Auch die Reihenfolge der Methoden brachte eine deutliche Auswirkung auf die hyperkinetische Symptomatik. Yoga-Training zu Beginn brachte ausgeprägte Besserung, anschließendes Bewegungstraining brachte keine weitere Verbesserung. Bewegungstraining zu Beginn brachte leichte Besserung, anschließendes Yoga-Training führte zu einer weiteren, etwa gleich hohen Verbesserung.

**Kommentar:** Soziale Integration, Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung, genügend stabiles Selbstwertgefühl sowie Gewährleistung einer begabungsentsprechenden Schul- und Berufsausbildung sind Hauptziele bei der Behandlung von ADHS. Diese können mit verhaltenstherapeutischen und ggf. medikamentösen Mitteln nachgewiesen erfolgreich erreicht werden. Häufig werden

jedoch Behandler nach wirkungsvollen Begleitmaßnahmen gefragt. Die vorliegende Studie gibt erste Hinweise darauf, dass ein kindgerecht modifiziertes Yoga-Training eine wirkungsvolle flankierende Maßnahme bei der Behandlung von ADHS zur Verbesserung der Körperwahrnehmung, Förderung der Entspannungsfähigkeit, Selbstbeherrschung und Selbstregulation sowie zur Verbesserung der Aufmerksamkeit und Konzentration sein kann.

Wie die Autoren einschränkend erwähnen, wurden in der Studie leider weder Komorbiditäten noch die IQ-Werte der Kinder erfasst. Ein weiterer Mangel der Studie ist, dass keine Angaben darüber gemacht wurden, ob und welche psychotherapeutischen Methoden eingesetzt wurden und welchen Einfluss diese auf die Ergebnisse haben. Auch wurden keine Katamnesen erhoben, so dass sich keine Aussagen über Langzeiteffekte machen lassen.

## Eine Metaanalyse belegt die Wirksamkeit psychodynamischer Kurztherapie

Leibing, E., Rabung, S. & Leichsenring, F. (2005). Ist psychodynamische Kurztherapie eine wirksame Behandlungsform bei psychischen Störun-

gen? *Forum der Psychoanalyse*, 21, 371-379.

Die psychodynamische Kurztherapie (short-term psycho-

dynamic psychotherapy, STPP) ist durch die Zeitbegrenzung (durchschnittlich 16 bis 30 Sitzungen) gekennzeichnet – wie der Name schon sagt. 1 bis 2 Sitzungen pro Woche werden im Gegenübersitzen durchgeführt. Die Therapeuten sind eher aktiv; die Therapie richtet sich auf die zu Beginn der Therapie definierten Ziele; Fokus ist die Erfahrung des Patienten im Hier-und-Jetzt.

Leibing, Rabung und Leichsenring hatten sich als Ziel gesteckt, die Wirksamkeit der psychodynamischen Kurztherapie in einer Metaanalyse zu untersuchen. Aus 141 von 1970 bis 2004 durchgeführten Studien wählten sie Untersuchungen mit randomisiert kontrolliertem Design, manualisierter Behandlung, STPP-geschulten oder -erfahrenen Therapeuten, spezifischen psychischen Störungsbildern, klaren Stichprobenbeschreibungen, reliablen und validen Diagnose- und Untersuchungsinstrumenten und Daten zur Berechnung der Präpost-Effektgrößen. Studien zur IPT (interpersonelle Therapie) wurden nicht ausgeschlossen. 17 Studien erfüllten die strengen Kriterien, 13 davon wurden erstmals in eine Metaanalyse einbezogen. Die Studien behandelten 12 Störungsbilder. Es kamen unterschiedliche STPP-Formen zum Einsatz (am häufigsten jene von Luborsky, von Horowitz, von Shapiro und Firth sowie von Davanloo). Die Zahl der Sitzungen lag zwischen 7 und 40. Nach durchschnittlich einem Jahr wurden Follow-Up-Befragungen durchgeführt.

Hinsichtlich der Zielsymptomatik und der allgemeinen psychischen Symptomatik erreichte die STPP große, signifikante Effekte. Auch bezüglich des sozialen Funktionsniveaus zeigte

sich ein signifikanter Effekt. Die Effekte waren zum Follow-Up stabil, nahmen sogar etwas zu. Gegenüber einer Nicht-Behandlung (u.a. Wartegruppe) und einer herkömmlichen Behandlung zeigte die STPP kleine Effekte. Von anderen Formen von Psychotherapie (u.a. Kognitive Verhaltenstherapie) unterschied sich die STPP in ihrer Wirksamkeit nicht signifikant.

**Kommentar:** Leibing und Kollegen können zeigen, dass die

*Margraf, M. & Berking, M. (2005). Mit einem «Warum» im Herzen lässt sich fast jedes «Wie» ertragen: Psychotherapeutische Entschlussförderung. Verhaltenstherapie, 15, 254-261.*

Margraf (nicht Jürgen, sondern Matthias) und Berking gehen in ihrem Konzept zur Entschlussförderung davon aus, dass eine Verhaltensänderung mit einem Konflikt zwischen den antizipierten positiven und negativen Konsequenzen verbunden ist. Erst wenn ein Patient diesen Konflikt als Entscheidungssituation begreift, kann er sich bewusst für die optimale Handlungsalternative entscheiden und so die Motivation zur Überwindung der negativen Konsequenzen stärken. Die Autoren beschreiben in ihrem präskriptiven Entschlussmodell (PRÄMO), wie die positiven und negativen Konsequenzen der möglichen Verhaltensalternativen eine kognitive Dissonanz verursachen. Das Rechtfertigen einer Entscheidung dient der Reduktion der Dissonanz und damit der Konsolidierung des getroffenen Entschlusses. Die Rechtfertigung

psychodynamische Kurztherapie wirksamer als keine Behandlung und „Treatment as usual“ ist und genauso wirksam wie kognitive Verhaltenstherapie und andere Formen der Psychotherapie. Für die Anwender ist dieses Ergebnis eine weitere Bestätigung ihrer zum Teil langjährigen praktischen Erfahrung. Dem Therapeuten oft verborgen bleibt die längerfristige Wirkung der Therapie. Es ist daher interessant, zu lesen, dass die Behandlungserfolge

von STPP stabil sind, tendenziell sogar nach einem Jahr noch zunehmen.

Es bleibt noch unklar, für welche Störungsbilder STPP besser und für welche es weniger gut geeignet ist. Auch sind 17 Studien zu wenig für die Untersuchung detaillierter Fragestellungen. Ein Manko ist, dass Leibing et al. nicht näher erklären, was unter „andere Formen der Psychotherapie“ und unter „Treatment as usual“ zu verstehen ist.

## Entschlussförderung erleichtert Verhaltensänderung

stellt aber auch eine kognitive Umstrukturierung dar. Im Anschluss an die Entscheidung muss diese im Gedächtnis verankert und mit konkreten Handlungsanweisungen erweitert werden.

Die Entschlussförderungsintervention (EFI) zur störungsübergreifenden Motivierung von Patienten zu Veränderungsschritten besteht aus vier Teilen, die in zwei doppelstündigen Gruppensitzungen behandelt werden: 1) Herstellung von Problembewusstsein und entscheidungsfördernder Metakognitionen: Mit kognitiven Interventionstechniken werden entscheidungsblockierende Einschätzungen herausgearbeitet und in Frage gestellt. 2) Bewertung der Handlungsoptionen: Durch das Vergleichen der Konsequenzen stellt sich eine Dominanz für eine Alternative ein. Nachdem diese Dominanz gerechtfertigt wurde, beginnt der Patient einen „Entschlusspruch“ zu formulieren. 3) Zur Förderung der Gegenwärtigkeit sollen die Patienten ein Symbol für den Entschluss finden. 4) Schließlich planen die Patienten konkret, wann und wie

sie das gewünschte Verhalten einsetzen wollen.

In einer ersten empirischen Evaluation (randomisiertes Kontrollgruppendesign) in einer psychosomatischen Klinik wurden 88 konsekutiv aufgenommene Patienten, die an einem Training sozialer Kompetenzen (SKT) teilnahmen, einer Versuchsgruppe und einer Kontrollgruppe zugeordnet. Während des SKT definierten die Patienten eine konkrete Selbstdurchsetzungshandlung, die sie nach der Behandlung durchführen wollten. Die Patienten der Versuchsgruppe nahmen im Anschluss an das SKT an der vierstündigen Entschlussförderungsintervention teil. Mit den Patienten der Kontrollgruppe wurden nach dem SKT problematische Gedanken und Einstellungen bezüglich der geplanten Handlung bearbeitet. Der zeitliche Umfang der Interventionen und der Umfang der Arbeitsmaterialien unterschieden sich nicht, auch nicht die Psychotherapiemotivation der Teilnehmer der beiden Gruppen. Der Anteil Depressiver war in der Versuchsgruppe höher, der Anteil der Patienten mit ei-



ner Anpassungsstörung war in der Kontrollgruppe größer.

An der Nachbefragung, vier Wochen nach der Therapie, beteiligten sich 59% der Patienten der Versuchsgruppe und 75% der Kontrollgruppe (Responder). Zwischen den beiden Gruppen zeigt sich ein signifikanter Unterschied: 91% der Responder der Versuchsgruppe gaben an, die geplante Handlung durchgeführt zu haben. Von der Kontrollgruppe gaben dies nur 66% der Responder an. Rechnet man jedoch jene Patienten, die sich nicht an der Nachbefragung beteiligt haben (Drop-out) als Nicht-Durchführer, so ergibt sich kein signifikanter Unterschied: 62% der Versuchsgruppe und 50% der Kontrollgruppe führten die geplante Handlung durch.

**Kommentar:** Die Autoren stellen ein theoretisch fundiertes und gut nachvollziehbares Konzept zu motivationalen Problemen auf. Die daraus entwickelte Entschlussförderungsintervention (EFI) erscheint vor allem aufgrund der Kürze und Gruppentauglichkeit für die therapeutische Praxis interessant.

Die derzeit wohl am häufigsten eingesetzte Intervention zur Steigerung oder Herstellung von Änderungsmotivation ist das ursprünglich für die Suchttherapie entwickelte „Motivational Interviewing“ von Miller und Rollnik (1999). Es basiert auf dem „Stadienmodell der Veränderungen“ von Prochaska und Di Clemente (1992).

Motivational Interviewing findet im Einzelgespräch statt. Mit motivierender Gesprächsführung leitet der Therapeut den Patienten durch die Stadien der Veränderung. Margraf und Berking gehen einen anderen Weg.

Statt den Patienten zu leiten, versorgen sie ihn zuerst mit Wissen über Entscheidungsprozesse. Erst danach werden, wie im Motivational Interviewing, Ambivalenzen erforscht und aufgelöst. Beide Methoden ermöglichen dem Patienten, sich mit den positiven und negativen Konsequenzen seiner problematischen Verhaltensweisen auseinander zu setzen und so Veränderungsbereitschaft

## Exposition bei Bulimia nervosa

*Baltruschat, N., Geissner, E. & Bents, H. (2005) Expositionsverfahren in der Behandlung der Bulimia nervosa. Evaluation eines verhaltenstherapeutischen Intensivansatzes. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 35 (1), 1-11.*

Dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren bei der Behandlung von Bulimia nervosa wirksam sind, wurde bereits in mehreren Studien gezeigt. Sie umfassen meist Ernährungsberatung, Einhaltung von Mahlzeiten, kognitive Umstrukturierung, Problemlösetechniken und Rückfallprophylaxe. Ess- und Brechanfälle können verschiedenen Studien zufolge bei Therapieende um durchschnittlich 75% reduziert werden, die Abstinenzrate auf durchschnittlich 40% gehoben werden.

Die vorliegende Studie untersuchte die Wirksamkeit von Expositionsverfahren, wie sie auch bei der Behandlung phobischer Störungen eingesetzt werden. Expositionen fanden auf drei Ebenen statt.

Ernährungskonfrontation: Essattacken lösen Gefühle von Angst (vor Gewichtszunahme), Scham und Kontrollverlust aus.

entstehen zu lassen, einen Veränderungsentschluss eigenständig zu treffen und schließlich Strategien zur Umsetzung zu entwickeln. Da die EFI in heterogenen Gruppen durchgeführt werden kann, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Generalisierung der Entschlusskompetenz.

Sehr interessant wäre eine weitere empirische Evaluation der

Das Vermeidungsverhalten „Erbrechen“ reduziert diese unangenehmen Gefühle. Durch Konfrontation mit dem angstauslösenden Stimulus „normale Mahrzeit“, bei gleichzeitiger Verhinderung von Erbrechen, soll eine Habituation und Löschung der aversiven Emotionen erreicht werden.

Figur-/Videokonfrontation: Konfrontation mit dem Anblick der eigenen Figur („kritische Körperregionen“) sollen die Ängste vor dem Dicksein reduzieren.

Cue exposure: Das durch Lebensmittel und spezifische affektive Stimmungslagen evozierte Verlangen („craving“) soll durch Konfrontation mit Reaktionsverhinderung gelöscht werden. Patientinnen dürfen Lebensmittel sehen, riechen und kosten, eine Essattacke wird jedoch verhindert.

Die Studie wurde an 73 sukzessiv aufgenommenen Patientinnen der Christoph-Dornier-Klinik durchgeführt. Die Patientinnen waren im Durchschnitt 25 Jahre alt, litten seit 7 Jahren an Bulimie, berichteten von durchschnittlich 12,3 Essanfälle pro Woche und hatten einen Body Mass Index (BMI) von durchschnittlich 19,24. Komor-

Entschlussförderungsintervention, da die vorliegende Untersuchung noch methodische Mängel aufweist. Weder wird der Einfluss der Schwere der Erkrankung noch der des Schwierigkeitsgrades der Verhaltensänderung berücksichtigt, noch werden Unterschiede zwischen Durchführern und Nicht-Durchführern analysiert. Auch die Stabilität des neuen Verhaltens sollte untersucht werden.

bide psychische Störungen wurden bei 31% der Frauen diagnostiziert.

Während des drei- bis vierwöchigen stationären Aufenthalts fanden die Expositionen statt (erst angeleitet, dann im Selbstmanagement), kognitiv-behaviorale Therapie im Einzelsetting sowie psychoedukative Gruppentherapie. Nach der Entlassung wurden die Patientinnen 6 Wochen telefonisch, bei Bedarf persönlich nachbetreut. Insgesamt erhielten die Patientinnen durchschnittlich 40 Therapieeinheiten à 50 Minuten.

Vor Aufnahme (Prä), sechs Wochen nach Entlassung (Post) und ein Jahr nach Entlassung (1-Jahres-Follow-Up) wurden die Anzahl der Essanfälle, der BMI, das Essverhalten, die bulimische Symptomatik, Depressivität und allgemeine psychische Beschwerden erfasst.

Die Zahl der Essanfälle pro Woche sank auf durchschnittlich 2,45 nach Entlassung und war beim 1-Jahres-Follow-Up mit 4,3 noch signifikant unter dem Ausgangswert von 12,3. Bei Entlassung hatten 66% und nach einem Jahre immerhin noch 48% der Frauen weniger

als zwei Essanfälle pro Woche und lagen damit unterhalb des DSM-IV-Kriteriums. Der durchschnittliche BMI nahm durch die Therapie signifikant zu und lag sowohl bei Entlassung wie auch beim Follow-Up im Normalbereich. Auch hinsichtlich des Essverhaltens, der bulimischen Symptomatik, der Depressivität und der allgemeinen psychischen Verfassung wurden überwiegend signifikante

Verbesserungen erzielt. Sämtliche Werte lagen zum Prä- und Follow-Up-Zeitpunkt im Normalbereich.

**Kommentar:** Insbesondere angesichts der Diskussionen über Einsparungen im Gesundheitssystem erscheint die von Baltruschat et al. vorgestellte Methode der Exposition bei Bulimia nervosa interessant für die Praxis. Bei ver-

haltismaig geringem zeitlichen Aufwand konnten sehr gute Ergebnisse erzielt werden. Rund die Hälfte der Patientinnen zeigte einen auch längerfristig stabilen Behandlungserfolg. Ein besonderes Merkmal der angewendeten Methode ist die frühzeitige Überführung der Expositionen ins Selbstmanagement. Dies erhöhet die Selbstwirksamkeitserwartung der

Patientinnen und erleichtert die Weiterführung des Gelern-ten nach der stationären Therapie.

Diagnostik, Messinstrumente und statistische Auswertung der Studie sind gut gewählt. Interessant wäre ein direkter Vergleich mit einer konventionell kognitiv-verhaltenstherapeutisch behandelten Patientinnengruppe und/oder einer Wartelistenkontrollgruppe.

## Kinder mit Schlafstörungen: Erste Ergebnisse eines Behandlungsprogramms

*Fricke, L., Mitschke, A., Wiater, A. & Lehmkuhl, G. (2006). Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen – Konzept, praktische Durchführung und erste empirische Ergebnisse. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 55, 141-154.*

Schlafstörungen im Kindesalter treten sehr häufig auf. Das Projekt „Gesunder Schlaf für Kölner Kinder“ ergab, dass 18% der Einschulkinder Ein- und/oder Durchschlafstörungen haben, 23% erwachen häufig nachts, 14% haben Alpträume, 3% Somnambulismus (Schlafwandeln) und 4% Pavor nocturnus (Nachtschreck). In Studien wurde festgestellt, dass Schlafprobleme bei Kindern häufig komorbid mit psychiatrischen Störungen, v.a. hyperkinetischen Störungen auftreten. Oftmals sind die Schlafprobleme aber auch entwicklungsbedingt und verbessern sich spontan.

Für Schlafstörungen bei Erwachsenen gibt es eine Reihe gut evaluierter Gruppentherapieprogramme. Für Säuglinge und Kleinkinder gibt es Elternratgeber. Für Kinder zwischen 5 und 13 Jahren gab es bisher nur

Schlafhygieneregeln und verschiedene Einzelverfahren, jedoch noch kein evaluiertes umfassendes Behandlungskonzept.

Fricke et al. entwickelten das „Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen“ und führten eine erste Evaluation durch. Das Programm kann im Gruppen- oder Einzelsetting durchgeführt werden und umfasst 7 Sitzungen a 90 Minuten (im Gruppensetting). Es ist als Elternprogramm angelegt, Eltern-Kind-Sitzungen haben sich aber auch bewährt. Inhalte der vier Module sind: Allgemeine Informationen zu Schlaf, grundsätzliche Interventionen zur Verbesserung des Schlafverhaltens, Informationen zum Erziehungsverhalten bei problematischen Situationen, die mit dem Schlaf zu tun haben (z.B. Zubettgehen, Ängste), Interventionen zur Verbesserung des Schlafverhaltens bei speziellen Schlafproblemen, Stabilisierung des Schlafverhaltens und Umgang mit Rückfällen.

An der Pilotstudie zur Überprüfung der Wirksamkeit und der Durchführbarkeit nahmen vier Familien teil. Vor und nach der Behandlung wurden das Schlafverhalten, psychische Auffällig-

keiten und hyperkinetische Verhaltensweisen mit Fragebögen erfasst. Die vier Kinder waren alle 7 Jahre alt und hatten im Mittel seit 4,6 Jahren Schlafprobleme (Ein-/Durchschlafprobleme, nächtliche Ängste, Schlafwandeln, Alpträume).

Nach dem Programm hatten sich die Einschlafprobleme gebessert, die Gesamtschlafdauer hatte sich verlängert, die Wachliegezeit hatte sich reduziert, die Erholbarkeit des Schlafes hatte sich erhöhet und schlafbezogene Ängste hatten sich reduziert. Alpträume, Pavor nocturnus und Schlafwandeln hatten sich nicht verbessert. Dies kann daran liegen, dass die Nacherhebung bereits eine Woche nach der letzten Gruppensitzung stattgefunden hatte. Sowohl das Wohlbefinden der Kinder wie das der Eltern hatte sich verbessert. Drei Kinder zeigten weniger hyperkinetisches Problemverhalten und alle Kinder konnten sich nach der Behandlung besser konzentrieren. Die Eltern beurteilten das Gesamtkonzept und den Informationsgehalt sehr positiv.

**Kommentar:** Ein solch kompaktes Gruppenprogramm für

Schulkinder mit Schlafstörungen wäre eine Bereicherung für die Praxis.

Die Erfolge der Pilotstudie machen sehr neugierig auf die Ergebnisse weiterer Studien und lassen auf die baldige Publikation eines Manuals und der verwendeten Materialien hoffen.

Natürlich ist noch eine Evaluation im Kontrollgruppendesign an einer größeren Stichprobe notwendig. Auch bleibt zu untersuchen, wie weit sich die Schlafprobleme ohne Behandlung gebessert hätten und wie lange die Erfolge nach der Behandlung vorhalten. Die eingesetzten Behandlungsmodule sind aber als Einzelverfahren oder als Bestandteile von Programmen für Erwachsene bereits evaluiert.

**Mag. rer. nat. Karin Welsch**

Wissenschaftliche Referentin der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
St.-Paul-Str. 9  
80336 München  
welsch@ptk-bayern.de

# Buchrezension

## **Kernberg, O.F. & Hartmann, H.-P. (Hrsg. ). (2006). Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie. Stuttgart: Schattauer. 792 Seiten.**

Albrecht Stadler

„Seien wir keine Detektive. Dann können wir, wenn wir schon Doppelgänger werden mussten, – vielleicht – aus dem Spiegel heraussteigen und wieder lebendige, fühlende, zweifelnde andere werden, für uns und unsere Patienten, mit all den Schwierigkeiten, die dann erst noch kommen.“ Mit diesem Satz, gerichtet an die Psychotherapeuten und Forscher, endet das Buch „Narzissmus Grundlagen – Störungsbilder – Therapie“, das jetzt von Otto F. Kernberg und Hans-Peter Hartmann herausgegeben wurde. Wie ich finde, klingt aus diesem Satz eine therapeutische Haltung heraus, die in der oft von schwierigen Patient-Therapeut-Verstrickungen begleiteten Behandlung bei Menschen mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen ein Leitmotiv sein könnte.

Das Verdienst der Herausgeber ist es, in diesem Buch in eben doch detektivischer Weise vorliegende Ideen, Konzepte, Forschungen zum Phänomen des Narzissmus zusammengetragen, gegenübergestellt und mit eigenen Beiträgen ergänzt zu haben. Dabei ist ein voluminöses Werk entstanden mit 32 Artikeln von 34 international

anerkannten Autoren unterschiedlichster Herkunft aus Forschung und Praxis der analytischen Psychotherapie.

Die Beiträge sind in 5 große Kapitel gegliedert, deren erstes auf „Grundlagen“ eingeht. Hier werden nach einem Überblick über Narzisstische Persönlichkeitsstörungen Freuds frühe Annahmen und Erkenntnisse in Beziehung gesetzt zu den bedeutsamen Fortentwicklungen in der psychoanalytischen Theoriebildung unter Einbeziehung der Ergebnisse von Säuglingsforschung und Entwicklungspsychologie. Auch gesellschaftliche Erscheinungsformen des Narzissmus bekommen hier unter Stichworten wie z.B. Macht, Machtmissbrauch und Destruktivität einen prominenten Ort. Das zweite Kapitel, „Diagnostik“, geht mit vier Beiträgen auf wesentliche Merkmale der Narzisstischen Persönlichkeit mit differentialdiagnostischen Erwägungen ein. Daran schließt sich konsequent das Kapitel „Empirische Grundlagen“ an, in dem Behandlung, Verlauf und Wechselwirkungen pathologischer Entwicklungen thematisiert werden. In Kapitel 4 finden wir Beiträge zur „Bedeutung des Narzissmus bei spezifischen

Störungsbildern und in unterschiedlichen Lebensphasen“, wobei, z.B. in einem kleinen Abschnitt über die „Somatoforme Störung als Beziehungsstörung im Gesundheitswesen“, der Frage nachgegangen wird, wie das Nicht-Auffinden von Organbefunden für Patienten narzisstisches Kränkungspotential bergen kann und welche Folgen das in der Praxis für den Umgang mit somatoformen Störungen hat. Dass dieses Thema auch versorgungspolitische Implikationen umfasst, liegt auf der Hand. Im letzten Kapitel erhalten die Praktiker der Psychotherapie den Ort, wo sie, auch anhand von Fallvignetten, mit praxeologischen Überlegungen vertraut gemacht werden, die besondere Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten beleuchten, deren narzisstische Pathologie den Behandlungsraum beherrscht. Aber nicht nur das, auch der schwierige Umgang mit dem therapeutischen Narzissmus klingt an.

Dies bringt mich wieder auf den schon oben zitierten letzten Satz des Buches. Wenn auch die Lektüre des Buches zu großen Teilen neu und spannend ist, wenn auch wir Psychotherapeuten sehr viele Einblicke in

das Phänomen des Narzissmus bekommen, wenn auch unser Verständnis wächst, so werden wir in den Behandlungen doch immer wieder neu auf Fragen gestoßen, deren Beantwortung offen bleiben muss. Behandlungsleitlinien erscheinen in diesem Zusammenhang obsolet.

Suchen wir danach, was in dem gewichtigen Buch eigentlich fehlt, wird jeder einzelne sicher einiges finden, was ihm fehlt. Mir fällt z.B. auf, dass in diesem neuen Buch eine Bezugnahme zu den Neuro-Wissenschaften fehlt. Vielleicht ist es gerade deshalb auf eine besondere Weise modern, weil es sich der neuen Bildersprache nicht bedient. Ich wünsche dem Buch, das mit einem eingehenden Literatur-Apparat zu jedem Artikel ausgestattet ist, schon deshalb viele Leser, weil das Interesse zu weiterführender Auseinandersetzung mit diesem wichtigen Thema geweckt wird.

*Dipl.-Psych.  
Albrecht Stadler (PP)*

Henrik-Ibsen-Str. 4  
80638 München  
aia.stadler@t-online.de



## Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.). (2006). *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer. 1120 Seiten.

Anne Fischer

Der Bedarf für solch ein Handbuch besteht schon lange und er wird immer größer, je klarer aus den verschiedensten Richtungen moderner wissenschaftlicher Forschung und therapeutischen Arbeitens die Bedeutung des Körpers als Medium menschlicher Erfahrung und menschlichen Erlebens und damit auch aller Entwicklungs- und Veränderungsprozesse betont wird.

Das Hauptanliegen der Herausgeber ist es, den in den letzten Jahren entstehenden Dialog zwischen den verschiedenen körpertherapeutischen Schulen zu unterstützen und zu vertiefen. Mit ihrer umfassenden Gesamtübersicht leisten sie dazu einen wesentlichen Beitrag und ermöglichen gleichzeitig TherapeutInnen anderer Schulen, einen Zugang zu finden und sich zu orientieren. Sie haben es geschafft, über 60 international renommierte Vertreter und führende Lehrer der verschiedenen Grundrichtungen für dieses Projekt zu gewinnen, ohne einfach eine Plattform für Selbstdarstellungen und Werbung in eigener Sache bereitzustellen. Vielmehr zieht sich das zentrale Anliegen, nämlich wesentliche Aspekte in Theorie und Praxis aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten, durch das ganze Buch und schafft so Metaebenen der Begegnung und der Reflexion, aber auch der kritischen Auseinandersetzung. Dabei sind die einzelnen Artikel durchaus sehr unterschiedlich, spiegeln zum einen sicher

die Persönlichkeiten der Autoren – kurze biographische Einführungen, die den Beiträgen vorangestellt sind, erleichtern deren Verortung – und reflektieren zum andern die aktuelle Vielfalt in der Debatte, die von nah an der Praxis orientierten anschaulichen Berichten bis hin zu streng wissenschaftlichen Abhandlungen oder auch philosophisch-anthropologischen Überlegungen alles umfasst.

Das in jeder Hinsicht sehr umfangreiche Handbuch ist übersichtlich in 13 inhaltliche Abschnitte sowie ein Vor- und ein Nachwort gegliedert. Die inhaltlichen Abschnitte umreißen zentrale Fragestellungen; jeder Abschnitt beginnt mit einer sehr hilfreichen Einleitung der Herausgeber, in der sie die behandelte Thematik in den Gesamtzusammenhang einordnen, eine oder einige wenige theoretische Fragestellungen einführen, die bei der Lektüre der einzelnen Beiträge unterschwellig mitlaufen und auch schon eine Art Kurzaufsatz der einzelnen Artikel liefern. Damit gelingt es ihnen, die Vielfalt immer wieder in ein großes Ganzes einzubetten und gleichzeitig die Neugier und das eigene Denken der LeserInnen einzuladen und zu unterstützen. Der gesamte Abschnitt über die Geschichte der Körperpsychotherapie ist insgesamt sehr informativ; die Einflüsse von Elsa Gindler und Wilhelm Reich werden gewürdigt, und Ulfried Geuter (s. auch den Artikel in diesem PTJ) zeichnet die historischen Entwicklungslinien nach. Die Gra-

fiken zur Genealogie zeigen, wie vielfältig das Feld ist und sind wohl v.a. interessant, wenn man die Position einer bestimmten Schule oder Methode historisch und in ihren Bezügen zu andern Schulen einordnen möchte.

Die drei folgenden Abschnitte thematisieren aus verschiedenen Blickwinkeln das Spezifische der Körperpsychotherapie, die Zusammenhänge zwischen Psyche und Körper in ihren verschiedenen konzeptionellen Fassungen. Als wesentlich wird die Erfahrungsorientiertheit in der Körperpsychotherapie betont. Alles Empfinden auf der Körperebene ist unmittelbare Erfahrung im gegenwärtigen Moment, egal, ob man es aus einer Perspektive eher als enactment, als verkörperten Ausdruck eines unbewussten Konflikts in der Übertragungsbeziehung sieht, oder aus einer anderen Perspektive mehr den Aspekt betont, in der achtsamen Fokussierung auf das Erleben die Selbstwahrnehmung zu stärken und die Disidentifikation zu fördern. Die immense Bedeutung, die der Erfahrung zukommt, wird aktuell aus mehreren Forschungsbereichen unterstrichen. Insbesondere die Neurobiologie und die Emotionsforschung, aber auch die Säuglingsforschung und die wieder mehr in den Blick genommenen Arbeiten der Bindungsforschung, haben in den letzten Jahren herausgearbeitet, wie zentral für die menschliche Entwicklung die realen Erfahrungen mit der sozialen Umgebung

sind und wie deren Niederschlag auf der muskulären, viszeralen und neuronalen Ebene unser körperlich-emotionales Sein prägt und unser Bewusstsein präformiert. Es ist ein Verdienst dieses Handbuchs, hier den modernen Stand der Wissenschaft zu reflektieren und mit den Grundlagen körpertherapeutischen Handelns und körpertherapeutischer Theoriebildung in Bezug zu setzen. Im Abschnitt über die Grundlagen der Methodologie greifen die Autoren verschiedene Aspekte des erfahrungsorientierten Arbeitens in der Körperpsychotherapie auf, etwa die sinnliche Selbstreflexivität (G. Marlock), die Achtsamkeit (H. Weiss) oder die Bewegung (C. Caldwell). Noch konkreter und anwendungsbezogener ist der Abschnitt „Klinische Aspekte des therapeutischen Prozesses“, in dem die Fragen der Diagnostik und der Affektabwehr, aber auch das Spektrum der Interventionstechniken und andere Aspekte des klinischen Vorgehens thematisiert werden. Auch hier liegt das Faszinierende vor allem darin, einerseits durchaus die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schule zu erkennen, andererseits aber auch übergreifende und von andern Therapieformen differenzierende Überlegungen nachvollziehen zu können.

Äußerst interessant ist in dieser Hinsicht auch der Abschnitt über die therapeutische Beziehung. In der Einleitung dazu stellen die Herausgeber ein eher regressiv-nährendes Be-

ziehungsmo-  
 zierungsmodell einem eher  
 progressiv-konfrontierendem  
 gegenüber, wobei historisch  
 gesehen die Integrative Leib-  
 theorie, die Biodynamik und die  
 Hakomi-Methode eher dem  
 einen Pol, die Unitive Psycho-  
 logy, der Ansatz von George  
 Downing oder die Bioenergetik  
 eher dem andern Pol zugerech-  
 net werden. Eine andere Hin-  
 tergrundfolie, auf der die Arti-  
 kel zu lesen sein können, ist  
 die Unterscheidung zwischen  
 Übertragung und Begegnung  
 als Charakterisierung der thera-  
 peutisch wirksamen Beziehung  
 und die sich daraus ableitende  
 Positionierung der TherapeutIn.  
 Der Hinweis auf die besonde-  
 ren Anforderungen an eine  
 KörperpsychotherapeutIn we-  
 gen der im Vergleich zu ande-  
 ren Therapieformen höheren  
 Erlebnisdichte und stärkeren  
 Aufladung des Prozesses wirkt  
 dabei vielleicht auch ein Licht  
 auf die bislang häufig umgan-  
 gene Auseinandersetzung mit  
 dieser Frage, bzw. auf die ex-  
 pliziten Anstrengungen man-  
 cher Schulenbegründer – hier  
 könnte etwa A. Pesso genannt  
 werden – die Bedeutung des  
 Therapeuten im Verhältnis zur  
 Methode zu minimieren.

Dass es sogar einen ganzen  
 Abschnitt zur körperpsychothe-  
 rapeutischen Behandlung spe-  
 zifischer Störungen gibt – und  
 hier wird das gesamte Feld klas-  
 sischer Diagnostik berührt –  
 zeigt, welche Entwicklung die  
 Körperpsychotherapie in den  
 letzten Jahren genommen und  
 welche Relevanz sie in den  
 meisten Praxisfeldern inzwi-  
 schen erreicht hat: Die tradi-  
 tionelle Verweigerung einer stö-  
 rungsspezifischen Betrach-  
 tungsweise zugunsten eines  
 prozessorientierten Vorgehens  
 hat einer komplexeren und  
 weniger polarisierenden Be-  
 trachtung Platz gemacht. Dies

resultiert sicher nicht zuletzt aus  
 den Erfahrungen der körper-  
 psychotherapeutisch geschul-  
 ten TherapeutInnen in vielen  
 Kliniken, was sich auch in den  
 Artikeln niederschlägt, die  
 durchweg von AutorInnen aus  
 solchen Praxisfeldern geschrie-  
 ben sind und sich durch hohe  
 Anschaulichkeit auszeichnen.  
 Dasselbe gilt für den Abschnitt  
 über die erweiterten Anwen-  
 dungsgebiete, d.h. Arbeits-  
 felder, die über das klassische  
 Setting der Einzeltherapie mit  
 Erwachsenen hinausgehen,  
 etwa die Arbeit mit „Schrei-  
 babies“ oder mit Paaren oder  
 Gruppen, und in noch größe-  
 rem Maß für die Fallstudien.

Den Bogen zu andern Formen  
 der Psychotherapie schließt der  
 folgende Abschnitt, während  
 die beiden letzten Artikel daran  
 erinnern, dass es bei der thera-  
 peutischen Arbeit neben den  
 praktisch-methodologischen  
 oder wissenschaftlich-theoreti-  
 schen Fragen auch um die Re-  
 flexion von Menschenbildern  
 und die Bezugnahme zu exis-  
 tenziellen Fragen des Mensch-  
 seins geht.

Wer Freude daran hat, zu Bli-  
 cken über den eigenen Teller-  
 rand hinaus inspiriert zu wer-  
 den oder wer übergreifende  
 Orientierung sucht im weiten  
 Feld körperpsychotherapeuti-  
 schen Forschens und Arbeitens  
 und sich an der modernen Dis-  
 kussion um die Entwicklung der  
 Psychotherapie im Allgemeinen  
 und der Körperpsychotherapie  
 im Besonderen beteiligen  
 möchte, der trifft mit diesem  
 Handbuch eine gute Wahl!

*Dipl.-Psych.*  
**Anne Fischer (PP)**

An der Alster 15  
 20099 Hamburg  
 anne.fischer.hh@web.de

## Aus- und Weiterbildung in Gruppenanalyse

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

### LeiterInnen der Selbsterfahrung:

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

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

Interessierte können an einem Einführungsworkshop  
 am 2./3. September 2006 teilnehmen.

Weitere Informationen und Anmeldungen bei:

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



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



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

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

### EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

30.03.-01.04. + 20.05.06	<b>Bad Mergentheim</b>
18.-20.05.06 + 09.06.06	<b>Köln</b>
26.-28.05.06 + 01.07.06	<b>Bad Segeberg/Hamburg</b>
15.-17.06.06 + 08.07.06	<b>Stuttgart</b>
29.06.-01.07. + 22.09.06	<b>Nürnberg</b>
31.08.-02.09. + 09.11.06	<b>Erfurt</b>
15.-17.09.06 + 28.10.06	<b>Berlin</b>
29.09.-01.10. + 25.11.06	<b>Königsutter</b>
13.-15.10.06 + 26.11.06	<b>München</b>
03.-05.11.06 + 01.12.06	<b>Greifswald</b>
16.-18.11.06 + 12.01.07	<b>Köln</b>
16.-18.11.06 + Jan.2007	<b>Bremen</b>

### Info und Anmeldung:

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

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

## EMDR-Institut Deutschland

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



# Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

## Klares Votum für Muster-Weiterbildungsordnung

### 8. Deutscher Psychotherapeutentag am 13. Mai 2006 in Frankfurt am Main

Am 13. Mai 2006 fand in Frankfurt am Main der 8. Deutsche Psychotherapeutentag statt. Die Hauptthemen waren die Verabschiedung einer Muster-Weiterbildungsordnung, die Anpassung der Psychotherapie-richtlinien und das einstimmige Votum für den Master als Zugangsqualifikation zur Psychotherapieausbildung.

#### Muster-Weiterbildungsordnung

Mit großer Mehrheit verabschiedeten die Delegierten des 8. DPT die Vorlage zu einer Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Gleichzeitig votierten sie für die „Klinische Neuropsychologie“ als erste mögliche Zusatzqualifikation.



*Die Mitglieder der Weiterbildungskommission (v.l.n.r.): Dr. Walter Ströhm (PtK Nordrhein-Westfalen); Ulrich Wirth (PtK Hamburg); Uta Cramer-Düncher (PtK Hessen); Prof. Dr. Dietmar Schulte; Martin Klett (PtK Baden-Württemberg)*

Vor der Verabschiedung führte der 8. DPT eine intensive Debatte über das Pro und Contra einer MWBO. Die Skeptiker formulierten die Sorge, dass eine MWBO zur Abwertung von Aus- und Fortbildung und mittelfristig zu einer Einschränkung des Tätigkeitsspektrums führe. Die Befürworter

hielten dagegen eine Entwertung von Aus- und Fortbildung nur dann für möglich, wenn mit dem Abschluss einer Weiterbildung eine Qualifikation bescheinigt werde, die bereits im Rahmen der Ausbildung vermittelt wurde oder im Wege der Fortbildung erwerbbar sei. Da jedoch die Profession selbst über ihre Weiterbildungsregelungen befände, sei dieses Risiko durch die Profession selbst kontrollierbar. Weiterbildung solle und könne es nur geben für Versorgungsfelder, die im Rahmen der Ausbildung nicht vermittelt werden, die aber eine spezifische Qualifikation erfordern und für die es nachweisbar einen Versorgungsbedarf gebe.

Breiten Raum nahm die Befürchtung ein, dass das Tätigkeitsspektrum der Psychotherapie eingegrenzt oder aufgeteilt werden könne. Dies könnte dann der Fall sein, wenn über eine Weiterbildung Qualifikationen für ganze psychotherapeutische Gebiete oder Teilgebiete erlangt werden könnten, die letztendlich einem Fachpsychotherapeuten den Weg ebneten. Dies liefere der Grundüberzeugung der Psychotherapeuten entgegen, dass Psychotherapie ein genuin ganzheitlicher Ansatz ist. Monika Konitzer, Vizepräsidentin der BPTK, machte darauf aufmerksam, dass die MWBO nur zu einer Regelung führe, die es erlaube, neben der Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut/in“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in“ eine zusätzliche qualifizierende Bezeichnung zu führen. Eine Beschränkung für Berufsangehörige, die nicht über diese Weiterbildung verfügen, entstehe daraus jedoch nicht. Niemand wolle eine Untergliederung der Psychotherapie in einzelne Fachgebiete.

Hauptargument für eine MWBO war die Neuropsychologie. Viele Redner betonten,

dass die MWBO ein wichtiger Schritt sei, um die Neuropsychologie als psychotherapeutische Behandlungsmethode zu definieren. Dies läge nicht nur im Interesse der Psychotherapeuten, sondern insbesondere im Interesse der Patienten mit hirnganorgisch bedingten psychischen Störungen. Diese schwerstkranken Patienten hätten ein Anrecht auf eine qualifizierte Versorgung. Handlungsbedarf bestehe, da der Gemeinsame Bundesausschuss die Neuropsychologie als Heilmittel diskutiere. Damit würde die Behandlung auf ein reines Training herabgestuft, das durch Ergotherapeuten erbracht werde. Eine solche Entwicklung wäre aber mit empfindlichen Qualitätseinbußen bei der Versorgung von schwerstkranken Patienten verbunden.

#### Anpassung der Psychotherapierichtlinien

Im Bericht des Vorstandes beschrieb Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, die Beratung der neuen Psychotherapierichtlinien als einen Kernbereich der Vorstandsarbeit im zurückliegenden halben Jahr. Der G-BA hatte im Januar angekündigt, die Psychotherapierichtlinien an die Weiterentwicklung des SGB V und insbesondere an die verabschiedete Verfahrensordnung anzupassen. Der G-BA hatte für die Abgabe einer Stellungnahme sehr enge Fristen gesetzt und Vertraulichkeit für seine Beschlussempfehlung verordnet.

Der BPTK ging es darum, einerseits den wissenschaftlichen Sachverstand ausreichend differenziert heranzuziehen. Andererseits war es das Ziel, unter Beachtung des Postulats der Vertraulichkeit die professionsspezifische Perspektive im Dialog zu entwickeln, zu bündeln und in den



Beratungsprozess einzubringen. Das Ergebnis der Arbeit einer Expertenkommission, intensive Gespräche mit den Landeskammern, den Berufs- und Fachverbänden und die Diskussion auf dem Symposium der BPTK zur Anpassung der Psychotherapie-richtlinien am 3. April hatten zu einem klaren Zielkatalog geführt, an den sich der Vorstand bei der Stellungnahme orientieren konnte.



*Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der BPTK, berichtet zur Arbeit des Vorstands*

Psychotherapie ist als ganzheitlicher Ansatz zu erhalten. Psychotherapeuten lehnen eine indikations- oder störungsspezifische sozialrechtliche Zulassung von Psychotherapieverfahren einhellig ab. Ziel einer Anpassung der Psychotherapie-richtlinien sollte es sein, den Transfer neuer Ergebnisse der Psychotherapieforschung in die Versorgung zu erleichtern und zu ermöglichen. Der Grundsatz, Berufsrecht folgt Sozialrecht, muss auch hier angewendet werden.

In ihrer Stellungnahme an den G-BA konzentrierte sich die BPTK deshalb auf vier inhaltliche Schwerpunkte:

- eine Beschreibung von Anwendungsbereichen, die für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche unterschiedlich sind,
- eine angemessene Operationalisierung des Kriteriums der Versorgungsrelevanz, die nicht allein an den bevölkerungs-epidemiologischen Daten orientiert ist,
- die ergänzende Aufnahme der bisherigen Anwendungsbereiche der Psychotherapie, die in der medizinischen Re-

habilitation definiert sind, in den Bereich der Kuration sowie

- die Beachtung des Grundsatzes, dass Sozialrecht dem Berufsrecht folgt.

Als kritische Stimmen meldeten sich Frau Anni Michelmann und Herr Karl-Otto Hentze zu Wort. Sie hätten sich eine auf die rechtlichen Grundprobleme konzentrierte Stellungnahme gewünscht und insgesamt ein deutlicheres Wort der BPTK zu dem aus ihrer Sicht problematischen Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses. Andere Delegierte, z. B. Herr Jochen Weidhaas (Mitglied des Unterausschusses Psychotherapie), betonten demgegenüber, dass die Strategie einer selbstbewussten, fachlich-inhaltlichen Positionierung der BPTK erfolgreich sei.

Letztlich bestätigten die Delegierten des 8. DPT die für die Stellungnahme handlungsleitenden Ziele. Der Vorstand erhielt großen Zuspruch für sein Engagement, trotz des Postulats der Vertraulichkeit und der engen Fristen einen konstruktiven Diskurs innerhalb der Profession und mit der Wissenschaft zu organisieren.

### **Master als Zugangsqualifikation zur Psychotherapeutenausbildung**

Prof. Richter berichtete über die vielfältigen Bemühungen der BPTK auf Bundesebene, den Master-Abschluss zur Grundlage der Psychotherapeutenausbildung zu machen und dafür eindeutige Klarstellungen zu erreichen. Für die Gesundheitspolitik auf Bundes- und Landesebene lägen bereits eindeutige Voten vor, wie bei der Begrüßung der Delegierten zum 8. DPT durch Gerd Krämer, Staatssekretär des Hessischen Sozialministeriums, noch einmal unterstrichen wurde. In den Reihen der Kultusministerkonferenz seien allerdings noch Stimmen zu hören, die bei pädagogischen Grundberufen einen Bachelor-Abschluss für akzeptabel halten und einen entsprechenden Abschluss auch als Zugangsqualifikation für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten befürworten.

Prof. Richter unterstrich, dass Psychotherapie für Kinder keine „kleine“ Psychotherapie sei, die geringere Anforderungen an

die Qualifikation stelle als Psychotherapie für Erwachsene. Es gehe darum, gerade den Kultusbereich dafür zu sensibilisieren, dass die qualitätsgesicherte Versorgung von Kindern und Jugendlichen, genauso wie die von Erwachsenen, die Rezeption einer dynamischen Wissenschafts- und Fachdisziplin notwendige mache. Hierzu qualifiziere ausschließlich der Master-Abschluss.

Die Delegierten des 8. DPT unterstützten den Vorstand in diesem Bemühen. Sie forderten die Gesundheits- und Hochschulpolitiker auf Bundes- und Landesebene auf, sich für einen Master-Abschluss als bundesweit einheitliche Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einzusetzen. Gerade Kinder brauchten besonderen Schutz und verdienten kompromissloses Engagement für eine bestmögliche Gesundheitsversorgung.

### **Vertragsarztrechtsänderungsgesetz**

Prof. Richter ging kurz auf die zentralen Aspekte des Referentenentwurfs zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ein. Er unterstrich insbesondere die Notwendigkeit, die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zu verbessern, für die es nicht genügend Behandlungsplätze gäbe. BPTK-Vorstandsmitglied Peter Lehndorfer berichtete über die unterschiedlichen Initiativen, die die BPTK im letzten halben Jahr ergriffen hat, um die Politik, Krankenkassen und die KBV für dieses Problem zu sensibilisieren. Der 8. DPT verabschiedete eine Resolution, die den Vorstand in dieser Arbeit unterstützt. In der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher gebe es gravierende Versorgungslücken. Lange Wartelisten und Therapien, die zu spät kommen, führten dazu, dass Kinder chronische psychische Erkrankungen entwickeln und massive Beeinträchtigungen in ihrer schulischen Entwicklung erleiden und vermeidbare stationäre Behandlungen und Maßnahmen erforderlich werden. Das alles seien seit Langem bekannte Notlagen, für die dringend eine Lösung gefunden werden müsse. Der 8. DPT forderte in seiner einhellig verabschiedeten Resolution, für Kinder- und Jugendlichenpsycho-

therapie eine Mindestquote von 20 Prozent in der Bedarfsplanung vorzusehen. Die im Referentenentwurf angedachten Lösungskonzepte reichten nicht aus, um dieses Problem zu lösen.

### Finanzen – Entlastung des Vorstandes



*Hermann Schürmann berichtet über den Jahresabschluss 2005*

BPTK-Vorstandsmitglied Hermann Schürmann berichtete den Delegierten über den Jahresabschluss 2005. Die Vermögensstruktur der BPTK sei nach der vorliegenden Bilanz insgesamt positiv. Die Betriebsmittelrücklage liege Ende 2005 über der Sollvorgabe. Rainer Ulrich bestätigte als Vorsitzender des Finanzausschusses diese Einschätzung zur Haushaltslage der BPTK. Er informierte die Delegierten über die Forderung des Finanzausschusses, künftig auf der Basis einer vom Vorstand vorzulegenden mittelfristigen Finanzplanung über die personellen und finanziellen Ressourcen diskutieren zu können. Die Entlastung des Vorstandes zum Haushaltsjahr 2005 war einstimmig.

### BPTK-Satzungsänderung

Der 8. DPT diskutierte die von der Satzungskommission vorgelegten Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Satzung der Bundespsychotherapeutenkammer. Hans Bauer, BPTK-Vizepräsident und Mitglied der Satzungskommission, erläuterte Vorschläge, die Aufgabenbereiche und Fristen für die Versammlungsleitung und den Vorstand sowie in den Länderrat zu entsendende Vertreter der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten neu zu regeln.

Diese Anträge wurden von den Delegierten gebilligt. Auch zum Finanzausschuss und zu einzelnen Haushaltsfragen wurden Klar-

stellungen, die die Satzungskommission bzw. der Finanzausschuss vorgeschlagen hatte, verabschiedet. Vertagt wurden die von der Satzungskommission entwickelten Neuregelungen zu den Kompetenzen des Länderrates, zur verstärkten Einbeziehung der Ausschüsse und Kommissionen der BPTK in die Vorstandsarbeit und Stärkung der Vertretung von Psychotherapeuten in Ausbildung auf Landes- und Bundesebene.

### Nachwahl für ein Mitglied des PTI-Ausschusses

Für den PTI-Ausschuss wurde die Nachwahl eines Mitglieds notwendig, da Gabi Derichs ihre Mitarbeit aus persönlichen Gründen beenden musste. Der Vorstand und die Delegierten dankten Frau Derichs für ihre Arbeit und wählten, um für den PTI-Ausschuss die spezifische Qualifikation einer Psychotherapeutin, die im Bereich der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen arbeitet, zu erhalten, Andrea Küther zur Nachfolgerin.

### Resolutionen

Neben den Resolutionen zur Anpassung der Psychotherapierichtlinien, zur Neuropsychologie, zur Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und zum Master-Abschluss als Zugangsvoraussetzung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verabschiedete der 8. DPT eine Resolution zur Stärkung der Drogenprävention im Kindes- und Jugendalter und zur Gesprächspsychotherapie.



*Die Delegierten stimmen ab*

Die Texte der Resolutionen können Sie von der BPTK-Homepage herunterladen.

