Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Krebs! Dieses Wort und der Blick in verdüsterte Erwachsenengesichter ließen früh ahnen, dass mit dieser Krankheit, die offenbar Menschen jeden Alters und in unbekannter Vielgestaltigkeit treffen konnte, etwas Besonderes gemeint war, ein benannter Schrecken. Die Assoziation zum Tier mit den großen Scheren ergänzte das innere Bild.

Bis heute gilt Krebs als Erkrankung, deren Ursache und Behandlung in der Öffentlichkeit mythische Dimensionen erreicht. Eine erfolgreiche Behandlung gilt im Volksmund als „Sieg im Kampf gegen den Krebs". Die Metapher des Kampfes, welches implizit auch Sieger und Besiegte benennt, lässt ahnen, welch heftige auch emotionale Bewegung im Geschehen der Erkrankung vorgestellt wird. Und es lässt sich fragen: Wer kämpft, wer siegt? Der medizinische Fortschritt, der Arzt, der Patient mit seinem Körper oder seiner Lebensgeschichte? Und wer verliert? Wie ist es möglich, Angst, Hilflosigkeit und Tod psychisch zu erfassen und zu bearbeiten?

So naheliegend es ist, dass eine Krebserkrankung eine große biografische Belastung für den Betroffenen und die Angehörigen darstellt, so genau muss auch geschaut werden, wie die Verschränkung von akuter Belastung und lebensgeschichtlichen Aspekten mit dem Patienten verstanden werden kann und ob Indikation für eine Psychotherapie vorliegt. Und genau dort setzt die Arbeit der Psychoonkologen an. Zwei Beiträge dieses Heftes widmen sich der wichtigen Arbeit in diesem Bereich.

Maria Berend und Thomas Küchler führen uns mit ihrem Artikel ans Krankenbett der chirurgischen Akutstation und zeigen beeindruckend den Alltag und die sorgfältige Diagnostik und Begleitung der Patienten in Kooperation mit den direkten medizinischen Interventionen. Kriterien für die Indikation zur Psychotherapie werden herausgearbeitet.

Die ambulante Psychotherapie mit Krebserkrankten findet im Beitrag von Susanne Singer, Heide Glaesmer und Antje Lehmann-Laue einen Platz. Untersuchungen zum Überleben und Verarbeiten der Erkrankung werden ebenso geschildert, wie ein kritischer Blick auf die Versorgungssituation in der Praxis. Fallvignetten ergänzen das Bild. Allen Autoren merkt man die langjährige fachliche Kompetenz ebenso wie das Engagement für diese Patienten an, welches beide Artikel überaus lesenswert macht.

Christian Brandt unternimmt in seinem Beitrag zu sozialen Formen des psychotherapeutischen Verstehens auf der Ebene der Denkmodelle den spannenden Versuch, den unterschiedlichen Traditionen der psychotherapeutischen Schulen (GT, VT, PA) unterschiedliches Verstehen sozialen Lebens zuzuordnen. Jedes Verfahren sei in einem anderen Kontext sinnstiftend. Das implizite Plädoyer für die Beibehaltung verschiedener Perspektiven und damit auch Psychotherapieschulen wird sicher und hoffentlich manche Diskussion auslösen.

In der Rubrik *Recht: Aktuell* setzt sich Johann Rautschka-Rücker mit einem Urteil des Oberlandesgerichts Frankfurt/M. zum Umgang mit der Schweigepflicht einer Kollegin bei Missbrauchsverdacht auseinander. Die Kollegin wurde zu Schadensersatzzahlungen verurteilt, eine vorherige Abwägung der rechtlichen Situation mit der Kammer oder kundigen Kolleginnen hätte möglicherweise ein anderes Vorgehen zur Folge gehabt. Die Anfragen in Bezug auf die Schweigepflicht vor allem auch im Hinblick auf Fragen des „rechtfertigenden Notstandes" stellen in den Kammern regelmäßig einen hohen Anteil der Mitgliederanfragen dar, so dass die Würdigung und Kommentierung des Urteils für alle LeserInnen interessant sein dürfte.

In der Rubrik *Aktuelles aus der Forschung* stellt Karin Jeschke aus dem Bereich der Internetpsychotherapie Ergebnisse aus drei Studien vor. Das zunehmende Interesse an der Einbeziehung elektronischer

Medien in den Bereich der professionellen Psychotherapie sollte uns anregen, eine differenzierte und gute Prüfung bisheriger Forschungsbefunde und eine genaue auch ethische Debatte in diesem Journal zu eröffnen. Soll und kann die Innovation elektronischer Kommunikation die direkte Begegnung ersetzen oder ergänzen? Die Idee der Kombination von Präsenz- und Onlinephasen wird in anderem Kontext, wie z. B. in der Lehre an Hochschulen, schon länger eingesetzt. Kann solches jedoch auf die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen oder Erkrankungen übertragen werden?

Zuletzt verdient der Aufruf und die Anregung der Psychotherapeutenkammer Hessen zur systematischen und wissenschaftlichen Untersuchung supervisorischer und intervisorischer Prozesse breite Unterstützung. Wir hoffen, dass die Vernetzung der Forschung in diesem Bereich Strahlkraft hat, auch neue Projekte zu initiieren, ist doch die Reflektion der eigenen Arbeit in Gruppen und Einzelsupervisionen essentieller Bestandteil der Qualitätssicherung.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und blicken Ihren Rückmeldungen und Diskussionsbeiträgen erwartungsvoll entgegen.

Gertrud Corman-Bergau
(Niedersachsen)
Mitglied des Redaktionsbeirates

Inhalt

Editorial . . . 357

Schwerpunkt: Psychoonkologie

Juliane Dürkop
Krebserkrankungen: Hoher Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung . . . 360

Maria Berend & Thomas Küchler
Psychoonkologische Praxis in der chirurgischen Akutklinik . . . 363

Der Beitrag beschreibt die praktische psychoonkologische Tätigkeit in der chirurgischen Akutklinik eines Universitätsklinikums (UK S-H). Das zugrundeliegende Behandlungskonzept folgt internationalen Standards (NCCN) und orientiert sich am Ablauf der chirurgischen Therapie. Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, der psychoonkologische Behandlungsprozess sowie die spezifischen Anforderungen an Psychoonkologen werden diskutiert.

Susanne Singer, Heide Glaesmer & Antje Lehmann-Laue
Ambulante Psychotherapie mit Krebserkrankten . . . 374

Dieser Beitrag stellt die Notwendigkeit ambulanter Psychotherapie für Krebspatienten dar, diskutiert Indikation und Besonderheiten hinsichtlich Setting und Inhalten und beschreibt die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland.

Originalia

Christian Brandt
Soziale Formen psychotherapeutischen Verstehens . . . 381

Ein Vergleich ursprünglicher, konstitutiver Begründungen von Psychoanalyse, Verhaltens- und Gesprächstherapie zeigt, dass die Verfahren mit ihren frühen Konzeptionen jeweils unterschiedliche Kontexte sozialer Sinnzuschreibung in unserem Kulturkreis belegen.

Recht: Aktuell

Johann Rautschka-Rücker
Rechtsfragen beim Missbrauchsverdacht . . . 390

Aktuelles aus der Forschung

Karin Jeschke . . . 392

Praxis und Forschung

Ausschuss „Wissenschaft und Forschung" der Psychotherapeutenkammer Hessen
Supervisionsforschung . . . 396

Angesichts des Mangels an Supervisionsforschung ruft die hessische Psychotherapeutenkammer zu Forschungsprojekten auf, nennt besonders interessante Themenbereiche und bietet Unterstützung an.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer . . . 398

Baden-Württemberg . . . 402

Bayern . . . 406

Berlin . . . 410

Bremen . . . 414

Hamburg . . . 418
Hessen . . . 422
Niedersachsen . . . 427
Nordrhein-Westfalen . . . 434
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer . . . 438
Rheinland-Pfalz . . . 442
Saarland . . . 447
Schleswig-Holstein . . . 453

Leserbriefe . . . 457
Artikelverzeichnis . . . 459
Kontaktdaten der Kammern . . . 462
Inserentenverzeichnis . . . 462
Stellen-/Praxismarkt . . . 463
Kleinanzeigen . . . 470
Branchenverzeichnis . . . 471
Impressum . . . 472

Hinweis: Alle Beiträge können Sie auch als PDF-Dokument von der Internetseite der Zeitschrift **www.psychotherapeutenjournal.de** herunterladen.
Den Exemplaren der folgenden Landeskammern liegen in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen bei:

- Baden-Württemberg: Satzungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Praxisverwaltung mit dem iPad

Unsere neueste Innovation: Eingaben ins epikur PVS jederzeit und überall. Vom iPad aus haben Sie über eine gesicherte WLAN-Verbindung Einsicht in alle Daten und geben z.B. neue Sitzungsprotokolle, Leistungen und Diagnosen bequem vom Behandlungsraum direkt ins PVS ein.

Bleiben Sie also relaxt, alle Informationen sind bei Bedarf sofort verfügbar. Sparen Sie sich zukünftig viele unnötige Wege. Einfacher geht's nicht!

Voraussetzung ist eine netzwerkfähige epikur-Version. Statt eines iPad können Sie auch ein Netbook, PDA, iPhone sowie jedes beliebige andere Smartphone verwenden.

Weitere Infos auf unserer Website!

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

Krebserkrankungen: Hoher Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung

Juliane Dürkop

Mitglied des Redaktionsbeirates

Krebserkrankungen stellen in den Industrieländern die zweithäufigste Todesursache dar. Im Jahr 2008 verstarben in Deutschland insgesamt 216.010 Menschen an bösartigen Neubildungen, das heißt 26% aller Todesfälle gingen auf eine Krebserkrankung zurück (GENESIS-Datenbank, 2010).

In Deutschland erkranken jährlich ungefähr 430.000 Personen neu an Krebs (197.600 Frauen und 229.200 Männer im Jahr 2006; Robert-Koch-Institut, 2010). Inzidenz und Prävalenz steigen: In den kommenden Jahrzehnten ist sowohl aufgrund der verbesserten Früherkennung als auch wegen des wachsenden Anteils älterer Menschen in Deutschland von einer weiter ansteigenden absoluten Zahl von Tumorerkrankungen auszugehen, auch weil sich die Überlebensaussichten für Krebspatienten laufend verbessern (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2006). Mit einer längeren Überlebenszeit für den Einzelnen steigt aber auch die Zahl der Patienten, die mit belastenden körperlichen und psychosozialen Folgen einer Tumorerkrankung und deren Therapie leben müssen.

Es ist wissenschaftlich belegt, dass eine Krebserkrankung, deren Behandlung und mögliche Behandlungsfolgen die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen in vielfältiger Weise belasten. Mindestens 25-30% aller Krebspatienten entwickeln im Verlaufe ihrer Erkrankung behandlungsbedürftige psychische Störungen oder ausgeprägte psychosoziale Belastungen (Singer et al., 2007; Singer, Das-Munshi & Brähler, 2009; Mehnert & Koch, 2008). Je nach Stichprobe und Krebsart wird aber auch bis zu über 40% psychoonkologischer Betreuungsbedarf gemessen. Eine qualifizierte Krebsbehandlung umfasst daher auch die psychoonkologische Versorgung von Patienten und ihren Angehörigen.

Worin besteht insbesondere die psychische Belastung von Krebsbetroffenen? Der Unterstützungsbedarf der Patienten konzentriert sich auf die Bereiche Information über eigene Behandlungsmöglichkeiten, Sorge um die Angehörigen, Nutzen und Nebenwirkungen der Medikamente, Krankheitsverlauf, Progredienzangst und körperliche Aspekte sowie das Bewältigen des Alltagslebens (Schmerzen, Fatigue, Alltagseinschränkungen/Hausarbeit; Harrison Harrison, Young, Price, Butow & Solomon, 2009). Trotzdem wünschen kaum mehr als 50% aller belasteten Patienten psychosoziale oder psychotherapeutische Unterstützung oder nehmen entsprechende Angebote in Anspruch (Zenger, Ernst, Götze, Stolzenburg & Hize, 2010; Baker-Glenn, Park, Granger, Symonds & Mitchell, 2010).

Psychoonkologische Maßnahmen werden inzwischen in nationalen und internationalen Leitlinien als integraler Bestandteil der onkologischen Behandlung empfohlen. Professionelle psychoonkologische Versorgung ist strukturell bereits insbesondere in den folgenden Behandlungssettings verankert (wenn auch noch ohne finanzielle Absicherung): im Disease-Management-Programm Brustkrebs (DMP-Brustkrebs), in onkologischen Schwerpunktpraxen, in zertifizierten onkologischen Organzentren sowie in onkologischen Rehabilitationseinrichtungen. Trotzdem bestehen noch Versorgungslücken, insbesondere im ambulanten Bereich.

Dieser Situation trägt auch der seit 2008 vom Bundesgesundheitsministerium koordinierte Nationale Krebsplan Rechnung. Er beschäftigt sich mit der Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Krebserkrankungen in Deutschland. In Handlungsfeld 2 „Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung" beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe mit der Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung.

Die folgenden beiden Beiträge von Maria Berend und Thomas Küchler sowie von Susanne Singer, Heide Glaesmer und Antje Lehmann-Laue begründen die Notwendigkeit von Psychotherapie für Krebspatienten von der Krebsdiagnose bis zur Sterbephase, im stationären als auch im ambulanten Setting. Es werden Indikation und die Besonderheiten hinsichtlich der Arbeitsbedingungen beschrieben sowie die psychoonkologischen Inhalte diskutiert. Beide Artikel beschreiben Chancen aber auch Lücken in der aktuellen Versorgungssituation in Deutschland.

Literatur

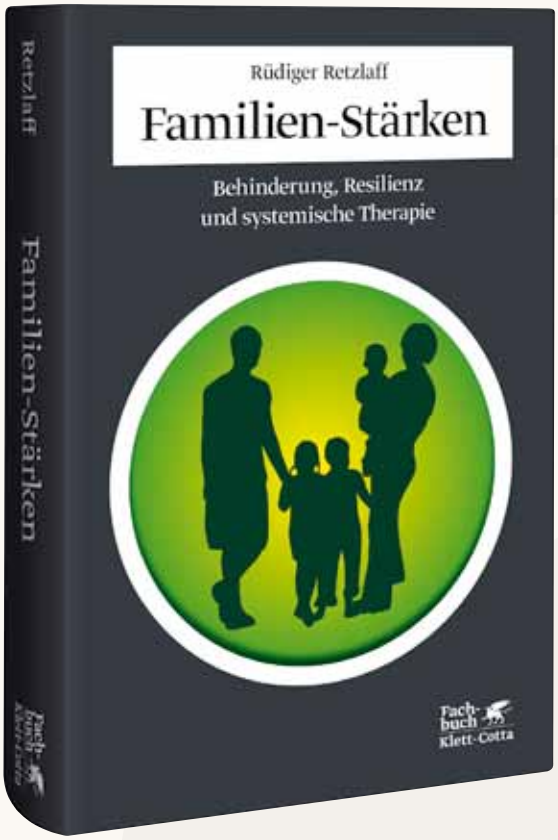
Baker-Glenn, E. A., Park, B., Granger, L., Symonds, P. & Mitchell, A. (2010). Desire for psychological support in cancer patients with depression or distress: validation of a simple help question. *Psycho-Oncology*, n/a. doi: 10.1002/pon.1759.

GENESIS-Datenbank. (2010). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006). *Gesundheit in Deutschland.* Berlin: Robert Koch-Institut.

NEU

Ressourcenorientierte Beratung bei Familien mit behinderten Kindern



Rüdiger Retzlaff
Familien-Stärken
Behinderung, Resilienz und systemische Therapie

Mit einem Vorwort von Arist von Schlippe
2010. 288 Seiten, gebunden mit Schutzumschlag
€ 29,95 (D) / sFr 42,90
ISBN 978-3-608-94635-2

Welche Stärken zeichnen Familien behinderter Kinder aus, denen es gelingt, »trotz alledem« ein erfülltes Leben zu führen? Und wie können Beratung und Therapie diese Stärken fördern? Rüdiger Retzlaff untersucht, wie Akzeptanz und Resilienz entstehen und gibt detaillierte Anleitungen für die ressourcenorientierte Arbeit.

Karl Heinz Brisch (Hrsg.)
Bindung und frühe Störungen der Entwicklung
2010. 333 Seiten, gebunden mit Schutzumschlag
€ 37,95 (D) / sFr 53,90
ISBN 978-3-608-94666-6

Zu den frühen Störungen der Entwicklung gehören etwa Störungen aus dem autistischen Spektrum, frühe Ängste, depressive Symptome oder Störungen der Aufmerksamkeit und der Motorik (ADHS) sowie der Immunregulation. Hier erfahren Sie, wie frühe Störungen entstehen und welche Möglichkeiten der Prävention und der Psychotherapie bestehen.

Dorothea Weinberg
Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern
Behandlung von Bindungs- und Gewalttraumata der frühen Kindheit
2010. 240 Seiten, broschiert
€ 24,95 (D) / sFr 37,90
ISBN 978-3-608-89101-0

Dorothea Weinberg zeigt an vielen Fallbeispielen, wie früh und schwer traumatisierte Kinder dennoch eine gute Entwicklung nehmen können – unter sehr positiven Umständen und mit genauer Kenntnis der erprobten und in jede Kindertherapie integrierbaren »traumabezogenen Spieltherapie«.

Franz Ruppert
Symbiose und Autonomie
Symbiosetrauma und Liebe jenseits von Verstrickungen
2010. 288 Seiten, broschiert
€ 27,95 (D) / sFr 39,90
ISBN 978-3-608-89099-0

Frühkindliche Symbiose-Autonomie-Konflikte sind Franz Ruppert zufolge Ursache für viele seelische Verstrickungen. Das Buch zeigt an zahlreichen Beispielen aus der Praxis, wie diese Symbiosetraumata erkannt und – mit einer neu entwickelten Form der Aufstellungsmethode – erfolgreich behandelt werden können.

Harrison, J. D., Young, J. M., Price, M. A., Butow, P. N. & Solomon, M. J. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer, 17,* 1117-1128.

Mehnert, A. & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research, 64*, 383-391.

Robert Koch-Institut. (2010). *Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends.* Berlin: Robert Koch-Institut und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.

Singer, S., Bringmann, H., Hauss, J., Kortmann, R. D., Köhler, U., Krauß, O. & Schwarz, R. (2007). Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Krankenhaus. *Deutsche Medizinische Wochenschrift, 132,* 2071-2076.

Singer, S., Das-Munshi, J. & Brähler, E. (2009). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care – a meta-analysis. *Annals of Oncology, 21,* 925-930.

Zenger, M., Ernst, J., Götze, H., Stolzenburg, J. & Hize, A. (2010). Betreuungsbedarf und Betreuungswunsch von Patienten mit Prostatakarzinom – eine Längsschnitterhebung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 19*, 51-59.

Juliane Dürkop

Mitglied des Redaktionsbeirates
Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein
Walkerdamm 17
24103 Kiel
juliane.duerkop@pksh.de

Aktuelle Fortbildungen des **ID Instituts** in Kassel
für ÄrztInnen und Psychologische PsychotherapeutInnen:

CURRICULUM PSYCHOONKOLOGIE
anerkannt von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

Umfassender Kurs mit 120 UE
Modul 1: Fr 14.01. bis So 16.01.2011 (27 UE)
Modul 2: Fr 28.01. bis So 30.01.2011 (27 UE)
Modul 3: Mo 07.3. bis So 13.03.2011 (66 UE, Kompaktwoche)

CURRICULUM PSYCHOTRAUMATHERAPIE
anerkannt von der Deutschsprachigen Gesellschaft
für Psychotraumatologie (DeGPT)

7 Module, nächster Beginn: 20. Mai 2011
in Kooperation mit Prof. Dr. Ulrich Sachsse, Göttingen

Unser Fokus seit 15 Jahren:
Explizite Ressourcenorientierung -
inhaltlich und in der Gestaltung unserer Fortbildungen

Christa Diegelmann & Margarete Isermann

ID Institut für Innovative Gesundheitskonzepte
Postfach 410542, 34067 Kassel
Tel. 0561-3164200, Fax 0561-3164202
email: post@idinstitut.de, www.idinstitut.de

Institut für Psychoanalyse Nürnberg (DPG)

bietet staatlich anerkannte und qualifizierte psychoanalytische Aus- und Weiterbildung für

- Diplom-Psychologen nach dem PTG
- Ärzte gemäß Richtlinien der Ärztekammer
- Erwerb der Mitgliedschaft in der IPA

Nächster Beginn der Ausbildung: April 2011

► **Zum Kennenlernen** bieten wir Ihnen die Teilnahme an folgenden Seminaren des Instituts an:
- 22.1.11: Überlegungen zum Älterwerden
- 26.1.11: Berichte schreiben
- 28.1.11: Beendigung von psa. Therapien
- 19.2. 11: Lernen ist – Sex

Infos zu Aus- und Weiterbildung sowie Anmeldung zu den Kennenlernseminaren oder zur Studienberatung über:
IPN, Penzstr. 10, 90419 Nürnberg
Tel: 0911/ 97797101
e-mail: sekretariat@dpg-nuernberg.de
www.psychonalyse-nuernberg.de

Psychoonkologische Praxis in der chirurgischen Akutklinik

Maria Berend, Thomas Küchler

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Zusammenfassung: Krebsbetroffene und ihre Familien sind mit vielfältigen Belastungen konfrontiert. Psychosoziale Interventionen können solche Belastungen effektiv reduzieren. Das „Kieler Modell", ein psychoonkologisches Betreuungskonzept in der Chirurgie, orientiert sich an den Empfehlungen des National Comprehensive Cancer Network und realisiert diese fast vollständig. Die psychoonkologische Arbeit in einer chirurgischen Akutklinik ist durch vielfältige Rahmenbedingungen beeinflusst und ist mit spezifischen Anforderungen an die Psychotherapeuten verbunden. Das psychoonkologische Angebot umfasst sowohl Beratung, Begleitung von Patienten und Angehörigen als auch psychotherapeutische Interventionen. Der therapeutische Ansatz ist multimodal und nicht schulenspezifisch. Das Vorgehen und der Behandlungsprozess unterscheiden sich dabei von dem klassischen psychotherapeutischen Vorgehen bei neurotischen Störungen.

1. Einleitung

Eine Krebserkrankung und deren Behandlung bringen für die meisten Patienten[1] und ihren Familien erhebliche körperliche, soziale und psychische Belastungen mit sich. Der Zeitpunkt der Diagnosestellung wird dabei häufig als extrem belastend erlebt.

Die psychischen Reaktionen der Betroffenen reichen von normalen Ängsten und Sorgen bis hin zu starken Belastungsreaktionen, die den Kriterien einer psychischen Störung entsprechen. Diese Belastungsreaktionen und/oder psychischen Störungen sind bei Krebspatienten meist nicht primär auf vorhandene neurotische Konflikte zurückzuführen, sondern sind (mit-)bedingt durch die Schwere der körperlichen Erkrankung und deren Folgen.

Die Prävalenzraten zum Behandlungsbedarf sowie zum Auftreten psychischer Erkrankungen bei Krebspatienten schwanken erheblich, da sie von verschiedenen Faktoren abhängig sind, wie etwa der Art des Messinstrumentes, der Krebserkrankung, dem Zeitpunkt der Untersuchung, dem Krankheitsstadium etc. Häufig wird im klinischen Alltag ein erstes Belastungsscreening durchgeführt, das nicht nur psychische Störungen erfasst, sondern für die Bewältigung der Erkrankungssituation wichtige Faktoren erhebt, wie etwa: Tumorangst, soziale Situation, körperliches Befinden, Informationsbedarf etc. Einen guten Überblick zur Prävalenz psychischer Belastungsreaktionen/Störungen bei Krebspatienten geben beispielsweise Carlson et al. (2004) oder Mehnert, Lehmann, Cao und Koch (2006).

Psychoonkologische Interventionen können solche Belastungen effektiv reduzieren, sie tragen zur Verbesserung der Lebensqualität bei und sind nicht zuletzt ökonomisch, da sie die medizinischen Behandlungskosten verringern können (Carlson & Bultz, 2003; Fawzy, 1999; Küchler et al., 1998; Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002; Spiegel & Kato, 2000). Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass psychologische Interventionen auch das Überleben positiv beeinflussen, der Stand der Forschung zu dieser Frage muss allerdings als offen bezeichnet werden (Andersen et al., 2008; Küchler, Bestmann, Rappat, Henne-Bruns & Wood-Dauphinee, 2007; Ross, Boesen, Dalton & Johansen, 2004; Chow, Tsao & Harth, 2004; Spiegel, 2001, 2002).

Nationale und internationale Leitlinien empfehlen die systematische Diagnostik von psychosozialen Belastungen, um frühzeitig entsprechende Unterstützungsangebote offerieren zu können (Bultz & Carlson, 2006; Mehnert, Petersen & Koch, 2003; NCCN, 2005; Weis, 2005).

2. Was ist „Psychoonkologie"?

Der Fachbegriff Psychoonkologie ist vielfach erläutert worden (z. B. Weis, 2010), so dass hier nur auf einige Aspekte des klinischen Bereichs eingegangen werden soll.

Seit den Anfängen psychoonkologischer Therapie in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts gibt es eine Reihe von Definitionsvorschlägen für den Begriff „Psychoonkologie". Gemeinsam ist nahezu allen diesen Definitionen, dass sie die Verschränkung von akuten, also krankheitsbedingten psychischen Belastungen mit lebensge-

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir in diesem Text meist nur die männliche Form. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter angesprochen.

schichtlichen Aspekten des Patienten betonen, ebenso wie Interprofessionalität und Methodenvielfalt. Etwas vereinfachend lässt sich feststellen, dass alle „Begleitumstände" einer onkologischen Erkrankung in den Blick genommen werden. Dies umfasst äußere Gegebenheiten wie die familiäre und soziale Situation der Patienten ebenso wie innere Faktoren, wie lebensgeschichtlich bestimmte Einstellungen und Emotionen. Die Grundhaltung der Psychoonkologie ist salutogenetisch ausgerichtet, es geht deutlich mehr um Identifizierung und Förderung von Ressourcen als um Konfliktbearbeitung. Gleichzeitig ist die therapeutische Orientierung ebenso wie das „Handwerkszeug" der Psychoonkologie keiner therapeutischen Schule zugeordnet. Vielmehr können – vor dem Hintergrund einer grundsätzlich supportiven Ausrichtung – tiefenpsychologische, verhaltens-, gesprächs-, trauma- oder andere therapeutische Ansätze wie beispielsweise systemische, Kunst- oder Bewegungstherapie entweder in einzel- oder in familientherapeutischer Orientierung zur Anwendung kommen.

Aus wissenschaftlich forschender Perspektive lässt sich festhalten, dass die Gebiete der Coping-, Lebensereignis- und vor allem Lebensqualitätsforschung starken Einfluss auf die psychoonkologische Praxis hatten und haben.

3. Das Psychoonkologische Betreuungskonzept in der Chirurgie

3.1 Gesundheitspolitischer Hintergrund

Seit einiger Zeit gibt es national wie international Bemühungen, Leitlinien und Standards für die psychosoziale Betreuung von Krebspatienten zu entwickeln. Hiermit sollen Richtlinien geschaffen werden, die eine angemessene psychoonkologische Versorgung von Tumorpatienten mit psychosozialen Belastungen sicherstellen. In Deutschland steht die Entwicklung einer eigenen Leitlinie für den Gesamtbereich Psychoonkologie noch aus. Daher orientiert sich das „Kieler Modell" zur psychoonkologischen Versorgung von Tumorpatienten und ihren Angehörigen an den Empfehlungen des National Comprehensive Cancer Network (NCCN, 2005) (Abb. 1) und realisiert diese fast vollständig.

Bei den soliden Tumoren, die den Großteil aller Tumorerkrankungen ausmachen, steht die Chirurgie im Mittelpunkt der onkologischen Therapie.[2] Da sie damit auch ein Paradigma für eine am Krankheitsverlauf orientierte psychoonkologische Mitbehandlung darstellt, sollen im Folgenden wesentliche Aspekte einer solchen Mitbehandlung anhand dieses Modells beschrieben werden.

3.2 Zum Ablauf der chirurgischen Therapie

Die chirurgische Therapie lässt sich zunächst in eine präoperative, eine postoperative (Intensiv- und periphere Station) und eine Nachsorgephase unterteilen. Für betroffene Patienten bedeutet dies, dass für eine optimale Therapieentscheidung vor Beginn der Behandlung eine umfangreiche Diagnostik erforderlich ist. Ist eine Operation indiziert, wird ein Termin festgelegt, wobei die Wartezeiten mehrere Wochen betragen können. Die Ungewissheit bezüglich der Prognose bleibt für Patienten bestehen, bei denen erst perioperativ endgültig über das therapeutische Vorgehen entschieden werden kann. Der Operation schließt sich erneut eine Phase der Ungewissheit an, da der histologische Befund, Grundlage aller weiteren Therapieentscheidungen, erst mehrere Tage nach der Operation vorliegt.

In der Chirurgie haben sich – wie überall in westlichen Gesundheitssystemen – im letzten Jahrzehnt grundlegende Veränderungen ergeben. Betrug noch 1990 die präoperative stationäre Phase im Krankenhaus meist drei und mehr Tage, so ist sie heute, nachdem der überwiegende Teil der Diagnostik bei elektiven, also geplanten Operationen ambulant durchgeführt wird, selten länger als einen Tag, nämlich den der Aufnahme. Auch hat sich die postoperative Phase insgesamt verkürzt. Sie liegt z. B. bei Patienten mit einem Colonkarzinom im Schnitt unter zehn Tagen.

Diese Entwicklung hat für bisherige psychoonkologische Interventionsprogramme dramatische Konsequenzen:

- Die ständig notwendige Anpassung des psychotherapeutischen Vorgehens nicht nur an neue chirurgische Strategien, sondern eben auch an sich ständig verändernde Abläufe der Gesamtbehandlung macht es zunehmend schwer, Raum für „regelgerechte" psychoonkologische Interventionen innerhalb des extrem gedrängten chirurgischen Behandlungs- und Pflegeschemas zu finden.
- Ergebnisse bisheriger Studien verlieren an Validität, da sie unter den radikal veränderten Bedingungen entweder repliziert werden müssen oder eben gar nicht mehr durchführbar sind.

Damit entsteht die paradoxe Situation, dass aufgrund der verkürzten Liegezeit bei gleichzeitiger Intensivierung, Standardisierung und Systematisierung der chirurgischen Behandlung das Patientenbedürfnis nach individueller Betreuung zunimmt, während aufgrund des mit den genannten Veränderungen einhergehenden steigenden „Verwaltungsaufwandes" (hierunter werden alle Tätigkeiten gefasst, die nicht direkt im Patientenkontakt stattfinden; vgl. Rohde, Wellmann & Bestmann, 2004) die Zeit des einzelnen Arztes pro Patient abnimmt.

3.3 Das „Kieler Modell" psychoonkologischer Versorgung im Akutkrankenhaus

Am Krebszentrum Nord im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel wird derzeit – ausgehend von der Chirurgie – ein psychoonkologisches Programm vorgehalten, das von der Diagnosestellung an bis zwei Jahre postoperativ Patienten mit gastrointestinalen oder Bronchialkarzinomen – mit Betreuungsschwerpunkt auf der stationären Phase – begleitet (Abb. 2). Als wesentliche Komponenten sind vor dem Hintergrund der oben skizzierten Empfehlungen des National Comprehensive Cancer Network zu nennen:

Das Angebot zur psychologischen Unterstützung ist prinzipiell allen Tumorpatienten und Angehörigen zugänglich *(Screening*

2 Auf (neo-)adjuvante Schemata soll in diesem Kontext nicht detailliert eingegangen werden.

NCCN Leitlinien zum Management psychosozialer Belastung

Screening und Betreuung	➢ Psychosoziale Belastung sollte in allen Krankheitsstadien frühzeitig **erkannt, beobachtet**, **dokumentiert** und **behandelt** werden. ➢ Alle Patienten sollten bei der ersten Konsultation auf psychosoziale Belastungen untersucht werden (Screening). Diese Untersuchung ist in angemessenen Abständen und zu klinisch relevanten Zeitpunkten, insbesondere bei Veränderungen der Krankheitssituation wie Remission, Erholung oder Tumorprogression, zu wiederholen. ➢ Ein Screening sollte **Art** und **Ausmaß** der psychosozialen Belastung erfassen. ➢ Psychosoziale Belastung sollte evidenz- oder konsensbasiert nach klinischen Empfehlungen versorgt werden.
Implementierung	➢ Zur Implementierung von Standards für das Management von psychosozialer Belastung sollten interdisziplinäre institutionelle Komitees gebildet werden. ➢ Fortbildungs- und Trainingsprogramme sollten entwickelt werden, um sicher zu stellen, dass die Fachkräfte über entsprechendes Wissen und Fertigkeiten zur Diagnostik und zum Management der psychosozialen Belastung verfügen. ➢ Die schnelle Erreichbarkeit erfahrener Fachkräfte sollte gewährleistet sein (Teammitglied bzw. Liaisondienst).
Kosten	➢ Medizinische Versorgungsverträge sollten die Vergütung der Leistung von psychosozial tätigen Fachkräften einschließen.
Evaluation	➢ Die Einschätzung der psychosozialen Belastung sollte in die klinische „outcome" Messung integriert sein (z. B. Lebensqualität, Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen).
Information	➢ Patienten, Familien und Behandlungsteams sollten darüber informiert werden, dass das Management von psychosozialer Belastung einen integralen Bestandteil des „total medical care" darstellt. Angemessene Informationen über psychosoziale Angebote des Behandlungszentrums und der Region sollten zur Verfügung gestellt werden.
Qualitätssicherung	➢ Die Qualität des Managements von psychosozialer Belastung sollte in die laufenden institutionellen Qualitätssicherungspojekte aufgenommen werden.

Abbildung 1: Empfehlungen des National Comprehensive Cancer Network (NCCN, 2005, übersetzt durch die Autoren)

und Betreuung). Wann immer möglich, wird bereits kurz nach der Diagnoseübermittlung ein erstes psychoonkologisches Betreuungsangebot (Informationsstunde[3]: Interprofessionelle Zusammenarbeit, Information über medizinische Behandlung und psychische Bewältigung) vermittelt. Ein Belastungs-Screening geschieht am Tag der stationären Aufnahme und zum Zeitpunkt der Entlassung. Eingesetzt wird der Fragebogen zur psychosozialen Belastung (HFK-B; Berend, 2005), eine revidierte und validierte Version des Hornheider Kurzfragebogens (Strittmatter, 1997), der den speziellen Bedürfnissen unserer Patienten angepasst wurde. Mit diesem Fragebogen (9 Items) lassen sich Art und Ausmaß der Belastung erfassen. Die adaptive Indikationsstellung während des Klinikaufenthaltes erfolgt durch das Stationsteam. Für die psychologische Betreuung der Patienten stehen qualifizierte Fachkräfte zur Verfügung (Psychologische Psychotherapeuten (2), psychoonkologische Assistenz (1), sozialrechtliche Betreuung durch das Tumorzentrum). Bei Bedarf erfolgt nach der stationären Behandlung eine Weiterbetreuung bzw. Weitervermittlung in den ambulanten Bereich.

Die psychoonkologische Abteilung ist vollständig in die Chirurgie integriert *(Implementierung)* und in der Regel schnell erreichbar. Sowohl die behandelnden Ärzte als auch das Krankenpflegepersonal werden regelmäßig über die psychoonkologische Mitbehandlung fallweise informiert, wobei zu betonen ist, dass hier manchmal die besondere Schweigepflicht der Psychotherapeuten die Grenzen dieses Informationsprozesses bestimmt.

Alle Patienten werden durch die psychoonkologische Assistentin über das psychoonkologische Behandlungsangebot der Klinik informiert. Durch die enge Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegekräften, psychoonkologischer Assistentin und Psychologen ist auch der interne Informationsaustausch sehr gut *(Information).*

Die Evaluation (Soziodemographie und Lebensqualität: EORTC QLQ-C-30 und diagnose-spezifische Module; Aaronson et al., 1993; Küchler et al., 1996; Sprangers, Culln & Groenvold, 1998) erfolgt über einen Zeitraum von zwei Jahren (Messzeit-

3 Die Informationsveranstaltung kann gegenwärtig aus organisatorischen Gründen nicht realisiert werden, wurde aber von 2003 bis 2009 regelmäßig durchgeführt.

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

UND SIE MÖCHTEN DABEI IN EINEM ANGENEHMEN RAHMEN VIELE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN TREFFEN?

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

KONGRESSPROGRAMM UND NÄHERE INFORMATIONEN UNTER:
www.unifortbildung-psychotherapie.de

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

Anmeldung ab dem 30.06.2011

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

Psychotherapeuten Kammer NRW
Hochschulverbund Psychotherapie NRW

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

Psychotherapie bei sexuellen Störungen und sexuellen Gewalterfahrungen

Wissenschaft Praxis

www.unifortbildung-psychotherapie.de

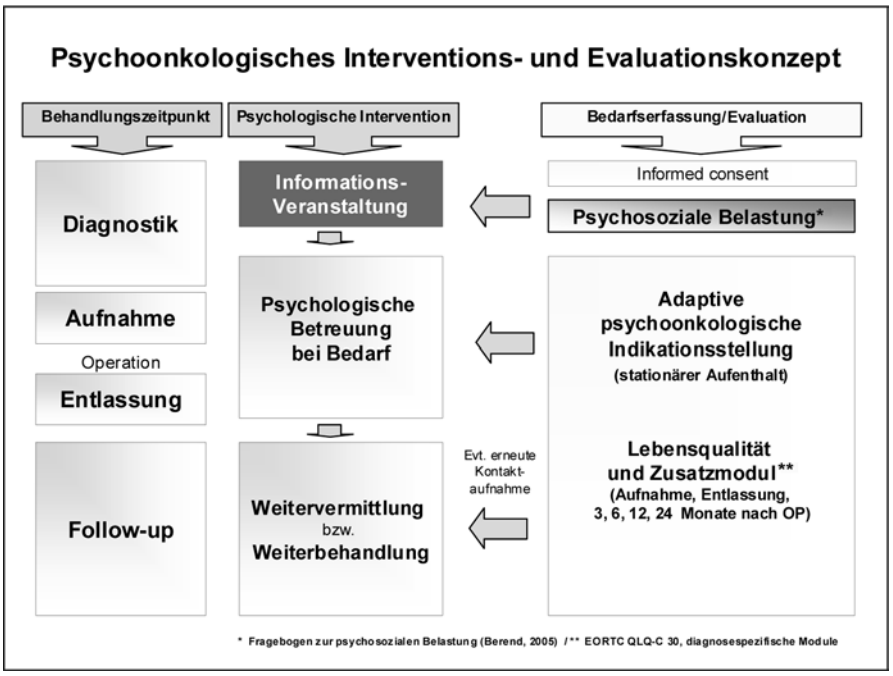


Abbildung 2: Psychoonkologisches Interventions- und Evaluationskonzept im „Kieler Modell"

punkte: präoperativ, zur Entlassung, 3, 6, 12 und 24 Monate postoperativ).

Diese Erfassung der psychosozialen Belastung und der Lebensqualität ist gleichzeitig fester Bestandteil der Qualitätssicherung.

Sowohl die psychoonkologische Versorgung als auch die Evaluation wird von den Krankenkassen mitfinanziert *(Kosten)*.

In Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum werden Fortbildungen für Fachkräfte und Studenten angeboten *(Lehre)*. Ein spezielles Angebot besteht für Studenten im Rahmen des ethischen Curriculums. Angeboten wird ein Seminar, in dem „ethische Probleme in der Chirurgie/Psychoonkologie" anhand von Schilderungen realer Fälle diskutiert werden können.

In Abbildung 2 ist das psychoonkologische Behandlungs- und Evaluationskonzept im „Kieler Modell" schematisch dargestellt.

4. Praxis der Psychoonkologie in der Chirurgie

4.1 Rahmenbedingungen

Die psychoonkologische Arbeit in einer universitären Akutklinik ist durch vielfältige Rahmenbedingungen (allgemeines Setting, Spezifika der einzelnen Stationen, körperliche Verfassung der Patienten) beeinflusst. Sie ist in der Folge nur begrenzt planbar. Im vorliegenden Setting sind die Psychoonkologen mit einer selbstverständlichen Präsenz und Zugehörigkeit zum onkologischen Team in die Abläufe eingebunden. Dadurch ist eine schnelle Erreichbarkeit gewährleistet und im Gegensatz zu einem psychiatrischen Konsiliardienst besteht die Möglichkeit zu kurzfristiger Intervention.

Eine chirurgische Universitätsklinik ist hierarchisch strukturiert. Die Psychoonkologen sind jedoch nicht vollständig in diese Hierarchie eingebunden, sondern entscheiden eigenständig und übernehmen vorwiegend beratende Funktion gegenüber dem medizinischen Team und sind bei Wahrung der Loyalität gegenüber dem Arbeitgeber auch Anwälte und Sprecher der Patienten.

Da viele Patienten keine Erfahrungen mit Psychologen haben und neben der Krebserkrankung eine weitere Stigmatisierung – auch noch psychisch krank zu sein – fürchten, ist es unabdingbar, die Patienten selbst sowie das gesamte Team darüber zu informieren, dass die Hauptaufgabe der Psychoonkologie in der Akutphase darin liegt, die Patienten in ihrer Bewältigungskompetenz zu stärken und dass die Angst auch psychisch krank zu sein normalerweise unbegründet ist.

Umgekehrt ist die medizinische und pflegerische Information für eine angemessene Unterstützung der Patienten und ihrer Angehörigen sehr wichtig. Art und Ausmaß der Erkrankung, aktuelle medizinische Situation und Prognose sowie Art und Umfang der medizinischen Aufklärung sind notwendige Informationen für den therapeutischen Prozess.

4.2 Zum psychoonkologischen Behandlungsprozess

Jede chirurgische Intervention ist nicht nur ein Eingriff in die somatische Integrität, sondern hat Folgen für die psychische, soziale und manchmal auch spirituelle Integrität der Betroffenen. Entsprechend werden Anpassungsleistungen der Patienten und ihrer Familien schon bei – aus chirurgischer Sicht – relativ einfachen Operationen notwendig. Dies gilt umso mehr, wenn das zugrunde liegende Krankheitsbild potentiell lebensbedrohlich ist, wie bei einer onkologischen Erkrankung. Die zumindest temporäre Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit ist unvermeidbar bzw. lässt sich nur mit einem hohen psychischen Aufwand verleugnen. Es gibt viele Krebsbetroffene, die dieses „life-event" gut bewältigen, aber eine eigene Studie ergab, dass Patienten mit einer gastrointestinalen Tumorerkrankung präoperativ sehr stark belastet sind. Je nach Kriterium gaben 41,3% bzw. 65,2% der Patienten im Fragebogen (HFK-B; Berend, 2005) überschwellige psychosoziale Belastungen an. Es gibt darüber hinaus Belege, dass Angehörige von Krebspatienten ebenso große oder sogar größere Belastungen erleben (Edwards & Clarke, 2004; Kim, Duberstein, Sörensen & Larson, 2005; Kissane, Bloch, Burns, McKenzie & Posterino, 1994; Nijboer, Triemstra, Tempelaar, Sanderman & van den Bos, 1999). In einer eigenen Untersuchung berichteten 47% bis 76% der Angehörigen von Krebspatienten von behandlungsbedürftigen psychosozialen Belastungen (Ullrich, 2006). Vor diesem Hintergrund werden Angehörige, wann immer möglich, in die psychoonkologische Betreuung einbezogen.

In der Chirurgie finden 90% aller psychoonkologischen Interventionen direkt im Krankenzimmer oder auf den jeweiligen Stationen statt. Damit unterscheidet sich bereits das Setting psychotherapeutischer Arbeit grundlegend vom üblichen Behandlungsrahmen: Intimität ist nur eingeschränkt möglich bzw. herstellbar, z. B. durch Verschieben des Krankenbettes in ein Arztzimmer. Häufiger wird in Kauf genommen, dass Mitpatienten auch mithören. Ebenso häufig sind – trotz grundlegender Akzeptanz seitens des medizinischen Teams – Störungen durch die Krankenhausroutine („Kann ich mal kurz eben bei der Patientin Fieber messen…"; „Ich muss schnell mal eine neue Infusion anhängen…") nicht auszuschließen. Entsprechend ist seitens des Therapeuten immer wieder neu zu entscheiden, ob der vorgegebene Rahmen den anstehenden Themen noch angemessen ist oder – i. d. R. mit hohem Aufwand – verändert werden muss, um eine auch psychisch beschützende Situation zu schaffen. Es ist allerdings mit aller Deutlichkeit darauf hinzuweisen, dass seitens des Therapeuten eine gewisse Robustheit notwendig ist, um psychotherapeutischen Notwendigkeiten in der Chirurgie Raum zu schaffen. Dies gilt in besonderem Maße für Intensivstationen: Nicht nur das völlige Fehlen von Gesprächsintimität, sondern auch die ständige Geräuschkulisse der Hightech-Medizin verlangen nach mehr als „freischwebender Aufmerksamkeit",

Interventionen im Krankenzimmer

nämlich der Fähigkeit, sich auf den Patienten zu „tunneln", ohne dabei den situativen Kontext vollkommen auszublenden. Als hilfreich erweist sich hier allerdings häufig, dass das generelle Gesprächsthema – Hoffnung vs. Todesangst in seinen individuellen Ausformungen – an sich so intensiv ist, dass die gegenseitige Fokussierung von Patient und Therapeut sich nahezu automatisch herstellt.

Generell umfasst das psychoonkologische Angebot sowohl Beratung, Begleitung als auch psychotherapeutische Veränderungsziele, wobei multimodal und nicht schulenspezifisch vorgegangen wird.

Der psychotherapeutische Ansatz ist supportiv, d. h. ich-stützende bzw. abwehrstabilisierende und ressourcenaktivierende Techniken stehen ganz im Vordergrund. Der Therapeut nimmt dabei eine relativ aktive Rolle ein, um die Bewältigungskompetenz des Patienten zu stützen und/oder zu erweitern und um ungünstigen Übertragungsphänomenen entgegen zu wirken.

Zertifizierte Fortbildungsangebote für approbierte Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Ärzte im Bereich Klinische Psychologie/Psychotherapie.
Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen in den Bereichen Gesundheitspsychologie, Schulpsychologie, Rechtspsychologie, Verkehrspsychologie, Beratung, Supervision, Coaching und Wirtschaftspsychologie. Viele unserer Fortbildungsveranstaltungen können Sie nutzen, um die Voraussetzungen für den Erwerb anerkannter Zertifikate des BDP und externer Fachgesellschaften zu erlangen.

Besonderheiten und Herausforderungen bei der Therapie von Kindern mit Schmerzstörungen

Dipl.-Psych. Michael Dobe · Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Träger des Wissenschaftspreises der Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF)
2.–3. April 2011 · im Haus der Psychologie, Berlin

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

Der Beziehungsaufbau unterscheidet sich von dem der klassischen Psychotherapie. Irving D. Yalom beschreibt das sehr treffend:

„In meiner Arbeit mit Patienten strebe ich vorrangig nach Verbundenheit. Zu diesem Zweck handle ich in unbedingter guter Absicht: keine Uniform oder Kostümierungen; keine Demonstration von Diplomen, Berufsgraden und Auszeichnungen; kein Wissen vorspielen, das ich nicht habe; nicht leugnen, dass existentielle Dilemmas auch bei mir ins Schwarze treffen; keine Weigerung, Fragen zu beantworten; mich nicht hinter meiner Rolle verstecken; und zuletzt, meine eigene Menschlichkeit und meine eigenen Verwundbarkeiten nicht verbergen" (Yalom, 2008, S. 197).

Die Betreuung erfolgt insgesamt hoch individualisiert und orientiert sich an den Bedürfnissen und Ressourcen der Patienten und ihrer Angehörigen. Auch hier gilt jedoch das Primat der somatischen Medizin, ihrer Diagnostik und Therapie im Akutkrankenhaus: D. h. das Vorgehen und häufig auch die Inhalte der psychologischen Betreuung lehnen sich an den somatischen und medizinischen Verlauf an.

So ist in aller Deutlichkeit darauf hinzuweisen, dass der präoperative stationäre Tag für die Patienten der Tag der größten Hektik ist: Aufnahme auf Station, Pflegegespräch, Termine mit dem Chirurgen und dem Anästhesisten, eventuell noch fehlende Untersuchungen, nicht zuletzt die Darmreinigung – viel Raum für psychotherapeutische Interventionen bleibt hier nicht.

Umso wichtiger ist die direkt postoperative Phase: Beginnend auf der Intensivstation, geht es zunächst nur um zeitliche und örtliche Orientierung, manchmal um ein länger andauerndes hirnorganisches Psychosyndrom. Die oft damit verbundenen Halluzinationen und Albträume sind extrem belastend und ängstigend. Neben der medikamentösen Behandlung ist es wichtig, Patienten und Angehörige über Geschehen, Ursache und Prognose aufzuklären und Strategien für den Umgang mit der Situation zu besprechen. Die Verlegung auf die periphere Station wird natürlich als Fortschritt erlebt, Hoffnung verändert sich: Jetzt steht der Umgang mit den unmittelbaren Operationsfolgen im Vordergrund. In dieser Phase ist Information für die meisten Betroffenen extrem wichtig. Hier liegt ein Großteil der psychoonkologischen Arbeit in der Informationsvermittlung mit dem Ziele, Hilflosigkeit und Unsicherheit zu vermindern. Hinzu kommen je nach Problemlage spezifische Interventionen zur emotionalen Stabilisierung oder zur Linderung körperlicher Symptome.

Viele Patienten haben eine so große Operation zum ersten Mal erlebt und sind tief erschüttert von den körperlichen Folgen. Hier gilt es das Vertrauen in die Bewältigungskompetenz wieder zu stabilisieren und konkrete Maßnahmen und Ziele zu erarbeiten, die den Patienten auf diesem Wege stärken. Für manche Patienten ist die Behandlung jedoch extrem belastend, insbesondere wenn zusätzlich Komplikationen auftreten, sodass sie in eine tiefe emotionale Krise geraten und evtl. eine akute Belastungsreaktion zeigen. In diesen Fällen ist eine sehr engmaschige Begleitung (teilweise täglich Konsultationen) und ggf. auch in Zusammenarbeit mit der Psychiatrie eine pharmakologische Therapie erforderlich.

So notwendig die Stärkung von Hoffnung und Zuversicht in dieser unmittelbar postoperativen Phase auch ist, so wichtig ist es, sich hier in einem realistischen Rahmen und mit genauer Kenntnis des vorläufigen Operationserfolges (die Ergebnisse der Pathologie kommen meist eine Woche postoperativ) zu bewegen: So ist es für Patienten mit Rektumkarzinom ein erheblicher Unterschied in der Lebensperspektive, ob ein protektives, also nach ca. drei Monaten rückverlegbares oder ein endgültiges Stoma (künstlicher Darmausgang) angelegt wurde.

Die Phase der Anpassung an die unmittelbaren Operationsfolgen ist meist verbunden mit einem veränderten Krankheitsverständnis: Stand die präoperative Phase – sehr verkürzt – unter dem Zeichen des Diagnoseschocks und den nachfolgenden, fast automatisch abgelaufenen Prozeduren, so erfolgt jetzt die Annäherung an die realen Gegebenheiten: Der Patient begreift, dass er Krebs hat(te), dass er eine schwere Operation hinter sich gebracht hat, dass das bisherige Leben sich auf jeden Fall verändern wird. Angesichts der (vorläufig) überlebten Todesdrohung kommt es fast regelhaft, wenn auch in individuell unterschiedlicher Intensität, zur kritischen Betrachtung des bisherigen Lebens, der Beziehungen, der Lebensziele. In dieser Phase geht es vor dem Hintergrund einer medizinisch realistischen Perspektive um die Bearbeitung von Fragen wie:

- „Warum bin ich krank geworden?" (subjektive Krankheitstheorien),
- „Was kann ich mir mit dieser Krankheit noch zutrauen?" (Leistungsfähigkeit),
- „Wie werde ich mit all dem fertig?" (emotionales Gesamtbefinden),
- „Welche Menschen sind mir weiterhin wichtig?" und „Von welchen Menschen bin ich enttäuscht?" (soziale Einbindung),
- „Mit welchen Symptomen muss ich rechnen?" (körperliche Beschwerden),
- „Was kann ich selber tun?" (Kontrolle).

Cave: Sehr häufig wird die Frage der psychischen Mitverursachung der Krebserkrankung thematisiert. Die psychogenetischen Krebstheorien und Heilungsvorstellungen sind weit verbreitet, sie stehen jedoch im krassen Widerspruch zu der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz. Weder konnten psychologische Faktoren der Krebsentstehung und des Krankheitsverlaufes noch der Vorteil eines spezifischen Copings wie etwa des „positiven Denkens" wissenschaftlich belegt werden (Schwarz, 2004; Petticrew, Bell & Hunter, 2002). Auch wenn subjektive Krankheitstheorien stabilisierend wirken können, gilt es, Patienten über den Stand der Forschung zu informieren, um einer möglichen Zuschreibung von eigener Verschuldung oder unangemessener Krankheitsbewältigung („Wenn ich weine, werde ich wieder krank.") entgegen zu wirken.

Neben der psychotherapeutischen Kompetenz, die in dieser Phase vor allem auf die (Rückgewinnung von) Autonomie des Patienten fokussiert, haben sich hierfür

die Ergebnisse der systematischen Lebensqualitätserhebung als hilfreich erwiesen: Es ist – in Abhängigkeit von Grunddiagnose, Operationsverfahren und evtl. adjuvanter Chemo- oder Strahlentherapie – inzwischen gut prognostizierbar, wie lange welche Symptome persistieren werden, damit verbunden welche Anpassungsleistungen in den ersten sechs bis zwölf Monaten nach chirurgischer Therapie wahrscheinlich erbracht werden müssen.