## Anpassung der Psychotherapierichtlinien und evidenzbasierte Psychotherapie

### Prof. Dr. Rainer Richter

Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

### Timo Harfst

Wissenschaftlicher Referent der Bundespsychotherapeutenkammer

Anfang des Jahres wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine Anpassung der Psychotherapie-Richtlinien an die seit Oktober 2005 gültige Verfahrensordnung angekündigt. Wie von Seiten des G-BA betont wird, bestehe für die Psychotherapie-Richtlinien wegen der Beratungen zur Gesprächspsychotherapie unmittelbarer Handlungsbedarf, da die bisher gültigen Regelungen im Abschnitt B I. 3.1 bis 3.4 und die Definition der Anwendungsbereiche der Psychotherapie in Abschnitt D nicht mehr kompatibel seien mit dem in der Verfahrensordnung geregelten Bewertungsverfahren (Health Technology

Assessment – HTA) für neue Behandlungsmethoden.

In der Tat sind insbesondere die bislang noch gültigen Kriterien 3.2 (Nachweis der erfolgreichen Anwendung in der ambulanten Versorgung über mindestens 10 Jahre durch wissenschaftliche Überprüfung), 3.3. (Definition und Abgrenzung des Verfahrens von bereits angewandten und bewährten psychotherapeutischen Methoden, so dass dessen Einführung eine Erweiterung oder Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung bedeutet) und 3.4 (Nachweis von Weiterbildungseinrichtungen für Ärzte sowie Ausbil-

dungsstätten für PP und KJP mit methodenbezogenem Curriculum) nicht unproblematisch und könnten die rasche Integration neuer psychotherapeutischer Verfahren in die Versorgung behindern bzw. haben dies in der Vergangenheit bereits getan.

### **Verfahrensordnung des G-BA**

Letztlich handelt es sich bei der anstehenden Anpassung der Psychotherapie-Richtlinien um einen Spät-Ausläufer einer Entwicklung im Gesundheitswesen, die über mehrere Gesundheitsreformen und die entsprechenden Änderungen im SGB V vollzogen wurde und die in der Verfahrensordnung des G-BA ihre jüngste Konkretisierung erfahren hat. Wie in vielen anderen westlichen Gesundheitssystemen werden auch in Deutschland die Methoden der evidenzbasierten Medizin auf der Systemebene für eine Weiterentwicklung des Leistungskatalogs (der GKV) genutzt (evidence based health care). Die Psychotherapie ist hiervon nicht ausgenommen und der Unterausschuss Psychotherapie hatte bereits frühzeitig der Anwendung der Verfahrensordnung auch auf den Bereich der Psychotherapie zugestimmt. So werden in § 8 der Verfahrensordnung des G-BA bei der Definition des Geltungsbereichs des Bewertungsverfahrens explizit Methoden im Sinne von Behandlungsformen nach Teil B I der Psychotherapie-Richtlinien genannt. Für die Psychotherapie geht es daher derzeit nicht um die grundsätzliche Frage, ob die Verfahrensordnung und damit das HTA-Verfahren bei der Bewertung neuer psychotherapeutischer Verfahren und Methoden Anwendung findet, sondern ob und wie dieses Verfahren dem Gegenstand der Psychotherapie angemessen ausgestaltet werden kann. Der andere zentrale Punkt betrifft die Frage, wie die Ergebnisse eines HTA-Verfahrens in die Psychotherapie-Richtlinien überführt werden. Auch weil sich national wie international die Wirksamkeitsforschung zur Psychotherapie störungsbezogen entwickelt hat, erscheint bei allen berechtigten Bedenken der Ansatz eines störungs-(gruppen)bezogenen Bewertungsverfahrens derzeit alternativlos.

### **Keine indikationsbezogene Zulassung**

Aufgrund der Komplexität psychischer Störungen, der regelhaften psychischen

Komorbidität und des genuin ganzheitlichen Ansatzes der Psychotherapie darf die Struktur des Bewertungsverfahrens jedoch nicht zu einer störungsbezogenen Zulassung von Verfahren oder Psychotherapeuten führen. In diesem Sinne hat sich der 8. Deutsche Psychotherapeutentag in seiner Resolution zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinien (siehe Kasten) einstimmig gegen eine indikationsbezogene Zulassung ausgesprochen. Das Symposium der BPTK am 3. April 2006 machte deutlich, dass diese Forderung von einer breiten Fachöffentlichkeit mitgetragen wird. Auch der Vorsitzende des G-BA, Dr. Rainer Hess, bekräftigte auf dem Symposium der BPTK, dass dies auch auf Seiten des Gemeinsamen Bundesausschusses so gesehen werde.

### **Wirksamkeitsnachweis in Anwendungsbereichen versus Indikationsstellung**

Grundsätzlich kann die Beurteilung der Wirksamkeit einer Behandlungsmethode für einen Anwendungsbereich nicht gleichbedeutend sein mit einer Aussage über die Indikation, auch nicht über die Indikationsbreite eines Verfahrens. Dies betrifft sowohl eine gegebenenfalls störungsspezifische wie eine individuelle Indikation (Esser et al., 2006). Für Indikationsentscheidungen in der klinischen Praxis sind vielmehr heranzuziehen:

- Schweregrad der psychischen Erkrankung und der Funktionsbeeinträchtigungen
- Veränderungsbereitschaft bzw. Therapiemotivation des Patienten
- Aufnahmebereitschaft des Patienten für bestimmte psychotherapeutische Ansätze inkl. Patientenpräferenzen
- Qualität und Prognose der Therapeut-Patient-Beziehung und schließlich
- Die individuelle klinische Expertise des behandelnden Psychotherapeuten

Diese verschiedenen Aspekte der Indikationsstellung, deren Relevanz für den Behandlungserfolg empirisch belegt ist, sind gegebenenfalls zu ergänzen. In dem Beitrag von Inge Frohburg in diesem Heft, der zu einer Diskussion anregen soll, sind diese ausführlicher dargelegt.

### **Bewertungsverfahren der Psychotherapie angemessen ausgestalten**

Bei der Anpassung des Bewertungsverfahrens an den Gegenstand Psychotherapie geht es u. a. darum, dass die methodischen Standards aus der Pharmaforschung nicht eins zu eins übertragen werden können. Es ist eine Trivialität, dass für randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) in der Psychotherapieforschung das Studienmerkmal der doppelten Verblindung nicht umsetzbar ist und von niemandem ernstlich gefordert werden kann. Welche weiteren Anpassungen für die Psychotherapie erforderlich sind und welche Studiengrundlagen für eine sachgerechte Bewertung von Therapiemethoden heranzuziehen sind, wurde auf dem Symposium der BPTK zur evidenzbasierten Psychotherapie im April 2005 ausführlich thematisiert. An dieser Stelle können in einem ersten Schritt nur einige zentrale Aspekte beleuchtet werden.

### **Efficacy versus Effectiveness**

Im Zentrum der Kritik an den gängigen HTA-Verfahren steht die nahezu ausnahmslose Orientierung an Evidenzstufen, die je nach Studienlage dazu führen kann, dass in vielen Fällen ausschließlich RCT zur Bewertung von Therapiemethoden herangezogen werden. Methodische Probleme, die Ergebnisse von Studien unterschiedlicher Designs (Evidenzstufen) miteinander zu verknüpfen, führen nicht selten zu einer solchen, häufig unsachgemäßen Beschränkung der Studiengrundlagen. Die starke Fokussierung auf Evidenzstufen bei der Bewertung von Therapiemethoden lässt häufig übersehen, dass es sich hierbei zunächst nur um eine Rangreihe hinsichtlich des Designs und nicht der Aussagekraft von Studien handelt. Entscheidend für die Aussagekraft von Studien ist letztlich, mit welchem potentiellen Bias eine Studie verknüpft ist und inwieweit eine Generalisierung der Studienergebnisse auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung – in Deutschland – möglich ist bzw. gerechtfertigt erscheint. Es wird allenthalben davon ausgegangen, dass vergleichende Studien und RCT im Besonderen (efficacy-studies) bei der Bewertung von Therapiemethoden und der Prüfung von Kausalbeziehungen unverzichtbar seien, diese jedoch durch



Studien aus der Versorgungsforschung (effectiveness-studies, naturalistische Studien) ergänzt werden könnten oder müssten. Wie aber soll die Wirksamkeit beurteilt werden, wenn efficacy und effectiveness nicht übereinstimmen? Welche soll dann als bedeutsamer bewertet werden? Hierzu gibt es bislang keine konsentierten Entscheidungskriterien weder unter Psychotherapieforschern noch zwischen Kostenträgern und Praktikern. Horst Kächele schlägt hierzu in seinem Beitrag in diesem Heft ein Stufenmodell der Psychotherapieforschung vor, welches eine prozesshafte Abfolge von Pilotstudien über RCT bis hin zu Erprobungen unter realen Praxisbedingungen vorsieht.

### **Vor- und Nachteile von RCT**

RCT haben dabei bestimmte Vorzüge (in der Regel höhere interne Validität), sind aber oftmals mit substanziellen Einschränkungen der externen Validität verbunden (Shadish, Matt, Navarro & Phillips, 2000). Strenge Ein- und Ausschlusskriterien von RCT-Studien können dazu führen, dass Patienten mit typischen Mustern psychischer Komorbidität ausgeschlossen werden und sich so die Aussagekraft einer Studie letztlich auf die Wirksamkeit einer Behandlungsmethode bei (seltenen) monomorbidem Patienten reduziert. Weiterhin schränken hochstandardisierte, manualisierte Therapien in RCT die Flexibilität des therapeutischen Vorgehens zeitlich wie inhaltlich stark ein und entsprechen nicht der Versorgungspraxis. Auch Patientenpräferenzen bleiben in RCT häufig unberücksichtigt und können die Versorgungsrealität nicht adäquat abbilden.

### **Komparative Wirksamkeitsstudien**

Einen Spezialfall stellen in diesem Zusammenhang die komparativen Wirksamkeitsstudien dar. Gerade hier wäre die Berücksichtigung von Patientenpräferenzen von großer Bedeutung. Vielen komparativen Studien mangelt es darüber hinaus an der erforderlichen statistischen Power, um Aussagen zur Über- bzw. Unterlegenheit bestimmter Therapiemethoden machen zu können. Entsprechend spärlich ist die bisherige Befundlage (Wampold et al., 1997). Ob dies überhaupt das zentrale Thema der

Psychotherapieforschung sein sollte, kann vor dem Hintergrund der überragenden Bedeutung der common factors in Frage gestellt werden (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Ganz abgesehen von der grundsätzlichen Problematik einer fehlenden Kontrolle der so genannten „therapeutic allegiance“ der beteiligten Forscher, werden Studien, die lediglich auf einer allgemeinen Ebene Aussagen zur relativen Wirksamkeit von Verfahren erlauben, dem einzelnen Therapeuten bei der Behandlung des individuellen Patienten wenig handlungsleitende Informationen liefern können (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004).

### **Empirically Supported Treatments**

Bewertungsverfahren, die sich nahezu ausschließlich auf die Befunde aus RCT stützen, wie zum Beispiel das Konzept der Empirically Supported Treatments (EST) der division 12 der APA (Chambless & Ollendick, 2001), wurden aus den genannten Gründen vielfach kritisiert, nicht zuletzt auch wegen der dichotomen Entscheidungsregeln und der problematischen Rezeption durch Kostenträger (Revenstorf, 2005; Wampold, 2001; Westen et al., 2004). Zugleich lassen sich Weiterentwicklungen des RCT-Studiendesigns aufzeigen, die mit einem Zuwachs an externer Validität verbunden sein dürften (Crits-Christoph, Wilson & Hollon, 2005; Haaga, 2004; Weisz, Weersing & Henggeler, 2005). So deutet eine aktuelle Studie von Stirman et al. (2005) darauf hin, dass RCT zunehmend an repräsentativen, komorbiden Patientenstichproben durchgeführt werden. Um auch die Relevanz von Patientenpräferenzen berücksichtigen zu können, wurde in jüngster Zeit das Patienten-Präferenz-RCT-Design entwickelt und in der Primärversorgung angewendet (Ward et al., 2000). Komplexe und damit auch teure Studiendesigns, die in der normalen Versorgungspraxis, z. B. Ambulanzen, implementiert werden, können die Aussagekraft von RCT erheblich steigern.

### **Versorgungsforschung unverzichtbar**

Insgesamt werden zukünftig jedoch mehr denn je Studien der Versorgungsforschung für den Nachweis der Wirksamkeit unter (na-

turalistischen) Praxisbedingungen unverzichtbar sein. In diesem Zusammenhang sind auch die Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgefordert, sich für eine adäquate Vergabe der Forschungsmittel einzusetzen, so dass die vom G-BA geforderten Nachweise der Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungsmethoden auch erbracht werden können.

### **Evidenzbasierte Praxis**

In der amerikanischen Debatte zur evidenzbasierten Psychotherapie wurde letzthin eine Verbreiterung der Perspektive hin zum Konzept der „Evidenz-basierten Praxis“ vorgeschlagen, die vom einzelnen Patienten ausgehend für die Berücksichtigung eines breiten Spektrums an Forschungsbefunden plädiert und dabei die Rolle der klinischen Expertise bei Behandlungsentscheidungen im Kontext von Präferenzen sowie kulturellen und persönlichen Merkmalen des Patienten in den Blick nimmt (APA 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based-Practice, 2005). In dem „Final Report“ der Task Force wird die Evidenzbasierte Praxis in der Psychologie in Anlehnung an die Definition des Institute of Medicine definiert. „Evidence based practice in psychology (EBPP) is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences.“

### **Qualitative Forschung stärken**

Trotz des allgegenwärtigen Fokus auf die quantitative Wirksamkeitsforschung sollten die Potentiale der qualitativen Methoden in der Psychotherapieforschung stärker genutzt werden. Insbesondere zur Generierung von relevanten Fragestellungen, zur Interpretation quantitativer Forschungsergebnisse (gerade auch im Rahmen eines HTA-Verfahrens) oder zur Verbesserung unseres Verständnisses von Krankheits- und Heilungsprozessen auf der Mikroebene sind hermeneutische Verfahren unverzichtbar (Schmacke, 2006). Denn bei aller Relevanz der statistischen Methodik lässt sich die Wirksamkeit der Psychotherapie mit Zahlen allein nicht begreifen.

### **Literatur**

APA 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based-Practice (2005). Report

- of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based-Practice: American Psychological Association.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Crits-Christoph, P., Wilson, G. T. & Hollon, S. D. (2005). Empirically supported psychotherapies: comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*, 131, 412-417, discussion 427-433.
- Esser, G., Freyberger, H. J., Hoffmann, S. O., Hoyer, J., Richter, R. & Harfst, T. (in Druck). Anpassung der Psychotherapie-Richtlinien zur Zulassung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden. Vorschläge der Expertenkommission der Bundespsychotherapeutenkammer. Erscheint in *Psychodynamische Psychotherapie*.
- Haaga, D. A. (2004). A healthy dose of criticism for randomized trials: comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*, 130, 674-676; author reply 677-683.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy and process-outcome research: continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed., Bd. 8, S. 307-390). New York: John Wiley.
- Revenstorf, D. (2005). Das Kuckucksei. Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 10(1), 22-31.
- Schmacke, N. (2006). Evidenzbasierte Medizin und Psychotherapie: die Frage nach den angemessenen Erkenntnismethoden. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 56, 202-209.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions – a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Stirman, S. W., Derubeis, R. J., Crits-Christoph, P. & Rothman, A. (2005). Can the randomized controlled trial literature generalize to nonrandomized patients? *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 73, 127-135.
- Wampold, B. E. (2001). The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings. Mahwah: Erlbaum.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes". *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.
- Ward, E., King, M., Lloyd, M., Bower, P., Sibbald, B., Farrelly, S. et al. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 321, 1383-1388.
- Weisz, J. R., Weersing, V. R. & Henggeler, S. W. (2005). Jousting with straw men: comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*, 131, 418-426, discussion 427-433.
- Westen, D., Novotny, C. M. & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.

## Resolution

### Anpassung der Psychotherapie-Richtlinien

Die Delegierten des 8. Deutschen Psychotherapeutentages fordern den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, bei der Anpassung der Psychotherapie-Richtlinien folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen in der ambulanten Versorgung auf komplexe, durch Komorbiditäten gekennzeichnete psychische Erkrankungen angemessen reagieren können. Indikationsbezogene Zulassungen entsprechen nicht der Versorgungsrealität. Psychotherapie ist ein genuin ganzheitlicher Ansatz.
- Über die seit 30 Jahren bewährten Richtlinienverfahren hinaus hat die Psychotherapieforschung die Wirksamkeit weiterer psychotherapeutischer Behandlungsformen belegt. Der Trans-

fer dieser Ergebnisse in die Versorgung der GKV-Versicherten muss zeitnah und konsequent erfolgen, um auch psychisch Kranke an der medizinischen Entwicklung teilhaben zu lassen

- Der Gemeinsame Bundesausschuss bzw. seine Trägerorganisationen fordern differenzierte, wissenschaftliche Forschungsergebnisse als Basis ihrer Entscheidungen. Sie stehen damit auch in der Verantwortung, solche Forschung zu ermöglichen und zu fördern. Ergänzend zu kontrollierten Wirksamkeitsstudien (efficacy) bedarf es einer Stärkung der Versorgungsforschung und einer stärkeren Gewichtung der Ergebnisse naturalistischer Studien (effectiveness). Entsprechend müssen die wissenschaftlichen Standards des Bewertungsverfahrens weiterentwickelt und dem Gegenstand der Psychotherapie angepasst

werden. Diese müssen den besonderen Wirkprinzipien einer psychotherapeutischen Behandlung, die ausnahmslos durch eine je eigene zwischenmenschliche Beziehung charakterisiert ist, angemessen sein und sich somit auch an der qualitativen Forschung orientieren.

Die Delegierten des 8. Deutschen Psychotherapeutentages fordern den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, eine Anpassung der Psychotherapie-Richtlinien in diesem Sinne vorzunehmen und sich dabei sowohl des wissenschaftlichen wie des professionsspezifischen Sachverständes zu versichern. Hierbei ist eine ausreichende Transparenz sicherzustellen, die einen breiten Diskurs in der psychotherapeutischen Fachöffentlichkeit gewährleistet.

## Muster-Weiterbildungsordnung

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

in der Fassung der Beschlüsse des 8. Deutschen Psychotherapeutentages  
in Frankfurt am Main am 13. Mai 2006

#### Abschnitt A: Paragrafenteil

##### § 1 Ziel und Struktur

(1) Die Psychotherapie stellt einen einheitlichen Tätigkeitsbereich dar. Mit der Approbation erlangen Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten<sup>1</sup> die Erlaubnis, uneingeschränkt auf dem Gebiet der Psychotherapie tätig zu werden. Weiterbildung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne dieser Ordnung führt zu Zusatzbezeichnungen in Bereichen, auf die sich der weitergebildete Psychotherapeut grundsätzlich nicht beschränken muss und die Psychotherapeuten ohne Zusatzbezeichnung nicht von einer Tätigkeit in diesem Kompetenzfeld ausschließen.

(2) Ziel der Weiterbildung ist der geregelte Erwerb eingehender und besonderer Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für definierte psychotherapeutische Tätigkeiten nach Abschluss der Berufsausbildung.

(3) Die Weiterbildung erfolgt im Rahmen praktischer Berufstätigkeit und theoretischer Unterweisung unter Anleitung zur Weiterbildung befugter Psychotherapeuten.

(4) Durch den erfolgreichen Abschluss der Weiterbildung in Bereichen werden eingehende und besondere Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten nachgewiesen, welche zur Ankündigung einer speziellen psychotherapeutischen Tätigkeit durch Führen einer Zusatzbezeichnung in einem Bereich nach Maßgabe dieser Weiterbildungsordnung berechtigen.

##### § 2 Bereiche

Ein Bereich ist ein psychotherapeutisches Anwendungsfeld, für das mindestens die folgenden vier Voraussetzungen erfüllt sein müssen.

- Es besteht nachweislich epidemiologischer Studien für dieses Anwendungsfeld ein erheblicher Behandlungsbedarf.
- Es liegen in bedeutendem Umfang (neue) wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen zur Diagnostik und Behandlung von Störungen dieses Anwendungsfeldes vor.
- Die Diagnostik und Behandlung von Störungen dieses Anwendungsfeldes erfordern umfassende, spezifische Kenntnisse und Erfahrungen, die über das in der Ausbildung erworbene Ausmaß deutlich hinausgehen.
- Es handelt sich um ein Anwendungsfeld, das außerhalb des Diagnosespektrums der Kapitel F1 bis F9 des ICD-10 liegt. Spezialisierungen auf einzelne psychische Störungen stellen keinen Bereich für eine Weiterbildung dar.

##### § 3 Art, Inhalt, Dauer und zeitlicher Ablauf der Weiterbildung

(1) Mit der Weiterbildung kann erst nach Erteilung der Approbation oder Erteilung der Erlaubnis zur

Ausübung des Berufs eines Psychologischen Psychotherapeuten oder eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten begonnen werden.

(2) Die Weiterbildung muss gründlich und umfassend sein. Sie umfasst insbesondere den Erwerb besonderer Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Vorbeugung, Verhütung, Erkennung und Behandlung von Störungen mit Krankheitswert, einschließlich der Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Umwelt, die Begutachtung, die notwendigen Maßnahmen der Rehabilitation und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

(3) Dauer, Struktur und Inhalt der Weiterbildung regelt Abschnitt B dieser Weiterbildungsordnung. Die dort angegebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte dürfen nicht unterschritten werden. Eine Unterbrechung der Weiterbildung in Folge von Krankheit, Schwangerschaft, Sonderurlaub, Wehr- und Zivildienst und Ähnlichem kann grundsätzlich nicht auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden, es sei denn, die Unterbrechung dauerte weniger als sechs Wochen im Jahr.

(4) Die Weiterbildung kann sowohl in Vollzeit als auch in Teilzeit oder berufsbegleitend durchgeführt werden. Das Nähere regelt Abschnitt B dieser Weiterbildungsordnung.

(5) Durchführung von Patientenbehandlungen im Rahmen der Weiterbildung ist in eigener Praxis möglich, soweit das Weiterbildungsziel dadurch nicht gefährdet wird.

(6) Hat ein Psychotherapeut Tätigkeitszeiten und/oder Tätigkeitsinhalte während seiner Berufsausbildung nachgewiesen, die den Anforderungen dieser Weiterbildungsordnung genügen, so können diese auf die Weiterbildung angerechnet werden. Näheres regelt der Abschnitt B.

##### § 4 Abschluss der Weiterbildung, Qualifikation

Die Urkunde über eine erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung in einem Bereich bescheinigt die eingehenden und besonderen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, die Inhalt dieses Bereiches sind.

##### § 5 Führen von Zusatzbezeichnungen

Eine Zusatzbezeichnung in einem Bereich darf nur zusammen mit der Berufsbezeichnung „Psychologische Psychotherapeutin“/„Psychologischer Psychotherapeut“ oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin“/„Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ bzw. „Psychotherapeutin“/„Psychotherapeut“ geführt werden.

##### § 6 Befugnis und Anerkennung

(1) Die Weiterbildung in den Bereichen wird unter verantwortlicher Leitung der von der Kammer befugten Psychotherapeuten in anerkannten Weiterbildungsstätten durchgeführt.

(2) Als Weiterbildungsstätten kommen die nach § 6 PsychThG anerkannten Ausbildungsstätten, Einrichtungen der Hochschulen, Abteilungen von Krankenhäusern, Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen oder sonstige Einrichtungen oder Praxen in Betracht. Weiterbildungsstätten können für die im Abschnitt B unterschiedenen Teile der Weiterbildung anerkannt werden.

(3) Für die Anerkennung einer Weiterbildungsstätte ist maßgebend, inwieweit sie die im Abschnitt B gestellten zeitlichen, inhaltlichen, personellen und materiellen Anforderungen erfüllen kann. Veränderungen in Struktur und Größe der Weiterbildungsstätte sind von dem dort tätigen, zur Weiterbildung befugten Psychotherapeuten unverzüglich anzuzeigen.

(4) Für die Weiterbildung in einem Bereich können Kammermitglieder befugt werden, welche die entsprechende Zusatzbezeichnung selber führen, mindestens fünf Jahre in dem Bereich tätig waren sowie fachlich und persönlich geeignet sind. Bereichsspezifische Voraussetzungen werden in Abschnitt B festgelegt.

(5) Die Befugnis zur Weiterbildung ist auf sieben Jahre befristet. Sie wird auf Antrag verlängert, wenn die Voraussetzungen weiter bestehen und eine kontinuierliche Fortbildung in dem Bereich nachgewiesen wird.

(6) Der befugte Psychotherapeut ist verpflichtet, die Weiterbildung persönlich zu leiten sowie zeitlich und inhaltlich entsprechend dieser Weiterbildungsordnung zu gestalten. Wird die Befugnis mehreren Psychotherapeuten gemeinsam erteilt, so trifft die Verpflichtung nach Satz 1 jeden einzelnen.

(7) Die Befugnis wird auf Antrag erteilt. Der Antrag stellende Psychotherapeut hat den Bereich sowie die Weiterbildungsteile, für die die Befugnis beantragt wird, näher zu bezeichnen.

(8) Gleiches gilt für die Anerkennung als Weiterbildungsstätte. Dem Antrag der Weiterbildungsstätte auf Anerkennung ist ein gegliedertes und curricular aufgebautes Weiterbildungsprogramm für die Bereiche oder Weiterbildungsteile, für die die Anerkennung beantragt wird, beizufügen.

(9) Die Kammer führt ein Verzeichnis der zur Weiterbildung befugten Psychotherapeuten und der anerkannten Weiterbildungsstätten, aus dem der Umfang der Befugnis/Anerkennung ersichtlich ist.

##### § 7 Auflagen, Widerruf der Befugnis und Anerkennung

(1) Die Kammer kann die Befugnis oder Anerkennung mit den für eine ordnungsgemäße Weiterbildung erforderlichen Auflagen versehen.

1 In dieser Muster-Weiterbildungsordnung steht die Bezeichnung Psychotherapeut sowohl für Psychologische Psychotherapeuten als auch für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Soweit die männliche Form benutzt wird, gilt sie in gleicher Weise für weibliche Personen.



(2) Die Befugnis oder Anerkennung ist ganz oder teilweise zu widerrufen, wenn oder soweit ihre Voraussetzungen nicht gegeben waren oder nicht mehr gegeben sind, insbesondere,

- wenn ein Verhalten vorliegt, das die fachliche und/oder persönliche Eignung des Weiterbildungsbefugten ausschließt oder
- wenn Tatsachen vorliegen, aus denen sich ergibt, dass die in Abschnitt B dieser Weiterbildungsordnung an den Inhalt der Weiterbildung gestellten Anforderungen nicht oder nicht mehr erfüllt werden können.

(3) Die Befugnis zur Weiterbildung endet mit der Beendigung der Tätigkeit an der Weiterbildungsstätte oder mit deren Auflösung.

### § 8 Dokumentation und Evaluation

(1) Die einzelnen Weiterbildungsteile sind vom Teilnehmer schriftlich zu dokumentieren und von dem zur Weiterbildung Befugten zu bestätigen.

(2) Die Weiterbildungseinrichtung hat ihr Weiterbildungsangebot angemessen zu evaluieren. Die Dokumentations- und Evaluationsunterlagen sind der Kammer auf Verlangen zur Einsicht zu überlassen.

### § 9 Zeugnisse

(1) Der befugte Psychotherapeut hat den in Weiterbildung befindlichen Psychotherapeuten über die unter seiner Verantwortung abgeleistete Weiterbildungszeit spätestens drei Monate nach Beendigung der Weiterbildung ein Zeugnis auszustellen, das die erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten darlegt und zur Frage der fachlichen Eignung Stellung nimmt. Das Zeugnis muss im Einzelnen Angaben enthalten über:

- die Dauer der abgeleiteten Weiterbildungszeit, Unterbrechungen der Weiterbildung durch Krankheit, Schwangerschaft, Sonderurlaub, Wehr- und Zivildienst und Ähnliches
- die in dieser Weiterbildungszeit im Einzelnen vermittelten und erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, die erbrachten psychotherapeutischen Leistungen in Diagnostik und Therapie sowie die sonstigen vermittelten Kenntnisse.

(2) Auf Antrag der in Weiterbildung befindlichen Psychotherapeuten oder auf Anforderung durch die Kammer ist nach Ablauf je eines Weiterbildungsjahres ein Zwischenzeugnis auszustellen, das den Anforderungen des Abs. 1 entspricht.

### § 10 Anerkennung von Zusatzbezeichnungen

(1) Eine Zusatzbezeichnung nach § 2 darf unter Beachtung von § 5 führen, wer nach abgeschlossener Weiterbildung die Anerkennung durch die Kammer erhalten hat. Die Anerkennung erfolgt durch Ausstellung einer Urkunde über das Recht zum Führen der Zusatzbezeichnung. Dem Antrag auf Anerkennung sind alle während der Weiterbildung ausgestellten Zeugnisse und Nachweise beizufügen.

(2) Die Anerkennung einer Zusatzbezeichnung erfolgt aufgrund der vorgelegten Zeugnisse und Nachweise sowie einer mündlichen Prüfung. Ausnahmen regelt Abschnitt B dieser Weiterbildungsordnung.

### § 11 Prüfungsausschuss

(1) Die Kammer bildet für jeden Weiterbildungsbereich zur Durchführung der Prüfung einen Prü-

fungsausschuss. Die Prüfung kann auch in Zusammenarbeit mehrerer Psychotherapeutenkammern durchgeführt werden.

(2) Die Mitglieder eines Prüfungsausschusses und ihre Stellvertreter werden durch den Kammervorstand bestimmt. Die Reihenfolge, in der Stellvertreter tätig werden, ist dabei festzulegen. Der Vorstand bestimmt die Vorsitzenden der Prüfungsausschüsse.

(3) Der Prüfungsausschuss entscheidet in der Besetzung mit mindestens drei Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, von denen mindestens zwei über eine Weiterbildungsbefugnis für den zu prüfenden Bereich verfügen müssen. Selbsterfahrungsleiter der zu prüfenden Kandidaten können nicht als Prüfer tätig sein. Der Prüfungsausschuss beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Die Mitglieder des Prüfungsausschusses entscheiden unabhängig und sind an Weisungen nicht gebunden.

(4) Die Bestellung der Mitglieder, ihrer Stellvertreter und des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses erfolgt für die Dauer von fünf Jahren.

### § 12 Mündliche Prüfung

(1) Die Kammer setzt im Einvernehmen mit dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses den Termin der mündlichen Prüfung fest. Der Antragsteller wird zu dem festgesetzten Termin mit einer Frist von mindestens zwei Wochen eingeladen.

(2) Die Prüfung ist mündlich und soll für jeden Antragsteller 30 bis 45 Minuten dauern.

(3) Die während der Weiterbildung erworbenen eingehenden und besonderen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten werden in einem Fachgespräch durch den Prüfungsausschuss geprüft. Die Prüfung kann sich auch auf die Prüfung psychotherapeutischer Fertigkeiten erstrecken. Der Prüfungsausschuss entscheidet aufgrund der vorgelegten Zeugnisse und des Prüfungsergebnisses, ob die vorgeschriebene Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen ist und die eingehenden und besonderen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in dem Bereich erworben sind.

(4) Kommt der Prüfungsausschuss zu dem Ergebnis, dass der Antragsteller die vorgeschriebene Weiterbildung nicht erfolgreich abgeschlossen hat, so beschließt er, ob und ggf. wie lange die Weiterbildungszeit zu verlängern ist oder welche besonderen Anforderungen an diese verlängerte Weiterbildung zu stellen sind. Diese besonderen Anforderungen müssen sich auf die in der Prüfung festgestellten Mängel beziehen. Sie können die Verpflichtung enthalten, bestimmte Weiterbildungsinhalte abzuleisten, bestimmte psychotherapeutische Tätigkeiten unter Anleitung durchzuführen und Wissenslücken auszugleichen.

(5) In geeigneten Fällen kann der Prüfungsausschuss als Voraussetzung für eine Wiederholungsprüfung anstelle der Verlängerung der Weiterbildung auch die Verpflichtung aussprechen, festgestellte Lücken in theoretischen Kenntnissen durch ergänzenden Wissenserwerb auszugleichen. Er legt hierzu eine Frist fest, die drei Monate nicht unterschreiten soll.

(6) Bleibt der Antragsteller der Prüfung ohne ausreichenden Grund fern oder bricht er diese ohne ausreichenden Grund ab, gilt die Prüfung als nicht bestanden.

(7) Über die Prüfung ist eine Niederschrift anzufertigen, die vom Vorsitzenden unterzeichnet wird. Sie muss enthalten:

- die Besetzung des Prüfungsausschusses
- den Namen des Geprüften
- den Prüfungsgegenstand
- die gestellten Fragen und Vermerke über die Beantwortung
- Ort, Beginn und Ende der Prüfung
- das Ergebnis der Prüfung
- im Falle des Nichtbestehens der Prüfung die vom Prüfungsausschuss gemachten Auflagen über Dauer und Inhalt der zusätzlichen Weiterbildung.

### § 13 Prüfungsentscheidung

(1) Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses teilt der Kammer das Ergebnis der Prüfung mit.

(2) Bei Bestehen der Prüfung stellt die Kammer dem Antragsteller eine Urkunde über das Recht zum Führen der Zusatzbezeichnung aus.

(3) Bei Nichtbestehen der Prüfung erteilt die Kammer einen mit Gründen versehenen Bescheid, der auch die vom Prüfungsausschuss beschlossenen Auflagen gemäß § 12 Abs. 4 und 5 enthält.

(4) Gegen den Bescheid der Kammer nach Abs. 3 ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Über den Widerspruch entscheidet die Kammer nach Anhörung des Prüfungsausschusses.

### § 14 Wiederholungsprüfung

Eine nicht erfolgreich abgeschlossene Prüfung kann frühestens nach drei Monaten wiederholt werden. Die Vorschriften der §§ 11 bis 13 gelten entsprechend. Die Prüfung kann zweimal wiederholt werden.

### § 15 Übergangsregelungen

(1) Kammermitglieder, die vor In-Kraft-Treten dieser Satzung in einem von § 2 und Abschnitt B dieser Weiterbildungsordnung abweichenden Weiterbildungsgang eine in Inhalt und Umfang den Anforderungen in Abschnitt B entsprechende Qualifikation erworben haben, erhalten auf Antrag die Anerkennung durch die Kammer, wenn die Weiterbildung gleichwertig ist. Der Prüfungsausschuss prüft den Antrag und teilt der Kammer das Ergebnis der Prüfung mit. Fehlende Qualifikationsanteile können entsprechend § 15 Abs. 2 erworben werden.

(2) Eine vor In-Kraft-Treten dieser Satzung begonnene, aber noch nicht abgeschlossene, von § 2 und dem Abschnitt B der Weiterbildungsordnung abweichende Weiterbildung kann innerhalb von fünf Jahren nach In-Kraft-Treten dieser Satzung unter vollständiger oder teilweiser Anrechnung der bisher abgeleiteten Weiterbildungszeiten nach den Vorschriften dieser Weiterbildungsordnung abgeschlossen werden. Über die Anrechnung der bisher abgeleiteten Weiterbildungszeiten entscheidet die Kammer.

(3) Sofern vor Einführung eines neuen Weiterbildungsbereiches keine vergleichbaren Weiterbildungen angeboten wurden, kann auf Antrag eine Anerkennung ausgesprochen werden, wenn der Antragsteller mindestens vier Jahre in einer entsprechenden praktischen Einrichtung tätig war und in dieser Zeit eingehende und besondere Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in diesem Bereich entsprechend Abschnitt B dieser Satzung erworben hat.

## § 16 Anerkennung ausländischer Weiterbildung

(1) Kammermitglieder, die als Staatsangehörige eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union in einem anderen Mitgliedsstaat als der Bundesrepublik Deutschland erworbenes fachbezogenes Diplom, Prüfungszeugnis oder einen sonstigen fachbezogenen Befähigungsnachweis für einen Bereich besitzen, erhalten auf Antrag die Anerkennung und das Recht zum Führen einer entsprechenden Zusatzbezeichnung, wenn nach dieser Weiterbildungsordnung in diesem Bereich eine entsprechende Anerkennung möglich ist.

(2) Die von den Staatsangehörigen eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union in einem der anderen Mitgliedsstaaten abgeleiteten Weiterbildungszeiten, die noch nicht zu einem Befähigungsnachweis gemäß Abs. 1 geführt haben, sind entsprechend § 15 Abs. 2 auf die im Geltungsbereich dieser Weiterbildungsordnung festgesetzten Weiterbildungszeiten ganz oder teilweise anzurechnen.

(3) Eine Weiterbildung im Ausland außerhalb eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union kann ganz oder teilweise angerechnet werden, wenn die Weiterbildung gleichwertig und eine Weiterbildungszeit von mindestens zwölf Monaten in dem angestrebten Bereich abgeleistet worden ist. Gleiches gilt für die Weiterbildung in einem Mitgliedsstaat der europäischen Union, wenn sie von einem Psychotherapeuten abgeleistet wurde, der nicht Staatsangehörige/r eines Mitgliedsstaates ist.

(4) Eine von Psychotherapeuten, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, aber zum Personenkreis des Art. 116 Abs. 1 Grundgesetz gehören, außerhalb des Geltungsbereiches des Grundgesetzes abgeschlossene Weiterbildung ist anzuerkennen, wenn sie einer Weiterbildung nach Maßgabe dieser Weiterbildungsordnung gleichwertig ist. Bei nicht gleichwertiger oder nicht abgeschlossener Weiterbildung gilt für die Anrechnung von Weiterbildungszeiten § 15 Abs. 2 entsprechend.

## § 17 Widerruf der Zusatzbezeichnung

(1) Die Kammer kann die Anerkennung einer Zusatzbezeichnung widerrufen, wenn die für die Anerkennung erforderlichen Voraussetzungen nicht vorlagen oder entfallen sind. Vor der Entscheidung der Kammer ist das Kammermitglied zu hören.

(2) In dem Widerrufsbescheid ist festzulegen, welche Weiterbildungsabschnitte das betroffene Kammermitglied gegebenenfalls ableisten muss, um eine ordnungsgemäße Weiterbildung nachzuweisen. Für das Verfahren gelten die Vorschriften der §§ 11 bis 13 entsprechend.

## § 18 In-Kraft-Treten

Diese Muster-Weiterbildungsordnung tritt am Tage nach der Veröffentlichung in Kraft.

### Abschnitt B: Bereiche Klinische Neuropsychologie

#### 1. Definition

Der Bereich Klinische Neuropsychologie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation hirngeschädigter Patienten unter Einbezug ihrer familiären und beruflichen Situation. Dazu gehören insbesondere:

- die diagnostische Beurteilung der kognitiven und affektiven Funktionen, des Erlebens und Verhaltens und der Persönlichkeit der Patienten

unter Berücksichtigung neurologischer, neuropsychiatrischer, neuroradiologischer und neurophysiologischer Befunde

- die Planung, Durchführung und Evaluation geeigneter neuropsychologischer Behandlungen einschließlich der Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung und der kotherapeutischen Einbeziehung des sozialen Umfelds der Patienten
- die Unterstützung von Maßnahmen zur schulischen oder beruflichen Reintegration
- die Erstellung neuropsychologischer Gutachten.

#### 2. Weiterbildungsziel

Ziel der Weiterbildung im Bereich Klinische Neuropsychologie ist die Erlangung der Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte sowie nach Bestehen der vorgeschriebenen Prüfung.

#### 3. Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung

Fundierte Kenntnisse in psychologischer Methodenlehre, psychologischer Diagnostik, allgemeiner Psychologie und Biopsychologie sind Voraussetzung für eine Weiterbildung in dem Bereich Neuropsychologie. Diese sind durch ein abgeschlossenes Studium der Psychologie an einer Universität oder einer gleichwertigen Hochschule nachgewiesen. Diese Kenntnisse können auch in einem Propädeutikum vor Beginn der Weiterbildung erworben werden. Inhalte und Umfang orientieren sich an der Rahmenprüfungsordnung der Psychologiestudiengänge. Entsprechende Vorkenntnisse aus anderen Studiengängen können angerechnet werden.

#### 4. Bestandteile der Weiterbildung und Weiterbildungszeit

- Zwei Jahre klinische Tätigkeit in Vollzeittätigkeit oder in Teilzeittätigkeit entsprechend längerer Dauer auf Weiterbildungsstellen für Klinische Neuropsychologie oder klinischen Stellen. Davon ist mindestens ein Jahr in zur Weiterbildung zugelassenen stationären Einrichtungen der Neurologie oder Neurologischen Rehabilitation abzuleisten. Bis zu einem Jahr kann in einer zur Weiterbildung zugelassenen Praxis oder Ambulanz abgeleistet werden.
- Mindestens 100 Stunden fallbezogene Supervision durch zur Weiterbildung befugte Supervisoren.
- Mindestens 400 Stunden Theorie; davon mindestens 200 Unterrichtsstunden in externen, zur theoretischen Weiterbildung zugelassenen Weiterbildungsstätten außerhalb der stationären oder ambulanten Einrichtung, in der die klinische Tätigkeit absolviert wird.

### 5. Weiterbildungsinhalte

#### 5.1 Theoretische Weiterbildung

Curriculare Vermittlung von neuropsychologischen Kenntnissen der folgenden Inhalte:

##### 5.1.1 Allgemeine Neuropsychologie

- Geschichte der klinischen Neuropsychologie, neuropsychologische Syndrome
- Medizinische und psychosoziale Versorgungssysteme, Organisationsstruktur des Arbeitsfeldes, Kooperation mit anderen Berufsgruppen bei der Behandlung neurologischer Patienten

- Neurologische Krankheitsbilder: Diagnostik, Verlauf, Therapie
- Funktionelle Neuroanatomie
- Untersuchungsansätze und statistische Methoden in der Neuropsychologie
- Neuroplastizität und neuropsychologische Interventionsansätze
- Theorie der Persönlichkeit, des Krankheitsverständnisses und der Behandlungstechniken in der Psychotherapie neuropsychologischer Störungen
- Pharmakologische Grundkenntnisse für Neuropsychologen

##### 5.1.2 Spezielle Neuropsychologie

Psychotherapie, einschließlich Diagnostik neuropsychologischer Störungsbereiche, u. a.:

- Visuelle Wahrnehmung (u. a. Gesichtsfeldausfälle, Agnosien)
- Akustische, somatosensorische, olfaktorische Wahrnehmung
- Neglect
- Aufmerksamkeitsstörungen
- Gedächtnisstörungen
- Exekutive Störungen
- Störungen der Sprache (Neurolinguistik), einschließlich Rechenstörungen
- Motorische Störungen
- Affektive und emotionale Störungen nach Hirnschädigung
- Verhaltensstörungen nach Hirnschädigung
- Krankheitseinsicht und Krankheitsverarbeitung bei Patientinnen und Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen
- Neuropsychologie des Kindes- und Jugendalters
- Neuropsychologie des höheren Lebensalters
- Soziale und berufliche Reintegration
- Neuropsychologische Dokumentation (Berichte, Gutachten, sozialmedizinische Beurteilungen).

#### 5.2 Klinische Tätigkeit

Die klinische Tätigkeit umfasst bei Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen insbesondere:

- die diagnostische Beurteilung der kognitiven Funktionen, des Erlebens und Verhaltens und der Persönlichkeit der Patienten unter Berücksichtigung neurologischer, neuroradiologischer und neurophysiologischer Befunde
- die Planung, Durchführung und Evaluation geeigneter neuropsychologischer Behandlungen einschließlich der Beratung und der therapeutischen Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung und unter co-therapeutischer Einbeziehung des sozialen Umfelds der Patienten
- die Unterstützung von Maßnahmen zur beruflichen Reintegration
- die Erstellung neuropsychologischer Gutachten.

#### 5.3 Supervision

100 Stunden fallbezogene Supervision eigener Diagnostik und Behandlungen durch zur Weiterbildung befugte Supervisorinnen und Supervisoren zur:

- Reflexion des diagnostischen und therapeutischen Handelns im Hinblick auf die kurz- und langfristigen Behandlungs- und Rehabilitationsziele und
- Reflexion der verwendeten Methoden sowie der eigenen therapeutischen Rolle, auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team.

## 6. Zeugnisse, Nachweise und Prüfung

Dem Antrag auf Anerkennung der Weiterbildung nach § 9 sind beizufügen:

- Zeugnisse und Bescheinigungen über die abgeleistete Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte entsprechend § 8.
- Dokumentation von fünf differenzierten Falldarstellungen, aus denen neben der Darstellung der Ätiologie der Hirnfunktionsstörungen und gegebenenfalls der Lokalisation der Hirnschädigungen weitere relevante medizinische Daten, die neuropsychologische Diagnostik, die therapeutischen Maßnahmen, der Verlauf der Behandlung und deren Evaluation hervorgehen sollen. Dabei sollen unterschiedliche Störungsbereiche dargestellt werden. Von den fünf Kasuistiken sind zwei Begutachtungen (bzw. Darstellungen in Gutachtenform) einzuziehen.
- Die Kasuistiken und Gutachten werden durch von der Kammer bestimmte Supervisorinnen oder Supervisoren beurteilt, die nicht an der Supervision der Begutachtung, Untersuchung oder Behandlung der Patienten beteiligt waren, die Gegenstand der Kasuistik oder Begutachtung sind.

## 7. Weiterbildungsbefugnis

Die Weiterbildungsbefugnis kann für einzelne oder mehrere Teile der Weiterbildung erteilt werden, sofern die Voraussetzungen gemäß § 6 Abs. 4 sowie die im Folgenden genannten, spezifischen Voraussetzungen erfüllt sind.

### 7.1 Befugnis für den Weiterbildungsteil Klinische Tätigkeit

#### Aufgaben

Den zum Weiterbildungsteil Klinische Tätigkeit Befugten obliegt die Bereitstellung der räumlichen, sachlichen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung des Weiterbildungsteils Klinische Tätigkeit sowie die Verantwortung für die Durchführung dieses Weiterbildungsteils.

#### Voraussetzungen

Voraussetzungen für die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis für den Weiterbildungsteil Klinische Tätigkeit sind in Ergänzung zu den in § 6 Abs. 4 und 5 genannten Voraussetzungen:

- Tätigkeit an einer zugelassenen Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Abs. 2.

### 7.2 Befugnis für den Weiterbildungsteil Supervision

#### Aufgaben

Den zum Weiterbildungsteil Supervision Befugten obliegen die kontinuierliche fallbezogene Supervision der von den Weiterbildungsteilnehmern durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen sowie die Begutachtung von Kasuistiken und neuropsychologischen Gutachten.

#### Voraussetzungen

Die Voraussetzungen für die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis für den Weiterbildungsteil Supervision entsprechen den in § 6 Abs. 4 und 5 genannten Kriterien.

### 7.3 Befugnis für den Weiterbildungsteil Theorie

#### Aufgaben

Den zum Weiterbildungsteil Theorie Befugten obliegt einzeln oder gemeinsam die Vermittlung

der unter 5.1 genannten theoretischen Weiterbildungsinhalte. Die Befugten können im Rahmen von unter ihrer Leitung durchgeführten Lehrveranstaltungen für einzelne Inhalte entsprechend qualifizierte Dozentinnen und Dozenten hinzuziehen.

#### Voraussetzungen

Die Voraussetzungen für die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis für den Weiterbildungsteil Theorie entsprechen den in § 6 Abs. 4 und 5 genannten Kriterien.

## 8. Anforderungen an Weiterbildungsstätten

### 8.1 Weiterbildungsstätten für den Weiterbildungsteil Klinische Tätigkeit

Zur Weiterbildung in dem Weiterbildungsteil Klinische Tätigkeit werden gemäß § 6 Abs. 2 zugelassen:

1. Stationäre Einrichtungen, die Patientinnen und Patienten mit neurologischen Erkrankungen über einen längeren Zeitraum behandeln und die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- a) Patientenversorgung  
Der Indikationskatalog der Einrichtung sollte ein breites Spektrum von Erkrankungen und Verletzungen umfassen, die Hirnfunktionsstörungen zur Folge haben können. Die Einrichtung muss in der Regel einen großen Teil der entsprechenden Patientengruppen behandeln.

Die neuropsychologische Versorgung der Patienten muss die Tätigkeitsbereiche der Klinischen Neuropsychologie in wesentlichen Teilen umfassen, die unter Abschnitt 5. (Weiterbildungsinhalte) spezifiziert sind.

- b) Struktur der Einrichtung  
Die Weiterbildungsstätte muss über eine organisatorische Einheit (Abteilung, Bereich etc.) „Klinische Neuropsychologie“ verfügen, in der ein Psychotherapeut mit Berechtigung zur Führung der Schwerpunktbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ die Leitung der Weiterbildung innehat. Der Abteilung sollte zusätzlich mindestens eine ganztags tätige Neuropsychologin bzw. Neuropsychologe mit mindestens dreijähriger Erfahrung in Klinischer Neuropsychologie angehören.

Neben der neuropsychologischen Abteilung sollte die Einrichtung über folgende Abteilungen oder Bereiche verfügen:

- Krankengymnastik/Physiotherapie
- Ergotherapie
- Neurolinguistik/Sprachtherapie
- Sozialdienst
- Medizin.

Alle an der Diagnostik und Behandlung beteiligten Berufsgruppen sollen als interdisziplinäres Team mit entsprechendem Informationsaustausch und inhaltlicher Abstimmung des Behandlungskonzepts zusammenarbeiten. Den Klinischen Neuropsychologinnen und -psychologen müssen alle Unterlagen und Daten der Patienten zugänglich sein.

- c) Personelle Ausstattung der Einrichtung  
Die personellen Strukturen der Einrichtung müssen so beschaffen sein, dass eine inhaltlich und organisatorisch den Vorgaben gemäße Weiterbildung gewährleistet ist.

Die Einrichtung und die Weiterbildungsbefugten sichern die ständige berufsbegleitende Fortbildung der an der Weiterbildung mitwirkenden

Klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen zu.

Die Weiterbildungsstätten richten Weiterbildungsstellen für Klinische Neuropsychologie ein. Diese Stellen können nur befristet für Zwecke der Weiterbildung besetzt werden. Es können auch Teilzeitstellen (mindestens jedoch halbtags) eingerichtet werden. Die fachliche Betreuung der Weiterzubildenden, die Fallsupervision und eine hausinterne Weiterbildung im Sinne der unter 5. aufgeführten Weiterbildungsinhalte werden von der Weiterbildungsstätte und der bzw. dem Weiterbildungsbefugten sichergestellt. Weiterhin ist sicherzustellen, dass die Weiterzubildenden ausreichend Möglichkeit zur Teilnahme an externen Weiterbildungsveranstaltungen erhalten.

Bei der Bezahlung von Teilzeitstellen muss berücksichtigt werden, dass die ökonomischen Rahmenbedingungen als Voraussetzungen für die Weiterbildung gewährleistet sind.

- d) Technische und räumliche Ausstattung der Einrichtung

Die neuropsychologische Abteilung der Weiterbildungsstätte muss über eine Ausstattung verfügen, die eine neuropsychologische Tätigkeit in Diagnostik, Therapie und Betreuung nach dem neuesten Kenntnisstand zulässt.

Die technische und räumliche Ausstattung muss so beschaffen sein, dass eine inhaltlich und organisatorisch den Vorgaben gemäße Weiterbildung sichergestellt ist.

2. Kliniken mit Schwerpunkt oder Beschränkung auf eine bestimmte neurologische Erkrankung (z. B. MS-Kliniken) können bei Nachweis der übrigen Kriterien eine eingeschränkte Anerkennung für maximal zwölf Monate des Weiterbildungsteils Klinische Tätigkeit erhalten, wenn ein weiterer Teil der Klinischen Tätigkeit in einer stationären Einrichtung mit umfassenderem Diagnosespektrum abgeleistet wird. Ansonsten können dem Weiterbildungsteilnehmer lediglich sechs Monate angerechnet werden.

3. Ambulanzen oder Praxen niedergelassener Klinischer Neuropsychologen können eine eingeschränkte Anerkennung für maximal zwölf Monate des Weiterbildungsteils Klinische Tätigkeit erhalten. Wird ein Teil des Weiterbildungsteils Klinische Tätigkeit in einer ambulanten Einrichtung absolviert, kann dieser Teil auch berufsbegleitend durchgeführt werden.

4. Einrichtungen, die einzeln nicht die Kriterien für eine Anerkennung für den Weiterbildungsteil Klinische Tätigkeit erfüllen, können sich in Verbänden zusammenschließen. Diese Zusammenschlüsse können dann zugelassen werden, wenn sie gemeinsam die unter 8.1 in 1. a) bis 1. d) genannten Voraussetzungen erfüllen und es den Weiterzubildenden möglich ist, den Weiterbildungsteil Klinische Tätigkeit entsprechend den Regelungen dieser Weiterbildungsordnung zu absolvieren. Die Weiterzubildenden müssen dabei an zwei der beteiligten Institutionen jeweils für ein Jahr beschäftigt sein.

### 8.2 Weiterbildungsstätten für den Weiterbildungsteil Theorie

Als Weiterbildungsstätte für den Weiterbildungsteil Theorie können Einrichtungen oder Verbände anerkannt werden, die alle Teile der theoretischen Weiterbildung vorhalten und eine adäquate personelle, räumliche und materielle Ausstattung nachweisen.



**Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG****Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie**

**Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie verabschiedete in der Sitzung vom 27. März 2006 das folgende Gutachten zur Hypnotherapie (DÄBl 2006, A 1481):**

**1. Grundlagen der Begutachtung**

Das Gutachten stützt sich auf folgende Unterlagen:

- a) Gutachtenantrag: „Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie“ von Prof. Dr. Dirk Revenstorf im Auftrag der Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose (MEG) und Deutschen Gesellschaft für Hypnose (DGH) im Januar 2003.
- b) Drei Materialbände mit Originalstudien, Reviews und Metaanalysen sowie ein Buch: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2001). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin: Springer.
- c) Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2. Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008.

**2. Gutachtenauftrag/Fragestellung**

Es soll geprüft werden, ob die Hypnotherapie die Kriterien für eine wissenschaftliche Anerkennung erfüllt und wenn ja, für welche Anwendungsbereiche.

Hierzu überprüft der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG (WBP) die Wirksamkeitsnachweise für jeden der 12 vom WBP definierten Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen (Deutsches Ärzteblatt 2000, 97, Heft 1-2, A-59 unter Berücksichtigung der Änderung vom 16.09.2002, Deutsches Ärzteblatt 2002, Heft 46, A-3132, PP-572) bzw. der acht definierten Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Deutsches Ärzteblatt 2000, Heft 33, A-2190) getrennt. Der Wirksamkeitsnachweis für einen Anwendungs-

bereich kann in der Regel dann als gegeben gelten, wenn in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien die Wirksamkeit bei Störungen aus diesem Bereich nachgewiesen ist und mindestens eine Studie zu einem der Anwendungsbereiche eine Katamnese-Untersuchung mindestens sechs Monate nach Therapieabschluss einschließt, die den Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachweist (Kriterium für die Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung in einem Anwendungsbereich gemäß Beschluss des WBP vom 15.09.2003).

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

Zum Anderen prüft der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie, ob eine Empfehlung zur Zulassung als Verfahren zur vertieften Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgesprochen werden kann. Diese Empfehlung kann gemäß den Kriterien des WBP nur für solche Therapieverfahren ausgesprochen werden, die für

mindestens vier Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Anwendungsbereiche 1 bis 8) oder mindestens drei der „klassischen“ Anwendungsbereiche (1 bis 5) als wissenschaftlich anerkannt gelten können.

**3. Definition**

Hypnotherapie definiert sich als ein psychotherapeutisches Verfahren, das die Induktion hypnotischer Trance als einen veränderten Bewusstseinszustand dazu nutzt, problematisches Verhalten, problematische Kognitionen und affektive Muster zu ändern, emotional belastende Ereignisse und Empfindungen zu restrukturieren und biologische Veränderungen für Heilungsprozesse zu fördern. „Hypnotherapie ist primär eine lösungsorientierte Behandlungsmethode.“ (Gutachtenantrag, S. 5).

Folgende Prinzipien leiten die hypnotherapeutische Arbeit: Utilisation (Nutzung individueller Merkmale des Patienten, seines Symptoms und des Widerstandes für die Veränderung), Destabilisierung (Erzeugung von Konfusion, um festgefahrene kognitive Positionen zu destabilisieren, auch mit Hilfe von Humor), Beiläufigkeit (indirekte Vermittlung relevanter Information), minimale Veränderung mit Kaskadeneffekt und Schutz des Unbewussten. Das Menschenbild der Hypnotherapie geht davon aus, dass ein Individuum die Ressourcen zur Veränderung bereits in sich trägt.

Hypnotherapeutische Interventionen sind störungsspezifisch und weisen einen hohen Grad an Differenzierung auf. Zu den hypnotherapeutischen Interventionen sind z. B. die Induzierung von Hypnose und Trancezuständen sowie die Unterweisung von Patienten im Erzeugen von Selbsthypnose zu rechnen. Die Dokumentation gibt

eine detaillierte Beschreibung der Hypnotherapie inklusive einer genauen Schilderung einer typischen Hypnotherapiesitzung. Hypnotherapie kann als Einzel- oder Gruppentherapie mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen durchgeführt werden.

#### 4. Indikationsbereiche

Entsprechend der Definition werden von den Fachvertretern der Hypnotherapie als Indikationsbereiche 11 der 12 vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie definierten Anwendungsbereiche für Erwachsene geltend gemacht (Ausnahme: Anwendungsbereich 11 – „Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung“, F7 nach ICD-10). Für Kinder liegen nur in Teilbereichen ausreichende klinische Erfahrungen vor.

Als Kontraindikationen von Hypnotherapie gelten akute Psychosen, schwere Persönlichkeitsstörungen und mangelnde Hypnotisierbarkeit (ca. 10 % der Bevölkerung). Bei traumatisierten Personen und Missbrauchsoptionen ist besonders zu beachten, dass die Patienten die Kontrolle über die Trance und die darin bearbeiteten Inhalte behalten. Hypnotherapie ist keine Methode, mit der verdrängte Kindheitstraumata aufgeklärt werden könnten, da hier die Gefahr von Fehlerinnerungen und induzierten Verzerrungen besteht.

#### 5. Theorie

Die Theorie der Hypnotherapie stützt sich auf physiologische und immunologische Aspekte, Lern- und Gedächtnistheorien, spezifische hypnotherapeutische Konzepte und Arbeiten zur Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung.

Auf dem Hintergrund neuerer Lern- und Gedächtniskonzepte (z. B. implizites und explizites Gedächtnis, non-attentives und attentives Lernen) wird dargelegt, dass hypnotische Tranceinduktionen spezifische Aktivierungsmuster in kortikalen und subkortikalen Bereichen anregen, die auch für implizite Gedächtnisprozesse bedeutsam sind. Hypnotherapeutische Techniken begünstigen so Veränderungsprozesse, indem eine explizite bewusste Verarbeitung von Themen und Inhalten umgangen wird, implizite Lernprozesse

angeregt und Störreize leichter ausgeblendet werden.

Im Antrag wird der Forschungsstand zu spezifischen hypnotherapeutischen Konzepten (post-hypnotische Suggestionen, post-hypnotische Amnesie) dargestellt und Modelle zu Wirkmechanismen erörtert. Es wird darauf hingewiesen, dass die Wirksamkeit der post-hypnotischen Suggestionen im Wesentlichen durch Einzelfallstudien belegt worden sei.

#### 6. Diagnostik

In der Dokumentation wird vorwiegend die klinische Diagnostik beschrieben, bei der störungsspezifische Daten zur Planung der Therapie und zur Evaluation des Therapieerfolges erhoben werden. Die hypnose-spezifische Diagnostik richtet sich auf die Abklärung der Hypnotisierbarkeit bzw. der Suggestibilität des Patienten, die mit standardisierten Testverfahren bzw. in der klinischen Interaktion erfasst werden kann.

#### 7. Wirksamkeitsnachweise bei Erwachsenen

Die vorgelegten 47 Studien (49 Publikationen) zur Hypnotherapie verfügten größtenteils über eine Kontrollbedingung<sup>2</sup>; es ergaben sich jedoch z. T. Probleme dadurch, dass nicht-klinische Stichproben untersucht worden waren oder dass die Zuweisung zu den Untersuchungsgruppen den methodischen Mindestanforderungen nicht genügte (fehlende Randomisierung/Parallelisierung). Zu den Anwendungsbereichen für Psychotherapie bei Erwachsenen 8, 10, 11 und 12 sowie zu den Anwendungsbereichen für Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen 1, 2, 3, 6, 7 und 8 wurden keine Studien vorgelegt.

Zum **Anwendungsbereich 1 (Affektive Störungen, F 3)** wurde nur eine Studie vorgelegt. Die Anerkennung dieser Studie scheiterte daran, dass der klinische Status der untersuchten Stichprobe (Studenten) nicht belegt wird.

Zum **Anwendungsbereich 2 (Angststörungen, F 40 – F 42)** wurden sieben Studien vorgelegt. Keine der eingereichten Studien konnte anerkannt werden. Bei fünf Studien scheiterte die Anerkennung bereits

daran, dass der klinische Status der untersuchten Stichprobe nicht belegt wird. Bei weiteren zwei Studien sprechen insbesondere Schwächen des Untersuchungsdesigns (fehlende Randomisierung/Parallelisierung) gegen eine Anerkennung. Entsprechend fußt auch die Übersichtsarbeit von Revenstorf und Prudlo (1994) überwiegend auf Studien zur Sprechangst bei nicht-klinischen Populationen, die keine Generalisierung auf Patientenpopulationen mit klinisch bedeutsamen Angststörungen zulassen.

Zum **Anwendungsbereich 3 (Belastungsstörungen, F 43)** wurde eine Studie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung vorgelegt. Diese Studie wird anerkannt.

Für den **Anwendungsbereich 4 (Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen, F 44, F 45, F 48)** wurden zwei Studien vorgelegt. Hiervon wurde eine Studie anerkannt. Bei der zweiten Studie scheiterte die Anerkennung bereits daran, dass die methodischen Mindestanforderungen an das Untersuchungsdesign nicht erfüllt waren (fehlende Randomisierung/Parallelisierung).

Für den **Anwendungsbereich 5 (Essstörungen, F 50)** wurde eine Studie zur „Hypnotherapeutische Intervention bei Bulimie“ vorgelegt. Diese Studie wurde nicht anerkannt, da das Untersuchungsdesign keine Rückschlüsse darauf zulässt, inwieweit die hypnotherapeutischen und/oder die behavioralen Interventionen entscheidend für die Wirksamkeit der „Hypnotherapeutischen Intervention“ waren.

Zum **Anwendungsbereich 6 (Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, F 51, F 52)** wurden zwei der drei eingereichten Studien zu Schlafstörungen anerkannt. Die Anerkennung einer Studie zur Behandlung von Schlaf-

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

wandlern scheiterte dagegen bereits daran, dass die Stichprobengröße (N=11) die Aussagekraft der Studie zu stark einschränkte.

Im **Anwendungsbereich 7 (Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten, F 54)** wurden 12 der 24 Studien anerkannt. Acht dieser 12 anerkannten Studien beziehen sich auf die Bewältigung kurzzeitiger medizinischer Interventionen (Operationen, Geburten, Behandlung von Verbrennungen, Chemotherapie), vier der anerkannten Studien beziehen sich auf die längerfristige positive Beeinflussung des Verlaufs und der Bewältigung einer chronischen somatischen Erkrankung.

Bei fünf der eingereichten Studien scheiterte die Anerkennung bereits daran, dass die methodischen Mindestanforderungen an das Untersuchungsdesign nicht erfüllt waren (fehlende Randomisierung/Parallelisierung). Drei weitere Studien konnten insbesondere aufgrund des fehlenden Nachweises des klinischen Status der untersuchten Stichprobe nicht anerkannt werden. Weitere vier Studien wurden als teilweise positiv bewertet, da die erwarteten Therapieeffekte nur für einen Teil der primären Zielkriterien nachgewiesen werden konnten.

Im **Anwendungsbereich 9 (Abhängigkeiten und Missbrauch, F 1, F 55)** werden von den sieben eingereichten Studien eine Studie zum Methadonentzug methadonsubstituierter Opiatabhängiger und vier Studien zur Anwendung der Hypnotherapie bei der Raucherentwöhnung anerkannt. Bei drei der eingereichten Studien scheiterte die Anerkennung bereits daran, dass die methodischen Mindestanforderungen an das Untersuchungsdesign nicht erfüllt waren (fehlende Randomisierung/ Parallelisierung).

Eine Generalisierbarkeit auf die psychotherapeutische Behandlung bei Abhängigkeit oder Missbrauch von Alkohol oder von illegalen Drogen ist damit nicht begründet. Darüber hinaus ist auch für den Bereich der Raucherentwöhnung unter Einbezug weiterer Studien die derzeitige Befundlage ausgesprochen heterogen und schränkt die Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit der Hypnotherapie für die Raucherentwöhnung

deutlich ein (Cochrane-Review: Abbot et al., 1998).

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat demnach die wissenschaftliche Anerkennung der Hypnotherapie für die folgenden beiden Anwendungsbereiche festgestellt:

1. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen (F 54 nach ICD-10)
2. Abhängigkeiten und Missbrauch (F 1, F 55 nach ICD-10) (Belege liegen lediglich für Raucherentwöhnung und Methadonentzug vor.)

### 8. Wirksamkeitsnachweise bei Kindern und Jugendlichen

Die eingereichten Studien zu den Anwendungsbereichen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beziehen sich ausschließlich auf zwei der acht vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie definierten Anwendungsbereiche, und zwar auf die Anwendungsbereiche 4 und 5.

Für den **Anwendungsbereich 4 (Essstörungen und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, F 50 – F 52, F 54)** wurden fünf Studien vorgelegt. Die eingereichten Studien beschränken sich auf Wirksamkeitsnachweise für die Hypnotherapie zur Verbesserung der Bewältigung von Chemotherapien bei Patienten mit Krebserkrankungen und Schmerzen in Zusammenhang mit belastenden medizinischen Interventionen. Die Studien wurden sämtlich als Wirksamkeitsnachweis gewertet. Die Wirksamkeit der Hypnotherapie in diesem spezifischen Bereich ist gut belegt. Die Studienlage erlaubt jedoch keine Generalisierung auf die Wirksamkeit der Hypnotherapie bei der Behandlung von Essstörungen oder von chronischen körperlichen Störungen, wie Compliance-Problemen bei Diabetes mellitus. Zu diesen und vergleichbaren Krankheitsbildern liegen keine entsprechenden Studien vor. Für den Anwendungsbereich 4 – Essstörungen und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen – liegen zudem keine Katamnese-Untersuchungen vor, die den Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach The-

rapieende nachweisen. Daher kann die wissenschaftliche Anerkennung der Hypnotherapie für diesen Anwendungsbereich nicht festgestellt werden.

Für den **Anwendungsbereich 5 (Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend und Ticstörungen, F90 – F92, F94, F95, F98)** wurden zwei Studien zur Behandlung der Enuresis vorgelegt. Beide Studien wurden nicht anerkannt. Bei einer Studie scheiterte die Anerkennung bereits daran, dass die methodischen Mindestanforderungen an das Untersuchungsdesign nicht erfüllt waren (fehlende Randomisierung/Parallelisierung). Die zweite eingereichte Studie kann insbesondere nicht anerkannt werden, da sich in dieser Studie zur Katamnese für die Hypnotherapie gegenüber der Kontrollgruppe keine signifikanten Behandlungseffekte nachweisen lassen.

Damit kann für keinen Anwendungsbereich der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen die wissenschaftliche Anerkennung festgestellt werden. Die kurzfristige Wirksamkeit der Hypnotherapie bei Kindern und Jugendlichen zur besseren Bewältigung von Chemotherapien bei Krebserkrankungen und weiteren belastenden medizinischen Interventionen ist jedoch belegt.

### 9. Versorgungsrelevanz

Hypnotherapie ist unter Ärzten, Zahnärzten, Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verbreitet und wird meist als Zusatzverfahren/-ausbildung erlernt. Hypnotherapeuten sind in der Regel zugleich in anderen psychotherapeutischen Verfahren ausgebildet. Auch vor Inkraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes war Hypnotherapie kein grundständiges psychotherapeutisches Verfahren, sondern wurde als zusätzliche psychotherapeutische Methode bei umgrenzten Indikationen von bereits qualifizierten Psychotherapeuten eingesetzt.

### 10. Aus- und Weiterbildung

Es liegen Weiterbildungsordnungen der Deutschen Gesellschaft für Hypnose



(DGH), der Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (MEG), der Deutschen Gesellschaft für Ärztliche Hypnose und Autogenes Training (DGÄHAT) vor. Alle bekannten Curricula dieser Fachverbände setzen explizit eine vorangehende psychotherapeutische Grundausbildung oder Approbation und eine mehrjährige Berufspraxis voraus.

### 11. Zusammenfassende Stellungnahme

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie stellt zusammenfassend fest, dass die Hypnotherapie bei Erwachsenen für Behandlungen in folgenden Anwendungsbereichen als wissenschaftlich anerkannt gelten kann: Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten sowie Abhängigkeit und Missbrauch (Belege liegen lediglich für Raucherentwöhnung und Methadonentzug vor).

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

Bei Kindern und Jugendlichen kann für keinen Anwendungsbereich der Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung festgestellt werden. Die kurzfristige Wirksamkeit der Hypnotherapie bei Kindern und Jugendlichen zur besseren Bewältigung von Chemotherapien bei Krebserkrankungen und weiteren belastenden medizinischen Interventionen ist jedoch belegt.

Die Hypnotherapie kann nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen werden, da sie nicht für die geforderte Mindestzahl von vier der acht Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern

und Jugendlichen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie bzw. für mindestens drei der fünf klassischen Anwendungsbereiche als wissenschaftlich anerkannt gelten kann.

*Berlin, den 27. März 2006*

*Prof. Dr. Gerd Rudolf*  
(Vorsitzender)

*Prof. Dr. Dietmar Schulte*  
(Stellvertretender Vorsitzender)

Korrespondenzadressen:

### Bundespsychotherapeutenkammer

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



## 6. Jahrestagung



**Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.**  
(DGBS)

gemeinsam mit

**Klinikum Nürnberg und dem Bipolar Selbsthilfe Netzwerk e.V.**

**15.–16. September 2006**  
**Nürnberg**

Tagungsvorsitz: Dr. Dr. Günter Niklewski, Prof. Dr. Peter Bräunig

## Manie und Depression Die soziale Dimension bipolarer Störungen

### Tagungsschwerpunkte

#### Eröffnungsreferat

Die soziale Dimension bipolarer Erkrankungen  
Prof. Dr. Dr. Jules Angst, Zürich

#### Neues aus der Forschung

Vorsitz: Prof. Dr. Dr. Michael Bauer, Berlin  
Prof. Dr. Dr. Dietrich van Calker, Freiburg

#### Psychologisch orientierte Forschung bei bipolaren Störungen

Vorsitz: PD Dr. Thomas D. Meyer, Tübingen

#### Die Altersdimension bipolarer Störungen

Vorsitz: Dr. Dr. Günter Niklewski, Nürnberg  
Prof. Dr. Johannes Kornhuber, Erlangen

#### Streitgespräch zur psychiatrischen Diagnostik

Vorsitz: Prof. Dr. Dr. Jules Angst, Zürich  
Prof. Dr. Peter Bräunig, Berlin

#### Medikamentöse Therapiestrategien auf dem Prüfstand

Vorsitz: Dr. Heinz Grunze, München  
PD Dr. Stephanie Krüger, Dresden

#### Integrierte Versorgung

Erste Kooperationserfahrungen zwischen Klinik, Praxis und Selbsthilfe  
Vorsitz: Dr. Hans-Peter Unger, Hamburg

#### ► Satelliten-Symposien

- **Behandlung akuter Krankheitsphasen**
- **Update Valproat in der Behandlung bipolar affektiver Störungen**
- **Neue Aspekte aus Forschung und Therapie**

#### ► Workshops, u.a.

- *Einführung in die kognitive Verhaltenstherapie bei bipolaren Störungen*  
(Nur für psychologische Psychotherapeuten)
- *Methoden zur Selbststabilisierung bipolarer Störungen*
- *Spezifische Gruppendynamik in Selbsthilfegruppen*
- *Paarbeziehungen und bipolare Störungen. Was macht die besonderen Beziehungskomponenten aus?*
- *Bipolar und gesund zugleich*
- *Psychotherapie vs. Pharmakotherapie*
- *Bipolare Notfälle. Schwer zu behandelnde Patientengruppen*
- *Hyperaktivität vs. manische Erkrankungsformen bei Kindern und Jugendlichen*
- *Wie fördere ich die Krankheitseinsicht eines bipolar Erkrankten? Wie erkläre ich die bipolare Erkrankung Außenstehenden?*

- **DGBS e.V.-Film-Premiere: Die Pole des Saturn. Bipolar – Leben zwischen Manie und Depression**

### Informationen unter [www.dgbs.de](http://www.dgbs.de)

DGBS e.V., Postfach 920249, 21132 Hamburg, Tel.: 040/85 40 88 83  
Fachgesellschaft für Professionelle, Betroffene, Angehörige



## Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der neue Kammervorstand hat seine Arbeit aufgenommen und sich in die anstehenden Aufgaben, aktuell die Novellierung der Psychotherapierichtlinien, die geplante Änderung des Vertragsarztrechts, die Diskussion um die neuen Studienabschlüsse als Voraussetzung für die Psychotherapieausbildung, Beitritt zum Versorgungswerk, effiziente Kammerarbeit u.a. eingearbeitet.

Über die Bundespsychotherapeutenkammer sind die Länderkammern in die Diskussion zur Novellierung der Psychotherapierichtlinien einbezogen, worüber die BPTK in diesem PTJ berichtet.

Die Bundesregierung plant eine Änderung des Vertragsarztrechts. Hierbei sind neben vielen sozialrechtlichen Fragen auch berufsrechtliche Belange berührt, z. B. die Möglichkeit mehrerer Praxissitze oder Tätigkeit in Anstellung und eigener Praxis. Hier werden wir in enger Kooperation mit der BPTK, falls erforderlich auch bei den zuständigen Landesbehörden und -politikern, intervenieren.

Um die Arbeit der Kammer effizienter zu gestalten hat der Vorstand beschlossen, eine Institutionsberatung durchzuführen. Diese wurde zwischenzeitlich begonnen, um sowohl die internen Arbeitsabläufe in der Geschäftsstelle als auch unsere Ar-

beit für die Kammermitglieder und die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen im Gesundheitswesen zu analysieren und zu verbessern.

In den letzten Wochen hat die Umstrukturierung der Hochschulausbildung mit dem künftigen Bachelor- und Masterabschluss auch uns in der Kammer beschäftigt. Die Bundesländer versuchen, einheitliche Regelungen für die Studienabschlüsse zu erarbeiten. Dies war Anlass, dass wir vom Sozialministerium gebeten wurden, die Meinung der LPK für die Eingangsvoraussetzungen für die PP- und KJP-Ausbildung vorzutragen. Wir vertreten, wie auch die BPTK und andere Landespsychotherapeutenkammern die Auffassung, dass künftig der Hochschulabschluss mit dem MA oder MSc mit möglicher Anerkennung einzelner Studieninhalte für die Psychotherapieausbildung Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zum PP oder KJP sein muss. Das bedeutet in Baden-Württemberg, dass künftig der Abschluss der Berufsakademie nicht mehr zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie berechtigen würde, sondern ein MA-Studium angeschlossen werden muss. Wir haben hierzu auch das Gespräch mit dem Wissenschaftsministerium und dem Kultusministerium aufgenommen, um zu erreichen, dass entsprechende Möglichkeiten für den MA-Abschluss für Absolventen der

bisherigen Berufsakademien und der Fachhochschulen geschaffen werden.

Die Fußball-Weltmeisterschaft, die bei Erscheinen dieses PTJ schon fast abgeschlossen sein wird, war für uns im Vorfeld Anlass, die Zusammenarbeit mit den für Großschadensereignisse zuständigen Stellen des Katastrophenschutzes aufzunehmen, um unsere Profession in die psychosoziale Notfallversorgung einzubringen. Wir werden am Ball bleiben, um die Einbeziehung der Psychotherapeuten in die psychosoziale Notfallversorgung auch landesweit zu ermöglichen. Hierzu sind Gespräche mit dem Innenministerium vereinbart.

Wir haben auf der Seite der LPK-BW im PTJ die Rubrik „Fragen an den Kammervorstand“ eingerichtet und bitten Sie, uns Ihre Fragen per Post, Fax oder e-mail zuzusenden. Neben einer direkten Antwort werden wir hier in lockerer Abfolge eine Auswahl dieser Fragen mit den Antworten veröffentlichen.

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

### Fortbildungen zur Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Fragen

Nachdem die Vertreterversammlung Kriterien für die Aufnahme von Sachverständigen in eine Gutachterliste für die Begut-

achtung psychoreaktiver Traumafolgen er-

stellt hat, werden wir zusammen mit der Ärztekammer, die ebenfalls hohe Standards

für die Begutachtung für erforderlich hält, Fortbildungen zur Erstellung der Gutachten anbieten. Fortbildungsschwerpunkte werden neben Fragen zum Asyl- und Ausländerrecht sowie zur rechtlichen Stellung von Gutachtern die Besonderheiten des

Umgangs mit traumatisierten Migranten und der Arbeit mit Dolmetschern sowie die Spezifika der Diagnostik akuter psychischer Belastungsreaktionen und weiterhin die Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen sein. Sollten Sie Interesse an der Teilnah-

me an diesen Fortbildungen haben, wenden Sie sich bitte per Telefon, Fax oder E-Mail an die Geschäftsstelle. Wir werden Sie dann über die Fortbildungstermine informieren.

## Aktueller Stand zum Versorgungswerk

Mehrfach haben wir beim Ministerium für Arbeit und Soziales interveniert und gegeben, eine Lösung zu erarbeiten, um unseren Mitgliedern möglichst rasch den von der Vertreterversammlung der Kammer beschlossenen Beitritt zum Psychotherapeutenversorgungswerk Nordrhein-Westfalen zu ermöglichen. Als erster Schritt zur Umsetzung war die Anfang diesen Jahres erfolgte Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes erforderlich.

Nach Rückmeldung des Ministeriums wurde parallel zu dieser Gesetzesänderung mit

dem zuständigen Ministerium in NRW eine grundsätzliche Übereinkunft getroffen, dass ein Beitritt unserer Psychotherapeutenkammer zum Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer NRW möglich ist. In einem Arbeitsgespräch zwischen den beiden Ministerien wurden die weiteren Arbeitsschritte für die Ausarbeitung eines Staatsvertrages abgestimmt und ein Zeitplan erstellt. Das Ministerium für Arbeit und Soziales bittet uns um Verständnis, dass dieser Prozess nicht rascher möglich ist, da eine Reihe rechtlicher Fragen gründlich geklärt werden müssen, damit keine verfassungs-

rechtlich angreifbaren Strukturen geschaffen werden.

Wir sehen aktuell keine Möglichkeit, dieses Verfahren zu beschleunigen und müssen Sie leider noch um etwas Geduld bitten. Wir haben dem Ministerium gegenüber zum Ausdruck gebracht, dass hierdurch bei vielen Mitgliedern auch Unmut aufkommt, da Sie für ihre Altersversorgung möglichst frühzeitig Vorsorge treffen wollen.

## Psychotherapeutische Notfallversorgung

Im Vorfeld der Fußballweltmeisterschaft konnten wir eine gute Zusammenarbeit mit dem Koordinator der psychosozialen Notfallversorgung im Falle eines Schadenereignisses in Stuttgart aufbauen und zwei Fortbildungen durchführen. Die erste bezog sich auf die Struktur und Organisation der Notfallversorgung bei der Fußball-WM in Stuttgart, die zweite auf die speziellen Aufgaben und den Einsatz von Psychotherapeuten im Falle eines Schadenereignisses. Hierfür konnten wir mit Prof. Dr. J. Bengel und Dr. G. Pieper zwei der bundesweit füh-

renden Experten gewinnen. Der geplante Schwerpunkt des Einsatzes von Psychotherapeuten war hierbei vor allem die Diagnostik von psychisch auffälligen Betroffenen und von Angehörigen. Weiterhin übernahm die Kammer die Aufgabe der Vermittlung von Behandlungsplätzen zur wohnortnahen psychotherapeutischen Krisenversorgung von Betroffenen und Angehörigen.

Wir werden weitere vertiefende Fortbildungen für psychosoziale Notfallversorgung

und Krisenintervention organisieren und durchführen, um interessierten Kammermitgliedern die Möglichkeit der Integration in die regionale psychosoziale Notfallversorgung zu ermöglichen. Hierzu ist die Zusammenarbeit mit dem für den Katastrophenschutz zuständigen Innenministerium notwendig. Die erforderlichen ersten Schritte haben wir hierfür in die Wege geleitet. Wegen anderer dringlicher Aufgaben des Innenministeriums kann hiermit voraussichtlich erst im Herbst begonnen werden.

## Novellierung des Heilberufe-Kammergesetzes (HBKG) verabschiedet

Am 17. Februar 2006 wurde das „Gesetz zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes und des Versorgungsanstaltsgesetzes“ veröffentlicht. Im Gesetz werden der Kammer neue Aufgaben zugeordnet:

- Mitwirkung bei der Prävention und Gesundheitsförderung der Bevölkerung
- Erarbeitung von Regelungen der Qualitätssicherung und Zertifizierung von

Maßnahmen zum Qualitätsmanagement und Ausgabe von Kammerzertifikaten über die Einführung und Anwendung von Qualitätsmanagementsystemen der Kammermitglieder, die diese öffentlich ankündigen können,

- Ausstellung des (elektronischen) Heilberufeausweises,
- Aufbewahrung von sog. „herrenlosen“ Patientenakten ihrer Mitglieder,

Nach der Novellierung wird die Mitgliedschaft für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem Versorgungswerk zur Sicherung ihrer Altersversorgung und Vorsorge bei Berufsunfähigkeit ermöglicht.

Der Psychotherapeutenkammer wird jetzt, ähnlich wie der Ärztekammer, das Recht zugesprochen, die Weiterbildung für zusätzliche Spezialisierungen von Psychothera-



peuten zu regeln und Weiterbildungsordnungen zu erlassen. Diese Möglichkeit ist deshalb besonders wichtig, da nur über Weiterbildungsordnungen geregelte Erweiterungen bzw. Spezialisierungen unserer psychotherapeutischen Tätigkeit durch die Kammermitglieder öffentlich angekündigt und auch sozialrechtlich anerkannt und somit nach entsprechender Regelung der KBV über die KVen vergütet werden können. In diesem Zusammenhang hat der

Gesetzgeber unseren Vorschlag, dass wir „psychologische Heilkunde“ in der kurativen Versorgung, der Rehabilitation und Prävention betreiben, nicht aufgegriffen, sondern unser Arbeitsgebiet als „Heilkunde psychischer Störungen“ in diesen Tätigkeitsbereichen bezeichnet.

Zukünftig können Psychotherapeuten schon in der praktischen Ausbildung frein-

willige Mitglieder der Kammer werden. Deren Rechte und Pflichten innerhalb der Kammer sind in einer Satzungsneuerung zu regeln.

Nach bisheriger gesetzlicher Regelung hatte der Kammerpräsident die Sitzungen der Vertreterversammlung zu leiten, künftig kann nach Änderung der Hauptsatzung ein Versammlungsleiter gewählt werden.

## Haushaltsführung der Landespsychotherapeutenkammer

Der Kammervorstand legt der Vertreterversammlung jährlich einen Haushaltsabschluss vor. Dieser muss im Rahmen des vom Haushaltsausschuss erarbeiteten Wirtschaftsplans der Kammer bleiben. Der

Haushaltsabschluss wird von einem externen Wirtschaftsprüfer sorgfältig geprüft. Dieser informiert die Vertreterversammlung über das Prüfergebnis. Der Haushaltsabschluss und das schriftliche Prüfergebnis

des Jahres 2005 liegt satzungsgemäß für alle Mitglieder der Kammer von Anfang bis Ende September 2006 nach Anmeldung zur Einsicht bereit.

## Erläuterungen zur Berufsordnung

Im PTJ 3/2005 haben wir ausführlich über die Informationsveranstaltungen zur Berufsordnung berichtet. Die an diesen Informationsveranstaltungen beteiligten Kolleginnen und Kollegen aus dem damaligen Kammervorstand, Berufsordnungsaus-

schuss und Ausschuss Psychotherapie in Institutionen haben zwischenzeitlich Erläuterungen zur Berufsordnung erarbeitet und diese zusammen mit den auf den regionalen Veranstaltungen gezeigten Folien auf der Homepage der Kammer veröf-

fentlicht. Diese Erläuterungen werden bei Bedarf oder Notwendigkeit überarbeitet und ergänzt. Für Rückfragen zur Berufsordnung steht wie bisher auch der Justiziar der Kammer, Herr RA Gerlach, zur Verfügung.

## Suchtforum 2006 in Freiburg – Vorbereitungen laufen

Auch in diesem Jahr wird wieder in Zusammenarbeit mit der Landesapothekerkammer (LAK) und dem zuständigen Regierungspräsidium das Suchtforum Tabakabhängigkeit stattfinden. Dies beschloss der Vorstand der LPK auf einer seiner letzten Sitzungen. Die 2004 in Ulm und 2005 in Karlsruhe mit großer Resonanz durchgeführte Veranstaltung wird mit ähnlicher Konzeption im November 2006 in Freiburg zu Gast sein. Das Forum richtet sich in erster Linie an Jugendliche im Alter von 12 – 15 Jahren (5. - 7. Klasse); in dieser Spanne liegt inzwischen das Haupteinstiegsalter für Rauchen.

Erste Vorbereitungen sind bereits angefallen. Nach ersten Gesprächen zwischen Projektleiterin Dr. Babara Hoffmann sowie Karin Kegel (LAK) und Dr. Rüdiger Nübling (LPK) über die Konzeption des Forums hat sich ein Projektteam konstituiert, das sich am 24. April erstmals in Freiburg getroffen hat. An diesem beteiligt sind u.a. die Suchtbeauftragten der Stadt Freiburg und des Landkreises Breisgau-Hochschwarzwald, die für Suchtprävention im Regierungspräsidium Freiburg zuständigen Schulpsychologen sowie und der Leiter der Suchtberatungsstelle des Badischen Landesverbands für Prävention und Rehabilitation e.V.

für die Regionen Freiburg und Breisgau-Hochschwarzwald.

Das Programm wird wieder Fachvorträge unterschiedlicher Professionen (Psychotherapie, Pharmazie, Pneumologie, Onkologie, Sozialpädagogik, Pädagogik) umfassen. Ebenfalls miteinbezogen ins Programm werden Schüler von Freiburger Schulen, insbesondere auch Vertreter der Schülermitverwaltungen (SMVen) und der Schülerzeitungen. Wie im letzten Jahr wird wieder versucht werden, für die Führung durchs Programm einen Moderator bzw. eine Moderatorin eines Jugendsenders zu gewinnen.

## Fragen an den Kammervorstand – Interview mit dem Präsidenten der Landespsychotherapeutenkammer Dr. Munz

Anlässlich der Amtsübernahme führte Dr. Nübling, wissenschaftlicher Mitarbeiter der

Kammer und zuständig für die Öffentlichkeitsarbeit, mit Herrn Dr. Munz ein kurzes

Gespräch über die Arbeit des Kammervorstands. Ähnliche Fragen waren auch in der

Vertreterversammlung anlässlich der Wahlen zum neuen Kammervorstand an Herrn Munz und die anderen Vorstandsmitglieder gerichtet worden.

**Herr Dr. Munz, Sie sind im Januar von den Delegierten der Vertreterversammlung zum Präsidenten der Landespsychotherapeutenkammer gewählt worden. Worin sehen Sie die Schwerpunkte Ihrer Amtszeit?**

Ein Ziel der künftigen Kammerarbeit wird sein, den Kammermitgliedern mehr Service anzubieten. Vor allem die Klärung und Verbesserung der Position von approbierten Psychotherapeuten in den verschiedenen Institutionen, in denen wir arbeiten, ist uns ein wichtiges Anliegen. In enger Abstimmung mit der BPTK werden wir eine Weiterbildungsordnung und hierzu Durchführungsbestimmungen erarbeiten. Weiterhin wollen wir die Kammer in den verschiedenen Institutionen der Gesundheitsversorgung im Land noch besser bekannt zu machen. Wir überlegen auch, wie wir zwischen der Kammer und den Kammermitgliedern und den verschiedenen Psychotherapeutenverbänden Informationen besser und rascher austauschen können. Als aktuelle Themen stehen die Veränderungen des Studiums mit BA- und MA-Abschluss und die Einbeziehung von PP und KJP in die psychosoziale Notfallversorgung auf der Agenda.

**Wie beurteilen Sie die bisherige Arbeit der Kammer?**

Die bisherige Arbeit der Kammer, die in dem Tätigkeitsbericht dokumentiert ist, der mit dieser Ausgabe des PTJ allen Kammermitgliedern zuging, war schwerpunktmäßig geprägt durch den Aufbau der Landes- und auch der Bundespsychotherapeutenkammer und die Erarbeitung wichtiger Satzungen und Regelwerke wie beispielsweise die Berufsordnung und Fortbildungsordnung. Hier haben alle in der Kammerarbeit im Vorstand, den Ausschüssen und der Vertreterversammlung engagierten Mitglieder wichtige Arbeit geleistet, auf der die jetzt im Vorstand und Ausschüssen sowie der Ver-

treterversammlung arbeitenden Kolleginnen und Kollegen weiter aufbauen können.

**Welche Ressourcen sehen Sie in der Kammer bzw. stehen der Kammer zur Verfügung?**

Die Psychotherapeutenkammer ist gemessen an ihrer Mitgliederzahl die kleinste Heilberufekammer im Land. Deshalb stehen uns, wollen wir keine überhöhten Mitgliedsbeiträge erheben, nur eingeschränkte finanzielle und somit hauptamtlich personelle Ressourcen zur Verfügung. Beeindruckend ist das umfangreiche und arbeitsintensive Engagement der Mitarbeiter in der Geschäftsstelle und vieler Kammermitglieder, die so helfen, der Kammer sowohl im Konzert der anderen Heilberufekammern als auch gegenüber anderen Institutionen wie zum Beispiel Sozialministerium oder der KV Gehör und Ansehen zu verschaffen. Sowohl auf Landes- als auch Bundesebene haben sich die Psychotherapeutenkammern innerhalb kurzer Zeit als Ansprechpartner etabliert.

**Einen wichtigen Beitrag für eine funktionierende Kammerarbeit leisten die Ausschüsse. Wie beurteilen Sie die bisherige Arbeit der Ausschüsse und welche künftigen Schwerpunktsetzungen in der Zusammenarbeit mit ihnen sehen Sie?**

Durch die im Psychotherapeutenjournal und auf der Homepage der Kammer veröffentlichten Arbeits- und Umfrageergebnisse von Kammerausschüssen und der Stellungnahme zu ADHS des KJP-Ausschusses sowie die Verabschiedung der in den zuständigen Ausschüssen erarbeiteten Berufsordnung und Fortbildungsordnung wird die umfangreiche und gute Arbeit der Kammerausschüsse ausführlich dokumentiert. Ich glaube, dass die Ausschussarbeit effizienter werden kann, wenn wir deren Arbeit etwas besser koordinieren und die Zusammenarbeit mit dem Vorstand verbessern. Ohne die bisherige Ausschussarbeit kritisieren zu wollen, könnte eine klarere Ziel- und Aufgabenstellung für die Ausschüsse hilfreich sein.

**Wo sehen Sie Ansatzpunkte für Verbesserungen der Kammerarbeit?**

Alle reden von Vereinfachung der Verwaltung. Gleichzeitig bringt uns der Gesetzgeber wiederholt in den Zwiespalt, dass bestimmte Bereiche wie beispielsweise die Fortbildung oder Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung durch die Selbstverwaltungsorgane, das heißt KV und Kammern, organisiert und auch kontrolliert werden soll oder muss. Um die Kammerarbeit und Akzeptanz der Kammer zu verbessern, müssen wir uns gleichzeitig mehr an den Erwartungen und Bedürfnissen unserer Kammermitglieder orientieren. Beispielsweise können von uns erstellte Musterverträge für Gemeinschaftspraxen, Vorlagen für Vereinbarungen mit Patienten und bestimmter Dokumentationen die Arbeit unserer Kolleginnen und Kollegen erleichtern. Wir sind dabei, derartige Vorlagen zu erarbeiten. Wir überlegen auch, wie wir die Anliegen der Kammermitglieder besser aufgreifen können, um deren Erwartungen und Bedürfnisse besser befriedigen zu können.

Weiterhin ist wichtig, dass unsere Profession in möglichst allen Bereichen des Gesundheitssystems gleichberechtigte Akzeptanz und Anerkennung findet. Speziell für unseren Bereich müssen wir für unsere Patienten kämpfen, dass psychische Erkrankungen künftig weniger stigmatisiert werden und Patienten durch ihre Erkrankung keine Nachteile erfahren. Noch scheint sich die in Untersuchungen eindeutig nachgewiesene Erkenntnis nicht durchzusetzen, dass Patienten nach einer Psychotherapie beispielsweise weniger Kosten für die Krankenversicherungen und Gesellschaft verursachen als zuvor.

**Geschäftsstelle**

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

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

## Geplante Richtlinie zur Sachverständigentätigkeit im Bereich Forensik

Als Sachverständige werden von den zuständigen Gerichten im Kinder- und Jugendlichbereich meistens Kinder- und Jugendpsychiater, ansonsten hauptsächlich Forensische Psychiater und erst zögerlich Psychologische Psychotherapeuten (PP) beauftragt. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) bleiben bislang gänzlich außen vor.

Daher beschäftigt sich die Bayerische Landeskammer mit der Entwicklung einer „Richtlinie für die curriculare Fortbildung und Sachverständigentätigkeit von PP/KJP im Bereich der Forensik“. Mit einer entsprechenden Richtlinie wird die angemessene Qualifizierung von PP und KJP als Gutachter sichergestellt. Kolleginnen und Kollegen, die in diesem Berufsfeld tätig sein wollen, können z.B. durch diese freiwillige Fortbildung eine Qualifizierung nach weisen. Die Psychotherapeutenkammern Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen haben zur Begutachtung und Behandlung von Straftätern (auch Sexualstraftätern) eine Sachverständigenliste erstellt und entsprechende Voraussetzungen definiert. Zur Beantwortung behördlicher oder gerichtlicher Anfragen nach Gutachtern, können die durch die Fortbildung beschriebenen Kenntnisvoraussetzungen ein Kriterium sein, um die notwendigen Kompetenzen und Kenntnisse in den relevanten Gebieten des Strafrechts sowie des Sozial- und Zivilrechts beschreiben.

Bayern hat zwar als einziges Bundesland ein Sachverständigenengesetz, es soll aller-

dings noch in diesem Jahr aufgehoben werden. Für Deutschland gibt es inzwischen ein Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen, in welchem die Gegenstandsbereiche psychologischer und medizinischer Gutachten enthalten sind. Diese Gegenstandsbereiche definieren eine Sachverständigentätigkeit nicht nur durch PP, sondern auch durch KJP (z.B. Verfahren nach dem JGG, Kriminalprognose und Schuldfähigkeit bei Jugendlichen, Opferentschädigung bei Kindern und Jugendlichen, Sorge- und Umgangsrecht, Aussagetüchtigkeit und Glaubhaftigkeit usw.).

Weitere Curricula gibt es beispielsweise von der Deutschen Psychologenakademie: „Weiterbildung in Rechtspsychologie“ oder von der DGPPN (Dt. Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde): „Forensische Psychiatrie“. Auf der Grundlage dieses Curriculums können insbesondere Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie den Zusatztitel „Forensische Psychiatrie“ erwerben.

Der Vorstand der PTK Bayern hat *Dr. Andreas Rose* beauftragt, Eckpunkte für die Delegiertenversammlung der Kammer zu erarbeiten. Eine bayerische Richtlinie soll sich an den Kompetenzen und zukünftigen berufspolitisch relevanten Erfordernissen Psychologischer Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten orientieren. Sie soll genauso die Rechtsgebiete Strafrecht, Zivilrecht und Sozialrecht umfassen, wobei psychotherapeutische Kenntnisse hauptsächlich im

Bereich Strafrecht ergänzend aufgenommen werden sollten. Eine Schwerpunktsetzung soll möglich sein. Weiterhin soll die Fortbildung modular aufgebaut sein und 240 Unterrichtsstunden nicht überschreiten. Die Eckpunkte, die der Delegiertenversammlung voraussichtlich am 01.06.06 zur Abstimmung vorgeschlagen werden wird, sehen wie folgt aus:

- Modul 1: Grundlagen der Sachverständigentätigkeit
- Modul 2: Strafrecht
  - A. Schuldfähigkeit und Kriminalprognose
  - B. Zeugen und Opferzeugen (Aussagetüchtigkeit und Glaubhaftigkeit)
  - C. Reifebeurteilung, Verantwortlichkeit und Erziehungsmaßregeln bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- Modul 3: Zivilrecht (z.B. Familienrecht, Transsexuellengesetz)
- Modul 4: Sozialrecht (z.B. Jugendhilferecht, Opferentschädigung, Schwerbehindertenrecht)
- Modul 5: Sonstige Rechtsgebiete (z.B. Verkehrsrecht, Waffengesetz)

Diejenigen Kollegen, die bereits seit Jahren gutachterlich tätig sind, sollen im Rahmen einer Übergangsbestimmung schon jetzt die Möglichkeit zur Aufnahme in eine entsprechende Sachverständigenliste erhalten.

Sobald der Beschluss der Delegiertenversammlung vorliegt, erfahren Sie Näheres über unsere Homepage, aber natürlich auch im Bayernteil des nächsten Psychotherapeutenjournals.



## 2. Bayerischer Landespsychotherapeutentag am 30. September 2006 „Prävention psychischer Störungen“

Ludwig-Maximilians-Universität, München

Prävention gewinnt im Gesundheitswesen mehr und mehr an Bedeutung. Angesichts der hohen Rate psychischer Störungen in der Bevölkerung und der beträchtlichen Folgekosten muss Prävention ausdrücklich auch diesen Bereich umschließen. Psychologisch-psychotherapeutischer Sachverstand begreift den Menschen sowohl in

seiner Entwicklung als auch in seinem konkreten Lebensumfeld. Vor diesem Hintergrund sind eine Vielzahl von Programmen und Konzepten entstanden, für die weitreichende präventive Effekte für sehr unterschiedliche Störungen und Problemfelder nachgewiesen werden können. Es geht dabei auch um Stärkung der Ressourcen

und (Lebens-) Kompetenzen, Bereicherung des Alltags und Abbau von Stressoren. Wir laden sowohl alle angestellten und niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen als auch Vertreter von Politik und Gesundheitswesen dazu ein, mit den Referentinnen und Referenten zu diskutieren und sich inspirieren zu lassen!

### Programm

Ab 9.30 Eröffnung und Grußworte

10.15-11.00 Prof. Dieter Kleiber: Prävention psychischer Störungen: Gesundheitswissenschaftliche und -politische Perspektiven

11.30-12.15: Prof. Manfred Döpfner: Prävention von Verhaltensstörungen im Kindesalter

11.30-13.00: PD Dr. med. Karl-Heinz Brisch: Prävention von Bindungsstörungen durch Frühinterventionen

11.30-12.15: Prof. Peter Herschbach: Die Lebensqualität chronisch Kranker

12.30-13.15: PD Dr. Rolf Manz: Betriebliche Prävention psychischer Störungen

12.30-13.15: Prof. Heiner Keupp: Psychische Störungen im gesellschaftlichen Strukturwandel und Möglichkeiten der Prävention

14.15-15.00 NN: Prävention psychischer Störungen als staatliche Aufgabe

15.00-15.45 Prof. Bernd Röhrle: Prävention – ein Arbeitsfeld für Psychotherapeuten/innen

### Workshops/Vorträge 16:15-17:45

- Prof. Rita Rosner: Notfallpsychotherapie als Prävention von Traumafolgeschäden
- Dr. Uwe Berger: Primärprävention bei Ess-Störungen
- Dr. Anneke Bühler: Suchtprävention
- Prof. Thomas Giernalczyk: Suizidprävention
- Prof. Rolf Hirsch: Prävention psychischer Störungen bei älteren Menschen
- Prof. Jörg Fengler: Prävention von Burn-Out bei Psychotherapeuten
- Dr. Andreas Schick: Prävention häuslicher Gewalt: „Faustlos“

Für die Veranstaltung werden bis zu 8 Fortbildungspunkte anerkannt.