Da diese Phase während des in der Regel 7- bis 14-tägigen postoperativen Aufenthaltes nicht abgeschlossen ist, bildet das Abschlussgespräch eine wichtige Überleitung. Es werden noch einmal die somatopsychischen Symptome präzisiert, die den Patienten beunruhigen, der Umgang damit besprochen, die Nachsorge/Rehabilitation in den Blick genommen, Ziele für die nahe und weitere Zukunft festgelegt. Das Wichtigste aus psychologischer Sicht scheint jedoch die abschließende emotionale und kognitive Integration des Lebensereignisses „Tumoroperation" zu sein: Durch die rückschauende Bewertung aller Ereignisse seit Diagnosestellung und der mit diesen Ereignissen verbundenen emotionalen „Achterbahnfahrt" scheint es nicht nur möglich zu sein, den „Sturz aus der normalen Wirklichkeit" (Gerdes, 1989) abzumildern, sondern auch den „Wiederaufstieg" in eine veränderte Wirklichkeit auch mit ihren z. T. schmerzlichen Aspekten zu ermöglichen. Selbstverständlich erfolgt hier bei weiterem Behandlungsbedarf entweder die Übernahme in die ambulante psychoonkologische Versorgung, die durch die Revision des Paragraphen 116b des Sozialgesetzbuches V (SGB V) auch für Kliniken möglich geworden ist (vgl. Kries, 2010), oder die Weitervermittlung in eine ambulante psychoonkologische Behandlung.

Leider ist die Weitervermittlung an niedergelassene Psychotherapeuten oftmals problematisch oder gar nicht möglich. So sind die langen Wartezeiten für viele Krebspatienten, insbesondere in der palliativen Situation, nicht zumutbar, oder auf Seiten der Patienten sind geregelte Termine aufgrund der körperlichen Verfassung oder der medizinischen Behandlung nicht einhaltbar.

4.3 Anforderungen an Psychoonkologen in einer Akutklinik

Die Betreuung/Therapie onkologischer Patienten im Akutbereich erfordert ein hohes Maß an Flexibilität, Transparenz und sozialer Kompetenz, da sie nur im interdisziplinären Ansatz, d. h. in der Zusammenarbeit aller Beteiligten sinnvoll erfolgen kann. Die Arbeit ist insgesamt patientenzentriert und nicht schulenspezifisch und setzt ein umfangreiches Methodenrepertoire voraus.

Je nach Problemlage können unterschiedliche therapeutische Ansätze zum Einsatz kommen. Hier sollen nur ein paar Beispiele genannt werden, die nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben:

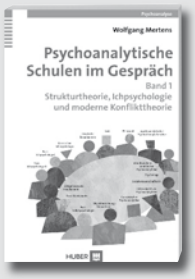
1. Grundhaltungen und Techniken der Gesprächspsychotherapie bilden die Basis für jede Kommunikation mit Patienten und Angehörigen.
2. Ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen kann beispielsweise beim antizipatorischen Erbrechen in der Chemotherapie sehr hilfreich sein.
3. Tiefenpsychologische Aspekte liefern immer ein vertieftes Verständnis des Patienten und die Thematisierung dieser Aspekte im psychotherapeutischen Prozess kann dann bedeutsam sein, wenn bisherige Erfahrungen und Traumatisierungen den Bewältigungsprozess des Patienten behindern.
4. Die Thematisierung der aktuellen Patient-Therapeut-Beziehung kann hilfreich sein, um den Bewältigungsprozess und insbesondere die Beziehungsgestaltung mit dem Behandlungsteam oder den Angehörigen zu bearbeiten.
5. Entspannungsverfahren und imaginative Verfahren sind sehr nützlich, um einerseits die Stressbewältigung zu fördern und andererseits den Patienten zu befähigen, in einer Situation des „Ausgeliefertseins" selbst aktiv das eigene Wohlbefinden zu beeinflussen und damit auch Kontrolle zurück zu gewinnen.
6. Auch kunsttherapeutisches Vorgehen und der Einsatz von bewegungstherapeutischen Elementen ist besonders bei Patienten mit einer weniger ausge-

Neue Bücher für Psychotherapeuten

2010. 544 S., 47 Abb., 21 Tab., Gb € 49.95 / CHF 75.00
ISBN 978-3-456-84839-6

Wolfgang Lutz (Hrsg.)
Lehrbuch Psychotherapie

Das Lehrbuch ist als Querschnitt durch neue Trends in der Psychotherapie und -forschung konzipiert und fasst aus einer störungsübergreifenden Perspektive heraus die neuesten Entwicklungen psychotherapeutischer Interventionen zusammen.



2010. 311 S., 1 Abb., 6 Tab., Kt € 34.95 / CHF 52.00
ISBN 978-3-456-84863-1

Wolfgang Mertens
Psychoanalytische Schulen im Gespräch, Band 1
Strukturtheorie, Ichpsychologie und moderne Konflikttheorie

In einer lebendigen Diskussion zwischen den wichtigsten Vertretern der verschiedenen Richtungen werden in diesem Band grundlegende behandlungstechnische Vorgehensweisen hauptsächlich der modernen amerikanischen Ichpsychologie diskutiert.

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

HUBER

prägten Introspektionsfähigkeit möglich und sinnvoll.

7. Verfahren aus der Traumatherapie, insbesondere stabilisierende Techniken sind in der psychoonkologischen Betreuung in einer Akutklinik elementar.
8. Schlussendlich ist ein systemisches Verständnis sowohl der Abläufe als auch des Zusammenwirkens aller beteiligten Ärzte, Pflegenden und Therapeuten unerlässlich.

Zu den Besonderheiten im psychoonkologischen Bereich zählt die Notwendigkeit über medizinische Behandlung, deren Begleiterscheinungen und langfristige Konsequenzen möglichst gut informiert zu sein, denn erst eine realistische Einschätzung der medizinischen Situation macht eine verantwortungsvolle Unterstützung des Patienten möglich.

Da die Patienten oft einen hohen Leidensdruck haben und nur wenig Zeit bleibt für eine genaue Diagnostik und die Planung einer entsprechenden Intervention, sind psychotherapeutische Erfahrung und diagnostische Kompetenz des Psychoonkologen in einer Akutklinik wünschenswert.

Darüber hinaus sollten Psychoonkologen die Bereitschaft mitbringen, einerseits eine mütterlich haltende Funktion zu übernehmen („Holding") und anderseits zuzulassen, dass Patienten für sie unerträgliche Emotionen auf sie abladen oder deponieren („Containing") (vgl. Wöller, Kruse & Albus, 2005).

Einige Krebspatienten erleben Traumasymptome bis hin zu einer posttraumatischen Belastungsstörung. Therapeuten, die mit traumatisierten Patienten arbeiten, laufen Gefahr sekundär traumatisiert zu werden und müssen in der Behandlung mit starken Gegenübertragungsgefühlen rechnen. Es ist daher empfehlenswert, dass Psychoonkologen in besonderer Weise für den Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung geschult sind (vgl. Zurek, Barwinski & Fischer, 2002).

Das Team auf onkologischen Stationen ist nahezu täglich mit Tod und Sterben konfrontiert. Die Arbeit mit einem vom Tode bedrohten Menschen rührt unweigerlich an die eigene „Verlustgeschichte". Psychotherapeuten, die ihre eigenen Traumata und Verlusterfahrungen bearbeitet haben, sind am ehesten in der Lage sich einerseits in die Situation der Patienten einzufühlen und andererseits eigene Grenzen zu berücksichtigen.

Die Bereitschaft sich intensiv mit ethischen Fragestellungen und deren Lösungen zu beschäftigen, sollte unbedingt vorhanden sein. Ethische Konflikte treten im Zusammenhang mit existentiell bedrohlichen Erkrankungen und deren Behandlung zwangläufig auf. Fragestellungen wie beispielsweise: Ist die Operation bei einer Krebserkrankung und gleichzeitig vorliegender Angststörung ohne vorherige Psychotherapie bzw. medikamentöser Einstellung aus psychotherapeutischer Sicht vertretbar? Ist das Verschieben des Operationstermins aus medizinischer Sicht vertretbar? Wann schaden wir dem Patienten mehr als wir ihm nützen?

Ethische Fragestellungen können in diesem Kontext sehr komplex sein und erfordern zur Entwicklung eines Lösungsansatzes fast immer einen interprofessionellen Diskurs.

Für die Qualität der Arbeit und zur Erhaltung der psychischen Gesundheit ist somit eine gute Psychohygiene erforderlich. Dazu gehören neben dem Aufbau und der Pflege eigener Ressourcen, die Lehrtherapie (auch wiederholt), regelmäßige Supervision, kontinuierliche Analyse von Übertragung und Gegenübertragung und wann immer möglich, ein guter kollegialer bzw. interprofessioneller Austausch.

5. Schlussbetrachtung

Die Realisierung psychotherapeutischer Interventionsprogramme in der Chirurgie ist fraglos aufwendig. Gleichzeitig konnte aber gezeigt werden, dass sich ein solches Konzept auch unter Nicht-Studienbedingungen in den komplexen chirurgischen Ablauf integrieren lässt. In dem beschriebenen prozessorientierten Modell sind Screening, Diagnostik, Indikationsstellung, Betreuung/Therapie und Nachsorge mit begleitender Lebensqualitätsevaluation verknüpft. Es lässt sich prinzipiell und mit entsprechenden Anpassungen auch auf andere Einrichtungen übertragen.

Das Betreuungsprogramm wird von den Patienten und ihren Familien sehr positiv aufgenommen. So nehmen insgesamt ca. 35% aller Krebspatienten irgendeine Form der psychologischen Unterstützung in Anspruch. Die Inanspruchnahme der Informationsveranstaltung war beispielsweise im Vergleich zu anderen psychoonkologischen Angeboten sehr groß (> 40%). Mehr als zwei Drittel aller Patienten kamen in Begleitung ihrer Angehörigen, und Männer, die mit anderen psychoonkologischen Angeboten oft schwer erreichbar sind, nahmen diese Einladung signifikant häufiger an als Frauen (Berend & Küchler, 2007). Die Information über das psychoonkologische Betreuungsprogramm und vor allem der persönliche Kontakt zum psychoonkologischen Team führen dazu, dass Patienten und Angehörige (häufig auch nach Abschluss der Akutphase) bei Problemen oder Fragestellungen jeder Art den Kontakt suchen und das psychoonkologische Team somit im weitesten Sinne auch als „Haltestelle" fungiert.

Persönliche Schlussbemerkung

Die Realität ist leider selten so glatt und übersichtlich wie sie in Buchbeiträgen oder wissenschaftlichen Artikeln dargestellt wird. Für den vorliegenden Beitrag gilt dies insbesondere: Es würde ein falsches Bild entstehen, wenn nicht auch auf all die organisatorischen oder persönlichkeitsbedingten Störungen, suboptimalen Abläufe, psychodiagnostischen Fehleinschätzungen und manchmal auch schlicht Unmöglichkeiten hingewiesen würde, die psychotherapeutische Arbeit innerhalb eines gleichermaßen umfassenden wie hochdifferenzierten Behandlungssystems, wie es eine Chirurgie nun mal ist, mit sich bringt. Gleichzeitig bietet eine solche normal gelebte Interdisziplinarität enorme Chancen: Psychotherapeuten können von Chirurgen lernen (vom unterschiedlichen Denken angefangen bis hin zur Fähigkeit, sich gleichzeitig engagiert aber auch falls erforderlich sachlich-distanziert gegenüber den Patienten zu verhalten), genauso wie die Autoren bei vielen Chirurgen eine fast

erstaunliche Bereitschaft gesehen haben, von Psychotherapeuten zu lernen. Natürlich besteht dabei immer die Gefahr, dass die Säule der beruflichen Identität („Ich bin Verhaltenstherapeut/Psychoanalytiker/systemischer Therapeut…") ein wenig ins Wanken gerät angesichts des interdisziplinären Auftrages.

Literatur

Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., de Haes, J. C. et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute, 85*, 365-76.

Andersen, B. L., Yang, H. C., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D. M., Emery, C. F., Thornton., L. M., Young, D. C. & Carson, W. E. (2008). Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients. A randomized clinical trial. *Cancer, 113* (12), 3450–3458.

Berend, M. (2005). Zur Indikation psychoonkologischer Interventionen bei Patienten mit einer gastrointestinalen Tumorerkrankung. Dissertation im Fach Psychologie, Christian-Albrechts-Universität Kiel. Verfügbar unter: http://eldiss.uni-kiel.de/macau/receive/dissertation_diss_00001551 [12.10.2010].

Berend, M. & Küchler, T. (2007). Abschlußbericht an die Deutsche Krebshilfe e.V. zum Projekt: *„INFORMATIONEN KÖNNEN HELFEN" – Präoperatives Informationsprogramm für onkologische Patienten und ihre Angehörigen in der chirurgischen Akutklinik.* Bearbeitungsnummern: 107124, 106098.

Bultz, B. D. & Carlson, L. E. (2006). Emotional distress: The 6th vital sign in cancer care. *Psycho-Oncology, 15,* 93-95.

Carlson, L. E. & Bultz, B. D. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes, 1* (8), 1-9. Verfügbar unter: http://www.hqlo.com/content/1/1/8 [12.10.2010].

Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., MacRae, J. H., Martin, M., Pelletier, G., Robinson, J., Simpson, J. S. A., Speca, M., Tillotson, L. & Bultz, B. D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer, 90,* 2297-2304.

Chow, E., Tsao, M. N. & Harth, T. (2004). Does psychosocial intervention improve survival in cancer? A meta-analysis. *Palliative Medicin, 18,* 25-31.

Edwards, B. & Clarke, V. (2004). The Psychological Impact of a Cancer Diagnosis on Families: The Influence of Family Functioning and Patients' Illness Characteristics an Depression and Anxiety. *Psycho-Oncology, 13,* 562-576.

Fawzy, F. I. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. *European journal of cancer, 35* (11), 1559-1964.

Gerdes, N. (1989). *Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. Ein wissenssoziologischer Beitrag zu Fragen der Krankheitsverarbeitung*

dgvt
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

18. Workshoptagung

der Deutschen Gesellschaft
für Verhaltenstherapie e. V.

31. März - 02. April 2011 in Tübingen

"Zwischen Krise und Trauma"

Psychotherapie und Verarbeitung belastender Lebensereignisse

Vorträge, Workshops, Fallseminare,
Fachpolitik und Informationen

Referat für Aus- und Weiterbildung
Postfach 13 43, 72003 Tübingen
☎07071 9434-34 🖷 07071 9434-35
E-Mail: awk@dgvt.de www.dgvt.de

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

EMDR INSTITUTE, INC

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

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

EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

10.-12.02.11 + 25.03.11 **Köln**
24.-26.02.11 + 02.04.11 **Oberursel** (bei Frankfurt)
25.-27.02.11 + 02.04.11 **Berlin**
08.-10.04.11 + 09.07.11 **Bad Endorf** (Oberbayern)
06.-08.05.11 + 25.06.11 **Bremen**
12.-14.05.11 + 17.09.11 **Wiesloch**
20.-22.05.11 + 18.06.11 **Bad Segeberg/Hamburg**
30.06.-02.07. + 23.09.11 **Köln**
01.-03.07.11 + 24.09.11 **Stuttgart**
08.-10.09.11 + 22.10.11 **Traben-Trarbach**
14.-16.10.11 + 19.11.11 **München**

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

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

bei Krebspatienten. Referat auf der 2. Jahrestagung der „Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie e.V." in Bad Herrenalb. Verfügbar unter: http://www.dapo-ev.de/ngerdes.html [12.10.2010].

Kim, Y., Duberstein, P. R., Sörensen, S. & Larson, M. R. (2005). Levels of Depressive Symptoms in Spouse of People With Lung Cancer: Effects of Personality, Social Support, and Caregiving Burden. *Journal of Consulting Liason Psychiatry, 49* (2), 123-130.

Kissane, D. W., Bloch, S., Burns, W. I., McKenzie, D. & Posterino, M. (1994). Psychological morbidity in the families of patients with cancer. *Psycho-Oncology, 3,* 47-56.

Kries, A. (2010). Sektorenübergreifende Versorgung: Psychoonkologische Beratung/Therapie im Rahmen des § 116b SGB V. In A. Schumacher, G. Ratsak, E. Reinert & P. Weyland (Hrsg.), *Grenzen in der psychoonkologischen Arbeit annehmen und erweitern – „Das Glück des Sisyphos?". dapo-Jahrbuch 2009* (S. 35-50). Lengerich: Pabst Sience Publishers.

Küchler, T., Bestmann, B., Rappat, S., Henne-Bruns, D. & Wood-Dauphinee, S. (2007). Impact of Psychotherapeutic Support for Patients with Gastrointestinal Cancer Undergoing Surgery: 10-Year Survival Results of a Randomized Trial. *Journal of Clinical Oncology, 25,* 2702-2708.

Küchler, T., Graul, J., Henne-Bruns, D., Holst, K., Rappat, S. & Wood-Dauphinée, S. (1996). *Evaluation der Effekte medizinpsychologischer Betreuung auf die Lebensqualität von Tumorpatienten in der Allgemeinchirurgie – eine klinisch empirische Studie.* Bericht an das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie, No: 0706884.

Küchler, T., Rappat, S., Holst, K., Graul, J., Wood-Dauphine, S., Henne-Bruns, D. & Schreiber, H.-W. (1998). Zum Einfluss psychosozialer Betreuung auf Lebensqualität und Überlebenszeit von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren – eine prospektive randomisierte Studie. In U. Koch & J. Weis (Hrsg.), *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung.* Stuttgart: Schattauer.

Mehnert, A., Petersen, C. & Koch, U. (2003). Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 12,* 77-84.

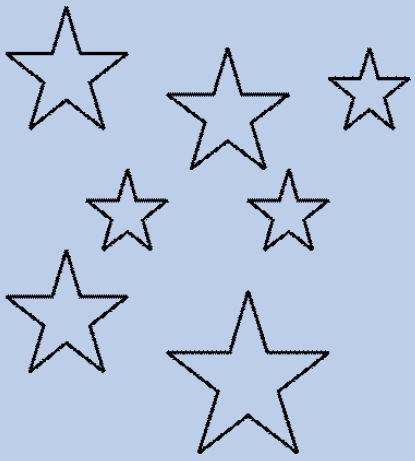
Mehnert, A., Lehmann, C., Cao, P. & Koch, U. (2006). Die Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen in der Onkologie – Ein Literaturüberblick zu Screeningmethoden und Entwicklungstrends. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 56* (12), 462-479.

National Comprehensive Cancer Network. Practice Guidelines in Oncology (2005). *Distress Management.* Verfügbar unter: www.nccn.org [12.10.2010].

Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W. & Savolainen, N. J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute, 94* (8), 558-584.

Nijboer, C., Triemstra, M., Tempelaar, R., Sanderman, R. & van den Bos, G. A. M. (1999). Determinants of Caregiving Experiences and Mental Health of Partners of Cancer Patients. *Cancer, 86*, 577-588.

Petticrew, M., Bell, R. & Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survi-



Wir wünschen unseren Leserinnen und Lesern ein frohes Weihnachtsfest und einen glücklichen Start ins neue Jahr.

Ihr Psychotherapeutenverlag

vial and recurrence in people with cancer: systematic review. *British Medical Journal, 325*, 1066. Verfügbar unter: http://www.bmj.com/content/325/7372/1066.1.full [12.10.2010].

Rohde, V., Wellmann, A. & Bestmann, B. (2004). Berufsreport 2003: Beurteilung der Fort- und Weiterbildung. *Deutsches Ärzteblatt, 101* (5), A 233-238.

Ross, L., Boesen, E. H., Dalton, S. O. & Johansen, C. (2002). Mind and cancer: Does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being? *European Journal of Cancer, 38,* 1447-1457.

Schwarz, R. (2004). Die „Krebspersönlichkeit" – Mythen und Forschungsresultate. *Psychoneuro, 30* (4), 201-209.

Spiegel, D. & Kato, P. M. (2000). Psychosoziale Einflüsse auf Inzidenz und Progression von Krebs. In W. Larbig & V. Tschuschke (Hrsg.), *Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse* (S. 111-150). München: Reinhardt.

Spiegel, D. (2001). Mind matters – group therapy and survival in breast cancer (editorial). *New England journal of medicine, 345* (24), 1767-1768.

Spiegel, D. (2002). Effects of psychotherapy on cancer survival. *Nature Reviews Cancer, 3,* (5), 383-9.

Sprangers, M., Cull, A. & Groenvold, M. on behalf of the EORTC Quality of Life Study Group. (1998). Guidelines for Developing Questionnaire Modules. EORTC Monograph.

Strittmatter, G. (1997*). Indikation zur Intervention in der Psychoonkologie. Psychosoziale Belastungen und Ermittlung der Betreuungsbedürftigkeit stationärer Hauttumorpatienten.* Münster: Waxmann.

Ullrich, J. (2006). *Belastung Angehöriger von onkologischen Patienten – Zur Validität des HFK-A.* Unveröffentlichte Diplomarbeit am Institut für Psychologie, Christian-Albrechts-Universität Kiel.

Weis, J. (2005). Leitlinien und Qualitätssicherung in der Psychoonkologie. In A. Schumacher & S. Broeckmann (Hrsg.), *Diagnostik und Behandlungsziele in der Psychoonkologie* (S. 84-89). Lengerich: Pabst.

Weis, J. (2010). Aktueller Entwicklungsstand der Psychoonkologie im Spannungsfeld zwischen Psychotherapie, Beratung und Sterbebegleitung. *PiD – Psychotherapie im Dialog, 11,* 113-116.

Wöller, W., Kruse, J. & Albus, C. (2005). Wie vermittle ich eine positive Beziehungserfahrung? Beziehungsorientiertes Arbeiten. In W. Wöller & J. Kruse (Hrsg.), *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Basisbuch und Praxisleitfaden* (S. 125-132). Stuttgart: Schattauer.

Yalom, I. D. (2008). *In die Sonne schauen. Wie man die Angst vor dem Tod überwindet.* München: Btb-Verlag.

Zurek, G., Barwinski, R. & Fischer, G. (2002). Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. *Psychotraumatologie, 3* (2), 31. Verfügbar unter: https://www.thieme-connect.de/ejournals/html/psychotrauma/doi/10.1055/s-2002-31547 [12.10.2010].

Dr. phil. Maria Berend

Referenzzentrum Lebensqualität in der Onkologie
Krebszentrum Nord
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
Arnold-Heller-Straße 3 (Haus 18)
24105 Kiel
Maria.Berend@krebszentrum-nord.de

Prof. Dr. phil. Thomas Küchler

Referenzzentrum Lebensqualität in der Onkologie
Krebszentrum Nord
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
Arnold-Heller-Straße 3 (Haus 18)
24105 Kiel
Thomas.Kuechler@krebszentrum-nord.de

Sucht, Depression, Angst, Burn-out

Zurück ins Leben

Beratung und Information
0800 32 22 32 2
(kostenfrei)

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

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

Oberberg
Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

Ambulante Psychotherapie mit Krebserkrankten

Susanne Singer, Heide Glaesmer, Antje Lehmann-Laue

Universität Leipzig

Zusammenfassung: Jeder vierte Mensch in Deutschland verstirbt an einer Krebserkrankung. Die psychischen Belastungen, die mit einer entsprechenden Diagnose bei den Betroffenen und ihren Angehörigen einhergehen, sind häufig stark und teilweise auch lang anhaltend. Auch vorbestehende psychische Erkrankungen und Konflikte können aktualisiert werden, so dass eine Psychotherapie notwendig wird. Eine Indikation zur psychoonkologischen Versorgung besteht einer Expertentagung zufolge dann, wenn eine der folgenden Tatsachen zutrifft: Hohe psychische Belastung, Wunsch nach psychotherapeutischer Versorgung oder geringe soziale Unterstützung. Psychotherapeutisches Arbeiten mit Krebspatienten erfordert Basiskenntnisse über onkologische Erkrankungen und Behandlungen, die Bereitschaft zu interdisziplinärer Arbeit und die Möglichkeit, das Behandlungssetting flexibel zu gestalten. Auch die Inhalte der therapeutischen Gespräche sowie die Haltung des Psychotherapeuten sind häufig durch die Krebserkrankung geprägt.

1. Einleitung und Hintergrund

Auch wenn Krebserkrankungen heute zunehmend besser behandel- und rehabilitierbar sind, ist das Bild, das viele Menschen von diesen Erkrankungen haben, eines von Auszehrung, Siechtum, Schmerzen und Tod. Und selbst wenn die Erkrankung geheilt werden kann, so geht sie doch immer mit realen oder befürchteten Verlusten einher – Körperteile, Organfunktionen, der Arbeitsplatz, die gewohnte Rolle in der Familie, vor allem aber auch die bis dahin erlebte Sicherheit und das Gefühl der Unverletzbarkeit können verloren gehen. Dass Tumorpatienten häufig psychisch stark belastet sind, ist sicher unstrittig. Zu klären ist im Einzelfall vor allem, welche Form von psychosozialen Hilfen die Patienten benötigen und ab welchem Zeitpunkt bzw. in welchem Umfang Fachexpertise zum Beispiel in Form von Psychotherapie indiziert ist.

2. Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen bei Tumorpatienten

Zu Beginn der Tumorerkrankung, während sich die Patienten also noch im Krankenhaus befinden, leidet ein Drittel der Betroffenen an einer psychischen Erkrankung entsprechend der Kriterien der ICD-10 (Singer, Das-Munshi & Brähler, 2010b). Diese Zahl kann mittlerweile als gut belegt gelten, da sie über verschiedene Länder und Kulturen hinweg recht einheitlich so gefunden wurde (Iqbal, 2004; Nakasujja, Musisi, Walugembe & Wallace, 2007; Özalp et al., 2008; Singer et al., 2007; Wancata, Benda & Hajji, 1998).

Über die Höhe der psychischen Komorbidität bei Patienten während der Zeit der onkologischen Nachsorge hingegen liegen nur vereinzelt Daten vor. Die bislang wohl umfangreichste sorgfältige Studie dazu stammt aus Barcelona (Gil Moncayo et al., 2008). Sie wurde leider nur auf Spanisch veröffentlicht, was ihre Rezeption in der Vergangenheit sicherlich erschwert hat. Gil Moncayo und Kollegen befragten dabei 400 Patienten einer onkologischen Ambulanz mit einem umfangreichen strukturierten klinischen Interview (SKID) und diagnostizierten bei 24% der Untersuchten eine psychische Störung nach DSM-IV. Bei 77% wurde eine Anpassungsstörung diagnostiziert, bei 5% Dysthymie, 4% litten an einer Major Depression, 3% an spezifischen Phobien und je 2% an einer Generalisierten Angststörung, Posttraumatischen Belastungsstörung oder Panikstörung.

Wir haben in einer anderen Studie mit 308 Patienten nach einer Kehlkopfkrebsoperation ebenfalls bei 20% eine psychische Erkrankung diagnostiziert (Singer et al., 2008). Hier waren die häufigsten Diagnosen wiederum Anpassungsstörungen (23% von allen Erkrankten), aber auch Major Depression (26%) und Dysthymie (23%). Alkoholabhängigkeit entsprach 15% und Generalisierte Angststörungen 10% aller Diagnosen. Soziale Phobie sowie Posttraumatische Belastungsstörungen wurden bei jeweils nur 2% aller Diagnosen vergeben, ähnlich wie in der spanischen Studie.

Auch in der klinischen Praxis, zum Beispiel im Antragsverfahren auf Psychotherapie, werden überwiegend Anpassungsstörungen als diagnostische Kategorie bei Krebspatienten verwendet. Dies ist einerseits der Tatsache geschuldet, dass die körperliche Erkrankung im Vordergrund gesehen wird und/oder man eine Stigmatisierung durch Psychopathologisierung vermeiden möchte. Andererseits signalisiert es auch ein Problem, das wir momentan mit den Klassifikationssystemen haben. Krebskranke leiden nämlich häufig unter psychischen Belastungen, die aus der Sicht der psychotherapeutischen Be-

handler und der Patienten eine Therapie indizieren, die aber nicht streng den Kriterien einer F-Diagnose entsprechen. Wir kommen auf dieses Problem weiter unten noch einmal zu sprechen.

3. Indikation zur Psychotherapie

Zur Frage der Indikationsstellung im Sinne einer Richtlinienpsychotherapie gibt es eine Reihe von Kriterien für die störungsspezifische Behandlung psychischer Erkrankungen oder auch für die einzelnen Psychotherapieverfahren. Allerdings fehlen bislang Überlegungen, ob die dort festgelegten Kriterien bei der psychotherapeutischen Behandlung von Krebspatienten umsetzbar und praktikabel sind. So kann beispielsweise die Motivation eines Krebskranken für eine Psychotherapie ausreichend hoch sein, die Rahmenbedingungen für eine solche Behandlung können aber von ihm aufgrund seiner körperlichen Situation nicht gewährleistet werden.

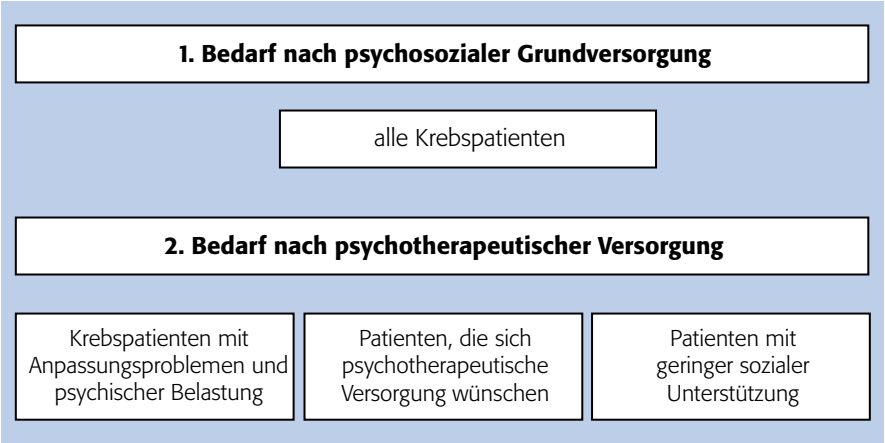


Abbildung 1: Indikation für psychoonkologisch-psychotherapeutische Betreuung (Kiss, 1995)

Eine transnationale, multiprofessionelle Konsensuskonferenz, die sich im Jahr 1995 in der Schweiz versammelte (Kiss, 1995), hat vorgeschlagen davon auszugehen, dass zunächst einmal alle Krebspatienten einen Bedarf an psychoonkologischer Grundversorgung haben. Psychoonkologisch-psychotherapeutische Versorgung ist der Konsensusgruppe zufolge dann indiziert, wenn eine der folgenden Tatsachen zutrifft: Hohe psychische Belastung, Wunsch nach psychotherapeutischer Versorgung oder geringe soziale Unterstützung (Abbildung 1). Dieser Vorschlag wurde auf der Grundlage einer dreitägigen Diskussion verschiedener Experten entwickelt und er bildet unseres Erachtens eine recht gute Entscheidungsgrundlage. Einschränkend sei allerdings erwähnt, dass der Begriff „Psychotherapie", wie ihn die Mitglieder dieser internationalen Konferenz verstanden, nicht deckungsgleich ist

Wannsee-Akademie Berlin
Fort- und Weiterbildungen

Zusatzqualifikation

Psychoonkologie

vom 16.05.2011 bis 09.03.2012

6 Module (192 Seminareinheiten)

nach dem Curriculum der WPO und den Zertifizierungskriterien der Deutschen Krebs Gesellschaft

Bitte fordern Sie unser Info-Faltblatt an:

Wannsee-Akademie,
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin

Tel. 030 80686-040
Fax 030 80686-404

www.wannseeakademie.de
akademie@wannseeschule.de

IFT
IFT-Gesundheitsförderung München

akkreditierter PTK Bayern Veranstalter

Verhaltenstherapiewochen 2011

Meiringen / Schweiz
25. – 27. März 2011
Eröffnungsveranstaltung:
Neue Entwicklungen in der Psychotherapie

Mainz
01. – 04. April 2011
Eröffnungsveranstaltung:
Transfer der Psychotherapieforschung in die alltägliche therapeutische Arbeit

Dresden
06. – 10. Mai 2011
Eröffnungsveranstaltung:
Depressionen

Lübeck
24. – 27. Juni 2011
Eröffnungsveranstaltung:
Alkoholabhängigkeit

Freiburg
16. – 19. September 2011
Eröffnungsveranstaltung:
Neuroenhancement

Das Programm zu den einzelnen Tagungsorten finden Sie im Internet unter www.vtwochen.de
Hier können Sie sich auch online anmelden.

Die IFT-Gesundheitsförderung ist ein von der Bayerischen Psychotherapeutenkammer akkreditierter Fortbildungsveranstalter.

IFT-Gesundheitsförderung, Gesellschaft mbH
Montsalvatstrasse 14 · 80804 München
Tel. 089/360804-94 · wirges@ift.de
www.vtwoche.de · www.ift-gesundheit.de

mit dem Begriff, der in der Bundesrepublik Deutschland als Psychotherapie im Sinne von Richtlinientherapie verwendet wird.

Hohe psychische Belastung kann dabei sicher dann vorausgesetzt werden, wenn eine F-Diagnose nach ICD-10 vorliegt. Darüber hinaus sehen wir dies auch in Krisensituationen oder bei ausgeprägter Progredienzangst als gegeben an. Mitunter äußern Patienten, insbesondere jene mit einem fortgeschrittenen Tumorleiden, bewusst oder unbewusst den Wunsch, über die Endlichkeit des Lebens zu sprechen und ihre bisherige Lebensgestaltung zu bilanzieren. Hierbei geht es also um persönliche Entwicklung und Reifung am Lebensende bis hin zu der Möglichkeit eines würdevollen Abschiedes. Oft weisen diese Patienten zwar ein deutlich erhöhtes Belastungsniveau auf, dieses lässt sich in einer F-Diagnose aber nicht immer abbilden. Dennoch rechtfertigt es aus unserer Sicht ebenfalls die Indikationsstellung für eine Psychotherapie bzw. Beratung.

Ein bislang noch ungeklärtes Thema ist die Abgrenzung von Beratung und Psychotherapie, da sich die Indikationsgebiete teilweise überschneiden. Gerade im Bereich von Krankheitsverarbeitung und Krisenintervention sind sowohl psychosoziale Berater als auch Psychotherapeuten involviert und Unterschiede zwischen beiden Bereichen können nur graduell gesehen werden. Folgende Kasuistik soll dies verdeutlichen:

Fallvignette:

Herr X., 57 Jahre, verwitwet, 1 Kind.

Onkologische Situation: Glioblastom[1], derzeit Radiochemotherapie.

Herr X. sucht auf eigenen Wunsch eine Beratungsstelle auf. Vor zwei Monaten wurde bei ihm ein Glioblastom diagnostiziert. Die ungünstige Prognose ist ihm bekannt.

Er gibt Schlafstörungen, eine depressive Stimmungslage mit latenter Suizidalität sowie massive Ängste vor dem Sterben an. Die Brustkrebserkrankung seiner Frau und deren Tod vor 10 Jahren seien ihm wieder ins Bewusstsein gerückt. Ihren Tod habe er als qualvoll und schmerzhaft erlebt. Er habe das damals nicht ertragen können und sich in die Arbeit geflüchtet. Darüber empfinde er heute Scham. Nun grübele er ständig über mögliche kognitive und körperliche Einschränkungen sowie seinen eigenen Tod nach.

Seine Tochter lebe 200 km entfernt und könne ihn nur selten besuchen.

Diagnose: Anpassungsstörung.

Therapieziel: Krankheitsverarbeitung, Trauer um erlebte und bevorstehende Verluste und damit in Zusammenhang stehende Schuldgefühle bearbeiten, Auseinandersetzung mit eigenem Sterben und Tod.

Setzt man bei dem oben geschilderten Fall den Fokus auf die Bearbeitung der Schuld- und Schamgefühle, zum Beispiel auch im Zusammenhang mit genereller Beziehungsgestaltung und biographischen Bedingungen, wäre eher eine Psychotherapie indiziert. Fokussiert man jedoch eher die aktuelle Auseinandersetzung mit und die Vorbereitung auf das eigene Sterben, können geschulte Berater die richtigen Ansprechpartner sein. Der Wunsch zu sterben oder der häufige Gedanke an den Tod ist bei Krebspatienten in der Regel nicht als Zeichen von Suizidalität im psychiatrischen Sinne zu werten und eine Überweisung an einen Facharzt ist auch nur in Einzelfällen notwendig. Häufig äußert sich darin eher der Wunsch, Kontrolle in einer als vollkommen unkontrollierbar erlebten Lebenssituation wiederzuerlangen. Dies lässt sich mit den Betroffenen in der Regel gut besprechen.

4. Aktuelle Versorgungssituation in Deutschland

Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Krebspatienten und deren Angehörigen findet in der Bundesrepublik Deutschland sowohl in Praxen niedergelassener Psychotherapeuten als auch in psychosozialen Beratungsstellen, Hochschulambulanzen, und Medizinischen Versorgungszentren über Ermächtigungsverfahren statt.

Inwieweit psychotherapeutische Versorgung von onkologischen Patienten gesucht und in Anspruch genommen wird, ob überhaupt ausreichend Psychotherapeuten für sie zur Verfügung stehen und wie lange die Wartezeiten auf einen Therapieplatz in der Regel sind, ist bislang nicht bekannt. Expertenschätzungen zufolge ist von einer erheblichen Unterversorgung auszugehen (Weis, Blettner & Schwarz, 2000). Die klinische Erfahrung zeigt, dass besonders in ländlichen Gebieten oder kleineren Städten Krebspatienten unzumutbar lange auf einen Therapieplatz warten müssen, wie folgendes Beispiel aus unserer aktuellen Praxis zeigt:

Fallvignette:

Frau Y., 37 Jahre, allein lebend, 1 Kind, berentet.

Onkologische Situation: rezidivierter Kehlkopfkrebs, derzeit keine onkologische Behandlung.

Frau Y. sucht auf Anraten ihres HNO-Arztes die psychosoziale Beratungsstelle auf, mit dem Wunsch nach Psychotherapie. Ihre Stimme ist seit der Operation nur noch ein Pseudoflüstern, also sehr leise. In größeren Menschenmengen werde sie daher nicht verstanden und sie habe den Eindruck, damit alle zu nerven. Sie fühle sich minderwertig, antriebslos und sehr unruhig, hinzu kämen starke Konzentrationsprobleme und mitunter Einschlafprobleme. Sie habe sich in ihrem Heimatort (eine mittelgroße Stadt) um Psychotherapie bemüht. Die meisten Therapeuten hätten ihr kein Gespräch anbieten können. Im März habe dann doch endlich ein Gespräch mit einer Psychotherapeutin stattgefunden, jedoch habe diese ihr eine Psychotherapie erst im Oktober anbieten können.

Einschätzung: Die Patientin leidet unter einer behandlungsbedürftigen Depression, ohne dass wohnortnah und kurzfristig eine Therapie möglich gewesen wäre. Sie nimmt es auf sich, wöchentlich einmal 150km weit zu fahren, um eine Psychotherapie zu erhalten. Für die Fahrtkosten muss die Patientin, die aufgrund der Erkrankung nur noch stundenweise arbeiten kann, selbst aufkommen, was eine zusätzliche finanzielle Belastung darstellt.

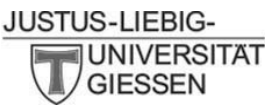
1 Ein Glioblastom ist ein Hirntumor mit vergleichsweise schlechter Prognose.

Aus eigenen Erhebungen wissen wir, dass nicht alle Therapeuten willens und in der Lage sind, Krebserkrankte zu behandeln (Schwarz, Rucki & Singer, 2006). Wir befragten 82 niedergelassene Psychotherapeuten nach ihrem Wunsch, psychotherapiebedürftige Krebspatienten überwiesen zu bekommen. 48% von ihnen äußerten sich zustimmend, 34% eher zurückhaltend und 18% ablehnend. Als Gründe für ihre Zurückhaltung gaben die Therapeuten an, ihre Praxen seien völlig ausgelastet, und Krebspatienten ließen sich z. B. aufgrund plötzlicher Terminausfälle schwer in den Praxisablauf integrieren. Einige der Befragten gaben an, zu wenig Kenntnis über onkologische Erkrankungen und Behandlungen zu haben und einige befürchteten, die Arbeit mit dieser Patientengruppe sei für sie persönlich zu belastend. Psychotherapeuten schrecken also offensichtlich teilweise davor zurück, sich mit den Leiden Krebskranker zu konfrontieren, vielleicht aus der zwingend erscheinenden Assoziation von Krebs mit Schmerzen, Siechtum und Tod. Die Vorstellung, in dieser Situation einen psychotherapeutischen oder gar psychoanalytischen Prozess in Gang bringen zu wollen, erscheint manchen wohl als gefährlich, wenn nicht gar absurd. Wir glauben jedoch, dass sinnvolle Hilfen möglich sind und psychotherapeutisches Denken im medizinisch-somatischen Bereich nutzbringend eingesetzt werden kann.

Die Zuweisungs- und Versorgungsketten für Tumorpatienten hinsichtlich psychosozialer Hilfen sind sehr variabel. Häufig nehmen die Patienten nach der onkologischen Akutbehandlung eine stationäre Anschlussheilbehandlung in Anspruch. In den Rehabilitationseinrichtungen werden in der Regel zumindest einmalig Gespräche mit einem Psychologen oder Psychotherapeuten angeboten. Dieser spricht – unter Berücksichtigung der individuellen Problemlage – die Empfehlung aus, im Anschluss an die Rehabilitation eine Beratung oder Psychotherapie aufzusuchen. Je nach örtlichen Versorgungsangeboten wird dann oftmals eine Psychosoziale Beratungsstelle kontaktiert, in der nach einer Einschätzung des allgemeinen körperlichen und psychischen Befindens sowie der sozialen Situation gemeinsam mit dem Patienten individuelle und bedürfnisorientierte Unterstützungsstrategien erarbeitet werden. Der überwiegende Teil der Ratsuchenden ist mit wenigen Beratungsgesprächen ausreichend versorgt und benötigt keine weiteren Hilfen. Schätzungsweise in etwa 10% der Fälle wird jedoch eine Richtlinienpsychotherapie als indiziert angesehen. Diese kann entweder in der Beratungsstelle selbst erfolgen, wenn approbierte Psychotherapeuten zum Team der Beratungsstelle gehören, der Rahmen für ein geeignetes Setting geschaffen werden kann und ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen, oder – und dies ist eher der Fall – der Betroffene wird an einen niedergelassenen Psychotherapeuten vermittelt.

Mitunter wird ein Bedarf an Psychotherapie erst dann virulent, wenn die onkologische Behandlung bereits abgeschlossen ist. Hier sind es eher die Hausärzte, niedergelassene Onkologen oder die nachsorgenden Krankenhausambulanzen, die eine Überweisung zum Psychotherapeuten vorschlagen. Allerdings ist hier, wie im stationären Versorgungssektor auch (Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins & Saul, 2001; Keller et al., 2004; Newell, Sanson-Fisher, Girgis & Bonaventura, 1998; Singer et al., 2010a; Söllner et al., 2001), wahrscheinlich von einer erheblichen Unterdiagnostik auszugehen.

Leitlinien für die psychoonkologische Diagnostik und Behandlung liegen bislang nur auf S1-Level vor und auch da nur in Bezug auf die Arbeit in Krebsberatungsstellen. S3-Leitlinien hierzu werden momentan jedoch gerade erarbeitet. Die Zertifizierungskriterien für Organkrebszentren schreiben ein psychoonkologisches Angebot zwingend vor, jedoch sind Art und Umfang dieses Angebots für den Einzelfall nicht näher spezifiziert und beides muss individuell dem Bedarf des Patienten angepasst werden (Heussner et al., 2004).



UNIVERSITÄTSVERBUND FÜR FORTBILDUNG IN PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPIE

Praxissymposium (8 Fortbildungspunkte, LPPKJP-Hessen)

Sa. 18. Juni 2011, 9:00 – 18:00

Wo Licht ist, da ist auch Schatten – Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie

Prof. Dr. Jürgen Margraf; Universität Bochum, Prof. Franz Caspar, Universität Bern, Prof. Dr. Thomas Heidenreich, Hochschule Esslingen, Dr. Daniel Regli, Universität Bern

Informationen/Anmeldung:
Dr. Andrea Benecke, Weiterbildungsstudiengang Psychologische Psychotherapie, Wallstr. 3, 55122 Mainz
Tel.: 06131-3939211, Mail: info@ausbildung-psychotherapie.de, Web: www. ausbildung-psychotherapie.de

5. Besonderheiten ambulanter Psychotherapie bei Krebspatienten

Krebspatienten psychotherapeutisch zu behandeln erfordert in einzelnen Arbeitsweisen ein anderes Vorgehen als bei anderen Psychotherapiepatienten, vor allem dann, wenn die Tumorerkrankung fortgeschritten ist, Nebenwirkungen der onkologischen Therapie sehr im Vordergrund stehen oder wenn die medizinische Behandlung noch andauert.

5.1 Setting und Arbeitsweise

Setting und Arbeitsweise müssen an die Bedürfnisse der Krebspatienten angepasst werden, beispielsweise hinsichtlich der Regelungen von Ausfallzeiten, Krankenhaus- oder Hausbesuchen.

Die onkologische Behandlung kann langwierig sein. So schließt sich zum Beispiel an eine Operation häufig noch eine Strahlen- oder Chemotherapie an, die ein halbes Jahr lang dauern kann. Üblich sind auch neoadjuvante Behandlungen, die den Tumor noch vor der Operation einschmelzen sollen, um Funktions- und Gewebeausfälle weitestgehend zu reduzieren. Dies verlängert selbstverständlich aber die Gesamtdauer der Behandlung. Bekommen die Patienten eine antihormonelle Therapie, zum Beispiel bei einem hormonrezeptiven Brustkrebs, müssen die Medikamente über einen Zeitraum von fünf Jahren eingenommen werden.

Während der ganzen Zeit der Behandlung, und oft auch darüber hinaus, können die Patienten unter Nebenwirkungen leiden, die teilweise so schwerwiegend sind, dass sie das Aufsuchen einer Psychotherapiepraxis erschweren oder unmöglich machen können, zum Beispiel starke Übelkeit und Erbrechen bei einer platinhaltigen Chemotherapie. Da es für die Patienten vorher nicht absehbar ist, wie sie im Einzelfall auf die Behandlung reagieren, können sonst übliche Regeln, z. B. Terminabsagen bis spätestens drei Tage vor der Therapie, hier nicht gelten. Dennoch sind regelmäßige Termine gerade auch für Krebspatienten oft sehr wichtig, da sie in Zeiten starker Verunsicherung Gefühle von Halt und Sicherheit vermitteln können.

In unserer Beratungsstelle gilt daher die Absprache, dass Termine spätestens am Abend vor dem Tag der Therapiesitzung abgesagt werden müssen. Ansonsten muss ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden. Diese Regelung ist für die Patienten akzeptabel und deren Krankheitssituation angemessen, könnte allerdings für Psychotherapeuten in eigener Praxis zu starken finanziellen Belastungen führen, wenn viele Krebspatienten behandelt werden und Ausfallstunden sich häufen.

Eine weitere Besonderheit besteht dann, wenn die Krebserkrankung fortschreitet und Haus- bzw. Besuche im Krankenhaus, auf der Palliativstation oder im Hospiz notwendig werden. Diese sind bislang völlig unzureichend finanziert und können deshalb von den Psychotherapeuten nur selten angeboten werden. Im Sinne einer kontinuierlichen Arbeit und der Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung ist dies jedoch oft nötig und es wäre wünschenswert, wenn sich hier in Zukunft Änderungen ergeben könnten.

5.2 Inhalte

Schon allein aufgrund des veränderten Settings ergeben sich auch andere inhaltliche Schwerpunkte bei der Arbeit. Unserer Erfahrung nach kommen zum Beispiel konfliktreiche und existentielle Themen im Allgemeinen schneller zur Sprache. Nicht selten erhoffen sich die Patienten, teilweise auch unbewusst, durch die Lösung von psychischen Problemen ihr Krebsleiden zu heilen oder ein Rezidiv verhindern zu können. Dies kann einerseits zu einer sehr hohen Motivation und Verbindlichkeit auf Seiten der Patienten führen, andererseits auch zu Schuldgefühlen oder Vorwürfen an den Therapeuten, wenn die Erkrankung fortschreitet und man also nicht „ausreichend gut" gearbeitet hat. Eindrücklich ist uns der Fall einer 48-jährigen Patientin geblieben, die nach dem Rezidiv eines Ovarial-Karzinoms sämtliche medizinische Behandlungen und damit auch die Psychotherapie vorwurfsvoll abgebrochen hat und sich ausschließlich alternativen Behandlungsmethoden zugewandt hat.

Für den Psychotherapeuten ergibt sich ein höheres Bedrohungspotential oftmals dann, wenn ein Patient ohne vorherige Ankündigung nicht zum vereinbarten Termin erscheint, da ein Fortschreiten der Erkrankung oder auch Todesfälle vermutet werden (müssen). Aufgrund der Notwendigkeit einer interdisziplinären Arbeitsweise ist die therapeutische Haltung unserer Ansicht nach weniger abstinent und mehr direktiv als abwartend, beispielsweise in Bezug auf das aktive Nachfragen körperlicher Veränderungen oder auch – nach Schweigepflichtsentbindung – den Austausch mit und den Einbezug von Mitbehandlern.

An dieser Stelle könnte beispielsweise diskutiert werden, ob bei Krebspatienten mit Schlafstörungen in zehrenden Behandlungssituationen zugunsten einer körperlichen Stabilisierung schneller als bei anderen Psychotherapiepatienten die Einnahme von Psychopharmaka aktiv empfohlen wird und der dabei stattfindenden „Triangulierung" durch Mitbehandler bzw. durch das Medikament in einer tiefenpsychologischen Behandlung weniger Aufmerksamkeit gewidmet wird. Ebenso erfordert die Empfehlung der Behandlung mit Psychopharmaka unserer Ansicht nach immer die Kontaktaufnahme zu onkologischen Mitbehandlern, um Effekte und Interaktionen von Medikationen zu überprüfen, beispielsweise bei Zytostatika und Antidepressiva.

Da die existentielle Bedrohung, unter der die Patienten stehen, häufig nicht nur phantasiert, sondern ganz real ist, erlebt sich der Psychotherapeut in der Beziehungsgestaltung oft schonungsvoller und beschützender. Vergangenheit und Zukunft spielen im therapeutischen Gespräch zwar eine vergleichsweise nachgeordnete Rolle, können aber vor allem in Lebensbilanzierungsprozessen oder aber bei Reaktualisierung früherer Konflikte z. B. in der Arzt-Patient-Beziehung kaum außer Acht gelassen werden. Vor allem die fortwährende Differenzierung zwischen Real- und neurotischer Angst bzw. die kognitive Bearbeitung katastrophisierender Gedanken im Gespräch hat sich als sehr hilfreich erwiesen.

Häufige Anlässe, einen Psychotherapeuten aufzusuchen, sind unserer Erfahrung

nach der Wunsch, sich psychisch zu stabilisieren, Heilungswünsche hinsichtlich der onkologischen Erkrankung, akute Krisen zum Beispiel bei Diagnosemitteilung oder Rezidiven, das Gewahrwerden von Endlichkeit, Paarkonflikte, Schuld- und Schamgefühle, Depressionen und Ängste, Kränkungen durch die Erkrankung und die damit einhergehenden Rollen- und Körperveränderungen sowie die Entlastung der Familie. Seltener kommen Patienten initial wegen Schmerzen oder sexueller Probleme. Vor allem letztere werden eher nach Herstellung einer sicheren und vertrauensvollen Beziehung thematisiert.

Diagnostisch ergibt sich mitunter die Schwierigkeit, dass psychische Symptome einerseits aus unbewältigten Konflikten, andererseits aber auch aus organischen Defekten resultieren können. Dies ist vor allem bei Hirntumorpatienten oder bei Patienten mit einer Hirnmetastasierung der Fall, aber auch bei Patienten, die eine Chemotherapie erhalten haben. Das Phänomen „Chemobrain" ist bislang noch wenig erforscht, allerdings sind zumindest Zusammenhänge zwischen bestimmten Chemotherapiearten und Fatigue, einer häufigen Beschwerde bei Krebspatienten, schon gut belegt worden (Ancoli-Israel et al., 2009; Kuhnt et al., 2009; Walker, Gedaly-Duff, Miaskowski & Nail, 2010). Das therapeutische Vorgehen muss also in solchen Fällen zwangsläufig eher supportiv ausgerichtet sein.

6. Psychoonkologische Qualifikation für Psychotherapeuten

Aus unserer Sicht ergibt sich aus dem oben Dargestellten, dass es für den Erfolg einer Psychotherapie mit Krebspatienten äußerst hilfreich wenn nicht gar notwendig ist, wenn der Psychotherapeut über Grundkenntnisse hinsichtlich onkologischer Erkrankungen und deren Behandlung, aber auch psychoonkologischer Angebote und sozialrechtlicher Unterstützungsmöglichkeiten verfügt. Darüber hinaus erscheint uns die Bereitschaft zu interdisziplinärem Denken und Arbeiten unerlässlich.

7. Forschungs- und Handlungsbedarf

Forschungs- bzw. politischer Handlungsbedarf besteht unseres Erachtens hinsichtlich der Versorgungssituation im ambulanten Sektor (Wartezeiten, Inanspruchnahme, Bedarf), hinsichtlich Finanzierungslücken (häufige Ausfälle durch somatische Therapien, Haus- und Krankenhausbesuche, Behandlung von Angehörigen), zur Frage der Indikation zur Psychotherapie (z. B. bei subklinischen Störungen) und der Abgrenzung zwischen Psychotherapie und Beratung.

Literatur

Ancoli-Israel, S., Nataraian, L., Palmer, B. W., Parker, B. A., Mills, P. J., Sadler, G. R. & Dimsdale, J. E. (2009). Contribution of Fatigue to Chemobrain in Women Undergoing Chemotherapy for Breast Cancer. *Sleep, 32*, 980.

Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V. & Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer, 84*, 1011-1015.

Gil Moncayo, F. L., Costa, R. G., Perez, F. J., Salamero, M., Sanchez, N. & Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clinica, 130*, 90-92.