Die Teilnahmegebühr (inklusive Snacks und Getränke in den Pausen) beträgt

bei Buchung bis zum 15.08.06	75,00 €	bei Buchung ab dem 15.08.06	95,00 €
für Stud./ PiA bis zum 15.08.06	35,00 €	für Stud./ PiA ab dem 15.08.06	45,00 €

Schirmherr ist der bayerische Staatsminister für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Dr. Werner Schnappauf.

## Anmeldeformular 2. Bayerischer Landespsychotherapeutentag der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

An das  
Tagungsbüro Eiber COM  
Großvenedigerstr. 37 a  
81671 München

Hiermit melde ich mich verbindlich zum 2. Landespsychotherapeutentag am 30. September 2006 in München an.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Mit-Nr.: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  PP  KJP  ärztl. PT  
Email: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

➔ Studenten und PiA fügen bitte entsprechende Nachweise bei!

Bitte überweisen Sie den Kostenbeitrag erst nach Erhalt der Rechnung!

Teilnahmebedingungen:

Ihre Anmeldung ist verbindlich und verpflichtet zur Zahlung der Kongressgebühr. Bei Überweisungen aus dem Ausland gehen die Bankspesen zu Lasten des Teilnehmers. Bei Absage der Veranstaltung seitens des Veranstalters wird die Kongressgebühr voll zurückerstattet. Darüber hinausgehende Ansprüche bestehen nicht. Erfolgt eine – wenn auch unverschuldete – Absage des Teilnehmers bis zum 31. August 2006, so wird für die **Stornierung** eine **Bearbeitungsgebühr i.H.v. € 25,00** einbehalten. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt keine Rückvergütung der Kongressgebühr. Selbstverständlich ist die Vertretung eines angemeldeten Teilnehmers möglich. **Der Veranstalter behält sich Programmänderungen vor.**

Für unsere Raumplanung benötigen wir eine ungefähre Abschätzung der Teilnehmer bei einzelnen Veranstaltungen. Bitte kreuzen Sie daher **unverbindlich** an, welche Veranstaltung Sie wahrscheinlich besuchen wollen. Vielen Dank!

11.30-12.15:

- Döpfner: Prävention von Verhaltensstörungen im Kindesalter
- Herschbach: Die Lebensqualität chronisch Kranker

12.30-13.15:

- Manz: Betriebliche Prävention psychischer Störungen
- Keupp: Prävention psychischer Störungen im Kontext gesellschaftlichen Wandels

11.30-13.00:

- Brisch: Prävention von Bindungsstörungen durch Frühinterventionen

Workshops: 16.15-17.45

- Rosner: Notfallpsychotherapie als Prävention von Traumafolgeschäden
- Berger: Primärprävention bei Ess-Störungen
- Fengler: Prävention von Burn-Out bei Psychotherapeuten
- Schick: Prävention von häuslicher Gewalt: „Faustlos“
- Giernalczyk: Suizidprävention
- Bühler: Suchtprävention
- Hirsch: Prävention psychischer Störungen bei älteren Menschen



## Gespräch der Kammer mit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung

Der Vorstand der Kammer hatte am 9. März eine ausführliche Besprechung mit dem Vorsitzenden der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), Prof. Eckhart Hahn (u.a. auch Vorsitzender des bayrischen Landesgesundheitsrates). Dabei ging es um die Frage, inwieweit die GMA, die sich mit der Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Heilberufe beschäftigt, auch für die Psychotherapeuten wichtig sein könnte und ob eine Unterstützung unsererseits in Frage kommt. Der GMA-Vorstand besteht aus Hochschullehrern, Ärzten und Studenten, die hauptsächlich im klinischen universitären Bereich arbeiten. Die GMA gibt die „Zeitschrift für medizinische Ausbildung“ heraus (online über [www.gesellschaft-medizinische-ausbildung.org](http://www.gesellschaft-medizinische-ausbildung.org)) und verfasst Stellungnahmen

zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen.

Prof. Hahn äußerte aus Sicht der GMA großes Interesse an einer aktiven Mitwirkung von Psychotherapeuten. Die GMA soll perspektivisch das gesamte Spektrum aller im Gesundheitswesen tätigen Heilberufe abdecken. Es gibt schon jetzt eine Reihe von Ausschüssen, die sich mit Themen befassen wie „Psychiatrie und Psychotherapie“, „Kommunikative und soziale Kompetenzen“, „Medizinische Ausbildung und Bologna-Prozess“, „Studienreform“, „Qualitätsmanagement“ und „Ausbildungsforschung“. Einige Psychologen und Psychotherapeuten wirken in der Gesellschaft mit. Weitere fachspezifische Arbeitsgruppen oder Sektionen könnten gebildet werden.

Es bietet sich deshalb prinzipiell auch die Chance, innerhalb der GMA das Thema Psychotherapieausbildung zu etablieren und die dort vorhandenen Kompetenzen und Foren für Beratungen zur Weiterentwicklung und zur Qualitätsentwicklung in der Aus- und Fortbildung unserer Berufe zu nutzen.

Sollten Kammermitglieder Interesse an einer Mitgliedschaft und Mitwirkung haben, bieten wir an, dass die Kammer diese Aktivitäten koordinierend unterstützt.

Nähere Informationen und Kontakte: siehe [www.gesellschaft-medizinische-ausbildung.org](http://www.gesellschaft-medizinische-ausbildung.org) oder auch über die Geschäftsstelle der Kammer

## Die Einführung eines zweigliedrigen Studiensystems und die möglichen Folgen für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Wir haben in den zurück liegenden Ausgaben des PTJ über die Problematik und die Gefahren berichtet, die mit der Einführung des zweigliedrigen Studiensystems (Bachelor- und Masterabschluss) für unsere Berufsgruppen entstehen können. Die Haltung der PTK Bayern, die von der BPtK und allen Landeskammern geteilt wird, wurde auch in einer Resolution auf der Delegiertenversammlung am 01.12.05 bekräftigt (vgl. PTJ 1/06). Diese Forderung wurde von uns in zahlreichen Kontakten mit politischen Verantwortlichen vorgetragen. Ministerpräsident Stoiber hat uns zwischenzeitlich schriftlich seine Zustimmung zu unseren Forderungen nach einem Master-Abschluss als Eingangsvoraussetzung zur Psychotherapieausbildung mitgeteilt (vgl. letzter Mitgliederbrief der PTK Bayern).

Auf Bundesebene ist die BPtK ferner auf das Bundesgesundheitsministerium (BMG) zugegangen, um eine entsprechende Anpassung des Psychotherapeutengesetzes zu erreichen. Im BMG hat man darauf eher zurückhaltend reagiert und will zunächst klären, ob nicht doch auf der Ebene der Bundesländer durch klarstellende Beschlüsse Rechtssicherheit erzielt werden könnte. Die Arbeitsgruppe „Gesundheits-

berufe“ der AOLG (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden) hat sich nun wohl der Meinung der Kammer angeschlossen und favorisiert den Master-Abschluss als Eingangsqualifikation für die beiden psychotherapeutischen Heilberufe.

Aktuell ergibt sich jedoch insbesondere für den Bereich der pädagogischen Grundberufe ein Problem von Seiten der Kultusministerkonferenz (KMK). Im Unterschied zu den anderen genannten Gremien wird dort darüber nachgedacht, ob in Pädagogik bzw. Sozialpädagogik der Bachelor-Abschluss für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausreichend sein soll. Für Psychologen soll jedoch der Master (mit klinischem Schwerpunkt) die Zugangsvoraussetzung darstellen, und zwar sowohl für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten als auch zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die PTK Bayern wird deshalb ihre Position, dass der Masterabschluss die unverzichtbare Eingangsqualifikation für beide Heilberufe und alle Studienabschlüsse ist, an den entscheidenden Stellen gerade in Be-

zug auf die Kultusministerkonferenz nochmals vehement vertreten und vertiefend begründen:

1. Psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist nicht weniger komplex als die Diagnostik und Behandlung von Erwachsenen, in der Regel sogar aufwändiger. Kinder und Jugendliche befinden sich in einem Prozess der Persönlichkeitsentwicklung, in dem viele Faktoren, wie z.B. genetische Dispositionen und körperliches Wachstum, pathogene oder fördernde Umwelteinflüsse, Lernfähigkeit und Psychodynamik eine ineinander greifende und sich auf komplizierte Weise beeinflussende Rolle spielen.
2. Neben praktischen Befähigungen, die Psychologen und Pädagogen in ihrer Ausbildung gelernt haben und in ihrem Berufsalltag anwenden, sind jedoch theoretische Kenntnisse und Reflektionsvermögen unabdingbar, die die Grundlage jeder wissenschaftlich fundierten Berufsausübung sind.
3. Wer die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten machen und damit den Weg in einen *aka-*



demischen Heilberuf einschlagen will, braucht den Master-Abschluss.

Inzwischen hat sich auch die „AZA KJP“, eine Arbeitsgemeinschaft aus Vertretern von Fachhochschulen, Kammern und Ver-

bänden, auf Mindeststandards für Masterstudiengänge aus dem Bereich der Pädagogik, Sozialpädagogik und Sozialen Arbeit geeinigt, so dass konkrete Vorschläge für die Ausgestaltung entsprechender Masterstudiengänge vorliegen.

Wir hoffen, dass wir gemeinsam mit der BPTK und den übrigen Landeskammern erfolgreich sind und für beide Heilberufe vergleichbare Zugänge möglich werden.

## Kurznachrichten

Zahlreiche Rückmeldungen zum Aufruf zur *Psychotherapeutischen Notfallversorgung*. Bei Redaktionsschluss waren bereits über 700 Rückmeldungen zum Aufruf eingegangen, den wir mit dem Mitgliederrundschreiben im April verschickt hatten. Wir bedanken uns an dieser Stelle herzlich für Ihre rege Beteiligung!

An der dort angebotenen *kammerinternen Fortbildung* am 6. Mai 2006 nahmen 123 Mitglieder teil. Diese Veranstaltung war für die Kammermitglieder kostenfrei angeboten worden, die im Rahmen unserer Umfrage bereit waren, für die Fußball-WM im Falle eines Notfalls für Betroffene einen Behandlungsplatz kurzfristig zur Verfügung zu stellen. Auf dem Programm standen ein großes Spektrum der *Psychotherapeutischen Notfallversorgung* zur Einführung in den Themenkreis. Dr. Bruno Waldvogel stellte Aufgaben und Tätigkeiten der Kommission „Psychotherapeutische Notfallversorgung und Traumabehandlung in Bayern“ vor, Dr. med. Ullrich Mehl berichtete von den Erfahrungen der psychotherapeutischen Soforthilfe nach dem Unglück in Bad Reichenhall. Grundsätze der Psychotherapeutischen Soforthilfe bei Großschadenslagen wurden von Dr. Markos Maragos zusammengefasst. Dipl.-Psych. Marion Krüsmann erläuterte präventive Maßnahmen bei Einsatzkräften. Ein Überblick zur Behandlung akuter und posttraumatischer Belastungsstörungen aus kognitiv-behavioraler Perspektive (Prof. Willi Butollo), aus psychodynamischer Perspektive (Bruno Waldvogel) und die Erfahrungen der Behandlung bei Kindern und Jugendlichen nach akuten Belastungsstörungen im Bereich Schule (Dipl.-Psych. Barbara Schweiger-Gruber und Dipl.-Psych. Hans-Joachim Röthlein) rundeten das Programm ab.

Anlässlich der „Krebswoche“ in der ARD erläuterte Dr. Nikolaus Melcop in zwei Hörfunksendungen (BR3) aus psychotherapeutischer Sicht für Betroffene und Personen ihres Umfeldes Möglichkeiten zur gelingenden Verarbeitung und Gestaltung einer Lebenssituation mit der Diagnose „Krebs“.

Im Zusammenhang mit der *anstehenden Gesundheitsreform* wurden von Seiten der Kammer eine Reihe von Gesprächen mit unterschiedlichen Funktionsträgern geführt. Am 27. April war Dr. Nikolaus Melcop gemeinsam mit Vertretern der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Bayerns, der Landesärztekammer und der Zahnärztekammer zu einem vertraulichen Gespräch mit Ministerin Stewens, die auch Mitglied der Arbeitsgruppe der Regierungskoalition zur Gesundheitsreform ist, eingeladen.

Die *Mitgliederumfragen* zu speziellen Behandlungsangeboten und zur Notfallversorgung hatten zu Redaktionsschluss bereits über 15% Rücklauf. Die Auswertungen der Fragebögen stellen wir Ihnen im nächsten Mitgliederrundschreiben vor.

Wir wünschen allen Kolleginnen und Kollegen eine erholsame Sommerzeit!

### Vorstand der Kammer:

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

Der Beitrag „Geplante Richtlinie zur Sachverständigentätigkeit von PP/KJP im Bereich der Forensik“ wurde von Dr. Andreas Rose verfasst.

### Geschäftsstelle

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

### milton erickson institut berlin

wartburgstr. 17 . 10825 berlin  
fon & fax: 030 . 781 77 95 (do 9 - 12)  
www.mei-berlin.de - mail@mei-berlin.de

Fortbildung **Klinische Hypnose und Hypnotherapie** (M.E.G.)  
Beginn: Sa 01. - So 02. Juli 2006, 220 € \*

Einführung **Energetische Trauma- und Psychotherapie**  
Dr. Wolfgang Lenk  
Sa 09. - So 10. Sept. 2006, 230 € \*



Fred Gallo



Wolfgang Lenk



Max Schupbach

**Prozessarbeit mit Symptomen**  
Dr. Max Schupbach  
Sa 28. - So 29. Oktober 2006, 230 €

Fortbildung **Energetische Trauma- und Psychotherapie** (ED x TM)  
Dr. Fred Gallo  
Beginn Do 09. - So 12. Nov. 2006, 630 € \*

**Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen**  
Dr. Wolfgang Lenk  
Mi 22. - So 26. Nov. 2006, 550 € \*

\* zertifiziert Psychotherapeut.-Kammer Berlin



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach einem arbeits- und ereignisreichen Winter fassen wir im Überblick das Engagement des Vorstandes zusammen:

In diesem Heft erscheinen die „Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin“ in der gewohnten Form das letzte Mal. Zukünftig werden wir nun regelmäßig in den „Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin“ über Themen berichten, die länderübergreifend von Bedeutung sind. Zusätzlich für die Berliner Kolleginnen und Kollegen entwickeln wir eine dem PTJ beizuheftende Beilage, in der über die aktuellen Entwicklung der Psychotherapie in Berlin berichtet wird.

Im Februar trafen wir uns erstmalig mit der Patientenbeauftragten des Berliner Senats, Karin Stötzner und ihrer Mitarbeiterin, Frau Malkau. Frau Stötzner ist auch Leiterin von SEKIS (der zentralen Berliner Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle). Bei diesem Treffen wurden Zusammenarbeit und gegenseitiger Informationsaustausch verabredet. Frau Stötzner bat uns, ihr Kammermitglieder zu nennen, die an einer Zusammenarbeit mit dem Selbsthilfebereich interessiert sind. Für folgende Arbeitsbereiche werden Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gesucht:

- Leiter/innen von Balintgruppen: Diese Gruppen sollen gemeinsam mit Helfern der Selbsthilfegruppen gebildet werden;
- Kollegen/innen, die mit Selbsthilfegruppen zu den Themen: Ängste, Borderlinestörungen und Depressionen zusammenarbeiten;
- Behandler von Migranten und Fibromyalgie-Patienten.

Kritisch erörtert wurden GeLeistungen im Psychotherapiebereich. Wir werden uns in absehbarer Zeit in den zuständigen Kammergremien diesem Thema intensiv

widmen. Kollegen/innen, die an der sehr vielfältig auszugestaltenden Kooperation mit Selbsthilfegruppen bzw. deren Mitgliedern interessiert sind, melden sich bitte in der Geschäftsstelle oder sprechen bei weitergehenden Fragen den Vorstand an.

Am 15.3. fand unter unserem Vorsitz das jährliche Treffen der Präsidenten der Heilberufekammern im Land Berlin in den Räumen der Psychotherapeutenkammer statt. Zentrales Thema war die Novellierung des Heilkammergesetzes, u.a. die Neuordnung der Beziehungen der Versorgungswerke zu den entsprechenden Kammern. Für uns Psychotherapeuten ist diese Situation besonders bitter, weil uns die SPD weiterhin die Einrichtung eines Versorgungswerkes verweigert. Am 9.3. wurde im Abgeordnetenhaus ein entsprechender Antrag zur Einrichtung eines Versorgungswerkes für Psychotherapeuten einstimmig von CDU, FDP und den Grünen unterstützt, dann jedoch mit den Stimmen der SPD und Linkspartei/PDS abgelehnt. Wir haben mit den Heilkammerpräsidenten eine Resolution verabschiedet, in der u.a. die Gleichbehandlung der Psychotherapeutenkammer mit den anderen Heilberufekammern gefordert wird. Die von allen Präsidenten unterzeichnete Erklärung haben wir an den Regierenden Bürgermeister, die Senatorin für Gesundheit, den Präsidenten des Berliner Abgeordnetenhauses und an die Fraktionen geschickt. Der Beauftragte der Kammer für das Versorgungswerk, Alexander Malkowsky, arbeitet weiter auf das Ziel zu, in absehbarer Zeit ein Versorgungswerk zu errichten.

Das bundesweit einmalige Kooperationsprojekt mit der Zahnärztekammer verläuft äußerst erfolgreich (s. Bericht einer beteiligten Zahnärztin: „Seele und Zähne“).

Im Hinblick auf mögliche Großschadensereignisse während der Fußball WM 2006 planen wir die Einrichtung eines Bereit-

schaftsdienstes. Ausführlich werden wir dazu im nächsten PTJ berichten.

Am 1. März fand ein Gespräch des Vorstandes mit Monika Schipmann von der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport statt. Im Mittelpunkt standen dabei die Mitwirkung der Kammer bei der inhaltlichen Bestimmung von Psychotherapieleistungen im Rahmen des KJHG, die Arbeitsergebnisse der KJHG-Kommission und die zukünftige Zusammenarbeit von Kammer und Senatsverwaltung. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass M. Schipmann und ihre Mitarbeiter sich nachdrücklich für die Psychotherapie als Leistung in der Jugendhilfe eingesetzt haben und sich für deren Umsetzung in den Bezirken engagieren. Da für die Jugendhilfe von Jahr zu Jahr geringere Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden, gibt es u.a. Konflikte zwischen den „Leistungsanbietern“, d.h. unseren Kolleginnen und Kollegen, der Senatsverwaltung und den Bezirken, deren Klärung und Lösung von den Beteiligten angestrebt wird.

Die 2. Tagung zur Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung in Pankow im März fand breite Resonanz. Michael Schmude, Mitglied unserer Delegiertenversammlung, organisierte zusammen mit unserer Kollegin, Yvonne Tenner-Paustian, Psychiatriekoordinatorin des Bezirkes Pankow, diese Veranstaltung. Diese fachlich sehr kompetente, gut besuchte Veranstaltung könnte – von vielen gewünscht – im nächsten Jahr mit einer 3. Tagung zum Thema „Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen“ fortgesetzt werden (s. auch untenstehenden Bericht).

Am 16.5. fand eine erste Veranstaltung für alle Kammerdelegierten zum Thema: „Psychotherapie in der Rehabilitation“ statt. Dr. Heiner Vogel von der Universität Würzburg, FB Rehabilitationswissenschaften, führte in das Thema ein und diskutierte mit uns u.a.

mögliche Konsequenzen der zunehmenden Bedeutung dieses Versorgungsbereiches für Psychotherapeuten.

Am 19.5. fand eine sehr gut besuchte größere Fachtagung des „Berliner Bündnisses gegen Depression“ statt, die von der Kammer mit veranstaltet wurde. Thema: ‚Netzwerke bilden – Versorgungslücken schließen‘.

Am 4.7. führen wir eine „Auftaktveranstaltung“ zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement (s. Veranstaltungshinweis weiter unten) durch.

Am 23./24.09 und 11./12.11.2006 findet die 8. curriculare Fortbildung „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“ in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Berlin und dem Behandlungszentrum für Folteropfer statt. Bis zum Beginn des Curriculums wird vom Organisationsteam ein Ergänzungsmodul Psychotherapie erarbeitet. Ein Weiterbildungsmodul zur Begutachtung von Kindern und Jugendlichen ist ebenfalls geplant.

Der Vorstand hat nach eingehender Diskussion der geplanten Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine Stellungnahme an den Präsidenten der Bundeskammer, Prof. Dr. Rainer Richter, übersandt. Hier werden im Wesentlichen folgende Punkte kritisiert:

- Der vom Unterausschuss des G-BA vorgegebene begrenzte Zeitrahmen zur Stellungnahme und die verordnete Vertraulichkeit lässt eine angemessene inhaltliche Diskussion der neuen Konzeptionalisierung der Psychotherapie-Richtlinien nicht im vollen Umfang zu.
- Die geplante Ersetzung differenzierter ätiologischer Verursachungsmodelle durch deskriptive Kriterien wie den ICD-10 ist problematisch.
- Eine mögliche restriktive Anwendung von Evidenzkriterien bei der Prüfung der Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen im Bereich der Psychotherapie wird unserer Disziplin nicht oder nur unzureichend gerecht.

Ein von der BPTK dazu veranstaltetes Symposium fand am 3. April im Kaiserin-Friedrich-Haus statt. Dort wurden den Anwesenden, u.a. einzelne Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die Kritik vorgetragen und Änderungsvorschläge unterbreitet. Die Ergebnisse des Symposiums wurden dem G-BA am 4. April von der BPTK in Form einer Stellungnahme vorgelegt, die wir unterstützen.

Um den Umgang mit Beschwerden von Patienten und Kollegen angemessen zu gestalten, haben wir eine Ombudsstelle konzeptionalisiert, die im Mai ihre Arbeit aufnimmt. Jede/r Patient/in und jede/r Kollege/in kann sich dort schriftlich beschweren und eine Schlichtung oder die Einleitung eines Untersuchungsverfahrens zu beantragen. Der Vorstand entscheidet, ob dem Antrag entsprochen wird, ggf. berät er sich mit dem Untersuchungsführer, Richter und Generalstaatsanwalt a.D. Hans-Joachim Heinze, über das weitere Vorgehen. Auch telefonisch können sich Betroffene an die Ombudsstelle wenden und ihre Beschwerden vortragen: Der angesprochene Kollege informiert den Anrufer über das Beschwerdeprozedere sowie die möglichen Konsequenzen und unterstützt ihn bei seiner Entscheidungsfindung. Verhindert werden soll mit diesem niedrigschwelligen Beratungsangebot u.a. eine mögliche Retraumatisierung der Patienten, gefördert eine dem Vorfall angemessene, zügige Bearbeitung. Bei Bedarf können die Anrufer bei der Suche nach (erneuter) psychotherapeutischer/medizinischer/juristischer Hilfe unterstützt werden.

Weiter besteht die Möglichkeit, dass sich Kollegen/innen bei der Ombudsstelle melden, die als Behandler in schwierige Situationen geraten sind oder zu geraten drohen und sich nicht an Supervisoren und/oder an ihre Institute/Fachgesellschaften wenden wollen. In einem ersten Schritt können sie ihre Situation darstellen und sich mit dem Kollegen der Ombudsstelle über weitere Hilfsmöglichkeiten beraten.

Vom Vorstand wird die Gründung/ Einrichtung einer „Organisationseinheit“ (GmbH oder Verein) erwogen und z.Zt. juristisch auf die Vorgaben des Kammergesetzes

geprüft. In ihr können begonnene und geplante Projekte integriert und entwickelt werden. Ein Vorteil wäre z.B., dass Gelder und/oder „Drittmittel“ für innovative Projekte, die in Kooperation mit anderen Heilberufekammern, Kassen, KV, Universitäten etc. durchgeführt werden, eingeworben werden können. Auch die Annahme von Spenden wäre möglich.

Die Idee zur Gründung/Einrichtung einer solchen „Organisationseinheit“ entstand im Zuge des Kooperationsprojektes mit der Zahnärztekammer. Die Kooperation der Kollegen mit den Zahnärzten in der Patientenberatung muss langfristig finanziell gesichert werden. Zur Zeit findet die Patientenberatung einmal monatlich statt. Die Arbeit an einem Curriculum „Psychosomatik in der Zahnheilkunde“ wird im Mai abgeschlossen und Grundlage für die Fortbildung von Zahnärzten und Psychotherapeuten sein. Das Projekt wird von einer paritätisch besetzten „Steuerungsgruppe“, die sich regelmäßig trifft, kollegial geführt und weiterentwickelt.

Die letzte Delegiertenversammlung hat sich nach kontroverser Diskussion mit knapper Mehrheit entschieden, den Empfehlungen einer Untergruppe der Strukturkommission zu folgen, die Bereiche „Integrierte Versorgung/Medizinische Versorgungszentren“ in einem neu zu gründendem Ausschuss zu bearbeiten. Die Alternative, das Thema im bestehenden Ausschuss „Öffentliche Versorgung“ zu bearbeiten oder in einer zu gründenden Arbeitsgruppe des Vorstandes, der neben Delegierten der Kammer auch ausgewiesene Experten berufen hätte, wurde verworfen.

Wir haben Sie über die vielfältigen Aktivitäten des letzten Vierteljahres des Vorstandes informiert und bedanken uns für die geleistete Arbeit an dieser Stelle bei der Geschäftsführerin, Frau Struck und bei allen Mitarbeitern, ohne deren Engagement vieles gar nicht realisiert worden wäre.

Im Namen des Vorstandes grüße ich Sie herzlich und kollegial

**Michael Krenz**  
Präsident



## Bericht von der 16. Delegiertenversammlung

An der 16. DV am 30. März nahmen 41 Delegierte teil. Nach den Formalia und einer Abstimmung zur Veränderung der Tagesordnung begann die Sitzung mit einem unstrittigen Tagesordnungspunkt.

### Verabschiedung und Vorstellung der Untersuchungsführer

Heinrich Bertram bedankte sich im Namen der Kammermitglieder bei RA Ulrich Voget für seine kompetente und engagierte Arbeit als Untersuchungsführer. Seinen Nachfolger hatte U. Voget freundlicher Weise gleich mitgebracht. Richter und Generalstaatsanwalt a.D. Hans-Joachim Heinze stellte sich den Delegierten vor. Beide erhielten viel Beifall.

### Bericht aus dem Vorstand

Michael Krenz und seine Vorstandskollegen stellten die Schwerpunkte ihrer Arbeit ausführlich dar (s. Bericht des Vorstands)

### Finanzen und Novellierung der Entschädigungsordnung

Der Sprecher des Finanzausschusses, Joachim Meincke, stellte den Haushalt der Kammer vor. Höhere Kosten würden durch die Anhebung der Aufwandsentschädigung für die Bundesdelegierten, die Höher-

gruppierung der Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle, die Ombudsstellen, die neue EDV oder durch zusätzliche Stellen, z.B. die eines wissenschaftlichen Referenten und eines Mitarbeiters für die Öffentlichkeitsarbeit, entstehen. Dafür müssten aber die Mitgliedsbeiträge angehoben werden. Dieser Punkt bot viel Sprengstoff. Im Kern ging die Diskussion um das Selbstverständnis der Kammer, diesmal gemessen an den finanziellen Ressourcen, die für deren Professionalisierung bereitgestellt werden können. Nach einigem Hin und Her wurde beschlossen, die Erstattung für die Bundesdelegierten anzuheben. Sie erhalten zukünftig für den ersten Tag einer Bundesversammlung 250 €, für jeden weiteren 150 €.

### Neuwahl der Sprecherin des Ausschusses Ethik, Menschen- und Patientenrechte, Berufsordnung

Dr. Erwin Kaiser wurde mit Blumen und Dank für seine Arbeit als Ausschusssprecher verabschiedet. Als neue Sprecherin wurde einstimmig Eva-Maria Schweitzer-Köhn gewählt. Ihre und die Aufgabe des Ausschusses wird u.a. sein, die Berliner Berufsordnung an die Musterberufsordnung der BPTk anzupassen.

### Einrichtung eines Ausschusses „Neue Versorgungsformen“

Dieser Punkt war strittig, da er zwar ein wichtiges Thema aufgreift, zugleich aber zusätzliche Kosten verursacht. In einer Abstimmung erhielten die Befürworter eine knappe Mehrheit. Sprecher des Ausschusses ist Prof. Dr. Armin Kuhr.

### Antrag zur geplanten Änderung der PT-Richtlinien (Bonner – Erklärung)

Ein Teil der Delegierten hatte den Wunsch, eine Resolution zu verabschieden, die sich gegen die mutmaßlichen Änderungen der PT-Richtlinien durch den G-BA richtet. Dr. Manfred Thielen, Fraktion „Bündnis für Psychische Gesundheit“, brachte dazu eine Resolution ein. Entstanden war die schwierige Situation, weil die Gespräche und Planungen des G-BA einerseits vertraulich waren, andererseits vieles gerüchteweise durchgesickert war und der BPTk nur sehr wenig Zeit zu einer Positionierung blieb. Auch an dieser Stelle wurden die Meinungsverschiedenheiten über die Aufgaben der Kammer deutlich. Am Ende wurde die im Folgenden dokumentierte Resolution verabschiedet.

## Resolution der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Berlin zu der geplanten Änderung der Psychotherapie-Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

- Die ambulante, durch die gesetzlichen Krankenkassen finanzierte Psychotherapie ist in den Psychotherapie-Richtlinien geregelt, deshalb haben ihre geplanten Veränderungen weitreichende Konsequenzen für die gesamte Profession der Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen.
- Sie erfordern notwendigerweise eine breite fachliche Auseinandersetzung und Diskussion innerhalb der Profession, die innerhalb der vom G-BA gesetzten Anhörungsfrist für die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTk) (4.4.06) in keiner Weise gewährleistet ist.
- Um diese inhaltliche Auseinandersetzung überhaupt führen zu können, ist es unabdingbare Voraussetzung, dass die geplanten Veränderungen der Kollegenschaft und vor allem den Kammermitgliedern öffentlich gemacht werden.

Wir fordern deshalb eine ausreichende Fristverlängerung durch den G-BA für die Stellungnahme durch die BPTk, die mindestens sechs Monate umfassen sollte und die Veröffentlichung der G-BA-Vorschläge zur Veränderung der Psychotherapie-Richtlinien für die Mitglieder aller Landeskammern.

## Psychotherapeuten und Zahnärzte kooperieren zum Wohle der Patienten – Eine Zahnärztin berichtet aus dem Berliner Projekt „Seele und Zähne“

von Dr. Bettina Kanzlivius

Ein neuartiges Projekt hat in Berlin große Aufmerksamkeit auf sich gezogen: Die

Kooperation der Zahnärzte- und der Psychotherapeutenkammer zur gemeinsamen Patientenberatung im Projekt „Seele und Zähne“ spricht offenbar auch vielen

Patienten, Zahnärzten und Psychotherapeuten „aus der Seele“, denn die dreimonatige Testphase war ein großer Erfolg.

Berliner Zahnärzte konnten sich Rat holen oder ihre Patienten zur Beratung anmelden, wenn sie einen psychosomatischen Hintergrund bei zahnärztlichen Problemen vermuteten und Hilfe benötigten. Es wurden mehrere Patienten mit starkem Bruxismus, Protheseninakzeptanz, Tinnitus und extremer Zahnbehandlungsphobie überwiesen. Andere litten beispielsweise unter unklaren Kieferschmerzen, Ängsten vor Zahnverlust und -wanderung, Depressionen oder starkem Würgereiz, der jede Mundhygiene verhinderte.

Die Kooperation der drei Teams mit je einem Zahnarzt und einem Psychotherapeuten gestaltete sich erstaunlich reibungslos. Nach wenigen Vorbereitungstreffen empfingen die Teams ihre Patienten. Zunächst wurden meist zahnärztliche Beschwerden berichtet und durch gesteuerte Gesprächsführung beim Patienten eine Öffnung für

die psychische Komponente bewirkt. Die Zusammenarbeit von Zahnarzt und Psychotherapeut ging dabei Hand in Hand. Alle Beteiligten waren positiv überrascht vom Einfühlungsvermögen des jeweils anderen Berufstandes. So zeigten die Psychotherapeuten nach kurzer Zeit bemerkenswertes zahnärztliches Wissen und waren ebenso erstaunt über psychologisch geschickte Gesprächstechniken der Zahnärzte.

Der Erfolg der Beratung in Zahlen: bei 19 von 20 Patienten schien eine Psychotherapie sinnvoll und alle diese Patienten konnten dazu motiviert und an einen spezialisierten Therapeuten vermittelt werden bzw. befanden sich schon in einer Therapie.

Zahnärztlicher (Weiter-)Behandlungsbedarf bestand bei 15 von 20 Patienten, von denen zehn an Spezialisten und vier zurück an ihren Hauszahnarzt verwiesen wurden.

Allen betroffenen Berlinern ist nun zu wünschen, dass dieses lohnenswerte Projekt, das bereits deutschlandweit Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat, finanziert und weitergeführt werden kann. Der erste Schritt scheint getan: die Schirmherren des Vorhabens Dr. Wolfgang Schmiedel, Präsident der Zahnärztekammer, und Michael Krenz, Präsident der Psychotherapeutenkammer, haben gerade die Weiterführung der gemeinsamen Patientenberatung „Seele und Zähne“, zunächst einmal monatlich, angekündigt. Eine umfangreiche Fortbildungsveranstaltung in Form eines Curriculums für Psychotherapeuten und Zahnärzte zum Thema „Psychosomatik in der Zahnmedizin“ ist in Planung.

*(Die Autorin – Zahnmedizinerin und Dipl.-Psychologin – praktiziert als Zahnärztin und arbeitet im Projekt „Seele und Zähne“ mit.)*

## Nicht therapiefähig?

### 2. Fachtagung: „Therapie bei Menschen mit geistiger Behinderung“

In seinem Einleitungsvortrag auf dem Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung am 23./24. März 2006 in Berlin verglich Prof. Peter Fiedler aus Heidelberg den Wissensstand der Psychotherapie mit einem Schweizer Käse: Es gäbe zwar viel Substanz, aber auch viele Löcher. Zu den Löchern gehört zweifelnd die Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung.

Psychotherapie ist ein reflexiver Prozess, der kognitive Fähigkeiten voraussetzt, aber auch emotionale Fähigkeiten und Motivationen, die Bereitschaft und das Vermögen zum konzentrierten Zuhören und Dialog, ein gewisses Maß an Geduld, Ausdauer, Frustrationstoleranz und sozialer Kompetenz. Die Motivation, diese Fähigkeiten in einen therapeutischen Prozess einzubringen, ist aber selbst an reflexive Kompetenzen gebunden wie das eigene Verhalten in einen Zusammenhang mit dem Verhalten Anderer zu bringen und verändern zu wollen (und umgekehrt) oder den Erfolg einer Psychotherapie antizipieren zu können. Insofern ist die Zurückhaltung der Psychotherapeuten, mit diesen Menschen zu arbeiten, erst einmal verständlich.

Allerdings ist sie nicht gerechtfertigt, denn die Not dieser Bevölkerungsgruppe ist groß und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten gibt es. Wenn 0,4 bis 0,6 % der Bevölkerung geistig behindert sind, wie in der einschlägigen Literatur geschätzt wird, dann sind dies in Deutschland ca. 400.000 Menschen. Deren Beeinträchtigung führt zu einem erheblich höheren Risiko an psychischen Störungen zu erkranken. Die Gründe liegen in der höheren Wahrscheinlichkeit an Misshandlung, emotionaler Deprivation und sexuellem Missbrauch sowie der dauernden Überforderung in Alltagssituation und dem Erleben von Nicht-Kompetenz im Verhältnis zu Anderen. Darüber hinaus sind die Kompensationsmöglichkeiten im Vergleich mit Nicht-Behinderten sehr viel begrenzter. Prof. Dr. Klaus Henricke schätzte in seinem Vortrag die Prävalenz psychischer Störungen mit Krankheitswert auf 40 % der Menschen mit geistiger Behinderung.

Wie schon die erste Tagung traf auch diese auf großes Interesse. Obwohl mehr Teilnehmer als ursprünglich geplant zugelassen wurden, musste mehr als 20 Interessenten abgesagt werden.

Die Tagung wurde wieder in Kooperation der Plan- und Leitstelle der Abteilung Gesundheit und Soziales des Bezirksamtes Pankow mit der Psychotherapeutenkammer Berlin veranstaltet. Ziel der Tagung war neben der Vermittlung von Theorie die Stärkung der multiprofessionellen Zusammenarbeit und Vernetzung. Dazu wurde an den Nachmittagen jeweils in drei parallelen Workshops vor allem an Praxisbeispielen zur Kontextarbeit, Kontraktgestaltung in Krisen, zur Psychotherapie im Allgemeinen und bei Menschen mit Autismus und Borderlinestörungen und zur Therapie im Kontext von Wohneinrichtungen gearbeitet. In allen Workshops wurde deutlich, wie wichtig für einen wirklichen Erfolg der therapeutischen Hilfen eine enge Vernetzung mit Familienangehörigen, anderen Helfern und Institutionen ist.

Dies bedeutet, dass es für Psychotherapeuten, die mit diesen Menschen arbeiten wollen, unerlässlich ist, sich in besonderer Weise auf sie einzustellen. Sie müssen sich mit den Lebenswelten geistig Behinderter auseinandersetzen und in ihrer Arbeitsorganisation die Besonderheiten dieser Menschen berücksichtigen, z.B. Unzuver-

lässlichkeiten oder auftretende Aggressionen ertragen können. Am wichtigsten ist aber mit Sicherheit die Bereitschaft zum methodenintegrierten psychotherapeutischen Arbeiten und zur engen Kooperation und Vernetzung mit anderen professionellen Helfern und den Personen des Lebensumfeldes der Betroffenen. Natürlich müssen auch die finanziellen Rahmenbedingungen im institutionellen Kontext und in der Arbeit in der psychotherapeutischen Praxis stimmen.

Während die erste Tagung einen Überblick über die Themenschwerpunkte in den Bereichen Diagnostik und Therapie gab, wandte sich die zweite Tagung den Interventionen, den Möglichkeiten in der heilpädagogischen Arbeit (Holm), den Besonderheiten der psychologischen Interventionen und der Settinggestaltung in der therapeutischen Arbeit (Höhle, Schmidt) zu und den notwendigen Modifikationen in Sprache, Zielen, Strategien und Anforderungen in der dialektisch-behavioralen Psychotherapie mit intelligenzgeminderten Borderline-Patienten (Dr. Voß) sowie der Arbeit mit Menschen mit autistischen Störungen (Dr. Wohlleben).

Nach den Ergebnissen des Stadtstaatenvergleichs (con-sens, Hamburg 2003) leben in Berlin deutlich mehr Menschen mit Behinderungen in ambulanten Betreuungsformen im Verhältnis zu stationären Einrichtungen als z.B. in Hamburg oder Bremen. Deshalb ist die Arbeit des Berliner Krisendienstes für Menschen mit geistiger Behinderung und deren Helfer und Familienangehörigen besonders wichtig. Wie Gerd Gansen in seinem Vortrag berichtete, hat sich der Berliner Krisendienst auf diese Situation eingestellt, indem speziell für diesen Personenkreis geschulte und in der Arbeit mit Menschen mit Intelligenzminderung erfahrene Kollegen/innen zum festen Team und zu den Honorarmitarbeitern gehören.

Die Dokumentation der ersten Fachtagung „Therapie mit Menschen mit geistiger Behinderung“ in Berlin im November 2004 ist in dem Reader „Nicht therapiefähig?“ veröffentlicht. Im Mai 2006 wird eine um die Vorträge der zweiten Tagung erweiterte 2. Auflage erscheinen (erhältlich beim ajb-Verlag, Tel. 030-695 97 00).

Insgesamt zeigte sich das große Interesse der unterschiedlichen Berufsgruppen, die mit Menschen mit geistigen Behinderungen arbeiten, an Austausch, Information und Vernetzung. Die Möglichkeiten, Chancen und Notwendigkeiten multiprofessionellen Arbeitens spiegeln sich nicht nur in den Vorträgen und Workshops wider, auch in den Tagungspausen wurde intensiv diskutiert. Bei der Auswertung der Workshops wurde der Wunsch vieler Teilnehmer nach intensiveren Möglichkeiten der praxisnahen Rezeption von Interventionsstrategien in Situationen der therapeutischen Begegnung wie im Alltagskontext deutlich.

Angeregt wurde die Fortsetzung der Tagungsreihe und als Schwerpunkt für eine 3. Tagung das Thema geistig behinderte Kinder und Jugendliche sowie zusätzliche therapeutische Interventionsverfahren vorgeschlagen. Weiter wurde angeregt, einen runden Tisch zu initiieren und ein Kompetenznetzwerk zu bilden. Erste Gespräche dazu werden noch im ersten Halbjahr 2006 stattfinden. Interessenten melden sich bitte bei Yvonne Tenner-Paustian (BA Pankow, Abt. Ges Soz, Plan- und Leitstelle, Tel. 030-90 295-5017).

## Informationsveranstaltung der Kammer zu QM/QS

Zum Thema „Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Psychotherapie“ führt die Kammer eine Informations- und Diskussionsveranstaltung durch. Schwerpunkt wird die ambulante Psychotherapie sein. Die mit vier Fortbildungspunkten zertifizierte Veranstaltung informiert über den rechtlichen Rahmen von QM Maßnahmen und stellt beispielhaft konkrete Möglichkeiten ihrer Umsetzung in der ambulanten Psychotherapie bei Erwachsenen und Kindern vor. Darüber hinaus wird auf die bisherigen Erfahrungen mit QM Maßnahmen in Institutionen eingegangen.

Unter dem Motto „Das Theater mit dem Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherung“ geht es um drängende und praxisrelevante Fragen – z. B. „QM – muss

das eigentlich sein?“, „QM – wie kann es gemacht werden?“. Es referieren Mitglieder des Ausschusses „Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung“ sowie Vertreter aus der Praxis, die Erfahrungen mit QM Systemen haben. Zudem wird es Raum für Diskussion und Austausch sowie ein erfrischendes Getränk geben. Aktuelle Informationen finden Sie auf der Internetseite der Kammer.

**Zeit:** Dienstag, 4. Juli 2006  
von 18.30 – 21.30 Uhr  
**Ort:** Hörsaal 1a der FU Berlin  
Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin

Es wird um **Anmeldung** bei der Geschäftsstelle (Tel: 887 1440) gebeten.

### Redaktionsteam

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

Beiträge lieferten: M. Schmude/ Y. Tenner-Paustian „Nicht therapiefähig?“

### Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184  
10707 Berlin  
Tel. 030/8871 40-0, FAX -40  
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de  
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de





# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

## Die Kammertanznacht – Fest der Bremer Psychotherapeuten am Samstag, 30. September 2006

### **Bremer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schlemmen, klönen, tanzen ...**

Seit Gründung der Psychotherapeutenkammer Bremen gärt im Kammervorstand Bremen die Idee, ein Fest für die Bremer Psychotherapeuten zu veranstalten, vielleicht sogar mit jährlicher Wiederholung. Einen Bedarf hierfür haben wir schon immer angenommen. Im Gegensatz zu vielen anderen Berufsgruppen arbeiten die meisten Kollegen als Niedergelassene vereinzelt in ihren Praxen oder als Angestellte als einziger Psychotherapeut im Team oder der Institution. Ein für andere Berufsgruppen selbstverständlicher alltäglicher und damit unmittelbarer Austausch mit Berufskollegen über Fachliches oder einfach die eigene Betroffenheit ist in unserer Berufsgruppe eher die Ausnahme. Neben dem Austausch in Fortbildungs- und Interventionsgruppen fehlt ein zwangloses Zusammensein in einem lustbetonten, lockeren Rahmen für ein persönliches Kennenlernen. Nach dem inzwischen gelungenem Aufbau der Psychotherapeutenkammer Bremen, der Arbeitsaufnahme der Ausschüsse und dem erfolgreichen Aufbau des PVW (Psychotherapeutenversorgungswerk) wurde die alte Idee eines Bremer Psychotherapeutenfestes wieder aufgegriffen, und es fanden sich auf der Kammerversammlung im letzten Herbst vier beherzte Kolleginnen und Kollegen (Bärbel Burfeind, Marianne Bütthe-Titel, Björn Husmann und Frank Bodenstern) für den Festausschuss, welche die arbeitsintensive Planung und Organisation auf sich nahmen.

Nun ist es endlich soweit! Nach monatelanger Vorbereitung des Festausschusses steht jetzt fest:



*Tanz- und Showband „Creme Fresh“ aus Hamburg*

Am 30. September 2006 findet die erste Bremer Kammertanznacht statt. Ab 20.00 Uhr erwartet Sie ein köstliches mediterranes Büffet. Die Ausrichtung durch Herrn Fugger, ehemals Küchenchef des Parkhotels Bremen, jetzt Chefkoch des Klinikums Ost, lässt eine ausgezeichnete Qualität erwarten. Nachdem wir ausgiebig geschlemmt haben werden, spielt die 5-köpfige Band *Creme Fresh* aus Hamburg mit einem Musikmix aus Pop, Soul, Jazz und Standard zum Tanzen auf.

Aber auch für Tanzmüde gibt es genügend Raum für das Gespräch beim Essen und gemütlich bei Wein und Bier.

Eingeladen sind alle Bremer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten mit ihren Angehörigen.

Einladungskarten mit einem Abschnitt zur Kartenbestellung werden demnächst an Sie versendet.

Wir freuen uns auf Sie/Euch am 30.9.06 im Haus im Park des Klinikums Bremen Ost bei der

### **Bremer Kammertanznacht mit**

- einem köstlichen mediterranen warm-kalten Büffet
- Live Musik mit der Band *Creme Fresh* mit Musikmix aus Pop, Soul, Jazz und Standard

Eintritt (incl. Büffet) 39 € pro Person

Die Kartenzahl ist begrenzt! Bitte bestellen Sie frühzeitig Karten bei der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Bremen, 28209 Bremen, Hollerallee 22, Tel. 0421 / 2772000, Fax: 0421 / 2772002.

Bis dann !

Der Festausschuss und der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bremen

## Regionales Bündnis gegen Depression in Vorbereitung

In der Februarausgabe des Bremer *Ärztzeitschrifts*, das unter dem Themenschwerpunkt „Depressionen“ stand, rief Dr. Klaus Brücher, ärztlicher Direktor der AMEOS-Klinik, Dr. Heines, Bremen, zur Gründung eines „Bremer Bündnisses gegen Depression“ auf. Die Idee, ein solches Projekt in Bremen anzustoßen, war in einem Gespräch zwischen Klaus Brücher und Karl Heinz Schrömgens, dem Präsidenten der Bremer Psychotherapeutenkammer, geboren worden. Die Bremer Ärztekammer erklärte sich bereit, Ressourcen für die Koordinierung bereitzustellen.

Inzwischen gibt es in zahlreichen Städten und Regionen solche Bündnisse gegen Depression. Diese Zusammenschlüsse dienen der Prävention von Depression und Suizid. Die Initiativen gehen zurück auf das von der Bundesregierung geförderte „Nürnberg-Bündnis gegen Depression“. In Auswertung dieses Projektes wurde ein bundesweiter Verein gegründet, der regionale Initiativen bei der Entwicklung solcher Bündnisse unterstützt.

Das Vorhaben lebt davon, dass möglichst viele Multiplikatoren und Experten sich zusammenfinden, seien es Psychotherapeuten, Ärzte, Kliniken, Krankenkassen, Apotheken, Kirchen, Ämter, Selbsthilfeorganisationen u.a. Es wird das Ziel verfolgt, die Informationen und Hilfen über die Volkskrankheit „Depression“ zu verbessern. Dazu kann zählen:

Ärzten, insbesondere den Hausärzten Hilfen für die Erkennung von und für Erstinterventionen bei depressiven Störungen zur Verfügung zu stellen;

Öffentlichkeit aufzuklären darüber, was Depression bedeutet und was Anzeichen für eine depressive Erkrankung sind;

Einbeziehung und Fortbildung von Multiplikatoren (Lehrer, Pfarrer, Altenpflegekräfte, Polizisten, Apotheker u.a.);

Angebote schaffen für Betroffene und Angehörige, insbesondere für Menschen nach

Suizidversuchen, aber auch zur Vermeidung von Suizidversuchen.

Die Notwendigkeit einer verstärkten öffentlichen Thematisierung der Depressionen liegt vor allem darin, dass nur eine Minderheit der Betroffenen (Schätzungen gehen von 4 Millionen Personen in der Bundesrepublik aus) eine adäquate Behandlung erhalten. Viele Menschen erkennen selbst nicht, dass sie unter Depressionen leiden, sondern glauben, körperlich erkrankt zu sein. Andere trauen sich aus Scham und Angst vor Stigmatisierung nicht, Hilfsangebote wahrzunehmen.

Jedes Projekt lebt vom Engagement der Beteiligten. Deshalb wäre es sehr wünschenswert, wenn sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit ihren Expertenkenntnissen aktiv an dieser Initiative beteiligen würden. Interessierte können sich mit der Geschäftsstelle oder direkt mit dem Kammerpräsidenten in Verbindung setzen.

## eGesundheitskarte in Bremen mit Anlaufschwierigkeiten

Als im November auch das Land Bremen vom Bundesgesundheitsministerium den Zuschlag als Testregion für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte bekam, war die Freude unter den Bremer Beteiligten groß. Durch die Wahl als Testregion glaubte man einen Vorteil durch die Erlangung eines frühzeitigen Know-Hows für die Praxiseinführung zu erhalten.

Doch die Freude trübte sich bald. Denn der Vertrag, den die Gematik GmbH (die Trägerorganisation für die Einführung der Karte auf Bundesebene, zusammengesetzt halb-halb aus Kostenträger und Leistungserbringer) den Testregionen vorlegte, enthielt erhebliche finanzielle und haftungsrechtliche Risiken. Zudem zeigte sich, dass das in Bremen ins Auge gefasste Projekt, die elektronische Patientenakte am Beispiel des iBON-Projektes (siehe PTJ

1/06) zu testen, entfallen wird, da dafür keinerlei Finanzierung von der Bundesebene vorgesehen war. Nun schien einzutreten, was manche schon im Vorfeld kritisch geäußert hatten: Auf die Bremer Trägergesellschaft, die ARGE Bremer Initiative Telematik, kommen erhebliche Kosten zu. Da verschiedene Leistungserbringer, z.B. die Ärztekammer und die Psychotherapeutenkammer, mehrfach im Verlaufe des Projektes erklärt hatten, dass in ihren Haushalten kein Spielraum für die Finanzierung von Leistungen im Rahmen der Testmaßnahmen vorhanden ist, stand das Projekt plötzlich auf der Kippe, als alle Leistungserbringer erklärten, dass sie einem solchen Vertrag nicht zustimmen könnten.