Heussner, P., Sellschopp, A., Siewert, J. R., Peschel, C., Molls, M. & Herschbach, P. (2004). Integrated psychooncological screening as part of an interdisciplinary cancer center. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 54*, 95-95.

Iqbal, A. (2004). Common types of mental disorders in adult cancer patients seen at Shaukat Khanum Memorial Cancer Hospital and Research Centre. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad, 16* (4), 65-69.

Keller, M., Sommerfeldt, S., Fischer, C., Knight, L., Riesbeck, M., Lowe, B., Herfarth, C. & Lehnert, T. (2004). Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multimethod approach. *Annals of Oncology, 15*, 1243-1249.

HAKOMI®
Erfahrungsorientierte Körperpsychotherapie
HAKOMI

Achtsamkeit – Schlüssel zum Unbewussten

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

3-jährige HAKOMI Fortbildung

Einführungsworkshops in die HAKOMI Methode (Processings)

Praxisnahe, körperorientierte Weiterbildungsangebote

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

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

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

MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN

Rechtsanwältinnen
Rechtsanwälte · Notare

NUMERUS CLAUSUS PROBLEME?

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

außerdem: ZVS-Anträge
Auswahlgespräche · BAFÖG
Härtefälle · Prüfungsrecht

Wir haben die Erfahrung.

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

Kiss, A. (1995). Psychosocial/psychotherapeutic interventions in cancer patients: consensus statement, Flims 1995. *Supportive Care in Cancer, 3*, 270-271.

Kuhnt, S., Ernst, J., Singer, S., Rüffer, J. U., Kortmann, R.-D., Stolzenburg, J.-U. & Schwarz, R. (2009). Fatigue in cancer survivors – prevalence and predictors. *Onkologie, 32*, 312-317.

Nakasujja, N., Musisi, S., Walugembe, J. & Wallace, D. (2007). Psychiatric disorders among the elderly on non-psychiatric wards in an African setting. *International Psychogeriatrics, 19*, 691-704.

Newell, S., Sanson-Fisher, R. W., Girgis, A. & Bonaventura, A. (1998). How well do medical oncologists' perceptions reflect their patients' reported physical and psychosocial problems? Data from a survey of five oncologists. *Cancer, 83*, 1640-1651.

Özalp, E., Soygur, H., Cankurtaran, E., Turhan, L., Akbiyik, D. & Geyik, P. (2008). Psychiatric morbidity and its screening in Turkish women with breast cancer: a comparison between the HADS and SCID tests. *Psycho-Oncology, 17*, 668-675.

Schwarz, R., Rucki, N. & Singer, S. (2006). Onkologisch Kranke als Patienten der psychotherapeutischen Praxis: Beitrag zur Qualitätserkundung und psychosozialen Versorgungslage. *Psychotherapeut, 51*, 369-375.

Singer, S., Bringmann, H., Hauss, J., Kortmann, R.-D., Köhler, U., Krauß, O. & Schwarz, R. (2007). Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung bei Tumorpatienten im Akutkrankenhaus. *Deutsche Medizinische Wochenschrift, 132*, 2071-2076.

Singer, S., Danker, H., Dietz, A., Hornemann, B., Koscielny, S., Oeken, J., Matthäus, C., Vogel, H.-J. & Krauß, O. (2008). Screening for mental disorders in laryngeal cancer patients: A comparison of six methods. *Psycho-Oncology, 17*, 280-286.

Singer, S., Brown, A., Einenkel, J., Hauss, J., Hinz, A., Klein, A., Papsdorf, K., Stolzenburg, J.-U. & Brähler, E. (2010a). Identifying Tumor Patients' Depression. *Supportive Care in Cancer,* im Druck (DOI: 10.1007/s00520-010-1004-9).

Singer, S., Das-Munshi, J. & Brähler, E. (2010b). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care – a meta-analysis. *Annals of Oncology, 21*, 925-930.

Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G. & Maislinger, S. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *British Journal of Cancer, 84*, 179-185.

Walker, A. J., Gedaly-Duff, V., Miaskowski, C. & Nail, L. (2010). Differences in Symptom Occurrence, Frequency, Intensity, and Distress in Adolescents Prior to and One Week After the Administration of Chemotherapy. *Journal of Pediatric On-cology Nursing, 27*, 259-265.

Wancata, J., Benda, N. & Hajji, M. (1998). Prävalenz und Verlauf seelischer Erkrankungen an internen Krankenhausabteilungen. *Klinischer Wochenschreiber, 110*, 597-603.

Weis, J., Blettner, G. & Schwarz, R. (2000). Psychoonkologische Versorgung in Deutschland: Qualität und Quantität. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 46, 4-17.

Susanne Singer

Arbeitsgruppe Psychosoziale Onkologie der Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Universität Leipzig
Philipp-Rosenthal-Str. 55
04103 Leipzig
susanne.singer@medizin.uni-leipzig.de

Heide Glaesmer

Arbeitsgruppe Psychotherapieforschung der Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig

Antje Lehmann-Laue

Beratungsstelle für Tumorpatienten und Angehörige der Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig

Soziale Formen psychotherapeutischen Verstehens

Christian Brandt

Klinikum am Weissenhof Weinsberg

Zusammenfassung: In Auseinandersetzung mit Grawes Forschungsprogramm wird diskutiert, inwieweit die historisch gewachsenen Therapieverfahren jeweils „mehr sind" als die Summe ihrer Wirkfaktoren. Die Frage nach spezifischen Differenzen der Verfahren beinhaltet die Fragestellung, ob und wie es zu erklären ist, dass die anerkannten Therapieverfahren sich in ihrer Unterschiedlichkeit gesellschaftlich etabliert haben. Im vorliegenden Text werden konstitutive Begründungen von Psychoanalyse, Verhaltens- und Gesprächstherapie in Bezug gesetzt. Es lässt sich zeigen, dass die ursprünglichen Begründungen dieser Verfahren mit unterschiedlichen Formen sozialer Sinnzuschreibung in unserem Kulturkreis korrespondieren. Das historisch entstandene Nebeneinander von Psychoanalyse, Verhaltens- und Gesprächstherapie erscheint vor diesem Hintergrund als nicht zufällig. Jedes Verfahren „belegt" mit seiner ursprünglichen Konzeption jeweils einen in unserer Kultur bedeutsamen Kontext, in dem menschlichem Verhalten Sinn sozial zugesprochen wird.

Fragestellung

In der Auseinandersetzung mit Grawes Forschungsprogramm wird diskutiert, inwieweit historisch gewachsene Therapieverfahren jeweils „mehr sind" als die Summe ihrer Wirkfaktoren (vgl. Dilg, 2005; Walz-Pawlita, Lackus-Reitter & Loetz, 2009). Die Faktoren analysieren das therapeutische Potential der Verfahren und stellen Vergleichbarkeit her (Grawe, 1998, 2005). Doch welche spezifischen Unterschiede bestehen zwischen den Therapieformen?

Methodologisch relevant beim Vergleich psychotherapeutischer Verfahren ist die Unterscheidung zwischen der praxeologischen Ebene, „was Psychotherapeuten wirklich tun", und der Ebene der „unterschiedlich artikulierten psychotherapeutischen Strategien" (Hardt & Hebebrand, 2006, S. 7). Im vorliegenden Text werden ausgewählte Strategiekonzepte verglichen. Psychotherapeutische Verfahren legitimieren sich nicht allein über ihre Effektivität, sondern auch über die Behandlungsrationale, mit der das Vorgehen begründet wird. Die frühen „Begründer" der unterschiedlichen Verfahren haben diesen theoretischen Diskurs jeweils in konstitutiver Weise eingeleitet.

Die Frage nach spezifischen Differenzen therapeutischer Verfahren beinhaltet auch, ob und wie es zu erklären ist, dass die verschiedenen Therapieverfahren sich in ihrer Unterschiedlichkeit gesellschaftlich etabliert haben und sozial sanktioniert wurden. Um dieser Fragestellung nachzugehen, sollen hier beispielhaft ursprüngliche Begründungen von Psychoanalyse, Verhaltens- und Gesprächstherapie in Bezug gesetzt werden. Die historisch später entstandene Systemische Therapie einbeziehen zu wollen, wäre möglich, aber im Rahmen dieses Artikels zu voraussetzungsvoll. Die Darstellung konzentriert sich bewusst auf konzeptionelle „Urformen" der drei genannten Therapieverfahren, um frühe, grundlegende Unterschiede zu erfassen. Leitend ist die Hypothese, dass ein Zusammenhang mit sozialen Formen der Sinnzuschreibung in unserem Kulturkreis besteht.

Ansatzpunkt psychotherapeutischer Behandlung

Seelische Krankheit kann bekanntlich „in seelischen Symptomen, in körperlichen Symptomen oder in krankhaften Verhaltensweisen erkennbar werden" und wird verstanden als „krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen. Es gehört zum Wesen dieser Störungen, dass sie der willentlichen Steuerung durch die Patientin oder den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind" (G-BA, 2007). Entsteht im Verlauf psychotherapeutischer Behandlung beim Patienten hinsichtlich solcher störungswertiger Funktionen, Erlebens- und Verhaltensmuster ein – interpersonell nachvollziehbares – Gefühl der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit, kann sicher von einem Heilungsprozess gesprochen werden. Entsprechendes Kohärenzerleben (Antonovsky, 1987) ist bekanntlich ein zentraler Faktor seelischen Gesundwerdens und -bleibens. Aus der Perspektive von Salutogenese und Resilienz ließen sich Symptome seelischer Krankheit als Erfahrungs- und Erlebensbereiche mit auffällig verringertem Kohärenzerleben umschreiben. Es ist eine praktisch selbstverständlich erscheinende Gemeinsamkeit der genannten psychotherapeutischen Verfahren, dass ihre Behandlungskonzepte auf diese inkohärenten Bereiche jeweils in irgendeiner Form eingehen.

Eckpunkte des psychoanalytischen Therapiekonzepts nach Freud

Freud formulierte bei der Begründung der psychoanalytischen Methode die Frage nach dem „Sinn der Symptome". Die „Symptomhandlung" ist „nicht zufällig", sie hat „ein Motiv", „einen Sinn und eine Absicht" (Freud, 1944, S. 254). Die störungswertigen Erlebens- und Verhaltensweisen stehen „in einem angebbaren seelischen Zusammenhang", der dem Bewusstsein dessen, der ihn vollzieht, unbekannt ist (S. 254). Psychoanalytisch wird der Sinn der Symptome im Prozess von Übertragung, Gegenübertragung, Deutung verstanden.

In den Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse skizziert Freud eine „ideale Beschreibung" der psychoanalytischen „Dynamik des Heilungsvorgangs" (S. 474). Die therapeutische psychoanalytische Arbeit „drängt und konzentriert" in der ersten Phase „alle Libido von den Symptomen her in die Übertragung" (S. 473). Die Bezeichnung *Libido* bleibt in Freuds Beschreibung explizit für die „Triebkräfte des Sexuallebens" vorbehalten (S. 428). An die Stelle „der verschiedenartigen irrealen Libidoobjekte" des Neurotikers tritt in der Übertragung „das eine wiederum phantastische Objekt der ärztlichen Person" (S. 437). In dieser Übertragung auf den Behandler werden „Neuauflagen jener alten Konflikte" zwischen Ich und Libido des Patienten geschaffen und sollen einer Lösung zugeführt werden, „in der das Ich wieder die Verfügung über seine Libido besäße" (S. 472). Denn hierin liegt die Störungswertigkeit der Symptome: dass die in ihnen gebundene Libido dem Ich entzogen und nicht „dienstbar" ist (vgl. S. 472). In der zweiten Phase der Behandlung wird „der Kampf um dies neue Objekt (= Objekt der „Übertragungskrankheit", Anmerkung des Verfassers) durchgeführt und die Libido von ihm freigemacht" (S. 473). Idealerweise wird dann im psychoanalytischen Prozess das „Ich" des Patienten durch die therapeutische „Deutungsarbeit, welche Unbewusstes in Bewusstes umsetzt, auf Kosten dieses Unbewussten vergrößert, es wird durch Belehrung gegen die Libido versöhnlich und geneigt gemacht, ihr irgendeine Befriedigung einzuräumen, und seine Scheu vor den Ansprüchen der Libido wird durch die Möglichkeit, einen Teilbetrag von ihr durch Sublimierung zu erledigen, verringert" (S. 473 f).

Eckpunkte des behavioralen verhaltenstherapeutischen Konzepts

Die „Geburtsstunde der Verhaltenstherapie" (Wittchen & Hoyer, 2006) markieren die mit dem Behaviorismus entwickelten lerntheoretischen Modelle. Ein „wesentliches Element der behavioralen Perspektive" ist die verhaltenstherapeutische Methode der funktionalen Bedingungsanalyse (vgl. S. 17). Diese zielt darauf ab, zu klären, mit welchen Auslösern und welchen Konsequenzen die störungswertigen Verhaltens- und Erlebensmuster verknüpft sind, welche Bedingungskonstellation die störungsrelevante Verknüpfung aufrechterhält und welche alternative, günstigere Verhaltensstrategie für die Person im Prinzip möglich wäre (vgl. Kanfer & Saslow, 1969). Ein aufrechterhaltender Faktor sind bekanntlich jene Folgen, die als Konsequenz eines Problemverhaltens auftreten und dessen Auftrittswahrscheinlichkeit erhöhen. Im Fall operant wirkender Zusammenhänge wird das störungswertige Verhalten durch Konsequenzen verstärkt, die regelmäßig oder intermittierend von dem Problemverhalten bewirkt werden und bestimmte Bedürfnisse des Organismus beziehungsweise der Person befriedigen, zum Beispiel nach Beruhigung oder Stimulation (vgl. Skinner, 1953).

Die Störungswertigkeit operant verstärkten Problemverhaltens liegt zum einen darin, dass durch das Problemverhalten für die Person beziehungsweise ihren Organismus ungünstige Konsequenzen als Nebenfolgen ausgelöst werden, die keine spontane Verhaltensmodifikation herbeiführen, und zum anderen, dass die maßgeblichen Kontingenzverhältnisse im Erleben der Person in der Regel ungeklärt sind. Die Klärung der Auftretensbedingungen des Problemverhaltens durch eine transparente Bedingungsanalyse ist eine Basis des therapeutischen Prozesses, um auf dieser Grundlage alternative Erlebens- und Verhaltensmuster therapeutisch zu aktivieren oder zu entwickeln (vgl. z. B. Reinecker, 1991).

Eckpunkte des gesprächstherapeutischen Konzepts nach Rogers

Rogers formulierte als Grundlage des gesprächstherapeutischen Störungs- und Therapieverständnisses das Konzept der „Kongruenz" (Rogers, 1987). Psychische Heilung ist gesprächstherapeutisch mit dem Erreichen von Kongruenz gleichzusetzen. „Wenn also Selbsterfahrungen exakt symbolisiert erlebt und in dieser exakt symbolisierten Form in das Selbstkonzept integriert werden, dann ist der Zustand der Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung erreicht. Würde dies für alle Selbsterfahrungen gelten, dann wäre das Individuum eine mit sich in völliger Übereinstimmung befindliche, also eine psychisch völlig gesunde Person" (Rogers, 1987, S. 32). Inkongruenz bildet demgegenüber die „psychologische Basis" für „neurotisches" und „desorganisiertes" Verhalten (S. 53). Inkongruenz zwischen dem Selbst und der Erfahrung entsteht, „wenn der Organismus bestimmte Erfahrungen der Gewahrwerdung verweigert oder deren bewusste Wahrnehmung so stört, dass diese nicht exakt symbolisiert in die Gestalt der Selbststruktur integriert werden können" (S. 30). Rogers wählt zur Veranschaulichung ein – zeitgebundenes – Beispiel einer Störung in einer Mutter-Kind-Beziehung. „Die Mutter empfindet: ‚Ich bin über Dich verärgert, weil Du meine Karriere behinderst', jedoch kann sie sich dessen nicht gewahr sein, weil diese Erfahrung mit ihrem Selbstkonzept als dem einer guten Mutter nicht übereinstimmen würde. Die Wahrnehmung dieser Erfahrung in ihr selbst wird entstellt (= inkongruent, Anm. d. Verf.), beispielsweise so: ‚Ich bin über dieses ganz bestimmte Verhalten von dir verärgert. Ich liebe dich, aber ich muss dich jetzt bestrafen'" (Rogers, 1987, S. 63).

Der gesprächstherapeutische Prozess hat zum Ziel, inkongruentes in kongruentes Erleben aufzulösen. „Optimale psychische Ausgeglichenheit besteht dann, wenn das

Selbstkonzept so gestaltet ist, dass alle Erfahrungen auf einem symbolischen Niveau in die Gestalt der Selbststruktur aufgenommen werden können" (S. 33). Diese ideale „Offenheit für Erfahrung" (S. 33) wird eingeschränkt oder verzerrt, „wenn eine Selbsterfahrung oder ein Cluster von Selbsterfahrungen allein deshalb gemieden oder angestrebt werden, weil sie als mehr oder weniger wertvoll für die Selbstbeachtung des Individuums eingeschätzt werden" (S. 36). In diesem Fall ist die Selbststruktur durch eine „Bewertungsbedingung" (S. 36) charakterisiert und die Exaktheit der Symbolisierung verringert. Exakte Symbolisierung von Erfahrung als Selbsterfahrung wird möglich, „wenn das Individuum sich selbst in einer Weise wahrnimmt, in der keine Selbsterfahrung als mehr oder weniger wert angesehen wird" (S. 36). Ziel der Therapie ist die Ermöglichung eines „organismischen Bewertungsprozesses", „in welchem Werte niemals endgültig fixiert sind, sondern Erfahrungen exakt symbolisiert und kontinuierlich in Hinblick auf die erlebte organismische Erfahrung bewertet werden" (S. 37).

Im gesprächstherapeutischen Prozess begegnet der Therapeut der Erfahrung des Klienten idealerweise mit einer Haltung „bedingungsloser positiver Beachtung" (S. 35), er nimmt die Äußerungen des Klienten „mit Empathie für den inneren Bezugsrahmen des Klienten" wahr, symbolisiert und kommuniziert diese Erfahrung „mit einem hohen Ausmaß an Kongruenz" (S. 63). Hieraus resultiert im idealen Therapieverlauf eine Einstellung des Klienten der eigenen Erfahrung gegenüber, die ihm zunehmend unabhängig vom Therapeuten ermöglicht, seine Erfahrung exakt als Selbsterfahrung zu symbolisieren, bzw. sich selbst „sein eigenes signifikantes soziales Gegenüber" (S. 36) zu werden, das durch bedingungslose Selbstbeachtung den „organismischen Bewertungsprozess" freisetzt oder erweitert.

Soziale Grundformen des Verstehens

So verschieden die hier betrachteten therapeutischen Grundkonzepte angelegt sind, jedes scheint die störungswertigen Erlebens- und Verhaltensmuster in eine irgendwie verstehbare Form zu bringen; durch möglichst exakte Symbolisierung, durch Klärung der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen oder durch Integration der störungsrelevanten Impulse in das Ich-Erleben. Das eigene Verhalten und Erleben als sinnhaft empfinden zu können, ist ein zentraler Indikator und Faktor psychischer Gesundheit. Doch unter welchen Bedingungen wird ein Verhalten oder Erleben als sinnhaft oder als sinnlos empfunden? Antonovskys hat dargelegt, dass das Erleben einer „sinnhaften inneren Kohärenz" in dem Maße zunimmt, „wie gesundheitsrelevante Ereignisse gekennzeichnet sind durch Verständlichkeit und Plausibilität (comprehensibility), durch ihre Bewältigbarkeit (manageability) sowie durch ihre persönliche Bedeutsamkeit (meaningfullness) (vgl. Fiedler, 1999, S. 327; Antonovsky, 1987). Der aus diesen Komponenten gebildete „Kohärenzsinn" wird als generelle Kompetenz einer Person im Sinne eines Persönlichkeitsmerkmals verstanden (vgl. Knoll, Scholz & Rieckmann, 2005). Die jüngere Resilienzforschung geht über diesen Punkt hinaus. Als zentraler Faktor von Resilienz wird zwar weiterhin das Kohärenzgefühl im Sinne Antonovskys betrachtet, das „den Menschen dazu befähigt, die Situationen aus der äußeren und inneren Umwelt als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar zu sehen" (Kormann, 2009, S. 191). Zunehmend in den Fokus rückt allerdings die Frage, welche spezifischen protektiven Prozesse und Mechanismen die resiliente Bewältigung von Risikokonstellationen ermöglichen (vgl. Kormann, 2009). Resilienz wird dabei zum einen als dynamische Fähigkeit verstanden, die über verschiedene Lebensphasen und Lebensbereiche variieren kann (vgl. Petermann & Schmidt, 2006). Zum anderen wird die Entwicklung der Fähigkeit zur Resilienz in Zusammenhang mit förderlichen Interaktionsprozessen zwischen Individuum und Umwelt gesetzt (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Ronnau-Böse, 2009), die prinzipiell auch im Erwachsenenalter noch möglich sind (vgl. Kormann, 2009).

Symptomatische Verhaltens- und Erlebensbereiche werden im Alltagsverständnis natürlicherweise als nicht sinnhaft und

Psyche und Körper.
Konzepte in Ost und West.

Kongress der
Deutsch-Chinesischen
Akademie für Psychotherapie
(DCAP)

von **Freitag, 27. Mai**,
bis **Sonntag, 29.Mai 2011**

in der
Pädagogischen Hochschule
Heidelberg, Keplerstr.

- **Vorträge**
- **Symposien**
- **Arbeitsgruppen**
- **Praktische Übungen**

Kontakt: www.dcap.de,
Email: kongress@dcap.de

M.E.G.
Milton Erickson Institut Bonn
AML Institut Systeme
Leitungen: Anne M. Lang
Weiterbildungen: Hypnose, Hypnotherapie, System. Arbeiten

Hypnotherapie

für Psychotherapeuten KliHyp-MEG
(12 Seminare u. Supervision)
Start: 20.-22.01.11 (30 Punkte)

Medizinische Hypnose

für Ärzte aller Fachrichtungen
MedHyp-MEG
(16 Seminare Mi.-Nachmitt., Supervis.)
Start: 16.02.11 (10 Punkte)

Hypnosystem. Coaching

für Coaches/Berater KomHyp-MEG
(12 Seminare u. Supervision)
Quereinstieg noch möglich

Offene Seminare
Offene Supervisionen
Infoabende: **19.1.; 11.5.; 6.7.2011**

Sekretariat 8:30-13:30
Tel: 0228-94 93 120
www.institut-systeme.de

willentlich nicht kontrollierbar erfahren, hierin und in ihrer Dysfunktionalität liegt ihre Störungswertigkeit begründet. Psychische Symptome lassen sich resilienztheoretisch als Erfahrungsbereiche mit auffällig verringertem Kohärenzerleben umschreiben. Die psychotherapeutische Interaktion stellt idealerweise ein Kohärenzgefühl für die vormals symptomatischen Erlebens- und Verhaltensbereiche her.

Das Verstehen dessen, was in den Symptomen „steckt" – sei es eine spezifische Lerngeschichte und Verstärkersituation, eine Libidokonstellation oder eine mögliche Selbsterfahrung – erfolgt im Rahmen eines sozialen Prozesses zwischen Therapeut und Patient. „In der psychotherapeutischen Intervention kommt, unabhängig von der Wahl des Therapieverfahrens, der systematischen Berücksichtigung und der kontinuierlichen Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung eine zentrale Bedeutung zu" (G-BA, 2007). Die zunächst unverständlichen Symptome werden idealerweise im therapeutischen Prozess Gegenstand eines sozialen Diskurses zwischen Patient und Behandler. In diesem Prozess ereignet sich der Übergang von einer natürlichen sozialen (Selbst-)Bewertung des Symptoms als unverständliches und unkontrollierbares Sich-Verhalten zu einer Auffassung, bei der das symptomatische Verhalten in der therapeutischen Kommunikation als verstehbar interpretiert wird. Die hier betrachteten therapeutischen Grundkonzepte zielen dabei mit unterschiedlichen Ansatzpunkten auf die Symptome. Es stellt sich die Frage, ob und in welcher Form diese Ansatzpunkte jeweils „Anschlussfähigkeit" an die alltägliche soziale Bewertung eines Symptoms besitzen.

Bekanntlich wird Verhalten in unserer Kultur in unterschiedlichen Formen soziale Verstehbarkeit zugesprochen. Soziologisch steht im Zentrum der Frage, wie Handeln sozial als sinnhaft interpretiert wird, seit Max Webers „Soziologischen Grundbegriffen" die Unterscheidung von Zweck- und Wertrationalität (vgl. Weber, 1985). „Wenn wir jemand bei einer scheinbar bizarren Handlung beobachten, werden wir oft fragen, ‚Warum machst Du das?' Und damit fragen wir in der Regel nach einer rationalen Begründung des Handelns, einer Begründung, die das Handeln dann nicht mehr als ‚bizarr' erscheinen lässt. Und es gibt zwei rationale Antwort-Typen: ‚Um dieses oder jenes Ziel zu erreichen!' oder: ‚Weil ich diesem oder jenem Gebot zu folgen habe!'" (Döbert, 1989, S. 228). Eine wertrational begründete Handlung ist sozial ebenso sinnhaft wie eine zweckrational begründete, obwohl die Struktur der Begründungen sich deutlich unterscheidet. Zweckrationales Begründen folgt einem „Um-zu"-Schema: eine Person tut x, um y eintreten zu lassen, damit z erfolgt. Wenn nachvollziehbar wird, dass x als Mittel für den Zweck z auftritt, wird x sozial als ein sinnhaftes, in diesem Fall zweckrationales Handeln anerkannt. Wertrationales Handeln hingegen begründet sich durch Weil-Schemata: eine Person tut x, weil für sie w gilt. W ist eine wertgebundene Überzeugung der Person, die sich in der Handlung x ausdrückt. Wertrationales Handeln ist „ein Handeln nach ‚Geboten' oder gemäß ‚Forderungen', die der Handelnde an sich gestellt glaubt" (Weber, 1985, S. 12). Dass die Person Handlung x zeigt, wird nicht über die voraussichtlichen oder tatsächlichen Folgen von x verständlich, sondern darüber, dass für die Person w gilt. Die Handlung hat, weil sie die Geltung von w ausdrückt, einen „Eigenwert", der sie unabhängig von den Folgen der Handlung sozial begründet (vgl. Schütz, 1932).

Differentielle Verstehensformen: Wert- und Zweckrationalität

Es scheint so, als seien die therapeutischen Verstehensangebote von Gesprächs- und Verhaltenstherapie mit ihren ursprünglichen Konzepten auf diese beiden Rationalitätsformen ausgerichtet. Gesprächstherapie postuliert, dass sich im Symptom bestimmte Bewertungsbedingungen ausdrücken, die den Symbolisierungsprozess des Individuums vom Ideal kongruenter Symbolisierung entfernen (vgl. Rogers, 1987, S. 39). Ohne die Geltung dieser Bewertungsbedingungen für die Person würde sich das symptomatische Verhalten und Erleben nicht als Störungsmuster manifestieren. Ein gesprächstherapeutischer Prozess muss sich folglich mit der Geltung bestimmter Bewertungsbedingungen auseinandersetzen.

Verhaltenstherapie untersucht die Symptome bzw. das Problemverhalten bedingungsanalytisch. Eine zentrale Frage ist dabei, inwieweit das Problemverhalten dazu beiträgt, bestimmte für das Individuum appetente Ereignisse herbeizuführen oder aversive Ereignisse zu vermeiden. Würde das symptomatische Verhalten nicht im Sinne dieses „Law of Effect" (Thorndike, 1911) verstärkt, wäre in der Regel eine Extinktion des Problemverhaltens zu erwarten. Verhaltenstherapie muss daher die Effekte eines Problemverhaltens besonders beachten.

Zweckrationalität und verhaltenstherapeutische Bedingungsanalyse

Verhaltenstherapie bezieht sich „vor allem auf den funktionellen Zusammenhang zwischen problematischem Verhalten, Denken und Fühlen mit den vorausgehenden und nachfolgenden internen und externen Bedingungen" (vgl. Margraf & Müller-Spahn, 2009, S. 779). „Eine saubere und konsequent funktionale *Bedingungsanalyse* bildet die Voraussetzung für eine verhaltenstherapeutische Intervention" (Reinecker, 1991, S. 131). Die funktionale Bedingungsanalyse ordnet auf einem Zeitstrahl das Auftreten des Problemverhaltens verschiedenen Bedingungen zu. Das störungswertige Verhalten wird in einem Schema von Ereignis und Ereignisfolgen analysiert. Das Auftreten eines Problemverhaltens wird dabei sowohl in seiner funktionellen Beziehung zu vorausliegenden situativen Ereignissen, den auslösenden diskriminativen oder konditionierten Stimuli betrachtet sowie als ein Folgen auslösendes Ereignis. Letztere Perspektive analysiert, inwieweit operante Konditionierungsprozesse (vgl. Skinner, 1953) wirksam werden und die Auftrittswahrscheinlichkeit des Problemverhaltens erhöhen. Im Fall operanter Konditionierung zielt die störungswertige Wiederholung des Problemverhaltens objektiv darauf ab, eine bestimmte Wirkung für das Individuum eintreten zu lassen. Das störungswertige

Verhalten tritt objektiv als Mittel zu diesem Zweck auf. Die Verhaltensanalyse klärt, so betrachtet, bei der Analyse operanter Zusammenhänge im Prinzip, inwieweit das fragliche Problemverhalten zweckrational verstehbar ist. Typischerweise wird zweckrationales Handeln sozial auf zwei Dimensionen beurteilt, es kann sowohl mehr oder weniger „formal rational" als auch mehr oder weniger „material rational" sein. Die Frage, inwieweit eine Handlung formale Rationalität aufweist, bezieht sich auf das Wie des Handelns: bewusst vs. nicht bewusst, geplant vs. ungeplant. Der Begriff der „materialen Rationalität" ist demgegenüber auf objektive Handlungsergebnisse bezogen. „Auch gut geplantes, wohlüberlegtes Handeln kann scheitern" – in dem Sinne, dass die Handlungsergebnisse nicht dem Handlungszweck entsprechen – „und ist dann material-irrational" (Döber, 1989, S. 233). Übertragen auf das verhaltenstherapeutische Verständnis ergibt sich folgende Beschreibung. Als ungeplanter und nicht bewusster Mitteleinsatz besitzt das störungswertige Problemverhalten im Alltagsverständnis natürlicherweise keine „formale Rationalität". Eine formale Rationalisierung durch Bewusstmachung der Kontingenzbedingungen erfolgt im verhaltenstherapeutischen Prozess über Verhaltensanalyse und Psychoedukation. Verhaltenstherapeutisch relevantes Problemverhalten ist aber in der Regel nicht nur formal, sondern auch material irrational. Ein änderungsrelevantes Problemverhalten liegt ja in der Regel nur dann vor, wenn die Bilanz der Konsequenzen insgesamt dysfunktional für das Individuum ausfällt. Die Verhaltensanalyse klärt die funktional günstigen und funktional ungünstigen Folgen des Problemverhaltens und analysiert, welche Kontingenzbedingungen im natürlichen Verlauf eine Extinktion des Problemverhaltens verhindern. Das Problemverhalten, z. B. ein selbstverletzendes Verhaltensmuster, wird damit hinsichtlich seiner Effekte bilanzierbar: zweckrational funktionale Folgen (z. B. kurzfristige Spannungsreduktion) stehen zweckrational dysfunktionalen Folgen (z. B. längerfristige Selbstwertbelastung) gegenüber. Auf dieser Verstehensgrundlage wird im therapeutischen Prozess der Aufbau oder die Aktivierung von funktional günstigerem Alternativverhalten angeboten und erprobt, um das relevante Bedürfnis zu befriedigen (d. h. den objektiven Zweck des Problemverhaltens zu erfüllen), ohne die ungünstigen Nebenfolgen herbeizuführen. Die therapeutisch intendierte Bewältigungserfahrung besteht dann in der Erfahrung, dass günstigere Mittel den gleichen Zweck erfüllen können wie das Problemverhalten. Das Individuum lernt, dass es möglich ist, das relevante Bedürfnis (z. B. nach Spannungsreduktion) auch über Alternativverhalten (z. B. den Einsatz von Skilltechniken) zu befriedigen, ohne die ungünstigen Folgen des Problemverhaltens (z. B. körperliche Beschädigung und negative sekundäre Emotionen) auszulösen.

Wertrationalität und gesprächstherapeutisches Symbolisieren

Der gesprächstherapeutische Prozess klärt, in welcher Weise das Auftreten der störungswertigen Inkongruenz durch die

IFP
INSTITUT FÜR PSYCHOTHERAPIE POTSDAM
- staatlich anerkannte Ausbildungsstätte -
Rosa-Luxemburg-Straße 40 ● 14482 Potsdam-Babelsberg
Tel. 0331/235 31 33 ● Fax. 0331/231 60 79
info@ifp-potsdam.com ● www.ifp-potsdam.com

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

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

Institut für Gesundheit Gideon Franck

Fortbildung Akzeptanz & Commitment Therapie (ACT) & Psychosomatik

JoAnne Dahl (Schweden):
Einführung in ACT mit chronischen Schmerzpatienten
(1.-2.4.2011, Fulda)

Prof. Dr. Georg Eifert (USA):
ACT bei Angst- und Essstörungen
(19.-20.10.2010, Fulda)

Hanne Seemann (Heidelberg):
Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen
(09.04.2011, Fulda)

Information:
Institut für Gesundheit • Karlstraße 4 • 36037 Fulda • Tel 0661-5006969 • Mail gesundheitsinstitut@mac.com
http://www.gesundheitsinstitut-franck.de

Geltung bestimmter Bewertungsbedingungen für die Person begründet ist. Die Inkongruenz wird damit prinzipiell aus der Perspektive von Wertrationalität betrachtet. „Wertrationales Handeln ist eine Form des (weil-)begründeten Handelns, da das Gebot, dem die Handlung folgt, als Grund für den Handlungsvollzug oder eine Unterlassung genannt werden kann" (Döbert, 1989, S. 234). Auch beim wertrationalen Handeln sind formale und materiale Rationalität zu unterscheiden: ein Handeln kann mehr oder weniger „bewusst" und „methodisch" auf das Gebot ausgerichtet sein, dessen Geltung die Handlung objektiv („material") ausdrückt (S. 243). Je weniger planvoll und bewusst wertrationales Handeln auf das für dieses Handeln faktisch geltende Gebot ausgerichtet ist, desto weniger weist es formale Rationalität auf. Gesprächstherapie geht davon aus, dass das Auftreten einer störungswertigen Inkongruenz in Zusammenhang mit einer Bewertungsbedingung steht, die gleich einem werthaften Gebot auf den Symbolisierungsprozess einwirkt. Das inkongruente Handeln und Erleben weist dabei im Alltagsverständnis zunächst keine auf dieses Gebot erkennbar bezogene formale Rationalität auf, es ist natürlicherweise unverständlich und erscheint sinnlos. Im gesprächstherapeutischen Prozess werden nun die inkongruenten Erlebens- und Verhaltensanteile möglichst akkurat symbolisiert. Es wird dabei zum einen erschlossen, welche Bewertungsbedingungen, soziologisch formuliert, welche „werthaften Gebote" in der störungswertigen Inkongruenz ausgedrückt sind (z. B. „man darf andere mit seinen Gefühlen nicht enttäuschen"). Doch das ist nur eine Seite der Inkongruenz. Denn diese drückt die Geltung der kritischen Bewertungsbedingung nur indirekt aus. In einem inkongruenten Erfahrungsfeld, so das gesprächstherapeutische Konzept, manifestieren sich dem Selbsterleben unverständliche ‚neue' Erfahrungen, die durch „die Aktualisierungstendenz geregelt werden" (Rogers, 1987, S. 29). Der Begriff der Aktualisierungstendenz „bezeichnet die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen" (S. 21). Die kritische Bewertungsbedingung zeigt in der relevanten Inkongruenz ihre Geltung dadurch, dass sie eine Unterlassung begründet. Die im Inkongruenzfeld manifestierten ‚neuen' Erfahrungsinhalte werden aufgrund der geltenden Bewertungsbedingung davon ausgeschlossen, symbolisiert und zu einer Selbsterfahrung der Person zu werden, sie bleiben in einer Art Zwischenstadium „inkongruent". Bei akkurater Symbolisierung, so das gesprächstherapeutische Konzept, wäre die Selbsterfahrung in Widerspruch zu der geltenden Bewertungsbedingung geraten: es hätte sich durch die Symbolisierung ein Wertekonflikt ergeben, der durch die Inkongruenz verdeckt wurde (S. 32). Die Inkongruenz ist demnach durch die bereits bestehende Bewertungsbedingung einerseits (z. B. Gefühle dürfen andere nicht enttäuschen) und einen Handlungsimpuls begründet, der durch die Aktualisierungstendenz geregelt wird und eine abweichende Werthaltung impliziert, (z. B. jeder hat ein Recht auf Anerkennung seiner Gefühle). Im Inkongruenzfeld drücken sich demnach einerseits noch nicht symbolisierte, sozusagen „heiße" Weil-Begründungen aus, die an der Schwelle zur Geltung stehen und sich in dem Symptom als – zunächst unverständlicher – Handlungsimpuls manifestieren (z. B. ich tue/erlebe s, „weil ich ein Recht auf Anerkennung meines Empfindens habe"), als auch bereits symbolisierte, sozusagen „kalte" Weil-Begründungen, die das Symptom als Ausdruck einer für die Person objektiv geltenden Überzeugung zeigen (z. B. ich tue/erlebe s, „weil ich die anderen mit meinen Gefühlen nicht enttäuschen darf"). Die therapeutische Symbolisierung des „heißen" Handlungsimpulses ermöglicht der Person, diesen als Ausdruck einer von der „kalten" Bewertungsbedingung abweichenden Werthaltung zu verstehen, soziologisch formuliert bedeutet dies, „dass eine singuläre Handlung (d. i. hier die durch die Aktualisierungstendenz geregelte inkongruente Erfahrung, Anm. d. Verf.), die bislang geltungsfrei vollzogen wurde, nun werthaft aufgeladen wird" (Döbert, 1989, S. 240). Heiße und kalte Weil-Begründungen gemeinsam machen die Inkongruenz verstehbar als Spannungsfeld unterschiedlicher Bezugssysteme des Individuums, in Rogers Formulierung als Ausdruck der – Erfahrungsmöglichkeiten ausschöpfenden – organismischen Aktualisierungstendenz einerseits und als Ausdruck einer die Selbsterfahrung begrenzenden sozialen Bewertungsbedingung andererseits (vgl. Rogers, 1987, S. 29, 54, 61-62). Gesprächstherapie ist dabei konzeptionell nicht darauf aus, neue statt alter Werte zu fixieren, vielmehr geht es darum, eine Haltung bedingungsloser Selbstbeachtung zu entwickeln, mit dem Ziel möglichst kongruenter Offenheit für die eigene Erfahrung (vgl. S. 55).

A-rationaler Sinn: Psychoanalytisches Symptomverständnis

Welche Vorstellung von Sinn sich im psychoanalytischen Verstehen findet, ist eine Frage, auf die es verschiedene Antwortebenen gibt. Symptome sind im psychoanalytischen Verständnis „überdeterminiert". Als erste Sinn-Dimension beschreibt Freud die Ebene der „Analyse, Deutung, Übersetzung der neurotischen Symptome" (Freud, 1944, S. 278), die die „Psychoanalytiker so angezogen" habe, „dass sie zunächst die anderen Probleme der Neurotik dagegen vernachlässigten" (S. 278). Aus dieser Perspektive stellt sich die Aufgabe, „für eine sinnlose Idee und eine zwecklose Handlung jene vergangene Situation aufzufinden, in welcher die Idee gerechtfertigt und die Handlung zweckentsprechend war" (S. 278). Sinnerleben entsteht in dieser „Übersetzung" dadurch, dass ein als Symptom wiederholt auftretendes, rational nicht verständliches Verhalten als Wiederkehr eines früheren, ehemals verstehbaren Handelns erkennbar wird. Erklärungstypen dieser Art finden sich beispielsweise in historischen Deutungen von Sitten und Gebräuchen. Ehemals zweckrationale soziale Handlungen (etwa, dass die Dame rechts vom Ritter geht, da in der Regel links das Schwert hängt) oder wertrationale Handlungen (beispielsweise Eier als Fruchtbarkeitssymbol zum Frühlingsfest verschenken) bleiben in der Gegenwart als gewöhnlich unverstandene tradierte Verhaltensweisen erhalten. Wichtigstes Beispiel dieses Erklärungstyps ist die etymologische Erläuterung von Wörtern, deren ursprüngliche wörtliche Bedeutung einerseits längst untergegangen ist, an-

dererseits sich der alte Sinn noch im Bedeutungsfeld der alltäglichen Verwendung findet. Zweifellos wirkt der etymologische Erklärungstyp sinnstiftend, erzeugt ein Aha-Erlebnis. Kultursoziologisch vermag er zu erklären, mit welcher Rationalität heutige Traditionen ursprünglich in die Welt gekommen sind. Übertragen auf die Neurose, sind die symptomatischen Verhaltensweisen auf dieser Sinnebene als eine unverstandene Verhaltenswiederholung aufzufassen, deren frühere Bedeutung durch die „historische Symptomdeutung" (S. 279) in der Analyse verstehbar wird. Freud warnte aber bekanntlich davor, die therapeutische Wirkung solcher etymologischer Deutungen zu überschätzen (vgl. S. 290f). Die aus Sicht Freuds therapeutisch relevantere Frage ist, welche Prozesse dazu geführt haben, dass die (aktuell) symptomatischen Verhaltens- und Erlebensmuster erhalten geblieben sind, obwohl ihr historischer Kontext verschwunden ist, und welche Kraft ihr wiederkehrendes Auftreten gegenwärtig bedingt.

Die psychoanalytische Antwort auf beide Fragen ist bekannt: die symptomatische Wiederholung steht in Kontext des Unbewussten und wird durch libidinöse Energie angetrieben. „Wir haben als den Sinn eines Symptoms zweierlei zusammengefasst, sein Woher und sein Wohin oder Wozu …. Das Woher eines Symptoms löst sich also in Eindrücke auf, die von außen gekommen sind, die notwendigerweise einmal bewusst waren und seither durch Vergessen unbewusst geworden sein mögen. Das Wozu des Symptoms, seine Tendenz, ist aber jedes Mal ein endopsychischer Vorgang, der möglicherweise zuerst bewusst geworden ist, aber ebenso wohl niemals bewusst war und von jeher im Unbewussten verblieben ist." Und weiter heißt es: „das Wohin, die Tendenz des Symptoms, die von Anfang an unbewusst gewesen sein kann, ist es, die die Abhängigkeit desselben vom Unbewussten begründet…" (S. 294). Die Tendenz des Symptoms, seine psychische Energie, ist die dem Ich entzogene Libido der betroffenen Person. „Wo steckt nun die Libido des Neurotikers? Leicht zu finden; sie ist an die Symptome gebunden, die ihr die derzeit einzig mögliche Ersatzbefriedigung gewähren" (S. 472). Die pathologische Libidokonstellation wird im weiteren idealen Behandlungsverlauf in der Übertragung aktualisiert und einer Lösung zugeführt, die „der Entfremdung zwischen Ich und Libido ein Ende" macht (S. 473).

Übertragen auf soziale Verstehensformen beinhaltet das psychoanalytische Symptomverständnis zwei Ebenen. Die „historische Symptomdeutung" erzeugt ein Verständnis über das „Woher" der Symptome, indem sie aufzeigt, welche Rationalität das wiederkehrende unverstandene Verhalten ursprünglich aufwies. Das symptomatische Verhalten wird als ursprünglich rational aufgezeigt: als ehemals norm- oder zweckorientiert begründbares Verhalten. Doch vermag diese ehemalige Rationalität die symptomatische Verhaltenswiederholung nicht zu begründen, da ihre Ratio an den nicht mehr gegebenen historischen Kontext gebunden ist. Die symptomatische Wiederholung hat einen anderen Bezugspunkt. Das wiederholte Auftreten des Symptoms ist mit Triebkräften des Sexuallebens verknüpft, die sich in dem Symptom als „libdinöse Ersatzbefriedigung" (S. 463) ausdrücken.

Auch eine solche Betrachtung des Symptoms vermag offensichtlich sinnhafte Verstehbarkeit zu erzeugen. Eine Verhaltenssteuerung durch das Lustprinzip ist sozial ebenso verstehbar wie eine wert- oder zweckrationale Orientierung, auch wenn die sozialen Bewertungen dieser Fälle sich natürlich stark unterscheiden. Durch das Lustprinzip gesteuertes Verhalten ist soziologisch verstanden eine Form „affektuellen Handelns", die „a-rationalen Sinn" aufweist (Döbert, 1989, S. 230). „Affektuell handelt, wer sein Bedürfnis nach aktueller Rache, aktuellem Genuss, aktueller Hingabe, aktueller kontemplativer Seligkeit oder nach Abreaktion aktueller Affekte (gleichviel wie massiver oder sublimer Art) befriedigt" (Weber, 1985, S. 12).

Worin liegt auf dieser Verständnisebene die Störungswertigkeit der neurotischen Bedürfnisbefriedigung? Eine normale soziale Forderung an das Handeln einer Person ist, dass diese sich nicht bedenkenlos einem affektuellen Handeln überlässt, wenn sie relevante wert- oder zweckrationale Orientierungen dabei kritisch vernach-

Norddeutsches Institut für Verhaltenstherapie

Staatlich anerkannte Ausbildungsstätte Schwerpunkt VT

- Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeutin/en und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en
- Aufbaucurriculum Gruppenverhaltenstherapie
- Zertifizierte Workshopseminare zur Fortbildung

für Psychologische Psychotherapeuten, Ärzte und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Weitere Informationen unter:
www.nivt.de
sekretariat@nivt.de
NIVT,
Bredenstr. 11, 28195 Bremen,
Tel. 0421 / 276598-0

ARBOR SEMINARE
ARBOR VERLAG

MBSR, MBCT und andere achtsamkeitsbasierte Verfahren
Literatur und zertifizierte Fortbildungen mit namhaften Referenten wie Jon Kabat-Zinn, Mark Williams, Christopher Germer und Rick Hanson.

„**Der achtsame Weg zur Selbstliebe**"
Seminar zum gleichnamigen Buch mit Chris Germer (27. – 29. Mai 2011)

„Das Gehirn eines Buddha"
Seminar zum gleichnamigen Buch mit Rick Hanson (24. – 26. Juni 2011)

"Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT)"
Fortbildung mit M.Fennell und T.Barnhofer vom Oxford Mindfulness Centre (18. – 25. November 2011)

Kontakt: info@arbor-seminare.de
Tel.: 0761.6800150
www.mbsr-deutschland.de
Kontakt Verlag: info@arbor-verlag.de
Tel.: 0761.40140930
www.arbor-verlag.de

lässigen würde. Das Ich des Individuums steht so im ständigen Konflikt zwischen unterschiedlichen verhaltensrelevanten psychischen Instanzen. Ein solcher Konflikt zwischen „Sinnlichkeit" und internalisierter „Sittlichkeit" wäre als normaler Kampf „seelischer Regungen, die auf demselben psychischen Boden stehen", allerdings nicht psychisch störungswertig (vgl. Freud, 1944, S. 449). Der „pathogene Konflikt der Neurotiker" dagegen „ist ein Widerstreit zwischen Mächten, von denen es die eine zur Stufe des Vorbewussten und Bewussten gebracht hat, die andere auf der Stufe des Unbewussten zurückgehalten worden ist" (S. 449f). Die in diesem Konflikt unbewusste Macht ist die der Libido. Entscheidende störungswertige Folge der Unbewusstheit der „libidinösen Regung" ist nicht die fehlende kognitive Bewusstheit der affektuellen Impulse. Kognitive Bewusstheit des affektuellen Motivs allein, dies betont Freud als eine konstitutive psychoanalytische Erkenntnis, hebt den störungswertigen Zustand nicht auf. „Wenn der Arzt sein Wissen" (über den unbewussten Sinn der Symptome) „durch Mitteilung auf den Kranken überträgt", hat dies „nicht den Erfolg, die Symptome aufzuheben…" (S. 291). „Eine wirkliche Entscheidung" kann in dem neurotischen Konflikt der psychischen Instanzen „erst fallen, wenn sich die beiden auf demselben Boden treffen..., dies zu ermöglichen, ist die einzige Aufgabe der Therapie" (S. 450). Dieser „Boden" ist die therapeutische Übertragung, in der die affektuellen Impulse sich in der therapeutischen Beziehung aktualisieren und erlebbar werden. Diese Erlebnisaktivierung zuvor unbewusster Lustimpulse ist aus sozialer Perspektive ein entscheidender Normalisierungsschritt. Soziologisch betrachtet, wären fehlende kognitive Bewusstheit und fehlende Handlungsplanung keine Störungskriterien für affektuelles Handeln im eigentlichen Sinn. Dass ein Mensch „weiß, was er tut", ist bezogen auf affektuelles Handeln als solches keine normwertige soziale Forderung. Anders als beim wertrationalen Handeln tritt das affektuelle Motiv „dem Bewusstsein nicht als Kriterium gegenüber, an dem man sich ausrichtet, sondern es ‚schlägt durch' und existiert sozusagen nur in der Handlung" (Döbert, 1989, S. 236). Soziales Verstehen affektuellen Handeln vollzieht sich einfach, indem das Handeln als Befriedigung eines aktuellen affektuellen Bedürfnisses verstanden wird. Unter welchen Bedingungen könnte nun ein solches, auf affektuelle Befriedigung ausgerichtetes Handeln aus sozialer Perspektive störungswertig erscheinen? Freud differenziert diesbezüglich in den Vorlesungen zwei unterschiedliche Störungskategorien. Unterschieden wird, ob die Libido „zu irgendeiner realen, wenn auch nicht mehr normalen Befriedigung" gelangt wie bei der Perversion (Freud, 1944, S. 373), oder zu einer „außerordentlich eingeschränkten und kaum mehr kenntlichen realen Befriedigung" durchdringt wie bei der Neurose (S. 375). Die neurotische Symptomatik wird im psychoanalytischen Prozess idealerweise gelöst, indem der Patient die in den Symptomen störungswertig ausgedrückten Libidoimpulse im therapeutischen Prozess ihrer Aktualisierung und Deutung in sein Ich-Erleben integriert; zum Teil werden diese dabei in eine stärker rationalisierte Form sublimiert, zum Teil wird ihnen eine reale Befriedigung eingeräumt, die dem Ich-Erleben zugänglich ist (S. 473).

Resümee

Die konstitutiven, ursprünglichen Konzepte von Psychoanalyse, Gesprächs- und Verhaltenstherapie stellen ihren gemeinsamen Gegenstand, das psychisch störungswertige Erleben und Verhalten, in unterschiedliche Verstehenskontexte. Es lässt sich zeigen, dass die unterschiedlichen Begründungen dieser drei Verfahren mit unterschiedlichen Formen sozialer Sinnzuschreibung in unserem Kulturkreis korrespondieren. Inwieweit die jeweilige therapeutische Praxis den ursprünglich gesetzten Verstehensrahmen möglicherweise generell überschreitet und in welcher Weise die frühen Konzeptionen sich in der weiteren Entwicklung auf andere Sinnkontexte ausgedehnt haben, muss an dieser Stelle offen bleiben. Eine spezifische Differenz der ursprünglichen Konzepte liegt darin, dass jedes Verfahren methodisch auf je eine Sinndimension ausgerichtet ist und die Symptomatik einmal in den Kontext von Zweckrationalität, einmal in den Kontext von Wertrationalität und einmal in den Kontext affektuellen Handelns gestellt wird. Das historisch entstandene Nebeneinander von Psychoanalyse, Verhaltens- und Gesprächstherapie erscheint vor diesem Hintergrund als nicht zufällig. Jedes Verfahren „belegt" mit seiner ursprünglichen Konzeption jeweils einen in unserer Kultur bedeutsamen Kontext, in dem menschlichem Verhalten Sinn sozial zugesprochen wird.

Literatur

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mistery of health: How people manage Stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Dilg, R. (2005). Zur Diskussion: Welche Rolle kann empirische Validierung für die psychotherapeutische Praxis spielen? *Psychotherapeutenjournal, 4* (3), 247-251.

Döbert, R. (1989). Max Webers Handlungstheorie und die Ebenen des Rationalitätskomplexes. In J. Weiß (Hrsg.), *Max Weber heute. Erträge und Probleme der Forschung* (S. 210-249). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Fiedler, P. (1999). Salutogenese und Pathogenese in der Persönlichkeitsentwicklung. In R. Oerter, C. v. Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 314-334). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Freud, S. (1944). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Gesammelte Werke, Bd. XI*. Frankfurt am Main: Fischer.

Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2009). *Resilienz*. München: Reinhardt.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2007). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Psychotherapie (Psychotherapierichtlinien)* in der Fassung vom 11.12.1998; in Kraft getreten am 1.1.1999 zuletzt geändert am 20.12.2007 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 45, 1015), in Kraft getreten am 21.3.2008. Verfügbar unter: www.g-ba.de [12.10.2010].

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie.* Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal, 4* (1), 4-11.

Hardt, J. & Hebebrand, M. (2006). Psychotherapie als „Lebensform". *Psychotherapeutenjournal, 5* (1), 4-10.

Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy. Appraisal and status* (pp. 417-444). New York: McGraw Hill.

Kormann, G. (2009). Resilienz: Was Kinder und Erwachsene stärkt und in ihrer Entwicklung unterstützt. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, 40* (4), 188-197.

Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. München: Reinhardt.

Margraf, J. & Müller-Spahn, F. (Hrsg.). (2009). *Pschyrembel: Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie.* Berlin: Walter de Gruyer.

Petermann, F. & Schmidt, M. H. (2006). Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie. *Kindheit und Entwicklung, 15* (2), 118-127.

Reinecker, H. (1991). Verhaltenstherapeutisch orientierte Intervention. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie, Band 2: Intervention*. Bern: Hans Huber.

Rogers, C. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG.

Schütz, A. (1932). *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt*. Wien: Springer.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.

Thorndike, E. L. (1911). *Animal Intelligence* (2nd Ed.). New York: Hafner.