Für die Psychotherapeutenkammer bekam die Beteiligung an der Projektgesellschaft

zudem nur noch symbolischen Charakter. Denn es zeigte sich, dass in der abgespeckten Version ohne Testung der elektronischen Patientenakte eine Beteiligung von Psychotherapeuten keinen Sinn machen würde.

Der Bremer Widerstand gegen die nicht vorher gesehene Belastung der Testregionen führte einerseits zu deutlichen Nachbesserungen im Gematik-Vertrag, der andererseits aber für die Bremer Leistungserbringer nicht die Risiken aus der Welt schaffen. In Folge gab es dann Zusicherungen aus der Politik, die ein Kostenrisiko ausschließen und ein Austrittsrecht garantieren sollten, wenn die Entwicklung der Testmaßnahmen zu jetzt noch nicht vorsehbaren Weiterungen führen sollte. Bei Redaktionsschluss lag noch kein abschließendes Ergebnis der Verhandlungen vor.

## Notfall-Psychotherapie im Land Bremen

### Psychotherapeutenkammer gründete Arbeitskreis

Anfang November 2005 berichtete der „Weserkurier“ über die Einrichtung einer Schnelleinsatzgruppe Krisenintervention „SEG-KIT“. Diese Gruppe ist im Land Bremen zuständig für die psychische Betreuung bei Großschadensereignissen. Die SEG-KIT wird geleitet vom Polizeiseelsorger Pastor Walter und bezieht weitere seelsorgerische Kräfte und Laienhelfer aus Katastrophenschutzorganisationen ein. Die

federführende Innenbehörde hatte im Vorfeld dieser Beschlussfassung die Psychotherapeutenkammer nicht einbezogen, obgleich sie frühzeitig im April 2003 ihre Bereitschaft zur Mitwirkung gegenüber der Innenbehörde erklärt hatte.

Vor diesem Hintergrund lud die Kammer die Kammerangehörigen zu einem Diskussionsforum „Notfall-Psychotherapie im Land Bremen“ am 28.02.06 ein. Ca. 20 Kolleginnen und Kollegen, alle erfahren in psychotraumatologischer Behandlung, tra-

fen sich zu einem ersten Gedankenaustausch in der Kammergeschäftsstelle, zu dem Kammervorstandsmitglied Axel Janzen die einleitenden Worte sprach. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie und an welcher Stelle sich Psychotherapeuten bei Großunglücken oder Großereignissen verorten. Im Ergebnis gründete sich ein Arbeitskreis, dem Ingrid Ingeborg Koop, Sabine Iris Müller, Rahel Schüepp, Angelika Thiele-Flor sowie Axel Janzen und Helga Friehe-Rüdebusch vom Vorstand angehören.

## Psychotherapeutensuchdienst „psych-info“ erfolgreich gestartet

Ende März wurde der Psychotherapeutensuchdienst der vier norddeutschen Kammern (Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Bremen) der Öffentlichkeit vorgestellt. Zu diesem Zeitpunkt waren allein im Land Bremen 324 psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in diesem Online-Dienst mit umfangreichen Angaben zu ihrem Praxisprofil ein-

getragen. Die Tageszeitungen vor Ort griffen die Pressemitteilung auf und informierten ihre Leser über dieses Angebot. Die Kammergeschäftsstelle sandte den Bremer und Bremerhavener Hausärzten, Kinderärzten und Psychiatern, den Beratungsstellen, den Krankenkassen, Apotheken, Kliniken und weiteren Institutionen einen Flyer zu, in dem der Dienst in prägnanter Weise vor-

gestellt wurde. Inzwischen rufen schon zahlreiche Ratsuchende diese neue Informationsquelle über Psychotherapie auf.

Bedauerlich allerdings, dass sowohl die Ärztekammer als auch die Kassenärztliche Vereinigung in Bremen es ablehnten, in ihren Internetseiten einen Link zum Psychotherapeutensuchdienst aufzunehmen.

## Beitragsregelung der Bremer Psychotherapeutenkammer rechtmäßig

### Bremer Oberverwaltungsgericht hob Urteil des Verwaltungsgerichtes auf!

Seit dem 1. März 2006 ist das Urteil des Oberverwaltungsgerichtes Bremen, das am 29. Nov. 2005 gefällt wurde, rechtskräftig. Das Gericht entschied, das Urteil des Verwaltungsgerichtes Bremen vom 25. März 2004 gegen die Bremer Psychotherapeutenkammer aufzuheben. In diesem Urteil waren die Beitragsregelungen der Bremer Kammer als verfassungswidrig klassifiziert worden. Damit ist die Klage eines angestellten Kammerangehörigen zurückgewiesen, der einen Teil seines Einkommens als Angestellter nicht für die Berechnung seines Beitrages angerechnet sehen wollte. Zugleich wiesen die Richter des Oberverwaltungsgerichtes die Auffassung der 2. Kammer des Bremer Verwaltungsgerichtes zurück, durch die die Bremer Kammer ver-

pflichtet werden sollte, unterschiedliche Beitragsgruppen bezogen auf verschiedene psychotherapeutische Tätigkeiten einzurichten. Die Richter konnten nicht erkennen, dass angestellte Kammerangehörige einen geringeren Nutzen als niedergelassene aus der Kammermitgliedschaft ziehen.

Die Richter betonten, dass die Bezugnahme des Verwaltungsgerichtes auf eine Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes von 1993 fehlerhaft erfolgte. Damals ging es um eine Beitragsregelung einer Ärztekammer, in der nach Tätigkeiten differenziert wurde. Daraus könne nicht gefolgert werden, dass jede Beitragsregelung in solcher Weise differenzieren müsse. Die Kammer sei zu Recht davon ausgegangen, „dass Tätigkeiten in eigener Praxis oder in einem Beschäftigungsverhältnis in dieser Hinsicht im Regelfall einheitlich zu bewerten sind.“ Da

die Bremer Beitragsordnung nach der Höhe des Einkommens mit einem einheitlichen Beitragshebesatz den Beitrag erhebt, kann „ein Außerachtlassen von Teilen des Einkommens nur in Betracht kommen, wenn sie vollständig aus der berufsbezogenen psychotherapeutischen Tätigkeit ausgegrenzt werden kann, etwa aus Tätigkeiten in einem gänzlich anderen, abgrenzbaren und beruhsfremden Arbeitsbereich.“

Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens äußerte sich sehr zufrieden mit dem Urteil, da es das Solidarprinzip der Bremer Beitragsregelung gestützt und zugleich sich gegen das gegenseitige Ausspielen unterschiedlicher Tätigkeitsfelder gewandt hat. Er hoffe, dass die Klarheit, die dieses Urteil hergestellt hat, auch zu einer Beilegung noch anhängiger Beitragsstreitigkeiten führen wird.



## Berufsordnung in Überarbeitung

### Ausschuss Berufsordnung und Berufsrecht nahm Arbeit auf

Nachdem im Januar auf Bundesebene eine Muster-Berufsordnung verabschiedet wurde, beschloss der Kammervorstand, den Ausschuss Berufsordnung und Berufsrecht unter dem Vorsitz von Frau Anke Herold zu beauftragen, die Bremer Berufsordnung vom 28.10.2003 im Vergleich mit den Re-

gelungen der Muster-Berufsordnung einer Überprüfung zu unterziehen und gegebenenfalls Änderungsvorschläge der Kammerversammlung zu unterbreiten.

Inzwischen nahm der Ausschuss zügig seine Arbeit auf. In den ersten Sitzungen wurde deutlich, dass viele Anregungen der Muster-BO übernommen werden können

und eine Bereicherung der Bremer BO darstellen. Allerdings zeichnet sich auch ab, dass nicht jede Regelung der Muster-BO einer kritischen Prüfung standhält.

Der Zeitplan des Ausschusses sieht vor, rechtzeitig vor der Kammerversammlung im Mai 2007 einen Novellierungsentwurf den Kammerangehörigen vorzulegen.

### Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit:  
Frank Bodenstern,  
Karl Heinz Schrömgens.

#### Geschäftsstelle:

Psychotherapeutenkammer Bremen  
Hollerallee 22,  
28209 Bremen  
Fon: 0421 – 27 72 000  
Fax: 0421 – 27 72 002

Verwaltung@Psychotherapeutenkammer-  
hb.de  
www.psychotherapeutenkammer-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

# Nicht ohne den Schamanen

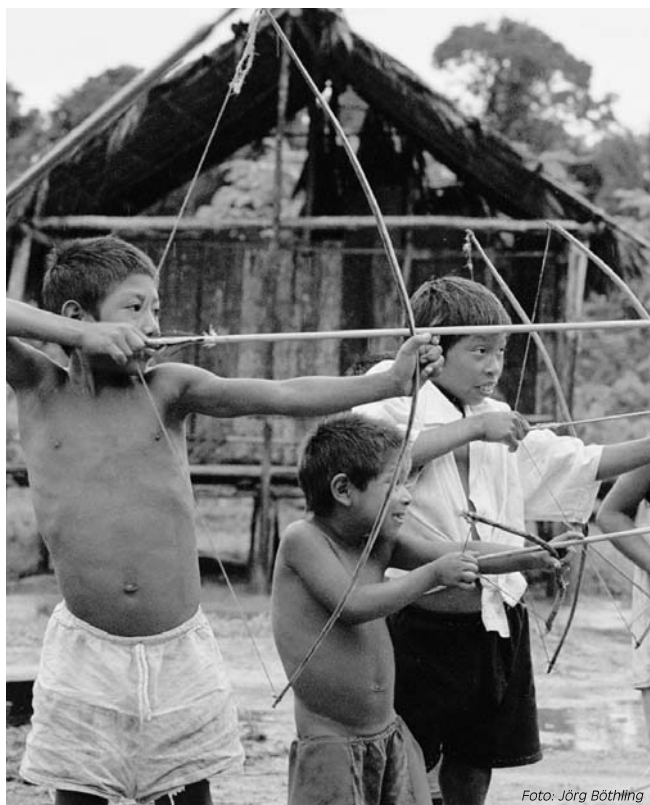


Foto: Jörg Böthling

## Brasilien: Medizinische Hilfe für die Amazonas-Indianer

Tuberkulose gilt bei den Kulina-Indianern als magische Krankheit. Deshalb ist dafür der Schamane zuständig. Jetzt zeigt eine deutsche Ärztin den Schamanen und Dorfgesundheitshelfern Methoden einer besseren Früherkennung und Behandlung der weit verbreiteten Infektionskrankheit. Im Kampf gegen die oft tödlichen Durchfallerkrankungen der Kulina hat sie eine einfache Vorsorgemaßnahme entwickelt: eine inzwischen international prämierte Anlage zur Filtrierung des verunreinigten Flusswassers.

Einheimischer Partner von „Brot für die Welt“ ist der Indianermissionsrats der evangelisch-lutherischen Kirche Brasiliens (COMIN).

**Mit Ihrer Spende helfen Sie uns, diesen Menschen ausreichende Behandlung und Gesundheitsvorsorge zu ermöglichen.**

**Brot  
für die Welt**  
www.brot-fuer-die-welt.de

Postbank Köln  
Konto 500 500-500  
BLZ 370 100 50  
Kennwort:  
Gerechtigkeit

Postfach 10 11 42, 70010 Stuttgart



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

## Aktuelle Informationen des Vorstandes

### *Liberalisiertes Zulassungsrecht auf dem Weg*

Die Bundesregierung hat Ende April den Gesetzentwurf für das neue Vertragsarztänderungsgesetz vorgelegt, von dem auch deutliche Auswirkungen auf den Versorgungsbereich „Psychotherapie“ zu erwarten sind. Ziel des Gesetzes ist neben der – im Zulassungstechnischen Sinne gesehen – Angleichung und Gleichstellung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und der ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten vor allem eine Liberalisierung der Zulassungsvorschriften für die Kassenärztliche und Kassenpsychotherapeutische Tätigkeit.

Zukünftig soll es auch möglich sein, sowohl in Kliniken und MVZs als auch ambulant in einer eigenen Praxis tätig zu sein. Daneben soll jetzt erstmals die Möglichkeit der Teilzeitzulassung geschaffen werden, was gerade im Bereich der Psychotherapie und hier vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Bedeutung erlangen kann. Damit würde es erstmals möglich, eine Zulassung zu erlangen, mit der man nur zu 50 % – also mit max. 25 Std. pro Woche – am Sicherstellungsauftrag teilnimmt. Auch schon vorhandene Vollzeitzulassungen sollen in diese Teilzeitzulassung umwandelbar sein. Zusätzlich sieht der Gesetzentwurf vor, dass auch in überversorgten Gebieten – wie z.B. Hamburg – bei vorliegender regionaler Unterversorgung zusätzliche Zulassungen ermöglicht werden. Die Richtlinien, nach denen dies erfolgen kann, sollen allerdings in der Zukunft erst vom Gemeinsamen

Bundesausschuss Ärzte / Krankenkassen (G-BA) entwickelt werden. Damit entsteht ein neuer Versorgungsansatz neben den bisher schon möglichen Sonderbedarfszulassungen. Weitere Eckpunkte des Gesetzentwurfes sind der teilweise Wegfall von Altersbeschränkungen bei der Kassenzulassung (in MVZs und in unterversorgten Regionen) sowie die Möglichkeit, dass zukünftig MVZs nicht mehr zwingend Berufsgruppenübergreifend nur unter Beteiligung von z.B. Ärzten und Psychotherapeuten, sondern zukünftig auch innerhalb einer Berufsgruppe möglich sein sollen. Damit fiele auch die Vorgabe der ärztlichen Leitung eines MVZ, und stattdessen können kooperative Leitungen eingesetzt werden.

Dies sind nur einige Eckpunkte des neuen Vertragsarztänderungsgesetzes, das ab Mitte Mai in die Ausschusshörungen und die Beratungen in den parlamentarischen Gremien gehen wird. Sowohl die PTK-Hamburg als auch die BPTK sind bemüht, an den Punkten, wo noch Korrekturbedarf gesehen wird – z.B. bei der Umwandlung von bestehenden Vollzeitzulassungen in Teilzeitzulassungen und dem Verfahren der Vergabe der freierwerbenden Teilzeitkontingente – einzuwirken. Spätestens bei der Allg. Kammerversammlung werden weitere Einzelheiten vorliegen.

Neben diesem top-aktuellen Punkt hat sich der Vorstand in den letzten Wochen mit folgenden Punkten befasst:

### **Aufnahme der PiA als freiwillige Mitglieder**

Seit dem Inkrafttreten des Heilberufesgesetz sind 74 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Aus-

bildung als freiwillige Mitglieder der PTK-Hamburg beigetreten. Am 4. April fand ein zweites Gespräch mit VertreterInnen der PiA und dem Vorstand statt, in dem eine PiA-Veranstaltung am 15. Mai vereinbart worden ist. Schwerpunktthemen der Veranstaltung waren: Ausbildungssituation, Bezahlung während des Praktikums/Praktikumsplätze, Wahl einer PiA-Arbeitsgruppe.

Am 27. Februar hat ein Treffen mit Vertretern der Ausbildungsinstitute stattgefunden, in dessen Rahmen schwerpunktmäßig Fragen der Ausbildung – vor allem Möglichkeiten der Ausbildungsförderung, Verstärkung der Werbung für die Ausbildung zum PP/KJP, Praktikumsplätze und Bezahlung während des Praktikums – standen. Im Ergebnis wird die PTK-Hamburg versuchen, mit dem LBK-Hamburg ein Gespräch zur Frage der Ausbildungsplätze und der Bezahlung im Praktikum zu vereinbaren. Weiterhin wurden die Einschätzungen der Konsequenzen der Einführung von Bachelor- und Master-Studiengängen auf die Ausbildungen zur Approbation diskutiert.

### **Wahlordnung**

In einem Gespräch mit der Juristin der der BWG, Frau Sieper, ist der Entwurf der neuen Wahlordnung und Möglichkeiten zur Erweiterung der Wahlordnung in Richtung auf ein Mehrstimmenwahlrecht, sowie die Frage der Genehmigungsfähigkeit eines „personalisierten Verhältniswahlrechtes“ erörtert worden. Bei Redaktionsschluss dieser Ausgabe des PTJ stand noch nicht fest, welches Wahlsystem die Delegiertenversammlung der PTK-Hamburg letztendlich beschließen wird. Wir werden hierüber per Kammertelegramm bzw. Rundschreiben alle Mitglieder informieren.

## **Versorgung psychisch kranker Kinder – Psychopharmakabehandlung und Ergotherapie bei Kindern**

Am 21. Februar fand der zweite Teil der Anhörung zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Hamburg vor dem Gesundheitsausschuss und dem Ausschuss für Jugend und Familie der Hamburger Bürgerschaft statt. Alle zusammen mit den Vertretern der PTK-Hamburg zur Anhörung geladenen Experten – auch die KV-HH – haben die bestehende Unterversorgung mehr oder weniger deutlich bestätigt (Nachzulesen im Wortprotokoll der Sitzung, zu beziehen online über die Parlamentsdatenbank der Bürgerschaft). Gleichwohl ist aufgrund der Zuständigkeit der Bundesregierung für die Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie und der Zulassungsverordnung keine Handlungsmöglichkeit seitens des Ausschusses gesehen worden. Der Ausschuss wird die Möglichkeit zur Einbringung einer entsprechenden Bundesratsinitiative im Rahmen der abschließenden Erörterung des Ausschussberichtes mit dem Senat und der Fachbehörde ansprechen.

Der Vorstand hat sich zudem intensiv mit der Frage der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Psychopharmaka befasst und zur Klärung der aktuellen Datenlage einen Termin mit Prof. Glaeske vom Zentrum für Sozialforschung Bremen vereinbart. Hintergrund war die zunehmende Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Psychopharmaka wie „Ritalin“ oder „Strattera“ und der rapide Anstieg der Verordnung von Ergotherapie bei auffälligen Kindern. Als Ergebnis des Gesprächs mit Prof. Glaeske ist vereinbart worden, dass sich die PTK-Hamburg an einem aktuellen Forschungsvorhaben zur Frage der Behandlung mit Psychopharmaka und Ergotherapie beteiligen wird. Ebenfalls eingebunden sind die Techniker Krankenkasse und die Schwäbisch-Gmünder Ersatzkasse. Wesentlicher Bestandteil des Forschungsvorhabens wird die Erhebung über einen Fragebogen sein, der an betroffene Eltern gesandt wird. Zudem wird das bei den beteiligten Krankenkassen vorhandene Datenmaterial unter dem Gesichtspunkt, wer was in welchem Umfang verordnet, analy-

siert. Mit Ergebnissen ist frühestens Mitte 2007 zu rechnen.

## **Umgang mit Beschwerden – berufsrechtliche Verfahren – Beschwerdemanagement**

Die PTK-Hamburg wird zunehmend mit Beschwerden über die Arbeit von Kammermitgliedern konfrontiert, wobei der Schweregrad der erhobenen Vorwürfe teilweise als erheblich einzustufen ist. Da bislang noch keine Verfahrensordnung und auch noch keine klaren Kriterien für die Abgrenzung von Beschwerden gegenüber Schlichtungsersuchen definiert wurden, hat ein Gespräch mit Frau Sieper, der Juristin der BWG, stattgefunden, um den rechtlichen Rahmen für die Kammer genauer auszuloten. Danach hat die PTK-Hamburg grundsätzlich allen Beschwerden nachzugehen, auch wenn der Beschwerdeführer selber eventuell nur den Wunsch nach einer Schlichtung äußert. Im Extremfall ist die Kammer verpflichtet, Anklage gegen das Kammermitglied vor dem Heilberufsgericht zu erstatten. In andern Fällen kann eine mit einer Geldbuße bewehrte Rüge erteilt werden. Entscheidend ist die Bewertung des Vorstands, ob ein berufsrechtlich relevanter Verstoß vorliegt oder nicht. Dies erzwingt zukünftig ein anderes Vorgehen bei der Bearbeitung von Schlichtungsanträgen. Der Vorstand hat beschlossen, unter Berücksichtigung weiterer Rechtsauskünfte für das genauere Vorgehen eine Verfahrensrichtlinie sowie ein Merkblatt für die Behandlung von Beschwerden zu erarbeiten.

## **Öffentlichkeitsarbeit „Psych-Info“**

Nachdem das Psych-Info-System seit Anfang des Jahres online ist, hat ein hoher Prozentsatz der Mitglieder der norddeutschen Kammern sich bereits eingetragen. Die PTK-Hamburg hat zudem im April alle anderen Kammermitglieder mit deren auch für den Therapieführer veröffentlichten Daten in das System eintragen lassen. Zeitgleich ist eine koordinierte Pressemitteilung aller vier Kammern sowie ein Informationsflyer zum Psych-Info-System versandt worden. Die PTK-Hamburg hat diesen Flyer nicht nur an die Presse, sondern via Hamburger Ärzteblatt an alle Hamburger Ärzte, via PT-Journal an alle Hamburger Psychotherapeuten

und zusätzlich in größerer Stückzahl an alle allgemein bildenden Schulen und alle Beratungsstellen versandt. Insgesamt hat die PTK-Hamburg ca. 20.000 Flyer versandt. Der Flyer steht zudem auf der Homepage der PTK-Hamburg.

## **Interview mit dem Leiter des Beratungszentrums Alsterdorf, Herrn Dr. phil. Michael Wunder**

*Interview Gerda Krause*



**Herr Dr. Wunder, Sie sind Mitarbeiter der „Evangelischen Stiftung Alsterdorf“, einer Einrichtung, die in Hamburg noch immer unter dem Namen „Alsterdorfer Anstalten“ bekannt ist. Können Sie kurz die konzeptionellen Veränderungen skizzieren, die mit der Namensänderung verbunden waren?**

Wir heißen schon seit 1988 „Evangelische Stiftung Alsterdorf“. Schon damals wollte man die Anstalten auch im Titel überwinden und – das finde ich aus heutiger Sicht ganz interessant – man wollte sich stärker und deutlicher als evangelische Einrichtung profilieren und zu christlichen Werten bekennen. Die Überwindung der Anstalten ist uns ehrlich gesagt in den 80er und 90 Jahren aber nicht wirklich gelungen, obwohl viele Menschen mit Behinderung in dezentrale Projekte umgezogen sind. Auf dem Zentralgelände blieb die Anstalt mit ihren entmündigenden Strukturen doch erhalten.

Diesen harten Kern haben wir erst jetzt mit dem neuen Alsterdorfer Markt und der



vollkommenen Öffnung des Geländes für die Bürger überwunden. Hinzu kommt das von Alsterdorf stark in die Debatte gebrachte Konzept der Community Care, das ja nicht nur örtlich das Leben in der Gemeinde meint, sondern die Ermöglichung einer aktiven Teilhabe am allgemeinen Leben. Hierzu ist ein ganz neues Verständnis unserer Arbeit auch im Sinne einer Gemeinwesenarbeit notwendig. 400 von 1200 Menschen mit Behinderung leben heute noch auf dem Zentralgelände, zum Teil schon in neuen Apartmenthäusern, die Hälfte noch in alten Quartieren.

Die Wohnform ist die eine Seite. Die Art, wie mit den Betroffenen in diesen Wohnangeboten umgegangen wird, wie respektvoll, wie förderlich, wie den eigenen Wunsch nach möglichst großer Unabhängigkeit während, das andere. Daran arbeiten wir trotz Rückschlägen und Missverständnissen sehr.

### **Was ist Ihre Aufgabe im Rahmen der Einrichtung?**

Ich leite das Beratungszentrum Alsterdorf, das entstanden ist aus den früheren sog. begleitenden Diensten, also von Dipl.-Psychologen, Pädagogen, Sozialpädagogen, Fortbildnern usw., die zwar außerhalb der Wohngruppen, aber fest in einem Wohnbereich angesiedelt waren und dort jeweils für die gesamte psychologische Diagnostik und Beratung, pädagogische Anleitung, Krisenintervention und Fortbildung zuständig waren. Dieses Prinzip ist heute überwunden. Die Mitarbeiter des Beratungszentrums bilden Fachteams in den Bereichen Psychologie, Pädagogik und Case Management und werden von den Leitungen der verschiedenen Wohn- und Förderangebote der Stiftung, die heute in eigenen gGmbH's organisiert sind, für die verschiedensten Leistungen abgerufen, entweder Leistungen für die Menschen mit Behinderung oder für die Mitarbeiter.

Im Rahmen unserer Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Ambulanz, die wir als Gemeinschaftsprojekt mit dem Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf betreiben, bieten wir auch Psychotherapie für Menschen mit Behinderung auf Krankenschein an.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Psychotherapeutenkammer Hamburg lädt Sie herzlich zum Hamburger Psychotherapeutentag 2006 ein. In Vorträgen und Workshops wird den Ansprüchen und Zielvorstellungen auf Glück und auf die Minderung von Unglück nachgegangen, wie sie sich für PatientInnen und TherapeutInnen im psychotherapeutischen Prozess präsentieren und wie damit umgegangen werden kann. ReferentInnen aus verschiedenen Arbeitsgebieten und mit verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen beschäftigen sich und uns u.a. mit dem Glück.

## **Hamburger Psychotherapeutentag 2006**

### **„Glück und Psychotherapie – auf der Suche nach einem großen Gefühl“**

**am Samstag, den 07. Oktober 2006, von 9.30 bis 17.30 Uhr  
Universitätsgebäude Edmund-Siemers-Allee 1,  
(gegenüber Dammtorbahnhof)**

**Veranstalter: Psychotherapeutenkammer Hamburg,  
Curschmannstrasse 9, 20251 Hamburg,**

**Programm und Anmeldung:** Das vollständige Programm samt Anmeldebogen finden Sie leicht auf unserer Homepage ([www.ptk-hh.de](http://www.ptk-hh.de)). Sie erhalten es auch per Anruf in unserer Geschäftsstelle (Tel. 040/42101234, E-mail: [info@ptk-hh.de](mailto:info@ptk-hh.de)). Die Teilnahmegebühr beträgt 30,- €.

Fortbildungspunkte werden je nach Teilnahmeumfang vergeben.

### **Psychotherapie mit geistig Behinderten ist für viele Kolleginnen und Kollegen kaum vorstellbar. Können Sie beschreiben, nach welchen Konzepten Sie vorgehen?**

Unsere Ambulanz hat seit 2001 die Zulassung für die psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung von Menschen mit Behinderungen. PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen arbeiten Hand in Hand. Wir arbeiten mit Menschen mit Körperbehinderung ebenso wie mit Sinnesbehinderung oder geistiger Behinderung. Etwa 90% unserer Patienten gehören aber letzterer Gruppe an – dafür sind wir bekannt – und auf diese Gruppe zielt auch Ihre Frage.

Für uns als Psychologen mit langjähriger Erfahrung in der Behindertenhilfe war die Psychotherapie bei unserer Klientel nie eine Frage des Ob, sondern nur eine des Wie. Gleichwohl ist der Streit mit der Kasernenärztlichen Vereinigung und den Kran-

kenkassen bei unserer Zulassung zwei Jahre lang nur um das Ob gegangen. Nicht unsere positiven Vorerfahrungen, sondern der Berg der internationalen Literatur, insbesondere aus den USA, hat den Ausschlag gegeben. Was wir machen, ist nach unserer Einschätzung nicht wirklich different von dem der Kollegen, die mit Nicht-Behinderten arbeiten. Die Psychotherapiegerichtlinien, denen auch unsere Therapien unterliegen, sind eindeutig.

### **Die eine Frage lautet: Liegt eine krankheitswertige psychische Störung vor?**

Dazu kann man eindeutig sagen, dass dies möglich ist. Bei Menschen mit geistiger Behinderung kommen diese sogar 4-5 Mal häufiger als bei anderen Menschen vor. Die individuelle Indikationsprüfung ist natürlich entscheidend. Die machen wir wie alle anderen auch in unseren Erstgesprächen – bei uns immer von zwei Kollegen zusammen – und sortieren hier beispiels-

weise die Bedarfe nach stützenden Gesprächen oder Beratung aus. Diese müssen dann über die Wohngruppen finanziell abgewickelt werden.

### **Und die andere Frage: Ist diese Störung psychotherapeutischer Behandlung zugänglich?**

Hier sprechen unsere Erfahrungen eine deutliche Sprache. Die Antwort lautet auch hier ja, wenn natürlich nicht in jedem Fall und nicht bei jedem Grad der Behinderung. Unsere positiven Erfahrungen sind aber keineswegs auf Menschen mit Lernbehinderung eingegrenzt, sondern beziehen sich durchaus auch auf Menschen mit leichter und mittlerer geistiger Behinderung, die im Bereich anschaulichen Denkens liegen und ein eigenes Selbst herausgebildet haben.

Will man unsere gemeinsamen Erfahrungen zusammenfassen, dann vielleicht so: es geht in unseren Therapien mehr als sonst üblich um Langsamkeit, vieles ist langwieriger und braucht sehr viel mehr Zeit, stützende und übende Anteile sind oft – nicht immer – stärker notwendig als in Psychotherapien mit Menschen ohne Behinderung, Psychoedukation und Beratung des Umfeldes sind unverzichtbar. Jeder von uns hat seinen eigenen Therapie-Stil entwickelt. Eine ganz wesentliche Erfahrung haben wir – egal welche ursprüngliche Therapieausbildung wir mitgebracht haben und ob wir heute psychologische PsychotherapeutInnen mit TfP oder VT sind: die Benutzung einer einfachen Sprache – im übrigen ein Muss jeder erfolgreichen Arbeit mit Menschen mit geis-

tiger Behinderung – heißt in der Psychotherapie nicht Verflachung und Verzicht auf Tiefe, sondern ist für uns eine große Herausforderung, unsere Dinge einfach, verstehbar, nachvollziehbar und gerade deshalb auch klar auszudrücken.

Unsere Erfahrungen haben wir publiziert, z.B. unter:  
www.beratungszentrum-alsterdorf.de  
—>Psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulanz —>Angebote.

### **Worüber finanziert sich das Beratungszentrum?**

Unsere Ambulanzeleistungen werden schlicht über Krankenschein mit den Krankenkassen abgerechnet. Alle unsere anderen Leistungen werden zu einem festen Stundenpreis mit den jeweiligen Auftraggebern abgerechnet, also auch mit den verschiedenen Wohngruppen, die das dann aus ihrem Budget finanzieren. Das ist ein alter Streitpunkt, weil einerseits solche Leistungen Qualitätsstandard in der Behindertenhilfe sind, andererseits die Sozialbehörde die Maßnahmenpauschalen für die Wohnangebote so eng schnürt, dass viel Klarheit und Gradlinigkeit auf allen Seiten dazu gehört, diesen Standard nicht zu kippen.

Mit unserem System verbunden ist, dass Mitarbeiterteams oder Wohnhausleitungen uns nicht wählen müssen. Sie können sich auch andere Fachberater, Supervisoren oder Fortbildner auf dem Markt suchen. Wir stehen also in harter Konkurrenz, was manchmal nervlich aufreibend ist, weil wir nicht wissen, ob wir genügend Einnahmen

haben, um uns zu tragen. Das Prinzip ist aber inhaltlich nicht schlecht, weil wir schnell merken, wo wir gut sind und wo wir uns verbessern müssen. Wir "verkaufen" bereits heute zwischen 30% und 40% unserer Leistungen an Nicht-Alsterdorfer. Dieser Prozess wird weitergehen. Richtig ärgern tun wir uns eigentlich nur, wenn statt psychologischer oder pädagogischer Leistungen von den Wohngruppen gar nichts "eingekauft" wird und das Geld allgemein eingespart wird. Aber auch das tut der Freude, die wir – glaube ich – alle an der Arbeit mit genau diesen Menschen hier in Alsterdorf haben, keinen Abbruch.

### **Herr Dr. Wunder, vielen Dank für das Interview.**

**Korrespondenzadresse:** Dr. phil. Michael Wunder, Beratungszentrum Alsterdorf, Paul-Stritter-Weg 7, 22292 Hamburg, Tel: + 49 – 40 – 50773566, Fax: + 49 – 40 – 5077 3777, E-mail: m.wunder@alsterdorf.de

**Adresse der Ambulanz:** Psychiatrisch-Psychotherapeutische Ambulanz Alsterdorf, Alsterdorfer Markt 8, 22292 Hamburg, Tel. 040-50773857 oder 507773462, Telefonische Anmeldung: Mo – Do 9.00 -17.00, Fr. 9.00 – 13.00 Uhr

### **Geschäftsstelle**

Curschmannstraße 9  
20251 Hamburg  
Tel. 040/42101234  
Fax. 040/41285124  
Internet: www.ptk-hh.de  
E-Mail: info@ptk-hh.de

## In eigener Sache

Wenn Sie diese Ausgabe in Händen halten, werden sich Delegiertenversammlung, Vorstand und Ausschüsse neu konstituiert haben. Bitte informieren Sie sich

im Internet über die neue Zusammensetzung der Gremien Ihrer Kammer unter [www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj](http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj).

## Ausschuss „Beschwerde und Schlichtung“ – Aufgaben und Arbeitsweise

Nach der Wahl des Ausschusses „Beschwerde und Schlichtung“ (BSA) im November 2002 musste zunächst das Beschwerde- und Schlichtungswesen etabliert und der Ablauf für die Bearbeitung von Beschwerden geregelt werden. Die geregelte Bearbeitung von Beschwerden gehört zu den zentralen Aufgaben einer Kammer. Der Ausschuss erarbeitete eine Geschäfts- sowie eine Schlichtungsordnung zur Beilegung von Konflikten zwischen Kammermitgliedern und verfasste eine Satzung für die mit einem Richter, einem Patientenvertreter und ei-

nem Kammermitglied (und Stellvertretern) besetzte Schlichtungsstelle. Daraus ergibt sich der in dem Schaubild dargestellte formale Ablauf.

Grundsätzlich wird dabei unterschieden zwischen Streitigkeiten, die aus einem Behandlungsverhältnis resultieren, und Streitigkeiten zwischen Kammermitgliedern oder einem Kammermitglied und weiteren Personen (z.B. mitbehandelnden Ärzten). Beschwerden werden über die Geschäftsstelle der Kammer an den BSA weitergeleitet, der diese bearbeitet. Beschwerden aus einem Behandlungsverhältnis werden an die Schlichtungsstelle weitergegeben, wenn die Klärungsbemühungen des Ausschusses keinen Erfolg haben und wenn

beide Konfliktparteien mit einem Schlichtungsverfahren einverstanden sind. Bei gravierenden Verstößen gegen die Berufsordnung oder bei Verdacht auf Berufsunfähigkeit eines Kammermitglieds kann auf Empfehlung des Beschwerdeausschusses an den Kammervorstand das Landesprüfungsamt für Heilberufe einbezogen oder ein Berufsgericht angerufen werden.

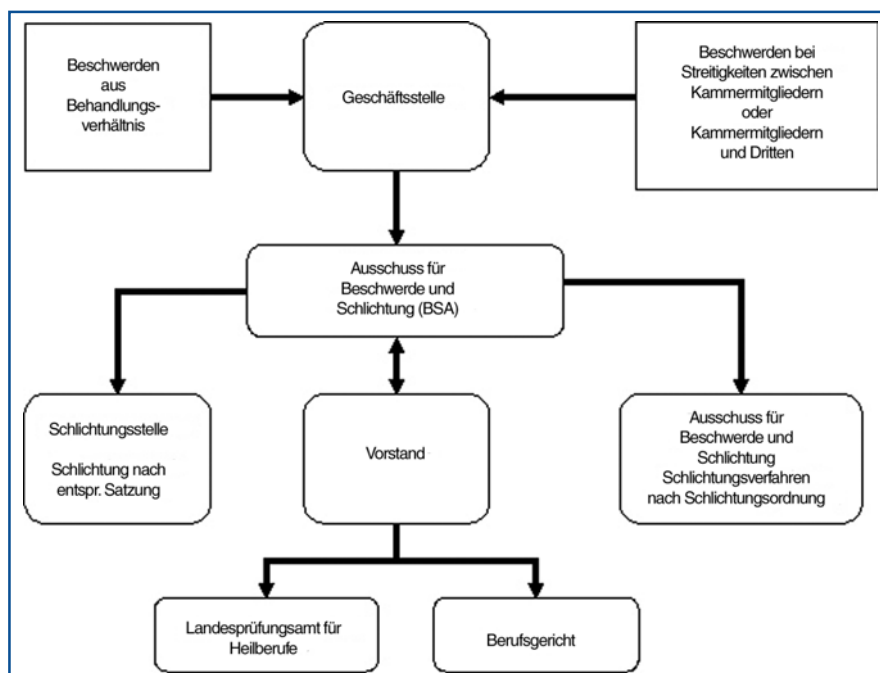
Bei der Geschäftsstelle können Sie einen Flyer anfordern, der über Beschwerde- und Schlichtungswesen in der Psychotherapeutenkammer Hessen informiert. Zur Darstellung des Ausschusses „Beschwerde und Schlichtung“ im Internet kommen Sie über [www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj](http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj).

## Berufsordnung bewährt sich in der Praxis weitgehend – Kompetenzen des Ausschusses „Beschwerde und Schlichtung“ müssen weiterentwickelt werden

### Ergebnis einer gemeinsamen Sitzung der Ausschüsse „Beschwerde und Schlichtung“ sowie „Ethische Fragen und Berufsordnung“

Am 4. März 2006 gingen die Ausschüsse „Beschwerde und Schlichtung“ (BSA) sowie „Ethische Fragen und Berufsordnung“ gemeinsam der Frage nach, inwieweit sich die verabschiedete Hessische Berufsordnung (BO) bei der Bearbeitung von Beschwerden gegen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bewährt hat.

Die Vorsitzende des Beschwerde- und Schlichtungsausschusses, Marlies Lübber-Hagmann, zog als erste Bilanz, dass die BO, auch wenn sie bei der Bearbeitung eingereicherter Beschwerden selten explizit konstituiert werden musste, stets den Hinter-





grund der Arbeit bildete. Nach der Gründung des Ausschusses im Jahre 2002 sei dies noch ein Problem gewesen, da die BO noch nicht verabschiedet war und somit wesentliche Kriterien für die Bewertung oder mögliche Verfolgung von offensichtlich gravierenden Verstößen gefehlt hätten. Erst seit der Verabschiedung der BO im Jahre 2004 sei die Bearbeitung von Beschwerden umfassend möglich, was auch die praktische Ausschussarbeit erleichtert und beschleunigt habe.

Der Großteil der eingereichten Beschwerden könne mittlerweile innerhalb von drei bis sechs Monaten abgeschlossen werden. Der Ausschuss habe bis April 2006 75 Beschwerdefälle bearbeitet. Von diesen seien 69 vom Ausschuss für Beschwerde und Schlichtung oder von der Schlichtungsstelle abgeschlossen worden, 6 noch in der laufenden Bearbeitung. Rund ein Drittel der Beschwerden aus dem Behandlungsverhältnis sei aus Sicht des Ausschusses berechtigt gewesen, ein weiteres Drittel unberechtigt, beim letzten Drittel sei ein eindeutiges Votum nicht möglich oder die unterstellten Sachverhalte seien nicht zweifelsfrei aufklärbar gewesen.

Typische **Beschwerdegründe** waren:

- Fragen zu Rechnungen und Ausfallhonoraren
- Zweifel am methodischen Vorgehen von Psychotherapeuten in Diagnostik und Therapie
- Zweifel an der persönlichen Eignung (z.B. wegen Alkoholisierung des Psychotherapeuten)
- (Fachliche) Konflikte zwischen Psychotherapeuten (Streitigkeiten zwischen Kammerangehörigen)
- Verletzung professioneller Grenzen (z.B. von Abstinenzgebot oder Schweigepflicht)

In fast allen bearbeiteten Beschwerdefällen erwies sich die geltende BO als sinnvolle und zweckmäßige Grundlage. Einigkeit bestand darin, den § 13,4 – Abstinenz von sozialen Kontakten außerhalb der Psychotherapie – entsprechend der Musterberufsordnung zur Änderung vorzuschlagen: „Psychotherapeuten sollen außertherapeutische Kontakte zu Patienten/innen auf das

Nötige beschränken und so gestalten, dass eine therapeutische Beziehung möglichst wenig gestört wird“. Bei Fällen, die sich auf die § 3 – Berufsaufgaben – und § 4 – Verantwortung – beziehen, kann die BO aber hinsichtlich der Berufstätigkeit als Psychotherapeut nur einen globalen Rahmen abstecken – konkrete Kritik an der Arbeit eines Behandlers muss dann im Einzelfall evaluiert und belegt werden.

Probleme gibt es in der Arbeit des Ausschusses Beschwerde und Schlichtung noch, wo Kammermitglieder, gegen die Beschwerden vorliegen, sich einer Zusammenarbeit mit dem Ausschuss verweigern. Wenn z.B. Beschwerden über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei der Kammer eingereicht werden, sind diese verpflichtet, sich gegenüber dem BSA zu äußern – § 30 der Berufsordnung sieht dies vor: „Kammerangehörige sind verpflichtet, nach entsprechender Aufforderung des Ausschusses unverzüglich zur Aufklärung des Sachverhalts beizutragen.“ Dirk Fiedler, Vorsitzender des Ausschusses „Ethische Fragen und Berufsordnung“, betonte, dass ein Verstoß gegen diese Regelung ausreiche, um ein Verfahren vor dem Berufsgericht einzuleiten.

In der neuen Wahlperiode müssen aus Sicht der beiden Ausschüsse die Kompetenzen und Zuständigkeiten des Ausschusses für Beschwerde und Schlichtung nach außen wie auch gegenüber Organen der Kammer (wie z.B. gegenüber Geschäftsstelle, Vorstand, Präsident und Vizepräsident) weiter entwickelt werden.

Weiterhin ist die Zusammenarbeit mit dem Hessischen Landesprüfungsamt für Heilberufe, das für die Erteilung wie auch im Falle einer vermuteten Nichteignung für die Überprüfung der Approbationsvoraussetzungen zuständig ist, noch unzureichend entwickelt.

Zusammenfassend äußerten sich die Mitglieder beider Ausschüsse zufrieden über den in der ersten Wahlperiode der Kammer erreichten Stand – sowohl was die BO angeht wie auch den Umgang mit Beschwerden. Als umso wichtiger wurde gesehen, die Berufsordnung in der neuen Wahlperiode durch öffentliche Veranstal-

tungen des Ausschusses „Ethik und Berufsordnung“ bekannter zu machen sowie praxisrelevante Fälle aus der Arbeit des Ausschusses für Beschwerde und Schlichtung unregelmäßig hier in den Hessenseiten des PTJ zu veröffentlichen.

Informationen über die Ausschüsse „Beschwerde und Schlichtung“ sowie „Ethik und Berufsordnung“ finden Sie im Internet über [www.psychotherapeutenkammerhessen.de/ptj](http://www.psychotherapeutenkammerhessen.de/ptj).

## Stellungnahme der Ständigen Arbeitsgruppe KJP zu Versorgungsengpässen bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Zur Besserung der besonderen Engpässe bei der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen hatte die Psychotherapie-Kommission der KVH vorgeschlagen, dass Psychologische Psychotherapeuten auch ohne die nach § 6 der Psychotherapievereinbarung erforderliche Zusatzqualifizierung in Kinder und Jugendlichenpsychotherapie die Behandlungserlaubnis für Jugendliche ab 15/16 Jahren erhalten.

Dieser Vorschlag wurde im Vorstand der Kammer diskutiert, zuständigkeitshalber aber an die Ständige AG KJP mit der Bitte weitergegeben, eine Stellungnahme abzugeben.

Die Ständige AG KJP lehnte diesen Vorschlag mit folgender Begründung ab:

„Die Altersgruppe der 15- bis 18-Jährigen gilt unter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten übereinstimmend als eine besonders schwierige Gruppe von Patienten. Es handelt sich bei dieser Gruppe um Jugendliche, die in die Adoleszenz hineinwachsen – und nicht um ‚kleine Erwachsene‘, die man mit ‚erwachsenen‘ Konzepten behandeln könnte. In manchen Fällen ist zudem die Einbeziehung der Bezugspersonen indiziert, eine in der Adoleszenz besonders vorsichtig zu handhabende Maßnahme. Aus diesen Gründen verlangt die Behandlung dieser Patientengruppe spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten, die Kinder- und Jugendlichenpsychothera-

peuten im Rahmen ihrer Ausbildung erworben haben und die sie in ihrer Praxis fortlaufend vertiefen. Dies gilt in dem erforderlichen Maße nicht automatisch für Psychologische Psychotherapeuten.“

Die Umfrage der Psychotherapeutenkammer Hessen zur Versorgungslage im Bereich KJP hat gezeigt, dass die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einschließlich der doppelapprobierten Psychotherapeuten Kinder und Jugendliche *aller* Altersgruppen behandeln – mit jeweils leichten Alterspräferenzen. Psychologische Psychotherapeuten mit einer Abrechnungsgenehmigung für den KJP-Bereich dagegen behandeln zu *88,5% keine* Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren!

Es stellt sich die Frage, warum Psychologische Psychotherapeuten, die zur Erlangung der KJP-Abrechnungsgenehmigung immerhin Zeit und Geld in eine Zusatzqualifikation investiert haben müssen, diese offenbar kaum nutzen. Möglicherweise zeigt sich in der Arbeitspraxis, dass Psychotherapie mit Kindern und mit Jugendlichen mehr an Qualifizierung erfordert als die derzeit nach der Psychotherapievereinbarung vorgesehene Zusatzqualifizierung.

Auch aus diesem Grunde hätte der Vorschlag der KVH voraussichtlich keinen realen Boden und es wäre nicht einmal damit zu rechnen, dass eine quantitative Verbesserung der Versorgung erzielt würde.

Die Ständige AG KJP ist der Meinung, dass die derzeit nach der Psychotherapievereinbarung vorgesehene Zusatzqualifizierung ein Minimum darstellt, um Psychologische Psychotherapeuten für die Arbeit mit 15- bis 18-Jährigen zu qualifizieren und auch zu motivieren.

Zur Arbeitsgruppe KJP können Sie sich im Internet informieren unter [www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj](http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj).

## **Kommentar zu Musterberufsordnung – Kammer hält ein begrenztes kostenfreies Kontingent für Mitglieder vor**

Martin H. Stellpflug/Inge Berns

### **Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – Text und Kommentierung.**

Die Berufsordnung und deren praktische Umsetzung ist für alle PP und KJP sowie aller Institutionen von großer Bedeutung. Daher hat die Kammer ein festes Kontingent des Werkes beim Verlag vorbestellt. Wenn Sie ein Freiexemplar wünschen, dann senden Sie bitte einen festen oder wattierten Umschlag in der Mindestgröße 20 x 27 cm (z.B. Ondu lop Nr. 7) frankiert mit EUR 1,40 und dem Vermerk Büchersendung oberhalb des Anschriftfeldes an die Geschäftsstelle. Wir werden Sie gerne bedienen, solange es unser Vorrat zulässt.

## **Termine**

- 2. DV der 2. Wahlperiode: 29. und 30. September 2006, IB Hotel Friedberger Warte, Homburger Landstraße 4, 60389 Frankfurt (Termin und Tagungsort vorbehaltlich der Zustimmung der neu gewählten DV)
- „Prävention und Psychotherapeutische Kompetenz“, Veranstaltung der Kammer am 12. Juli 2006, 60327 Frankfurt, Haus Gutleut, Rottweiler Str. 32, ab 15.00 Uhr

## **Gedenken**

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegin:

Frau Jutta von Aschoff, Bad Zwesten, geb. 9.12.1947, gest. 14.3.2006

## **Redaktion Hessische Kammerseiten:**

Mit dieser Ausgabe der Hessenseiten endet die Amtszeit der bisherigen Redaktion. Nachdem am 29. Juni 2006 die neu gewählte DV erstmals zusammentritt, wird auch die Verantwortlichkeit für die Hessischen Kammerseiten neu bestimmt werden. Wir nehmen dies zum Anlass, uns bei Ihnen, den Leserinnen und Lesern der Hessenseiten des PTJ zu bedanken. Wir hoffen, wir konnten Ihnen in den vergangenen Jahren die Aktivitäten der Kammer nahe bringen und verständlich machen und Sie auch davon überzeugen, dass sie wichtige Aufgaben für unseren Berufsstand erfüllt.

*Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier*

E-Mail: [ptj@psychotherapeutenkammer-hessen.de](mailto:ptj@psychotherapeutenkammer-hessen.de)

Hessenseiten des Psychotherapeutenjournal im Internet: [www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj](http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj)

## **Geschäftsstelle**

Gutenbergplatz 3  
65187 Wiesbaden  
Tel 0611/53168-0  
Fax 0611/53168-29  
E-Mail:  
[post@psychotherapeutenkammer-hessen.de](mailto:post@psychotherapeutenkammer-hessen.de)  
Internet:  
[www.psychotherapeutenkammer-hessen.de](http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de)

# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

als Vorstand sind wir nun schon wieder mehr als ein Jahr im Amt, wir haben uns in der neuen Konstellation längst „zurecht geruckelt“, so dass unsere Arbeit in den letzten Monaten – wieder – durch intensive und zugleich reibungsarme Kontinuität gekennzeichnet ist. Dabei ging es vor allem um die Fortsetzung und den Ausbau bereits begonnener Vorhaben, so etwa

- im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung, der nicht mehr „Notfallpsychotherapie“ heißt, weil wir ihn in Hinblick auf den Kompetenzbereich von PP und KJP weiter gefasst sehen, also nicht beschränkt auf Psychotherapie im akuten Notfall, in dem psychotherapeutisches Handeln im engeren Sinne sogar fehlindiziert sein kann
- im Bereich der Palliativversorgung, in dem wir mittlerweile mit unserer spezifischen Kompetenz „angekommen“ und von unseren Partnern akzeptiert sind; Ausdruck dafür war ein gemeinsam veranstaltetes Symposium „Psychotherapie, Seelsorge und Sozialarbeit in der Palliativversorgung“ im April dieses Jahres
- bei der Entwicklung von Modellen der Integrierten Versorgung, von denen eines bereits auf dem Markt ist und andere einem Vertragsabschluss recht nahe sind
- in der Auseinandersetzung um die Konsequenzen veränderter Hochschulstrukturen für die Ausbildung von PP und KJP, in der wir auf Landesebene und verantwortlich auch auf Bundesebene mitwirken, um zum einen den qualitativen Standard der Ausbildung und damit auch die Vergleichbarkeit mit den Fachärzten zu sichern, deren Studium nicht auf Bachelor-/Masterstrukturen umgestellt wird, und um

zum anderen die Chance zu nutzen, die Gleichwertigkeit von PP und KJP durch entsprechend gleichwertige Ausbildungsvoraussetzungen zu sichern.

Von den Ergebnissen unserer Initiative „Fortbildung in der Region“ haben Sie, wenn Sie dieses Heft lesen, hoffentlich schon profitiert. Es war uns ein Anliegen,

- unsere neuen Kammermitglieder nach Abschluss ihrer PP- oder KJP-Ausbildung darüber zu informieren, was sie mit diesem Abschluss anfangen können und ihnen dafür Tipps und Anregungen zu geben,
- allen Mitgliedern Gelegenheit zu geben, sich mit den Anforderungen an ein Qualitätsmanagement in der Praxis auseinanderzusetzen, um zu begreifen, was notwendig ist – und was auch nicht,
- durch ein von der PKN erarbeitetes Modell der Praxiswertberechnung zum einen unseren Nachwuchs beim Einstieg in eine Niederlassung vor unzumutbaren finanziellen Forderungen zu schützen, zum anderen aber auch ausscheidenden Praxisinhabern eine Basis zu bieten, einen angemessenen Wert für ihre Praxis bestimmen zu können.

Die Nachfrage bestätigt schon jetzt bei Redaktionsschluss, also mehr als zwei Monate vor Beginn dieser Veranstaltungsserie, dass wir auf hohen Informationsbedarf gestoßen sind, und wir werden diese Veranstaltungen gern wiederholen und weitere anbieten, wenn uns die Rückmeldungen dazu ermutigen.

Hinweisen wollen wir noch einmal auf unser Symposium im Oktober. Idee dieser Veranstaltung ist, im schulübergreifenden Dialog das psychotherapeutische Handeln in Hinblick auf unsere Berufsordnung

und übergreifende rechtliche Bedingungen zu reflektieren und zu überprüfen. Vielleicht nutzen Sie diese Gelegenheit aber auch, Praxisfelder kennen zu lernen, die Ihnen bisher fremd waren. Die Technische Universität Braunschweig hat uns für unser Symposium einen ausgesprochen schönen, angemessenen Rahmen zur Verfügung gestellt, an dem auch für Ihr leibliches Wohl(ergehen) gesorgt ist.

Sie finden Informationen und Anmeldeunterlagen noch einmal hier auf den letzten beiden Seiten – zum Heraustrennen und Absenden per Fax oder Post.

Hinweisen wollen wir auch noch einmal auf den Vertrag zur Integrierten Versorgung mit DAK und Roswitha-Klinik Bad Gandersheim, der u.a. die Möglichkeit für PP enthält, selbst Patienten direkt innerhalb von 10 Tagen in die Klinik einzuweisen. Die Vertragsunterlagen sind telefonisch unter 05382-939233 anzufordern.

Mit Freude können wir berichten, dass sich das Psychotherapeutenwerk (PWW) weiter entwickelt: Nach Abschluss entsprechender Staatsverträge sind nun auch die Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammern Hessen und Rheinland-Pfalz Mitglieder des PWW – nach den gleichen Bedingungen wie sie für uns Niedersachsen gelten. Wir sind optimistisch, dass sich noch weitere Länder anschließen wollen und können.

Ein kurzer Bericht aus der Kammerversammlung der PKN, die unmittelbar vor Redaktionsschluss am 22.04.06 in Hannover getagt hat:

Auf Grund der Aktualität an zentrale Stelle gerückt behandelte die Versammlung eine vom Vorstand eingebrachte Resolu-



tion zu den „Merkwürdigkeiten“ um die Frage einer sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie. Die Versammlung stellte sich geschlossen – ohne Gegenstimmen und Enthaltungen – hinter diese Resolution und forderte damit noch einmal nachdrücklich die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren (siehe auch PKN-Homepage).

Auf Vorlage des Finanzausschusses wurde ein alternatives Modell für die Berechnung des Kammerbeitrags diskutiert, das

die Einkünfte des jeweiligen Vorjahres als Rechnungsgrundlage vorsah. Wegen des erkennbar hohen Verwaltungsaufwandes entschied die Versammlung, dass dieses Modell nicht weiter verfolgt werden sollte.

Breiten Raum nahmen Vorstellung und Diskussion eines Modells psychosozialer Notfallversorgung von Dr. Christoph Kröger ein, das Sie auch im redaktionellen Teil dieses Heftes finden konnten. Die Kammerversammlung hat sich einmütig für die weitere Arbeit an und mit diesem Ansatz ausgesprochen.

Die intensiv geführte Diskussion um die Gründung einer Nordkammer hat zu der Entscheidung geführt, zwei Mitglieder der Kammerversammlung zu benennen, die mit Mitgliedern der drei anderen Kammern – sofern von diesen entsprechende Entscheidungen getroffen werden – weitere Erkundungen zu Chancen und Möglichkeiten einer gemeinsamen Kammer anstellen sollen.

*Ihr PKN-Vorstand*

## Und dann haben wir noch eine dringende Bitte:

Der Psychotherapeutensuchdienst der Nordkammern, der in diesem Jahr gestartet wurde und dem sich wahrscheinlich in den nächsten Monaten weitere Landeskammern anschließen, lebt davon, dass möglichst viele Mitglieder sich eingetragen haben. In Niedersachsen dürfen wir aus Datenschutzgründen auch die Basisdaten unserer Mitglieder nicht freigeben – aber letztlich sind diese basalen Informationen auch wenig aussagekräftig: Wir – oder bes-

ser: die Patienten – brauchen nähere Informationen, die ihnen helfen können, sich für eine Psychotherapie oder einen Psychotherapeuten bzw. eine Psychotherapeutin zu entscheiden. Bisher hinken wir in Niedersachsen mit der Zahl der Eintragungen deutlich hinter den anderen Landeskammern hinterher. Wir bitten Sie also: Tragen Sie sich ein – der Aufwand ist wirklich nicht groß verglichen mit dem Informationsgewinn, den die Nutzer haben.

Sie haben die Beschreibung des Weges zur Eintragung Anfang dieses Jahres erhalten, finden ihn aber auch so, wenn Sie auf unseren Internetseiten im Menü den Unterpunkt „links“ wählen: Sie stoßen dort auf den link „Eintragungen in Psych-Info“, über den Sie in die entsprechende Maske kommen. Wenn Sie Ihre Mitgliedsnummer und das Passwort für den Zugang nicht mehr finden, wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle der PKN.

## Erfassung der Psychotherapie im Qualitätsmanagement einer Institution

Viele Konzerne, die mit ihren Einrichtungen im Gesundheitssektor tätig sind, führen bereits seit Jahren ein erfolgreiches und in der Regel auch zertifiziertes Qualitätsmanagement (QM) durch. Die Konzernleitungen sehen das QM als eine erfolgreiche Möglichkeit für Wettbewerbsvorteile.

Psychotherapie ist dabei immer, wenn überhaupt, nur ein Bereich von vielen, die im Qualitätshandbuch aufgeführt werden. Es ist keine Selbstverständlichkeit, dass psychotherapeutische Arbeit angemessen erfasst und dokumentiert wird.

Im Unterschied zu den freiberuflich in einer eigenen Praxis tätigen Kolleginnen kann die angestellte Kollegin nicht selbst entscheiden, welches QM Verfahren eingesetzt wird. Das entscheidet das Unternehmen. Die Psychotherapie wird jedoch nur dann adäquat in den Verfahrensbeschreibungen und Handbüchern abgebildet sein, wenn die eigene Berufsgruppe sich engagiert und kompetent dafür einsetzt.

Da es bereits im Rehabilitationsbereich unterschiedlichen Verfahren gibt, die eingesetzt werden (u.a. ISO 9001, IQMP Reha, DEGEMED), eine Übersicht über die gesamte Vielfalt von eingesetzten QM Verfahren aber völlig fehlt, bitten wir hierzu um Informationen seitens der angestellten Kolleginnen und Kollegen:

Der Ausschuss Qualitätssicherung der PKN möchte dazu einladen, sich über den Stand der Erfassung und Wiedergabe der psychotherapeutischen Arbeit angestellter Kolleginnen im Qualitätsmanagement auszutauschen. Die Psychotherapeutenkammer sammelt Ihre E-Mail Anschriften und leitet sie an den Ausschuss QS weiter, wenn Sie unter dem Stichwort „**QM für angestellte PPs**“ eine Kurzinformation über die QM-Situation an Ihrem Arbeitsplatz hinterlegen. Sie können natürlich auch telefonisch Ihre Anschrift mit dem Stichwort mitteilen.

Über die Auswertung werden wir auf unseren Internet-Seiten berichten.

*Ingeborg Stein  
Mitglied des QM-Ausschuss*

### „... als Service der PKN:

Wie wir immer wieder feststellen, gewinnen Fragen der Berufsordnung eine zunehmend größere Bedeutung. Nach Verabschiedung der Musterberufsordnung auf dem 7. Deutschen Psychotherapeutentag wird in den nächsten Wochen ein ausführlicher, anschaulich auf Fallbeispielen aufgebauter Kommentar dieser Ordnung erscheinen – verfasst von Inge Berns, Mitglied der PKN, die sich schon lange intensiv mit Fragen der Berufsordnung auseinandergesetzt hat, und Dr. Martin Stellpflug, dem Justiziar der BPTK. Weil wir von dem Gewinn überzeugt sind, den Sie aus der Lektüre dieses Kommentars ziehen können, erhalten Sie als Mitglied der PKN Ihr persönliches Exemplar unmittelbar nach Erscheinen zugesandt.“

# 1. Niedersächsischer Psychotherapeutentag am 6./7. Oktober 2006 in Braunschweig - Symposium - Ethik, Recht und Psychotherapie

## Programm

### Freitag, den 6. Oktober 2006

16:00 Uhr Eröffnung mit Grußworten

der TU Braunschweig, Frau Prof. Dr. Jürgens und der Niedersächsischen Sozialministerin Frau Mechthild Ross-Luttmann, verlesen von Herrn Abteilungsleiter Dr. Thomas Sporn  
„Recht und Wahrheit“ Eröffnung und Einführung in das Thema durch den Präsidenten der PKN, Dr. phil. Lothar Wittmann

18:00 Uhr „Der Psychotherapeut, die bioethischen Prinzipien und die Berufsordnung – Auf der Suche nach Grundorientierungen in einem vergleichsweise neuen Beruf“

Podiumsdiskussion mit Hans-Jürgen Barthe, Inge Berns, Prof. Dr. phil. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. phil. Detlef Horster, Dr. jur. Uta Rüping. Moderation: Gertrud Corman-Bergau, Vizepräsidentin der PKN

20:00 Uhr Geselliges Zusammentreffen mit Imbiss

### Samstag, den 7. Oktober 2006

9:00 Uhr „Der steinige und klagereiche Weg zur Anerkennung als Heilberuf“ Rückblick und Ausblick  
RA Holger Schildt

10:00 Uhr „Rechtliche Möglichkeiten sowie Schranken der Kassenzulassung als Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ Dr. jur. Thomas Clemens, Richter am BSG

11:30 Uhr Parallele Workshops – Teil 1

bis 1. „Der neue Heilberuf in der Institution“ – Arbeitsrecht (z. B. Kündigungsschutz), Tarifrecht, Outsourcing, u. a. – Jörg Hermann, Dr. jur. Martina Karoff, Dr. jur. Uta Rüping

(inkl. Pause) 2. „Die Beziehung zwischen Behandler und Patient: Auch eine juristische Beziehung“ – Wenn es knirscht in der Beziehung zwischen Behandler und Patient – RA Matthias Vestring, Dr. phil. Lothar Wittmann

3. „Rechtliche und ethische Spezifika in der psychotherapeutischen Behandlung minderjähriger Patienten“ – Inge Berns, RA Dr. jur. Martin Stellpflug

4. „Der Psychotherapeut als Gutachter bei Gericht“ – Hans-Jürgen Barthe, RA Hartmut Gerlach

13:15 Uhr Mittagspause

14:45 Uhr Parallele Workshops – Teil 2

bis 5. „Schweigepflicht vs. Gefahrenabwendung – Wann darf/muss der Psychotherapeut wen wie informieren?“ – Dr. rer.nat. Bernd Borchard, Richter am LG Matthias Koller

(inkl. Pause) 6. „Psychotherapie an der Grenze: Halten – Aushalten – Verhandeln – Handeln – Ankündigung von Straftaten, Ankündigung von Suizid“

Arbeit mit Krisen in der psychotherapeutischen Beziehung – Uta Scheferling, Frauke Werther, Assessor Kai Witthinrich

7. „Jugendliche Straftäter – Strafmündigkeit“ – Besonderheiten bei der Behandlung von nicht strafmündigen Jugendlichen – RA Hartmut Gerlach, Bertke Reiffen-Züger

8. „Berufsethik und Berufsrecht im psychotherapeutischen Alltag“ – Grundlagenwissen und grundlegende Informationen zum rechtlichen Hintergrund der Ausübung von Psychotherapie/ Einstieg in Fragen der Berufsethik vor dem Hintergrund der Berufsordnung der PKN – Gerlinde Büren-Lützenkirchen, RA Matthias Vestring, Eckhard Winter. **Besonders auch für Ausbildungskandidaten geeignet, die sich mit dem Kap. 11 des Prüfungsstoffes für die Prüfung nach dem PTG befassen wollen.**

16:30 Uhr Abschlussplenum mit dem Vorstand der PKN

17:30 Uhr Ende

# Anmeldung zum Symposium – Ethik, Recht und Psychotherapie

An die PKN  
Roscherstraße 12  
30161 Hannover

Per Fax: 05 11 / 85 03 04 44

Hiermit melde ich mich **verbindlich** für den 1. Niedersächsischen Psychotherapeutentag am 6./7. Oktober 2006 in Braunschweig an.

An nachfolgenden Workshops (Kurzbezeichnung) möchte ich gerne teilnehmen:

11:30 bis 13:15 Uhr: Workshops – Teil 1 (bitte den gewünschten WS durch X markieren)

- |      |                                                                           |                          |
|------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| WS 1 | Der neue Heilberuf in der Institution                                     | <input type="checkbox"/> |
| WS 2 | Die Beziehung zwischen Behandler und Patient                              | <input type="checkbox"/> |
| WS 3 | Rechtliche und Ethische Spezifika in der psychotherapeutischen Behandlung | <input type="checkbox"/> |
| WS 4 | Der Psychotherapeut als Gutachter bei Gericht                             | <input type="checkbox"/> |

14:45 bis 16:30 Uhr: Workshops – Teil 2 (bitte den gewünschten WS durch X markieren)

- |      |                                                             |                          |
|------|-------------------------------------------------------------|--------------------------|
| WS 5 | Schweigepflicht vs. Gefahrenabwehr                          | <input type="checkbox"/> |
| WS 6 | Psychotherapie an der Grenze                                | <input type="checkbox"/> |
| WS 7 | Jugendliche Straftäter                                      | <input type="checkbox"/> |
| WS 8 | Berufsethik und Berufsrecht im psychotherapeutischen Alltag | <input type="checkbox"/> |

An dem geselligen Zusammentreffen ab 20:00 Uhr am 6. Oktober nehme ich teil   
nicht teil

Der Tagungspreis beträgt für	Mitglieder der Psychotherapeutenkammern	€ 70,-
	Externe	€ 90,-
	Studenten und Ausbildungsteilnehmer PP/KJP	€ 40,-

**Den Tagungspreis überweise ich spätestens bis zum 27. September 2006 auf das Konto bei der APO-Bank, Kto.: 000 557 557 5, BLZ: 250 906 08 unter Nennung der Buchungsbestätigungsnummer, die mir mit der Buchungsbestätigung durch die PKN mitgeteilt wird.**

Im Tagungspreis enthalten sind der Besuch aller Plenarvorträge, jeweils der Besuch eines Workshops am Vormittag und am Nachmittag, die Teilnahme an der Abendveranstaltung und ein Mittagsimbiss am 7. Oktober 2006 in der Mensa der TU Braunschweig. Im Tagungspreis nicht enthalten sind der Getränkeverzehr im Rahmen der Abendveranstaltung sowie der Getränkeverzehr im Rahmen des Mittagsimbisses am 7. Oktober 2006. Mir ist bekannt, dass die Teilnehmerzahl pro Veranstaltung aufgrund der Raumkapazitäten unterschiedlich begrenzt ist. Sollte die Veranstaltung bereits ausgebucht sein, habe ich keinen Anspruch auf die Teilnahme. Eine Stornierung meiner Anmeldung ist bis vier Wochen vor Veranstaltungsbeginn **kostenfrei** möglich. Bei einer Stornierung meiner Anmeldung bis zu 14 Tagen vor Veranstaltungsbeginn wird eine Gebühr in Höhe von 50% des für mich geltenden Veranstaltungspreises in Rechnung gestellt. Bei einer Stornierung meiner Anmeldung ab dem 13. Tag vor Veranstaltungsbeginn bis zum Veranstaltungsbeginn am 6.10.2006 wird der für mich geltende Veranstaltungspreis in voller Höhe in Rechnung gestellt. Der Veranstalter behält sich vor, bei einer zu geringen Teilnehmerzahl die Veranstaltung oder Teile der Veranstaltung abzusagen. Bereits bezahlte Tagungspreise werden erstattet, weitere Ansprüche bestehen nicht.

Vorname, Name

Adresse/Stempel/Mitgliedsnummer

Datum/Ort

Unterschrift







# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

## 17. Kammerversammlung, 1. April 2006 in Düsseldorf

### Einstiegsreferat

#### BARMER zur Psychotherapie

„Das Psychotherapiegesetz war ein Meilenstein, um die gesundheitliche Versorgung der Patienten auf hohem Niveau zu regeln.“ Mit diesen Worten leitete Bernd Kuß, Landesgeschäftsführer Nordrhein der BARMER, seinen Blick auf die Psychotherapie aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen ein. Das Gesetz gewährleiste eine qualifizierte Ausbildung des Psychotherapeuten und sei damit auch ein wichtiger Beitrag zum Patientenschutz.

Als zugelassene GKV-Leistungsanbieter haben die Psychotherapeuten im Jahr 2004 von den VdAK-Mitgliedskassen insgesamt eine Vergütung von 112,73 Mio. € (ohne die Nachzahlungen) erhalten, wovon die BARMER 45,86 Mio. € bestritt. Die Nachzahlungen für psychotherapeutische Leistungen im Jahre 2004 beliefen sich auf 14,48 Mio. €. Zum Vergleich der Kostendimension: 2003 lagen die bundesweiten Ausgaben der VdAK-Mitgliedskassen für alle Leistungsbereiche bei 44.411 Mio. €. Der Kostenanteil psychotherapeutischer Leistungen an den gesamten GKV-Ausgaben ist demnach äußerst gering. „Zusätzliche Gelder sind aber nicht verfügbar“, stellte Bernd Kuß fest. „Die finanziellen Rahmenbedingungen sind für die gesetzlichen Krankenversicherungen strikter definiert, als Psychotherapeuten, aber auch wir uns das wünschen.“ Aus BARMER-Sicht habe das Gesundheitssystem allerdings auch erhebliche strukturelle Schwächen: Es mangle an einer interdisziplinären und sektoralen Zusammenarbeit, es fehle an einer evidenzbasierten Medizin, Transparenz, Information und Partizipation der Patienten seien unzureichend und es bestünden sektorale Budgets, die überholt seien.



Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW und Schriftführer der Kammerversammlung (2. v. r.)

Perspektiven sah Bernd Kuß vor allem in der integrierten Versorgung. Paragraph 140a des SGB V biete Chancen, die Versorgung kurz- und mittelfristig zu verbessern. In Nordrhein habe die BARMER bereits insgesamt 32 Verträge zur integrierten Versorgung in 22 verschiedenen Indikationen geschlossen. Psychotherapeuten gehörten allerdings noch nicht zu den Vertragspartnern. Wer integrierte Versorgung wolle, müsse aber auch Behandlungspfade für Krankheiten definieren, diese mit Ärzten, Psychotherapeuten und Krankenhäusern abstimmen, wobei die Psychotherapeutenkammer hier ein wichtiger Ansprechpartner ist.

#### Beauftragung der Ausschüsse

Die Kammerversammlung beauftragte insgesamt sechs Ausschüsse mit wesentlichen Aufgaben der PTK-Arbeit.

Der **Ausschuss Fort- und Weiterbildung** legte bereits in der Sitzung vom 1.4. einen Entwurf zur Weiterbildungsordnung vor, der vorsieht, dass neben der Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“

weitere qualifizierende Bezeichnungen (z.B. Neuropsychologe) geführt werden dürfen (s. „Aus den Ausschüssen“). Weiter erhielt der Fort- und Weiterbildungsausschuss den Auftrag, die Fortbildungsordnung weiterzuentwickeln und anzupassen.

Der **Finanzausschuss** berät Vorstand und Kammerversammlung insbesondere bei der Aufstellung des Haushaltsplans, der Jahresberechnung sowie der Beitrags-, Gebühren- und Entschädigungsordnung. Er wirkt mit bei der Bestellung der Rechnungsprüfer.

Der Ausschuss **Satzung und Berufsordnung** berät die Kammerversammlung insbesondere hinsichtlich des Anpassungsbedarfs von Satzung und Berufsordnung.

Der Ausschuss **Psychotherapie in der ambulanten Versorgung** erhält insbesondere den Auftrag:

- die von niedergelassenen Psychotherapeuten zu erbringenden Leistungen (incl. Prävention, Rehabilitation, konsiliarischer Leistungen, Gutachten, Beratungen etc.) zu beschreiben, um auf

dieser Grundlage eine angemessene Entgeltstruktur (Gebührenordnung) erarbeiten zu können,

- Konzepte für die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung und für Behandlungspfade bei depressiven Erkrankungen zu beraten.

Der Ausschuss **Psychotherapie in Institutionen** erstellt in Abstimmung mit dem Vorstand eine Prioritätenliste hinsichtlich folgender Tätigkeitsfelder, die noch ergänzt werden kann:

- Novellierung des Krankenhausgesetzes, Krankenhausplanung,
- Darstellung und Sicherung psychotherapeutischer Tätigkeit in der Jugendhilfe,
- Psychotherapie in der institutionellen Versorgung von psychisch kranken und behinderten Menschen,
- Psychotherapie in der Psychosomatik,
- Prävention aus institutioneller Sicht.

Der **Ausschuss Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen** bereitet insbesondere eine Studie zur gegenwärtigen Versorgungssituation bei Kindern und Jugendlichen in NRW vor und begleitet die Studie. Er entwickelt und unterstützt ferner psychotherapeutische Projekte zur Prävention, Früherkennung und Frühintervention bei Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten.

### Psychotherapierichtlinien

Der Gemeinsame Bundesausschuss plant, die Psychotherapierichtlinien zu novellieren. Dabei geht es insbesondere darum, neue Kriterien zu formulieren, nach denen zukünftig neue Psychotherapieverfahren in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen werden sollen. Anlass sind die Beratungen über die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als GKV-Richtlinienverfahren.

Psychotherapeutische Behandlung und Psychotherapieforschung entwickeln sich zurzeit in vielfältiger Weise und in rasantem Tempo weiter. Der Gesetzgeber fordert als Grundlage für die Finanzierung von neuen Behandlungsmethoden in der Gesetzlichen Krankenversicherung den wissenschaftlichen Nachweis ihrer Wirksamkeit. Die

Psychotherapeutenkammer als berufliche Selbstverwaltung steht in dieser Situation vor der Herausforderung, Vorstellungen und Vorschläge zu entwickeln, wie neue psychotherapeutische Interventionsmöglichkeiten fachlich fundiert und sinnvoll hinsichtlich der Wirksamkeit überprüft und dann auch zeitnah in die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung integriert werden können. Der Vorstand der PTK plant daher noch in diesem Jahr den Beginn einer Workshopreihe, in der über die gesetzlichen Anforderungen informiert und eine Positionierung des Berufsstandes zu evidenzbasierter Psychotherapie und der Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung erarbeitet werden soll.

### Kammeraktivitäten

#### Präventionskonzept NRW

Die Psychotherapeutenkammer NRW hat mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Nordrhein (BVKJ), dem Richterbund NRW und dem Verband Bildung und Erziehung eine kontinuierliche Zusammenarbeit vereinbart. Dieses strategische Bündnis hat einen Masterplan zur Prävention psychischer Störungen, Gewalt und Kriminalität im Kindes- und Jugendalter ausgearbeitet und es der NRW-Landesregierung vorgelegt. Zu dieser gemeinsamen Initiative gehört das Projekt „Modellregion für Erziehung“, mit dem möglichst früh und lückenlos alle Kinder in NRW schon im Klein- und Vorschulalter präventive Angebote erhalten sollen, wenn klinisch bedeutsame Verhaltensauffälligkeiten erkennbar sind.

#### Bologna-Prozess

Wer zukünftig als Psychotherapeut arbeiten möchte, braucht dafür einen Masterabschluss. Dies soll unabhängig davon gelten, ob jemand als Psychologischer Psychotherapeut oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut tätig werden möchte. Diese Auffassung vertritt der Vorstand der PTK NRW in Übereinstimmung mit der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK).

Die Nordrhein-westfälische Kammer übergab deshalb eine entsprechende Stellungnahme der BPTK an die für Gesundheit und Hochschulen zuständigen NRW-Ministerien. In Gesprächen mit beiden Behörden

wurde eine kontinuierliche Abstimmung vereinbart. Die Gesundheitsministerien der Länder haben sich mehrheitlich bereits für einen Masterabschluss ausgesprochen. Das Bundesgesundheitsministerium ist bisher allerdings noch nicht für eine Anpassung des Psychotherapeutengesetzes zu gewinnen, die für eine solche Änderung der Voraussetzungen zur Psychotherapieausbildung notwendig ist.

### Versorgungsforschung

PTK NRW und Carina-Stiftung stehen kurz vor der Gründung eines gemeinsamen wissenschaftlichen Instituts, das in der Versorgungsforschung tätig werden soll. Die Carina-Stiftung, ehemals SULO-Stiftung, arbeitet seit 1994 mit dem Forschungsschwerpunkt Psychoonkologie. Die Versorgung ist ein neuer gesundheitspolitischer Forschungsbereich, der sich mit „der letzten Meile“ des Gesundheitssystems beschäftigt, also mit der Frage, ob die Leistungen des Gesundheitssystems in der Praxis überhaupt die gewünschte Wirkung erzielen. Sie unterscheidet sich von klinischer Forschung dadurch, dass sie sich mit der Effektivität diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nicht unter idealen Laborbedingungen, sondern im Alltag der Patienten befasst. Einige Universitäten haben bereits Forschungsschwerpunkte etabliert, z.B. die Universität Köln mit dem Zentrum für Versorgungsforschung (ZVK). Auch beim wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer hatte sich im Juni 2004 ein Arbeitskreis Versorgungsforschung konstituiert.

### Aus den Ausschüssen

#### Fort- und Weiterbildung

Der Ausschuss für Fort- und Weiterbildung der PTK NRW hat am 27. März den Entwurf zu einer Weiterbildungsordnung vorgelegt. Eine geregelte Weiterbildung soll es ermöglichen, auch nach Abschluss der Berufsausbildung zum Psychotherapeuten weitere Qualifikationen zu erwerben und diese zusammen mit der Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ als besondere Bezeichnung zu führen. Die Weiterbildung würde nach diesem Entwurf in „Bereichen“ und „Verfahren“ erfolgen. Ein Bereich ist ein „psycho-

therapeutisches Anwendungsfeld“, für das mindestens vier Voraussetzungen erfüllt sein müssen:

- Es besteht ein erheblicher Behandlungsbedarf, der in epidemiologischen Studien nachgewiesen wurde.
- Es liegen in bedeutendem Umfang (neue) wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen vor.
- Die Diagnostik und Behandlung der Störungen in diesem Anwendungsfeld erfordern umfassende spezifische Kenntnisse und Erfahrungen, die über das in der Ausbildung erworbene Ausmaß hinausgehen.

- Es handelt sich um ein Anwendungsfeld, das außerhalb des Diagnose-spektrums der Kapitel F1 bis F9 der ICD-10 liegt.

Die Weiterbildung wird unter verantwortlicher Leitung von Psychotherapeuten in anerkannten Weiterbildungsstätten erfolgen, die von der Psychotherapeutenkammer dazu befugt sind. Die Anerkennung einer Weiterbildung erfolgt aufgrund von vorgelegten Zeugnissen und Nachweisen sowie einer mündlichen Prüfung. Übergangsregelungen für die Anerkennung bereits erworbener Kenntnisse sind vorgesehen.

Über eine Muster-Weiterbildungsordnung entschieden die Delegierten des Deutschen Psychotherapeutentages am 13. Mai in Frankfurt. Ein ausführlicher Teil B regelt hier das Curriculum der Neuropsychologie.

Die Mitglieder der Kammerversammlung NRW debattierten angeregt über den vorgelegten Entwurf. Zur Vorbereitung einer Entscheidung der Kammerversammlung soll auch ein Symposium dienen, in dem mit Experten insbesondere die rechtlichen und berufspolitischen Konsequenzen einer Weiterbildungsordnung beraten werden können.

## Prävention bei Kindern aus Hochrisikofamilien Gemeinsamer Kongress der PTK NRW und des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte am 19. 2. 2006 in Dortmund

### *Kinder schützen und Eltern stärken*

Die zahlreichen Schlagzeilen über Kindesvernachlässigung und -misshandlung zeigten Wirkung. Seit Anfang des Jahres entstand eine intensive familienpolitische Diskussion darüber, wie gefährdete Kinder besser vor ihren überforderten Eltern geschützt werden können. Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen plant noch im Sommer den Start eines „Frühwarnsystems“, das unter anderem vorsieht, Familienhelfer bereits in den ersten Lebensmonaten in Risikofamilien zu schicken, um vorbeugend Hilfe anzubieten.

### *Kongress „Hochrisikofamilien“ in Dortmund*

Die Psychotherapeutenkammer NRW führte deshalb zusammen mit den nordrhein-westfälischen Kinderärzten am 19. Februar in Dortmund einen Kongress „Prävention bei Kindern aus Hochrisikofamilien“ durch, den über 450 Teilnehmer besuchten. Zuvor hatte sich NRW-Präsidentin Monika Konitzer scharf gegen weitere Kürzungen um 16 Prozent bei der Erziehungsberatung im Haushaltsentwurf 2006 der neuen schwarz-gelben Landesregierung gewandt: „Diese Kürzungen sind eine Ohrfeige für gefährdete Kinder und Jugendliche“, kritisierte sie und wies darauf hin, dass die kommunale Erziehungs- und Familienberatung in NRW bereits 2003 eine drasti-

sche Kürzung um 40 Prozent hatte hinnehmen müssen. „Wer Kindesvernachlässigung und -missbrauch stoppen will, der kann nicht in dieser unverantwortlichen Weise bei Beratung und Unterstützung sparen.“

Das NRW-Familienministerium reagierte inzwischen auf die Proteste. Staatssekretärin Marion Gierden-Jülich bot in Dortmund Gespräche an. Sie sei sehr daran interessiert zu erfahren, wie Psychotherapeuten ihre Aufgaben in einer präventiven Familien- und Gesundheitspolitik sehen. Sie mahnte allerdings auch an, die kommunale Erziehungsberatung stärker auf gefährdete Familien auszurichten und beklagte einen Mangel an Kooperation der Jugend- und Familienhilfeeinrichtungen. Gleichzeitig bekräftigte die Staatssekretärin, dass NRW der Hamburger Bundesratsinitiative beitreten wolle, um eine „höhere Verbindlichkeit bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zu schaffen.“

Die Psychotherapeutenkammer NRW steht dieser Initiative skeptisch gegenüber. In einer Stellungnahme mahnte sie an: „Gefährdete Familien brauchen professionelle Helfer, denen sie vertrauen und die ihnen eine Zeitlang helfen, ihre Situation besser in den Griff zu bekommen.“ Eine bessere Erziehung lasse sich nicht erzwingen. Im Einzelnen hielt die Kammer für notwendig:

- mehr Hilfen für junge Familien mit Neugeborenen und Kleinkindern: „Jungen Müttern und Vätern könnten schon in der Klinik Beratungsgespräche angeboten werden“;
- Früherkennungsuntersuchungen U 1 bis U 10/J 1 verbessern: „Die bisherigen Vorsorgeuntersuchungen vernachlässigen fast vollständig psychische Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten.“ Eine zusätzliche Untersuchung zwischen dem siebten und achten Lebensjahr könnte helfen, Krisen in den ersten Schuljahren rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln;
- verbindliche interdisziplinäre Netzwerke, die Familien beraten und unterstützen: „Wenn Kinderärzte, Psychotherapeuten, Hebammen, Erziehungsberater, Kindergärtnerinnen und Lehrer besser zusammenarbeiten, ist bereits viel gewonnen.“
- ein kostenloses letztes Kindergartenjahr: „Im Kindergarten lässt sich frühzeitig und nebenbei erkennen, ob eine Familie Unterstützung benötigt oder nicht.“ Gerade Familien mit geringem Einkommen sparen jedoch an der Kindergartenbetreuung und behalten ihre Kinder zu Hause.

### *Kindesmisshandlung – Die Daten*

Nach bisher unveröffentlichten Statistiken des Bundeskriminalamtes (BKA) nimmt



die Zahl der Kindesmisshandlungen in Deutschland zu. Im Jahr 1996 registrierte das BKA demnach 1.971 Misshandlungen von Kindern bis 14 Jahren, 2004 waren es 2.916 Anzeigen. Danach wäre die Zahl der Kindesmisshandlungen um 50 Prozent gestiegen. Experten warnen jedoch vor einer Überbewertung, da die Polizei heute viel öfter zur Hilfe gerufen wird als noch vor zehn Jahren. Dagegen stagnierte die Anzahl der vernachlässigten Kinder. Sie lag mit 1.170 gemeldeten Fällen fast ebenso hoch wie 1996, als 1.193 Fälle registriert worden waren.

Fälle von Verwahrlosung weist die BKA-Statistik nicht gesondert aus. Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflicht dürften allerdings mehrheitlich diesem Bereich zuzuordnen sein. Nach Schätzungen des Kinderhilfswerks UNICEF leben in Deutschland rund 200.000 Kinder in verwahrlostem Zustand oder werden misshandelt.

Circa fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland leiden unter behandlungsbedürftigen psychischen Störungen, 18 Prozent gelten als psychisch auffällig. Es ist eine seit langem belegte Tatsache, dass psychisch kranke Kinder bzw. ihre Eltern kein adäquates Psychotherapieangebot finden oder unzumutbar lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen.

### **Geburt und Klinik**

Der frühestmögliche Zeitpunkt, gefährdete Mütter und Väter kennen zu lernen, ist die Geburtsklinik. Zwei soziale Frühwarnsysteme in NRW setzen dort an:

Im Präventionsprojekt „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ arbeiten seit 1. Juni 2005 Ärzte, Kinderkrankenschwestern, Hebammen, Hausärzte, Sozialarbeiter und das Gesundheitsamt zusammen, um gefährdete Kinder bereits in der Klinik zu erkennen. Ab Mitte 2006 findet in allen Kliniken der Stadt nach jeder Geburt ein Screening statt, mit dem Risikofamilien identifiziert werden sollen.

NRW-Staatssekretärin Marion Gierden-Jülich hob insbesondere das Bielefelder Präventionsprojekt hervor, das ebenfalls eine indikatorengestützte Wahrnehmung von gefährdeten Familien durch das medi-

zinische Personal in der Kinder- und Geburtsklinik vorsieht. Dessen Informationen gehen weiter an den Sozialdienst des Krankenhauses, der den Familien Beratungsgespräche anbietet und ggf. auch die Unterstützung durch ehrenamtliche Paten anbietet. Vermittlung und Begleitung der Familien und Patinnen erfolgt durch den Kinderschutzbund.

### **Früherkennungsuntersuchungen**

Eltern haben in Deutschland einen rechtlichen Anspruch darauf, ihre Kinder bis zu ihrem fünften Lebensjahr neunmal daraufhin untersuchen zu lassen, ob ihre körperliche und geistige Entwicklung normal verläuft oder gefährdet ist. Krankheiten können dadurch frühzeitig erkannt und behandelt werden. Die Kosten für diese Vorsorgeuntersuchungen tragen die Krankenkassen.

Untersuchungen des Zentralinstituts für kassenärztliche Versorgung zeigen, dass Eltern diese Vorsorgeangebote grundsätzlich sehr gut annehmen. Die Inanspruchnahme bis zur U6 (zehnter bis zwölfter Lebensmonat) liegt bei über 90 Prozent. Deutliche Unterschiede lassen sich allerdings bei sozial schwachen Familien, Migranten und kinderreichen Familien erkennen. Diese Unterschiede nehmen mit steigendem Kinderalter zu. Der auffällig starke Abfall der Inanspruchnahmerate von der U7 (21. bis 24. Lebensmonat) zur U8 (3,5 bis vier Jahre) hängt allerdings auch mit dem größeren zeitlichen Abstand von zwei Jahren zwischen den Untersuchungen zusammen.

Der gravierendste Mangel der bisherigen Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U10/J 10 besteht jedoch darin, dass psychische Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten völlig unzulänglich erfasst werden. Die BPTK sieht hier in ihrer Stellungnahme an den gemeinsamen Bundesausschuss vom Sommer 2005 erheblichen Überarbeitungsbedarf. Die Vorsorgeuntersuchungen erfassen nicht annähernd die emotionalen und sozialen Entwicklungsstörungen, die tatsächlich bestehen.

Allein die epidemiologischen Schätzungen für hyperkinetische Störungen gehen weit

darüber hinaus, was Kinderärzte in U3 bis U9 (fünf Jahre) registrieren. Auch für die Störungen des Sozialverhaltens gehen Studien von deutlich höheren Krankheitsraten aus, als sie im Rahmen der U9 dokumentiert werden. Die differentialdiagnostische Abklärung dieser psychischen Störungen gehört auch nicht zur Qualifikation und dem Tätigkeitsschwerpunkt der Kinderärzte. Für eine Abklärung ist hier die Überweisung an einen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie notwendig.

Ergänzende Früherkennungsuntersuchungen, die einen Schwerpunkt auf die psychosoziale und kognitive Entwicklung legen, sollten zwischen der U7 und der U8 und nach der U9 eingefügt werden. Hierbei sollten, wie auch bei der U8 und der U9, zusätzliche Einschätzungen mittels Screeningbögen durch die Erzieherinnen und Lehrerinnen vorgenommen werden. Kindergarten bzw. Schule stellen neben der familiären Umgebung die wichtigsten Lebensräume von Kindern dar, die geeignet sind, Einschätzungen zu den Entwicklungsverläufen von Kindern vorzunehmen. Darüber hinaus hält die BPTK die Einführung von strukturierten Interviewleitfäden für die untersuchenden Ärzte für sinnvoll, um eine bessere Standardisierung der Früherkennungsuntersuchungen und ein differenziertes Screening der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung sicherzustellen.

Eine zusätzliche Früherkennungsuntersuchung zwischen dem siebten bis achten Lebensjahr ist deshalb erforderlich, weil bisher eine sechs- bis zehnjährige Lücke zwischen der U9 (5 Jahre) und der bisherigen U 10/J1 (12 bis 14 Jahre) besteht. In diesem Alter stellt die Einschulung eine große Herausforderung in der psychosozialen Entwicklung des Kindes dar. Mögliche psychische Fehlentwicklungen und Fehlanpassungen in diesem Zeitfenster könnten durch eine zusätzliche Untersuchung (U10) rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Eine zusätzliche U10 könnte zugleich die J1 systematischer in die Reihe der Vorsorgeuntersuchungen einbetten und die Inanspruchnahme der späteren Früherkennungsuntersuchungen steigern.



Zusammenfassend ist jedoch festzuhalten, dass Früherkennungsuntersuchungen nicht über den Charakter punktueller Stichproben hinauskommen und durch Instrumente zu ergänzen sind, die Kinder kontinuierlich in ihrer Entwicklung erfassen.

### Kindertagesstätten

Kindertagesstätten können Kinder langfristig beobachten und Eltern auf Entwicklungsstörungen ansprechen, ohne daraus eine medizinische oder erzieherische Kontrollsituation entstehen zu lassen. NRW-Familienminister Armin Laschet knüpft an diese Erkenntnis an, wenn er die Einrichtung von „Familienzentren“ plant, in denen künftig die Förderung von Kindern und die Unterstützung von Eltern „Hand in Hand“ gehen sollen.

Wolfgang Schreck und Petra Sukowski von der kommunalen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern der Stadt Gelsenkirchen, stellten in Dortmund den „Gelsenkirchener Erziehungsbegleiter“ vor, der bereits flächendeckend in allen städtischen Kindertagesstätten eingeführt ist. Annähernd 100 Prozent aller Kinder besuchen dort einen Kindergarten und machen diesen für die Altersgruppe der drei- bis sechsjährigen Kinder zu einem optimalen Ort, Entwicklungsstörungen zu erkennen und mit den Eltern zu besprechen.

Der „Gelsenkirchener Erziehungsbegleiter“ ist ein zweiseitiger, pragmatisch wie klug konzipierter Bogen, der auf den Alltag von Erzieherinnen abgestimmt ist und ihnen eine systematischere Beobachtung kindlicher Stärken und Schwächen erlaubt („das Hingucken verbessern“). Kindliche Entwicklungsstörungen, die früher erst spät,

beispielsweise beim Kinderarzt, auffielen, können mit diesem Instrument jetzt schon im Kindergarten erfasst werden. Die Eltern reagierten sehr positiv auf den Beobachtungsbogen ihres Kindes, der auch als Grundlage für Elterngespräche („Damit werden wir ja richtig informiert.“) und Besuche bei Ärzten und Erziehungsberatungsstellen verwendet werden kann.

### Richterbund unterstützt Elterntrainings

Der Kongress „Prävention bei Kindern aus Hochrisikofamilien“ fiel auch deshalb auf, weil sich erstmals Psychotherapeuten, Kinderärzte und Richter aus Nordrhein-Westfalen gemeinsam positionierten. Jens Gnisa, Vorsitzender des deutschen Richterbundes in NRW, stellte bedauernd fest, dass Gerichte und Staatsanwaltschaften oft die letzten Glieder im Entwicklungsprozess eines Kindes oder Jugendlichen seien, der meistens schon in der frühen Kindheit begonnen hat. „Wer dem entschlossen entgegenzutreten will, darf nicht an den Symptomen ansetzen, sondern er muss vor allem die Erziehungssituation bei den Eltern verbessern“, forderte Jens Gnisa. Der NRW-Richterbund unterstützt deshalb das Konzept „Modellregion Erziehung“, in dem Elterntrainings einem breit angelegten Feldversuch unterzogen werden sollen. Namentlich nannte der Richterbund:

- **EFFEKT** – Entwicklungsförderung in Familien, ein Eltern-Kind-Training, das Prof. Friedrich Lösel, Universität Nürnberg-Erlangen, entwickelte,
- **PEP** – Präventionsprogramm für expansives Problemverhalten, das in einer Arbeitsgruppe von Prof. Dr. M. Döpfner, Kölner Klinik und Poliklinik für Psychia-

trie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, entstand,

- **Triple P** – Positiv Parenting Programm, ein präventives Erziehungsprogramm aus Australien, das in Deutschland von Prof. Dr. K. Hahlweg, Technische Universität Braunschweig, weiterentwickelt wird.

Mit diesen präventiven Trainings, betonte Jens Gnisa, bekämen die „originär Erziehungsverantwortlichen ein Rüstzeug für den Alltag“, das so früh wie möglich im Klein- oder Vorschulalter vermittelt werden müsste.

### Jugendhilfe

Insgesamt machte der Dortmunder Kongress deutlich, wie wichtig es ist, frühzeitig lebensgefährliche Situationen von Kindern früher zu erkennen. Prof. Dr. Ludwig Salgo („Anwalt des Kindes“) stellte heraus, dass der neu formulierte Paragraf 8a des Kinderjugendhilfegesetzes durchaus ein doppeltes Mandat an die Jugendhilfe enthalte, das sowohl Hilfe als auch Kontrolle verlange. Nach § 38 sei das Jugendamt verpflichtet, zur Abschätzung eines Gefährdungsrisikos andere Fachkräfte hinzuzuziehen. Wichtig sei auch „eine Entdämonisierung von Polizei, Gerichten und Psychiatrie“.

Der Kongress hat dem von der Psychotherapeutenkammer NRW, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), dem Richterbund NRW und dem Verband Bildung und Erziehung vereinbarten strategischen Bündnis zur politischen Umsetzung des Konzeptes einer „Modellregion für Erziehung“ und der PTK-Initiative zur Prävention psychischer Störungen, Gewalt und Kriminalität im Kindes- und Jugendalter Auftrieb gegeben.

## Kurzmeldungen

### Bündnis Depression

Am 1. Februar 2006 fand der 1. Patiententag des „Bündnisses Depression“ in Duisburg statt. Ein weiteres Bündnis formierte sich am 11. März in Düren. Das Aachener Bündnis hat sich etabliert. Dort aktive PsychotherapeutInnen bieten eine Reihe von Vortragsveranstaltungen an, z.B. über charakteristische Denk-, Sprach- und Beziehungsmuster in Familien mit depressiv Erkrankten. In

Düsseldorf ist auf Initiative von PTK-Mitgliedern der schulpsychologische Dienst in das Bündnis eingebunden worden. Insbesondere sind Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für Eltern, Beratungslehrer und Schulaufsicht geplant, damit depressive Störungen im Jugendalter eher erkannt und behandelt werden. Eine Informationsveranstaltung fand am 18. Mai 2006 in einem Düsseldorfer Gymnasium statt.

Zur Förderung der landesweiten Koordination zwischen regionalen Initiativen hat die Geschäftsstelle in Düsseldorf eine Email-Group eingerichtet. Hier können sich Interessierte eintragen, um laufend informiert zu werden. Auch Vortragsmaterialien und Referenten können nachgefragt werden. Informationen dazu finden sich auf der PTK-Homepage [www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de).

Die Kammer hat sich darüber hinaus dafür eingesetzt, das Thema gender mainstreaming stärker bei depressiven Erkrankungen zu berücksichtigen. Prävalenz und Krankheitsverlauf unterscheiden sich je nach Geschlecht deutlich. Depressive Männer und Frauen nehmen auch unterschiedlich häufig Psychotherapie in Anspruch und zeigen ein unterschiedliches Symptompektrum. Im Juni fand dazu in Düsseldorf ein Fortbildungsworkshop der Psychotherapeutenkammer NRW mit ReferentInnen aus der klinischen Versorgung und des Bremer Instituts für Präventionsforschung statt. Der Workshop war gut besucht.

### **Notfallpsychotherapie: Arbeitstreffen der Landesbeauftragten**

Ende Januar trafen sich in Frankfurt die Beauftragten in Sachen Akutversorgung / Notfallpsychotherapie aus acht Bundesländern und Vertreter der Bundeskommission zu einer Arbeitssitzung, die von der Psychotherapeutenkammer NRW ausgerichtet wurde. Diskutiert wurden das Arbeitspapier der BPTK über das Arbeitsfeld und die Tätigkeitsmerkmale der Notfallpsychotherapeuten bei Großveranstaltungen und Großschadensfällen. Den Positionen des Arbeitspapiers und den Fortbildungsempfehlungen für leitende und versorgende Notfallpsychotherapeuten sowie für psychologische Ersthelfer wurde von

allen Beteiligten zugestimmt. Länderübergreifend wurde ein großer Informationsbedarf der Kammerangehörigen über Anforderungen und Arbeitsfelder der Notfallpsychotherapie festgestellt. Dem wird mit Informationsveranstaltungen zur Vermittlung von Feldkompetenz für die Tätigkeit im Einsatzfall entsprochen. Vereinbart wurde, bei den Länderkammern Listen über fortgebildete Notfallpsychotherapeuten zu führen. Der Informationsaustausch über Fortbildungsmaterialien und interessierte Fachreferenten soll länderübergreifend intensiviert werden. Die PTK NRW hat dazu eine Email-Group eingerichtet. Weitere Infos auf der PTK-Homepage [www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de).

## **Veranstaltungen**

### **2. Jahreskongress Psychotherapie „Wissenschaft – Praxis“ 21. / 22. Oktober 2006 Bochum, EBZ/Campus-Hotel**

Ziel der von Psychotherapeutenkammer NRW und Hochschulverbund Psychotherapie NRW gemeinsam ausgerichteten Veranstaltung ist es, über neue, praxisrelevante Forschungsergebnisse zu informieren und gleichzeitig der Forschung Impulse aus der aktuellen Praxis zu vermitteln. Themenschwerpunkte sind u. a. Psychotraumatologie, Psychotherapie bei Kindern und

Jugendlichen sowie der Bereich affektiver Störungen. Die Workshops bieten diesmal auch praktische Übungselemente an.

Programm und Anmeldung unter Tel.: 0234 / 32-27716 und [www.unifortbildung-psychotherapie.de](http://www.unifortbildung-psychotherapie.de)

### **Case Management und Psychotherapie: Fallführung kranker Kinder, Jugendlicher und Erwachsener im Gesundheitswesen, 2. Dezember 2006 Düsseldorf, Ärztehaus**

Die von der Psychotherapeutenkammer NRW angebotene Fortbildung richtet sich an psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die sich für aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen interessieren, welche für die psychotherapeutische Leistungserbringung zunehmend Bedeutung gewinnen. Der Fokus liegt auf der psychotherapeutischen Praxis in der sektoren- und einrichtungsübergreifenden Begleitung von Patienten und ihren Familien.

Programm und Anmeldung unter [www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de) oder bei der PTK-Geschäftsstelle.

## **Aus der Geschäftsstelle**

Seit dem 1. Februar dieses Jahres ist **Frau Dipl.-Psych. Eva Kanth** in der Geschäftsstelle tätig.