Walz-Pawlita, S., Lackus-Reitter, B. & Loetz, S. (2009). Plädoyer für eine verfahrensbezogene Ausbildung und Praxis: Zur „methodenspezifischen Eigengesetzlichkeit therapeutischer Prozesse". *Psychotherapeutenjournal, 8* (4), 352-365.

Weber, M. (1985). *Wirtschaft und Gesellschaft*. Studienausgabe. Tübingen: Mohr.

Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2006). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.

Dr. Christian Brandt

Leitender Psychologe, Supervisor
Klinik für Kinder-Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Klinikum am Weissenhof
74189 Weinsberg
c.brandt@klinikum-weissenhof.de

XXIX Internationales Symposium
der Deutschen Akademie
für Psychoanalyse (DAP) e.V.
16. Weltkongress
der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie (WADP inc., Bern)

Identität und interpersonelle Dynamik

Forschung, Pathologie und Behandlung

21.–25. März 2011
Psychiatrische Klinik der
Ludwig-Maximilians-Universität
München

Kongresssprachen: Englisch/Deutsch

Information
Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.
Goethestraße 54, 80336 München
TEL ++49 (0)89 5396-74, -75,
FAX ++49 (0)89 5328837
info@psychoanalysebayern.de

www.wadp-congress.de

Akademie bei König & Müller
Semmelstr. 36 / 38, 97070 Würzburg
Tel.: 0931 – 46079033 / Fax: 0931 - 46079034
akademie@koenigundmueller.de

Scientific Update on Mild Traumatic Brain Injury (MTBI) and Postconcussion Syndrome (PCS): New Evidence for Diagnosis and Management
07.04.2011 GB-London (FB110407A)
Michael McCrea, PhD; 8 Std; 172 €

„Du stirbst nicht" - Selbst- und Fremdwahrnehmung bei Schädel-Hirn-Verletzungen - Neuropsychologische und literarische Perspektiven
14.05.2011 D-Bad Kissingen (FB110514A)
Kathrin Schmidt (dt. Buchpreisträgerin), Dr. Birgit Kemper, Dipl.-Psych.; 6 Std; 30 €*

The Second European Symposium on Symptom Validity Assessment
20.-21.05.2011 GB-London (FB110520A)
Dr. Stuart Anderson; 15 Std; 325 €

Neurofeedback - Klinische Anwendungsgebiete
03.-04.06.2011 D-Würzburg (FB110603A)
Prof. Dr. Andrea Kübler, Dipl.-Psych., Dr. Ute Strehl, Dipl.-Psych. Iris Wiegand, Dipl.-Psych. Clemens Navratil, Dipl.-Soz.-Päd. Simone Fuchs, Erwin Hartsuiker, Tim Keren, Bsc.; 13 Std; 230 €*

Neurofeedback bei Kindern mit ADHS
01.07.2011 D-Veitshöchheim (FB110701B)
Dipl.-Psych. Sonja Kaller; 8 Std; 166 €*

Wir bringen es auf den Punkt!
Bei unseren Kursen erhalten Sie Punkte der Psychotherapeuten– und / oder Ärztekammern

Der tagesaktuelle Veranstaltungskalender unter:
www.koenigundmueller.de

*Kosten inkl. MwSt.

Recht: Aktuell

Rechtsfragen beim Missbrauchsverdacht

Johann Rautschka-Rücker

Psychotherapeutenkammer Hessen

Kürzlich wurde in der Tagespresse über ein Urteil des OLG Frankfurt (Az 1 U 49/09) berichtet. Geurteilt wurde über Unterlassungs- und Entschädigungsansprüche eines angeblichen Täters gegen eine niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (KJP), die einen Missbrauchsverdacht kommuniziert hatte. Der Fall war bei der Psychotherapeutenkammer nicht bekannt. Die Angaben zum Sachverhalt, die dem Urteil zu entnehmen sind, geben Veranlassung, über einige ausgewählte rechtliche Aspekte zu informieren. Nur für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendämter und von solchen Institutionen, die auf vertraglicher Grundlage Leistungen nach dem SGB VIII erbringen, regelt der § 8 a SGB VIII das bei Missbrauchsverdacht einzuhaltende Verfahren und ihre Rechte und Pflichten.

Niedergelassenen soll der Artikel helfen, nicht in eine ähnliche Situation zu gelangen, in der sich die hessische KJP wiederfand.

Der Fall

Zum Sachverhalt ist dem OLG-Urteil Folgendes zu entnehmen:

- Die KJP behandelte ein Kind und hatte den Verdacht, das Kind werde sexuell missbraucht.
- Der Verdacht richtete sich gegen einen Mann, der „das betroffene Kind in einem sog. ‚Schülerladen' und als Fußballtrainer, später auch individuell sozialpädagogisch betreute" und offenbar „vor langer Zeit einmal einschlägig in Erscheinung getreten ist".
- Die KJP sprach über ihren Verdacht mit der Fachstelle für Kinderschutz der betreffenden Stadt, dem arbeitgebenden Verein, Mitarbeitern des Vereins und einer Sozialstation.
- Der Verdächtigte verlor seine Arbeitsstelle, ein Ermittlungsverfahren wurde eingestellt.
- Die KJP verweigerte im Prozess die Darlegung von Tatsachen, aus denen sich ihr Verdacht ergab, weil sie sonst die Schweigepflicht gegenüber dem behandelten Kind verletzen würde.

Das OLG verurteilte die KJP zur Unterlassung, immateriellem Schadenersatz von 2.000 EUR und stellte fest, dass sie zum Ersatz aller Schäden verpflichtet sei, die ihm aus ihren Äußerungen entstanden sind.

In der Begründung finden sich die Sätze: „Die Beklagte muss sich Fahrlässigkeit im Sinne des § 276 BGB vorwerfen lassen. Von einer Psychotherapeutin muss erwartet werden, dass sie die Grenzen ihres Äußerungsrechtes kennt und die potentiellen Konsequenzen für den Betroffenen bedenkt."

Grenzen des Äußerungsrechtes

Was sind aber die Grenzen des Äußerungsrechtes? Vorliegend handelte es sich um ein zivilrechtliches Verfahren, wo es bei Äußerungen über Dritte meist um die Bearbeitung des Zusammentreffens zweier Grundrechte geht: das Persönlichkeitsrecht auf Seiten des „Verdächtigten" und das Recht auf freie Meinungsäußerung auf Seiten des „Verdächtigenden".

Dazu sagt das Bundesverfassungsgericht: „Führt eine Tatsachenbehauptung zu einer Rechtsverletzung, hängt die rechtliche Bewertung vom Wahrheitsgehalt der Äußerung ab. Bewusst unwahre Tatsachenäußerungen genießen den Grundrechtsschutz überhaupt nicht. Ist die Wahrheit nicht erwiesen, wird die Rechtmäßigkeit der Beeinträchtigung eines anderen Rechtsguts davon beeinflusst, ob besondere Anforderungen, etwa an die Sorgfalt der Recherche beachtet worden sind" (BVerfG 1 BvR 755 und 756/99 vom 17.12.2002).

Beweispflichtig war die KJP, die unter Hinweis auf die Schweigepflicht weder die Richtigkeit ihrer Behauptung noch ihre Recherchesorgfalt belegen konnte oder wollte. Das kann nach Auffassung des OLG nicht dazu führen, dass der Verdächtigte die Behauptungen auch ohne Tatsachenuntermauerung hinnehmen muss, er würde sonst völlig schutzlos gestellt. Das OLG weist aber einen Weg aus dieser schwierigen Situation: „Die Beklagte hätte sich ... auf Äußerungen gegenüber Personen beschränken müssen, deren primäre Aufgabe es ist, Kinder vor sexuellen Übergriffen zu schützen, mithin die zuständigen städtischen Stellen und die Staatsanwaltschaft."

Was aber ist dieser Hinweis wert? Zunächst einmal trifft die Einordnung der Staatsanwaltschaft nicht zu. Sie ist Ermittlungs- und Anklagebehörde und befasst sich nicht vorrangig mit der Verhinderung von Straftaten (sog. Gefahrenabwehr). Wenn nach den Befürchtungen der KJP tatsächlich sexueller Missbrauch (weiter) unmittelbar drohte, wäre m. E. die Staatsanwaltschaft nicht die erste Wahl. Zu denken wäre neben dem Jugendamt eher an die Polizei, die für die Gefahrenabwehr zuständig ist. Zudem hätte die Staatsanwaltschaft nach Fakten und Beweisen fragen müssen und ohne solche Angaben überhaupt nicht tätig werden können. Auch die Fachstelle für Kinderschutz – eine Organisationseinheit des Jugendamtes – dürfte ohne ein Minimum an Informationen über den Verdachtsfall einigermaßen hilflos (gewesen) sein; dem Urteil des OLG ist nichts über deren Aktivitäten zu entnehmen. Gleiches gilt für die Polizei.

Hilfe und Schweigepflicht

Ich bin überzeugt, dass ohne die Fähigkeit und den Willen einer Psychotherapeutin/eines Psychotherapeuten harte Fakten, die bis in Details gehen, zu offenbaren, wirkungsvolle Hilfe allenfalls zufällig möglich ist und – wie in dem Fall der KJP – mit einem erheblichen Eigenrisiko verbunden sein kann. Zur Eröffnung eines erfolgversprechenderen Weges gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder erreicht man von den Sorgeberechtigten des Kindes eine Entbindung von der Schweigepflicht oder man durchbricht die Schweigepflicht unter Berufung auf einen rechtfertigenden Notstand. Ein Offenlegungsgespräch mit den Eltern und dem Ziel, die Entbindung zu erreichen, kommt selbstverständlich nur bei außerfamiliärem Missbrauchsverdacht in Betracht; dann ist es wegen der Elternrechte aber auch zwingend.

Rechtfertigender Notstand

Die Berufung auf einen rechtfertigenden Notstand erfordert, dass die folgenden Voraussetzungen vorliegen und durch Tatsachen belegt werden können:

- Es muss ein *gefährdetes Rechtsgut* (z. B. die Gesundheit des Kindes) geben.
- Eine *gegenwärtige Gefahr* (z. B. der Verdacht bevorstehender oder fortgesetzter Missbrauchshandlungen) muss aufgrund tatsächlicher Umstände prognostizierbar sein.
- Die Gefahr darf nicht anders abwendbar sein, d. h. die Durchbrechung der Schweigepflicht muss *geeignet und erforderlich* sein, um die Gefahr abzuwenden.
- Und letztlich muss die *Abwägung der widerstreitenden Interessen* zugunsten des gefährdeten Rechtsgutes ausgehen.

Dabei handelt es sich um Kriterien, die einer strafrechtlichen Norm (§ 34 Strafgesetzbuch – rechtfertigender Notstand) entnommen sind. Im Zivilrecht gelten ähnliche Grundsätze, wobei sich dann die Konstellation etwas anders darstellt, nicht die Schweigepflicht steht im Zentrum, sondern die Grenzen des Äußerungsrechtes. Dadurch tritt wiederum die Frage, wem gegenüber man sich äußern darf, in den Mittelpunkt. Das OLG sah in dem Urteil eine Äußerung gegenüber dem Arbeitgeber als rechtswidrig an. Diese Bewertung mag für den entschiedenen Fall zutreffen, weil das Gericht mangels jeglichen Tatsachenvortrages die Verdächtigung als unberechtigt angesehen hat. Grundsätzlich kann ich mich der Auffassung nicht anschließen. Sofern gut dokumentierte, tatsächliche Anhaltspunkte für den Verdacht vorliegen und auf die Person des Täters hinweisen, kann die Einschaltung des Arbeitgebers meines Erachtens dann im Einzelfall ein *geeignetes Mittel* darstellen, wenn die vermuteten Missbrauchshandlungen im Kontext der Erfüllung der arbeitsvertraglichen Pflichten des Täters stattfinden.

Erste Wahl wäre meines Erachtens aber folgendes Vorgehen:

- Frühzeitige Einschaltung einer Fachstelle ohne Nennung der Namen Dritter bzw. unter Wahrung der Schweigepflicht,
- gemeinsame Beurteilung der Verdachtstatsachen und -beobachtungen,
- Einbeziehung der Eltern (nur bei Verdacht auf außerfamiliären Missbrauch) und evtl. des Jugendamtes,
- gemeinsame Festlegung des weiteren Vorgehens.

Primat fachlicher Kriterien

Bei der Festlegung des weiteren Vorgehens sind die rechtlichen Aspekte zwar bedeutsam, Leitmaxime müssen jedoch die fachlichen Antworten auf die Frage sein, wie einem Kind am besten geholfen werden kann. Insbesondere bedarf es der Einschätzung, ob das Kind ausreichende emotionale Stabilität für die Prozeduren aufweist, die regelmäßig mit Ermittlungen und Verfahren verbunden sind. Die Antworten mögen dazu führen, dass sich bestimmte Interventionen verbieten bzw. eine Durchbrechung der Schweigepflicht kontraindiziert ist.

Wenn jedoch Informationen an Dritte gegeben und hinsichtlich einer konkreten Person ein Verdacht geäußert wird, sollten zur Eigensicherung die Voraussetzungen für den rechtfertigenden Notstand geprüft sein und bejaht werden können. Untrennbar damit verbunden ist der Rat, von dem „Äußerungsrecht" nur effizient und sparsam Gebrauch zu machen und ansonsten zu schweigen.

Weitere fachliche und rechtliche Informationen finden Sie z. B. auf der Internetseite der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein unter Rechtliches → Kindeswohlgefährdung oder auf der Internetseite des Main-Taunus-Kreises, wo Sie einen Handlungsleitfaden „Kinderschutz und Hilfen gegen sexualisierte Gewalt" herunterladen können.

Ass. jur.
Johann Rautschka-Rücker

Geschäftsführer der
Psychotherapeutenkammer
Hessen
Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
JRautschka-Ruecker@
ptk-hessen.de

Aktuelles aus der Forschung

Karin Jeschke

Psychotherapeutenkammer Berlin

Die hier besprochenen Studien befassen sich alle mit dem Themenfeld Therapie mit Onlinetherapie/neuen Medien. Um den LeserInnen zu ermöglichen, sich ein eigenes Bild von der Debatte zu machen, wurden aktuelle Artikel zu möglichst unterschiedlichen Anwendungsformen und Fragestellungen ausgewählt. Ist Onlinetherapie eigentlich eine Innovation und was ist darunter zu verstehen? Da auch solche Studien zu Onlinetherapie, die außerhalb des angloamerikanischen Sprachraums entstehen, fast ausschließlich in angloamerikanischen Zeitschriften publiziert werden, werden nur englischsprachige Artikel besprochen.

Welche Barrieren stehen der Verbreitung von Onlinetherapie entgegen?

Lovejoy, T. I., Demireva, P. D., Grayson, J. L. & McNamara, J. (2009). Advancing the practice of online psychotherapy: An application of Rogers´ Diffusion of Innovations Theory. Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 46 (1), 112-124.

Die rasche technologische Entwicklung und deren Einsatz in allen Bereichen des Lebens stellen auch PsychotherapeutInnen vor die Frage, ob sie manche technische Innovationen in ihrer Praxis anwenden oder ob sie darauf verzichten wollen. Der vorliegende Artikel versteht unter „Online Psychotherapy" eine primäre Methode zur Übermittlung der Dienstleistung Psychotherapie, die als fakultative Ergänzung („adjunct") zur herkömmlichen „face-to-face"-Therapie angewandt wird. Die zwei Hauptmethoden werden als synchron (Life-Chat, Videokonferenz) und asynchron (E-Mails als Hauptbeispiel) kategorisiert.

Die AutorInnen nutzen die „Diffusion of Innovations Theory" (DIT) von Everett M. Rogers (2003), um die relativ langsame Verbreitung von Onlinepsychotherapie in den USA zu erklären. Laut DIT ist die Verbreitung von Innovationen ein Prozess, in dessen Rahmen Mitglieder eines sozialen Systems Innovationen über Kommunikationskanäle kennenlernen und anwenden sowie innerhalb ihres Systems verbreiten. Fünf Faktoren sind für die Verbreitung von Innovationen relevant: 1. relativer Vorteil (z. B. finanziell, Verbesserung der Arbeitsbedingungen), 2. Kompatibilität mit bestehenden Werten, Erfahrungen und Bedürfnissen, 3. Komplexität, was Aufwand der Aneignung und Umsetzung betrifft, 4. Testfreundlichkeit – kann man die Innovation in geringem Umfang anwenden und bereits Erfolge sehen? 5. Sichtbarkeit positiver Auswirkungen. Nach Rogers werden Menschen, die Innovationen gegenüber aufgeschlossen sind, am meisten vom relativen Vorteil und von der Kompatibilität der Innovation mit Bestehendem beeinflusst. Er beschreibt den Verbreitungsprozess als S-Kurve: Zu Beginn und gegen Ende ist die Geschwindigkeit der Verbreitung langsam. Die frühen AnwenderInnen, wozu etwa ein Sechstel zählen, sind von der Innovation an sich überzeugt. Ein weiteres Sechstel – die Nachzügler – zieht am Ende nach, um keinen Wettbewerbsnachteil zu haben. Bei den zwei Dritteln in der Mitte der Kurve beschleunigt sich der Verbreitungsprozess – sie werden meist über persönliche Empfehlung von der Nützlichkeit der Innovation überzeugt. An einem Punkt wird eine kritische Masse durch die Innovation erreicht, so dass der Verbreitungsprozess sich von da an selbst trägt.

Nach Rogers durchläuft der/die einzelne AnwenderIn einer Innovation fünf Phasen: von der Innovation erfahren, Überzeugung, Entscheidung, Umsetzung und Bestätigung.

Angesichts der Vorteile von Onlinetherapie und der zahlreichen Nachweise ihrer Wirksamkeit fragen sich Lovejoy et al., welche Barrieren das nur zögerliche Aufgreifen von Onlinepsychotherapie in der US-Psychotherapeutenschaft erklären. Sie beschreiben neun Barrieren der Anwendung von Onlinepsychotherapie, und zwar eine „Entmenschlichung" der therapeutischen Beziehung („dehumanizing the therapeutic environment"), Kosten/Bezahlung (keine Kassenleistung), Infrastruktur- und Ausbildungskosten (Fehlen von Standards), Lizensierung und rechtliche Bedenken (z. B. Berufshaftpflicht), das Fehlen etablierter ethischer Richtlinien (noch im Entstehungsprozess), Patientenprivatsphäre, Patientensicherheit und Schweigepflicht, Passung zu jeweiligen PatientInnen (z. B. Schwere der Störung, Computer- und Schreibkenntnisse), professioneller Status und Akzeptanz.

Insbesondere Fragen der Patientensicherheit seien heikel, da die Patientenidentität online nicht abschließend klärbar sei – auch nicht über ein zusätzliches obligatorisches Erstgespräch „face-to-face". Die Akzeptanz sei bisher niedriger als bei Präsenz-Psychotherapie, viele Angebote ohne geschulte PsychotherapeutInnen verschlechterten das Image von Onlinepsychotherapie.

Die AutorInnen geben Empfehlungen für jeden der neun Bereiche ab, die sich entweder nicht ohne weiteres von den USA auf andere Länder übertragen lassen (z. B. wird als Vorteil genannt, dass Therapieunterbrechungen mit Studenten als Patienten auch während der dreimonatigen Semesterferien dort aufgrund

der Ortsunabhängigkeit der Online-Sitzungen vermieden werden können) oder ziemlich allgemein gehalten sind (z. B. mehr differenzierterer Dialog in der Psychotherapeutenschaft sowie das Werben für Onlinepsychotherapie über Massenmedien).

Kommentar: Rogers' Theorie bietet einen guten Rahmen, um den aktuellen Status quo der Umsetzung von Onlinepsychotherapie, Barrieren der Verbreitung und mögliche Abhilfen zu diskutieren. Es wäre interessant, den Status quo der Verbreitung in Deutschland vor diesem Hintergrund zu analysieren. Ist der Punkt der kritischen Masse, nach dem sich die Innovation selbst trägt, in der deutschen Psychotherapeutenschaft bereits erreicht oder wird er überhaupt erreicht werden? Nur am Rande erwähnen die deutlich „pro" Onlinetherapie eingestellten AutorInnen, dass sich auch in den USA unter Onlinepsychotherapie ein Sammelsurium von Kurzzeitberatung durch kurz geschulte BeraterInnen bis hin zu längeren Onlinepsychotherapien mit ausgebildeten PsychotherapeutInnen verbirgt. Das ist bedauerlich, da dies eine zentrale Rolle bei der Skepsis gegenüber Onlinepsychotherapie spielt. Bei den Barrieren fällt auf, dass einige davon nahezu unlösbare Probleme enthalten, so z. B. die nicht sicher klärbare Identität von TherapeutIn und PatientIn. Gleichzeitig wird auch in Deutschland von denen, die früh von der Onlinepsychotherapie überzeugt waren, schon intensiv mit diesem Ansatz gearbeitet und geforscht, wobei zahllose Wirksamkeitsnachweise generiert werden. Z. B. jenseits der fehlenden klaren Definition von Onlinepsychotherapie stellt sich die Frage, ob diese bezüglich Umfang, Qualität und fachlichen Vorgaben eine Innovation im positiven Sinne ist, wie Rogers sie beschreibt und die es zu verbreiten gilt. Der Diskussionsbedarf dazu in der deutschen PsychotherapeutInnenschaft ist in jedem Fall groß.

Die therapeutische Beziehung: Ein Vergleich von „konventioneller" Psychotherapie und Telepsychotherapie bei PTSD

Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S. & Drouin, M. (2009). Assessment of the Therapeutic Alliance in Face-to-Face or Videoconference Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 13 (1), 29-35.

Therapieansätze, die nicht im herkömmlichen Setting („face-to-face") der persönlichen Begegnung zwischen TherapeutIn und PatientIn stattfinden, kämpfen häufig mit dem Vorurteil, dass nur in „face-to-face"-Psychotherapien eine qualitativ hochwertige therapeutische Beziehung zustande käme. Die vorliegende kanadische Studie vergleicht die therapeutische Beziehung in einer „face-to-face" kognitiv-behavioralen Psychotherapie mit dem gleichen Ansatz, der über Videokonferenz durchgeführt wird.

Dazu wurden 46 TeilnehmerInnen im Alter von 18 bis 65 Jahren ohne diagnostizierte Komorbidität mit primärer PTSD-Diagnose und einem breiten Spektrum zugrundeliegender Traumata (z. B. Autounfall, Krieg, bewaffneter Raubüberfall, physische oder sexuelle Gewalt) rekrutiert. Die PTSD-Diagnose erfolgte über ein halbstrukturiertes diagnostisches Interview (SKID). Die Zuordnung erfolgte auf freiwilliger Basis, so dass 29 TeilnehmerInnen aus Montreal „face-to-face" und fünf aus Montreal sowie zwölf aus einer ländlichen Region bei Montreal über Videokonferenztherapie behandelt wurden. Während der Videokonferenzen war ein Techniker vor Ort abrufbar. Die Erfassung der therapeutischen Beziehung erfolgte über sechs unterschiedliche Fragebögen, die teils nach jeder Sitzung, vor und nach der Exposition den PatientInnen und teils auch den TherapeutInnen vorgelegt wurden. Die TherapeutInnen sind PsychologInnen mit Ausbildung in Kognitiver Verhaltenstherapie. Sie brachten im Durchschnitt fünf Jahre Erfahrung mit und übernahmen jeweils Therapien in beiden Settings. Die Therapie mit wöchentlich einer Sitzung dauerte in beiden Settings zwischen 16 und 25 Wochen je nach Schwere der Traumatisierung. Sie bestand in beiden Settings aus denselben vier Modulen: Psychoedukation, Angstbewältigung, Exposition (in sensu und in vivo) und Strategien zur Rückfallprävention.

Das Hauptergebnis der zur Auswertung der Fragebögen durchgeführten Regressionsanalyse war, dass es keinen signifikanten Unterschied in den Bewertungen der therapeutischen Beziehung und deren Entwicklung zwischen „face-to-face" und Videokonferenzbehandlung gab. In beiden Behandlungssettings hatte auch die Behandlung der vermiedenen Situationen in der in vivo Exposition keine negative Auswirkung auf die therapeutische Beziehung. Das Hauptergebnis erstaunt umso mehr, da technische Probleme auftraten, wie eine verzögerte Übertragung des Dialogs und einige Unterbrechungen der Übertragung. Auch Vorurteile gegenüber Technik und geringe Versiertheit im Umgang mit Technik sowie eine defensive Haltung der PatientInnen zu Psychotherapie im Allgemeinen hatten keinen Einfluss auf die Qualität der entstehenden therapeutischen Beziehung.

Erlebnisorientierte Paartherapie
~ Curriculum in 7 Akten ~
ab März 2011
www.fam-thera.de

Darüber hinaus wurde deutlich, dass sowohl das Präsenzgefühl während der Videokonferenz als auch die Wahrnehmung der Sitzung unmittelbar nach Abschluss mit der therapeutischen Beziehung zusammenhängen. Vergleicht man den Einfluss beider, wird deutlich, dass die Wahrnehmung der vorangegangenen Sitzung eine sicherere Prognose für die Beziehung ermöglicht als die empfundene Präsenz während der Sitzung. Die empfundene Präsenz während der Sitzung hat jedoch mehr Einfluss auf die therapeutische Beziehung nach Abschluss der Behandlung.

Kommentar: Die vorliegende Studie überzeugt darin, die Anwendung desselben therapeutischen Ansatzes durch dieselben TherapeutInnen in zwei vergleichbaren unterschiedlichen Settings zu untersuchen. Die Settings sind vergleichbar, da bei beiden der/die TherapeutIn für den/die PatientIn sichtbar in Erscheinung tritt und sie direkt interagieren. Darüber hinaus hat die Studie praktische Relevanz, z. B. für die Eröffnung neuer Möglichkeiten der Psychotherapie in unterversorgten Gegenden. Gerade vor dem Hintergrund der kontinuierlichen technischen Verbesserungen werden technische Probleme bei Videokonferenztherapien in Zukunft eine immer geringere Rolle spielen. Verblüffend ist, dass z. B. technische Probleme wie Unterbrechungen und die verzögerte Übertragung und Einschränkungen durch das Medium Videokonferenz die therapeutische Beziehung in der vorliegenden Studie nicht beschädigten, ja nicht einmal negativ beeinflussten. Anscheinend sind schlechter sichtbare nonverbale Reaktionen bei der PatientIn sowie die Anwesenheit an unterschiedlichen Orten kein Hindernis für die therapeutische Beziehung.

Gleichwohl bleiben im Artikel einige Fragen offen, so dass eine Verallgemeinerung der teils verblüffenden Ergebnisse schwer fällt. So bleibt unklar, durch welche Mechanismen per Videokonferenz Unterschiede in der Beziehungsgestaltung im Vergleich zur „face-to-face"-Psychotherapie kompensiert werden. Inwiefern gestalten sich Übertragung und Phantasien bei PatientInnen in der Videokonferenzbehandlung anders als oder auch ähnlich wie in der Präsenztherapie? Hier besteht weiterer Forschungsbedarf. Denkbar wäre, dass die gute Motivationslage bei Selbstzuordnung zur Videokonferenztherapie und der Ausschluss einer diagnostizierten Komorbidität eine Rolle spielten. Eventuell sind bei der Videokonferenztherapie die sehr positiven Rückmeldungen auch Teil der Bemühungen der PatientInnen um Beziehungsintensivierung. Zweifelsohne nahmen nur besonders technikaffine Personen an der Videokonferenztherapie teil, da sie sich selbst dafür melden konnten. Damit sind keine Aussagen zur Videokonferenztherapie allgemein möglich.

Eine zusätzliche Messung des Psychotherapieerfolgs erfolgt anscheinend nicht. Dies wäre jedoch eine wichtige weitere Größe für einen Vergleich der therapeutischen Beziehung bei Präsenz- und Onlinepsychotherapie. Die vorliegende Studie untersuchte eine sehr kleine, unsystematisch gewonnene Stichprobe. Die AutorInnen erwähnen jedoch diese Einschränkung der Geltung der Ergebnisse nicht, sondern kommen vielmehr zu weitreichenden Schlussfolgerungen.

E-Mail-Nachbehandlungsthemen als Resultat der Ergebnisse einer stationären Psychotherapie

Wolf, M., Chung, C. K. & Kordy, H. (2010). Inpatient treatment to online aftercare: E-mailing themes as a function of therapeutic outcomes. Psychotherapy Research, 20 (1), 71-85.

Was erleben Menschen nach einer intensiven stationären Psychotherapie? Kenntnisse über die Rückkehr in den Alltag könnten Anhaltspunkte für die stationäre Therapie und die Vorbereitung auf die Zeit danach sowie für nachsorgende ambulante Therapien geben. Die zunehmend verbreiteten internetbasierten Nachbehandlungsprogramme bieten einen direkten Datenzugang zu Erfahrungen bei der Rückkehr nach der Behandlung in den Alltag. Die vorliegende explorative deutsche Studie untersucht mit „The E-Mail Bridge" von Wolf (2006) ein solches in der Universitätsklinik Heidelberg angewandtes Nachbehandlungsprogramm. Grundlage des Programms ist die dreimonatige Begleitung von PatientInnen nach der stationären psychosomatischen Behandlung über Briefwechsel per E-Mail, wenn möglich mit den BehandlerInnen des Klinikaufenthalts. Dazu sollen sich PatientInnen an einem vereinbarten Wochentag Zeit für eine E-Mail an die TherapeutInnen nehmen. Die Antwort des/der TherapeutIn erfolgt innerhalb von 24 Stunden und es besteht die Möglichkeit zusätzlicher Mails. In den Mails sollen sie über ihre Gedanken und Gefühle und das emotional wichtigste Thema bezüglich ihrer aktuellen Situation, der Vergangenheit oder der Zukunft schreiben. Sie sollen dabei auf das zentrale Thema sowie die in der stationären Therapie veränderten Ziele Bezug nehmen. Mögliche vorgegebene Themen sind Beziehungen, Gesundheitsverhalten, Freizeitaktivitäten, Selbstwahrnehmung oder Selbstwertgefühl. Sie können intensiv an einem Thema oder an verschiedenen Themen arbeiten. Die Mails werden vertraulich behandelt. Die einzige Regel ist, dass die PatientInnen mindestens 15 bis maximal 30 Minuten ununterbrochen schreiben müssen, wobei nicht auf Rechtschreibung und Grammatik geachtet werden muss. Teilnehmen konnten alle interessierten PatientInnen, die in stationärer Behandlung gewesen waren. Die PsychotherapeutInnen hatten für ihre Antworten nur die Anweisung, dass sie sich im Rahmen der Rückfallprävention bewegen sollten: emotionale Unterstützung geben, positive Veränderungen bekräftigen und bei negativen Veränderungen zu Handlungsalternativen ermutigen. Zur Ermittlung des Grads der Einschränkung der PatientInnen und der Veränderungsmessung während der stationären Psychotherapie wurde das Klinisch-Psychologische Diagnosesystem-38 angewandt.

Bei 297 TeilnehmerInnen insgesamt wurden im Durchschnitt pro TeilnehmerIn 17 E-Mails mit 7500 Wörtern gesandt. Die PatientInnen äußern eine hohe Zufriedenheit mit dem Programm. Die Auswertung erfolgte über eine computerbasierte quantitative Inhaltsanalyse (Meaning Extraction Method). Mittels einer Principal Component Analyse wurden auf Grundlage der Substantive der Mails neun Themenkreise zusammengefasst. Hauptergebnisse sind, dass Frauen in ihren Mails mehr auf Symptome, Bewegung, Ernährung und Herkunftsfamilie Bezug nahmen, während Männer sich eher auf Arbeit bezogen. Jüngere PatientInnen schrieben mehr über Herkunftsfamilie, Bewegung und Ernährung, während Ältere eher ihre eigene Familie zum Thema machten. PatientInnen, deren stationäre Therapie erfolglos war, schrieben mehr über psychische und körperliche Symptome als PatientInnen, deren stationäre Behandlung erfolgreich war.

Die AutorInnen diskutieren als Stärken ihrer Studie das große heterogene Sample mit einer geringen Dropout-Quote von 6% (Kriterium war, dass weniger als drei E-Mails gesandt wurden). Eine weitere Stärke sei der Zugang zur Erfahrung der PatientInnen in deren eigener Sprache. Als Schwächen besprechen sie, dass die extrahierten Themen Momentaufnahmen sind, dass die Rolle der Therapeutenantworten nicht analysiert wurde sowie dass es der Studie durch die Selbstselektion der TeilnehmerInnen an Repräsentativität mangelt. Zusätzlich wird die Fehleranfälligkeit der computerbasierten Inhaltsanalyse thematisiert.

Kommentar: Die Begleitung von PatientInnen nach einer stationären Therapie über E-Mails hat Potential sowohl als unaufwendige Begleitung von PatientInnen über die Sektorengrenze hinweg als auch für die Erforschung der Prozesse bei der Rückkehr in den Alltag. Sie hat zusätzlich den Vorteil einer weitestgehend naturalistischen, nicht reaktiven Datenerhebung. Die in der Studie angewandte quantitative Auswertungsmethode extrahiert unter hohem Aufwand relativ triviale und sehr abstrakte Themen aus dem reichhaltigen Datenmaterial. Bedauerlicherweise gingen gerade die Bedeutungen der Patientenmails unter Anwendung der Meaning Extraction Method großteils verloren. Darüber hinaus bleibt die Bedeutung der Therapeutenantworten unbeleuchtet. Es wäre interessant, den Zusammenhang von Therapieinhalten, Mailinhalten und die Interaktion zwischen Therapeutenantworten und PatientInnen-E-Mails zu untersuchen. Weiterhin wäre es interessant zu untersuchen, welche Bedeutung es hat, ob der/die behandelnde PsychotherapeutIn die Mails schreibt oder ein/e andere/r PsychotherapeutIn der Station.

Gegebenenfalls könnten auch nichtreaktive naturalistische Quellen wie Tagebücher, Blogs und Internetforen mit einbezogen werden. Möglicherweise hätten die erhobenen Daten – E-Mails über drei Monate – auch eine eher prozessorientierte Analyse zugelassen. Zumindest wäre es vermutlich fruchtbarer, die Substantive im Kontext ihrer Sätze und E-Mails zu analysieren. Dabei wäre wahrscheinlich ein differenzierteres und inhaltlich reichhaltigeres Ergebnis zu erzielen.

Die Idee der Kombination von Präsenz- und Onlinephasen hat sich in anderen Kontexten wie z. B. in der Lehre an Hochschulen unter dem Label „Blended Learning" als sehr effizient erwiesen. Möglicherweise wäre dieser Ansatz auch auf die Kombination der Vorteile von Präsenz- und Onlinetherapie übertragbar.

Karin Jeschke

Wissenschaftliche Referentin
Psychotherapeutenkammer Berlin
Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
jeschke@psychotherapeuten-kammer-berlin.de

AntragPro
Psychotherapie-Anträge schneller schreiben
Das Antrag Pro System :
Datenbank mit Mustertexten
Programm zum Antragschreiben ("Gutachten")
erweiterbar um neue Module
effektiver, einfacher und kreativer schreiben
Nur für kurze Zeit:
Antrag Pro zum Kennenlern-Preis
www.antrag-pro.de
PsyDV Software für Psychotherapeuten
Heckenweg 22, 53229 Bonn

www.workshop-kongress2011.de
Wissen - schaf(f)t - Praxis - schafft Wissen
mehr als 60 Vorträge, Symposia und Workshops zu aktuellen Themen aus Forschung und Praxis der Klinischen Psychologie und Psychotherapie
7. WORKSHOP KONGRESS BERLIN 2011
für Klinische Pychologie und Psychotherapie
2. - 4. Juni 2011
Berlin - Dahlem
Veranstalter: DGPs Fachgruppe für klinische Psychologie und Psychotherapie | Freie Universität Berlin | Humboldt-Universität zu Berlin

Praxis und Forschung

Nach wie vor besteht ein erheblicher Mangel an praxisnaher Forschung, auch und gerade in den Bereichen Ausbildung und Qualitätssicherung. Daher möchte die Redaktion des Psychotherapeutenjournals die Forschungsinitiative der Hessischen Kammer zu Supervision und Intervision unterstützen, auf die im folgenden Beitrag hingewiesen wird.

Supervisionsforschung

Ausschuss „Wissenschaft und Forschung" der Psychotherapeutenkammer Hessen

Zusammenfassung: Supervision und Intervision haben hohe Bedeutung in der psychotherapeutischen Ausbildung und Versorgungspraxis. Forschungsergebnisse liegen jedoch nur spärlich vor. Die hessische Psychotherapeutenkammer ruft daher zu Forschungsprojekten auf, nennt besonders interessante Themenbereiche und bietet Unterstützung an.

Therapie-Supervision ist in der psychotherapeutischen Ausbildung unabdingbar und in der psychotherapeutischen Berufspraxis ein zentrales Instrument zur Sicherung und Verbesserung der Therapiequalität. Eine Umfrage unter 1067 hessischen Psychotherapeuten, die vom Ausschuss „Qualitätssicherung" der hessischen Psychotherapeutenkammer organisiert wurde, hat aufgezeigt, dass die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Supervision und Intervision einen sehr hohen Stellenwert für die Qualitätssicherung zumessen (vgl. Reuther-Dommer, Sattler & Neef, 2007). Hieran anknüpfend hat sich der Ausschuss „Wissenschaft und Forschung"[1] der Psychotherapeutenkammer Hessen in Zusammenarbeit mit dem Psychologischen Institut an der Universität Marburg (Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, Prof. Dr. Winfried Rief und Dr. Gaby Bleichhardt, DP Kathrin Mößner) eine Folgebefragung durchgeführt; hierfür wurde ein spezieller Fragebogen konstruiert, der an die hessischen Kammermitglieder verschickt wurde. Insgesamt haben 843 hessische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an der Befragung teilgenommen. Die Ergebnisse zeigen unter anderem, dass die einzelnen Reflexionsformen unterschiedlich häufig in Anspruch genommen werden: 22% der Befragten nehmen an Teamsupervisionen, 46% an Fallbesprechungen, 52% an Einzelsupervisionen und 76% an Intervisionen teil. Eine faktorenanalytische Auswertung der Fragebögen „Erwartungen an die Supervision" und „Erfahrungen mit Supervision" ergab jeweils fünf Faktoren, die wesentliche Funktionen der Supervision abbilden (berufliche Wissenserweiterung/Weiterentwicklung, therapiebezogene Problemlösung, kollegialer Austausch und Entlastung, individuelle emotionale Entlastung, formale Gründe). Darüber hinaus wurde eine Fülle weiterer Ergebnisse gewonnen, die in gesonderten Publikationen dargestellt sind (vgl. hierzu ausführlich Bleichardt & Rief, 2010; Felder, Mattejat & Bleichardt, 2010; Mößner, 2009). In einer ausführlichen Diskussion dieser Ergebnisse und der bisher vorliegenden Forschungsbefunde im Ausschuss „Wissenschaft und Forschung" wurde deutlich, dass zur Supervision und Intervision bisher nur spärliche und sehr lückenhafte Forschungsergebnisse vorliegen (vgl. z. B. Norcross, Bike & Evans, 2009) und dass es angesichts der hohen Bedeutung der Supervision und Intervision in der Ausbildung und psychotherapeutischen Versorgungspraxis äußerst wünschenswert und dringend notwendig ist, diese Ergebnisse aufzugreifen und Forschungsprojekte in Gang zu setzen, in denen Supervisionen und Intervisionen genauer untersucht werden.

Die hessische Psychotherapeutenkammer ruft deshalb interessierte Forschungsgruppen an Universitäten und anderen Einrichtungen auf, Forschungsprojekte zu initiieren.

Zu den Themen, die aus unserer Sicht hierbei von besonderem Interesse sind, zählen:

- Untersuchung der Frage, welche Kolleginnen/Kollegen Supervision intensiv nutzen, welche Supervision nicht nutzen oder sogar ablehnen und aus welchen Gründen dies der Fall ist (Nutzeranalyse),
- Analyse der Frage, nach welchen Kriterien sich Psychotherapeuten ihre Supervisoren auswählen (Selektionsanalyse),
- Analyse der Frage, welche Erwartungen an Supervisionen gestellt werden, welche Erwartungen von Supervisoren wahrgenommen werden (Erwartungsanalyse),
- Untersuchung von Selbst- und Fremdbeurteilungen von therapeutischer und supervisorischer Kompetenz/Expertise (Kompetenzanalysen),
- Analyse von Supervisionsverläufen und Supervisionsprozessen sowie dabei stattfindenden Interaktionen/Kommunikationsprozessen; Differenzierung

1 Ausschussmitglieder: Frau Dr. Hildegard Felder (Vorsitzende), Frau Dr. Renate Frank, Herr DP Jörg Hein, Herr Prof. Dr. Fritz Mattejat, Frau Dr. Gisela Wiegand, Frau DP Birgit Wiesemüller. Vertreter des Kammervorstandes: Herr DP Jürgen Hardt (Kammerpräsident); Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Kammer: Herr Dr. Matthias Ochs.

von günstigen/ungünstigen Supervisionsverläufen; dabei kann auch die Frage untersucht werden, ob und in welcher Hinsicht Supervisionsverläufe von den jeweiligen Störungsbildern abhängig sind (Supervisions-Prozessanalyse),

- Untersuchung der Funktion/des Nutzens von Videoanalysen/videogestützter Supervision (Videosupervision),
- Untersuchung von internetgestützten Supervisionsprozessen und ihrer spezifischen Merkmale (Vor-/Nachteile) (Internetgestützte Supervision),
- Studien zur Untersuchung der Effektivität und Wirksamkeit von Supervision/Intervision im Hinblick auf die supervidierten Therapien: Wird die Therapiequalität durch die Supervision verbessert? (Wirksamkeitsstudien).

Für die wissenschaftliche Untersuchung dieser und ähnlicher Fragestellungen kann aus unserer Sicht die ganze Breite der möglichen methodischen Zugänge genutzt werden, die von experimentellen Designs (RCT-Studien) mit relativ hohen Probandenzahlen bis hin zu qualitativen Interviewstudien mit relativ wenigen Teilnehmern reichen.

Bei der Analyse dieser Fragen ist schließlich zu differenzieren nach den unterschiedlichen Reflexionsformen (Unterscheidung zwischen Supervision im Rahmen der Ausbildung vs. Supervision im Rahmen der Berufspraxis vs. Intervision vs. Teamsupervision). Hierbei sollte die Teamsupervision und die Intervision wegen ihrer hohen Bedeutung eine besondere Berücksichtigung erfahren.

Der Ausschuss „Wissenschaft und Forschung" und der Vorstand der hessischen Psychotherapeutenkammer sind bereit, mit Forschergruppen, die sich mit diesen oder ähnlichen Themen beschäftigen möchten, zusammenzuarbeiten und Forschungsprojekte zu unterstützen, insbesondere dadurch, dass unter den hessischen Psychotherapeuten für solche Projekte geworben wird und dass die hessischen Psychotherapeuten (Kammermitglieder) zu einer Teilnahme an solchen Projekten (als Supervisoren, Supervisanden etc.) angeregt und motiviert werden.

Literatur

Bleichardt, G. & Rief, W. (2010). *Mitgliederbefragung Supervision/Intervision.* Abschlussbericht. Marburg: Universität Marburg. Verfügbar unter: www.ptk-hessen.de/neptun/neptun.php/oktopus/download/643 [20.10.2010].

Felder, H., Mattejat, F. & Bleichardt, G. (2010). Die Bedeutung von Supervision und Intervision zur Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Arbeit. *Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe PP,* Manuskript eingereicht zur Publikation.

Mößner, K. (2009). *Supervision. Häufigkeit, Erwartung und Schwerpunktsetzung bei hessischen Psychotherapeuten.* Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg.

Norcross, J. C., Bike, D. H. & Evans, K. L. (2009). The therapist's therapist: A replication and extension 20 years later. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46,* 32-41.

Reuther-Dommer, W., Sattler, N. & Neef, R. (2007). Qualitätssicherung – aus der Praxis für die Praxis. Ausgewählte Ergebnisse einer schriftlichen Mitgliederbefragung der hessischen Landeskammer für PP/KJP über Einschätzungen zur Qualitätssicherung. *Psychotherapeutenjournal, 6* (3), 240-250.

Für den Ausschuss:

Prof. Dr. Fritz Mattejat

Korrespondenz:

Dr. Hildegard Felder

Vorsitzende des Ausschusses Wissenschaft und Forschung
Psychotherapeutenkammer Hessen
Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
post@ptk-hessen.de

Systemtherapie für Verhaltenstherapeuten – 3x3 Tage

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

Fortbildungspunkte: Anerkannt durch LPK Bei späterer Systemtherapieausbildung anrechenbar

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

Berlin
25.–27.03.11, 25.–27.05.11, 23.–25.09.11
Leitung: Dr. Hans Lieb, Dr. Stephan Theiling

Karlsruhe / Ludwigshafen
17.–19.10.11, 01.–03.02.12, 16.–18.04.12
Leitung: Dr. Hans Lieb, Dr. Hagen Böser

IF Weinheim
Institut für systemische Ausbildung & Entwicklung
Freiburger Straße 46 · 69469 Weinheim
Anmeldung und weitere Angebote:
Telefon: 06201 65952
www.if-weinheim.de

UNIVERSITÄTSKLINIKUM TÜBINGEN (UKT),
Akademie für Bildung und Personalentwicklung

KLINISCHE HYPNOSE

- Fortbildung in acht Grundseminaren in Ericksonscher Hypnose (akkreditiert)
- Aufbaukurse zur klinischen Anwendung (akkreditiert)

Alle Seminare sind auch einzeln belegbar.

Termine: siehe www.meg-tuebingen.de (oder auf Nachfrage)
Leitung: Prof. Dirk Revenstorf und Dr. Elsbeth Freudenfeld

PAARTHERAPIE

Einjährige Fortbildung nach humanistisch-psychodynamischen Grundsätzen (akkreditiert)

5 Blöcke à 4 Tage (Do.-So.) auf Mallorca

Beginn: 24.11.2011
Termine: www.paartherapie-akademie.de
Leitung: Prof. Dirk Revenstorf und Halko Weiss, Ph.D.

Anmeldung:
Universitätsklinikum Tübingen
Akademie für Bildung und Personalentwicklung, Dr. Ralf Mennekes
Herrenberger Straße 85, 72070 Tübingen
Tel.: 07071/29-83575 Fax: 07071/29-5319
Akademie@med.uni-tuebingen.de

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

17. Deutscher Psychotherapeutentag in Hannover

Am 13. November 2010 fand der 17. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) in Hannover statt. Zentrales Thema war erneut die Zukunft der Psychotherapeutenausbildung. Der vom Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vorgelegte Entwurf für eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und die Eckpunkte einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wurden mit Zweidrittelmehrheit von den Delegierten angenommen.

Zum Auftakt des Psychotherapeutentages verlas die Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Frau Gertrud Corman-Bergau, ein Grußwort der niedersächsischen Gesundheitsministerin, Frau Aygül Özkan. Die Ministerin sicherte der Profession die Unterstützung der Bundesländer für eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes zu.

Frau Gertrud Corman-Bergau beschrieb in ihrem Grußwort die Vielfalt des Bundeslandes Niedersachsen. Gesundheitspolitisch warb sie dafür, einen Schwerpunkt der künftigen Arbeit auf die längst überfällige Reform der Bedarfsplanung zu legen. Dies sei für Niedersachsen von erheblicher Relevanz, da die Versorgungsdichte im Landesdurchschnitt bei nur 14,3 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohnern liege.

Gertrud Corman-Bergau, Präsidentin PtK Niedersachsen

Christian Letz, Mitarbeiter PtK Niedersachsen | *Gerd Hoehner, stellv. Versammlungsleiter* | *Wolfgang Schreck, Versammlungsleiter* | *Bertke Reiffen-Züger, stellv. Versammlungsleiterin*

Reform der Bedarfsplanung

Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der BPtK, nahm diesen Faden im Bericht des Vorstandes auf. Er erinnerte daran, dass Patienten häufig Monate auf einen Psychotherapieplatz warten, aber diese Wirklichkeit sich in den Zahlen der Bedarfsplanung nicht widerspiegele. Diese gehe im Gegenteil davon aus, dass 390 von 395 Planungsbereichen überversorgt seien. Mit einem Versorgungsgrad von 100 Prozent werde in der ambulanten Bedarfsplanung jedoch eine höchst unterschiedliche Versorgungssituation beschrieben. Die Anzahl der Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner schwanke dabei zwischen vier und 40 Psychotherapeuten. Patienten stünden damit, je nachdem wo sie lebten, vor einer extrem unterschiedlichen Versorgungssituation. In strukturschwachen Regionen arbeite ein Psychotherapeut pro 23.000 Menschen, in Kernstädten ein Psychotherapeut pro 2.600. Die Spreizung führe zu einem Versorgungsgrad von 245,6 Prozent im ländlichen Altmarkkreis Salzwedel in Sachsen-Anhalt. In den Kategorien der Bedarfsplanung gelte dieser Kreis damit als eklatant überversorgt. In Wahrheit versuchten dort ca. neun Psychotherapeuten, die Versorgung je 100.000 Menschen sicherzustellen. Lüchow-Dannenberg gehöre mit 463,2 Prozent zu den Top 10 der überversorgten Planungsbereiche und dort seien es gerade mal 20 Psychotherapeuten, die die Versorgung je 100.000 Menschen übernehmen.

Ziel bei der anstehenden Reform der Bedarfsplanung müsse eine ausreichende Versorgung psychisch kranker Menschen sein, unabhängig davon, wo sie lebten.

Peter Lehndorfer, Andrea Mrazek, Dr. Dietrich Munz, Monika Konitzer, Prof. Dr. Rainer Richter

Voraussetzung dafür sei, dass Vereinbarungen zur Versorgungsdichte künftig auf einer angemessenen Datenbasis stattfänden. Dafür müsse mit den Versicherten- und Leistungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen sektoren- und berufsgruppenübergreifend die regionale Versorgungssituation dargestellt werden. Nur so könnten defizitäre Versorgungsmuster sichtbar gemacht werden. Psychisch kranke Menschen, die nicht monatelang auf einen Psychotherapieplatz warten könnten, würden ausschließlich pharmakologisch oder stationär, z. T. im Widerspruch zu den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien, versorgt. Unterversorgung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung habe also Konsequenzen im Bereich der Pharmakotherapie und der stationären Versorgung. Erst wenn solche Verlagerungseffekte deutlich würden, könnten sie bei regionalen Vereinbarungen zur angestrebten Versorgungsstruktur berücksichtigt werden.

Der BPtK-Präsident bat für die Beratung des anstehenden Versorgungsgesetzes um Unterstützung seitens der Landespsychotherapeutenkammern, der Verbände und der Vertreter der Psychotherapeutenschaft in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Wenn man gemeinsam dafür eintrete, könne die historische Chance einer Reform der Bedarfsplanung genutzt werden.

Haushaltsplanung 2011

Hans Bauer, Vorsitzender des Finanzausschusses, schilderte den Delegierten die Beratungen im Finanzausschuss der BPtK. Er empfahl den Delegierten die Entlastung des Vorstandes für das Jahr 2009 und die Annahme des Haushaltsplanes 2011.

Dr. Dietrich Munz, Vizepräsident der BPtK, schilderte für den BPtK-Vorstand die Haushaltsplanung 2011. Themen wie z. B. psychotrope Substanzen zur Leistungssteigerung, die Auswertung der Krankenkassenreporte zu psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt und die psychotherapeutische Versorgung von Migranten habe man aufgrund der Einrichtung des zusätzlichen Referates „Versorgungsforschung" bearbeiten können. Auch für 2011 eröffne diese zusätzliche Stelle die Möglichkeit, wichtige Themen aufzugreifen. Positiv entwickelt habe sich die Vertretung der BPtK auf europäischer Ebene. Man habe Gespräche mit Europaparlamentariern und Vertretern der EU-Kommission geführt. Prof. Dr. Richter habe als Präsident der BPtK an den Mental-Health-Konferenzen der EU in Brüssel und Lissabon teilgenommen. Im Übrigen sei er auch Mitglied des Standing Committee Psychotherapy der European Federation of Psychologists' Associations (EFPA). Im Februar 2011 plane man eine Veranstaltung zum Thema „Psychotherapie in Europa", die gleichzeitig den Startschuss für ein europaweites Netzwerk der Psychotherapeuten bilden solle.

Dr. Munz erläuterte die Anpassung der Aufwandsentschädigung des Vorstandes für die nächste Amtsperiode. In den zurückliegenden Jahren sei das Aufgabenfeld der BPtK kontinuierlich gewachsen. Die Delegierten folgten den Empfehlungen des Finanzausschusses und den Vorschlägen des Vorstandes umfassend. Sie entlasteten den Vorstand für das Haushaltsjahr 2009, verabschiedeten den vorgelegten Haushaltsplan 2011 und änderten die Entschädigungs- und Reisekostenordnung, um eine höhere Aufwandsentschädigung des Vorstandes in der nächsten Amtsperiode zu ermöglichen.

Reform der Psychotherapeutenausbildung

Zur Diskussion standen die Details der vom 16. DPT beschlossenen Eckpunkte einer Reform der Psychotherapeutenausbildung. Wie vom DPT beauftragt, hatte der Vorstand unter Mitwirkung von Berufs- und Fachverbänden, Hochschulvertretern sowie Vertretern von Ausbildungsteilnehmern und Ausbildungsstätten ein detailliertes Reformkonzept ausgearbeitet, das bereits einem schriftlichen Stellungnahmeverfahren unterzogen und auf einem Ausbildungsgipfel am 26.10.2010 erörtert worden war.

Der Vorstand unterstrich bei der Präsentation der Reformdetails, dass die Profession damit nun selbst Antworten auf die drängenden Probleme der heutigen Ausbildung geben könne. Auf andere könne sich die Psychotherapeutenschaft nicht verlassen, wie auch die Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drs. 17/3153) gezeigt habe. Diese nehme offenbar eine Etablierung des Bachelorabschlusses in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie billigend in Kauf und habe auch kein wirksames Konzept, um die finanzielle Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung zu verbessern.