Beruflich hat sie sich schwerpunktmäßig mit der klinischen Optimierung und wissenschaftlichen Evaluation psychosozialer Versorgungsmodelle für chronisch kranke Kinder und ihre Familien beschäftigt. Vor dem Hintergrund aktueller gesundheitspolitischer Entwicklungen und gesetzlicher Vorgaben engagierte sich Frau Kanth in diesem Zusammenhang besonders für die Etablierung angemessener Versorgungsstrukturen in der Regelversorgung.

In der Geschäftsstelle wird Frau Kanth weitere Aufgaben in laufenden und neuen Projekten übernehmen.

### **Geschäftsstelle**

Willstätterstr. 10  
40549 Düsseldorf  
Tel. 0211 / 522847-0  
Fax 0211 / 522847-15  
Mo - Do 8.30 - 16.30 Uhr  
Fr 8.30 - 14.30 Uhr  
[info@ptk-nrw.de](mailto:info@ptk-nrw.de)  
[www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de)

### **Beratung am Telefon**

**Beratung durch  
Rechtsanwalt**

**Mi.:** 14.00-15.00 Uhr  
Telefon 0211 / 52 28 47 0

**Mitgliederberatung  
durch den Vorstand**

**Mo:** 12.30-14.00 Uhr;  
**Di:** 12.30-13.00 Uhr;  
18.30-19.30 Uhr  
**Mi:** 13.00-14.00 Uhr;  
**Fr:** 11.00-12.00 Uhr;  
12.30-13.00 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 27

### **Anfragen Fortbildungsakkreditierung**

**Mo – Do:** 13.00-15.00 Uhr;  
Telefon 0211 / 52 28 47 26

### **Sprechstunde der Präsidentin**

**Mo:** 12.00-13.00 Uhr  
Telefon 0211 / 52 28 47 0

# Mitteilungen der LandesPsychotherapeuten-Kammer Rheinland-Pfalz

## Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Heute möchten wir Sie zum einen auf unsere geplante Fachtagung im Spätsommer aufmerksam machen. Weiterhin freuen wir uns, Ihnen Verwaltung und Organisation des Fortbildungsbereichs zu erläutern. Wir sind sehr zufrieden mit der nun entwickelten Lösung und hoffen,

dass Sie für die bisher verstrichene Wartezeit mit einem hochmodernen, praktischen System entschädigt werden!

Mit kollegialen Grüßen!

*Annelie Scharfenstein*

schnitten selbst eine Abhängigkeits-erkrankung zu entwickeln.

Als Referenten für die Fachtagung haben bereits zugesagt:

- Herr Prof. Dr. Michael Klein, Kath. Fachhochschule NRW, Köln
- Herr Dr. med. Dipl.-Psych. Arthur Günthner – leitender Facharzt und Psychotherapeut der Fachklinik Eußerthal und
- Herr Dipl.-Psych. Peter Missel – leitender Psychotherapeut der Kliniken Daun – Am Rosenberg.

## Fachtagung „Psychotherapie bei Suchtproblemen“ am Sa, 30.09.2006 in Mainz.

**Im Anschluss findet wieder das Herbstfest der LPK statt, zu dem wir Sie bereits jetzt herzlich einladen! Im lockeren Ambiente können der anregende fachliche Austausch und die persönlichen kollegialen Gespräche fortgesetzt werden.**

Bitte merken Sie sich den Termin vor. Es geht Ihnen Anfang September noch eine gesonderte Einladung mit dem genauen Tagungsprogramm zu.

## Psychotherapie bei Suchtproblemen am 30.09.2006

Angeregt durch die letztjährige Tagung „Psychotherapie in Beratungsstellen“, die eine gute Resonanz bei den Mitgliedern fand, lädt die Kammer im Herbst zu einer Veranstaltung ein, bei der Ansätze der Therapie und Rehabilitation bei Suchtproblemen im Mittelpunkt stehen.

Vielleicht offensichtlicher als in anderen psychotherapeutischen Tätigkeitsfeldern prägt in der Suchtbehandlung eine Vielfalt konkurrierender Konzepte die institutionelle Landschaft: spirituell orientierte Selbsthilfensätze haben eine Tradition, jedoch erhält der Anspruch einer evidenzbasierten Behandlung eine immer gewichtigere Rolle. Methodenintegration, interdisziplinäre Kooperation und systemische Fokus-Erwei-

terung sind gängige therapeutische Handlungsprinzipien in der Suchtbehandlung. Zahlreiche Evaluationsstudien belegen die Bedeutung des gesellschaftlichen und des individuell-sozialen Kontextes, und den hohen Stellenwert der „Therapeutenvariablen“, d.h. einer beziehungsorientierten Psychotherapie für einen nachhaltigen Behandlungserfolg. Darüber hinaus sind bei Suchterkrankungen häufig Komorbiditäten zu berücksichtigen, oft auch soziale Probleme, die neben der Psychotherapie zusätzliche Interventionen erforderlich machen. Auch kommt der Einbeziehung von Familienmitgliedern unter einer präventiven Zielsetzung ein hoher Stellenwert zu, da Kinder suchtkranker Eltern ein hohes Risiko tragen, in späteren Lebensab-

## Das Neueste von der „Fortbildungsfront“: PTKIV, VNR und EFN

Fortbildung durch die Mitglieder ist das Eine – die verwaltungstechnische Umsetzung der Fortbildungsordnung ist das Andere. Letzteres mit dem geringstmöglichen Aufwand und dem größtmöglichen Effekt für alle Beteiligten ist erklärtes Ziel Ihrer Kammer. Hierfür haben wir hinter den Kulissen – für die wenigsten sichtbar – sehr hart gearbeitet. Dass die Mehrzahl von Ihnen bei Erscheinen dieses Heftes die verbindliche Anerkennung der im Jahr 2004 erarbeiteten Fortbildungspunkte in Händen

hält, ist das Ergebnis vielfältigster Anstrengungen, nicht nur bei der manuellen Prüfung der Unterlagen, sondern auch des von uns entwickelten Fortbildungsprogramms. Ein solches Programm ist nicht nur komplex in der Erstellung, sondern bedarf auch intensiver Testungen, bevor man die Freigabe aller Programmbestandteile riskieren kann. Dieses ist jetzt seit April erreicht, und die Mitarbeiterinnen in der Geschäftsstelle drucken fleißig die Bestätigungen für 2004. Parallel dazu werden die

Fortbildungsnachweise, die viele von Ihnen für 2005 bereits eingereicht haben, eingegeben. Diejenigen, die es bisher versäumt haben, ihre Nachweise 2004 einzureichen, werden hieran erinnert werden.

Damit zukünftig der enorme Arbeitsaufwand bei der Erfassung der Fortbildungsbelege auf ein personalverträgliches Maß reduziert wird, haben sich mehrere Länderkammern darüber verständigt, einen gemeinsamen „PsychoTherapeutenKammer-

Informationsverteiler“ (PTKIV) einzurichten, der es ermöglichen soll, die Teilnehmer aller Veranstaltungen, die von einer Psychotherapeutenkammer anerkannt wurden, online auf einen zentralen Server zu übertragen, von dem wir dann die Informationen, die unsere Mitglieder betreffen, direkt abrufen können. Eine Schnittstelle zu dem parallel eingerichteten „Elektronischen Informationsverteiler“ (EIV) der Ärztekammern ermöglicht den Datenaustausch auch mit den Veranstaltungen, die über eine Ärztekammer oder Ärztliche Akademie anerkannt wurden. Dadurch entfällt ein erheblicher Aufwand an manuellen Eingaben. Darüber hinaus wird über ein dann eingerichtetes, elektronisch einsehbares Punktekonto für jedes Mitglied der eigene Punktestand online abzufragen sein. Das bedeutet auch, dass Sie uns nur noch die Nachweise der Veranstaltungen einreichen müssen, die nicht elektronisch erfasst werden.

Wie soll das alles funktionieren? Zunächst werden alle Veranstalter für ihre akkreditierten bzw. zertifizierten Veranstaltungen eine sogenannte „Veranstaltungsnummer“ (VNR) erhalten, die in einen Scan-Code umgewandelt wird und auf dem Aner-

kennungsbescheid der Kammer erscheint. Diese VNR wird vom Veranstalter entweder auf die Anwesenheitslisten und/oder Teilnamebescheinigungen gedruckt. Jedes Mitglied wird in den nächsten Wochen mit einem Fortbildungsausweis ausgestattet, auf dem seine individuelle „Einheitliche Fortbildungsnummer“ (EFN), die ebenfalls in einen Scan-Code umgewandelt ist, sowie mit einer größeren Anzahl von Klebeetiketten, die mit der EFN bedruckt sind. Der einfachste und kostengünstigste Weg ist dann, dass der Veranstalter in der Anwesenheitsliste jeden Teilnehmer neben der Unterschrift noch ein Klebeetikett aufkleben lässt, alles mit einem handelsüblichen Scanner erfasst und dann an den PTKIV überträgt. Will er sich keinen Scanner anschaffen, so kann er auch die Teilnehmerliste direkt an uns senden, oder er gibt die mit der VNR versehene Teilnahmebestätigung aus, die das Mitglied dann mit einem Aufkleber versehen an uns sendet. Die Kammer kann dann auf einfache Art und Weise die Fortbildungsnachweise erfassen und direkt dem jeweiligen Punktekonto die Daten zuführen. Sie haben dann auch sehr schnell die Kontrolle darüber, was bei Ihnen bereits alles aner-

kannt wurde. Über das genaue Procedere werden Sie mit dem Versand der Fortbildungsausweise nochmals ausführlich informiert werden.

Die Vertreterversammlung hat am 10. Mai 2006 mehrere Satzungen geändert. Die Beschlüsse finden Sie in dem beigefügten Einleger. Sollte dieser in Ihrer Ausgabe ausnahmsweise fehlen, bitten wir um Nachricht, die Geschäftsstelle wird Ihnen das fehlende Exemplar zusenden.

### **An diesen Seiten arbeiteten mit:**

Birgit Heinrich, Alfred Kappauf, Dr. Annelie Scharfenstein.

### **Geschäftsstelle**

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz  
Tel 06131/5 70 38 13  
Fax 06131/5 70 06 63  
service@lpk-rlp.de  
www.lpk-rlp.de  
telefonische Sprechzeiten:  
Mo. – Fr. 10.00 – 12.30 Uhr  
Di. – Do. 14.00 – 16.00 Uhr



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

## Kammerbeitrag 2006: Beitragshöhe stabil

### FORUM 13 (März 2006)

Die Höhe der Kammerbeiträge für 2006 konnten stabil gehalten werden. Sie betragen im Einzelnen weiterhin für:

- Niedergelassene, Freiberufler: **BK I:** 440,00 €, ermäßigt **BK III:** 220,00 €
- Angestellte, Beamte: **BK II:** 330,00 €, ermäßigt **BK IV:** 165,00 €
- Freiwillige Mitglieder: **BK V:** 80,00 €

## Häufige Fragen – Antworten aus der Beitragsordnung:

*Wann ist der Beitrag fällig? Wie ist die Zahlungsweise?*

§ 6 (1)...Die Bekanntmachung gilt als öffentliche Zahlungsaufforderung.

§ 6 (2) Für alle Kammermitglieder, die eine Einzugsermächtigung erteilt haben, wird der Jahresbeitrag per Lastschrift eingezogen...

§ 6 (3) Lehnt das Kammermitglied das Lastschriftverfahren ab, ist der Jahresbeitrag innerhalb eines Monats und eines Tages nach der Bekanntgabe im Forum der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes zu überweisen.

*Wer kann Beitragsermäßigung beantragen?*

§ 4 (2) Einen ermäßigten Beitrag nach § 3, Satz 1 in der Beitragsklasse III zahlen die niedergelassenen Pflichtmitglieder, deren Jahreseinkommen 50 % oder weniger des durchschnittlichen Fachgruppeneinkommens (gemäß den Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung des Saarlandes) des vorvergangenen Jahres beträgt. (3) Einen ermäßigten Beitrag nach § 3, Satz 1 in der Beitragsklasse IV zahlen die angestellten und verbeamteten Pflichtmitglieder, die ihr Einkommen ausschließlich aus einer Teilzeittätigkeit im Umfang von 50 % oder weniger der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit beziehen.

*Wann ist der Antrag zu stellen?*

§ 4 (4)... Der Antrag auf den ermäßigten Beitrag muss jährlich neu innerhalb der einmonatigen Zahlungsfrist gestellt werden.

*Bis zu welcher Einkommensgrenze kann man BK III beantragen?*

Das durchschnittliche Fachgruppeneinkommen des Jahres 2004 betrug laut Angaben der KV Saarland 54.767,89 EUR. Wer nachweisen kann, dass in 2004 (= vorvergangenes Jahr) das berufliche Einkommen unter 50% des durchschnittlichen Fachgruppeneinkommens d.h. unter 27.383,95 EUR lag, der kann den Anspruch auf Beitragsermäßigung geltend machen. Als Einkommensnachweis gilt der Steuerbescheid 2004.

## Website – Analyse

### FORUM 13 (März 2006)

Unsere Website erfreut sich intensiver Nutzung. Seit November führen wir eine kleine Analyse durch, die Ergebnisse finden Sie in den folgenden Tabellen. Dabei wird unsere Website im Durchschnitt knapp 5800 mal im Monat aufgerufen.

Dies stellt unseres Erachtens die Bedeutung des Mediums auch für Präsentation und Service unserer Kammer unter Beweis. Nach den Anteilen der Seitenaufrufe ist davon auszugehen, dass wir mit unserer Homepage gleichermaßen Mitglieder unserer Kammer wie Patienten und Außenstehende erreichen.

Die vorstehende Tabelle gibt eine erste Übersicht über den durchschnittlichen An-

Monat	Seitenaufrufe (Anzahl)
Nov 2005	6139
Dez 2005	4953
Jan 2006	6659
Feb 2006	5408

Menüpunkte	Seitenaufrufe in %
Aktuelles	25
Patienteninfo	15
Kammer	14
Intern Mitglieder	11
Rechtliches	10
Intern Vertreter	8
Kontakt	5
Links	5
Schwarzes Brett	4
Suche	3

teil der Seitenaufrufe in den Monaten November 2005 bis Februar 2006 über die Hauptmenüpunkte unserer Website. Die Angaben sind in % der Seitenaufrufe untergliedert.

## Psychotherapeuten in der Gesundheitsberichterstattung des Saarlandes

### FORUM 13 (März 2006)

Gesundheitsminister Josef Hecken hat am 2. März 2006 die Gesundheitsberichterstattung des Saarlandes mit über 190 Gesundheitsindikatoren vorgelegt. Diese umfangreiche Datensammlung gibt z.B. Auskunft über Erkrankungshäufigkeiten im Saarland, Gesundheitsverhalten der Saarländer, Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen und deren Nutzung. Nachfolgend erscheint aus der Gesundheitsberichterstattung des Saarlandes die Übersicht zur psychotherapeutischen Versorgung. Übrigens ist dies die einzige Seite in dem sehr umfangreichen und detaillierten Datenmaterial zur personellen Ausstattung des saarländischen Gesundheitswesens, auf der unsere Berufsgruppe überhaupt erfasst ist. Über den zunehmenden Anteil psychischer Erkrankungen in Statistiken und Berichten z.B. verschiedener Krankenkassen, auch im Saarland, wurde bereits mehrfach im FORUM berichtet. Umso er-

staunlicher ist die mangelnde Differenzierung des nun vorgelegten Gesundheitsberichtes gerade in diesem Punkt. Das Saarländische Heilberufekammergesetz (SHKG) legt bei der Beschreibung der Aufgaben der Kammern in § 4 unter anderem auch die Mitwirkung bei der Gesundheitsberichterstattung des Landes fest. Mag sein, dass die mangelhafte Berichterstattung zur psychischen Gesundheit und zur psychotherapeutischen Versorgung im Saarland daher rührt, dass die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes bei der Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsministers gar nicht involviert wurde. Minister Hecken hat in seiner Pressemitteilung zur Gesundheitsberichterstattung (deren Originalversion Sie auf unserer Homepage nachlesen können) darauf hingewiesen, dass diese „eine dynamische und ständige Aufgabe“ sei, die „kontinuierlich aktualisiert und ausgebaut werden“ soll. Daran wollen wir uns gerne beteiligen und unseren Beitrag zu einer zielgerichteten Gesundheitspolitik im Saarland leisten, „insbesondere auch im Hinblick auf die optimale Allokation der knapper werdenden Ressourcen bei ständig steigendem Bedarf an Gesundheitsleistungen“, wie Gesundheitsminister Hecken schreibt. Zu den Zahlen: Der Bericht weist für das Saarland 218 niedergelassene Psychotherapeuten aus, davon 165 Psychologische Psychotherapeuten (nicht differenziert nach KJP und PP) und 53 ärztliche Psychotherapeuten (Relation PP/KJP zu ärztlichen Psychotherapeuten im Saarland: 76:24, Richtwert Bundesweit: 60:40). Dies entspricht einer Versorgungsdichte von 1 Psychotherapeuten je 4.845,9 Einwohner (Quellen: KV Saarland, Statistisches Landesamt Saarland).

## Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie der stationären Verhaltenstherapie unter Beweis gestellt!

### FORUM 13 (März 2006)

Zusammenfassung der Vorträge von Prof. M. Zielke/Dipl. Psych. J. Schwickerath, Fachtagung PKS am 12.11.2005

In einer Verbundstudie von Krankenkassen, Verhaltensmedizinern und Wissenschaftlern wurde die Bedeutung psychischer Erkrankungen im Krankheitsgeschehen in Deutschland untersucht und nachgewiesen, dass stationäre verhaltensmedizinische Behandlungen auch langfristig zu einer gesundheitlichen Stabilisierung der Patienten führen können und auch gesundheitsökonomisch Sinn machen.

### 1. Die Fehlversorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist immer noch dramatisch

#### 1.1. Psychische Erkrankungen nehmen zu

Unter Berücksichtigung des Krankheitsgeschehens seit 1997 nehmen die Krankheitstage infolge von psychischen Erkrankungen zu bei gleichzeitigem Rückgang des Krankheitsgeschehens insgesamt. So stieg die Anzahl der AU-Tage von 68 Tagen in 1997 auf 111 Tage im Jahre 2003. Dies ist eine Zunahme des absoluten Krankheitsgeschehens um 62,3% in nur 6 Jahren.

Der Anteil psychischer Erkrankungen am gesamten Krankheitsgeschehen lag im Untersuchungsjahr 2003 mit 10,6% aller AU-Tage bei den Frauen auf dem dritten Platz und mit 7,4% aller AU-Tage bei den

Krankheitsgeschehen wegen psychischer Erkrankungen auf der Basis der Krankheitsartenstatistiken der DAK		
Jahrgang	AU-Tage je 100 Versicherte	Veränderungen seit 1997
1997	68	+62,3%
2003	111	
Anteil der AU-Tage psychische Erkrankungen am gesamten Krankheitsgeschehen 2003		
Frauen	10,6%	3. Stelle der Haupterkrankungsgruppen
Männer	7,4%	4. Stelle
Wichtigste Einzeldiagnosen bei den AU-Tagen 2003		
F32 Depressive Episode	2,8%	4.häufigste Diagnose
F43 Reaktion auf Belast.	1,5%	10.häufigste Diagnose

Männern auf dem vierten Platz aller Erkrankungen. In einer Rangfolge der wichtigsten Einzeldiagnosen sind depressive Erkrankungen ( F32 Depressive Episode) mit 2,8% die vierthäufigste Diagnosen und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) rangieren auf Platz 10 der Einzeldiagnosen.

### 1.2. Der Anteil von krankheitsbedingten Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen steigt weiterhin

Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen 2002 (Angestelltenversicherung, BfA)

Vergleichende Auswertungen der Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen der Rentenversicherungsträger (Arbeiterrentenversicherung AR und Angestelltenversicherung AV) zeigen allein zwischen 1995 bis 1998 bei den Männern einen Anstieg von 14,0% auf 25,1% und bei den Frauen von 17,5% im Jahre 1995 auf 30,0% im Jahr 1998. Gleichzeitig findet eine Ver-

Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen 2002 (Angestelltenversicherung, BfA)	
Frauen	38 % aller Frührenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Rangplatz 1)
Männer	27% aller Frührenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Rangplatz 1)
Anstieg der Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen zwischen 1995 bis 1998 (AR und AV)	
Männer	1995: 14,0%    1998: 25,1%
Frauen	1995: 17,5%    1998: 30,0%

schiebung des Frühberentungsalters in jüngere Jahrgänge statt. Unter gesundheitsökonomischen Aspekten geht diese Entwicklung mit einem erheblichen Verlust an aktiven Beitragsjahren einher. Jüngsten Zahlen aus dem Bereich der Angestelltenversicherung (BfA) aus dem Jahre 2002 zufolge liegen nunmehr bei den Frühberentungen psychische Erkrankungen mit 27% aller Frührenten bei den Männern und 38% bei den Frauen an erster Stelle aller Krankheitsgruppen. Jede dritte Frühberentung ist auf eine psychische und psychosomatische Krankheit zurückzuführen.

## 2. Die Krise der Akutmedizin bei der diagnostischen Klärung psychischer Erkrankungen

Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen nehmen das Gesundheitssystem intensiver in Anspruch als Patienten mit ausschließlich körperlichen Erkrankungen (z.B.: ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Aufenthalte im Akutkrankenhaus, Medikamentenkonsum). Aus einem medizinisch-technischen Blickwinkel heraus betrachtet gibt es immer wieder bei einer Reihe psychischer Erkrankungen erhebliche diagnostische Zweifel bei den Behandlern mit der Folge, dass diese Patienten länger im medizinischen Versorgungssystem bleiben als notwendig. Die Unsicherheit des behandelnden Arztes führt nicht selten zu einer Intensivierung der diagnostischen Bemühungen, und verunsicherte Patienten fordern häufig solchen weiterführenden Untersuchungen, weil sie wissen wollen, welche Krankheit sie haben und wie sie zu behandeln ist. Gleichzeitig entwickeln sie jedoch ein Krankheitsverhalten, wie wir es eigentlich nur von schweren organischen Akuterkrankungen kennen: Schonen – Sich zurückziehen – Auf Klärung warten – Medikamente einnehmen mit entsprechend langen Krankheitszeiten. Innerhalb von zwei Jahren vor der stationären Verhaltenstherapie waren die Patienten an 148 Tagen krank geschrieben und hatten 65 ambulante Arztkontakte absolviert. Einige Patienten waren sogar bis zu 18 Monaten krank geschrieben. Solche Krankheitsverläufe („Krankheitskarrieren“) erstrecken sich über lange Zeiträume (durchschnittlich 7 Jahre), bis qualifizierte psychosomatische und verhaltensmedizinische Behandlungen begonnen werden, bei denen körperliche Faktoren ebenso berücksichtigt werden wie psychische Belastungen, soziale Problemlagen und der Umgang der Patienten mit ihrer Erkrankung (Krankheitsverhalten).

### 3. Ursachen für diese Entwicklung

Als Ursachen für die Zunahme von psychischen Erkrankungen und als Hinweise auf ein erhöhtes Erkrankungsrisiko werden mehrere Aspekte verantwortlich gemacht: Gesamtgesellschaftliche Veränderungen haben hierbei eine ebenso große Bedeu-

tung wie individuelle persönliche Gründe. Frauen, Menschen in schwierigen Lebenssituationen, allein lebende, geschiedene und verwitwete Personen weisen insgesamt höhere Erkrankungsraten auf. Auch das Lebensalter spielt eine wichtige Rolle. Das Ersterkrankungsalter für Depressionen und Angststörungen liegt im früheren bis mittleren Erwachsenenalter, doch bereits im Jugendalter ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Allem voran steht die zunehmende Unsicherheit über die zu erwartenden Lebensläufe und die damit verbundene Flexibilität, sich auf rasch veränderte Anforderungen einzustellen. Hohe Scheidungsraten und eine Zunahme von sozialer Gewalt – sowohl im öffentlichen Bereich als auch innerhalb von Beziehungen – tragen in Verbindung mit einer weitergehenden Vereinzelung (z.B. Einpersonenhaushalte) dazu bei, daß der Einzelne kaum noch Möglichkeiten hat, sich in seiner näheren Umgebung Hilfe und Unterstützung zu holen. Veränderungen in den beruflichen Anforderungen: Besonders solche Menschen mit einer hohen Bereitschaft, sich zu verausgaben, erleben schwerste Krisen, wenn dieses Engagement nicht gewürdigt wird oder an Wert verliert. Aufgaben, für die Menschen sich jahrelang „ins Zeug“ gelegt haben, verlieren durch plötzliche familiäre oder auch gesellschaftliche Veränderungen ihre Bedeutung oder werden gar in Mißkredit gebracht. Auch auf internationaler Ebene zeichnet sich eine ähnliche Entwicklung ab. Die Weltgesundheitsorganisation folgert in einer weltweiten Studie von 1998: „Waren die drei größten Leiden der Menschheit 1990 noch Lungenentzündung, Durchfallerkrankungen und Kindstod, wird die Reihenfolge in 20 Jahren (2020) so lauten: Herzinfarkt, Depression und Angststörungen, Verkehrsunfälle!“ Früh-Erkennen, Klären und ergebnisorientiert Behandeln sind wichtige Schritte, einer solchen Entwicklung erfolgreich entgegenzuwirken.

### 4. Die Reglementierung der Zugangswege zur ärztlichen Versorgung ist der falsche Weg

Die gesundheitspolitische Diskussion zur Reduktion der Krankheitskosten richtet ihr Hauptaugenmerk darauf, durch eine verstärkte Reglementierung der Zugangswege

zur ärztlichen Versorgung und durch erhöhte Direktfinanzierungen von ärztlichen Leistungen das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten zu verändern. Es muss bezweifelt werden, dass die Versicherten dadurch bereits gesünder werden! Gesundheitspolitische Entscheidungen, bei denen ausschliesslich die Versorgungsstruktur im Vordergrund steht, verstellen den Blick auf das einzig wichtige und entscheidende Kriterium gesundheitsbezogener Versorgung: Die Qualität des Behandlungsergebnisses. Denn: Ergebnisqualität ist nicht Alles, aber ohne Ergebnisqualität ist alles Nichts!

#### Veränderungen der Beschwerden und klinischen Probleme:

Rückgang der Depressivität

Verminderung der Angstsymptomatik

Reduktion der psychosomatischen Beschwerden

Abbau der beeinträchtigenden Formen der Krankheitsverarbeitung

Verbesserung der Schlafstörungen

Zunahme an Lebenszufriedenheit und Lebensqualität

### 5. Ziel der Verhaltensmedizin: Gesundheitliche Stabilisierung und Veränderung des Krankheitsverhaltens

Hauptziele des verhaltenstherapeutischen Ansatzes der medizinischen Rehabilitation sind eine gesundheitliche Stabilisierung der Patienten und Patientinnen, eine Verminderung der psychosomatischen Beschwerden und Beeinträchtigungen, eine verbesserte Krankheitsbewältigung und eine Veränderung des Krankheitsverhaltens. Zum Nachweis der Wirksamkeit stationärer verhaltensmedizinischer Behandlungsansätze (Effektstärken) und zur gesundheitsökonomischen Bewertung dieser Effekte wurden in einer Multicenterstudie unter Beteiligung des Zentrums für Psychosomatik und Verhaltensmedizin der Klinik Berus mit der DAK Hamburg (Bereich Vorsorge und Rehabilitation) mit zwei weiteren renommierten psychosomatischen Fachkliniken in Bad Dürkheim und Bad Pyrmont die klinischen Problemstellungen und das Krankheitsverhalten von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen untersucht und dabei ermittelt, in



welchem Ausmaß sich die Beschwerden und das langfristige Krankheitsverhalten (Ressourcenverbrauch) infolge der stationären Behandlungen verändert haben.

**6. Veränderungen des Krankheitsverhaltens**

Im Vergleich der Beobachtungszeiträume von zwei Jahren vor der Behandlung und zwei Jahre nach der Behandlung zeigt sich, dass es den Patienten möglich war, ein verändertes Krankheitsverhalten in ihrer häuslichen und beruflichen Realität umzusetzen. Die Krankheitstage gingen um 62,3% zurück und der einzelne Krankheitsfall gestaltete sich in der Nachuntersuchung wesentlich kürzer. Ein wesentlicher Rückgang war bei den Tagen von Krankengeldzahlungen zu verzeichnen. Da besonders die langen Krankheitsfälle seltener vorkamen, reduzierte sich der Umfang um 71,5%. Die Tage mit Lohnfortzahlungen durch den Arbeitgeber verminderten sich um 41,5% und die Produktivitätsverluste durch die Krankenschreibungen gingen um 71,5% zurück.

Die Patienten wurden im Nachuntersuchungszeitraum seltener in ein Akutkrankenhaus eingewiesen und wurden auch dort schneller wieder entlassen. In der ambulanten ärztlichen Versorgung wurden weniger akutmedizinische Kontakte absolviert und der Konsum an Medikamenten zur Behandlung psychischer und psychosomatischer Problemstellungen ging um 40,0% zurück.

somatischer Problemstellungen ging um 40,0% zurück. Die Patienten sind auch zwei Jahre nach der stationären Verhaltenstherapie gesundheitlich deutlich stabilisiert, sie sind seltener krank und im Krankheitsfall schneller wieder gesund.

**7. Ökonomische Bewertung dieser Veränderungen**

Zur ökonomischen Bewertung dieser Veränderungen wurden auch die Krankheitskosten im Zeitraum von zwei Jahren vor einer stationären Rehabilitation und zwei Jahre nach einer Behandlung erhoben. Die Kosten für die traditionelle medizinische (Fehl-) Behandlung in einem Zeitraum von zwei Jahren vor der Therapie beliefen sich auf 39.769 EURO je Fall bei erwerbstätigen Patienten. Die Abnahme der Krankheitskosten in einem zweijährigen Nachuntersuchungszeitraum betrug 21.554 EURO (minus 54,2%). Die um 21.554,60 € je Patient verminderten Krankheitskosten müssen in Relation gesetzt werden zu den Kosten der stationären verhaltensmedizinischen psychosomatischen Behandlungen. Bei einem durchschnittlichen Pflegesatz von 110 € pro Behandlungstag und einer mittleren Aufenthaltsdauer von 51,60 Tagen in der psychosomatischen Klinik kostet die stationäre Behandlung und Rehabilitation 5.676 € pro Patient. Unter Einbeziehung aller Kostenfaktoren und der erreichten Reduktion der Krankheitskosten in der Katamnese in Höhe von 21.554 € ergibt sich bei stationären Behandlungskosten (Investition) eine Kosten-Nutzen-Relation und 1 : 3,79. Das bedeutet, dass bei einer Investition von 1 EURO in die stationäre psychosomatische Behandlung und Rehabilitation eine Reduktion der Krankheitskosten und der Krankheitsfolgekosten von EURO 3,79 erzeugt wird.

**8. Zusammenfassende Bewertung des Projektes**

Die DAK, die ärztlichen und therapeutischen Klinikleitungen und die Forscher kommen zu dem Schluss, dass ergebnisorientierte Behandlungskonzepte der Verhaltensmedizin und der medizinischen Rehabilitation bei psychosomatisch erkrankten Patienten mit teilweise langen Behandlungskarrieren in ihrer Vorgeschichte sowohl individuell helfen als auch gesundheitsökonomisch Sinn machen.

Veränderung der Krankheitskosten in einzelnen Kostenbereichen:	
Verminderung der Krankengeldzahlungen (5.442 €: 1.551 €)	minus 71,5%
Verminderung der Arbeitgeberkosten (27.074 €: 11.437 €)	minus 57,7%
Verringerung der Kosten im Akutkrankenhaus (2.639 €: 1.440 €)	minus 45,4%
Verringerung der ambulanten Arztkosten (2.857 €: 2.307 €)	minus 19,3%
Verringerung des Medikamentenkosten (1.755 €: 1.478 €)	minus 15,8%
Veränderung der Krankheitskosten insgesamt (39.769 €: 18.215 €)	minus 54,2%

Die Patienten und Patientinnen sind auch zwei Jahre nach der stationären Therapie noch gesundheitlich stabilisiert und sie haben ihr Krankheitsverhalten wesentlich verändert. Sie haben gelernt, Problemlösungen aktiv anzugehen; dies macht sie unabhängiger von medizinischen Versorgungssystem, sodass auch der Ressourcenverbrauch wesentlich vermindert werden konnte. Ergebnisorientierte Qualitätssicherung sollte einen wesentlich höheren Stellenwert in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion erhalten!

Wissenschaftliche Projektleitung: Prof. Dr. Manfred Zielke, Wissenschaftsrat der AHG AG, Düsseldorf, Apl.-Professor für Klinische Psychologie an der Fakultät für Sozialwissenschaften der Universität Mannheim

Projektleitung in der Klinik Berus: Dr. med. Winfried Carls, Facharzt für Neurologie u. Psychiatrie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Chefarzt Dipl.-Psych. Josef Schwickerath, Psychologischer Psychotherapeut, Leitender Psychologe

Alle Ausgaben des FORUM sind auf unserer Website [www.ptk-saar.de](http://www.ptk-saar.de).

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten Vorstand PKS

**Geschäftsstelle**

Talstraße 32  
66119 Saarbrücken  
Tel 0681 / 95455 56  
Fax 0681 / 95455 58  
kontakt@ptk-saar.de

Bei der Veränderung des Krankheitsverhaltens zeigten sich folgende Ergebnisse:	
Verringerung der Arbeitsunfähigkeitszeiten	minus 62,3%
Verkürzung der Dauer je Krankheitsfall	minus 53,1%
Verminderung der Tage von Krankengeldzahlungen	minus 71,5%
Verminderung der Lohnfortzahlungstage	minus 41,5%
Verminderung der Tage mit Produktivitätsverlusten	minus 71,5%
Verringerung der Behandlungstage im Akutkrankenhaus	minus 45,4%
Verringerung der ambulanten akutmedizin. Arztkontakte	minus 25,0%
Verringerung des Medikamentenkonsums (Psychopharmaka, Analgetika, Hypnotika, Sedativa, Migränemittel)	minus 40,0%





# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

## Liebe Kollegin, lieber Kollege,

heute berichten wir über die letzte Kammerversammlung, die am 24.03.2006 stattfand und auf welcher der Vorstand der PKS SH satzungsgemäß seinen Tätigkeitsbericht für das Jahr 2005 vorgelegt hat. Weiterhin stellen wir Ihnen zwei neue

Mitglieder der Kammerversammlung und ein neues Vorstandsmitglied vor, die aufgrund des Ausscheidens zweier Mitglieder aus der Kammerversammlung für den Rest der Wahlperiode nachgerückt sind.

## Neue Mitglieder in der Kammerversammlung und im Vorstand der PKS SH

Nachdem im Frühjahr dieses Jahres Frau Antje Doll und Frau Marita Baade ihren Rückzug aus der Kammerversammlung der PKS SH erklärt hatten, mussten die freigewordenen Plätze neu besetzt werden. Gemäß § 14 der Wahlverordnung der Psychotherapeutenkammer tritt an die Stelle eines ausgeschiedenen Kammermitglieds unabhängig vom Geschlecht die Bewerberin oder der Bewerber mit der nächsthöchsten Stimmenzahl als Ersatzmitglied.

Für Frau Doll, die als Vertreterin der Psychologischen Psychotherapeutinnen in die Kammerversammlung gewählt worden war, rückte Herr Dr. Dietmar Ohm als Vertreter mit der nächsthöchsten Stimmenzahl entsprechend der Kammerwahl vom Sommer 2003 und für Frau Baade, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, rückte Herr Franz Seifert in die Kammerversammlung nach.

Auch im Vorstand der Kammer hat sich eine personelle Veränderung ergeben. Peter Koch, der als langjähriges Vorstandsmitglied bereits im Errichtungsausschuss mitgewirkt hatte, hat sich aus persönlichen Gründen im März d.J. von seiner Vorstandstätigkeit in der Kammer zurückgezogen. Als Ersatz für Herrn Koch wurde auf der letzten Kammerversammlung mit großer Mehrheit Frau Christiane Foerster als weiteres Vorstandsmitglied gewählt.

Allen ausgeschiedenen Mitgliedern danken wir für ihre bisherige Mitarbeit und ihr großes Engagement für die Belange der Psychotherapeuten.

Den neuen Mitgliedern der Kammerversammlung und des Vorstands wünschen wir viel Freude an ihren neuen ehrenamtlichen Aufgaben und hoffen auf eine konstruktive Zusammenarbeit im Hinblick auf die Förderung der Psychotherapie und der Sicherung der Berufe der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in der Zukunft.

## Jahresbericht des Vorstands

Auf der ersten Kammerversammlung dieses Jahres am 24.3. gab der Vorstand der PKS SH seinen satzungsgemäßen Rechenschaftsbericht über die Arbeit der Kammer im abgelaufenen Jahr ab. Diesen Vorstandsbericht geben wir im Folgenden auszugsweise wieder.

**Zunächst zur Statistik:** Die PKS SH hat 981 Mitglieder (Stand Dezember 2005), 65 % von diesen sind weiblich und 35 % männlich. Die Altersstruktur zeigt das klassische Bild einer Normalverteilung mit einer Häufung im Bereich von 45 bis 55 Jahren.

78 % (765) der Mitglieder sind Psychologische Psychotherapeutinnen und 18 % (173) sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen. 4 % (43) sind Doppelprobierte.

442 Mitglieder (46 %) sind selbstständig tätig, 436 (44 %) arbeiten in einem abhängigen Dienstverhältnis angestellt oder beamtet. Sowohl angestellt als auch selbstständig sind 8 % (81 Mitglieder) tätig. Die restlichen 2 % (22) sind Rentner.

In 2005 wurden 105 Härtefallanträge gestellt. Lediglich 10 Anträge mussten vom Vorstand abgelehnt werden. Das Gros der Anträge führte zu einem hälftigen Jahresbeitrag, bei 22 Mitgliedern führte der Härtefallantrag zum Minimalbeitrag von 72,- Euro.

**Interne Termine:** Die Kammerversammlung ist in 2005 fünf Mal zusammengetreten. Davon wurde eine Sitzung nach Unterbrechung drei Wochen später fortgesetzt und führte schließlich zu der Verabschiedung der Berufsordnung der PKS SH. Zwei weitere Kammerversammlungen beschäftigten sich ausschließlich mit dem Thema Versorgungswerk.

Desweiteren hat es 22 Vorstandssitzungen, 42 Teamsitzungen mit dem Geschäftsführer und den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle und diverse Telefonkonferenzen gegeben.

Mehrere Gespräche hat der Vorstand mit der Leitung der Kassenärztlichen Vereinigung in Bad Segeberg geführt, in denen die problematische Situation der Vergütung nicht-antragspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen diskutiert wurde. Außerdem wurde die korrekte Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses der KBV zur Berechnung des Mindestpunktwertes für die antragspflichtigen Leistungen überprüft. Dabei konnte der Vorstand feststellen, dass die KVSH die Ermittlung dieses Mindestpunktwertes nach den Vorgaben der KBV korrekt umgesetzt hat und sich somit, anders als in manch ande-

ren KVen, keine Benachteiligungen der Psychotherapeuten feststellen ließen.

**Versorgungswerk:** Bereits vor Veröffentlichung der Satzung und damit vor dem offiziellen Gründungsdatum des Versorgungswerks hat der Vorstand der PKSH alle Kammermitglieder Anfang Februar 2005 zu einer Informationsveranstaltung über das Versorgungswerk der PKSH eingeladen. Auch in den folgenden Monaten nach der Gründung wurden alle Mitglieder der PKSH in mehreren Schreiben über die Aufgaben des Versorgungswerks und die Bedingungen der Mitgliedschaft ausführlich informiert.

Wer häufige Fragen (FAQs zum VW) nicht auf der Internetseite der PKSH ([www.pksh.de](http://www.pksh.de)) beantwortet bekam, konnte sich drei Monate lang über eine eigens eingerichtete Hotline an den Vorstand der Kammer wenden.

Nicht zuletzt diese sehr rege Informationspolitik der Kammer führte schließlich dazu, dass über 30 % der Kammermitglieder sich für einen Verbleib im Versorgungswerk der PKSH entschieden haben. Damit liegt die PKSH deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt – ein Zeichen für die hohe Akzeptanz des Versorgungswerks.

**Geschäftsstelle:** Nachdem sich der Vorstand im Juni des letzten Jahres von dem bisherigen Geschäftsführer getrennt hatte, wurde diese Position schnellstmöglich wieder ausgeschrieben. Die Auswahl unter den über 50 eingegangenen Bewerbungen war sehr arbeitsintensiv und zog sich bis in den August hin. Die Wahl fiel schließlich auf Herrn Wohlfarth, der die Position des Geschäftsführers der PKSH zum 1. Oktober antrat (siehe PTJ 4-2005).

Die vier Monate andauernde geschäftsführerlose Zeit des letzten Jahres konnte insgesamt gut mit „Bordmitteln“ bewältigt werden, führte allerdings zu einer erheblichen Mehrbelastung des Vorstands und der Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle. In dieser Zeit wurde ebenfalls ein neues Mitgliederverwaltungsprogramm eingeführt, das nach den üblichen Anfangsschwierigkeiten jetzt allmählich Früchte

trägt und die Arbeit der Geschäftsstelle erheblich erleichtert.

**Mitarbeit in der Bundespsychotherapeutenkammer:** Im April des letzten Jahres fand der 5. Deutsche Psychotherapeutentag in München und im Oktober der 6. Deutsche Psychotherapeutentag in Hamburg statt. Auf beiden Delegiertenversammlungen der BPTK wurde die PKSH durch vier gewählte Delegierte vertreten.

Der Länderrat der BPTK, bei dem die PKSH durch den Präsidenten vertreten wurde, hat im letzten Jahr vier Mal getagt. Außerdem hat es noch mehrere Telefonkonferenzen gegeben, um sich in wichtigen Fragen auszutauschen und diese Sitzungen vorzubereiten.

**Interessengemeinschaft der Heilberufe:** Die Interessengemeinschaft der Heilberufe ist ein Zusammenschluss der Heilberufskammern sowie der KV, der KZV und des Apothekerverbandes in Schleswig-Holstein. Neben dem Meinungsaustausch der Heilberufe untereinander dient die IdH der Information und Kontaktpflege mit den Medien und der Politik. Die PKSH hatte bisher als Gast an den Treffen der IdH teilgenommen und ist seit Anfang 2006 offizielles Mitglied dieser Interessengemeinschaft geworden.

Im Oktober 2005 gab es ein Treffen mit dem Ministerpräsidenten Peter Harry Carstensen, an dem der Präsident der PKSH, Dr. Oswald Rogner, teilgenommen hat. Von Seiten der PKSH konnte deutlich gemacht werden, dass die Psychotherapie im Rahmen des Gesundheitswesens ein häufig unterschätzter Kostendämpfungsfaktor ist und Psychotherapie hierzu verstärkt im Bereich der Prävention sowie der Rehabilitation eingesetzt werden sollte.

**Zusammenarbeit der Nordkammern:** In 2005 konnten die Vorarbeiten für den Psychotherapeutensuchdienst „PsychInfo“ abgeschlossen werden. PsychInfo als gemeinsames Projekt der vier Nordkammern ging Ende des letzten bzw. Anfang dieses Jahres ans Netz ([www.pksh.de](http://www.pksh.de)).

Der Eintrag in PsychInfo ist kostenlos. Hier haben sowohl angestellte als auch nieder-

gelassene KollegInnen die Möglichkeit, auf sich aufmerksam zu machen und Praxisbesonderheiten sowie spezifische Angebote für Selbstzahler und Privatversicherte darzustellen.

Eintragungen in PsychInfo sind weiterhin jederzeit möglich. Sollten Sie Ihre Zugangsdaten (Mitgliedsnummer und Passwort), die Ihnen Ende 2005 zugeschickt wurden, verlegt haben, wenden Sie sich bitte an unsere Geschäftsstelle.

Eine weitere (bilaterale) Zusammenarbeit zur Online-Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen ergab sich mit der PTK Hamburg. Von dieser wurde der PKSH eine Software zur Verfügung gestellt, die an unser Mitgliederverwaltungsprogramm angepasst werden kann. Veranstaltern wird hiermit die Möglichkeit gegeben, ihre Fortbildung über das Internet direkt akkreditieren zu lassen. Dieses stellt einen Beitrag zu einer vereinfachten papierlosen Verwaltung dar, in der in einer späteren Ausbaustufe auch die Online-Punktvergabe für die Teilnehmer an einer Fortbildungsveranstaltung ermöglicht werden soll.

**Eigene Veranstaltungen:** Im Dezember hatte die PKSH ihren 1. Angestelltentag in Kiel durchgeführt. Im Nachgang zu dieser Veranstaltung, die auch überregional eine sehr große Resonanz verzeichnen konnte (siehe ausführlichen Bericht in PTJ 1-2006), hat die Kammerversammlung auf ihrer letzten Sitzung eine Resolution zur angemessenen Eingruppierung angestellter PsychotherapeutInnen im neuen Tarifsystem TVöD verabschiedet.

Weiterhin war die PKSH in 2005 Mitveranstalter von zwei Seminaren des Arbeitskreises Migration und Gesundheit. Diese Veranstaltungen behandelten die Themen „interkulturelle Kommunikation in der Praxis“ sowie die „interkulturelle Kompetenz“.

Schließlich sind die Planungen zum 1. Norddeutschen Psychotherapeutentag zu erwähnen, die bereits im September des letzten Jahres begannen. Unter dem Motto „Vielfalt in der Psychotherapie“ soll den zahlreichen Teilnehmern dieser Veranstaltung vermittelt werden, dass die Kompetenz der PsychotherapeutInnen über die

klassischen Indikationsgebiete der Richtlinien-therapie hinausgeht und sowohl die Begleitbehandlung somatischer Störungen als auch die Prävention und Rehabilitation umfasst (eine ausführlichere Darstellung dieser Veranstaltung folgt in einer der nächsten Ausgaben des PTJ).

**Haushaltsabschluss 2005:** Der Haushaltsabschluss für das Jahr 2005 weist auf der Einnahmenseite Mitgliedsbeiträge in Höhe von 395.843 Euro aus. Hinzu kommen sonstige Einnahmen aus Gebühren, Erstattungen dritter Institutionen und Zinsen in Höhe von 10.683 Euro.

An Ausgaben fielen im letzten Jahr insgesamt 339.178 Euro an. Diese Ausgaben verteilen sich auf die Kosten der Geschäftsstelle einschließlich Gehälter in Höhe von 138.744 Euro, für Aufwandsentschädigungen einschließlich Reisekosten des Vorstands in Höhe von 82.836 Euro, Aufwandsentschädigungen für die Ausschüsse in Höhe von 5.966 Euro und die Kammerversammlungen in Höhe von 13.729 Euro, Rechtsberatung und Buchführung in Höhe von 27.337 Euro, Gerichts- und Vollstreckungsgebühren in Höhe von 1.897 Euro, anteilige Kosten für die Berufsgerechtigbarkeit der Heilberufekammern in Höhe von 2.299 Euro, Kosten im Zusammenhang mit der Bundespsychotherapeutenkammer (Mitgliedsbeiträge, Länderrat und Dt. Pt-Tag) in Höhe von 42.869 Euro, PTJ in Höhe von 9.436 Euro, Veröffentlichungen im Amtsblatt in Höhe von 2.439 Euro, Versicherungen in Höhe von 646 Euro, Ausgaben für EDV und Repräsentation (einschließlich Internet-Auftritt) in Höhe von 3.433 Euro, Kosten für Veranstaltungen (z.B. Angestelltentag) in Höhe von 3.695 Euro sowie sonstige Kosten einschließlich der anteiligen Kosten für die Gründung des Versorgungswerks in Höhe von 3.852 Euro.

Insgesamt gelang es dem Vorstand auch im abgelaufenen Jahr, sehr sparsam zu wirtschaften und dabei unter den Ansätzen des von der Kammerversammlung verabschiedeten Haushaltsplanes für das Jahr 2005 zu bleiben.

Soweit in Auszügen der Jahresbericht des Vorstands mit der Jahresrechnung für das

Jahr 2005. Es folgte auf der Kammerversammlung vom 24.3.2006 als nächster Punkt der Tagesordnung der

**Bericht des Rechnungsprüfungsausschusses:** Die beiden Mitglieder des Rechnungsprüfungsausschusses hatten sich acht Tage vor der Kammerversammlung die Zeit genommen, die Prüfung der ihnen vorgelegten vollständigen Unterlagen der Buchführung der Kammer vorzunehmen. Sie verglichen die tatsächlichen Aufwendungen mit den Haushaltsplanansätzen, führten Nachberechnungen durch und kontrollierten stichprobenartig einzelne Kontenblätter.

Der Ausschuss stellte fest, dass die Salden im Journal per 31.12.05 mit den entsprechenden Salden der Kontoauszüge übereinstimmten und dass Abweichungen von den Haushaltsplanansätzen mit einem veränderten Bedarf erklärt werden konnten und das nachvollziehbare Ausmaß nicht überschritten. Allerdings bemängelte der Ausschuss, dass die vom Versorgungswerk an die Kammer erstatteten Kosten nicht als Haben-Buchungen auf den entsprechenden Gegenkonten auftauchten. Es wurden zwar sämtliche Kosten vom Versorgungswerk erstattet, z. B. für den Versand von Informationsbriefen des Versorgungswerkes an alle Kammermitglieder, dies wurde aber nicht dem Unterkonto „Portokosten“ gutgeschrieben, sondern wurde als pauschale Erstattung verbucht.

Obwohl in der Kammerversammlung alle Fragen hierzu geklärt werden konnten und deutlich wurde, dass sämtliche angefallenen Kosten vom Versorgungswerk an die Kammer erstattet wurden, empfahl der Ausschuss der Kammerversammlung, dem Vorstand keine Entlastung zu erteilen. Dem konnte die Kammerversammlung allerdings nicht folgen und entlastete den Vorstand in der anschließenden Abstimmung mit deutlicher 2/3 Mehrheit.

## Bericht aus den Gremien des Versorgungswerks

**Aufsichtsausschuss:** Herr Borchers berichtete von der Erarbeitung einer Anlage-

richtlinie, die kurz vor dem Abschluss steht und in der nächsten Sitzung der Kammerversammlung dieser zur Kenntnis gegeben wird. Diese Richtlinie, welche Prozentanteile der einzelnen Anlageformen nach Risikostufen vorsieht, basiert auf der „Verordnung über die Anlage des gebundenen Vermögens von Versicherungsunternehmen“, erlassen von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Herr Borchers teilte weiterhin mit, dass das Versorgungswerk Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV) geworden ist. Die ABV setzt sich für den Erhalt der berufsständischen Alterssicherung ein und unterstützt die einzelnen Versorgungswerke u. a. mit aktuellen Informationen.