Zentrales Thema der Debatte des 17. DPT waren die vom 16. DPT beschlossenen einheitlichen Eingangsqualifikationen, die bereits auf dem Ausbildungsgipfel intensiv diskutiert worden waren (ausführlicher Bericht auf: www.bptk.de).

Die Festlegung psychologischer Grundkenntnisse wurde als notwendige Basis für einen gemeinsamen Beruf gesehen, weil Psychologie die Basis für Psychotherapie als Heilkunde sei. Die als Gäste geladenen Vertreter (sozial-)pädagogischer Studiengänge (Prof. Dr. Silke Gahleitner, Prof. Dr. Michael Borg-Laufs und Prof. Dr. Mark Helle) warnten jedoch, dass (sozial-)pädagogische Studiengänge die psychologischen Grundlagen nicht vermitteln könnten, weil sie ihre Studierenden für Tätigkeiten im Sozialwesen qualifizieren müssten. Sie machten in ihren Beiträgen deutlich, dass

Überblick über die Details einer Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und der Approbationsordnung

Ausbildungsziel ist der Beruf „Psychotherapeut", dessen Kompetenzprofil in der Approbationsordnung definiert ist. Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung sind ein abgeschlossener Bachelor- und Masterstudiengang oder gleichwertige Studiengänge, deren inhaltliche Anforderungen ebenfalls in der Approbationsordnung festgelegt werden. Von den definierten Eingangsqualifikationen können Leistungen im Umfang von etwa einem Studiensemester nach dem Studienabschluss an einer Hochschule oder staatlich anerkannten Ausbildungsstätte nachgeholt werden.

Bei Vorliegen der Eingangsqualifikationen und Nachweis von Praktika (die studienbegleitend abgeleistet werden können) kann die Zulassung zum schriftlichen Teil der Staatsprüfung über die heutigen Grundkenntnisse erfolgen. Diese Kenntnisse können bereits während des Studiums, aber auch zum Teil während der postgradualen Ausbildung erworben werden.

Nach bestandener Prüfung wird staatlicherseits eine eingeschränkte Behandlungserlaubnis erteilt, wenn ein Vertrag über ein laufendes Ausbildungsverhältnis mit einer anerkannten Ausbildungsstätte vorliegt. Die eingeschränkte Behandlungserlaubnis ist Voraussetzung für das Absolvieren der Praktischen Ausbildung und berechtigt zur psychotherapeutischen Behandlung von Patienten unter Aufsicht oder Supervision im Rahmen des Ausbildungsverhältnisses und zum Führen der Bezeichnung „Psychotherapeut in Ausbildung" (PiA).

Theoretische und Praktische Ausbildung beinhalten einen einheitlichen Teil für die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und einen besonderen Teil zum Behandlungsschwerpunkt „Erwachsene" oder „Kinder und Jugendliche". Die Praktische Ausbildung besteht aus zwei Teilen und orientiert sich an einem Lernzielkatalog. Die Praktische Ausbildung I wird in Einrichtungen absolviert, in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen psychotherapeutisch behandelt werden. Die Praktische Ausbildung II ist die Ausbildung in dem zu erlernenden Vertiefungsverfahren, bei der die Hälfte der Behandlungsstunden in der ambulanten Versorgung zu erbringen ist. Während der gesamten Praktischen Ausbildung sind Psychotherapeuten in Ausbildung angemessen zu vergüten.

Am Ende der Ausbildung erfolgt eine mündliche Prüfung über die weitergehenden Grundkenntnisse und das Vertiefungsverfahren. Anschließend kann eine Approbation als Psychotherapeut erteilt werden, die berufsrechtlich zur Ausübung von Psychotherapie mit allen Altersgruppen befugt. Bei vertiefter Ausbildung in einem Richtlinienverfahren sind die Voraussetzungen für die Abrechnung von Behandlungen in dem Verfahren und dem gewählten Altersbereich zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfüllt und auf Antrag kann die Eintragung in das Arztregister erfolgen. Durch Weiterbildung kann die Fachkunde für die jeweils andere Altersgruppe erworben werden.

Übergangsregelungen sehen vor, dass Psychologische Psychotherapeuten automatisch die Bezeichnung „Psychotherapeut mit Schwerpunkt Erwachsene" und bei Vorlage der Fachkunde für Kinder und Jugendliche auch die Schwerpunktbezeichnung „Kinder und Jugendliche" führen können. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können nach einem Anpassungslehrgang die Bezeichnung „Psychotherapeut mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche" führen. Darauf aufbauend können sie als neue Option über eine Weiterbildung die Schwerpunktbezeichnung „Erwachsene" erwerben. Ausbildungsteilnehmer und Studierende können die Ausbildung nach den heute gültigen Vorschriften im Laufe von zehn Jahren nach Inkrafttreten der Änderungen abschließen. Eine Erprobungsklausel ermöglicht in Modellstudiengängen alternative Ausbildungskonzepte zum Psychotherapeuten.

pädagogische Kenntnisse und Fertigkeiten ebenfalls zu den grundlegenden Kenntnissen gehörten. Die Delegierten begrüßten daher die geplanten Gespräche des Vorstandes mit den Hochschulvertretern. Mit einer Zweidrittelmehrheit nahmen die Delegierten des 17. Deutschen Psychotherapeutentages dann den Entwurf zu den Details einer umfassenden Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und einer Approbationsordnung für den neuen Psychotherapeutenberuf an.

Gespräch mit Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler

Am 04.11.2010 fand ein Gespräch zwischen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und dem Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler statt.

Reform der Bedarfsplanung

Am Reformbedarf könne man nicht zweifeln, stellte Minister Rösler fest. Fast alle 395 Planungsbereiche würden als regel- bis überversorgt gelten. Dennoch berichteten Patienten und Leistungserbringer regelmäßig von gravierenden Wartezeiten. Die BPtK konnte diesen Eindruck für die Versorgung von psychisch kranken Menschen nur bestätigen. Ein Versorgungsgrad von 100 Prozent bedeute, dass zwischen 4,3 oder 38,8 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner in einem Planungsbereich zur Verfügung stehen. Diese Spannbreite bei den absoluten Zahlen mache deutlich, dass die prozentualen Angaben zur Regel- bzw. Überversorgung keinen Rückschluss auf die reale Versorgungssituation erlauben.

Dr. Rösler ging davon aus, dass sich der Versorgungsbedarf nicht empirisch eindeutig fassen oder belegen lasse. Entscheidungen zur Versorgungsdichte werden Verhandlungssache sein, so wie Anfang der 1990er Jahre die Festlegung der bundesweit einheitlichen Verhältniszahlen. Hier könne er sich mehr Entscheidungskompetenzen auf den Landes- bzw. regionalen Ebenen vorstellen. Dann gehe es darum, neue Festlegungen zu finden, die auch sektorenübergreifende Aspekte beachten und eine bedarfsgerechtere Versorgung ermöglichen. Die Versorgung psychisch kranker Menschen sei dabei ein besonderes Thema. Die BPtK werde in die anstehenden Beratungen mit einbezogen.

Aufhebung der Befugniseinschränkung

Die BPtK erinnerte daran, dass mit dem Psychotherapeutengesetz vor mehr als zehn Jahren den neuen Heilberufen nur eingeschränkte Befugnisse erteilt wurden, z. B. sind sie nicht befugt zur Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, zur Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und zur Einweisung ins Krankenhaus. Dies müsse heute als überholt gelten. Man könne Patienten unnötige Wege und den Vertragsärzten vermeidbaren bürokratischen Aufwand ersparen. Angesichts des Ärztemangels sei dies auch ein notwendiger Beitrag zu mehr Effizienz.

Der Minister sicherte zu, die Anregungen zu prüfen und evtl. beim anstehenden Versorgungsgesetz zu berücksichtigen.

MinDir Dr. jur. Ulrich Orlowski, Bundesministerium für Gesundheit | *Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der BPtK* | *Dr. Philipp Rösler, Bundesgesundheitsminister* | *Monika Konitzer, Vizepräsidentin der BPtK* | *ORR'in Susanne Becker, Bundesministerium für Gesundheit*

Reform der Psychotherapeutenausbildung

Zum Schluss erläuterte die BPtK ihr Anliegen einer Reform der Psychotherapeutenausbildung. Es bestehe kurzfristiger Handlungsbedarf, sonst werde der Bachelor zur Eingangsqualifikation für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Auch müssten Psychotherapeuten in Ausbildung während ihrer Tätigkeit im Krankenhaus angemessen vergütet werden. Der Minister sah den Handlungsbedarf in beiden Feldern. Die BPtK sagte Rösler zu, ihm Ende November einen in der Profession abgestimmten Gesetzesvorschlag zu unterbreiten. Er bot an, auf Basis dieses Entwurfs erneut das Gespräch zu suchen.

Geschäftsstelle

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

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Mitteilungen der Landespsychotherapeuten-kammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im letzten Psychotherapeutenjournal haben wir an dieser Stelle ausführlich über unseren Fachtag zu Abstinenzverletzungen in der Psychotherapie berichtet. Aus Rückmeldungen entnehmen wir Lob und Kritik. Es wurde begrüßt, dass wir dieses Thema in dieser Offenheit aufgegriffen und weitergeführt haben und uns hierüber sowohl mit unseren Kolleginnen und Kollegen als auch den Juristen auseinandersetzen. Kritisch angemerkt wurde, dass die Patientensicht nicht ausreichend gewürdigt werde. Für die Patienten ist es oft schwer akzeptabel, dass trotz ernst zu nehmender Vorwürfe ein Verfahren eingestellt werden muss. Aus Sicht der betroffenen Patientinnen und Patienten werde hierbei zu wenig berücksichtigt, wie sehr sie oft unter den Folgen von Grenzverletzungen leiden würden, die Einstellung des Verfahrens und hiermit verbundene Enttäuschung kann dies verstärken. Hier wird ein Dilemma deutlich, das für uns eine weitere Herausforderung sein wird. Einerseits müssen wir als Kammer im Rahmen der Rechtsordnung rechtssicher handeln, andererseits sollten wir weiter versuchen, für die Patienten hilfreiche Angebote zu schaffen. Wir sehen in den Rückmeldungen eine Aufforderung an die Kammer, nach außen und nach innen aktiv zu werden. Weitere Kontakte mit Staatsanwälten und Richtern zur Aufklärung über die Verantwortung der Psychotherapeuten für den Rahmen der Behandlung können zu einer Sensibilisierung für die Belange der Patienten in Gerichtsprozessen führen. In der Kammer müssen wir die Diskussion mit den Mitgliedern weiter führen, um die Auseinandersetzung mit den ethischen Grundlagen unseres Berufes und deren rechtlichen Konsequenzen zu fördern.

Das Interesse von Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Fachtages an einer Arbeitsgruppe zu diesem Thema hat uns sehr gefreut. Beim ersten Treffen der AG wurde beschlossen, künftig hier im Psychotherapeutenjournal über die aus dem Praxisalltag kommenden Probleme zur Abstinenz und zu Grenzverletzungen zu berichten, um so für das Thema zu sensibilisieren und Vorschläge für den professionellen Umgang mit schwierigen Situationen, die zu Grenzverletzungen führen können, aufzuzeigen.

Weiterhin werden wir die internen Strukturen, z. B. die schon berichtete Idee einer Mediation weiter verfolgen, um Patienten und Therapeuten die Möglichkeit zu eröffnen, mit einem außenstehenden Dritten eine für beide Seiten weiterführende Lösung zu erarbeiten.

Wir wünschen Ihnen erholsame Weihnachtstage und einen angenehmen Jahreswechsel sowie alles Gute für das kommende Jahr.

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

Vertreterversammlung der LPK am 16.10.2010

Wie jedes Jahr im Herbst war in der Vertreterversammlung (VV) der Bericht und Abschluss des Haushaltsjahres 2009 sowie die Planung des Haushalts für das nächste Jahr 2011 ein wichtiges Thema. Der Vorstand hat 2009 die Vorgaben des Haushaltsplanes bei den Ausgaben eingehalten, gleichzeitig waren die Einnahmen höher als erwartet. Dies ist zu großen Teilen darauf zurückzuführen, dass Vorstand und Kammerverwaltung mit viel Nachdruck rückständige Beiträge eingefordert hatten. Der Überschuss war Anlass für eine längere Diskussion, ob einmalig im Jahr 2011 der Beitrag etwas reduziert werden sollte, was bedeutet hätte, dass 2012 voraussichtlich eine Erhöhung um diesen Betrag erforderlich werden würde, da die Mehreinnahmen in 2009 für die kommenden Jahre nicht zu erwarten sind. Die Mehrheit der VV-Mitglieder entschied, von einer einmaligen Reduktion abzusehen und die Mittel in der Rücklage zu belassen. Kassenführer und Vorstand wurden anschließend mit deutlicher Mehrheit der VV entlastet.

Zum Haushalt des Jahres 2011 stellte der Vorstand die Anschaffung einer neuen Software für die Kammerverwaltung vor. Hierdurch sollen Erleichterungen für die interne Verwaltung und für die Mitglieder ermöglicht werden, bspw. über Interneteingaben von Meldebögen oder Akkreditierungen etc. In der VV wurde vor allem eine hohe Qualität des Datenschutzes eingefordert, die nach Ausführungen des Beauftragten für die EDV künftig wesentlich besser sein wird als derzeit und höchsten Anforderungen genüge, ohne die Arbeit zu behindern.

Die Mehrheit stimmte für den vom Haushaltsausschuss vorgelegten Haushaltsplan für 2011. Dieser basiert auf demselben Kammerbeitrag wie in den letzten beiden

Jahren. Vorstand und Haushaltsausschuss versicherten, dass der Beitrag auch in den nächsten Jahren stabil bleiben solle und die Haushaltsplanungen sich an dieser Maßgabe orientieren.

Nach Anregungen der letzten Sitzung der VV wurde die Entwicklung der Öffentlichkeitsarbeit der Kammer vorgestellt. Hierzu referierte der zuständige Ressortleiter R. Nübling, der die wichtigsten Arbeiten der vergangenen Jahre zusammenfasste. Eine Übersicht hierzu findet sich auch in dem der letzten Ausgabe beigelegten Tätigkeitsbericht der LPK. Möglichkeiten der weiteren Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit sollen dann in der nächsten VV diskutiert werden.

Abschließend wurde vom Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung ein Antrag auf Änderung der Fortbildungsordnung eingebracht. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen waren Regelungen erforderlich geworden, dass KollegInnen auch Fortbildungen in psychotherapienahen Verfahren und Methoden absolvieren können und diese anerkannt werden. Die VV schloss sich mehrheitlich diesem Antrag an. Siehe hierzu auch den beiliegenden Einhefter mit den Satzungsänderungen der LPK BW.

Kammer zwischenzeitlich in Gesundheitsinitiativen des Sozialministeriums gut einbezogen

AG Standortfaktor Gesundheit Baden-Württemberg

Wie schon verschiedentlich berichtet, ist die LPK sehr intensiv an der vom Gesundheitsforum Baden-Württemberg (www.gesundheitsforum-bw.de) initiierten „AG Standortfaktor Gesundheit" beteiligt. Die aus dem Gesundheitsforum entwickelte „Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg" versucht, konzeptionell einen Rahmen für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu skizzieren und die Gesundheitsstrategie als Gemeinschaftsaufgabe zu beschreiben. Ziel ist, die Entstehung chronischer Erkrankungen zu vermeiden oder hinauszuzögern, die Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten zu fördern und durch Prävention die Wettbewerbsfähigkeit Baden-Württembergs zu sichern. Es sieht zwischen dem Gesundheitsstatus der Bevölkerung und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Landes einen positiven Zusammenhang, weshalb Gesundheit zu einer der wichtigsten strategischen Ressourcen Baden-Württembergs wird. Im Zuge der Einführung des Konzeptes wurde die AG „Standortfaktor Gesundheit" gegründet, die als Plattform für eine informative Koordination sowie zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Gesundheitsstrategie dienen soll. Die konstituierende Sitzung der AG fand im Dezember 2009 statt, erste Ergebnisse der in Projektgruppen erfolgenden inhaltlichen Arbeit sollen bis Ende 2010 vorliegen. Die LPK Baden-Württemberg ist in den folgenden PG vertreten: „Gesundheitsziele" (vertreten durch D. Munz und C. Dietrich), „Gesundheitsberichterstattung", „Betriebliches Gesundheitsmanagement", „Reha/Selbsthilfe" (jeweils durch R. Nübling) und „Prävention" und „Früherkennung (jeweils K. Göpel). Ziel ist es, in diesen Projektgruppen die jeweils relevanten psychischen Aspekte einzubringen bzw. zu fördern (Infos zur AG Standortfaktor: www.sozialministerium-bw.de → Themen → Gesundheitsförderung und Prävention). Zum Stand der Projektgruppenarbeit s. u.

PG Gesundheitsziele: Im Rahmen der PG Gesundheitsziele sollen verbindliche Vereinbarungen zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in definierten Bereichen und für bestimmte Zielgruppen getroffen werden. Dabei geht es sowohl um Verhaltens- als auch um Verhältnisprävention (d. h. Präventionsmaßnahmen die sich direkt auf Menschen als auch auf die Lebensbedingungen bzw. -verhältnisse beziehen). Einigkeit bestand auch darin, dass die Präventionsprojekte in eine Regelleistung übergeführt werden sollen. Es ist beabsichtigt, den Erfolg der Maßnahmen und deren Zielerreichung zu evaluieren. Hierzu sind regionale Gesundheitskonferenzen geplant, die aus den Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung Schlüsse für die Verbesserung der Umsetzung der Gesundheitsziele erarbeiten sollen. Für Baden-Württemberg wurden neun Gesundheitsziele festgelegt, u. a. Vermeidung des Konsums legaler Suchtmittel, Gesund aufwachsen und altersgemäße Prävention von Depression. Die Kammer ist in Projektgruppen zu den einzelnen Gesundheitszielen einbezogen. Dabei ist gelungen, sich auch in das Projekt „Gesund Aufwachsen in Baden-Württemberg" einzubringen, das seit zwei Jahren läuft und von der Robert-Bosch-Stiftung gefördert wird. Dieses Projekt soll jetzt in die Gesundheitsziele integriert werden.

PG Gesundheitsberichterstattung: Die PG hatte sich in den letzten Monaten zweimal getroffen, um Kriterien für eine einheitliche Gesundheitsberichterstattung zu definieren. Es ist geplant, eine Landeskarte für Baden-Württemberg zu entwerfen, in der bezogen auf den Kreis oder eine Region auf einen Blick zu sehen ist, in welchen Gebieten entsprechende Krankheiten in welcher Dichte bestehen. Hier wird die Verbreitung wichtiger primär körperlicher Erkrankungen (wie Hypertonie, Diabetes, Krebs), aber auch psychische Erkrankungen (v. a. Depression) dokumentiert werden. Die PG wird in ihrem Abschlussbericht, der Ende des Jahres vorliegen wird, entsprechende Vorschläge zu einer einheitlicheren Gesundheitsberichterstattung an das Ministerium liefern. Deutlich wurde dabei auch, dass die Umsetzung des Vorhabens dann auch mit einer ausreichenden Finanzierung durch das Land einhergehen muss.

PG Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM): Die PG ist schon weiter vorangeschritten, die Psychologie spielt im BGM eine ganz erhebliche Rolle. Inzwischen hat die PG in Kooperation mit einigen Institutionen Veranstaltungen durchgeführt, die u. a. kleine und mittlere Betriebe angesprochen haben, in BGM zu investieren. Ziel ist eine möglichst weite Verbreitung des Grundgedankens sowie dessen Umsetzung in den (Führungs-) Strukturen von Unternehmen. Hier ist auch die Schnittstelle insbesondere zum

internen Qualitätsmanagement relevant. Eingerichtet wurde auch in Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg eine Mobbing-Hotline (siehe dazu ausführlich unsere Homepage und www.mobbing-hotline-bw.de); diese geht allerdings auf eine Vorgänger-Arbeitsgruppe zurück und ist hier nur insofern assoziiert, als einige PG-Mitglieder daran beteiligt waren.

PG Rehabilitation und Selbsthilfe: Diese PG hatte sich erst im Frühjahr konstituiert und inzwischen dreimal getagt. Deutlich wurde, dass die Medizinische Rehabilitation angesichts der in den nächsten Jahrzehnten dramatisch zunehmenden chronischen (und multimorbiden) Erkrankungen ein deutlich höheres relatives Gewicht in der Gesundheitsversorgung bekommen sollte (aktuell werden gerade mal 3% der Gesundheitsausgaben für Vorsorge und Reha aufgewendet). Deutlich wurde darüber hinaus auch, dass sich die Konzepte der Reha mehr als bisher auf die psychische Komorbidität vieler primär körperlicher Erkrankungen einstellen müssen. Dies bedeutet innerhalb der Reha eine Verlagerung von einer primär immer noch häufig medizinischen Ausrichtung in eine ganzheitliche, in der die Psychologie/Psychotherapie eine bedeutsame Rolle spielen wird.

Die Arbeit in den beiden Projektgruppen „Prävention" und „Früherkennung" wurden erst Mitte des Jahres bzw. nach der Sommerpause begonnen, weshalb hier noch keine konkreteren Ergebnisse vorliegen. Wir werden dazu in einer der nächsten Ausgaben sowie im Newsletter berichten.

Schmerzforum

Das Schmerzforum Baden-Württemberg wurde erweitert zum Schmerz- und Palliativforum mit Beirat. Die Kammer ist nun neben dem Schmerzforum auch im Schmerzbeirat vertreten und in einer AG zur Erstellung eines Patientenratgebers. Derzeit wird die Schmerzkonzeption, die im Jahr 2000 erstellt wurde, aktualisiert. Darin soll einerseits der Ist-Zustand dargestellt werden sowie die Bedarfe, Ziele und Serviceangebote. Weitere Themen waren die Ermächtigungen für Schmerzzentren und deren Zertifizierung. Auch für die Palliativversorgung wird derzeit eine Konzeption erstellt, die erstmals vorgestellt wurde. Diese umfasst u. a. die Planung/Umsetzung ambulanter Palliativversorgung (SAPV) (inklusive pädiatrischer SAPPV).

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) in der VV der LPK-BW

In der letzten Vertreterversammlung (VV) wurde diskutiert, ob und wie geregelt werden könnte, dass die in die VV gewählten Vertreter der PiA über ihre Ausbildungszeit hinaus Mitglied der VV bleiben könnten. Eine Rückfrage bei den anderen Landespsychotherapeutenkammern bezüglich deren Regelungen ergab, dass bei Kammermitgliedschaft der PiA diese keinen Sonderstatus (in BW: freiwillige Mitgliedschaft) haben und somit PiA auch nicht über einen eigenen Wahlkörper zur VV kandidieren.

Im Rahmen der Regelungen des Heilberufekammergesetzes Baden-Württemberg (HBKG BW) sind PiA freiwillige Mitglieder der Kammer, was in der Hauptsatzung der Kammer entsprechend übernommen wurde. Dort ist dann in § 3 Abs. 4 festgelegt: „4. Die Mitgliedschaft endet im Übrigen mit Ablauf des Tages, an dem die staatliche Prüfung nach § 5 Abs. 1 Satz 2 PsychThG erfolgreich bestanden oder die Ausbildung beendet wurde." Somit verliert ein PiA seine Kammermitgliedschaft automatisch nach absolvierter Prüfung. Hiermit endet auch die Mitgliedschaft in der VV der LPK BW. Bis zur ordentlichen Mitgliedschaft entsteht ein Zeitverzug bis zur Erteilung der Approbation. Hierdurch ist jedoch der Rechtsstatus der Mitgliedschaft ebenfalls verändert.

In einer Besprechung der Regelungen in den anderen Landeskammern wurde seitens der Juristen bestätigt, dass im Rahmen der speziellen Regelung im HBKG BW und dem Satzungsstatus der PiA i. S. der freiwilligen Mitgliedschaft sowie der Wahlordnung mit eigenem Wahlkörper eine Weiterführung der Vertretung der PiA nicht möglich sei, sondern Nachrücker das Amt übernehmen oder eine Nachwahl erforderlich wird.

Zusammenfassend ist deshalb nach derzeitigem Rechtsstand eine Nachbesetzung durch die gewählten Ersatzpersonen erforderlich, wenn ein PiA seine staatliche Prüfung absolviert und seine Ausbildung beendet hat. Nur über eine Änderung der Hauptsatzung und der Wahlordnung kann diese Regelung geändert werden, wobei der Sonderstatus der freiwilligen Mitgliedschaft hier Begrenzungen schafft, die juristisch zu klären sind, was derzeit erfolgt.

20%-Quote für Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten

Die 20%-Quote wurde inzwischen trotz der vom G-BA eingebauten Hürde (Vorschaltung einer 10%-Quote für die Regionen, in welchen der Anteil darunterlag) umgesetzt. In Baden-Württemberg wurden insgesamt 38,5 Kassensitze in 14 Zulassungsbezirken ausgeschrieben, die inzwischen fast alle besetzt werden konnten. Die zuständigen Zulassungsausschüsse entschieden über entsprechende Anträge auf (Neu-)Zulassung, die innerhalb einer Bewerbungsfrist bis 26. August 2010 eingegangen waren. Dass es nun überhaupt zu einer Verbesserung der Versorgungslage für psychisch kranke und beeinträchtigte Kinder und Jugendliche kommen konnte, ist dem z. T. schon jahrelangen Bemühen einzelner Landespsychotherapeutenkammern sowie der BPtK zu verdanken, die v. a. auch auf der Grundlage von Versorgungsstudien die z. T. mangelhafte Versorgung kritisiert hatten. Ein wesentliches Ergebnis dieser Studien war, dass der nach der Bedarfsplanungsrichtlinie berechnete

Versorgungsbedarf (in dem der Zustand von 1999 festgeschrieben wurde) zu völlig anderen Versorgungsgraden führte, als dies unter Berücksichtigung der epidemiologischen Datenlage der Fall ist. In diesem Zusammenhang von Bedeutung ist neben anderen auch eine schon länger vorliegende Studie der LPK BW (Nübling et al., PTJ 3/2006 und Reisch et al., PTJ 2/2007).

Supervisoren, Selbsterfahrungsleiter, QZ-Moderatoren, Balintgruppenleiter: Ist Ihre Anerkennung noch gültig? Bitte rechtzeitig Verlängerungsantrag stellen!

Supervisoren, Selbsterfahrungsleiter, QZ-Moderatoren, IFA- und Balintgruppenleiter, die in Baden-Württemberg entsprechende fortbildungspunktefähige Fortbildungen für PP, KJP und ärztliche Psychotherapeuten anbieten möchten, können hierfür gemäß Fortbildungsordnung für einen **Zeitraum von 5 Jahren** anerkannt werden. Bitte beachten Sie, sofern Sie bereits eine solche Anerkennung haben, das Ablaufdatum Ihres Anerkennungszeitraums im Bescheid und stellen Sie bitte rechtzeitig einen Verlängerungsantrag. Es kann davon ausgegangen werden, dass in nächster Zeit ein Großteil der bisher erteilten Anerkennungen ausläuft.

- Für die Verlängerung der Anerkennung um weitere 5 Jahre genügt ein einfacher Antrag. Das Antragsformular zur Verlängerung können Sie von der Homepage der LPK herunterladen (www.lpk-bw.de → Fortbildung → Fortbildungsunterlagen; dort finden Sie die entsprechenden Antragsformulare; z. B. A4 = Antrag auf Anerkennung als Supervisor).
- Sofern keine Änderungen eingetreten sind, bzw. keine Erweiterung der Anerkennung beantragt wird (z. B. weiteres Therapieverfahren), müssen dem Antrag **keine** Nachweise beigelegt werden, da diese der Kammer bereits vorliegen.
- Die Gebühr für eine (weitere) 5-jährige Anerkennung beträgt nach der Gebührenordnung jeweils 100,- Euro, sofern für die Veranstaltungen Teilnahmegebühren und/oder Honorare erhoben werden.

Um Missverständnisse zu vermeiden, bitten wir nochmals folgende Regelung, welche die Unterscheidung zwischen Anerkennung (Personenebene) und Akkreditierung (Veranstaltungsebene) betrifft, zu beachten: Als anerkannter Supervisor, SE-Leiter etc. sind Sie im Rahmen der FBO und der im Bescheid spezifizierten Anerkennung berechtigt, fortbildungspunktefähige Supervisions-, SE-Veranstaltungen etc. in Baden-Württemberg zu leiten. Nach der FBO ist es allerdings **zwingend erforderlich**, dass für konkrete Veranstaltungen (z. B. regelmäßige Supervision eines bestimmten Supervisanden bzw. Supervision einer bestimmten Gruppe, Durchführung eines bestimmten Qualitätszirkels), die Fortbildungspunkte für die Teilnehmer erbringen sollen, **vorher** ein Akkreditierungsantrag gestellt wird. Die entsprechenden Akkreditierungsanträge können ebenfalls von der Homepage der LPK heruntergeladen werden (siehe oben). Für bereits akkreditierte fortlaufende Veranstaltungen (z. B. Supervisionen) müssen grundsätzlich **keine** neuen Akkreditierungsanträge gestellt werden.

Wir bitten freundlich darum, diese Hinweise im eigenen Interesse und im Interesse der Teilnehmer zu beachten. Für nicht akkreditierte Fortbildungsveranstaltungen in Deutschland können im Regelfall keine Fortbildungspunkte angerechnet werden!

Termine

Vertreterversammlungen der LPK-BW

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

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

– VORANKÜNDIGUNG –
!!! Bitte vormerken !!!
Landespsychotherapeutentag 2011
Thema:
„Zukunft der Psychotherapie – Psychotherapie der Zukunft"
10 Jahre LPK Baden-Württemberg
am 09.07.2011, 10 bis 17 Uhr
Haus der Wirtschaft, Stuttgart

Geschäftsstelle

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

PTK | Bayern

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

4. Bayerischer Landespsychotherapeutentag: Innovationen in der Psychotherapie

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Bedarfs an Psychotherapie, sich verändernder Strukturen des Gesundheitswesens und der wissenschaftlichen Weiterentwicklung des Fachs befasste sich der 4. Bayerische Landespsychotherapeutentag am 9.10.2010 mit strukturellen und inhaltlichen Neuerungen in der Psychotherapie.

Rund 400 bayerische Psychologische Psychotherapeut/inn/en, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/inn/en, ärztliche Psychotherapeut/inn/en sowie Vertreter der Politik, Repräsentanten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Krankenkassen und Heilberufekammern aus Bayern und anderen Bundesländern waren zum Tagungsort im Münchner Gasteig gekommen.

Nach der Begrüßung durch Vizepräsident **Peter Lehndorfer** begann **Dr. Nikolaus Melcop**, Präsident der PTK Bayern, seine Einführung in das Thema mit einem kurzen historischen Rückblick auf das Innovationspotential, das von Psychotherapeut/inn/en und der Psychotherapie als Fach bis heute ausgeht. „Psychotherapeutisches Fachwissen ist in so vielen Bereichen des Gesundheitswesens gefragt und dringend erforderlich", betonte der Kammerpräsident. „Immer wieder müssen wir aber feststellen, dass die Psychotherapie noch nicht in ausreichendem Maße verfügbar oder integriert ist", so Melcop. Gleichzeitig findet im Gesundheitswesen eine Vielzahl gravierender struktureller Veränderungen statt. Er stellte vor diesem Hintergrund dar, wie wesentliche strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen gestaltet sein müssen, damit sich das Innovationspotential der Psychotherapie auch aktuell weiter entfalten kann. Dabei hob er die dringend erforderliche Novellierung des Psychotherapeutengesetzes hervor: „Die Basis für alle Innovationen der Psychotherapie kann nur eine hochqualifizierte Ausbildung sein." Zum Schluss seines Vortrages ging er auf die professionelle Perspektive und Motivation von Psychotherapeut/inn/en ein: „Neugierde, Interesse, Anteilnahme, Empathie, Ausdauer, Flexibilität und Selbstfürsorge sind wesentliche Komponenten psychotherapeutischer Kompetenz – und sie weisen gleichzeitig auch direkt auf die grundsätzliche Offenheit gegenüber Innovationen in der Psychotherapie hin."

Im ersten Fachvortrag stellte **Dr. Lothar Wittmann**, ehemaliger Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, neue Formen ambulanter Versorgung vor. Die Intensivierung von Überweiserkontakten und Intervisionsarbeit sowie die Verbesserung der Beziehungen zu Kliniken gehörten in den Bereich der einfacheren Vorschläge. Arrivierte Vorschläge zielten auf einen komplexeren Mehrpersonen-Praxistyp. Hierzu gehörten u. a. auch Psychoedukationsangebote für Institutionen, Supervisionsangebote für soziale Institutionen, Öffentlichkeitsarbeit und vertragliche Kooperationen mit Kliniken.

Dr. Johannes Lindenmeyer, Direktor der salus klinik, Lindow, ging im zweiten Fachvortrag auf „Innovationen in Institutionen" ein. Am Beispiel der salus klinik, einer medizinischen Rehabilitationsklinik, erläuterte der Referent verschiedene innovative Behandlungskonzepte und Organisationsabläufe. Kernpunkte des Klinikkonzeptes seien dabei eine teilhabeorientierte Behandlung und die Arbeit in offenen Therapiegruppen.

Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop bei seinem einführenden Vortrag „Innovationen in der Psychotherapie". (Foto: Siegfried Sperl)

„Schematherapie nach Jeffrey Young – die innovative Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie" war das Thema von **Dr. Gitta Jacob**, Forschungsambulanz der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg. Die Schematherapie sei vor allem auf die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und anderen chronischen Problemen ausgerichtet. Die Wirksamkeit der

Schematherapie sei beispielsweise bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen durch mehrere Studien belegt.

Dr. Claudia Subic-Wrana, Leitende Psychotherapeutin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz, informierte über eine innovative psychodynamische Therapieform – Mentalization Based Treatment (MBT). Die mentalisierungsbasierte Therapie, entwickelt von den Psychoanalytikern Anthony Bateman und Peter Fonagy, gelte als eines der wirksamsten und am besten validierten Behandlungskonzepte für Patient/inn/en mit schweren (Borderline-)Persönlichkeitsstörungen.

„Psychotherapie 2050 – eine Vision einschließlich eines Rückblicks auf die Gegenwart" war der Titel des Vortrags von **Prof. Dr. Willi Butollo**, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München. Mit kritischen Anmerkungen zum herrschenden Wissenschaftsverständnis wagte Butollo einen augenzwinkernden Ausblick in die Zukunft und regte durch „visionäre" Fragen dazu an, dass jede/r Teilnehmer/in des Landespsychotherapeutentages eigene Antworten suchen konnte.

4. Bayerischer Landespsychotherapeutentag im Münchner Gasteig (v. l.): Die beiden Vizepräsidenten Peter Lehndorfer und Dr. Bruno Waldvogel, Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop, Dr. Lothar Wittmann und Dr. Johannes Lindenmeyer. (Foto: Siegfried Sperl)

Zum Ausklang des 4. Bayerischen Landespsychotherapeutentages führte **Prof. Dr. Toni Forster** die Teilnehmer/inn/en mit seinen „Experimenten" weg von den fachlichen Diskussionen in die faszinierende Welt seiner „mentalen Magie".

Dr. Bruno Waldvogel, Vizepräsident der PTK Bayern, zog in seinem Schlusswort eine positive Bilanz des 4. Bayerischen Psychotherapeutentages und lud bereits zum 5. Bayerischen Psychotherapeutentag im Herbst 2013 ein.

Mehrere Medien berichteten über die Veranstaltung.

Die Fachvorträge der Referent/inn/en sind auf der Website der Kammer zum Downloaden vorbereitet.

Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Rund 200 Führungskräfte, Entscheider und Betriebsärzte bayerischer Unternehmen und Pressevertreter informierten sich

Unter dem Titel „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Herausforderung für die Zukunft?" fand am 13. Oktober 2010 in München eine Fachveranstaltung statt, die sich an Führungskräfte und Betriebsärzte bayerischer Unternehmen richtete. Die Veranstaltung wurde von der PTK Bayern in Kooperation mit dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, der AOK Bayern, dem BKK Landesverband Bayern, dem Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der LMU München, der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft sowie der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern organisiert. Ziel der Veranstaltung war es, für das Thema „Psychische Gesundheit" zu sensibilisieren, Handlungsoptionen für eine betriebliche Gesundheitsförderung aufzuzeigen und weitere Maßnahmen in diesem Feld anzuregen.

„Die Zunahme psychischer Störungen und ihre Auswirkungen auf die Betriebe muss uns alle alarmieren – Heilberufe, Krankenkassen, Betriebe und Politik. Dieser Entwicklung darf nicht tatenlos zugesehen werden!" appellierte **Dr. Nikolaus Melcop**, Präsident der PTK Bayern, in seiner Eröffnung. Er betonte die Bedeutung von Führungskräften, von Entscheidungsspielräumen und Kontrolle, von ideeller und ökonomischer Gratifikation und von frühzeitiger psychotherapeutischer Behandlung für die Gesundheit im Arbeitsleben.

Melanie Huml, Staatssekretärin im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit betonte in ihrem Grußwort die große Bedeutung der Motivation der Mitarbeiter, aktiv etwas für einen gesunden Lebensstil zu tun. „Eine große Säule der bayerischen Gesundheitsinitiative Gesund.

Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop mit Melanie Huml, Staatssekretärin im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit. (Foto: Siegfried Sperl)

Leben.Bayern. ist die betriebliche Gesundheitsförderung", sagte Huml.

Unter der Moderation von Vizepräsident **Dr. Bruno Waldvogel** wurde im ersten Teil der Veranstaltung aus verschiedenen Perspektiven in die Thematik eingeführt.

„Energiekrise in der Arbeitswelt? Erschöpfung mentaler Energien und Strategien zu ihrer Erneuerung" war der Titel des ersten Fachvortrags von **Beate Schulze M. A.**, Leiterin des Zürcher Empowerment Programms für Stressmanagement und Burnout-Prävention an der Universität Zürich. **Prof. Dr. Andreas Weber**, Bereichsleiter Sozialmedizin Versorgungsberatung, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), gab in seinem Vortrag einen Überblick über arbeitsbedingte psychische und psychosomatische Erkrankungen sowie Konzepte zu deren Prävention. **Prof. Dr. Karlheinz Geißler**, Professor für Wirtschaftspädagogik an der Bundeswehrhochschule München, reflektierte in seinem Vortrag über „Die Verknappung der Zeit in der Moderne" kulturelle und gesellschaftliche Hintergründe.

Im zweiten Teil der Veranstaltung wurden unter der Moderation von **Prof. Dr. Wolfgang Caselmann** (Bayerisches Gesundheitsministerium) Präventionsmodelle aus der Praxis vorgestellt. **PD Dr. Peter Angerer**, Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der LMU München, stellte ein bei MAN in München durchgeführtes und evaluiertes Präventionsprojekt vor. **Anna Dumke**, Projektleiterin im Team Gesundheit Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH, **Andreas König**, Leiter Angebote Gesundbleiben der Siemens-Betriebskrankenkasse und **Dr. Michael Schmidt**, Leiter Gesundheitsmanagement in der Betriebskrankenkasse der BMW AG, präsentierten eine Toolbox zur Förderung psychischer Gesundheit in Unternehmen. **Dr. Gesine Wildeboer**, Betriebliches Gesundheitsmanagement der AOK Bayern, referierte zum Thema „Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz – Die Rolle der Führungskräfte". „Die psychische Gesundheit der Mitarbeiter – ein Beitrag zum Unternehmenserfolg" war der Vortragstitel von **Dr. Friederike Dunkel-Benz**, die für die Koordination des Betriebsärztlichen Dienstes der Siemens AG Deutschland verantwortlich ist.

Anlässlich der Veranstaltung hielten das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit und die PTK Bayern gemeinsam eine Pressekonferenz ab, auf der **Melanie Huml** und **Dr. Nikolaus Melcop** den zahlreichen Journalisten Informationen zum Thema vermittelten.

Die Abstractsammlung, das Statement von Dr. Melcop zur Pressekonferenz und alle Fachvorträge der Referent/inn/en können von der Website der Kammer heruntergeladen werden.

PTK Bayern Partner der 2. Münchner Woche für Seelische Gesundheit

Unter dem Motto „Seelische Gesundheit leben!" fand vom 6. bis 14. Oktober 2010 in München die „2. Münchner Woche für Seelische Gesundheit" statt. Die vom Münchner Bündnis gegen Depression in Kooperation mit der Landeshauptstadt München unter Federführung des Referats für Gesundheit und Umwelt organisierte „2. Münchner Woche für Seelische Gesundheit" wollte in erster Linie auf Depression und Schizophrenie aufmerksam machen, aber auch auf weitere psychische Erkrankungen wie beispielsweise Burnout, Sucht- oder Angsterkrankungen hinweisen. Rund um den Welttag für Seelische Gesundheit wurden über 195 Veranstaltungen in München und Umgebung organisiert. 135 Einrichtungen und Organisationen waren als Mitveranstalter beteiligt, darunter – wie im letzten Jahr – auch die PTK Bayern. Bei der Münchner Messe Seelische Gesundheit am Sonntag, 10. Oktober, im Roten Würfel der Hochschule München waren Informationsstände von 42 Ausstellern aufgebaut. Die PTK Bayern war mit einem Infostand vertreten, an dem die Vorstandsmitglieder Angelika Wagner-Link und Benedikt Waldherr die Fragen der Besucher/innen beantworteten.

PTK Bayern fordert konsequente Prävention von Suchtgefahren durch Glücksspiel

Spielen um Geld bei Glücksspielen wie Roulette und Lotto oder bei Sportwetten ist für viele Deutsche eine meist unproblematische Freizeitgestaltung. Ein Teil der Spieler entwickelt jedoch ein riskantes Spielverhalten, verliert völlig die Kontrolle über das Glücksspiel und entwickelt eine starke Pathologie mit weitreichenden zerstörerischen Folgen für das Berufs- und Privatleben sowie komorbide Störungen wie Depression oder stoffgebundene Süchte. Für Deutschland ist von ca. 100.000 Personen auszugehen, die pathologisches Glücksspiel betreiben. In Deutschland dient – so die offizielle politische Darstellung – das staatliche Glücksspielmonopol als wesentliches Mittel zur Beherrschung und Bekämpfung dieser Suchtgefahren. Nun hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) die Praxis des deutschen Sportwettenverbots für unzulässig erklärt. Denn das Monopol wäre nur gerechtfertigt, wenn es wirklich konsequent die Gefahren des Glücksspiels bekämpfe. In seiner jetzigen Form sei das Monopol aber nur eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs. Die deutschen Behörden würden eine Politik betreiben oder dulden, mit der zur Teilnahme an diesen Spielen ermuntert wird. Die PTK Bayern kritisiert, wie der EuGH, die inkonsequente deutsche Suchtpolitik und fordert vom Gesetzgeber, dass die notwendige gesetzliche Neuregelung in erster Linie der Vermeidung von Suchtgefahren dient. Ausnahmetatbestände sollen drastisch verringert und Werbung für Lotterien massiv beschränkt werden. Es ist im Hinblick auf die Ausführungen des EuGH davon auszugehen, dass unter dieser Prämisse das Glücksspielmonopol auch europarechtlich weiter gerechtfertigt werden kann. Die PTK Bayern hat ihre Forderungen an den bayerischen Gesundheitsminister Dr. Söder und den Landesgesundheitsrat übersandt. Sie bietet an, ihr Expertenwissen bei der Behandlung von Suchterkrankungen in die Formulierung von Neuregelungen einzubringen.

Kurznachrichten

Austausch mit Staatsanwälten zum Abstinenzgebot

Die Wahrung des Abstinenzgebotes ist in Paragraf 4 der Berufsordnung der PTK Bayern klar geregelt. Dies betrifft vor allem auch das Verbot sexueller Kontakte zu Patient/inn/en. Verstöße werden durch die Psychotherapeutenkammern im Rahmen der Berufsaufsicht aufgegriffen und können auch strafrechtliche Konsequenzen haben. Die PTK Bayern hat hierzu Vertreter der Staatsanwaltschaften aus den drei bayerischen Oberlandesgerichtsbezirken am 27.10.2010 zu einem Fachgespräch in die Geschäftsstelle eingeladen. Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel erläuterte den berufsethischen Standpunkt der Kammer, der bei den Staatsanwälten auf großes Verständnis traf. Das Angebot der Kammer an die Staatsanwaltschaften, bei Bedarf im Einzelfall eine fachliche Einschätzung abzugeben oder Sachverständige zu vermitteln, wurde ebenfalls sehr positiv aufgenommen. Mehr dazu berichten wir im nächsten bayerischen Mitgliederrundschreiben.

Rund 150 Teilnehmer beim 9. Suchtforum in Nürnberg

Am 22.9.2010 fand in der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg das 9. Suchtforum mit dem Titel „Prävention zwischen Information und Animation – was hilft wirklich?" statt. Die PTK Bayern organisierte eine Pressekonferenz, an der zahlreiche Journalist/inn/en der wichtigsten Nürnberger Medien teilnahmen. Die Kooperationspartner des Suchtforums, die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS, die Bayerische Landesärztekammer, die Bayerische Landesapothekerkammer und die PTK Bayern (vertreten von Vorstandsmitglied Heiner Vogel) forderten eine verstärkte Suchtprävention und warnten vor einer Verharmlosung von Suchtmitteln. Die Presseresonanz dieser Veranstaltung war hoch.

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der Veranstaltungen, die von der Kammer initiiert bzw. an denen die Kammer teilgenommen hat: Gespräch mit Dr. Beate Merk, Bayerische Staatsministerin der Justiz, zum Thema „Psychotherapie mit Straftätern" am **28.7.2010** in München; Treffen mit Vertretern der drei bayerischen Beratungsstellen der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) am **15.9.2010** in München; Verleihung des Präventionspreises der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V. (LZG) am **29.9.2010** in München; Runder Tisch im Bayerischen Landtag zum Thema „Krebs, Psychosoziale Versorgung und Betreuung" am **5.10.2010** in München; BPtK-Symposium zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund am **7.10.2010** in Berlin; 1. Bayerisches Forum für Patientensicherheit am **12.10.2010** in München; 69. Bayerischer Ärztetag am **15.10.2010** in Fürth; Jahresversammlung des Verbandes Freier Berufe in Bayern (VFB) am **22.10.2010** in München.

Bevorstehende Veranstaltungen

Kernkompetenzen in Leitungsfunktionen: Starterkurs für PP und KJP in Führungsfunktionen. Termin: 21.1.2011. **Aufbaukurs**, Termin: 8.4.2011. Jeweils 10.00 bis 18.15 Uhr. Ort: Geschäftsstelle der PTK Bayern, St.-Paul-Str. 9, 80336 München.

Fortbildung für die psychoonkologische Praxis: Termine: 4./5.2.2011, Fr 13.30 bis 19.30 Uhr, Sa 9.00 bis 19.00 Uhr. Ort: Geschäftsstelle der PTK Bayern, St.-Paul-Str. 9, 80336 München.

Angestelltentag: Service- und Informationsveranstaltung der PTK Bayern für angestellte **und** beamtete PP und KJP in Institutionen. Termin: 4.3.2011, 10.00 bis 17.00 Uhr. Ort: München (wird noch bekannt gegeben).

Psychotherapie im Alter: Gemeinsame Veranstaltung mit der KVB. Termin: 7.5.2011, Uhrzeit wird noch bekannt gegeben. Ort: KVB, Elsenheimerstr. 39, 80687 München.

Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen: Fortbildungs-Curriculum der Landesärztekammern Bayern und Baden-Württemberg sowie der Psychotherapeutenkammern Bayern und Baden-Württemberg, Termin Grund- und Aufbaumodul (Verfahren bei Erwachsenen): 8. bis 10.4.2011, Fr 13.00 bis 18.00 Uhr, Sa 9.00 bis 18.00 Uhr, So 9.00 bis 17.00 Uhr. Termin **Ergänzungsmodul (Fortbildung über psychische Traumafolgen bei Flüchtlingen: Traumatisierte Kinder und Jugendliche)**: 27. bis 28.5.2011, Fr 13.00 bis 17.30 Uhr, Sa 9.00 bis 17.00 Uhr. Ort: jeweils Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstr. 16, 81677 München.

Kinder psychisch kranker Eltern – Hilfen gemeinsam gestalten: Eine Fortbildungs- und Informationsveranstaltung der PTK Bayern und der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung e. V. (LAG). Termin: 7.5.2011, 10.00 bis 18.00 Uhr. Ort: LMU München, Physiologisches Institut, Pettenkoferstr. 12/14, 80336 München.

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

Vorstand der Kammer:

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

Geschäftsstelle

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

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Brigitte Kemper-Bürger neue Geschäftsführerin

Brigitte Kemper-Bürger

Die Dipl.-Soziologin Brigitte Kemper-Bürger hat zum 1. Oktober 2010 die Geschäftsführung der Psychotherapeutenkammer Berlin übernommen. Aufgewachsen in Köln, studierte sie in Nürnberg und Bielefeld Sozialwirtschaft und Soziologie. Seit zwei Jahren lebt sie mit ihrem Mann und zwei Kindern in Berlin.

Nach dem Studium hat sie im AOK Bundesverband verschiedene Funktionen wahrgenommen: Zunächst war sie für die Bereiche Ausbildung, Weiterbildung, Training und Beratung verantwortlich. Später hat sie im wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) gearbeitet und die großen Fusionsprojekte und die strategische Neuaufstellung der AOK mitgestaltet und verantwortlich koordiniert. In den letzten Jahren war sie stellvertretende Geschäftsführerin der Abteilung „Politik und Unternehmensentwicklung".

Seit über 15 Jahren ist Brigitte Kemper-Bürger zudem freiberuflich als Ausbilderin, Trainerin und Beraterin in Fragen der Organisations- und Personalentwicklung tätig. Zudem verfügt sie über eine Ausbildung in Systemischer Familientherapie.

Brigitte Kemper-Bürger möchte in ihrem neuen Amt die Positionierung der Psychotherapeut/-innen im gesundheitspolitischen Feld stärken. Zudem sollen die Rolle und die Aufgaben der Geschäftsstelle weiterentwickelt werden. Diese will sich zunehmend als Dienstleister und Impulsgeber für Mitglieder, Verbandsgremien und die Öffentlichkeit verstehen.

Seit Oktober 2009 in Betrieb: International Psychoanalytic University – im Gespräch mit Gründungsmitglied Prof. Dr. Jürgen Körner

Die IPU gibt es seit Oktober 2009. Wie kam es zur Gründung der IPU?

Die Idee kam von Frau Prof. Dr. Christa Rohde-Dachser und mir. Wir stellten fest, dass die Psychoanalyse fast an keiner staatlichen Universität mehr gelehrt wird. Diese Verarmung des Lehrangebotes schadet auch der Psychoanalyse selbst, die darauf angewiesen ist, dass sie an den Hochschulen wissenschaftlich weiterentwickelt wird. Unser Ziel ist es nicht primär, die Ausbildungsinstitute mit Kandidaten zu versorgen – die werden auch ohne uns kommen – sondern die Förderung von wissenschaftlichem Nachwuchs, der psychoanalytisch zu denken gelernt hat.

Warum haben Sie eine private Uni gegründet und keine Reform innerhalb der staatlichen Uni angeregt?

Der Anspruch unserer privaten Universität ist es, praxisbezogen und psychoanalytisch orientiert zu sein. Diese beiden Merkmale fehlen in der staatlichen Ausbildung weitgehend. Das Psychologiestudium an staatlichen Universitäten ist zu 95% verhaltensorientiert. Das ist uns zu einseitig. Zunächst unterbreiteten wir einigen Universitäten das Angebot, einen – dort bisher nicht vorhandenen – BA und MA Psychologie mit psychoanalytischem Schwerpunkt über viele Jahre hinweg zu finanzieren. Als wir mit diesem Angebot keinen Erfolg hatten, entschlossen wir uns, eine private Universität zu gründen.

Welche Studiengänge bieten Sie im Einzelnen an? Planen Sie weitere Studiengänge?

Derzeit bieten wir drei Studiengänge an: den Masterstudiengang Klinische Psychologie/Psychoanalyse, den Bachelorstudiengang Psychologie sowie den Masterstudiengang Erziehungswissenschaften-Psychosoziale Intervention. Dieser Studiengang bietet nach einem zweisemestrigen Grundlagenstudium drei Studienrichtungen an, von denen eine gewählt werden muss: Delinquenzprävention, Frühe Hilfen/Frühförderung und Psychodynamische Beratung.

Wir planen noch weitere Studiengänge: zum Beispiel einen MA-Studiengang in Psychosentherapie (Arbeitstitel) und einen MA-Studiengang Kulturwissenschaften. Als private Universität müssen wir uns wie alle anderen Hochschulen breit aufstellen. Wir können uns nicht nur auf ein einziges Studienfach konzentrieren.

Was sind zum Beispiel die Inhalte im Masterstudiengang Klinische Psychologie?

Das sind die Inhalte, die auch die klassischen Fächer der Psychologie sind: Wissenschaftstheorie und Forschungsmethoden, Entwicklungspsychologie, Krankheitslehre, Prävention, Beratung. Gegenwärtig verbreitern wir unser Curriculum um Angebote in Pädagogischer Psychologie, Arbeits- und Organisationspsychologie und Neuropsychologie.

Wie werden die Studienangebote angenommen?

Die Studienangebote werden sehr gut angenommen. In den psychologischen Stu-

diengängen haben wir alle zur Verfügung stehenden Plätze belegt. Sowohl im Jahr 2009 als auch in diesem Jahr haben wir im MA-Studiengang Klinische Psychologie 30 Vollzeit (VZ)-Studierende und 30 Teilzeit (TZ)-Studierende. Im BA-Studiengang Psychologie sind es 60 VZ-Studierende und im MA-Studiengang Erziehungswissenschaften 18 TZ-Studierende.

Bringen Ihre Studierenden bereits eine erste Ausbildung oder spezielle Erfahrungen mit?

Unsere BA-Studentinnen und -Studenten kommen in der Regel direkt nach dem Abitur zu uns. Die Studierenden, die einen MA Psychologie bei uns belegen, bringen einen BA Psychologie oder einen sozialwissenschaftlichen Studienabschluss (Diplom, Magister, Staatsexamen) mit. Wir achten darauf, dass solche „Quereinsteiger" zumindest im Nebenfach sehr viel Psychologie studiert haben.