**Bericht des Verwaltungsrates:** Herr Kühnelt berichtete als Vorsitzender des Verwaltungsrates über die operative Ebene des Versorgungswerkes. Die Höhe des Kapitals betrug zum Zeitpunkt der Kammerversammlung ca. 1,14 Millionen Euro. Die Situation am Geldmarkt wird als unverändert verhalten angesehen mit einer leichten Tendenz zur Erholung. Da eine Prognose über einen mittelfristigen Zeitraum schwierig sei, plane der Verwaltungsrat bis zur endgültigen Verabschiedung der Anlagerichtlinie zunächst voraussichtlich eine Kapitalanlage als mittelfristige Festgeldanlage. Diese wird wahrscheinlich bei der renommierten Hamburger Privatbank Warburg vorgenommen. Die Aussichten, die laut Gutachten für dieses Jahr zu erwirtschaftende Rendite auch tatsächlich zu erzielen, sieht der Verwaltungsrat als durchaus gut an. Eine Vergabe der Geschäftsbesorgung an einen externen Anbieter kommt derzeit aus Kostengründen weiterhin nicht in Betracht. Der Verwaltungsaufwand kann mit eigenen Ressourcen zur Zeit noch gut bewältigt werden, so dass die Verwaltungskosten deutlich geringer sind als bei anderen Versorgungswerken.

Der Jahresabschluss 2005 für das Versorgungswerk wird auf der nächsten Kammerversammlung vorgelegt werden können. Eine individuelle Rentenberechnung für die Mitglieder wird erstmalig zum Ende des Jahres 2006 geplant.

## Bericht vom 7. Deutschen Psychotherapeutentag

Herr Borchers berichtete vom nicht ganz einfachen Verlauf des 7. Deutschen Psychotherapeutentages zur Beratung und Verabschiedung einer Musterberufsordnung (MBO). Da nicht alle der fast 50 Änderungsanträge ausführlich behandelt werden konnten, ist mit Änderungsanträgen zur MBO auf den nächsten Psychotherapeutentagen zu rechnen. Vor dem Hintergrund weiterer möglicher Änderungen der MBO der BPTK und der Tatsache, dass mit der eigenen Berufsordnung noch keine ausreichenden Erfahrungen vorliegen, sprach sich die Kammerversammlung dafür aus, derzeit von einer Überarbeitung der Berufsordnung der PKSH abzusehen.

### Derzeit kein Ausschuss für Angestellte

Als Ergebnis des im Dezember 2005 durchgeführten 1. Angestelltentages der PKSH trug der Vorstand den dort geäußerten Wunsch zur Bildung eines Ausschusses für Angestelltenfragen an die Kammerversammlung heran.

Im Verlaufe der ausführlichen Diskussion sahen insbesondere die angestellten Kammerversammlungsmitglieder derzeit keine Notwendigkeit, einen speziellen Ausschuss für Angestelltenfragen zu gründen. Es wurde vielmehr auf die Zuständigkeit der BPTK und der Gewerkschaften hingewiesen, die für Fragen der tariflichen Eingruppierung zuständig sind. Außerdem würden die Anliegen der angestellten Kammermitglieder durch den Vorstand gut vertreten.

Die Kammerversammlung einigte sich darauf, dass vor der Gründung eines Ausschusses der Vorstand mögliche Ziele und Arbeitsschwerpunkte dieses Ausschusses benennen solle und dann erst in einer der nächsten Kammerversammlungen hierzu ein Beschluss gefasst werden soll.

## Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung

Eine Anpassung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung (ERO) wurde notwendig, weil bislang für die Teilnahme an externen Terminen für beauftragte Kammerversammlungsmitglieder keine angemessene Aufwandsentschädigung gezahlt werden konnte. So konnte z.B. für die Teilnahme an den Redaktionssitzungen des PTJ nur die reine Sitzungszeit entschädigt werden, obwohl diese mit einer ganztägigen Abwesenheit vom Heimat-/Dienstort einhergeht. Auch auf anderen Ebenen wäre unter diesen Bedingungen eine effiziente Mitarbeit der PKSH nur sehr schwer möglich.

Nachdem diese Thematik bereits auf der vorherigen Kammerversammlung problematisiert wurde, lagen diesmal der Kammerversammlung verschiedene Modelle zur Änderung der ERO vor. Die Kammerversammlung beschloss am Ende mit großer Mehrheit ein Modell, nach dem der zeitliche Aufwand für vom Vorstand veranlassete Dienstgeschäfte mit 40,- Euro pro Stunde entschädigt wird. Vorstandsmitglieder erhalten diese Aufwandsentschädigung jedoch erst ab der 3. Stunde für entsprechende Dienstgeschäfte. Die vorgenom-

menen Änderungen an der ERO werden durch den laufenden Haushalt gedeckt und führen zu keiner Erhöhung des Kammerbeitrags.

## Resolution zur Vergütung angestellter PsychotherapeutInnen

Am Ende der Kammerversammlung wurde einstimmig eine Resolution verabschiedet, in der für die angestellten Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen eine angemessene Berücksichtigung und Vergütung im neuen Tarifsysteem des TVöD gefordert wird.

So weit unser Bericht von der Kammerversammlung einschließlich des Jahresberichtes 2005 des Vorstands.

*Der Vorstand wünscht allen Kolleginnen und Kollegen eine schöne und sonnige Sommerzeit*  
*Dr. Oswald Rogner*  
*Dr. Angelika Nierobisch*  
*Heiko Borchers*  
*Christiane Foerster*  
*Lea Webert*

### Geschäftsstelle

Walkerdamm 17  
24103 Kiel  
Tel. 0431/661199-0  
Fax 0431/661199-5  
Mo bis Fr 9 – 12 Uhr  
info@pksh.de  
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.

## Zu Leslie Greenberg: „Emotionszentrierte Therapie: Ein Überblick“ (Psychotherapeutenjournal 4/2005)

Sehr geehrte Redaktion,

bei einem Artikel mit dem Titel „Emotionszentrierte Therapie“ sei es erlaubt, einen emotionszentrierten Leserbrief zu schreiben. Dies in der Hoffnung, dass sich meine Emotionen – um die Terminologie Greenbergs zu verwenden – von maladaptiven zu adaptiven transformieren. Meine Emotionen beim Lesen des sehr umfangreichen Artikels reichten von Neid und Bewunderung über Scham, Ärger bis hin zu Zorn.

Neid und Bewunderung darüber, wie die grundlegendste und in der psychotherapeutischen Praxis am meisten beachtete und bearbeitete Seelenstruktur, nämlich die des Gefühls, auf derart eloquente und mit neuestem wissenschaftlichen Anstrich versehene Weise so beschrieben wird, als wäre sie gerade neu entdeckt worden.

Scham überkommt mich bei dem Eingeständnis, dass ich die Grundlage meiner Arbeit niemals hätte so konsequent verbal auseinandernehmen und zu so einem scheinbar erschöpfenden Konzept wieder zusammensetzen können. Ärger steigt in mir auf, wenn ich mich frage, auf welcher Ebene arbeiten zum Beispiel die Tiefenpsychologen, wenn sie mit ihren Patienten einen Konflikt bearbeiten? Ist es eine Neuerfindung von Leslie Greenberg, dass man z.B. Gefühle erst mal annehmen muss, bevor man sie nötigenfalls transformiert? Was ist das Neue, Sinnvolle, Hilfreiche am sogenannten EFT (Emotion-focused Approach to Treatment)? Er erinnert uns daran, dass wir mit Emotionen arbeiten. Gut. Das kann man ganz gezielt und systematisch machen. Auch gut. Weiter? Ich kenne Dutzende von Therapie-schulen von der Psychoanalyse über die Verhaltenstherapie, humanistische Richtun-

gen bis hin zu transpersonalen Therapieformen, die alle sehr differenzierte Konzepte zum therapeutischen Umgang mit Emotionen erarbeitet haben. Was ist das Neue an EFT? Bei dieser Frage – ich bleibe bei meinen Emotionen – taucht ein Bild in mir auf: Ich sehe einen Therapeuten in weißem Kittel und mit sterilen Handschuhen bei dem Versuch, sich ja nicht von der Seele berühren zu lassen. Emotionen werden mit empirischem Skalpell, Tupfer und Pinzette auf dem Wege zwischen Amygdala und Kortex geortet, verfolgt und neu postiert. Bei diesem Bild – zugegeben sehr emotional aufgeladen – beschleicht mich Unbehagen und Zorn.

Der Zorn sagt mir: Muss ich mir immer wieder von amerikanischen Kollegen sagen lassen, dass sie gerade das Rad neu erfunden haben?

Bei allem Respekt gegenüber der elaborierten Terminologie des Greenberg-Artikels (und vor allem seiner ausgezeichneten Übersetzung) und dem Anliegen, Komplexität empirisch fundiert und elegant zu reduzieren, möchte ich meine psychotherapeutische Arbeit nicht in dieser Sprache beschrieben haben.

*Dipl.-Psych. Karl Winter (PP)  
Brotlaube 6  
88239 Wangen  
gmp.wr@t-online.de*

## Kontaktaten der Psychotherapeutenkammern

### Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstr. 64  
10179 Berlin  
Tel. 030/27 87 85-0  
Fax 030/278785-44  
Mo – Do 9.00 – 15.00 Uhr  
info@bptk.de  
www.bptk.de

### Baden-Württemberg

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

### Bayern

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

### Berlin

Kurfürstendamm 184  
10707 Berlin  
Tel. 030/887140-0, Fax -40  
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr  
Di 14.00 – 19.00 Uhr  
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de  
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

### Bremen

Hollerallee 22  
28209 Bremen  
Tel. 0421/27 72 000  
Fax 0421/27 72 002  
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr

Mi 13.00 – 17.00 Uhr  
Sprechzeit des Präsidenten:  
Di 12.30 – 13.30 Uhr  
verwaltung@lpk-hb.de  
www.lpk-hb.de

### Hamburg

Curschmannstraße 9  
20251 Hamburg  
Tel. 040/4210 1234  
Fax 040/4128 5124  
Mo, Di, Do, Fr 9.00 – 15.00 Uhr  
Mi 9.00 – 17.00 Uhr  
info@ptk-hh.de  
www.ptk-hh.de

### Hessen

Gutenbergplatz 3  
65187 Wiesbaden  
Tel. 0611/53168-0  
Fax 0611/53168-29  
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr  
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de  
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

### Niedersachsen

Roscherstr. 12  
30161 Hannover  
Tel. 0511/850304-30  
Fax 0511/850304-44  
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 12.00  
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr  
Beitragsangelegenheiten:  
Mo, Mi – Fr 9.00 – 12.00  
Mo – Do 13.00 – 13.30 Uhr  
info@pk-nds.de  
www.pk-nds.de

### Nordrhein-Westfalen

Willstätterstr. 10  
40549 Düsseldorf  
Tel. 0211/522847-0  
Fax 0211/522847-15

Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr  
Fr 8.30 – 14.30 Uhr  
info@ptk-nrw.de  
www.ptk-nrw.de

### Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz  
Tel. 06131/5703813  
Fax 06131/5700663  
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr  
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr  
service@lpk-rlp.de  
www.lpk-rlp.de

### Saarland

Talstraße 32  
66119 Saarbrücken  
Tel. 0681/9545556  
Fax 0681/9545558  
Mo, Di 8.30 – 12.30, 13.30 – 17.30 Uhr  
Mi 13.30 – 17.30 Uhr  
kontakt@ptk-saar.de  
www.ptk-saar.de

### Schleswig-Holstein

Walkerdamm 17  
24103 Kiel  
Tel. 0431/661199-0  
Fax 0431/661199-5  
Mo bis Fr 9.00 – 12.00 Uhr  
info@pksh.de  
www.pksh.de

### Errichtungsgruppe der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer in Gründung

Promenade 25  
06667 Weißenfels  
Tel. 03443/302189  
Fax 03443/231520  
beate\_caspar@hnw-online.de

# Für Ihren erfolgreichen Start:

## Niederlassung für Psychotherapeuten Berufs- und vertragsarzt- rechtliche Fragen

Von Dr. jur. Martin H. Stellpflug. IX, 194 Seiten.  
Gebunden. € 46,- ISBN 3-7685-0537-5

Wenn sich ein Psychotherapeut als Freiberufler zur Selbstständigkeit in der eigenen Praxis entscheidet, trägt er ein erhebliches unternehmerisches Risiko. Fehler in der frühen Phase der Niederlassung haben oft gravierende Folgen und sind nur sehr schwer nachträglich zu beheben.

Dem bereits Niedergelassenen erwachsen Pflichten – aber auch Rechte – aus seinem Status; er hat seinen Pflichten als Vertragspsychotherapeut und seinen Berufspflichten zu entsprechen.

Es liegt daher im Interesse des Niedergelassenen wie desjenigen der seine Niederlassung plant, sich möglichst umfassend zu informieren, um so allen juristischen und wirtschaftlichen Fallstricken begegnen zu können.

Dr. iur. Martin H. Stellpflug, M.A., Justiziar der Bundespsychotherapeutenkammer, kennt die Problematik der Niederlassung aus eigener Beratungspraxis. Der vorliegende Band dient dem Psychotherapeuten als konkrete Handreichung, unterstützt ihn nicht nur bei zulassungsrechtlichen Fragen, sondern informiert auch über die allgemeinen Pflichten und die Berufspflichten. Den Kooperationsmöglichkeiten, die sich einem Psychotherapeuten bieten, wird ein eigener Abschnitt gewidmet.

### Bestellen Sie beim Buchhandel oder beim Verlag:

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



Bestellen Sie beim Buchhandel oder per Fax: 089/54852-8178

Stellpflug, **Niederlassung für Psychotherapeuten  
Berufs- und vertragsarztrechtliche Fragen**  
€ 46,- ISBN 3-7685-0537-5

.....  
Name

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Ort

Sie haben das Recht, diese Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Der Widerruf erfolgt schriftlich oder durch fristgerechte Rücksendung der Ware an den Verlag (Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Emmy-Noether-Str. 2, 80992 München). Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). Bei einem Warenwert unter 40 Euro liegen die Kosten der Rücksendung beim Rücksender.

.....  
Datum, Unterschrift

**Psychotherapeuten  
Verlag**

## Kleinanzeigen

### Aus-, Fort- und Weiterbildung

#### Supervision im Großraum Düsseldorf! Interesse?

Als kassenzugelassener PP'ler und KJP'ler besitze ich die Fachkunde in allen Verfahren (VT, TP, Analyse), werde als Supervisor vom Landesprüfungsamt anerkannt. Durch die Psychotherapeutenkammer NRW und die Ärztekammer Nordrhein bin ich akkreditiert (Supervision, Selbsterfahrung) für VT und TP, kann in diesem Rahmen Weiterbildungspunkte vergeben. Einzel- und Gruppensupervision und -Selbsterfahrung ist in meinen Räumen oder in Ihrer Praxis/Organisation möglich. Telefonisch ist meine Praxis (Dr. Andreas Šoljan) werktags zwischen 9 und 12 Uhr unter Tel.: 0211 - 9 23 30 63 besetzt - sie sprechen mit Frau Hilger. Sie erreichen mich auch per E-Mail (soljan@soljan-zapp.de).

#### Thies Stahl Seminare

##### NLP-Trainings und

##### Systemische

##### Strukturaufstellungsarbeit

##### in Hamburg –

##### Fortbildungspunkte

Dipl.-Psych. Thies Stahl,

Tel.: 0 41 06 / 8 23 81

www.ThiesStahl.de

#### Weiterbildungscurriculum

##### „Spezielle Psychotherapie“ in Heidelberg

Am 2. Dezember 2006 beginnt ein neuer Kursus zur Vermittlung des Curriculums „Spezielle Psychotherapie“ in Heidelberg. Die Veranstaltung vermittelt an 8 Samstagen im wesentlichen den Theorie- und die praktische Teil des Curriculums der DeGPT. Die Termine sind verteilt über einen Zeitraum von zwei Jahren, so daß die praktischen therapeutischen Kompetenzen von den Teilnehmern anderswo erworben werden können. Die Zertifizierung „Spezielle Psychotherapie“ durch die DeGPT setzt das Bestehen einer Prüfung voraus, die von den Veranstaltern angeboten wird, sowie eine Approbation für psychologische Psychotherapie (oder einen analogen Facharztstitel). Die Dozenten sind ausgewiesene Experten im Gebiet der Psychotherapie. Die Veranstaltung ist von der LÄK BW anerkannt (64 Fortbildungspunkte), ebenso von der DeGPT zertifiziert. Weitere Informationen unter [www.traumazentrum-rhein-neckar.de](http://www.traumazentrum-rhein-neckar.de), unter Tel. 06221/6512461 oder anfordern unter Fax: 0 62 21 / 65 124 59 oder [info@traumazentrum-rhein-neckar.de](mailto:info@traumazentrum-rhein-neckar.de).

Zertifizierte WB für app. PPT/KJP Psychotherapie bei akuten und chron. Traumata, MPTT mit KÖDOPS. [www.psychotraumatologie.de](http://www.psychotraumatologie.de) Tel.: 0 22 45 / 91 94-90

#### Mit Spaß und Leichtigkeit leiten Weiterbildung für Leiter und Leiterinnen. Wollen Sie Ihre Leitungsfähigkeit erweitern und trainieren?

Dann ist unser Angebot für Sie das richtige.

Leitung von Teams und Organisationen (4 Tage)

Leitung und Anleitung von Mitarbeitern (2 x 2 Tage)

**Termine: 27.09. bis 30.09.06  
15. bis 16.12.06 und  
09.02. bis 10.02.07**

Das Würzburger Institut führt seit 1992 Fort- und Weiterbildungen für das systemische Arbeiten mit Einzelnen, Paaren, Familien, Teams, Gruppen und Institutionen durch. Wir verfügen über eine reiche Erfahrung in Systemischer Supervision und Coaching im Profit- und Non-Profit-Bereich, in der Team- und Organisationsentwicklung, Seminarveranstaltungen sowie Einzel-, Paar- und Familientherapie.

**Würzburger Institut für systemisches Denken und Handeln  
97070 Würzburg, Ludwigstr. 8a,  
Tel. 0931/3539132  
Mail: [w.i.s.h@t-online.de](mailto:w.i.s.h@t-online.de)  
[www.wuerzburger-institut.de](http://www.wuerzburger-institut.de)**

#### Deutsche Gesellschaft für Hypnose e.V.

Jahreskongress mit Vorträgen und Seminaren zur Anwendung von Hypnose und Hypnotherapie in Medizin, Psychotherapie und Zahnmedizin

##### Hypnose Brücke zwischen Körper und Seele

**Bad Lippspringe  
16.11.2006 – 19.11.2006**

Infos zur Fortbildung in Hypnose und Hypnotherapie

Tel.: 0 25 41 / 88 07 60

**DGH-Geschäftsstelle@**

**t-online.de**

**www.hypnose-dgh.de**

Akkreditierte Aus- u. Fortbildung in NLP und Systemischer Aufstellungsarbeit [www.ThiesStahl.de](http://www.ThiesStahl.de) Tel.: 0 41 06 / 8 23 81

KIJUKO 28 Oktober 2006 Koblenzer Akademie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Am Plan 13 – 56068 Koblenz Herbsttagung 28.10.2006 Hotel Mercure Koblenz – Thema Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter – Grenzen und Möglichkeiten in der Behandlung PTBS (09.00-17.30 Uhr) 13 Punkte LPK/LÄK-RLP Dozent: M. Naumann-Lenzen Auskünfte unter Tel.: (0261)1338458 Fax 1338459 Internet [www.kijuko.de](http://www.kijuko.de)

#### Weiterbildung in psychoanalytischer Paar-, Familien- und Sozialtherapie

Ort: Berlin

Beginn: Herbst 2006

Anmeldeschluss: 01.09.06

Kontakt: [ute.benz@berlin.de](mailto:ute.benz@berlin.de), [www.beziehungsanalyse-berlin.de](http://www.beziehungsanalyse-berlin.de)

**Institut: Berliner Arbeitskreis  
für Beziehungsanalyse e.V.  
anerkannt vom Bundesverband  
psychoanalytische Paar-  
und Familientherapie e.V.**

#### Karuna Training

Dreijährige Weiterbildung in kontemplativer Psychologie Grundlage der kontemplativen Psychologie sind psychologische Erkenntnisse des Buddhismus, Achtsamkeitspraxis der Meditation und therapeutische Erfahrungen der westlichen Psychologie. Upaya gGmbH 50678 Köln Tel.: 0221-3102440 [www.upaya.info](http://www.upaya.info)

**Neurolinguistische Psychotherapie (NLPt) NLP-Practitioner-Kurs** (Grundkurs für NLPt) 259 Punkte + DVNLP-Zertifikat 7 Blöcke jeweils Fr. 17.00 – So. 17.00 Start: 18.08.06 / Tel.: 02696-930033 [www.nlp-fuer-aerzte-und-psychotherapeuten.de](http://www.nlp-fuer-aerzte-und-psychotherapeuten.de)

### Dienstleistungen

**Schnelle und qualifizierte  
Berichterstellungshilfe für TP, VT  
und Analyse.** (Kinder und Erwachsene).  
Tel. 04 21 / 44 47 00;  
Fax 04 21 / 4 99 20 70 e-mail:  
[mutschler.roswitha@t-online.de](mailto:mutschler.roswitha@t-online.de)

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte **Supervision bei VT Antragsstellung** von Dipl.-Psychologen  
Tel.: 0 22 34 / 94 91 70  
E-Mail: [jubender@freenet.de](mailto:jubender@freenet.de)

Kompetent-individuell-schnell  
Diplom-Psychologen bieten  
Supervision  
bei VT-Antragsstellung.  
Tel.: 04 21 / 25 98 61  
Mobil: 01 79 / 7 75 13 98  
E-Mail: [ivkoepke@hotmail.com](mailto:ivkoepke@hotmail.com)

Verhaltenstherapeutin/Supervisorin BDP bietet einzeln und in Gruppen **Supervision** von Antragsberichten, Fallsupervision, Übertragungs-/Gegenübertragungsbearbeitung, **Coaching**.  
E-mail: [an.erstkontakt@freenet.de](mailto:an.erstkontakt@freenet.de)  
Tel.: 06 21 / 41 29 04

Professionelle und individuelle Supervision bei der Berichterstellung (VT-Erw. und KiJu) für Kassenanträge  
Tel.: 04 21 / 5 97 70 99

#### CHIRON Psychologische Dienstleistungen Berichts-Check

– wir prüfen Ihren Bericht noch vor Antragstellung professionell und legal nach den offiziellen GA-Kriterien. **Web-Service** – wir realisieren und pflegen den professionellen Internet-Auftritt Ihrer Psychologischen Praxis **Weitere Hilfen** rund um dem Praxisalltag  
Internet: [www.chiron-pd.de](http://www.chiron-pd.de)  
E-Mail: [service@chiron-pd.de](mailto:service@chiron-pd.de)  
Fon: 02 21 / 4 68 09 73  
Fax: 02 21 / 2 79 04 56  
Mo - Do: 9 - 15 Uhr, Fr: 9 - 10 Uhr

#### Das Therapeutenbüro GmbH

bietet seit Jahren individuelle und zuverlässige Dienstleistungen für alle Psychotherapeuten

#### 1. Unterstützung bei der Erstellung von Kassenberichten (TP, VT, AP, Erw., KiJu, Grp) durch spez. ausgebildete Diplom Psychologen

- erfahren, zuverlässig, schnell
- kostenlose telefonische kollegiale Supervision durch Psychotherapeutin (20 J. Berufserfahrung)

#### 2. Elektronische Quartalsabrechnungen

- sie brauchen keinen Computer, denn wir verwalten Ihr Abrechnungsprogramm
- minimaler Aufwand für Sie, denn wir erstellen Ihre gesamte Abrechnung
- Optimierungshinweise – verschonen Sie kein Geld!

#### 3. Schreibdienste

- Privatrechnungen
- Kurzbriefe
- Gutachten
- Gestaltung von indiv. Briefpapier
- Entwurf von Praxisformularen zur Zeit- u. Kostenersparnis

#### 4. weitere Bürodienstleistungen auf Anforderung

Tel.: 0 23 71 / 9 72 98 04 –  
Fax: 0 23 71 / 43 77 27  
E-Mail: [u.graumann@dtb-gmbh.de](mailto:u.graumann@dtb-gmbh.de)  
Bürosprechzeiten:  
Mo-Fr. 9:00 Uhr – 11:00 Uhr

#### Tiefenpsychologisch fundierte, analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie

Supervision bei Kassenberichten für Erwachsene, Kinder und Jugendliche, schnelle und kompetente Hilfe durch Dipl.-Psych. mit 14 Jahren Erfahrung, Express-Service  
Tel.: 02 21 / 4 68 09 73, Fax 02 21 / 2 79 04 56 Mo.-Do. 9:00-15:00 Uhr, Fr. 9:00-10:00 Uhr



**Dienstleistungen**

Erfahrene und individuelle Hilfe bei **VT-Berichterstellung** für Erwachsene

Tel.: 0 76 81 / 2 53 65  
E-Mail: Info@PSDCG.de

**Intervision****Bochum/Herne**

Qualitätszirkel, methodenübergreifend, sucht neue Teilnehmer/innen.  
Telefon 02 34 / 58 12 52,  
Fax 02 34 / 5 83 91 01

PP, w, 44, VT/Hypnoth., sucht Koll. (m/w) für Neugründung einer Interventionsgruppe in Mainz.

Chiffre PTPJ 06 02 11

**Jobsharing****Hannover:**

Psychoanal. Psycholog. Psychoth. bietet Jobsharing mit späterer Praxisübernahme.

Zuschriften erbeten unter  
Chiffre PTPJ 06 02 01

Raum LD-NW-SÜW-GER  
Psychol. Psychotherapeutin (VT)

sucht Jobsharing mit geringer Stundenzahl.

Tel.: 0 63 41 / 91 91 51

Psychologischer Psychotherapeut (**TfP, PA**), 37 J., sucht ab sofort (oder für später) **Jobsharing** oder **KV-Sitz** in **Hamburg** oder **Berlin**.  
Tel.: 0 30 / 85 40 96 28

Suche Mitarbeit bzw. Jobsharing in KJP-Praxis, stundenweise, Arztregistereintrag (TP-KJP) vorh.,  
Tel.: 0 63 21 / 48 09 65

Raum LD-NW-SÜW-GER  
Psycholog. Psychotherapeutin (VT) sucht Jobsharing mit geringer Stundenzahl.  
Tel.: 0 63 41 / 91 91 51

Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw., promoviert) sucht Job-sharing/Praxismitarbeit oder KV-Sitz im Raum Münster/Osnabrück  
Tel.: 01 76 / 23 98 16 24

Psychol. Psychotherapeutin (VT, Erw.) sucht Jobsharing oder Praxismitarbeit im Raum Osnabrück  
Tel.: 05 41 / 4 06 82 35

Psychologische Psychotherapeutin, VT, sucht **Jobsharing in Münster** (nach Elternzeit, 10 – 15 h/Woche)  
Chiffre PTPJ 06 02 12

**Praxisgemeinschaft****Mit 20 Millimeter Höhe sind Sie dabei!**

Diese Anzeige kostet gerade mal € 53,-

**Praxisgesuche**

**Kassensitz oder Jobsharing (VT) wird im Raum Köln, Aachen oder Düsseldorf ab sofort gesucht.**  
Tel.: 02 21 / 8 01 92 44

**KARLSRUHE – PRAXISRAUM GESUCHT**

Für Psychol. Psychotherapeuten

mit KV-Zulassung-VT

Fon: 07 21 / 9 09 06 40,

MAIL: hillighd@web.de

**KJP (TP)**

sucht KV-Sitz o. Jobsharing/Mitarbeit **Raum Ruhrgebiet**

Tel.: 02 01 / 7 26 61 23

**RAUM DONAUESCHINGEN**

(TP, Erw., KJP)

Suche KV-Sitz oder Jobsharing

Tel.: 01 76 / 50 10 40 02

**Psychologische Psychotherapeutin**

(VT, Erw., Arztregistereintrag) sucht KV-Sitz oder Job-Sharing in **Saarbrücken und Umgebung**.  
Tel./Fax: 06 81 / 7 36 99,  
Handy: 01 77 / 3 59 97 01

PPT + Kin.Ju-PT (VT), mehrjährige Berufserfahrung (alle Stör.-Bilder) sucht Praxisübernahme od. Job-Sharing im Bereich KV-Pfalz (SÜW, LD, GER, NW, DÜW, Speyer) ab 2006 od. später.  
Zuschriften erbeten unter  
Chiffre PTPJ 06 02 02

Dringend: PP (VT), mit Zusatzqual. Ki/Jug. **sucht KV-Sitz** in den Bezirksstellen Frankfurt/Wiesbaden/ Darmstadt/Gießen, Mainz/Bingen oder Aschaffenburg  
Zuschriften erbeten unter  
Chiffre PTPJ 06 01 13

**Schwarzwald-Baar-Kreis Job-Sharing**

**bzw. KV-Sitz gesucht** von erfahrener Diplom-Psychologen (TP, Erw., KJP).  
Freue mich über jegliche Angebote!  
Zuschriften erbeten unter  
Chiffre PTPJ 06 02 03

**Hamburg/Jobsharing**

Suche Job-Sharing in Hamburg, PP/VT, bald auch Gruppentherapie, bin 42 Jahre, w., z.Zt. angestellt.  
Tel. 01 76 / 22 27 51 29

Psychologische Psychotherapeutin (TP) sucht in Dortmund KV-Sitz o. Jobsharing  
Zuschriften erbeten unter  
Chiffre PTPJ 06 02 09

**Praxisgründung****Raum Warendorf/Münster/Hamm**

Suchen (medizinische/n) Psychotherapeuten/in oder psychologische/n Psychotherapeuten/in mit Kassensitz für eigenständige Praxis in unserem interdisziplinären Gesundheitszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (v.a. für die Arbeit mit Erwachsenen/Eltern) Zuschriften unter Chiffre PTPJ 06 02 05

**Praxiskauf****KJP (VT)**

sucht KV-Sitz in **Berlin**

Tel.: 0 30 / 21 75 39 42

Psychologische Psychotherapeutin, approbiert, mit Arztregister- und Wartelisten-Eintrag, sucht KV-Sitz

im Großraum **Erkelenz, Mönchengladbach, Korschenbroich, Grevenbroich, Wegberg, Viersen, Neuss, Hückelhoven, Heinsberg**.

Tel.: 01 74 / 4 84 24 01

**Praxisaustausch**

**Psychologische Psychotherapeutin (VT)** sucht KV-Sitz im **Rhein-Sieg-Kreis**, bietet KV-Sitz in **Bonn** (ab Januar 2007)  
Tel.: 0 22 26 / 16 92 37  
E-Mail: herman.alberts@ag-bruehl.nrw.de

**Praxisverkauf**

Psychotherapie-Praxis (PP, TP) in **Remscheid**, gut eingeführt, in zentraler Lage zu verkaufen.  
Zuschriften erbeten unter  
Chiffre PTPJ 06 02 04

KV-Sitz PP (VT-E), Raum Süddeutschland, (Reg.bez. Ndb) in absehbarer Zeit zu verkaufen.  
Zuschriften unter  
Chiffre PTPJ 06 02 07.

**KJP-Praxis in Memmingen**

90 km zum Bodensee  
50 km zum Oberallgäu  
90 km nach München  
zum 1.4.2007 abzugeben

Zuschriften erbeten unter  
Chiffre PTPJ 06 02 08

KV-Sitz für KJP(VT) in Buxtehude bei Hamburg  
ab sofort zu vergeben.  
Angebote unter  
Chiffre PTPJ 06 02 10

**Praxisvermietung****Hannover Altstadt/Centrum**

Vermiete Raum in psychotherapeutischer Praxis vormittags – tageweise – am WE  
Tel. + Fax: 05 11 / 1 61 18 74

**Rhein-Erftkreis**

2 Therapieräume in psychotherapeutischer Praxis zu vermieten.  
Info: 0 22 32 / 93 18 05

**Praxisraum**

in Psychotherapeutischer Praxis in Darmstadt  
ab sofort zu vermieten  
Tel.: 0 61 51 / 4 34 33

**Gelsenkirchen**

Großer Therapieraum, gruppentauglich, zur Mitwirkung in Psychotherapiepraxis frei.  
Tel.: 02 09 / 7 25 82  
(9:00 – 13:00 Uhr).

**Therapieraum in psychotherapeutischer Praxis in Heidelberg Weststadt zu vermieten**

Nähere Informationen unter  
Tel.: 062 21 / 16 85 35  
oder 65 60 72

**Berlin/Neukölln-Buckow**  
1-2 freundl. Praxisräume in psychoth. Praxisgemeinschaft, verkehrsgünstig Ab. 1.8. oder später zu vermieten.  
Tel.: 0 30 / 6 15 42 86 oder 01 62 / 5 46 12 16

Wunderschöner Seminar-, bzw. Therapieraum im Herzen Münchens, 50 qm hell und freundlich, am Drehpunkt aller öffentlichen Verkehrswege gelegen und trotzdem ruhig, anspruchsvolles Ambiente, Bestuhlung für 20 Gäste möglich, Teeküche, großer Balkon, abends, tageweise, oder an Wochenenden zu vermieten.  
Rolf Müller, Sonnenstr.20, Tel:089-2606204,089-82000700(abends)

**Münster-Innenstadt**  
KJP (VT) sucht 2 helle, große Praxisräume, auch Einstieg in Praxisgemeinschaft  
Tel.: 02 51 / 23 50 29  
Fax: 02 51 / 2 03 01 15

**Freiburg: kleiner Praxisraum**  
in psychotherapeutischer Praxisgemeinschaft  
13 qm, Miete Euro 290,-  
Tel./Fax: 07 61 / 6 03 04  
email: tilmann.moser@gmx.de

**Wuppertal-Elberfeld:**  
Helle(r) Praxisraum bzw. Räume in schönem Haus in bester Innenstadtlage zu vermieten.  
Tel.: 02 02 / 6 95 99 03

**Wiesbaden**  
PP,VT, Erw. sucht hellen Praxisraum zur alleinigen Nutzung in Psychotherapeutischer Praxis oder Interessenten zur Gründung einer Praxisgemeinschaft.  
Tel.: 0611 / 5 00 07 71

Wiesbaden, Praxisraum / Therapieraum in gut eingeführter Praxengemeinschaft mit KV-Zulassung zu vermieten.  
Tel.: 06 11 / 94 48 70 T. Günther

**Stellenangebote**

**Raum Warendorf/Münster/Hamm**  
Suche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in (mit Approbation, Verhaltenstherapie) für weitgehend selbständige Mitarbeit in meiner SPV-Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen unseres interdisziplinären Kindergesundheitszentrums. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 06 02 06

Das **Zentrum Psychotraumatologie im Alexianer Krankenhaus Krefeld** sucht für sofort approbierte Psychologische Therapeuten für Tiefenpsychologische und/oder Analytische Psychotherapie für halbe Tage, Vergütung analog zu BAT IIa. Weiterbildung in psychotraumatologisch fundierter Psychotherapie, Reha-Psychologie und Neuropsychologie ist erwünscht. Schriftliche Bewerbung an: DIPT e. V., Herrn Univ.prof. Dr. G. Fischer Springen 26, 53804 Much

Der **kbs e.V.** ist ein Träger der amb.-psych. Versorgung im Bez. Mitte u. sucht für eine Tagesstätte für chronisch alkoholranke Menschen einen **Dipl.-Psychologen** (50 % RAZ). Vorausgesetzt wird Berufserfahrung u. Approbation (PPT), wir erwarten Teamfähigkeit und gemeindepsychiatrisches Engagement in der Suchtarbeit.  
Bewerbungen (mit frank. Rückumschlag) bitte an:  
**kbs e.V.**,  
Geschäftsstelle,  
Malplaquetstr. 32, 13347 Berlin

**Veranstaltungen**

**Die Spalten sind 41 mm breit – die Höhe bestimmen Sie!**  
Sie können soviel Millimeter buchen, wie Sie für Ihren Anzeigentext brauchen z. B. 40 mm für € 106,-

**Verschiedenes**

**Mit wenig Aufwand viel Aufsehen erregen!**  
Ihre Kleinanzeige im *Psychotherapeutenjournal* Anzeigen@psychotherapeutenjournal.de

**Ihre Chiffre-Zuschriften senden Sie bitte in einem zweiten geschlossenen Umschlag an den Verlag:**  
Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH,  
Herrn Günther Pfeffer  
Chiffre Nr. \_\_\_\_\_,  
Im Weiher 10,  
69121 Heidelberg

**Anzeigenschluss für die nächste Ausgabe ist der 31.08.2006.**  
**Ausgabe 3/06 erscheint am 25.09.06.**

**Inserentenverzeichnis**

- Akademie bei König & Müller, Würzburg 127
- Bayerische Versorgungskammer, München Teilbeilage
- Berliner FortbildungsAkademie, Berlin Teilbeilage
- CIP, München 4. US, 107
- compassforthe, Pforzheim 129
- CTW-Congress Organisation Thomas Wiese, Berlin 167
- Deutsche Akademie für Psychoanalyse, München 119
- Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung, Berlin Teilbeilage
- Deutscher Psychologen Verlag, Bonn 113
- DVT, Münster 111
- EMDR-Institut, Bergisch-Gladbach 153
- Ergosoft, Hassloch 2.US
- Gerhard-Alber-Stiftung Therapiezentrum, Stuttgart 113
- GNP Fortbildungsstelle Psychotherapeutisches Zentrum, Stuttgart 135
- Institut für Therapeutische u. Angewandte Gruppenanalyse, Münster 139
- Klingenberger Institut für Klinische Hypnose, CH-Homburg 143
- KORTE Rechtsanwälte, Berlin 119
- Milton Erickson Institut, Berlin 176
- Psychoholic, Remscheid 121
- Psychosozial-Verlag, Gießen Teilbeilagen
- Psychotherapeutenkammer Wiesbaden, Hamburg Teilbeilage
- Psychotherapeutenkammer Berlin, Berlin 135
- Seminar für Gruppenanalyse, CH-Zürich 153
- Tiefenpsychol. Inst. Baden e.V Klinik Bad Herrenalb, Bad Herrenalb 143
- Wirtschaftsdienst Elbrecht, Essen 133
- WIT, Tübingen 145
- Zentrum für Psychologische Psychotherapie der Universität Heidelberg Teilbeilagen

# Kleinanzeigen per Fax: 06221/437-109

## Mit 20 Millimeter Höhe sind Sie dabei!

Diese Anzeige kostet gerade mal € 53,-

20 mm

## Mit wenig Aufwand viel Aufsehen erregen!

Ihre Kleinanzeige im  
*Psychotherapeutenjournal*  
Anzeigen@  
psychotherapeutenjournal.de

30 mm

## Die Spalten sind 41mm breit – die Höhe bestimmen Sie!

Sie können so viel Millimeter buchen, wie Sie für Ihren Anzeigentext brauchen  
z.B. 40mm für € 106,-

40 mm

## Und wenn Sie viel Platz brauchen, buchen Sie einfach mehr:

z.B. 50mm für € 132,50

50 mm

### Ich hätte gerne mehr Informationen. Bitte senden Sie mir kostenlos:

- ein Ansichtsexemplar des *Psychotherapeutenjournal*  
 Ihre aktuellen Media-Informationen

### Hiermit gebe ich folgende Kleinanzeige in Auftrag:

- Rubrik:  Aus- und Weiterbildung     Dienstleistungen     Intervention     Jobsharing  
 Praxisgesuche     Praxistausch     Praxisverkauf     Praxisvermietung  
 Stellenangebote     Verschiedenes     andere: .....

Format: 41mm breit x ..... mm hoch (mind. 20 mm)     Chiffre (zzgl. € 15,- Gebühr)

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

.....  
.....  
.....  
.....

Anzeigenschluss	Größe	Preise (zuzüglich Mehrwertsteuer)
-----------------	-------	-----------------------------------

<b>Heft 1/2005 03.03.05</b> erscheint 25.03.	Spalte: 41mm breit Mindesthöhe: 20mm	€ 2,65 pro mm
<b>Heft 2/2005 02.06.05</b> erscheint 23.06.		
<b>Heft 3/2005 01.09.05</b> erscheint 22.09.		
<b>Heft 4/2005 24.11.05</b> erscheint 20.12.		

### Absender:

Name, Vorname .....

Straße .....

PLZ/Ort .....

Telefon .....

Fax .....

E-Mail .....

Daten werden elektronisch gespeichert und ggf. zu Werbezwecken verwendet

## Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal“ publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Das „Psychotherapeutenjournal“ ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet. Leserbriefe und andere Beiträge zu kammer-spezifischen Themen werden nicht im redaktionellen Teil der Zeitschrift abgedruckt. Sie werden von den jeweiligen Länderkammern selbst bearbeitet und können ggf. auf ihren Mitteilungsseiten veröffentlicht werden.

### Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskommission der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskommission für Psychologische Psychotherapeuteninnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuteninnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

### Redaktionsbeirat

Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Dr. Annelie Scharfenstein (Rheinland-Pfalz), Ilse Rohr (Saarland), Dr. Uwe Speckenbach (Schleswig-Holstein).

### Anschrift Redaktion

Karin Welsch  
Bayerische Landeskommission der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
St.-Paul-Str. 9  
80336 München  
Tel.: 089/515555-19  
Fax: 089/515555-25  
welsch@ptk-bayern.de

### Verlag

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hühlig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/489-318; Fax: 06221/489-529, annette.kerstein@hjr-verlag.de

### Anzeigen

Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

### Satz

Strassner ComputerSatz  
69181 Leimen

### Druck

Druckhaus Darmstadt GmbH  
64295 Darmstadt

### Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)  
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)  
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 43,- (inkl. Versandkosten)  
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

### Abonnementsservice

Justus-von-Liebig-Straße 1, 86899 Landsberg, Tel. 08191/97000-640 (Melanie Fröhlich) oder -641 (Jutta Müller), Fax: 08191/97000-103, aboservice@hjr-verlag.de

### Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

### Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

### Manuskripte

Redaktionsschluss der Ausgabe 3/2006 ist der 30. Juni 2006, für Ausgabe 4/2006 der 15. September 2006. Manuskripte sind elektronisch (Diskette, Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 10 Seiten (zweizeiliger Abstand incl. Abbildungen und Tabellen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

### Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- a) Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
- b) das Recht zur Veröffentlichung einer Mikro- oder Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
- c) das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z. B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung –, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
- d) das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z. B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung. Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.



## Satzungen der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz

### Inhalt:

- Hauptsatzung (Änderungsbeschluss)
- Beitragsordnung 2006 (Änderungsbeschluss)
- Beitragsordnung 2002-2005 (Änderungsbeschluss)
- Entschädigungsordnung (Änderungsbeschluss)

### Hauptsatzung

Die Vertreterversammlung hat am 10.05.2006 eine Änderung der Hauptsatzung beschlossen, die durch Schreiben des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz vom 29.05.2006, AZ: 624-1 – 01 723 – 2.7, genehmigt worden ist.

#### I.

##### § 9 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

Der Vorstand berät und beschließt über die Aufgaben der Kammer, soweit sie nicht der Vertreter-

versammlung vorbehalten sind oder er seine Entscheidungsbefugnis nicht delegiert hat. Der Vorstand bestellt eine Geschäftsführerin / einen Geschäftsführer. Diese / dieser führt die Geschäfte der Kammer und hat die Beschlüsse des Vorstandes gewissenhaft nach Gesetz, Satzung und sonstigen kammer-internen Ordnungen und Richtlinien unter Beachtung der berufspolitischen Zielsetzung und der Grundsätze einer ordnungsgemäßen Geschäftsführung auszuführen.

§ 6 Abs. 2 u entfällt.

#### II.

Diese Änderung der Hauptsatzung tritt am Tage nach der Veröffentlichung in Kraft.

Mainz, den 24.05.2006

*Alfred Kappauf*  
Präsident

### Beitragsordnung

Die Vertreterversammlung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz (Kammer) hat in ihrer Sitzung am 10. Mai 2006 die Beitragsordnung vom 12. Februar 2004 geändert. Durch Schreiben des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz vom 29.05.2006, AZ: 624 – 1 – 01 723 – 5.4 wurde diese genehmigt.

#### I.

##### 1.

§ 1 Abs. 3 Satz 5 erhält folgende Fassung: Mitglieder, die ihren Beruf auch in einem anderen Bundesland ausüben und deshalb dort als Mitglieder der anderen Psychotherapeutenkammer zu einem weiteren Mitgliedsbeitrag herangezogen werden, entrichten die Hälfte des nach dieser Satzung zu zahlenden Beitrags.

An Satz 5 wird folgender Satz 6 angefügt: Das gleiche gilt für Mitglieder, die über eine weitere Approbation verfügen und Mitglied der fachlich hierfür zuständigen Heilberufekammer sind.

##### 2.

§ 1 Abs. 5 entfällt. § 1 Abs. 6 wird § 1 Abs. 5.

#### II.

##### § 3 Beitragsstufung

(1) Der Regelbeitrag für alle Mitglieder der Kammer beträgt € 580,00 €.

(2) Angestellte oder beamtete Mitglieder, die ihr Einkommen ausschließlich aus einer Teilzeit-tätigkeit im Umfang von 50 % oder weniger der

durchschnittlichen Wochenarbeitszeit beziehen, entrichten die Hälfte des Regelbeitrages. Das gilt auch für freiberuflich tätige Mitglieder, deren Praxiseinkommen weniger als die Hälfte des Durchschnittseinkommens ihrer Gruppe beträgt. Das Durchschnittseinkommen beläuft sich im Jahre 2006 auf 29.505,22 €.

Es wird jährlich fortgeschrieben und wie folgt ermittelt:

Durchschnittsumsatz des vorvergangenen Jahres gemäß Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz zuzüglich 10 % geschätzter Privateinnahmen, abzüglich pauschaler Praxiskosten von 40 % sowie einer Pauschale von 20 % daraus entsprechend dem Arbeitgeberanteil zur gesetzlichen Sozialversicherung.

(3) Einkommen aus verschiedenen psychotherapeutischen Tätigkeiten werden zusammengerechnet. Maßgebend ist das Einkommen des vorvergangenen Jahres. Wurde im vorvergangenen Jahr kein psychotherapeutisches Einkommen erzielt, wird das Einkommen im vergangenen Jahr zugrunde gelegt. Mitglieder, die die Beitragsermäßigung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen wollen, weisen der Kammer bis zum 01. März des Jahres das Vorliegen der Voraussetzungen durch Vorlage des Steuerbescheides oder einer Bestätigung ihres Steuerberaters nach. Wird die Frist versäumt oder werden keine ausreichenden Angaben gemacht, ist der Regelbeitrag nach Absatz 1 zu entrichten.

(4) Das beitragspflichtige Einkommen setzt sich aus allen Einkünften zusammen, die unter Anwendung psychotherapeutischen Wissens erzielt wurden. Das sind insbesondere Einkünfte aus:

- a) selbständiger und/oder unselbständiger psychotherapeutischer Tätigkeit,
- b) einer mit der psychotherapeutischen Tätigkeit in Zusammenhang stehenden Tätigkeit (z. B. Diagnostik, Testverfahren)
- c) einer Tätigkeit in psychotherapeutischer Ausbildung, Lehre und Forschung, als Supervisorin / Supervisor
- d) einer Tätigkeit, bei der psychotherapeutische Kenntnisse mit verwendet werden (z. B. in der Ausbildung zu Heil- und Hilfsberufen, in Lehre und Forschung angrenzender Fachgebiete, Prüfungstätigkeiten, als Übungsleiter von Kursen, die Entspannungstechniken wie z. B. autogenes Training zum Inhalt haben, Fachpublikationen).

Das beitragspflichtige Einkommen aus freiberuflicher Tätigkeit entspricht dem Praxisgewinn vor Steuern.

(5) Freiwillige Mitglieder und solche, die ihre Tätigkeit im laufenden Jahr erstmals aufnehmen (Berufsanfänger), entrichten einen Mindestbeitrag i. H. v. € 200,00. Gastmitglieder sind beitragsfrei.

(6) Die Kammer ist berechtigt, einen Vorschuss zu fordern.

#### III.

§ 7 wird um folgenden Satz 3 ergänzt: Die Änderungen der Beitragsordnung treten zum 01.01.2006 in Kraft.

Mainz, den 24.05.2006

*Alfred Kappauf*  
Präsident

## Beitragsordnung

Die Vertreterversammlung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz (Kammer) hat in ihrer Sitzung am 10. Mai 2006 eine Änderung der in den Jahren 2002 bis 2005 geltenden Beitragsordnungen beschlossen. Durch Schreiben des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz vom 29.05.2006, AZ: 624-1 – 01 723 – 5.4 wurde diese genehmigt.

### I.

In den nicht bestandskräftig abgeschlossenen Beitragsangelegenheiten halbtags tätiger Mitglieder in der jeweils streitbefangenen Zeit 2002 – 2005 wird der halbe Regelbeitrag erhoben, sofern das betreffende Mitglied keine sonstigen Einkünfte aus psychotherapeutischer Tätigkeit in dieser Zeit erzielt hat.

### II.

Diese Änderung der Beitragsordnung für die Jahre 2002 – 2005 tritt rückwirkend zum 01. Januar 2002 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2005.

Mainz, den 24.05.2006

*Alfred Kappauf*  
Präsident

## Entschädigungsordnung

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat in ihrer Sitzung am 10. Mai 2006 die Entschädigungsordnung vom 27. November 2003 geändert. Durch Schreiben des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz vom 29.05.2006, AZ: 624-1 – 01 723 – 2.7 wurde die Änderung genehmigt.

### I.

Es wird folgender Punkt 4 neu eingefügt:  
Werden Sitzungen des Vorstandes oder der Ausschüsse gemäß § 10 und 12 der Hauptsatzung als Telefonkonferenz oder mittels anderer elektronischer Kommunikationsmedien durchgeführt, beträgt die Entschädigung für die Teilnahme an der virtuellen Sitzung abweichend von Nr. 2 und 3 b der Entschädigungsordnung € 30,00 je Zeitstunde. Die sonstigen Voraussetzungen und Maßgaben der genannten Vorschrif-

ten über die Durchführung der Sitzung bleiben unberührt.

### II.

In-Kraft-Treten

Diese Ergänzung der Entschädigungsordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Mainz, den 24.05.2006

*Alfred Kappauf*  
Präsident