In Ihrem MA-Studiengang Klinische Psychologie zielen Sie stark auf eine spätere psychotherapeutische Tätigkeit. Nicht jede Studentin/jeder Student ist für den Psychotherapeutenberuf geeignet. Wenden Sie Auswahlverfahren an? Oder anders gefragt: Entscheiden Sie hinsichtlich der persönlichen Eignung der Studieninteressierten?

Der MA-Studiengang zielt nicht zwangsläufig auf eine spätere psychotherapeutische Tätigkeit, und längst nicht alle unsere Studierenden im MA Klinische Psychologie möchten Psychologischer Psychotherapeut werden. In unserem Auswahlverfahren – wir führen mit jedem Studienbewerber ein Einzelgespräch – prüfen wir die Eignung für dieses Studium und nicht für eine sich ggf. anschließende PP-Ausbildung. Wir interessieren uns für die Motivation des Studierenden und wie er sich das Studium bei uns vorstellt.

Die meisten Interessenten bewerben sich bei uns über das Internet. Für den Master-Studiengang Psychologie zum Beispiel haben sich etwa 200 beworben, mit rund 150 haben wir ein Gespräch geführt, 60 haben wir genommen. Ablehnen mussten wir solche Bewerber, die nicht ausreichende psychologische Kenntnisse erworben hatten, und auch solche, die persönlich ungeeignet erschienen, wenn z. B. ein Helfermotiv die Studienwahl dominierte.

Wie gehen Sie ggf. mit unterschiedlichen Kenntnisständen und Zugangsvoraussetzungen der Studierenden um?

Wir bieten vier Brückenkurse für Bewerber an, die in ihrem Erststudium zu wenige Psychologieinhalte studieren konnten: Allgemeine Psychologie, Entwicklungspsychologie, Methoden der Psychologie sowie Klinische Psychologie.

Aus welchen Bereichen und Sektoren kommen die Dozierenden?

Aktuell haben wir 11 Professor(inn)en fest angestellt, davon einer in Vollzeit und 10 mit einer halben Stelle. Darüber hinaus gibt es 2 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen, 4 Gastprofessor(inn)en und 5 Lehrbeauftragte. Insgesamt umfasst unser wissenschaftliches Personal 22 Personen, davon sind 11 Psychoanalytiker. Die anderen haben eine VT- oder Gestalttherapieausbildung, einige sind gar nicht anwendungsorientiert, sondern haben ihren Schwerpunkt in der Grundlagenforschung. Die Mischung des beruflichen Backgrounds beim wissenschaftlichen Personal ist bewusst gewählt – wir wollen keine Einseitigkeit wie in den staatlichen Universitäten.

Ein Psychologiestudium mit BA- und MA-Abschluss kostet an der IPU 37 600 EUR. Zu diesen Studiengebühren kommen Unterhaltskosten und Kosten für Bücher und Material. Wie können die Studierenden diese Kosten aufbringen? Ist der Zugang zum Studium auf diese Weise nicht nur Studierenden aus reichen Elternhäusern vorbehalten? Wie sieht es mit der Kreditfreudigkeit der Banken aus?

Unser Angebot ist keinesfalls für Studierende aus reichen Elternhäusern vorbehalten. Viele der Studierenden studieren bei uns berufsbegleitend. Manche nutzen ihr Erspartes für das Studium, andere bekommen das Studium von den Eltern finanziert. Inzwischen gibt es sehr günstige KfW-Kredite mit ca. 3% Zinsen. Ein eigenes Stipendiensystem haben wir noch nicht, streben es aber an. Im internationalen Vergleich sind unsere Studiengebühren eher

Prof. Dr. Jürgen Körner

im unteren Bereich angesetzt, im nationalen Vergleich liegen wir im Mittelfeld.

Wieso ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll, die psychoanalytische Ausrichtung bereits im Grundstudium der Psychologie hineinzubringen. Das setzt voraus, dass sich Studierende bereits vor Beginn des Psychologiestudiums mit der psychoanalytischen Sichtweise auseinander setzen. Sind da viele Studierende nicht überfordert?

Die Psychoanalyse spielt im Grundstudium, also im BA-Studiengang Psychologie nur eine sehr kleine Rolle. Das geht auch gar nicht anders, denn die Studierenden müssen sehr viel Allgemeine Psychologie, Wissenschaftstheorie, Empirie und Statistik lernen. Zwar hat die Psychoanalyse auch zu diesen Fächern etwas beizutragen, aber nur als eine Wissenschaft unter anderen.

Außerdem sollen unsere Studierenden auch mit sozial-, kultur- und geisteswissenschaftlichen Theorien und Methoden vertraut werden. Bewusst nennen wir unsere psychologischen Studiengänge Bachelor bzw. Master „of Arts", nicht „of Science", weil wir denken, dass die Psychologie primär eine Sozial- und Kulturwissenschaft ist und nicht eine Naturwissenschaft. Wir hoffen, dass unsere Theorien- und Methodenvielfalt unsere Studierenden nicht überfordern wird.

Unsere BA-Studierenden sollen durchaus die Möglichkeit haben, nach ihrem Bachelor-Examen an eine andere Universität ins Masterstudium Psychologie zu wechseln, wenn sie das möchten. Wenn sie den MA Klinische Psychologie bei uns anschließen, wissen sie, dass sie ein klinischer und psychoanalytischer Schwerpunkt erwartet. Auch an zahlreichen staatlichen Universitäten können sich die Studierenden für

oder gegen einen klinischen Schwerpunkt entscheiden, allerdings haben sie fast nirgendwo die Möglichkeit, einen psychoanalytischen Schwerpunkt zu setzen. Fast ausnahmslos sind die klinischen Schwerpunkte dort verhaltensorientiert ausgerichtet, und die Psychoanalyse wird – wenn überhaupt – nur abfällig behandelt, z. B. mit der falschen Behauptung, ihre Wirksamkeit sei nicht nachgewiesen.

Sie sind eine internationale Hochschule. Haben Sie Projekte oder Vereinbarungen mit Einrichtungen anderer Länder?

Derzeit diskutieren wir Kooperationen mit Ungarn, Portugal und England (University College of London). Die Kooperation bezieht sich momentan noch auf die gegenseitige Einladung von Dozent(inn)en. Weitergehende Vernetzungen sind schwierig aufgrund der Sprachbarrieren und der unterschiedlichen strukturellen Gegebenheiten. Wir haben Semester, woanders gibt es Trimester, die Module werden unterschiedlich definiert und berechnet. Auf diesem Gebiet haben wir noch viel Arbeit vor uns.

Wie sieht Ihre Position allgemein zur anstehenden Ausbildungsreform aus?

Das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LaGeSo) ist für die Prüfung der Studienabschlüsse hinsichtlich der Zulassung zur PP-/KJP-Ausbildung in Berlin zuständig. Das LaGeSo vertritt unserer Ansicht nach eine sehr systemkonservative Haltung. Es interpretiert das PsychThG von 1999, das als Voraussetzung für die PP-Ausbildung einen universitären Studienabschluss in Psychologie mit einem Klinischen Schwerpunkt vorsah, so, dass damit heute ausschließlich ein konsekutives Studium Bachelor-Master Psychologie gemeint sein könne. Diese Engführung ist mit dem Geist der Bologna-Vereinbarungen sicher nicht vereinbar, und wir sind sehr froh darüber, dass die Berufs- und Fachverbände inzwischen eine Reihe von Entschließungen vorgelegt haben, die eine Öffnung des Zuganges zur PP-Ausbildung vorsehen. Sowohl die Autoren des BMG-Forschungsgutachtens (Strauß et al., 2009), als auch der konsentierte Beschluss der Deutschen Gesellschaft für Psychologie und der Bundespsychotherapeutenkammer vom 20.03.2009, wie auch die mit sehr großer Mehrheit gefasste Entschließung des Psychotherapeutentages von 8.5.2010 empfehlen, zukünftig auch Absolventen nicht-konsekutiver Studiengänge zur PP-Ausbildung zuzulassen, sofern sie eine genügende Anzahl Leistungspunkte in psychologischen Fächern nachweisen können.

Wir hoffen sehr, dass diese Beschlüsse in die Ausbildungsreform einfließen werden, so dass zukünftig auch „Quereinsteiger" mit individuell gestalteten Bildungsbiografien in die PP-Ausbildung aufgenommen werden können, sofern sie in ihren unterschiedlichen Studiengängen ausreichende psychologische Kenntnisse erworben haben. Gegenwärtig ist es leider so, dass wir z. B. eine Bewerberin ablehnen müssen, die sich nach einem Diplom-Abschluss in Biologie (Nebenfach Psychologie, Diplomarbeit am Max Planck Institut für Hirnforschung, Frankfurt), einem anschließenden erfolgreichen Promotionsstudium an der New York University mit dem Schwerpunkt Neuroimaging an der IPU für den MA Klinische Psychologie beworben hat. Wir können sie nicht nehmen, weil sie nach ihrem Studium und nach allen Brückenkursen bei uns vermutlich vom Berliner LaGeSo nicht zur PP-Ausbildung zugelassen würde: Ihr fehlt nämlich der Bachelor-Abschluss Psychologie. Das ist doch absurd.

Herzlichen Dank für das Gespräch.

Die Fragen stellte Dr. Beate Locher, Referentin für Öffentlichkeitsarbeit.

Curriculare Fortbildung zur Säuglings-, Kleinkind- und Elternpsychotherapie erfolgreich abgeschlossen

Von Januar 2009 bis Juni 2010 absolvierten 14 approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus Berlin, Sachsen, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen erfolgreich die 15-teilige Fortbildung. Die Fortbildung wurde gemeinsam vom Familienzentrum an der Fachhochschule Potsdam und der Psychotherapeutenkammer Berlin angeboten und startete inzwischen zum zweiten Mal. „Eltern-, Säuglings- und Kleinkindpsychotherapie hat im bundesweiten psychotherapeutischen Versorgungsangebot inzwischen einen sehr hohen Stellenwert" – so Fortbildungsleiterin Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner.

Vielerorts entstehen stationäre als auch ambulante Eltern-Säuglings-Ambulanzen oder Beratungsstellen und die Angebote an Frühen Hilfen werden durch niedergelassene Therapeuten ausgebaut und ergänzt.

Unten v. l.: Marina Root, Irina Huth, Birke Röhrs, Regina Wiederhold-Lohmar, Dr. Juliane Teich-Belohradsky, oben v. l.: Eva Heinle-Schneider (Dozentin), Dr. Annette Lindner, Jörg Hermann, Agnes Metzger, Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner (wissenschaftliche Leiterin der Fortbildung) und Ute Rokyta.

Das komplexe Bedingungsgefüge von Familien setzt spezifische diagnostische und therapeutische Kompetenzen voraus, die speziell auf Familien mit kleinen Kindern abgestimmt sind und auf die behandlerischen Besonderheiten dieser Zielgruppe eingehen.

Die Theorie umfasste umfangreiches Wissen aus verschiedenen Fachgebieten (medizinisches Wissen, Entwicklungspsychologie, klinische Entwicklungspsychologie, Neurobiologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik, interdisziplinäre Zusammenarbeit usw.) und beinhaltete folgende Bereiche:

1. Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehung für die Entwicklung des Kindes
2. Biologische und soziale Rahmenbedingungen
3. Entwicklungsdiagnostik und frühkindliche Regulationsstörungen
4. Konzepte und Methoden der Behandlung
5. Kinderschutz in den ersten Lebensjahren

Das Curriculum schloss nach insg. 120 Doppelstunden über eineinhalb Jahre, begleitender Supervision und dem Nachweis praktischer Tätigkeiten mit dem Abschlusszertifikat ab. Leider hat die Psychotherapeutenkammer noch keine Weiterbildungsordnung, so dass diese Fortbildung als „ankündigungsfähige Weiterbildung" mit geschützten Titel o. ä. verfügt. Dazu bedarf es einer Änderung im Berliner Kammergesetz. Die Senatsverwaltung Berlin hat das Anliegen der Psychotherapeutenkammer im Blick und es dürfte eine Frage der Zeit sein, bis auch die Psychotherapeutenkammer Berlin über eine eigene Weiterbildungsordnung verfügt.

In jedem Fall wollen alle teilgenommenen approbierten Psychotherapeut/-innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen durch einen Eintrag im Online-Psychotherapeutensuchdienst (www.psych-info.de) auf ihre spezielle Qualifikation hinweisen. Interessierte können sich unter dem Begriff „Säuglingspsychotherapie" einen Überblick über die Expertinnen und Experten verschaffen.

Dr. Beate Locher,
Referentin für Öffentlichkeitsarbeit

Zur psychischen Gesundheit von Beschäftigten „Streik der Seele"

Im Rahmen der „Woche der seelischen Gesundheit" wurde von der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin am 4. Oktober 2010 eine Podiumsdiskussion veranstaltet.

Frau Prof. Dr. Antje Ducki von der TFH Berlin führe in das Thema ein. Die Anzahl der AU-Tage infolge psychischer Erkrankungen hat zugenommen (für Berliner Arbeitnehmer im Durchschnitt 29,4 Tage). Insbesondere wirken sich „Armut", „Arbeitslosigkeit" und „Prekäre Beschäftigungsverhältnisse" als Belastungsfaktoren hinsichtlich der psychischen Erkrankungen aus. Möglichkeiten zur Lösung sei ein Ausbau an Gesundheitsprävention in Betrieben, eine Verbesserung des betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements psychisch Kranker sowie eine Verbesserung der Vorbildfunktion der Führungskräfte.

Die Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Katrin Lompscher, wies in ihrem Beitrag auf den hohen Anteil bei den Rentenzugängen infolge psychischer Erkrankungen hin. Sie begrüßte einerseits eine bessere medizinische Diagnostik, bemängelte jedoch, dass eine Enttabuisierung psychischer Erkrankungen noch immer nicht in allen Bereichen stattgefunden habe.

Aus Sicht der Arbeitgeberverbände seien Fachkräftemangel, Defizite im Bildungsbereich, Defizite im Bereich des Gesundheits- und Arbeitsschutzes sowie im Bereich Vereinbarkeit von Familie und Beruf die zentralen Ursachen. Die einzelnen Arbeitnehmer/-innen müssen immer mehr Arbeit unter immer größer werdendem Zeitdruck leisten. Klein- und Kleinstbetriebe könnten unternehmensabhängige Seminarangebote durchführen. Die Krankenkassen, die Unfallversicherungen und auch der DGB unterstützen Betriebe bei der Umsetzung von Gesundheits- und Arbeitsschutz.

Laut Dorothee Hillenbrand, Vizepräsidentin der Psychotherapeutenkammer Berlin, sei zwar ein Anstieg der Fallzahlen zu verzeichnen. Dieser müsse jedoch in Relation zur Prävalenz psychischer Erkrankungen der Gesamtbevölkerung gesehen werden. Zahlen über psychische Erkrankungen müssen vor allem in Abhängigkeit der soziodemografischen Variablen und der Betriebs- und Branchenarten gesehen werden.

Die anschließende Diskussion bezog sich auf Themen wie Mobbing, Umsetzung von EU-Richtlinien zur Stress-Prävention, Bundesarbeitsschutzgesetz, Sozialkompetenz der Führungskräfte, Zusammenhang zwischen Einkommen und psychischer Gesundheit und der noch immer bestehenden Tabuisierung von Depressionen bei Männern.

Die Psychotherapeutenkammer Berlin forderte, dass psychische Gesundheit im Rahmen des Arbeitsschutzes besser wahrgenommen und krankheitswertige Folgen als Berufskrankheiten anerkannt werden sollten. Es bedürfe einer (neuen) Kultur der Wertschätzung von Arbeit und Anerkennung der beruflichen Leistungen. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement müsse vielfältige Angebote für Mitarbeiter/-innen und Führungskräfte bereithalten und auch psychosoziale Fragestellungen berücksichtigen. Arbeitslosen sollten vielfältige Möglichkeiten zur Erhaltung ihrer psychischen Gesundheit angeboten werden.

Dorothee Hillenbrand, Vizepräsidentin

Redaktion

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

Geschäftsstelle

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

PK Psychotherapeutenkammer HB Bremen

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

10 Jahre Psychotherapeutenkammer Bremen – Große Resonanz beim Empfang im Bremer Rathaus

Mit einem Empfang in der Oberen Rathaushalle des historischen Bremer Rathauses ehrte die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Ingelore Rosenkötter am 28. Oktober 2010 die Psychotherapeutenkammer Bremen. 180 Repräsentanten aus dem Gesundheitswesen, aus Politik und Wissenschaft sowie zahlreiche Kammerangehörige waren der Einladung gefolgt.

„Bremens gute Stube" – die obere Rathaushalle

In der prächtig vertäfelten und mit opulenten Fresken und Gemälden aus dem 16. Jahrhundert verzierten Halle eröffnete Staatsrat Dr. Hermann Schulte-Sasse die Festveranstaltung. Er war in Vertretung der kurzfristig erkrankten Senatorin erschienen. In seiner Ansprache würdigte er das zehnjährige Wirken der PKHB und betonte angesichts aktueller Daten zur psychischen

Dr. Hermann Schulte-Sasse

Morbidität die Notwendigkeit einer qualitativ hochstehenden Versorgung psychisch kranker Menschen.

Im Anschluss bedankte sich der Präsident der Psychotherapeutenkammer Dipl.-Psych. Karl Heinz Schrömgens für die hohe Wertschätzung, die der Kammer entgegengebracht wird. In seiner Rede blickte er zunächst zurück auf den Gründungsprozess, würdigte die Tätigkeit der Mitglieder des Gründungsausschusses und bedankte sich bei den anwesenden Präsidenten der vier anderen Bremer Heilberufskammern für ihre freundliche Unterstützung. Ohne diese Hilfe wäre es nicht möglich gewesen, die Bremer Kammer als erste Psychotherapeutenkammer Deutschlands zu gründen. Entscheidend sei die Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes gewesen. An dieser Stelle sprach er dem anwesenden Bremer Psychotherapeuten Hans-Joachim Schwarz seinen Dank aus, der damals an führender Stelle auf Bundesebene an den Gesprächen mit Gesundheitspolitikern beteiligt war, die zur Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes geführt hatten. Nach einer kurzen Darstellung des erfolgreichen Wirkens der Kammer in den zurückliegenden Jahren ging er auf Zukunftsaufgaben ein. In seinen Schlusssätzen informierte er über den internen Diskussionsprozess der PKHB, in dem 80 Prozent der Mitglieder sich für einen Zusammenschluss mit der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen ausgesprochen haben, um sich erfolgreich den zukünftigen Anforderungen stellen zu können.

Prof. Rainer Richter überbrachte die Grüße der Bundespsychotherapeutenkammer. Er würdigte die Beiträge der Bremer Kammer im Interesse der Psychotherapeutenschaft, die auch immer wieder zu wichtigen Anstößen auf Bundesebene geführt haben. In seinem Beitrag legte er einen Schwerpunkt auf die anstehende Reform der Bedarfsplanung in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung und kritisierte das bisherige System, das der notwendigen Versorgung psychisch kranker Menschen nicht gerecht werde. Das jetzige System gehe nicht vom Bedarf aus, sondern sei eine Angebotssteuerung, die den Bedarf des psychisch kranken Menschen außer Acht lasse.

Prof. Dr. Rainer Richter

Den Festvortrag zum Thema „Positive Ansätze in der Psychotherapie – Ein Perspektivenwechsel?" hielt Frau Prof. Ulrike Willutzki von der Ruhr-Universität Bochum. Sie stellte neuere Ansätze zur Ressourcenorientierung als einen zusätzlichen Blickwinkel in der Psychotherapie vor. Dieser Ansatz verlasse die traditionelle Orientierung der therapeutischen Schulen auf Beseitigung und Reduktion von psychischen Problemfaktoren. Stattdessen stehen In-

terventionen im Vordergrund, die direkt die gesunden Anteile, die Ressourcen der Person aufgreifen bzw. auf die Förderung positiven Erlebens ausgerichtet sind.

Zwischen den Beiträgen unterhielt das Bremer Klezmer Duo Susanne Sasse und Martin Kratzsch die Gäste mit anrührenden, aber auch beschwingten Weisen.

Nach dem offiziellen Teil nutzen viele Teilnehmer noch die Möglichkeit zu angeregten Gesprächen bei alkoholfreien Getränken und Finger-Food. Die Ansprachen der Redner fanden viel Zustimmung. Allerdings zeigten sich mehrere Akteure aus dem Gesundheitswesen erstaunt über die Ergebnisse der Mitgliederbefragung. Insbesondere befürchteten sie einen Einflussverlust der Kammer bei Aufgabe der bremischen Eigenständigkeit. Auf geteiltes Echo stieß der Vortrag von Frau Prof. Willutzki.

Prof. Dr. Ulrike Willutzki

Die einen fanden es eine vergebene Chance, den politischen Gästen einen Einblick in die schwierige Versorgungssituation in Bremen zu geben, andere sahen es als ein Beispiel des aktuellen, sehr einseitigen Standes klinisch-verhaltenstherapeutischen Forschens an deutschen psychologischen Universitätsinstituten und andere meinten, so etwas komme dabei heraus, wenn systemische Ideen in verhaltenstherapeutische Konzepte „hineingeräubert" werden. Schnell fanden die Gespräche wieder zurück zum festlichen Anlass, bei dem die Freude über das Erreichte, aber auch der Austausch über künftige Aufgaben und Projekte im Vordergrund standen.

Fachtagung: Psychotherapie in Zeiten des Wandels – Zwischen Erwartungen und Möglichkeiten

Am Tag nach der Jubiläumsveranstaltung lud die Psychotherapeutenkammer zu einer Fachtagung in das Haus der Wissenschaft ein. Der Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens eröffnete die Tagung und stellte die gegenwärtige Situation in Bremen dar. Trotz der vielfältigen Hilfsangebote in Bremen musste er feststellen, dass auch in Bremen viele psychisch kranke Menschen nicht rechtzeitig eine angemessene und qualifizierte Behandlung bekommen. Er konkretisierte das Tagungsthema in vier Fragen:

- Wie wird die ambulante Psychotherapie dem gerecht, was psychisch behandlungsbedürftige Menschen brauchen?
- Welche Verbesserungen sind möglich bei der Verzahnung von ambulanter, stationärer und komplementärer Versorgung?
- Welche professions- und schulenübergreifenden Kooperationsformen wären sinnvoll?
- Wie könnte psychotherapeutische Tätigkeit in zehn Jahren aussehen?

Jürgen Hardt, Präsident der Psychotherapeutenkammer Hessen und Psychoanalytiker, sprach über „Psychotherapie im Kontext – Tradition und Aufgaben". Er ließ die Zuhörer an seinen persönlichen berufspolitischen Erfahrungen Anteil nehmen. Bei einer näheren Betrachtung der Berufsentwicklung musste er feststellen, dass in unserer spätmodernen Gesellschaft das Solidargebot und das Wirtschaftlichkeitsgebot in einem schwierigen Spannungsverhältnis stehen und dass die Gesundheitsreformen immer die Seite der Ökonomie stärken. Mit Habermas kommt er zu der Feststellung, dass in dieser Gesellschaft die Subsysteme von Wirtschaft und Verwaltung sich wegen ihrer Effizienz verselbständigen und die Lebenswelt mit ihrer Sinnhaftigkeit überwuchern, kolonialisieren und ausbeuten.

Jürgen Hardt

Er sieht es als unsere entscheidende Aufgabe, die Transformation des Kulturgutes „solidarische Krankenbehandlung" in eine Gesundheitswirtschaft kritisch zu beobachten, zu kommentieren und auf ethische Kollateralschäden hinzuweisen. Sich einem psychotherapeutischen Ethos verpflichtet zu fühlen und eine politische Haltung einzunehmen, sind für ihn keine unvereinbaren Gegensätze. Durch zwei Rückblicke in die „Anfänge" unseres Berufs, die Zeit des „Seelenbegleiters" Epikur und die Gedankenentwicklung von Descartes, erläuterte er feinsinnig, dass Psychotherapeuten von Beginn an ein delikates Verhältnis zur Politik hatten. Die Privatheit der therapeutischen Beziehung entlässt uns jedoch nicht aus der politischen Verantwortung.

Von diesen grundlegenden Reflexionen zu den Niederungen alltäglicher Patientenrealität führte die Anwesenden die Systemikerin Elisabeth Nicolai, Professorin an der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg und Lehrtherapeutin am Helm Stierlin Institut Heidelberg. Sie geleitete die Anwesenden zu Grenzübergängen psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Dies geschah auf der Grundlage der Forschungsergebnisse einer Studie, zu deren wesentlicher Intervention die systemische Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vom Pflegepersonal bis

Prof. Dr. Elisabeth Nicolai

zu den Oberärzten) von sechs akutpsychiatrischen Stationen in drei unterschiedlichen Krankenhäusern gehörte. In der Folgezeit konnte sie von eindrucksvollen Veränderungsprozessen berichten.

Die systemische Behandlungsphilosophie umfasste dabei sowohl die Familien(-System-)orientierung in Bezug auf die Patienten, eine systemische Reflexion in Bezug auf die Symptomatik ebenso wie die Entwicklung einer Verhandlungskultur mit allen Betroffenen, zu denen auch die Vor-, Nach- und Mitbehandelnden zählen. Gerade diese Schnittstellensensibilität hatte wesentliche Auswirkungen auf weiterführende Prozesse. Die Folge: Es wurden mehr Einzelgespräche mit den Patienten, mit externen Kooperationspartnern und Familiengespräche mit den Patienten und weniger Familiengespräche über und ohne die Patienten geführt.

Kritisch wurde festgestellt, dass es für die Kooperation zwischen Kliniken und niedergelassenen Psychotherapeuten keine fachlich tragfähigen Konzepte gibt, und dass eine finanzielle Abrechnungsmöglichkeit für diese Leistungen im Interesse der Patienten fehlt. Grenzöffnungen in diesem Bereich setzen die Überwindung von Konkurrenz und die Entwicklung von Kooperationsnetzen voraus.

Johannes Klüsener, Psychologischer Psychotherapeut und Mitarbeiter der Hauptverwaltung der Technikerkasse in Hamburg wartete mit einer Unmenge an Zahlenmaterial (siehe Folien der Powerpointpräsentation auf der Homepage der PKHB) zu den unterschiedlichsten Aspekten der Versorgung psychisch Erkrankter auf. Außerdem sprach er zu innovativen Konzepten, schwerpunktmäßig zu dem Vertrag der TK mit der GABSY (Gesellschaft für

Johannes Klüsener, TK

Ambulante Psychiatrische Dienste GmbH) in Bremen.

An den „Melchingerzahlen" sei zu sehen, dass die Psychiater viel mehr Patienten versorgen und viel weniger Geld bekommen, dass die Psychoanalyse für wenige Patienten relativ hohe Kosten verursacht, und dass die Zuordnung zu einem therapeutischen Verfahren stark vom Angebot und weniger von einer spezifischen Indikation abhängt. Erstaunt hat, dass nur 3% der Psychokosten für Psychotherapie aufgewendet werden und mehr als 50% für (teil-)stationäre Angebote und 11% für Medikamente ausgegeben werden.

Der Partner im Projekt „NetzWerk psychische Gesundheit" in Bremen ist für die TK die GABSY, die durch langfristige ambulante Betreuung und kurzfristige Unterstützung durch Übernachtungen im „Rückzugshaus" eine stationäre Aufnahme möglichst überflüssig machen soll. Aber auch andere Angebote, wie Psychoedukationsgruppen und „Helfen im Chat" in der stationären Nachsorge sind innovative Projekte der TK.

Nach einer nur kurzen Mittagspause konfrontierte uns Lothar Wittmann, von 2001 bis 2010 Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsens, Supervisor und Verhaltenstherapeut, mit seinen Prognosen und Phantasien zur Entwicklung der Psychotherapie in zehn Jahren. Zwar wird die Gesellschaft bis dahin deutlich geschrumpft und die meisten der Zuhörer Ruheständler sein, doch der Bedarf an Psychotherapie wird unvermindert sein. Produktivitätssteigerung durch Arbeitsverdichtung, Arbeitslosigkeit und prekäre Beschäftigungsverhältnisse mit Arbeitsplatzverlustängsten werden für Bedarf sorgen. Neben dem Bewusstsein, dass es statt Wegwerfmentalität Reintegration geben muss, wird es sicherlich Versuche zur Etablierung von „Discountpsychotherapie" geben.

Die universitäre Ausbildung im Bereich Psychologie, deren Lehrstühle schon jetzt nahezu vollständig von Verhaltenstherapeuten besetzt sind, werde von einem Trend zur Biologisierung bestimmt sein. Wichtige Praxisfragen werden auch bis dahin in der Forschung keine Resonanz finden. Was die Reform der Psychotherapieausbildung betrifft, schwankt er zwischen Hoffnung und Zweifeln. Er ist sich jedoch ziemlich sicher, dass bis dahin integrative Therapiekonzepte ernsthaft in Betracht gezogen werden.

Dr. Lothar Wittmann

Im Gegensatz zu einer solchen düsteren Perspektive entwarf er eine optimistischere Variante: Es kommt zu deutlichen Veränderungen im Bereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung für Patienten mit psychischen Erkrankungen. „Die Privatisierungstendenzen werden nicht mehr forciert. Öffentlich-rechtliche, gemeinnützige und genossenschaftliche Formen dominieren Krankenhäuser, Polikliniken, MVZs und Praxisassoziationen. Unter Versorgungsgesichtspunkten ist der Versorgungsrahmen gesetzlich abgesteckt. Lohnrahmenrichtlinien und Qualitätsanforderungen verhindern Lohndumping und Personalausdünnung. Die Profitmöglichkeiten sind begrenzt, weshalb Rosinenpickerei und Abweisung schwieriger Krankheitsbilder aussterben. Ein Qualitätswettbewerb ist überall im Gange und führt zu patientenfreundlichen Strukturen, zu Transparenz, teilweise manchmal aber auch zu peinlichen Blüten der Selbstdarstellung, die auf Patientenbewertungsseiten gnadenlos zerpflückt werden".

In der Realität erwarte er noch einige Kostendämpfungsgesetze. Er befürchte, die KVen werden selektionsvertragsgeschwächt mehr oder minder zu Abre-

chungsstellen herabsinken. Aber es könne auch anders kommen.

Prof. Dr. Robert Franke

Danach begann die Podiumsdiskussion, leider ohne Jürgen Hardt, der wegen berufspolitischer Verpflichtungen zurück nach Hessen fahren musste. Professor Robert Franke, emeritierter Professor für Medizinrecht und Direktor des Instituts für Medizinrecht an der Uni Bremen übernahm die Moderation. Neben Frau Nicolai, Herrn Klüsener und Herrn Wittmann nahmen Dr. Mathias Gruhl, Abteilungsleiter Gesundheit bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Olaf Woggan, Direktor für Verträge bei der AOK Bremen/Bremerhaven und Karl Heinz Schrömgens als Vertreter der kranken Vizepräsidentin Christine Block an der Diskussion teil.

Nachdem in einer kurzen Diskussion zur Frage, ob sich das Psychotherapeutengesetz bewährt habe, Einigkeit über seine positiven Konsequenzen festgestellt wurde, räumte Karl Heinz Schrömgens ein, dass es einen Problemdruck bei der Versorgung bestimmter Patientengruppen gäbe. Herr Woggan erinnerte daran, dass die Psychotherapeuten nur ein Teil in einer komplexen Versorgungskette seien, deren Kooperationsstrukturen bisher unterentwickelt seien. Die Forderung nach Aufhebung von Befugniseinschränkungen quittierte Herr Gruhl mit der Frage nach den dann noch existierenden Unterschieden zwischen Psychiatern und Psychotherapeuten.

Herr Wittmann kritisierte die in den Psychotherapierichtlinien festgelegten Stundenkontingente, die eine klientengerechte Arbeit erschwerten, und wies darauf hin, dass nur 10 bis 15% der Outcome-Varianz vom Verfahren abhängig sei, das die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten benutzen. Frau Nicolai betonte noch einmal die große Bedeutung der Beziehungsarbeit, die dafür spreche, dass die Versorgungskontinuität durch Vernetzung an den Schnittstellen eine wesentliche Frage des Erfolges von Behandlungen sei.

Karl Heinz Schrömgens

Herr Gruhl wies darauf hin, dass die jährlichen Zuwächse auf dem Psychopharmaka-Markt zweistellig seien und Herr Klüsener erklärte, dass im Rahmen von Modellprojekten die Teilnahme an Qualitätszirkeln und Koordinationstreffen vergütet werde. Herr Woggan bekräftigte, dass es für die Krankenkassen eindeutig sei, dass ambulante vor stationäre Versorgung gehe, und Herr Wittmann hob hervor, dass eine Perspektive für die Zukunft auch im ambulanten Bereich multiprofessionelle Teams seien, die dann Schnittstellen und Kooperationspartner quasi unter einem Dach hätten. Herr Gruhl regte an, dass in einer begrenzten Region eine „Managementgesellschaft von Akteuren" ein integriertes Angebot von ambulanter und (teil-) stationärer Versorgung unterbreiten sollte, um die vielfältigen Möglichkeiten unter Beweis zu stellen. Bremen könnte ein solcher Bereich sein.

Die Diskutanten

Wir seien von solchen Möglichkeiten leider noch weit entfernt, merkte Herr Schrömgens an. So seien die Gespräche im vergangenen Jahr, ein regionales Psychiatriebudget zu bilden, bezeichnenderweise ohne Einbeziehung der ambulanten Leistungserbringer geführt worden. Bisher fehle es an Modellen, wie eine Integration von freiberuflich Arbeitenden gelingen könne. Frau Nicolai betonte noch einmal, dass eine Vertrauensbildung zwischen den Berufsgruppen und den verschiedenen Versorgungsbereichen nur möglich werde, wenn alle Akteure in die Planungsprozesse mit einbezogen werden. Im Schlusswort hob Herr Schrömgens die konstruktive Atmosphäre hervor, die in wohltuender Weise Polarisierungen vermieden habe.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Hans Schindler, Karl Heinz Schrömgens

Geschäftsstelle

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

Das Suchtinterventionsprogramm der Psychotherapeutenkammer Hamburg

von Bettina Nock

Auch PsychotherapeutInnen können Probleme mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen haben; und laufen damit Gefahr, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Erfahrungen aus dem ärztlichen Bereich stützen diese Annahme. Daher hat die Psychotherapeutenkammer Hamburg ein Interventionsprogramm entwickelt, das betroffenen KollegInnen bei Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen rechtzeitige Hilfen anbieten und zu einer Enttabuisierung des Themas beitragen will.

Suchtgefährdende Arbeitsbedingungen

PsychotherapeutInnen sind einer Reihe suchtgefährdender Bedingungen in der Ausübung ihres Berufes ausgesetzt: lange und teilweise ungeregelte Arbeitszeiten, eine umfassende und anstrengende Ausbildung, komplexe Entscheidungssituationen, Kontakt mit schwierigen Menschen und belastenden PatientInnenschicksalen, hoher in- und extrinsischer Leistungs- und Erwartungsdruck. All dies kann zu anhaltendem emotionalen Druck und dem chronischen Gefühl führen, ständig funktionieren zu müssen und mit nichts wirklich fertig zu werden. Die Gefahr eines Burnout ist, wie auch in anderen helfenden Berufen, groß. Von bedeutsamem Einfluss ist dabei sicherlich auch das idealisierte Selbstbild der PsychotherapeutIn: eine unverwundbare immer starke Helferin zu sein, die selbst nicht krank wird und nie ihre Selbstkontrolle verliert. Gerade bei uneingestandenen dauerhaften Erschöpfungszuständen oder chronischen Überforderungen, ist die Flucht in eine Sucht eine häufige wenn auch inadäquate Bewältigungsstrategie.

Scham und Bagatellisierung

Zwei wesentliche Gründe hindern betroffene Psychotherapeutinnen u. U. eine Behandlung aufzusuchen: Das eine ist die Verdrängung oder auch Bagatellisierung durch das direkte Umfeld, insbesondere Kolleginnen und Mitarbeiterinnen. Denn sowohl bei legalen Suchtmitteln (die etabliert und mit einer tolerablen Schwellendosis versehen sind) als auch bei Medikamenten- oder Drogenmissbrauch oder auch nicht-stofflichen Süchten zeigt sich im kollegialen Umgang oftmals eine unangemessene Toleranz und ein eher ratloses Wegsehen. Das andere ist die Angst vor den Folgen einer Offenlegung der Sucht. Neben der Scham und der Furcht vor Stigmatisierung in der persönlichen, kollegialen und beruflichen Umgebung, ist es natürlich auch die begründete Furcht, die berufliche Existenz und damit die Einkommensgrundlage zu verlieren (durch Entzug von Approbation oder KV-Zulassung, mögliche Regressforderungen).

Berufsaufsicht und Fürsorgepflicht

Für approbierte Heilberufsangehörige hat eine Abhängigkeitserkrankung weitaus schwerwiegendere Konsequenzen als für andere Berufsgruppen: Da der Schutz der PatientInnen an erster Stelle steht und absoluten Vorrang vor den materiellen Interessen der Heilberufsangehörigen hat, geht die aufsichtsführende Gesundheitsbehörde bei einer Suchmittelabhängigkeit davon aus, dass die betroffene PsychotherapeutIn ihren Beruf aufgrund der Erkrankung nicht mehr ausüben kann. Konsequenterweise würde eine festgestellte Suchtmittelabhängigkeit in der Regel zu einem Ruhen oder sogar Entzug der Approbation durch die Aufsichtsbehörde führen.

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg übt jedoch nicht nur (im Auftrag der Behörde) die Berufsaufsicht aus; sie hat auch eine Fürsorgepflicht gegenüber ihren Mitgliedern. Die Kammer ist gehalten, KollegInnen bei der Lösung von Problemen in der Berufsausübung zu unterstützen. Im Fall einer Suchterkrankung soll daher betroffenen Kammermitgliedern frühzeitig Hilfe angeboten werden, aus der Suchtmittelabhängigkeit auszusteigen, ohne dass dies zu den oben beschriebenen Sanktionen seitens der Approbationsbehörde führt.

Das Suchtinterventionsprogramm

In den vergangenen Monaten wurde daher in enger Abstimmung mit der Approbationsbehörde und unter Berücksichtigung der Erfahrungen der Ärztekammer Hamburg ein Interventionsprogramm für suchtmittelgefährdete oder -abhängige Kammermitglieder entwickelt. Grundlage hierfür ist die Bereitschaft seitens des Kammermitgliedes, sich in einen kontrollierten und begleiteten Heilungsprozess zu begeben, der mit der Beratung beginnt und das Ziel hat, über den Entzug und eine anschließende psychotherapeutische Behandlung die volle Berufsausübungsfähigkeit wiederherzustellen. In das von der Kammer beschlossene Programm sind sowohl Entzugskliniken als auch Beratungsstellen als Partner einbezogen. Das Programm beruht auf dem Prinzip der Freiwilligkeit und steht allen betroffenen Kammermitglieder offen; es

soll zugleich durch das integrierte Beratungsangebot einen niedrigschwelligen Zugang ermöglichen. In der Regel wird das Programm vorgeschlagen, wenn sich über Hinweise oder Beschwerden von KollegInnen oder PatientenInnen der Verdacht einer Suchtproblematik bei einem Kammermitglied bestätigt. Betroffene KollegInnen können sich selbstverständlich auch selbst bei der Suchtbeauftragten der Kammer melden.

Die **Zielsetzungen** des Programms sind:

- Vermeidung des Ruhens oder des Entzuges der Approbation und der KV-Zulassung.
- Schutz der PatientInnen vor möglichen negativen Behandlungsauswirkungen bedingt durch die Suchterkrankung des Kammermitglieds.
- Angebot eines strukturierten und begleiteten Behandlungsprogramms.

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg unterstützt das betroffene Mitglied bei der Suche nach geeigneten suchttherapeutischen Einrichtungen (stationär und ambulant), stellt den Zugang zu einer unabhängigen suchtmedizinischen Institution für die regelmäßigen Kontrollen her, hilft bei organisatorischen Problemen bedingt durch die Unterbrechung der Berufsausübung und bietet eine wertschätzende Begleitung während des Gesundungsprozesses an.

Wiederaufnahme der Berufstätigkeit

Die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit als PsychotherapeutIn kann erst erfolgen, wenn die betroffene KollegIn ihren Beruf wieder in vollem Umfang ohne jegliche Einschränkung – besonders im Patientenkontakt – ausüben kann. Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hamburg entscheidet mithilfe eines externen Gutachters über die wiederhergestellte Berufsfähigkeit und teilt dies der Approbationsbehörde umgehend mit. Bei angestellten Kolleginnen findet darüber auch mit dem Arbeitgeber ein Austausch statt.

Die Nachbetreuung im Rahmen des Interventionsprogramms wird in den meisten Fällen auch nach Wiederaufnahme der Berufstätigkeit – abhängig vom Verlauf des Gesundungsprozesses – über einen gewissen Zeitraum fortgesetzt.

Resümee

Die Teilnahme eines betroffenen Kammermitglieds am Interventionsprogramm, also an einer strukturierten suchttherapeutischen Behandlung mit Begleitung durch die Kammer, ist sinnvoll und notwendig, um die Betroffene zu befähigen, ihren Beruf als PsychotherapeutIn in voller Verantwortung wieder auszuüben. Wichtig ist, der Betroffenen den Weg zu ihrer Heilung aufzuzeigen, sie auf die berufsrechtlichen Implikationen ihrer Erkrankung hinzuweisen, und ihre Patientinnen vor möglichen negativen Behandlungsauswirkungen zu schützen.

Das Suchtinterventionsprogramm kann ab Anfang 2011 auf der Kammerhomepage eingesehen werden.

„Psychotherapie wird zu schmalspurig vorgehalten“

Interview mit Prof. Dr. Thomas Bock zur gemeindepsychiatrischen Versorgung.

Von Prof. Dr. Rainer Richter

Prof. Richter: Sie setzen sich seit vielen Jahren für eine gemeindepsychiatrische Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein. Worin unterscheidet sich dieses Versorgungskonzept von der herkömmlichen psychiatrischen Versorgung?

Prof. Bock: Es geht nicht um ein Etikett, sondern um das Ziel, psychiatrische und psychosoziale Hilfe so zu organisieren, dass sie Menschen in ihrem Lebensumfeld unterstützt, ihre Ressourcen wahrnimmt und stärkt und ihre aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sichert. Die größte Herausforderung ist dabei, psychisch erkrankte Menschen nicht nur in ihren Defiziten, sondern auch in ihren Stärken wahrzunehmen, sie nicht nur als Empfänger von Hilfen zu betrachten, sondern ihnen „Bedeutungsräume“ zu erschließen.

Welchen Stellenwert haben Psychopharmakotherapie und Psychotherapie dabei?

Bezogen etwa auf Menschen mit Psychosen wird Psychopharmakotherapie zu automatisch, zu hochdosiert und bzgl. der Nebenwirkungen zu bedenkenlos angewandt. Zugleich wird Psychotherapie zu selbstverständlich verweigert oder zu schmalspurig vorgehalten, obwohl die modernen Leitlinien Einzel- und Familientherapie vorschreiben.

Prof. Dr. Thomas Bock

Auf welche Weise können Angehörige von psychisch Kranken aktiv in

den Behandlungsprozess einbezogen werden?

Durch die verkürzten Liegezeiten und die zunehmende Zersplitterung der Versorgung sind Angehörige längst „einbezogen", werden zugleich aber oft ausgegrenzt; wir beanspruchen sie indirekt und behandeln sie trotzdem respektlos. Das ist fahrlässig und unsinnig. Angehörige sind einerseits stark belastet und zugleich für die meisten Patienten ihre wichtigste Ressource. Wir müssen sie also in doppelter Hinsicht ernst nehmen und dabei bedenken, dass Eltern, Geschwister, Partner und Kinder sehr unterschiedliche Fragen, Spannungsfelder, Stärken und Belastungen mitbringen. Sie etwa bei Psychosen, Depressionen und Manien nicht einzubeziehen – direkt oder indirekt –, kommt einem Kunstfehler gleich.

Im GWHH-Projekt „Netzwerk Psychische Gesundheit Hamburg" vertreten Sie den Bereich „Trialog & Partizipation". Welches sind die Ziele dieses Projektes?

Hamburg bekam den Zuschlag als Gesundheitsmetropole der Zukunft mit insgesamt zehn Teilprojekten (fünf diagnosespezifisch, fünf unspezifisch) auch deshalb, weil die aktive Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen ein besonderes Merkmal der Bewerbung ist. Das gilt für die Aufklärungskampagne, beim Internetauftritt (z. B. Skype-Service), bei Informations- und Begegnungsprojekten in Schulen und Betrieben, bei der trialogischen Fortbildung (z. B. für Lehrer, Jugendhilfe, Hausärzte usw.), aber auch bei Interventionen, z. B. beim Gesundheitsnetz Psychose, das auf flexible frühe Behandlung zielt. Hamburg hat hier durch 20 Jahre Psychoseseminar, zehn Jahre „Irre menschlich Hamburg" und fünf Jahre „EXperienced INvolvement", aber auch durch die gute Kooperation mit den Landesverbänden der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen eine besonders reiche Expertise. Ein spezielles Teilprojekt dient der Implementierung und Erforschung von Peer-to-Peer-Beratung für Betroffene und Angehörige in sieben Regionen Hamburgs.

Auch in Hamburg bestehen nach wie vor Defizite in der Versorgung psychisch kranker Menschen. Welche Möglichkeiten sehen Sie für uns Psychotherapeuten, zur Verbesserung beizutragen, evtl. auch in Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen?

Bundesweite Untersuchungen kritisieren die fast totale Abstinenz von Psychotherapeuten bei Psychosen und Bipolaren Störungen (F2 und F3 Diagnosen). In Hamburg ist die Situation vielleicht nicht ganz so krass; es gibt einzelne sehr engagierte Psychotherapeuten, doch gemessen am Bedarf viel zu wenige. Menschen mit diesen Erfahrungen/Diagnosen brauchen Psychotherapie – das bestätigen inzwischen alle modernen Leitlinien –, doch mit einer besonderen Flexibilität hinsichtlich Zeit, Dauer, Inhalt und Setting (Beteiligung von Angehörigen). Im „Gesundheitsnetz Psychose" (Teilprojekt 6 der Gesundheitsmetropole) möchten wir ein flexibles und z. T. mobiles Behandlungsnetz für Patienten mit beginnender Psychose aufbauen, um sie früher zu erreichen und möglichst außerhalb der Psychiatrie aufzufangen. Hier suchen wir die Kooperation mit der Jugendhilfe, mit Psychosozialen Kontaktstellen, Rebus-Stellen (Schulpsychologen), Hausärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten – für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene. Wer an einem solchen kooperativen Netzwerk Interesse hat, kann sich unter bock@uke.de oder lambert@uke.de melden.

Welche strukturellen Veränderungen würden Sie fördern? Wie schätzen Sie die Bedeutung der neuen Versorgungsformen (Selektivverträge, MVZ) im Verhältnis zu den bisherigen Strukturen (Tageskliniken, Psychiatrieambulanzen, GPZE) in diesem Kontext ein?

Es gibt Mängel bei den Aus- und Weiterbildungen, Supervision und Gutachterverfahren. Außerdem kann die Struktur der Einzelpraxis überfordert sein; jedenfalls sehe ich einen besonderen Bedarf an Gemeinschaftlichkeit und wenn möglich auch an Multiprofessionalität. Schritte in diese Richtung können Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZs) sein. Beidseitige Chancen sehe ich aber auch in regionalen Netzwerken von Institutsambulanzen und umliegenden Psychotherapiepraxen. Nach dem Motto: Ihr helft uns bei den Mühen der Ebene, wir Euch nahtlos und ohne Wartezeit in akuten Krisen. Selektivverträge der Integrierten Versorgung können hilfreich sein, um die Tragfähigkeit des ambulanten Systems in Richtung „Hometreatment" auszuweiten. Doch für die Basiskooperation sind sie keine unbedingte Voraussetzung.

Sie haben am UKE ein Projekt namens „SUSI" zum subjektiven Sinn und dem Erleben einer psychischen Störung durch den Patienten und dessen Einfluss auf die Behandlung initiiert. Können Sie kurz die Zielrichtung und Vorgehensweise des Projekts darstellen?

Das Hamburger SuSi-Projekt ist ein trialogisches Forschungsprojekt zur Bedeutung des subjektiven Sinns bei Psychosen. Unter Beteiligung vieler Psychoseerfahrener und Angehöriger wurde ein Fragebogen erarbeitet mit verschiedenen konsistenten Faktoren auf drei Zeitebenen: Besinnung der Vergangenheit, Bewertung der Gegenwart und Erwartungen an die Zukunft. Und mit spannenden ersten Ergebnisse: Von ca. 500 ambulanten und stationären Psychosepatienten legen fast 80% großen Wert auf Kohärenz in dem Sinne, dass sie ihre Psychose mit Lebenserfahrungen in Verbindung bringen und als individuelle Besonderheit aneignen (wollen). Je mehr ihnen das gelingt, desto positiver bewerten sie ihre Symptome und desto hoffnungsvoller sehen sie in die Zukunft, und das weitgehend unabhängig von der Schwere der Erkrankung. Die Arbeitsgruppe interpretiert das als Auftrag an eine durchaus auch biographisch orientierte Psychotherapie. (Erste Veröffentlichung: Bock et al., 2010, Psychiatrische Praxis 37, S. 285 ff; weitere in Vorbereitung). Als nächstes möchte die Arbeitsgruppe den SuSi-Fragebogen auch als Evaluations- und Prognoseinstrument testen. Neben der Spende einer kleinen Hausarztstiftung sind hier jedoch Zuspenden dringend erforderlich und erbeten (Kontakt: bock@uke.de).

Die Gemeindepsychiatrischen Zentren übernehmen im Feld der Behandlung von psychisch Kranken vielfältige Leistungen. Deren Finanzierung hängt jedoch an den

öffentlichen Haushalten. Sehen Sie die Notwendigkeit, die GPZEs in die Behandlung psychisch Kranker im primären Leistungsbereich der GKV einzubeziehen und wie schätzen Sie die Möglichkeiten von IV-Verträgen unter Einbeziehung der GPZEs ein? Könnte es eine Option sein die GPZEs zu MVZs weiter zu entwickeln?

In Hamburg kommen zwei sektorübergreifende Verträge der Integrierten Versorgung bei Psychoseerkrankungen zur Anwendung: a) Seit mehreren Jahren sieht ein Vertrag des UKE mit DAK, AOK, HEK und IKK für bestimmte schwerer erkrankte Patienten Jahrespauschalen vor, die eine Verschiebung von stationären in ambulante Kosten inkl. „Hometreatment" ausdrücklich begünstigen. Bei gleichem Mitteleinsatz haben die Patienten weniger stationäre Zeiten, mehr Psychotherapie und bessere mobile Erreichbarkeit in Krisen, erleben deutlich weniger Zwang und mehr Lebensqualität.

b) Ein Vertrag der TK gibt vor allem gemeindepsychiatrischen Trägern Zugang zu SGB V mit dem gleichen Ziel, mobile außerklinische Krisenhilfen inkl. Psychotherapie zu fördern. Die Zielgruppe ist weiter gefasst, doch die Krankenhausfinanzierung bleibt meist unberührt und die Anbieter tragen das finanzielle Risiko einer erneuten Hospitalisierung. Ideal wäre eine Integration beider Modelle, worum sich das UKE bemüht. Noch wichtiger aber ist, eine direkte Einflussnahme der Pharmaindustrie zu verhindern, wie sie durch die aktuelle Novellierung des § 140b SGB V begünstigt wird. Im Moment laufen die engagierten Verbände Sturm gegen diesen Skandal, der sich in Niedersachen bereits in einem Direktvertrag der AOK mit einer 100%igen Tochter des Pharmakonzerns Janssen-Cilag niedergeschlagen hat.

Mit der sektorübergreifenden Qualitätssicherung werden auch die stationären und teilstationären Behandlungsmethoden verstärkt unter Nutzenaspekten bewertet werden. Wie beurteilen Sie diese Entwicklung?

Würde man wirklich die „Nutzer" fragen, würden diese vehement für eine sektorübergreifende Kontinuität der Behandlung eintreten, wonach dann der gleiche Therapeut im ambulanten und (teil-)stationären Setting zuständig ist, mit der Chance größeren Vertrauens und entsprechender Flexibilität.

Doch die trialogische Nutzerbeteiligung müsste noch weitergehen – über die unabhängige Beschwerdestelle, die Bedarfsplanung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften bis hin zur direkten Beteiligung von Nutzern nach dem Prinzip des EXperienced INvolvemet.

Vielen Dank für dieses Interview.

Geschäftsstelle

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

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Jürgen Hardt

Ende Oktober ist das Präventionsgesetz sanft entschlafen und wurde vom Bundesgesundheitsminister in aller Stille beigesetzt. Kaum jemand hat etwas davon mitbekommen, schon gar nicht wir Psychotherapeuten – es hatte ja auch mit uns nichts zu tun.

Doch geht uns Prävention wirklich nichts an? Geht es doch bei Prävention um die Veränderungen von Verhaltens- und Erlebensweisen. Ist das nicht psychotherapeutische Arbeit? Ist die Änderung des Gesundheitsverhaltens nicht zu allererst eine psychotherapeutische Tätigkeit, die bei Kindern beginnt? Ist nicht Gesundheitserziehung schon immer Aufgabe von Psychotherapie?

Um psychotherapeutische Gesichtspunkte ging es im Präventionsgesetz nicht – wir haben versucht, diesen Mangel zu beheben und Änderungen im Präventions- und Psychotherapeutengesetz vorgeschlagen. Weil wir nicht einbezogen waren, wurden wir beim Verteilen des Erbes nicht mit bedacht. Nach Vorstellung des Ministers soll Prävention die Aufgabe niedergelassener Ärzte sein, die wie Familienärzte des letzten Jahrhunderts über Generationen mit Familien bekannt, mit Autorität ausgestattet die Gesundheitserziehung aufklärend, beratend und mit Strafe drohend erledigen. Das alles sollen sie nebenbei richten, denn es darf nichts kosten.

Dass Prävention nicht zu einer gesetzlichen Verpflichtung befördert wurde, ist trotz aller Mängel des alten Entwurfes ein gewaltiger Rückschritt. Prävention zu stärken und gesetzlich zu regeln, wäre eine Chance gewesen, eine wirkliche „Reform" des Gesundheitswesens in Gang zu setzen. Alle bisherigen und auch die nächste geplante Gesundheitsreform waren und sind nur Rettungsversuche unseres Gesundheitswesens, vorzüglich der Krankenkassen. Es waren Kostendämpfungs- und Umverteilungsgesetze, zuletzt schwerpunktmäßig Modernisierungsgesetze und sollten einen entfesselten Gesundheitsmarkt mit freiem Wettbewerb eröffnen.

Das Präventionsgesetz war anspruchsvoller, es verstand Gesundheit entsprechend der WHO-Definition als umfassendes Wohlbefinden, dessen Erhalt Aufgabe aller Politik ist. Gesundes Leben als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und nicht Gesundheit als Produkt einer Gesundheitsindustrie.

Eine Chance ist von uns gegangen. Die Logik der Gesundheitswirtschaft und die Interessen der Gesundheitsindustrie werden sich wieder durchsetzen. Eine Besinnung auf das Leben wird es nicht geben. Man sollte in Erinnerung rufen, dass vor 100 Jahren Reformbewegungen entstanden sind, die den Gefahren modernen Lebens entgegentreten wollten. Schwärmer und Freigeister lehnten sich gegen verkrustete staatliche Strukturen auf und begannen, ein gesünderes Leben zu führen. Dass diese Bewegung später ideologisch missbraucht worden ist, spricht nicht gegen sie: Gesund leben kann auch gesellschaftlich progressiv sein! Im Übrigen bleibt uns sowieso nichts anderes übrig, als die Präventionen bald zu exhumieren und wiederzubeleben: Mit Gesundheitserziehung Krankheiten verhindern und das ist wesentlich eine psychotherapeutische Aufgabe.

Mit den besten Wünschen zum Jahreswechsel

Ihr Jürgen Hardt
Präsident

„Privatsphäre ist lame…"

Uta Cramer-Düncher

Am 6. November 2010 veranstaltete die Kammer die Fachtagung „Im Netz der neuen Medien". Wie schon unsere Fachtagung „Verloren in virtuellen Welten" in 2008 (deren Tagungsband bei Vandenhoeck & Ruprecht bereits in 2. Auflage gedruckt ist) war sie so nachgefragt, dass wir gar nicht alle Anmeldungen annehmen konnten: Das Thema brennt unseren Mitgliedern unter den Nägeln – als Psychotherapeuten, wie auch als Betroffenen.

Auf dieser Fachtagung (siehe folgenden Bericht) war zu hören: „Privatsphäre ist lame!" – also „total out". Ein anderes Statement war: „Wenn ich etwas erlebe, teile ich es mit!", und zwar im Netz, in Twitter, auf Facebook etc., so dass alle daran teilhaben können! Also meine zahlreichen „Netzfreunde", die selbst wieder unzählige „Netzfreunde" haben, die wieder… Und ich selbst kriege Mitteilungen aus dem Kreis der Freunde und der Freunde der Freunde, die mir genauso mitteilen, was sie gerade machen, mich also bestätigen. Hätte ich diese Sätze jetzt in Facebook geschrieben oder getwittert, wüssten das in ein paar Minuten hunderte oder gar tausende von Menschen. Und ich würde umkehrt die Aktivitäten oder Gedanken hunderter anderer Menschen in Windeseile erfahren: Eine unendliche, letztlich auch undurchschaubare Vernetzung, ein „kommunikatives Grundrauschen". Und eine Beschäftigung, der viele Menschen eine Menge ihrer Lebenszeit widmen.

Doch was haben all diese Leute davon, Alltägliches, Interna, auch Intimitäten über sich öffentlich zu machen? Es scheint ein

Gefühl zu sein, nicht alleine zu sein, das „Grundrauschen" eines Gemeinschaftsgefühls. Man könnte – in Abwandlung des Descartes-Wortes – fast sagen: „Ich bin vernetzt also bin ich." Nun ist der Mensch ja auf das Du, den anderen, hin angelegt. Insofern befriedigt das Netz ein Grundbedürfnis danach, anerkannt zu werden. Die Erkenntnis von Carl Rogers, dass nicht an Bedingungen gebundene Akzeptanz durch den anderen eine grundlegende Bedingung für eine gelingende Persönlichkeitsentwicklung und eine der Grundbedingungen für gelingende Therapien ist, ist längst zur Selbstverständlichkeit geworden. Die Bedingung für An-Erkennung im Netz ist nur, jederzeit online zu sein, damit ich jederzeit in Kontakt treten und mir Bestätigung und Resonanz abholen kann. Irgendjemand wird mir immer antworten… Das ist easy und kostet nichts – glauben wir…

Dazu fiel mir die Geschichte von den kleinen Leuten aus Swabedoo ein, die in den achtziger Jahren in Kreisen der humanistischen Psychotherapeuten kursierte[1]: *Die Swabedoodas schenkten sich gegenseitig wann immer sie sich begegneten, warme, weiche Pelzchen als eine Art zu sagen „Ich mag Dich!", als Zeichen der gegenseitigen Anerkennung und des Geliebtwerdens. Außerhalb des Dorfes wohnte ein Kobold, der sich ausgeschlossen fühlte und neidisch auf das Glück der Swabedoodas war. Er bringt sie dazu, sich gegenseitig keine Pelzchen mehr zu schenken. Das führt zu Isolation und sozialer Kälte, die die Swabedoodas krank macht. Als Ersatz offeriert der Kobold stachelige, kalte Steine, die ihm allerdings sehr teuer sind. Die Swabedoodas nehmen sie dankbar an, haben sie doch wieder etwas, was sie sich schenken können. Nur gibt es natürlich einen großen Unterschied zwischen weichen Pelzchen und stacheligen Steinen, der ein „merkwürdiges Ziehen im Herzen" und Verwirrung hinterlässt.*

Auch im Internet gibt es nichts umsonst. Eine weitere Währung, in der bezahlt wird, sind meine Daten – oder die Kontrolle über meine Lebensäußerungen. Denn was da alles mit meinen Daten gemacht werden kann, ist gigantisch. Uns Ältere, die wir uns noch an den Proteststurm anlässlich der Volkszählung erinnern können, packt das schiere Entsetzen, wie leichtsinnig Persönlichstes etwa in sozialen Netzwerken wie SchülerVZ, StudiVZ oder eben Facebook freiwillig veröffentlicht wird.

Was bedeutet das für uns Psychotherapeuten? Erstens: Datenschutz fängt im Kopf an. Hier gibt es ein aufklärerisches und psychoedukatives Aufgabenfeld, nicht nur bei Kindern und Jugendlichen. Auch Erwachsene durchschauen das Netz und seine Missbrauchsmöglichkeiten nur rudimentär – was nicht nur an der rapiden Zunahme von Betrug im Internet sichtbar wird. Zweitens: Die Preisgabe von Daten im Internet sollte so sparsam wie möglich stattfinden und wohlüberlegt sein. Denn das Netz vergisst und verzeiht nichts! Jede Eingabe kann in Caches, Blogs etc. unendlich lange gespeichert werden, Jugendsünden können einen ein Leben lang verfolgen, wie jeder potentielle Arbeitgeber mal eben im Netz nachsehen kann…

Das Internet sollte deshalb aber nicht verdammt werden, denn jegliche Mystifizierung – sei sie negativ oder positiv – verhindert gerade die nötige differenzierte Auseinandersetzung mit den unweigerlich existierenden virtuellen Welten. Diese differenzierten, fachlich fundierten Diskurse sind dringend nötig. Das betrifft auch die Zukunft unseres Berufes – etwa, wenn man an neue Überlegungen zu Internettherapie, Internetsupervision oder Internetintervision denkt. Der Psychoanalytiker Peter Fonagy hat das in treffender Weise kürzlich sinngemäß so formuliert: Die psychotherapeutischen Grabenkämpfe der Zukunft werden nicht mehr zwischen Therapieschulen stattfinden – sondern zwischen Psychotherapie im Netz und im Real Life.

Herzlichst

Uta Cramer-Düncher,
Mitglied des Vorstands

1 Siehe http://www.sagen.at/texte/maerchen/maerchenbeitraege/swabedoo.html

Fachtagung „Im Netz der ‚Neuen Medien'" am 6. November 2010 in Wiesbaden

„Im Netz der ‚Neuen Medien' – wie sich Identitäten, Beziehungen und psychotherapeutische Prozesse durch das Web 2.0 verändern" war der Titel einer Fachtagung, am 6. November 2010 in Wiesbaden, die von **Uta Cramer-Düncher**, **Dr. Ulrich Müller**, **Dr. Matthias Ochs** und **Stefan Baier** geplant und mit Hilfe der Mitarbeiter der Geschäftsstelle der Kammer durchgeführt wurde.

In seiner Einführung bezog sich Präsident **Jürgen Hardt** zunächst auf die amerikanische Soziologin Sherry Turkle, die sich in ihrem Buch „Life on the Screen: Identity in the Age of the Internet" u. a. mit der Frage beschäftigte, wo (im Cyberspace) der Körper endet und wo die Seele beginnt – und ob die Seele nicht ein Teil des Körpers ist. Anschließend beleuchtete Hardt den Briefwechsel zwischen dem französischen Philosophen René Descartes, der das körperlose Cogito erfunden hat und Prinzessin Elisabeth von Böhmen. Dieser Briefwechsel sei deshalb für das Thema der Fachtagung sehr aufschlussreich, da er zum einen eine Art historischer Vorläufer von medienvermittelter Therapie darstellt; zum anderen, weil es darin um das Verhältnis von Körper und Seele und eben das Leiden an der Dissoziation von beidem geht. Descartes habe in einem Brief Elisabeth zur Frage, wie man die Einheit von Körper und Seele erfahren kann, folgendes empfohlen: „indem man… nur das Leben und die alltäglichen Gespräche nutzt und sich des Nachdenkens… enthält, (so) lernt man die Vereinigung von Seele und Körper begreifen."

Der Mannheimer Literatur- und Medienwissenschaftler **Prof. Jochen Hörisch** verdeutlichte in seinem Beitrag, dass das Bild der Seele und das des Menschen schon immer dem jeweiligen Stand der Medientechnik entsprach. Platon habe etwa schon im Theaitetos die Seele des Menschen mit einer Wachstafel verglichen, Sigmund Freud das menschlichen Gedächtnis in

seiner Notiz über den „Wunderblock" von 1925 ebenfalls. Ein „neues Kapitel" in ihrem Leben konnten Menschen erst in Folge der Erfindung des Buches als Medium „aufschlagen", ihr Leben im Angesicht des Todes wie in Zeitlupe vorüberziehen sehen erst nach Aufkommen des Films, so Hörisch weiter. Dass die „Neuen Medien" unser Identitätsverständnis beeinflussen, sei also nichts Neues. Das Neue an den „Neuen Medien" liege eher in dem Auftun spezifischer Paradoxien, wie etwa das mediensoziologische Phänomen der massenhaften Individualisierung oder das geisteskulturelle Phänomen der Sinninflation durch ein Sinnüberangebot im Internet (Stichwort „transzendentale Obdachlosigkeit").

Die folgenden beiden Beiträge beschäftigten sich mit Anwendungsaspekten des Web 2.0: Die Medienpädagogin **Angelika Beranek** aus Neu-Isenburg stellte anschaulich Aufbau, Nutzen und Risiken des sozialen Netzwerks „SchuelerVZ" vor. Die ca. 11- bis 15-jährigen Schüler würden diese Internetplattform im Rahmen bestimmter Entwicklungsaufgaben, wie Identitätsbildung (etwa Profilselbstdarstellungen) und Beziehungsmanagement mit Peers nutzen. Gleichzeitig sei erschreckend, wie wenig die Schüler darüber wissen, wer wie Einsicht in ihr Profil nehmen kann, welche technischen Einstellungsoptionen existieren und wie es mit der Datensicherheit bestellt ist. **Georg Schnurer**, stellvertretender Chefredakteur des renommierten Computermagazins c't, erläuterte u. a. am Beispiel von Facebook, wie automatisiert und für Nutzer nicht nachvollziehbar Daten – bis hinein in die persönlichen Adressbücher auf den Computern – „abgegriffen" werden. Er formulierte den Merksatz, dass gesetzliche Bemühungen um Datenschutz angesichts der Internationalität des Internet immer weniger greifen. Uns bliebe nur eine Chance: Datensicherheit müsse im Kopf beginnen.

Die Klagenfurter Medien- und Kommunikationswissenschaftlerin **Prof. Christina Schachtner** von der Alpen-Adria-Universität stellte Ergebnisse aus Forschungsprojekten zu Subjektkonstruktionen und digitaler Kultur vor. Ein Ergebnis sei eine qualitative Typologie des virtuellen Subjekts anhand von vier Profilen: das gestaltende Subjekt, das spielende Subjekt, das flanierende Subjekt sowie das verunsicherte Subjekt. Anhand dieser Typen veranschaulichte sie zudem Gefährdungen (wie Überforderung/Erschöpfung durch ein Zuviel an Differenzen und Entscheidungsoptionen) und Chancen (wie die Integration neuer kultureller Elemente in das eigene Identitätskonzept) des Subjekts in der Virtualität des Cyberspace. Die Sozialpsychologin **Prof. Nicola Döring** von der TU Ilmenau in Thüringen verglich in ihrem Referat das Kanalreduktionsmodell mit dem Filtermodell der Online-Kommunikation: Ersteres besage, dass die Online- im Vergleich zur klassischen Face-to-Face-Kommunikation zu Entsinnlichung und Entemotionalisierung führe; das Filtermodell gehe hingegen davon aus, dass es durch Online-Kommunikation zu einer Nivellierung von Statusunterschieden und einer psychologischen Enthemmung (in positiver wie in negativer Hinsicht) kommt. Die Empirie spreche für letzteres Modell: Online-Kommunikation scheine klassische Kommunikationsformen weder zu reduzieren noch zu ersetzen, sondern zu ergänzen; wer viel im Real Life kommuniziere, tue dies auch online.

In der abschließenden Podiumsdiskussion wurde am Transfer des Gehörten in die psychotherapeutische Praxis gearbeitet.

MO

Bericht zur 10. Delegiertenversammlung (2. Wahlperiode) LPPKJP Hessen

Zu Beginn der DV wies Präsident Jürgen Hardt auf das bevorstehende Ende der Wahlperiode hin, mit der auch die Phase des Aufbaus der Kammer erfolgreich abgeschlossen ist. Die Kammer konnte sich als Gesprächspartner etablieren und findet zunehmend mehr Gehör; die Arbeit wurde professionalisiert, ist aber auch durch den enormen Einsatz der ehrenamtlich Tätigen geprägt. Da voraussichtlich ein erheblicher personeller Wechsel der Delegierten erfolgt, regte er ein Resümee der Erfahrungen an, um den Start in der neuen Wahlperiode zu erleichtern.

Finanzen

Ein wichtiger Teil der Tagesordnung der im Herbst stattfindenden DVs sind jeweils die Kammerfinanzen. Sie beanspruchten in diesem Jahr wenig zeitlichen Raum und die Beschlüsse wurden einstimmig gefasst: Nachdem der Jahresabschluss 2009 erstmals zu einem Jahresfehlbetrag führte – für 2010 wird das wiederum erwartet – konnten die Rücklagen vermindert werden. Angesichts höherer Honorare in der GKV ab 2009 und vermutlich weiter leicht steigender Mitgliederzahlen konnte der Vorstand erneut eine Absenkung des Beitrags vorschlagen, die auch von den Delegierten beschlossen wurde. Der für Finanzen zuständige Vizepräsident Hans Bauer berichtete den Delegierten von einem seit Jahren kontinuierlich sinkenden Durchschnittsbeitrag, der in 2010 bei 332 € liegt. Der Haushalt für 2011 weist in den Ausgaben (ca. 1,34 Mio. €) eine Steigerung aus. Diese beruht teilweise auf einmalig anfallendem Aufwand im Zusammenhang mit der 2011 stattfindenden Wahl zur DV. Der sich aus den Planzahlen ergebende Fehlbetrag von mehr als 200.000 € wird erfahrungsgemäß nicht in dieser Höhe anfallen, aber die Rücklagen werden – wie von der DV gewünscht – weiter vermindert werden.

Ordnung zur Anerkennung der Qualifikation als forensischer Sachverständiger

Nach langen Vorarbeiten einer länderübergreifenden und einer hessischen Arbeitsgruppe konnte Marion Schwarz für den Vorstand den Entwurf einer „Ordnung zur Anerkennung der Qualifikation als forensischer Sachverständiger" einbringen. Diese Ordnung trifft Regelungen zur Anerkennung psychotherapeutischer Sachverständiger und setzt Standards für Fortbildungen zu deren Qualifizierung.

Neben einem Grundlagenmodul sind Spezialisierungen in den Modulen Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht, Glaubhaftigkeit der Zeugenaussage, Familienrecht und KJH sowie Sozialrecht, Zivilrecht und Verwaltungsrecht vorgesehen. Mit einer Gutachterliste, in die Sachverständige mit Qualifikationsnachweis der Kammer auf-

genommen werden können, soll ein Angebot für die Justiz und andere Interessierte entstehen.

Mitgliederbefragung Supervision/Intervision

Dr. Hildegard Felder führte als Vorsitzende des für die Befragung federführenden Ausschusses „Wissenschaft und Forschung" in die Vorstellung beispielhafter Ergebnisse des qualitativen Teils der Befragung ein, die dann vom wissenschaftlichen Referenten der Kammer Dr. Matthias Ochs vorgenommen wurde. Die Vorstellung der Ergebnisse wurde interessiert von der DV aufgenommen, die zudem einstimmig bekräftigte, dass der Ausschuss weitere Fragestellungen entwickeln sowie eine Kontaktaufnahme mit Forschergruppen zur Initiierung von Forschungsprojekten zur Supervision in die Wege leiten soll.

Erweiterung der Weiterbildungsordnung

Der Ausschuss „Aus-, Fort- und Weiterbildung" wurde in der letzten, 9. DV beauftragt, einen Entwurf zur Weiterentwicklung WBO vorzulegen, der es ermöglicht, Verfahren, die als Vertiefungsverfahren zur Ausbildung zugelassen sind, in die WBO aufzunehmen. Diesen Auftrag hat der Ausschuss erfüllt. Auf der Grundlage der Vorarbeiten wurde in der Sitzung ein Antrag vorgelegt, die beiden vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (nach §11 des PsychThG) wissenschaftlich anerkannten Verfahren Gesprächspsychotherapie und Systemische Therapie in die WBO aufzunehmen und ein Antrag, wie hierzu die §§ 2 und 15 in Teil A sowie der Teil B der WBO konkret abgeändert werden sollen. Dieser Antrag wurde mit einer Zweidrittelmehrheit von der DV angenommen.

Reform der Psychotherapeutenausbildung

Die Delegiertenversammlung diskutierte einen möglichen Widerspruch der Beschlusslage des 16. DPT: Einerseits wurde der „breite Zugang" zur Psychotherapieausbildung beschlossen, andererseits Mindeststandards für diesen Zugang verabschiedet, die nach Aussage der universitären pädagogischen Fachbereiche sowie der (Fach-)Hochschulen in dortigen Studiengängen nicht umsetzbar sind (hierzu hat die Kammer eine Umfrage unter hessischen Hochschulen durchgeführt). Die DV bekräftigte in einem Beschluss die Forderung nach Erhalt eines pädagogisch/sozialpädagogischen Zugangs und ihre Erwartung an den 17. DPT, den Widerspruch in diesem Sinne aufzulösen. Zudem befürwortete die DV mehrheitlich einen Antrag, dass im Rahmen der Reform der Psychotherapeutenausbildung die praktische Ausbildung in einen institutionellen und einen ambulanten Teil gegliedert werden soll.

MO

Fachveranstaltung „Bedarfsplanung unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten"

Vor der 10. DV fand die Fachveranstaltung „Bedarfsplanung unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten" statt, zu der zwei Experten gewonnen werden konnten: **Dr. Thomas Kopetsch**, Diplom-Volkswirt und Leiter des Referats Bedarfsplanung, Bundesarztregister und Datenaustausch der KBV sowie die Ärztin **Prof. Dr. med. habil. Eva Bitzer** vom ISEG (Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung e. V.) Hannover und von der Pädagogischen Hochschule Freiburg, Institut für Alltagskultur, Bewegung und Gesundheit.

Epidemiologische Aspekte der psychotherapeutischen Bedarfsplanung

Eva Bitzer referierte zu „Epidemiologische Aspekte der psychotherapeutischen Bedarfsplanung". Hierzu definierte sie einführend, dass der Bedarf in der Gesundheitsversorgung sich aus einerseits dem *subjektiven Bedarf der Patienten* und andererseits der *objektiven Bedarfsfeststellung seitens der Profession/Wissenschaft* (z. B. Diagnostik) ableite. Im Hauptteil ihrer Ausführungen stellte sie zwei Wege vor, Daten zu erlangen, um Aussagen zum Bedarf an Psychotherapie zu bekommen: über epidemiologische Surveys oder über Abrechnungsdaten der GKV, die in Form von Reports einiger gesetzlicher Kassen vorliegen.

Zusammenfassend treten psychische Störungen in allen Leistungsbereichen bei Frauen häufiger auf als bei Männern, nehmen bis zum Renteneintritt bei beiden Geschlechtern kontinuierlich zu und werden ambulant deutlich häufiger diagnostiziert, als dass sie zur Arbeitsunfähigkeit führen. Was den Regionalbezug angeht, so variieren die Diagnosehäufigkeiten und medikamentösen Behandlungsraten im Hinblick auf Depressionen auf Bundeslandebene um etwa 50%.

In der Diskussion wurde u. a. angemerkt, dass in der *Psychiatrie-Enquete* von 1975 bereits Aspekte benannt wurden, die heute wieder verstärkt im Rahmen einer veränderten Bedarfsplanung diskutiert werden, wie etwa gemeindenahe Versorgung. Zudem wurde deutlich, dass es einen „wahren Bedarfswert" wohl nicht gibt, sondern der Bedarf *„multiperspektivisch"* verstanden werden muss.

Kleinräumige Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der (teil-)stationären Versorgung

Das Konzept der kleinräumigen Bedarfsplanung der KBV wurde anstelle des kurzfristig ausgefallenen Referenten Thomas Kopetsch vom Vizepräsidenten Hans Bauer vorgestellt. Dieses Konzept berücksichtigt einen Kernaspekt veränderter Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung, nämlich, dass die für die noch geltende Bedarfsplanung ursächliche „Ärzteschwemme" inzwischen durch *einen Ärztemangel* ersetzt wurde (z. B. 5.000 fehlende Ärzte in Krankenhäusern, 1.700 fehlende Ärzte im ambulanten Bereich). Auf Bedarfsplanung deshalb allerdings völlig zu verzichten, erscheine gleichwohl nicht sinnvoll, da dann die Ungleichverteilung zwischen Ballungsgebieten und schon jetzt unterversorgten Gebieten weiter zunehmen würde – wie sich das etwa in Berlin gezeigt habe. Kopetsch plädiert deshalb für eine *Arztsitzsteuerung*. Grundlage dafür solle eine *sek-*

torenübergreifende Versorgungsplanung sein, die kleinräumig den Behandlungsbedarf der Wohnbevölkerung misst und daraus den Versorgungsbedarf ableitet und passgenau organisiert. Diese Überlegungen hat die KBV in einem Gesetzesvorschlag ausformuliert. Im Mittelpunkt steht eine zu gründende *„Arbeitsgemeinschaft für sektorenübergreifende Versorgungsplanung"*, der u. a. die Psychotherapeutenkammern, wohl aber ohne Stimmrecht, angehören sollen. Die Ausgestaltung der Versorgungsplanung mit Sitzverteilungssteuerung soll dann auf der Grundlage eines Prüfverfahrens geschehen: 1. Es muss eine unterdurchschnittliche Versorgungslage vorliegen; 2. Potenzielle Standorte müssen strukturelle Mindestbedingungen erfüllen; 3. Wirtschaftlichkeitskriterium muss erfüllt sein; 4. Bestehende Standorte müssen wirtschaftlich tragfähig bleiben. Um den Bedarf auch in strukturschwachen Gebieten decken zu können, soll ein Strukturfonds zur *finanziellen Unterstützung* von Niederlassungen gegründet werden. Zudem soll es der KV möglich sein, *Eigeneinrichtungen* (etwa MVZs) zu schaffen. In überversorgten Gebieten wird ein Arzt-/Psychotherapeutensitz nicht mehr neu besetzt, wenn sich der Vertragsarzt bzw. Psychotherapeut beispielsweise aus Altersgründen zur Ruhe setzen will. In diesem Fall muss die KV die Praxis zum Verkehrswert aufkaufen. Der aufgekaufte Sitz wird zukünftig dann nicht mehr besetzt.

Die Teilnehmer diskutierten besonders den Aspekt des KBV-Konzepts, wonach der Bedarf nicht primär auf der Grundlage von *Morbiditäten*, sondern auf der Basis von *Wirtschaftlichkeit* ermittelt werden soll.

MO

Hessisches Krankenhausgesetz wird novelliert

Zurzeit wird das Hessische Krankenhausgesetz novelliert. Die Kammer brachte ihre Vorstellungen frühzeitig auf verschiedenen Ebenen ein. Das führte leider nicht dazu, dass Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in dem vorliegenden Regierungsentwurf auch nur Erwähnung gefunden hätten. Im Gesetzgebungsverfahren gab die Kammer eine Stellungnahme mit zahlreichen Änderungsvorschlägen ab. Die zentralen Anliegen der Kammer wurden in Gesprächen mit gesundheitspolitischen Sprechern der Landtagsfraktionen erörtert, wobei wir auf viel Verständnis trafen. Deutlich wurde aber von den Regierungsfraktionen erklärt, dass neue Gesetzesregelungen nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden sein dürfen, weil Sparzwänge keine Spielräume erlauben.

Neben den beiden wichtigsten Anliegen, dass unsere beiden Heilberufe in Bezug auf Ausbildung und Hierarchie im Krankenhaus qualifizierte Berücksichtigung finden sowie Mitsprache in den Planungsgremien erhalten, brachte die Kammer zwei weitere Themen in die Beratungen ein, die unseres Erachtens bisher kaum Berücksichtigung finden: Die Bereitstellung einer ausreichenden psychotherapeutischen Grundversorgung von PatientInnen sowie die Forderung nach Personalstandards und krankenhausspezifischen Arbeitsschutzregelungen, bei denen Gesichtspunkte der Psychohygiene berücksichtigt werden (die Stellungnahme ist auf www.ptk-hessen.de/ptj dokumentiert).

Zur Novellierung fand am 4. November eine Anhörung im Sozialpolitischen Ausschuss des Landtages statt, bei der Präsident Jürgen Hardt die Stellungnahme erläuterte und Fragen der Abgeordneten beantwortete. Besonderes Interesse der Abgeordneten fanden die Aussagen zur psychosomatischen Grundversorgung in Krankenhäusern und zum psychischen Arbeitsschutz, wobei insbesondere nach Vorstellungen zur Umsetzung gefragt wurde.

Wahl der Delegiertenversammlung in 2011

Im Jahr 2011 müssen die Mitglieder der Delegiertenversammlung neu gewählt werden! Im Dezember diesen Jahres wird der Vorstand der Kammer die Wahlzeit festlegen (voraussichtlich 5. – 31. Mai 2011) und einen Wahlausschuss berufen, der dann mit der Vorbereitung der Wahl beginnt. Voraussichtlich bis zum 5. April müssen die Wahlvorschläge beim Wahlausschuss eingereicht werden. Auskünfte erteilt die Geschäftsstelle, über die auch die Vordrucke für die Anmeldung von Wahlvorschlägen bezogen werden können. Ab Januar 2011 wird eine Sonderseite auf der Homepage der Kammer eingerichtet.

Rubriken

Gedenken

Wir gedenken unseres verstorbenen Kollegen:
Dipl.-Psych. **Paul Tristan Geiger**, Frankfurt, geb. 15.02.1933, gest. 07.08.2010.

Die Rubrik „Termine" sowie ergänzende Angaben zu Beiträgen finden Sie unter: www.ptk-hessen.de/ptj.

Frohe Weihnachten und gutes Jahr 2011

Vorstand, Geschäftsführung und Mitarbeiter der Geschäftsstelle wünschen Ihnen ein gesegnetes Weihnachtsfest und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2011!

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier
E-Mail: ptj@ptk-hessen.de
Hessenseiten des Psychotherapeutenjournals im Internet: www.ptk-hessen.de/ptj

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel 0611. 53168 0
Fax 0611. 53168 29
E-Mail: post@ptk-hessen.de
Internet: www.ptk-hessen.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

PKN-Vorstand zu Gast im Ministerium für Soziales, Frauen, Familien, Gesundheit und Integration

Noch recht frisch im Amt sind die Akteure an der Spitze beider Institutionen. Und so kam es Ende Oktober auf Einladung des Ministeriums zu einem wirklichen Kennenlernen-Treffen zwischen der niedersächsischen Ministerin für Soziales, Frauen, Familien, Gesundheit und Integration Aygül Özkan und dem Vorstand der PKN. Zu diesem Zweck war der Antrittsbesuch auch verabredet gewesen, konkrete inhaltliche Anliegen sollten zunächst einmal außen vor bleiben.

Dennoch ergab sich ein reger Austausch zu aktuellen Kammeranliegen sowohl mit landes- als auch bundesbezogener Perspektive. Da Niedersachsen derzeit den Vorsitz in der Konferenz der Gesundheitsminister der Länder (GMK) inne hat, bot es sich an, die Ausbildungsthematik anzuschneiden und für die Forderung nach dem Master-Abschluss als Voraussetzung für die Psychotherapieausbildung zu werben.

Psychotherapeutischer Versorgungsbedarf

Beim Austausch über landesspezifische Themen ließ die Integrationsministerin ihr besonderes Interesse an der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund erkennen.

Die PKN-Vorstandsmitglieder nutzten die Gelegenheit, die heterogenen Arbeitsfelder und Schwerpunkte der psychotherapeutischen Versorgung und Tätigkeit und diesbezügliche Interessen, Probleme und Entwicklungspotentiale darzustellen, die von Frau Özkan interessiert zur Kenntnis genommen wurden.

Unerwartet konkret wurde dieser erste Austausch am Ende dann noch, als die Ministerin im Rahmen der Erörterung sozialgesetzbuch-übergreifender Versorgungskonzepte für Kinder, Jugendliche und ihre Familien auf die Möglichkeit bis zu dreijähriger Projektfinanzierungen durch das Land für zukunftsweisend konzipierte Modelle hinwies, wenn diese in der Lage sind, einem bestehenden Versorgungsbedarf zu begegnen und über die Projektphase hinaus auch langfristig durch die regionalen Kooperationspartner etabliert werden könnten.

„Forschung und Praxis im Dialog" – Niedersächsischer Psychotherapeutentag 2011

Am 01. und 02. April 2011 findet in Göttingen der 3. Niedersächsische Psychotherapeutentag unter dem Motto „Forschung und Praxis im Dialog" statt.

Vorträge und Workshops

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Tagung sind die Psychotherapie bei Menschen mit Schmerzerkrankungen sowie die Behandlung von Patienten mit sozialer Phobie. In den Schwerpunktvorträgen werden unterschiedliche Perspektiven zu den beiden Themen aufgezeigt. Als Referenten konnten Prof. Dr. Birgit Kröner-Herwig, Prof. Dr. Eric Leibing, Prof. Dr. Falk Leichsenring und Dr. Tanja Hechler gewonnen werden. Darüberhinaus wird in neun Workshops die Möglichkeit zur Vertiefung angeboten.

Berufsrechtliches Seminar

Der Auftakt der Veranstaltung wird durch ein berufsrechtliches Seminar bestritten, in dem die Rechtsanwältin Frau Dr. Uta Rüping unter dem Titel: „Was passiert, wenn ich ausfalle?" zur Auseinandersetzung mit Vorsorgepflichten und -möglichkeiten der Psychotherapeuten einlädt.

Die Teilnahmegebühr für die zweitägige Veranstaltung beträgt 160 €. Die Tageskarte ist für 95 € zu haben. PiAs und Studenten wird 50% Ermäßigung gewährt.

Näheres zum Programm und zu organisatorischen Fragen sind dem in Teilen dieser PTJ-Ausgabe (Niedersachsen, Bremen, Hamburg) beigelegten Flyer oder der Homepage der PKN (www.pknds.de) zu entnehmen.

Kooperation der PKN mit dem Deutschen Roten Kreuz

Am 4.9.10 fand eine Pilotveranstaltung des DRK Niedersachsen zur psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) statt. Das DRK arbeitet seit vielen Jahrzehnten in der Rettung und dem Beistand von Menschen, die von Unfällen und Katastrophen ereilt wurden.

Zunehmend gerät die psychosoziale Versorgung auch der Angehörigen in den Blick der Helfer. In jüngerer Zeit bemüht sich die

Organisation auch darum, die Belastungssituation der Helfenden selbst in den Blick zu nehmen und hier qualifizierte Hilfe anzubieten. So war die Einladung eines Vertreters der PKN zu dieser Veranstaltung ein Schritt, auch den Helfenden die Möglichkeit zur Unterstützung zu schaffen.

Teilnehmer waren insgesamt 70 haupt- und ehrenamtliche Notfallhelfer in den Regionen Niedersachsens, die zumeist als Gruppenkoordinatoren oder auch als Notfallseelsorger arbeiten und die Vorstandsmitglieder des DRK NDS.

Ziel der Veranstaltung in Hannover war es, bestehende Hilfen in der PSNV zu koordinieren, inhaltlich und formal zu strukturieren und möglichst bundeseinheitliche Leitlinien in der Schulung der Kräfte aufzubauen und konkrete Schritte zur Zusammenarbeit von PKN und DRK in Niedersachsen zu beginnen.

Frau Corman-Bergau hielt einen Vortrag zum Thema „Grenzen der Laienhilfe in der PSNV". Sie wurde als Repräsentantin der Kammer sehr freundlich und respektvoll aufgenommen und ihr Vortrag fand gute Resonanz. Im Anschluss ergaben sich viele Fragen und ein angeregtes Gespräch.

Alle anwesenden DRK-Gruppen hatten die Möglichkeit, ihre Strukturen und den Stand ihrer Organisation des PSNV vorzustellen: Wo sehen sie Schwierigkeiten, wo gibt es Konkurrenz, wo Koordination? Die Notfallseelsorge ist in vielen Regionen eng mit der Arbeit des DRK vernetzt.

Zusammenarbeit mit niedergelassenen PP/KJP gibt es teilweise, aber nicht systematisiert und vor allem nicht in den weniger dicht besiedelten Regionen Niedersachsens.

Eine Zusammenarbeit mit PP/KJP kann man sich auf verschiedenen Ebenen vorstellen. Die Angst, bei eigener Belastung eine Psychotherapie machen zu müssen, war jedoch auch Thema, die Frage der ungeklärten Bezahlung solcher Therapien ebenso.

Ein flächendeckendes Netz von Psychotherapeuten, die im Großschadensfall in der Nachsorge tätig sein können, wurde sehr begrüßt.

Wichtig für die PKN ist, dass wir unser Verhältnis zu „geschulten Ehrenämtlern" finden, da diese fester Bestandteil des Konzeptes eines solchen Hilfswerkes sind. Mitarbeiterschulungen und Zusammenarbeit mit Laienhelfern werden bei weiterer Kooperation zwischen PKN und DRK im Fokus stehen.

Die Listen der im Notfall zur sofortigen Mitarbeit bereiten PP/KJP und weitere Fortbildungsveranstaltungen wurden sehr begrüßt.

Die PKN plant im Jahr 2011 weitere Fortbildungen zum Thema „Netze spannen – Netze leben".

Weiterführende Informationen entnehmen Sie bitte der Homepage der PKN (www.pknds.de).

30 Jahre Verband niedersächsischer Schulpsychologen

Seit ihrem Bestehen hat die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen auch die Belange der Schulpsychologie bzw. die in diesem Bereich tätigen Mitglieder und deren Arbeitsbereich im Blick. Die große Bedeutung der Schulzeit und der Schule für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen liegt auf der Hand. Die Rahmenbedingungen sind komplex, der Einfluss psychologischer Sichtweisen und Ansätze jedoch leider nur marginal.

Der Verband der niedersächsischen Schulpsychologen feierte im September sein 30-jähriges Bestehen und blickte dabei mit durchaus bitterem Beigeschmack auf die Zeit seiner Existenz zurück, musste doch in den letzten Jahren eine Kürzung der Planstellen für Schulpsychologen von 90 auf derzeit 40 hingenommen werden. Die Landesregierung hat zwar inzwischen die Aufstockung um etwa 30 Stellen angekündigt, haushaltswirksame Entscheidungen fielen bislang indes nicht.

Die Einflussmöglichkeiten und der Versorgungsbeitrag sind bei einem Schlüssel, der eine Planstelle für 26.500 Schüler vorsieht, offenkundig gering.

Schlusslicht in der Versorgung

In seinem in Anbetracht dieser düsteren Zahlen dennoch launigen Festvortrag wusste Prof. Dr. Reiner Dollase, der ein Gutachten zur Situation der Schulpsychologie erstellt hatte, zu berichten, dass 350 Stellen in Niedersachsen besetzt sein müssten, um „Finnland-Niveau" zu erreichen. Dabei ist Finnland nicht einmal Spitzenreiter in der diesbezüglichen Versorgung in Europa, setzt an den Schulen jedoch auf multiprofessionelle Teams, die dafür sorgen, dass nicht nur unterrichtsbezogen gearbeitet, sondern Schule als Lebensraum für Kinder und Lehrer begriffen wird, der zu gestalten ist.

Niedersachsen bildet hinsichtlich des zahlenmäßigen Schulpsychologen-Schüler-Verhältnisses das Schlusslicht in Deutschland, das im europäischen Vergleich wiederum den letzten Platz inne hat.

Bislang kein klares Konzept

Die Politik arbeitet in Niedersachsen seit Jahren an einem Konzept für die Schulpsychologie, hat aber bislang noch nichts Abschließendes vorgelegt.

Der Verband niedersächsischer Schulpsychologen zeigt sich in Anbetracht des bekundeten Ausbaus der Planstellen jedoch vorsichtig optimistisch, dass der Weg der Schulpsychologie nicht in die Bedeutungslosigkeit führt.

Die Geschäftsstelle der PKN – Arbeit an der Schnittstelle zwischen Kammer und Mitgliedern

In den folgenden Ausgaben der PTJ-Länderseiten möchten wir den Mitgliedern der PKN die MitarbeiterInnen und die Aufgabenbereiche der Geschäftsstelle der PKN etwas näher bringen. Jeder ist mit den MitarbeiterInnen zumindest postalisch in Berührung gekommen, viele haben auch schon telefonisch Kontakt gehabt. Doch wer ist dort am anderen Ende der Leitung tätig und wie sehen die Aufgaben aus?

Aus verschiedenen Rückmeldungen von Kammermitgliedern hat sich die Idee ergeben, durch kurze Interviews mit den zuständigen Personen, die verschiedenen Aufgabenfelder der Geschäftsstelle zu skizzieren und so ein größeres Maß an Transparenz für die Mitglieder zu erreichen.

Den Anfang macht in der vorliegenden Ausgabe Amy Fischer, die für Beitragsangelegenheiten und die Verwaltung der Gutachter- und Behandlerlisten zuständig ist.

Frau Fischer, was gehört alles zu Ihrem Aufgabenbereich?

Das ist zunächst der Bereich der Beitragseinstufungen, die ich aufgrund der Daten aus der Mitgliederverwaltung vornehme. Am Anfang des Jahres liegt die Statusüberprüfung an, dann die Erstellung und Versendung der Bescheide. Außerdem gehören die Anträge auf Beitragsermäßigung aufgrund von Statusänderungen, z. B. Arbeitslosigkeit oder Ende der Ausübung der Berufstätigkeit dazu.

Mein anderer Schwerpunkt liegt in der Verwaltung der Gutachterlisten im Forensikbereich und der Behandlerlisten im Palliativ- und Sexualtherapiebereich. Anträge auf Aufnahme leite ich an die entsprechenden Kommissionen weiter, und erstelle nach deren Vorschlag die Beschlussvorlagen für den Vorstand. Anschließend werden die Mitglieder informiert und die notwendigen Formalitäten erledigt.

Wo gibt es im Rahmen Ihrer Tätigkeit konkrete Berührungspunkte mit den Mitgliedern?

Am meisten im Rahmen von Anträgen auf Beitragsermäßigungen, die oft telefonisch vorgetragen werden. Ich berate dann hinsichtlich der gegeben Möglichkeiten, auch hinsichtlich der Härtefallregelungen. Viele Fragen ergeben sich auch bei den Neuapprobierten, die in die Berufstätigkeit starten.

Was sind Ihres Erachtens wichtige Informationen für die Mitglieder bezogen auf Ihren Arbeitsbereich?

Das sind die vielen individuellen Fragen nach Ermäßigungen, der Notwendigkeit der Beiträge überhaupt und allgemeine Fragen zum Statuts der Mitgliedschaft, z. B. dem Fortbestehen der Mitgliedschaft nach dem Ende des aktiven Berufslebens.

Gibt es etwas, was Sie den Mitgliedern auf diesem Weg gern mitteilen möchten?

Ich bin nicht persönlich für die Höhe und ggf. Erhöhung der Beiträge verantwortlich. Die Kriterien für die Höhe und die Einstufung werden von der Kammerversammlung und vom Vorstand festgelegt.

Das klingt so, als würden Sie mitunter aber den Unmut über manche Entscheidung zu spüren bekommen.

Ja, das stimmt. Es hat sich in den letzten Jahren zum Glück aber reguliert. Im Fall von Beitragsanpassungen, z. B. durch Neueinstufung nach Statusänderungen im Fall einer beruflichen Veränderung oder Beitragserhöhungen ist mit vermehrten Anrufen und auch mit Beratungsbedarf zu rechnen.

Liebe Frau Fischer, vielen Dank für das Gespräch.

Screening von Posttraumatischer Belastungsstörung – Engagierte Praktiker gesucht!

Nach terroristischen Anschlägen weisen ca. 30 – 40% der Erwachsenen eine posttraumatische Belastungsstörung auf; zwei Jahre später sind es noch 20%. Die Prävalenzraten nach Naturkatastrophen liegen mit 12,5% niedriger, doch sind meist erheblich größere Bevölkerungsanteile betroffen. Um schnell und ökonomisch Personen der Allgemeinbevölkerung mit derartigen Symptomen zu identifizieren und diesen gezielt Interventionen anbieten zu können, wird international der sog. „screen & treat approach" favorisiert.

Beispielsweise wurde nach den Terroranschlägen in London 2005 der *Trauma-Screening-Questionaire* (TSQ, 10 Items) in Zeitschriften und im Internet veröffentlicht. Die diagnostische Effizienz des TSQ darf als insgesamt gut beurteilt werden; allerdings ist bekannt, dass derartige Kennwerte populations- und kulturspezifisch ausfallen. Bisher ist ein Einsatz von Instrumenten im deutschsprachigen Raum mit dem Ziel des Screenings wissenschaftlich daher nicht zu empfehlen.

Ziel der Studie ist es, die Kennwerte zur diagnostischen Effizienz des TSQ im Vergleich zu einem etablierten Verfahren, der *Posttraumatic Diagnostic Scale* (PDS, 19 Items), an einer deutschen, naturalistischen Stichprobe zu ermitteln. Ferner soll überprüft werden, ob Hinweise auf Übererregung eine höhere diag-

nostische Effizienz aufweisen als andere posttraumatische Beschwerden. Das Forschungsvorhaben steht unter der Leitung von Herrn PD Dr. Christoph Kröger, TU Braunschweig, Vorstandsbeauftragter für den Bereich der psychosozialen Notfallversorgung. Bei Interesse lassen Sie sich die Unterlagen per E-Mail zusenden (c.kroeger@tu-bs.de).

Paradigmenwechsel in der Behindertenarbeit und die Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung

Ein Bericht der „Marburger Gesprächstage 2010" von Frauke Werther, die als Beauftragte des Vorstands der PKN teilnahm.

Nur einmal wurde es explizit ausgesprochen von Heiner **Bartelt***: der Paradigmenwechsel zur Subjekt-Subjekt-Interaktion in der Haltung der Professionellen in der Behindertenhilfe sei ebenso wenig vollzogen, wie auf Psychotherapeutenseite die Vorstellung sich durchgesetzt hat, dass mit dieser Klientel gearbeitet werden kann. Die „besserwisserische" Fürsorgehaltung für den Menschen mit Behinderung ist noch in den Köpfen vieler Pädagogen verankert. Psychotherapie erfordert die Achtung der Autonomie des Patientengegenübers, sieht in Symptomen nicht nur das, was in Heim und Werkstatt stört und „weggewünscht wird", sondern auch die subjektive kreative Leistung, die es anzuerkennen und zu verstehen gilt. Dies ist eines der Konfliktfelder zwischen Pädagogik und Psychotherapie, das die notwendige Kommunikation zwischen Pädagogik und Psychotherapie schwer macht. Dass die oft beschworene Interdisziplinarität vor allem erfordere, die eigene Disziplin zu beherrschen und einzuhalten, machte Jens Jürgen **Clausen** in seinem Vortrag deutlich.

Die „**Marburger Gesprächstage**", organisiert vom Institut InForm der Bundesvereinigung Lebenshilfe und der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung, unternahmen den Versuch, die Kommunikation unter den Disziplinen zu vergegenwärtigen und damit in Gang zu bringen. 155 Teilnehmern – Erzieher, Heilpädagogen, Pädagogen, Psychiater, Psychologen, Psychologische Psychotherapeuten und Sozialwissenschaftler aus allen Teilen des Landes und auch aus der Schweiz kamen am 27. und 28. September 2010 in Marburg zusammen. Experten aus der Praxis und der Wissenschaft, der KBV, des G-BA, der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie Psychotherapeutenkammern waren der Einladung des wissenschaftlichen Leiters der Tagung, Klaus **Hennicke**, gefolgt.

Hennicke hob zu Recht hervor, dass dies die erste so umfassende und so hochkarätig auch mit Entscheidungsträgern besetzte Tagung zu diesem Thema in Deutschland sei. Genauso wichtig waren die zahllosen Gespräche in den Pausen und bei den gemeinsamen Mahlzeiten – hier fand der Basisaustausch statt, den leider viele Referenten nicht miterlebten, weil sie nur kurz einfliegen konnten – die Tagung fußte nämlich überwiegend auf dem ehrenamtlichen Engagement der Referenten. Keine Pharmaindustrie, die diese Richtung pekuniär unterstützen würde. Sichert doch die herkömmliche Umgangsweise einen einträglichen Absatzmarkt wie aus etlichen Beiträgen anwesender Psychiater deutlich wurde. Eigentlich muss es nicht erwähnt werden, dass in diesem Rahmen niemand bezweifelte, dass für diese Klientel Psychotherapie hilfreich sein könne.

Im Zentrum stand die Frage, ob auch die Richtlinienverfahren im Rahmen ambulanter GKV-Behandlung für diese Klientel geeignet sind. Dies war in vorherigen Tagungen oft bezweifelt worden, insbesondere bezogen auf die psychodynamischen Verfahren und auch auf die kognitive Verhaltenstherapie. Bettina **Saathoff** stellte konkret die Interventionen ihrer Trauma-Folge-Behandlung bei einer Patientin vor. Frauke **Werther** schilderte einen Verlauf einer tiefenpsychologisch fundierten Behandlung vom Erstgespräch, über die Diagnostik bis in die Therapieplanung und Durchführung bei einem Patienten mit SSV und Gewaltdurchbrüchen. Jan **Glasenapp** berichtete mit Beispielen aus verschiedenen Therapien über seine verhaltenstherapeutische Arbeit.

Regine **Kleinert** vom Gemeinsamen Bundesausschuss und Andreas **Dahm** von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – die an der gesamten Tagung teilnahmen – äußerten sich auf dem abschließenden Podium, für sie stünde außer Frage, dass für diese Klientel die Psychotherapie wie für alle anderen gesetzlich Versicherten zugänglich sein muss. Auch Thomas **Uhlemann** von den Spitzenverbänden der Krankenkassen äußerte sich in dieser Richtung.

Besonders hervorzuheben im Sinne des Paradigmenwechsels ist, dass zum ersten Mal Forschungsberichte vorgestellt wurden, welche die Wirkung der Psychotherapie aus der Sicht der Betroffenen untersuchten. Tobias **Buchner** von der Universität Wien stellte das Ergebnis von zwei empirischen Studien vor. Anhand qualitativer Interviews mit Menschen mit Intelligenzminderung, die an einer ambulanten Psychotherapie mit überwiegend humanistischer Ausrichtung teilgenommen hatten, zeigte sich folgendes: Neben der **positiv getönten Beziehung zum Psychotherapeuten** schätzen alle Teilnehmer vor allem die **Schweigepflicht** als wesentlichen Faktor für ihren Behandlungserfolg ein. Es wurde in der anschließenden Diskussion angeregt, dass eine solche Forschung auch in Deutschland durchgeführt werden solle.

Diskutiert wurde, ob diese Klientel in einer allgemeinen „Wald- und Wiesenpraxis" aufgenommen werden solle oder ob es doch hilfreicher sei, Spezialeinrichtungen aufzubauen. Einigkeit herrschte darüber, dass es kein Entweder-Oder geben müsse, es aber schwierig sein könne, wenn innerhalb einer Einrichtung ein psychotherapeutisches Angebot aufgebaut werde, das Vertrauen der Patienten in die Verschwiegenheit des Psychotherapeuten zu vermitteln bzw. auch die Schweigepflicht aufrecht zu erhalten. Aus einer Spezialambulanz wurde berichtet, dass sie eine Möglichkeit der qualifizierten psychotherapeutischen Versorgung

im Rahmen der Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss bieten. Der Nachteil ist jedoch, dass die niedergelassenen Psychotherapeuten nun auf diese Einrichtung verweisen und sich kein psychotherapeutisches Netz „in der Gemeinde" entwickelt habe. Der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Rainer **Richter**, wies darauf hin, dass es im Rahmen einer allgemeinen Unterversorgung mit Psychotherapie auch keine ausreichende Versorgung dieser Klientel geben könnte und regte Sonderbedarfszulassungen durch die regionalen Zulassungsausschüsse an. Es könne eine wirkliche Verbesserung erst dann eintreten, wenn die Versorgung allgemein verbessert werden würde.

Weitere Diskussionspunkte zur „Richtlinientherapie": Das Gutachterverfahren sei insbesondere bezogen auf die Bewilligung der psychodynamischen Anträge nach wie vor mit besonders großem Arbeitsaufwand verbunden, da die Gutachter in der Regel aus Ausbildungsinstituten stammen, in denen jedoch keine Erfahrungen mit der Behandlung dieser Klientel weitergegeben werden. Eine weitere Schwierigkeit ist, dass volljährige Patienten mit geistiger Behinderung in der Regel mit sehr vielen Bezugspersonen zu tun haben. Neben der gesetzlichen Betreuung sind sowohl Bezugspersonen im Wohnheim wie auch in der Werkstatt beteiligt und eine Arbeit mit einer so großen Bezugspersonengruppe sei manchmal erschwert durch das geringe Kontingent. Von daher trugen mehrere niedergelassene Therapeuten die Forderung vor, dass Patienten mit einer gesetzlichen Betreuung vom Stundenkontingent her ähnlich zu behandeln seien wie Kinder und Jugendliche, also jede vierte Stunde solle eine Bezugspersonenstunde zusätzlich regelhaft bewilligt werden. Dies macht eine Veränderung der Psychotherapie-Vereinbarung erforderlich. Weitere Ideen zur Verbesserung: Die Ausbildungsinstitute sollten sich diesem Thema widmen, ebenso wie eine thematische Fortbildung der Gutachter für sinnvoll angesehen wurde.

Die Teilnehmer aus Werkstätten und Wohnheimen machten deutlich, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung in keiner Weise für ihre Kunden ausreichend sei. Immer wieder gebe es nicht nur große Schwierigkeiten, diese Klientel in ambulanten Psychotherapien unterzubringen, sondern es erweise sich als unmöglich und man gebe die Suche dann auf. Mehrere Psychologische Psychotherapeuten ohne Kassensitz machten deutlich, dass sie zur Behandlung bereit wären, es jedoch mit der Kostenerstattung große Schwierigkeiten gebe, obwohl der Versorgungsauftrag von den KVen nicht erfüllt werde. Die stellvertretende Bundesvorsitzende der Lebenshilfe, Jeanne **Nicklas-Faust**, stellte schließlich fest, dass Menschen mit schwerer Intelligenzminderung, mit Mehrfachbehinderung und geringen verbalen Möglichkeiten nach wie vor aus der psychotherapeutischen Versorgung völlig herausfallen und dass nach wie vor überwiegend die Psychotherapeuten mit der Klientel arbeiten, die vorher im Rahmen von Einrichtungen der Behindertenhilfe gearbeitet oder einen Angehörigen mit Behinderung haben. Geplant ist ein Tagungsband beim Lebenshilfe-Verlag, der im Frühjahr 2011 erscheinen soll.

*Um die Lesbarkeit zu verbessern wurde auf Ansprache und Titel bei allen Namen verzichtet.

Kontakt: frauke.werther@t-online.de

Geschäftsstelle

Psychotherapeutenkammer
Niedersachsen Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
Sprechzeiten allgemein:
Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Sprechzeiten „Fragen zur Akkreditierung":
Mi. + Do. 09.00 – 11.30 Uhr
Mail-Anschrift: info@pk-nds.de
Mail-Anschrift „Fragen zur Akkreditierung":
Akkreditierung@pknds.de
Internet: www.pknds.de

Bekanntmachung

Änderung der Satzung der Schlichtungsstelle der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN)

Beschlossen von der Kammerversammlung der PKN am 25.08.2001
zuletzt geändert von der Kammerversammlung der PKN am 30.08.2003
wird durch Beschluss der Kammerversammlung der PKN vom 6.11.2010 wie folgt geändert:

(Streichungen sind gestrichen dargestellt, Ergänzungen fett)

§ 2
Zusammensetzung

(1) Die Schlichtungsstelle der PKN setzt sich aus einem vorsitzenden und zwei beisitzenden Mitgliedern zusammen. Das vorsitzende Mitglied muss über die Befähigung zum Richteramt verfügen. ~~Ein beisitzendes Mitglied muss Kammermitglied sein und wird entsprechend der näheren Regelung von Absatz (4) bestimmt.~~ Ein beisitzendes Mitglied muss als Vertreter oder Vertreterin der Patientenschaft berufen **werden** ~~worden sein~~. **Die Berufung des zweiten beisitzenden Mitglieds, das Kammerversammlungsmitglied sein muss, regelt Absatz 4.**

(2) Für **das vorsitzende Mitglied und den Vertreter der Patientenschaft** ~~jedes Mitglied der Schlichtungsstelle der PKN~~ ist **jeweils** ein stellvertretendes Mitglied zu berufen ~~, für die Position des Kammermitglieds sind mehrere Vertreter entsprechend der näheren Regelung von Absatz (4) zu berufen~~.

(3) ~~Alle Mitglieder der Schlichtungsstelle und ihre Vertreter~~ **Das vorsitzende Mitglied, dessen Stellvertreter, das beisitzende Mitglied der Patientenschaft und dessen Stellvertreter** werden auf Vorschlag des Vorstands der PKN von der Kammerversammlung der PKN gewählt und vom Präsidenten oder von der Präsidentin der PKN berufen. ~~Ihre Amtsperiode dauert längstens bis zur ersten Kammerversammlung nach der konstituierenden Sitzung der neugewählten Kammerversammlungsmitglieder.~~

(4) Das beisitzende Mitglied der Schlichtungsstelle, das Kammer**versammlungs**mitglied sein muss, wird vom Vorsitzenden nach Bedarf **von Fall zu Fall** aus ~~einer Gruppe berufener Vertreter~~ **dem Kreise der Kammerversammlungsmitglieder** bestimmt. Es muss ~~Kammermitglied~~ derjenigen Berufsgruppe **angehören** ~~PKN sein~~, deren Verhalten Gegenstand der Streitigkeiten ist und soll ~~zusätzlich~~ nach Möglichkeit die gleiche Therapierichtung ~~mit~~ vertreten. ~~Zur Vermeidung von möglicher Befangenheit sollen bis zu 10 Kammermitglieder als Vertreter gewählt und berufen werden, die möglichst unter schiedliche Therapierichtungen vertreten und in unterschiedlichen Regionen arbeiten.~~ **Das einzelne Kammerversammlungsmitglied kann durch schriftliche Erklärung gegenüber der Präsidentin/dem Präsidenten die Mitwirkung in der Schlichtungsstelle für sich ausschließen. Bei der Auswahl ist darauf zu achten, dass eine berufliche und/oder örtliche Nähe des Beisitzers zum Streitfall vermieden wird.**

(5) **Die Amtsperiode der Mitglieder der Schlichtungsstelle dauert längstens bis zur ersten Kammerversammlung nach der konstituierenden Sitzung der neugewählten Kammerversammlungsmitglieder.**

§ 18
In-Kraft-Treten, Außer-Kraft-Treten

(1) Diese Satzung tritt am 6.11.2010 ~~Tage nach ihrer Bekanntmachung~~ in Kraft. ~~, an dem das Mitteilungsblatt der Kammer oder das besondere Rundschreiben herausgegeben worden ist.~~

(2) Gleichzeitig tritt die Satzung der Schlichtungsstelle der PKN, beschlossen von der Kammerversammlung der PKN am **30.08.2003** ~~30.11.2002~~, außer Kraft.

Änderung der Schlichtungsordnung des Schlichtungsausschusses der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Kammermitgliedern

Beschlossen von der Kammerversammlung der PKN am 16.03.2002
wird durch Beschluss der Kammerversammlung der PKN vom 6.11.2010 wie folgt geändert:

(Streichungen sind gestrichen dargestellt, Ergänzungen fett)

§ 2
Zusammensetzung

(3) Das vorsitzende Mitglied und die beisitzenden Mitglieder sowie die diese stellvertretenden Mitglieder des Schlichtungsausschusses werden auf Vorschlag des Vorstands der PKN von der Kammerversammlung der PKN gewählt und von der Präsidentin oder dem Präsidenten der PKN berufen. Ihre Amtsperiode deckt sich mit ~~derjenigen der Kammerversammlung~~ **der der Schlichtungsstelle**.

§ 3
Grundsätze

(2) Die beisitzenden Mitglieder des Schlichtungsausschusses sind gehalten im jeweiligen Verfahren Stellvertretern Platz zu machen, wenn sie selbst aus beruflicher und örtlicher Nähe zum Schlichtungsfall befangen sein könnten.

Aus Abs. 2 alt wird Abs. 3; aus Abs. 3 alt wird Abs. 4.

§ 18
In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt **am 6.11.2010** ~~mit dem 14. Tag nach Ablauf des Tages~~ in Kraft. ~~, an dem das Rundschreiben der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen ausgegeben wird.~~

Haushalts- und Kassenordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Vom 13.09.2000,
zuletzt geändert durch Beschluss der Kammerversammlung der PKN am 3.12.2005
wird durch Beschluss der Kammerversammlung der PKN vom 6.11.2010 wie folgt geändert:

(Streichungen sind gestrichen dargestellt, Ergänzungen fett)

§ 3
Kassenwesen Finanzwesen

(1) Der Kammervorstand beschließt, bei welchen Kreditinstituten Konten geführt werden.

(2) Unterschriftsberechtigt sind für die Konten gemeinsam jeweils zwei vom Kammervorstand festzulegende Personen. Es sind Vertreter zu bestellen.

(3) **In der Geschäftsstelle wird eine Bargeldkasse vorgehalten. Kassenbestände sind sicher zu verwahren. Die Tageskasse darf höchstens € 1.000,-- enthalten. Das Kassenbuch wird fortlaufend geführt. Eine Kassendienstanweisung regelt Näheres über den Zahlungsverkehr.**

(3) ~~Bei der Geschäftsstelle sind folgende Bücher bzw. Konten zu führen:~~

1. ~~Mitgliederkonten (Beitragskonten)~~
2. ~~Sachkonten~~
3. ~~Hauptbuch~~
4. ~~Journal~~
5. ~~Kassenbuch für Bargeldkasse~~
6. ~~Kontogegenbuch für Bank- und Postgirokonten~~
7. ~~Portobuch~~
8. ~~Inventarverzeichnis~~
9. ~~Vermögensnachweis~~

~~(4) Die Kassenbestände sind sicher zu verwahren. Die Tageskasse darf höchstens 1000 DM enthalten. Das Kassenbuch wird fortlaufend geführt. Eine Kassendienstanweisung regelt Näheres über den Zahlungsverkehr.~~

§ 4
Buchführung

(1) Die Kammer ist verpflichtet, Bücher zu führen und in diesen ihre Geschäftsvorfälle und die Lage ihres Vermögens nach den Grundsätzen ordnungsgemäßer Buchführung ersichtlich zu machen. Die Bücher können auch auf Datenträgern geführt werden.

(2) Die Buchführung muss so beschaffen sein, dass sie einem sachverständigen Dritten innerhalb angemessener Zeit einen Überblick über die Geschäftsvorfälle und über die Lage der Kammer vermitteln kann. Die Geschäftvorfälle müssen sich in ihrer Entstehung und Abwicklung verfolgen lassen.

~~Über alle Zahlungen ist nach der Zeitfolge und nach der im Haushaltsplan vorgesehenen Ordnung Buch zu führen. Belege und Auszüge sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren, soweit nichts anderes gesetzlich bestimmt ist. Die Einnahmen und Ausgaben sind in den Konten des Kalenderjahres nachzuweisen, für das sie bestimmt sind.~~

~~(2) Es gilt der Grundsatz: Keine Buchung ohne Beleg.~~

§ 5
Rechnungslegung

(1) Die **Kammer stellt jeweils** ~~Jahresrechnung ist~~ bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres **einen Jahresabschluss für das abgelaufene Wirtschaftsjahr nach den Vorschriften des HGB für kleine Kapitalgesellschaften auf.**

(2) **Der Jahresabschluss hat unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage zu vermitteln.**

~~zu erstellen. In der Jahresrechnung sind die Einnahmen und Ausgaben nach der in § 4 bezeichneten Ordnung den Ansätzen des Haushaltsplanes gegenüberzustellen. Ihr sind beizufügen~~

~~1. eine Vermögensübersicht,~~

~~2. eine Übersicht über die Schulden und Rücklagen.~~

§ 6
Rechnungsprüfung

(1) Die Prüfung der **Rechnungslegung** Jahresrechnung wird durch eine vom Vorstand bestellte Wirtschaftsprüferin, einem Wirtschaftsprüfer oder einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft vorgenommen. **Die Prüfung erstreckt sich auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften, ergänzender Bestimmungen und Grundsätzen sowie insbesondere darauf, ob der Wirtschaftsplan eingehalten worden ist und die Geschäfte im Sinne einer zweckmäßigen und sparsamen Verwaltung geführt worden sind.**~~,~~ ~~der oder die einen Bericht zur Jahresrechnung gemäß § 7 Abs. 3 HKG erstellt.~~

(2) **Der Abschlussprüfer hat über das Ergebnis der Prüfung schriftlich zu berichten. Sind nach dem abschließenden Ergebnis der Prüfung keine Einwendungen zu erheben, so hat der Abschlussprüfer dies durch einen Bestätigungsvermerk in entsprechender Anlehnung an die Vorschriften des § 322 Abs. 1 HGB zu bestätigen.**

§ 8
In-Kraft-Treten

Die Haushalts- und Kassenordnung tritt **am 6.11.2010** ~~mit dem Tag der Veröffentlichung~~ in Kraft.

Die Anlage der Haushalts- und Kassenordnung in der Fassung vom 3.12.2005 wird durch die nachfolgende Anlage der Haushalts- und Kassenordnung der PKN ersetzt.

Anlage zur Haushalts- und Kassenordnung der PKN
Haushaltsstruktur
I. Einnahmen
Einnahmen
Sonstige Einnahmen
Buße/Ordnungsgelder
Zinserträge
Summe Einnahmen
II. Ausgaben
Personalkosten
Honorare
Raumkosten
Allgemeine Verwaltungskosten
Publikation
Beratungskosten
Werbekosten
Wartung/Reparaturen
Mietleasing
Bewirtungskosten
Versicherungen
Beiträge incl. BPtK
Sonstige Kosten
Zinsaufwendungen
Entschädigung für Zeitverlust
Fahrtkosten
Übernachtungskosten
Summe Reisekosten
Aufwandsentschädigung VS
Summe Ausgaben
ERGEBNIS I
Abschreibungen
ERGEBNIS II

Die Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN),

beschlossen von der Kammerversammlung der PKN am 21. April 2007,
wird durch Beschluss der Kammerversammlung der PKN vom 6.11.2010 wie folgt geändert:

(Streichungen sind gestrichen dargestellt, Ergänzungen fett)

§ 11
Prüfungsausschuss

Abs. 3 wird nach dem letzten Satz um folgenden Satz ergänzt: **Der Prüfungsausschuss kann Aufgaben an den Vorsitzenden oder die Vorsitzende delegieren.**

§ 15
Übergangsregelungen

Abs. 2 Satz 2: **Über die Anrechnung der bisher abgeleisteten Weiterbildungszeiten und -inhalte entscheidet die Kammer nach Anhörung des Prüfungsausschusses.**

Psychotherapeuten Kammer NRW

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

ADHS – Konzepte und Verträge für eine multimodale Versorgung

Kinder und Jugendliche, die an einem Aufmerksamkeitsdefizit und einer Hyperaktivitätsstörung (ADHS) leiden, sollen im Rheinland zukünftig sorgfältiger diagnostiziert und besser behandelt werden – das forderten die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte auf einer gemeinsamen Veranstaltung am 6. Oktober in Düsseldorf. Dort wurde auch der neue ADHS-Versorgungsvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg vorgestellt, der insbesondere psychosoziale Interventionen zusätzlich honoriert, einen strengeren, leitliniengerechten Einsatz von Medikamenten vorschreibt und eine bessere Kooperation von Ärzten und Psychotherapeuten anstrebt. Das Interesse an der Veranstaltung war enorm: Insgesamt nahmen 241 Psychotherapeuten und Ärzte an der Veranstaltung teil, viele Anmeldungen konnten nicht mehr berücksichtigt werden.

Pressekonferenz mit Dr. Thomas Fischbach (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte), Bernd Brautmeier (KV Nordrhein), Cornelia Prüfer-Storcks (AOK Rheinland/Hamburg) und Bernhard Moors (VAKJP NRW)

Zahlen und Fakten

Nach den Ergebnissen des nationalen Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) erkranken 4,8 Prozent der deutschen Kinder und Jugendlichen an ADHS. Weitere 4,9 Prozent gelten als Verdachtsfälle. Bei Jungen (7,9%) wird ADHS viermal häufiger als bei Mädchen (1,8%) diagnostiziert. Im Grundschulalter (7 – 10 Jahre) steigt die Diagnosehäufigkeit stark an. Im Alter von 11 bis 17 Jahren wird bei jedem zehnten Jungen und jedem 43. Mädchen ADHS diagnostiziert. ADHS kommt bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozialen Status (6,4%) doppelt so häufig vor wie bei Kindern aus Familien mit hohem sozialen Status (3,2%). Auffälligkeiten lassen sich bei Kindern und Jugendlichen, die an ADHS erkranken, bis ins Säuglings- und Kleinkindalter zurückverfolgen. Ab dem Kindergartenalter fallen sie durch motorische Unruhe und Unfähigkeit zu ruhigen Beschäftigungen oder anhaltendem konzentrierten Spiel auf. Im Grundschulalter können sie sich nur kurz konzentrieren und sind leicht abzulenken. ADHS-Kinder bleiben oft hinter ihrer eigentlichen Leistungsfähigkeit zurück. Im Jugendalter gehen die Symptome der motorischen Unruhe zum Teil zurück, während die Aufmerksamkeitsstörungen weiterhin bestehen bleiben. Bei 30 bis 50 Prozent der Erkrankten setzt sich die Störung im Erwachsenenalter – bei veränderten Symptomen – fort, so die KiGGS-Ergebnisse. ADHS-Kinder fallen meist aufgrund ihrer negativen Eigenschaften auf. Viele Kinder mit ADHS sind aber auch charmant, ideenreich, aufgeschlossen, fröhlich, hilfsbereit, lustig, kreativ, fürsorglich, aufgeweckt, phantasievoll, flexibel, tierlieb, empfindsam, interessiert, gutmütig, ehrlich und großherzig.

Nach einem Bericht des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA NRW) sind hyperkinetische Störungen (ADS/ADHS) in NRW die zweithäufigste ambulante Behandlungsdiagnose bei den psychischen Erkrankungen. Im Jahr 2008 erkrankten danach fast 95.000 Kinder und Jugendliche bis 15 Jahre an hyperkinetischen Störungen. Daraus ergibt sich eine Behandlungsrate von 3,7 Prozent, in der am stärksten erkrankten Altersgruppe der 5- bis 9-jährigen Kinder von 5,3 Prozent. Zwischen 2005 und 2008 stieg die Zahl der ambulanten Behandlungsdiagnosen um 46 Prozent. Rund 1,3 Prozent der ambulant behandelten Kinder werden wegen dieser Diagnose auch einmal in ein Krankenhaus aufgenommen. 2008 waren dies 1.237 Kinder und Jugendliche bis 15 Jahre.

Die AOK Rheinland/Hamburg verzeichnet jährlich rund 12.000 Kinder und Jugendliche mit einer ADHS-Diagnose. Davon wurde bei etwa 9.000 Kindern und Jugendlichen eine gesicherte Diagnose an-

gegeben, bei etwa 3.000 ist die Diagnose nicht gesichert. Bei einem Drittel der ungesicherten Diagnosen wird dennoch nicht leitlinienkonform eine Arzneimitteltherapie vorgenommen, so die AOK Rheinland/Hamburg. ADHS-Kinder und Jugendliche kosten die AOK jährlich über elf Millionen Euro: 55,5 Prozent stationär, 23,1 Prozent ambulant, 21,4 Prozent für Arzneimittel.

Multimodale Versorgung

Die Leitlinien empfehlen eine multimodale ADHS-Therapie. Diese umfasst:

- Aufklärung und Beratung der Eltern, des Kindes oder Jugendlichen und der Erzieher bzw. Lehrer,
- Elterntraining und Familientherapie,
- Interventionen im Kindergarten oder in der Schule,
- Psychotherapie des Kindes oder Jugendlichen,
- Pharmakotherapie unter sorgfältiger Abwägung des Nutzens und der Risiken, bei Kindern unter sechs Jahren grundsätzlich erst dann, wenn andere Interventionen ohne Erfolg geblieben sind.

Prof. Dr. Manfred Döpfner (Uniklinik Köln; „zentrales adhs-netz"), gab auf der Düsseldorfer Veranstaltung einen Überblick über die Forschung zur ADHS-Behandlung. ADHS ist danach eine häufige, stabile und schwer zu behandelnde Erkrankung des Kindes- und Jugendalters. Mit ADHS ist überdurchschnittlich häufig das Risiko für weitere psychische Störungen verbunden. 30 bis 50 Prozent der ADHS-Kinder und Jugendlichen erkranken auch an einer oppositionellen oder dissozialen Verhaltensstörung, 20 bis 30 Prozent zeigen auch Lernstörungen und Teilleistungsschwächen, etwa 20 Prozent erkranken auch an Angststörungen, 15 Prozent an depressiven Störungen und 10 bis 20 Prozent an Tic-Störungen. Zu einer guten Diagnostik gehören nach Döpfner eine genaue Exploration von Eltern und Lehrern, Differentialdiagnostik vor allem zu Lernstörungen, Intelligenzminderungen, Störungen des Sozialverhaltens. Komorbidität sollte unbedingt beachtet werden, Fragebögen könnten sehr hilfreich sein, reichten aber nicht aus, apparative/videogestützte Diagnostik von ADHS-Symptomen könnte ergänzend

Prof. Dr. Manfred Döpfner, Uniklinik Köln

hilfreich sein, sei aber nicht für eine Diagnose entscheidend, häufig sei eine Intelligenz-, Teilleistungsdiagnostik nötig sowie eine internistische/neurologische Untersuchung.

Schwachpunkte in der aktuellen Versorgung seien:

- kindzentrierte Verhaltenstherapien zu sehr betont,
- Pharmakotherapie vor allem bzgl. Kurzzeiteffekte gut belegt aber nicht bzgl. Langzeiteffekte,
- zusätzliche Effekte von Verhaltenstherapie bei Pharmakotherapie nicht durchgängig belegt,
- Effekte tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie nicht belegt,
- Integration von Pharmakotherapie in ein umfassendes Behandlungsmanagement mit umfassender Psychoedukation (und Verhaltenstherapie bei Bedarf) in der Praxis noch nicht durchgängig realisiert.

Der Gemeinsame Bundesausschuss änderte am 16. September die Arzneimittelrichtlinie für die Verordnung von Methylphenidat. Danach ist es unzulässig, Kinder, die an einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) erkrankt sind, sofort medikamentös zu behandeln. Die geänderte Arzneimittel-Richtlinie schreibt jetzt vor, dass

- eine Behandlung von ADHS ohne Medikamente beginnen muss,
- Methylphenidat erst dann eingesetzt werden darf, wenn die nicht-medikamentöse Behandlung nicht erfolgreich ist,
- Methylphenidat auch dann nur innerhalb einer therapeutischen multimodalen Gesamtstrategie eingesetzt werden darf, die neben pharmakologischen Maßnahmen insbesondere auch psychologische, pädagogische und soziale Therapiekonzepte nutzt,

ADHS-Veranstaltung am 6. Oktober 2010 in Düsseldorf

- die Behandlung unter Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern durchgeführt werden muss,
- der medikamentöse Einsatz besonders zu dokumentieren ist, insbesondere bei einer Dauertherapie über zwölf Monate,
- mindestens einmal jährlich die medikamentöse Behandlung unterbrochen und neu beurteilt werden muss,
- die ADHS-Diagnose auf Kriterien der DSM-IV oder der ICD-10-Klassifikation beruhen muss.

Vertrag der AOK Rheinland/ Hamburg

Zentrales Thema der Düsseldorfer Veranstaltung war der neue Versorgungsvertrag der AOK Rheinland/Hamburg, der am gleichen Tag der Presse vorgestellt wurde. Der neue Vertrag für Kinder und Jugendliche von sechs bis 17 Jahren beinhaltet vor allem eine verbesserte Diagnostik, Elternschulungen, eine koordinierte Zusammenarbeit von Ärzten und Psychotherapeuten, einen leichteren Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung und einen streng kontrollierten Medikamenteneinsatz. In den Vertrag sind sowohl Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als auch Psychologische Psychotherapeuten mit einer entsprechenden Ausbildung einbezogen. Mehr Informationen und der Wortlaut des Vertrages sind auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (www.kvno.de) zu finden.

Cornelia Prüfer-Storcks, Vorstand der AOK Rheinland/Hamburg

Cornelia Prüfer-Storcks, Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg, erklärte: „Wir suchen die Zusammenarbeit mit besonders erfahrenen Kinder- und Jugendärzten und Psychotherapeuten, um die Versorgung der Kinder und Jugendlichen deutlich zu verbessern. Im Vordergrund steht mehr Zeit für die Patienten und ihre Familie statt vorschneller Medikamentengabe." „Die von ADHS betroffenen Kinder brauchen ein umfassendes Betreuungskonzept", so Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein. „Der neue Vertrag sieht daher eine enge Zusammenarbeit zwischen Pädiatern und Psychotherapeuten vor. Auch die Eltern werden einbezogen." „Der Kinder- und Jugendarzt ist die erste Anlaufstelle für betroffene Kinder und ihre Eltern", betonte Dr. Thomas Fischbach, Vorsitzender des Landesverbandes Nordrhein der Kinder- und Jugendärzte. Er übernehme daher die Koordinierung der Behandlung. Die Kinder und Jugendlichen würden dazu in den Vertrag eingeschrieben. „Zu wenige Kinder bekommen die notwendige abgestimmte psychosoziale Betreuung, zu wenige eine Psychotherapie", sagte Bernhard Moors, Sprecher des Bündnisses Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, KJP. „Wir begrüßen, dass Patienten in diesem Vertrag sich auch direkt an einen Psychotherapeuten ihres Vertrauens wenden und ihn zum festen Ansprechpartner wählen können."

Der Ablauf eines berufsrechtlichen Beschwerdeverfahrens bei der PTK NRW

Die Psychotherapeutenkammer NRW hat die Aufgabe, Beschwerden von Patienten zu prüfen und berufsrechtliches Verhalten von Mitgliedern zu beurteilen. Der Ablauf des Beschwerdeverfahrens folgt den Vorgaben des Heilberufsgesetzes NRW und des Verwaltungsverfahrensrechts. Die einzelnen Schritte werden im Folgenden dargestellt. Informationen dazu sind auch auf der Homepage der Kammer eingestellt.

Eine erfolgreiche Psychotherapie basiert auf einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Therapeut/in und Patient/in. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass sich der Psychotherapeut an die Regeln seiner Berufsordnung hält. Ist dies nicht der Fall, können Patienten sich mit einer Beschwerde an die Psychotherapeutenkammer wenden. Die Psychotherapeutenkammer ist für die berufsrechtliche Aufsicht über alle in Nordrhein-Westfalen tätigen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zuständig.

Gründe für Beschwerden können beispielsweise darin liegen, dass der Psychotherapeut die Schweigepflicht missachtet, persönliche Beziehungen zum Patienten aufgenommen, den Patienten vor Beginn der Behandlung nicht ausreichend über die Behandlung aufgeklärt, keine Einsicht in die Dokumentation gewährt oder notwendige Bescheinigungen nicht erstellt hat. Die Regeln für die Berufsausübung der Psychotherapeuten finden sich in der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW. Eine Übersicht zu einigen wichtigen Regeln zur Berufsausübung ist auf einer Internetseite der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zusammengefasst: http://www.bptk.de/patienten/patientenrechte/index.html#54.

Eine Beschwerde sollte schriftlich (nicht per E-Mail) bei der Psychotherapeutenkammer eingereicht werden, persönlich von dem Patienten unterschrieben sein und die Tatsachen geordnet nennen, über die sich der Patient beschweren möchte. Zudem sollte der Patient den betroffenen Psychotherapeuten von der Schweigepflicht entbinden, für diesen Zweck können Patienten ein entsprechendes Formular von der Homepage herunterladen.

Nach Eingang der Beschwerde erhält der Patient eine Eingangsbestätigung. Liegt der Kammer zu diesem Zeitpunkt noch keine

Schweigepflichtentbindungserklärung vor, wird der Patient gebeten, diese zu erteilen. Unter Vorlage der Schweigepflichtentbindungserklärung des Patienten wird der Psychotherapeut dann von der Kammer zur Stellungnahme zu den Vorwürfen und ggf. zur Vorlage der Dokumentation aufgefordert. Da Psychotherapeuten der Schweigepflicht unterliegen, dürfen sie sich gegenüber der Kammer nur dann äußern, wenn der betroffene Patient damit einverstanden ist, also das Formular für die Schweigepflichtentbindungserklärung vollständig ausgefüllt und unterzeichnet hat.

Nach Eingang der Stellungnahme des Psychotherapeuten und ggf. der zugehörigen Dokumentation wird der Sachverhalt durch die Kammer geprüft. Wenn erforderlich, wird die Dokumentation der Behandlung angefordert oder es werden Rückfragen an den Behandler gestellt. Auf dem Hintergrund all dieser Unterlagen beurteilt der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW, ob ein berufsrechtliches Fehlverhalten vorliegt.

Kommt der Vorstand zu der Überzeugung, dass ein berufsrechtliches Fehlverhalten nicht vorliegt oder nicht erwiesen werden kann, muss er das berufsrechtliche Verfahren einstellen. Hält der Vorstand ein berufsrechtliches Fehlverhalten für erwiesen, kann er einen Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens stellen.

Die erstinstanzlichen Verfahren erfolgen bei zwei Berufsgerichten, die bei den Verwaltungsgerichten in Köln und Münster angesiedelt sind. In diesen gerichtlichen Verfahren kann auf Warnung, Verweis, Entziehung des passiven Berufswahlrechtes, Geldbuße bis zu 50.000 Euro oder Feststellung der Unwürdigkeit zur Ausübung des Berufs erkannt werden, dabei können Verweis und Entziehung des passiven Berufswahlrechtes neben einer Geldbuße bis zu 50.000 Euro ausgesprochen werden.

Das Berufsgericht verhandelt und entscheidet in Kammern, die mit einer Berufsrichterin oder einem Berufsrichter als Vorsitzende und zwei Psychotherapeuten als Beisitzer besetzt sind. Die Kammer ist in diesen Verfahren als Antragstellerin beteiligt.

In den Fällen, in denen zwar ein berufsrechtliches Fehlverhalten vorliegt, der Vorstand aber gleichwohl der Ansicht ist, dass die Schuld gering ist und der Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens nicht erforderlich ist, kann er den Kammerangehörigen, also den Psychotherapeuten, rügen. Diese Rüge kann der Vorstand zudem mit einem Ordnungsgeld bis zu 5.000 Euro verbinden.

Selbstverständlich können auch Personen, die keine Patienten eines bestimmten Psychotherapeuten sind, sich bei der Kammer über diesen Psychotherapeuten beschwerden. Dies ist wegen des Schutzes von Patienten aber nur möglich, soweit Sachverhalte betroffen sind, die nicht in direktem Zusammenhang mit einer Patientenbehandlung stehen (beispielsweise Äußerungen eines Psychotherapeuten in der Öffentlichkeit). Soweit es aber um Patientenbehandlungen geht, darf die Kammer nur ermitteln, wenn der Patient mit der Offenbarung seiner Daten gegenüber der Kammer einverstanden ist.

Die Psychotherapeutenkammer NRW ist ausschließlich für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zuständig. Psychologen unterliegen lediglich dann der Kammeraufsicht, wenn sie zudem als Psychotherapeuten approbiert sind. Bei Beschwerden über psychotherapeutisch tätige Ärzte sollten Patienten sich an die örtlich zuständigen Ärztekammern wenden. In Nordrhein-Westfalen handelt es sich dabei um die Ärztekammer Nordrhein für die Regierungsbezirke Düsseldorf und Köln sowie die Ärztekammer Westfalen-Lippe für die Regierungsbezirke Arnsberg, Detmold und Münster.

Für Beschwerden über Heilpraktiker, auch wenn diese Psychologen sind, sind die örtlichen Gesundheitsämter die richtigen Ansprechpartner.

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211 / 52 28 47-0
Fax 0211 / 52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Beratung am Telefon

Berufsrechtliche Beratung durch einen Juristen
Mo: 12.00-13.00 Uhr
Mi: 14.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **53**

Mitgliederberatung durch den Vorstand
Mo: 12.00-14.00 Uhr
Di: 13.00-14.00 Uhr, 18.30-19.30 Uhr
Mi: 13.00-14.00 Uhr
Fr: 11.00-12.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **27**

Anfragen Fortbildungsakkreditierung
Mo – Do: 13.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **30**

Anfragen Fortbildungskonto
Mo – Do: 13.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 **31**

Anfragen Mitgliederverwaltung
Mo – Do: 14.00-15.00 Uhr
Anfangsbuchstaben des Nachnamens:
A bis K Telefon 0211 / 52 28 47 **14**
L bis Z Telefon 0211 / 52 28 47 **17**

Brandenburg
Mecklenburg-Vorpommern
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen

Ostdeutsche
Psychotherapeutenkammer

Mitteilungen der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Ostdeutscher Psychotherapeutentag 25. – 26. März 2011

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

psychische Gesundheit zu fördern, ist ein gemeinsames Ziel aller PsychotherapeutInnen. Psychotherapie kann Krankheiten heilen, lindern oder den Umgang mit Krankheiten bewältigen helfen. Diese Erkenntnis ist nach langjähriger Öffentlichkeitsarbeit der Psychotherapeutenschaft inzwischen in vielen Köpfen angekommen, und – bei allen Mängeln – auch durch das Psychotherapeutengesetz im Gesundheitswesen verankert. Unabhängig von Verfahren und „Psychotherapieschulen" eint alle PsychotherapeutInnen ein Menschenbild, das psychische Gesundheit als unverzichtbaren Bestandteil von Gesundheit ansieht.

Im Rahmen des 1. Ostdeutschen Psychotherapeutentages vom 25. – 26. März 2011 wird unter dem Titel „Therapieziel Psychische Gesundheit" vielfältig die Gelegenheit geboten, Fragen zur psychischen Gesundheit zu reflektieren. Dazu werden Workshops, Vorträge und Diskussionsrunden von namhaften ReferentInnen aus Wissenschaft und Praxis angeboten, aus denen die TeilnehmerInnen neue Impulse für ihre tägliche Arbeit mitnehmen werden. Aspekte wie Protektivfaktoren, Ressourcen und Prävention psychischer Störungen sollen dabei besondere Beachtung erfahren, aber auch neue Therapieformen und -ansätze zur Diskussion stehen. Um ein breites Spektrum praxisrelevanter Inhalte zu präsentieren, werden auch Vorträge zu Themen geboten, die unsere Mitglieder täglich beschäftigen – u. a. Möglichkeiten der Niederlassung oder Arbeitsfelder für angestellte PsychotherapeutInnen. Im anregenden Ambiente des Deutschen Hygiene-Museums Dresden freuen wir uns auf einen intensiven kollegialen Austausch. Aktuelle Informationen können Sie jederzeit auf unserer Homepage www.opt2011.de abrufen.

Ihre Andrea Mrazek,
Präsidentin der OPK

Der Veranstaltungsort: Deutsches Hygiene-Museum Dresden

Forum für Wissenschaft, Kultur und Gesellschaft

Das Deutsche Hygiene-Museum ist traditionell ein öffentliches Forum für aktuelle Fragen, die sich aus den kulturellen, politischen und wissenschaftlichen Umwälzungen unserer Gesellschaft am Beginn des 21. Jahrhunderts ergeben. Neben dem Ausstellungsprogramm finden am Museum zahlreiche prominent besetzte Veranstaltungen wie Vorträge, Diskussionen, Lesungen und Tagungen statt. In seinen viel beachteten Sonderausstellungen setzt sich das Museum mit Themen aus Kultur und Gesellschaft, Wissenschaft und Kunst auseinander.

Zur Geschichte des Museums

Die Gründung des Deutschen Hygiene-Museums (1912) geht zurück auf eine Initiative des Dresdner Industriellen und Odol-Fabrikanten Karl August Lingner (1861-1916). Lingner hatte 1911 zu den Protagonisten der I. Internationalen Hygiene-Ausstellung gehört, zu der über fünf Millionen Besucher nach Dresden gekommen waren. Diese Ausstellung hatte mit modernsten Techniken und in einer bis dahin unbekannten Anschaulichkeit Einblicke in die Anatomie des Menschen vermittelt, aber auch Fragen der Gesundheitsvorsorge oder Ernährung behandelt. Immer auf dem neuesten Stand der Wissenschaft, trug das Museum während der Weimarer Republik mit seinen allgemeinverständlichen Präsentationsformen maßgeblich zu einer Demokratisierung des Gesundheitswesens bei.

Zur II. Internationalen Hygiene-Ausstellung 1930 wurde der von Wilhelm Kreis (1873-1955) entworfene Museumsbau bezogen, in dem das Museum noch heute seinen Sitz hat. Als größte Attraktion der Ausstellung galt der Gläserne Mensch, in dem sich das Menschenbild der Moderne in der zukunftsgläubigen Verbindung von Wissenschaft, Transparenz und Rationalität materialisierte.

Nach 1933 wurden das volksaufklärerische Gedankengut des Museums und seine hoch entwickelten modernen Vermittlungsmethoden in den Dienst der nationalsozialistischen Rasseideologie gestellt. Beim Bombenangriff auf Dresden im Februar 1945 wurden große Teile des Museumsgebäudes und seine wertvollen Sammlungsbestände vernichtet. Während der DDR-Jahre nahm das Museum eine vergleichbare Aufgabe wahr, wie in der Bundesrepublik die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Nach 1991 erhielt das Deutsche Hygiene-Museum als Museum vom Menschen eine vollkommen neue Konzeption, die mit zeitgemäßen Mitteln an den innovativen Ansatz seiner Gründerjahre anknüpft.

Stiftung Deutsches Hygiene-Museum

Nachdem das Museum 1991 in eine nachgeordnete Behörde des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie überführt worden war, stellte die 1999 erfolgte Überleitung des Deutschen Hygiene-Museums in eine Stiftung bürgerlichen Rechts eine große Zäsur dar, die viele Entwicklungsmöglichkeiten eröffnete. An der jetzigen Stiftungskonstruktion beteiligen sich der Freistaat Sachsen, die Landeshauptstadt Dresden, die DKV Deutsche Krankenversicherung AG als Unternehmen der Privatwirtschaft sowie optional auch der Bund. Dies stellt einerseits eine innovative zeitgemäße Lösung dar, andererseits aber handelt es sich um eine Rückkehr zu einer Organisationsform des Museums, die in dieser Weise bereits in den 1920er Jahren bestand.

Das Programm

Freitag, 25.03.2011

9.30 – 10.30 Uhr	Stadtführung (fakultativ) – Anmeldungen in der OPK Geschäftsstelle
11.00 – 11.30 Uhr	Begrüßung/Eröffnung Andrea Mrazek, M.A., M.S. (USA), Präsidentin der OPK Christine Clauß – Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz Daniel Bahr, MdB – Parlamentarischer Staatssekretär des Bundesministeriums für Gesundheit
11.30 – 12.15 Uhr	Plenumsvortrag: Prof. Dr. Klaus Hurrelmann „Brauchen wir neue Ansätze in Pädagogik und Therapie? – Entwicklungs- und Identitätsstörungen bei Kindern und Jugendlichen“
12.15 – 13.00 Uhr	Plenumsvortrag: Prof. (em.) Dr. Winfried Hacker „Arbeit und Psychische Gesundheit“
13.00 – 14.00 Uhr	Mittagspause
14.00 – 15.30 Uhr	Workshop: Dipl.-Psych. Kai Baumann „Weisheitstherapie“ Fachvortrag + Workshop: Prof. Dr. Gabriele Wilz und Dr. Anne Katrin Risch „Ressourcenaktivierung“ Workshop: Dr. Anne Boos „Trauma – Gibt es Präventionsmöglichkeiten für Posttraumatische Belastungsstörungen“
14.00 – 14.45 Uhr	Fachvortrag: Thomas Altgeld (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.) „Psychische Gesundheit – Präventionsansätze effektiv gestalten, statt den Zielgruppen hinterherzulaufen“ Fachvortrag: Prof. Dr. Hans-Joachim Hannich „Vom Kümmerling zum Supermann – von der Macht, dem Machtstreben und der Krankheit der Macht“ Vortrag: Rechtsanwalt Jan H. L. Immen „Möglichkeiten der Niederlassung für neuapprobierte PsychotherapeutInnen“
14.45 – 15.30 Uhr	Vortrag: Dr. Gregor Peikert + Dietmar Schröder (OPK) „Arbeitsfelder von Angestellten – Chancen und Risiken“ Fachvortrag: Prof. Dr. Stephan Mühlig „Erhaltungstherapie + Rückfallprophylaxe bei Depressionen und Substanzstörungen“ Fachvortrag: Dr. rer. nat. Volker Premper „Pathologisches Glücksspielen – ein gesellschaftliches Problem?“
15.30 – 16.00 Uhr	Pause
16.00 – 18.00Uhr	Podiumsdiskussion: „Psychologische Psychotherapie nach Grawe“ Diskutanten: Präsidentin Andrea Mrazek; Prof. Dr. Horst Kächele, Universität Ulm Moderator: Prof. Dr. Jürgen Hoyer
19.00 – 19.30 Uhr	Einlass Abendveranstaltung
Ab 19.30 Uhr	Abendveranstaltung mit den Dresdner Salondamen

Samstag, 26.03.2011

9.00 – 9.45 Uhr	Plenumsvortrag: Prof. Dr. Kurt Hahlweg „Prävention psychischer Störungen – eine internationale Perspektive“
9.45 – 10.30 Uhr	Plenumsvortrag: Prof. Dr. Elmar Brähler „Keine Angst vor Psychotherapie. Erfahrungen mit ambulanter Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der PatientInnen“
10.30 – 10.45 Uhr	Verabschiedung: Vorstand der OPK
10.45 – 11.15 Uhr	Pause
11.15 – 12.45 Uhr	Workshop: Prof. Dr. Jürgen Benecken „Das Spiel als Ressource in der Kinderpsychotherapie“ Workshop: Prof. Dr. Heinz Hennig „Katathym Imaginative Psychotherapie – Psychodynamische Therapie mit Imaginationen“ Workshop: Dr. Sabine Ahrens-Eipper „Trauma bei Kindern“ Vortrag: Dr. Martin Liebig (Rechtsanwalt) „Berufsrecht für angestellte PsychotherapeutInnen“
11.15 – 12.00 Uhr	Fachvortrag: Prof. Dr. Jürgen Hoyer: „Optimismus als Motor und Endpunkt klinisch-psychologischer Intervention“ Fachvortrag: Prof. Dr. Alfons Hamm „Multizentrische Studie zur Psychotherapie bei Panikstörung“
12.00 – 12.45 Uhr	Fachvortrag: Dr. Frank Jacobi + Dr. Gregor Peikert „Ergebnisse der Versorgungsstudie der OPK“ Fachvortrag: Reiner Kroymann „Zurück zum Biofeedback“ Fachvortrag: Prof. Dr. Konrad Reschke „Stress und Stressbewältigung im Rahmen von Psychotherapie, Rehabilitation und Gesundheitsförderung“
Ab 12.45	Mittagspause

Der Stadtrundgang: „Dresdens schönste Seite – Ein Streifzug durch die Altstadt“

Zwischen Zwinger und Semperoper, Schloss und Fürstenzug, Neumarkt und Frauenkirche, Brühlschen Terrassen und Neuer Synagoge: Erleben Sie die Altstadt, das geschichtsträchtige Herz Dresdens, im Spannungsfeld von Vergangenheit und Moderne. Zwischen der Schlichtheit der Renaissance, der Pracht des Barock und der Eleganz der Moderne stossen Sie immer wieder auf den anhaltenden Aufbauenthusiasmus der Dresdner. An ausgewählten Orten und Ereignissen vermitteln wir Ihnen ein plastisches Bild der Bau-, Kultur- und Sozialgeschichte Dresdens, in dem unterschiedlichste Epochen prächtige, hochherrschaftliche und erschütternde Spuren hinterlassen haben.

Incoming igeltour Dresden Stadtrundgänge

- Termin: 25. März 2011
- Zeit: 9:30 – 11:00 Uhr
- Treff: Theaterplatz, Denkmal König Johann (Ende: Deutsches Hygiene Museum)
- Anmeldung: ab sofort in der Geschäftsstelle der OPK möglich

Die Abendveranstaltung: Die Dresdner Salondamen

Lassen Sie sich zum Tagesausklang von fünf bezaubernden Musikerinnen in die goldenen 20er, 30er und 40er Jahre entführen. Die singenden und musizierenden Damen an Violoncello, Violine, Klarinette und Klavier nehmen Sie bei Konzert, Tanz und Showprogramm auf eine musikalische Zeitreise durch die Ufa-Filme des vergangenen Jahrhunderts mit. Ob Walzer, Tango, Swing, Foxtrott oder Salon- und Kaffeehausmusik, das kleine Salonorchester bietet erlesene Unterhaltung, bei der das Stillsitzen schwerfällt.

Nicht nur die Musik der professionell ausgebildeten Damenband ist ein Kunstgenuss der besonderen Art, auch die grandiose Optik ist famos: Stilvolle Hüte, zarte Spitzen, atemberaubende Kleider mit prachtvollen Dekolletés, speziell angefertigt von Dresdner Designerinnen und die stilvolle Bühnendekoration werden Sie begeistern.

Freuen Sie sich auf einen glamourösen Abend!

Geschäftsstelle

Karl-Rothe-Str. 4, 04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
Homepage: www.opk-info.de
Mail: info@opk-info.de

Dr. rer. nat. habil. Jörg Schumacher

*19.11.1962 – † 06.09.2010

Lieber Jörg,

da ich weiß, dass Du einem Nachruf eher skeptisch gegenüberstehen würdest, gestatte ich mir, Dir noch einen letzten kurzen Brief zu schreiben. Dein plötzliches Fehlen hat tiefe Bestürzung und Traurigkeit ausgelöst. Wir versuchen, Deine Familie zu unterstützen, die sich tapfer gegen den kalten Wind stellt. Deine Söhne und Deine Frau sind noch enger zusammengerückt.

Dir war leider nur wenig Zeit vergönnt, Deine Gedanken und Gefühle in uns zu hinterlassen und trotzdem sind überall Deine Spuren. Meine Erinnerungen gehen in unsere gemeinsame Studentenzeit. Ein jeder, der ein Fehlen in den Vorlesungen nicht vermeiden konnte, suchte eine Kopie Deiner Mitschriften.

Inhalt, Form, Struktur – jeder konnte mit Deinen Unterlagen arbeiten. Du warst einer der besten Studenten und doch kein Streber – immer hilfsbereit, ehrlich, offen, aber auch humorvoll und genussorientiert.

Allen war auch klar – „Der wird mal Professor!".

Nun, bei solchen Aussagen hast Du eher abgewunken. Nach dem Studium hast Du promoviert, Dich habilitiert, viel publiziert. Und viele ehemalige Studenten der Universitäten in Leipzig und Jena schätzen Dich als einen Hochschullehrer wie man ihn sich vorstellt – unbedingt verlässlich und verbindlich. Darüber hinaus offen für viele Themen. Ich denke auch an Deine umfassende Musiksammlung, Deine Begeisterung für Literatur und Kinematografie.

Deine Homepage, wohl eine der von der Kollegenschaft meistbesuchten Seiten im Netz, diente für viele als mustergültiges Beispiel und Vorlage für eigene Projekte.

Nach jahrelanger wissenschaftlicher Tätigkeit an den Hochschulen hast Du 2005 den Sprung in die eigene Niederlassung gewagt. In kürzester Zeit hattest Du Dir nun auch als erfolgreicher Therapeut einen Namen gemacht. Wie kaum ein Anderer konntest Du theoretische und praktische Kompetenzen verbinden. Und mit der Niederlassung hast Du Dich auch entschieden, Deine berufspolitischen Aktivitäten zu verstärken: Delegierter der Deutschen Psychotherapeutentage, sächsischer Vertreter in der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, dort auch aktiv in der Ausschussarbeit, und 2010 gerade gewählt in die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Berufsverbände, Fachverbände, Ausbildungsinstitute …

Ich merke gerade, dass die Darstellung Deines gesamten beruflichen und privaten Lebenswerkes den Rahmen eines kurzen Briefes sprengt.

Aber eines möchte ich hier noch einmal sagen:

Du bist ein sehr, sehr liebenswerter Mensch!

Du fehlst!

Dein Freund und Kollege Frank Massow

auch im Namen vieler Deiner Weggefährten
und der Mitstreiter in der OPK-Kammerversammlung

LPK Landes Psychotherapeuten Kammer Rheinland-Pfalz

Aktuelles aus der Vertreterversammlung

An der zweiten Vertreterversammlung dieses Jahres am 6.11.2010 nahmen auf Einladung des Präsidenten der für die Kammeraufsicht seitens des Landes zuständige Abteilungsleiter Herr Rutert-Klein sowie die hierfür vormalig zuständige und jetzige Referatsleiterin für Gesundheitswirtschaft, Frau Birgit Belz teil.

Herr Rutert-Klein nutzte die Gelegenheit, um sich nicht nur für die sehr konstruktive Zusammenarbeit zwischen Ministerium und Kammer in der Vergangenheit zu bedanken, sondern diese auch für die Zukunft zu bekräftigen. Greifbares Ergebnis und sichtbares Zeichen dieser Kooperation seien ganz aktuell die Neufassung des Landeskrankenhausplans, in dem zahlreiche Anregungen der Kammer bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung aufgegriffen seien (http://masgff.rlp.de/gesundheit/krankenkassen/landeskrankenhausplan-2010/) sowie die Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes, die für unsere Berufsgruppe auch über die Landesgrenzen hinaus wegweisende Statusklärungen enthält. Da zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Textes die für den 17.11. vorgesehene Lesung und Verabschiedung des Gesetzes im Landtag noch ausstand, beschränken wir uns hier wie in der Versammlung auf respektvolle Vorfreude.

Die Versammlung nutzte die Gelegenheit, Herrn Rutert-Klein an einige „Baustellen" zu erinnern, u. a. die restriktiver Haltung der KV in der Akzeptanz von Ausbildungs- und Entlastungsassisenten, die dringend notwendige Reform der Bedafsplanung sowie die Erweiterung von Befugnissen für unseren Berufsstand. Herr Rutert-Klein erbat sich Hinweise auf konkrete Problemfälle, um gezielt Lösungen zu finden.

Spannend waren im Anschluss die Ausführungen von Frau Belz zum Thema: „Gesundheitswirtschaft – was hat das mit den Psychotherapeuten zu tun?" In Vorwegnahme der Skepsis oder Vorbehalte, die ja viele Mitglieder von Gesundheitsberufen (nicht nur des unseren) überkommen, wenn von Gesundheit als Ware und vom Patienten als Kunden gesprochen wird, legte Frau Belz ausdrücklich Wert auf den Hinweis, dass es dem Land nicht um die Maximierung von Profitinteressen gehe, sondern um die Chancen der Maximierung der Versorgungsqualität einschließlich des Ausbaus von zukunftssicheren Arbeits- und Ausbildungsplätzen. Schon heute sei jeder sechste Beschäftige in RLP in der Gesundheitswirtschaft tätig, Tendenz steigend. Für das Land stehe der Ausbau von integrierten Versorgungsstrukturen auf der Agenda, die Initiierung innovativer Projekte in der Prävention und Gesundheitstourismus, und ganz weit oben: die Förderung der betrieblichen Gesundheitsvorsorge. Wenn man sehe, dass mit die häufigsten Gründe für Krankschreibungen und Frühverrentungen psychische Leiden seien, dann sei der Handlungsbedarf offenbar. Damit werde auch deutlich, dass die Einbindung psychotherapeutischer Kompetenz in ganz vielfältiger Weise notwendig, gewünscht und möglich sei. Frau Belz appellierte an die Anwesenden, sich an den Landesprojekten und runden Tischen zu beteiligen, und bot Vermittlung bei der Einbindung in vorhandene und noch zu schaffende Netzwerke an. Zur näheren Orientierung sei auf den Internetauftritt www.gesundheitswirtschaft.rlp.de verwiesen.

Die Versammlung machte darauf aufmerksam, dass im bisherigen Umgang mit dem Thema eher eine ökonomische Perspektive im Vordergrund stand und weniger gesundheitlich-fachliche Aspekte. Was die Bedeutung von Prävention betrifft, würde man bei Psychotherapeuten sicher offene Türen finden, gleichwohl sei die Betätigung in diesem Feld bislang kaum gefordert und gesetzlich nicht vorgesehen.

Frau Belz stellte in Aussicht, dass in den weiteren Entwicklungsphasen des Projektes fachliche Akzente stärker gesetzt werden sollen und bekräftigte Ihre Einladung zur Mitarbeit.

Einen ausführlichen Bericht über die Vertreterversammlung finden Sie auf der Homepage der Kammer unter dem Link: www.lpk-rlp.de/Mitgliederservice/Rundbrief/Rundbrief 03/2010.

Gut angekommen: Fachtagung und Herbstfest der Kammer

Wie in jedem Jahr so fand auch in diesem am 25. September 2010 die traditionelle Fachtagung der Kammer mit anschließendem Herbstfest statt.

Unter dem Titel „Damit Psychotherapeuten heil bleiben – Psychohygiene als professionelle Aufgabe" stand diesmal unsere Profession selbst im Fokus der Aufmerksamkeit mit unserem Berufsalltag und der Frage, wie es gelingen kann, bei all der Konfrontation mit schwierigen und leidvollen Erfahrungen die innere Balance

zu halten und die Lust am Leben nicht zu verlieren.

Wir konnten eine Reihe von Referenten aus Forschung und Praxis gewinnen, die Ideen entwickelten und kreative Wege skizzierten, um uns zu stimulieren, in ständiger Konfrontation mit Gefühlen der Ohnmacht, Hilflosigkeit, Angst, Wut und Trauer – nicht nur der Patienten, sondern auch der eigenen – heil und handlungsfähig zu bleiben.

Prof. Dr. Ralf Zwiebel

Nach der Eröffnung der Tagung durch unseren Präsidenten Herrn Alfred Kappauf, der vorab auf das Risiko der Veranstaltung verwies, gängige Vorurteile zu bedienen, die Psychotherapeuten befassten sich doch sowieso vorrangig nur mit sich selbst und unter anderem an die sehr weise Erkenntnis erinnerte, dass man auch als Psychotherapeut nur das geben kann, was man hat, referierte Prof. Dr. Ralf Zwiebel, u. a. Lehranalytiker am Alexander Mitscherlich Institut Kassel, zum Thema der „Professionalität im bipersonalen Beziehungsfeld". Ließ der etwas abstrakt wirkende Titel eine spröde Botschaft befürchten, so wurden die Zuhörer jedoch angenehm enttäuscht: Durch sehr persönliche Erfahrungen aus dem eigenen Praxisalltag angereichert und prägnant am Beispiel der „Müdigkeitsreaktion" erläuterte Herr Zwiebel, wie wichtig die permanente Selbstreflexion nicht nur dem Verständnis des Patienten sondern auch der Selbstfürsorge dient. Im Therapiekontakt eigene Nöte zu spüren sei keine „Macke", sondern sollte als Quelle kreativer Interventionen genutzt werden.

Es schloss sich an ein (nicht) ganz ernst gemeintes „Stufenprogramm zum sicheren Burn-out", entwickelt und vorgetragen von Frau Dr. Nadine Schuster, Mainz, das kaum einen im Saal unberührt ließ, konnte sich doch fast jeder auf einer der Stufen wiederfinden. Denn wer kennt das nicht, diesen Sog des rastlosen Einsatzes, die Vernachlässigung eigener und sozialer Bedürfnisse, das Verleugnen körperlicher Stresssymptome... Dankenswerterweise ließ Frau Schuster ihre Zuhörer nun nicht ganz allein und erinnerte an die heilsame Gegenkraft einer realistischen Selbsteinschätzung, der Akzeptanz von Grenzen, der Entwicklung von Humor und Toleranz, der Offenheit für die Frage des Sinns des eigenen Tuns und Daseins.

Dr. Nadine Schuster

Dipl.-Psych Rita Freihaut

Wie es „himmlisch leicht" bleiben kann im schweren Psychotherapeutenalltag, das verriet uns Frau Dipl.-Psych. Rita Freihaut, in eigener Praxis niedergelassen in Gießen, mit einem sehr intimen Einblick in ihre persönlichen Selbstfürsorgemaßnahmen. Der ganz bewusste Blick in den Himmel oder in den Spiegel („Wie sehe ich mich, ist da noch Spannung?") hilft, sich nicht zu verlieren, und zahlreiche Pausenrituale, wie singen, weinen, sich schütteln, tragen zur inneren Balance bei. Das eigene „Heilbleiben" im inneren Fokus zu halten, sei das beste Mittel, der Mitgefühlsmüdigkeit zu begegnen. Und ab und zu sei auch mal ein Stück Schokolade genau richtig.

Dr. Rainer Lutz

Da fügte sich fast nahtlos an „Die kleine Schule des Genießens", vorgetragen von Dr. Rainer Lutz, Marburg. Ursprünglich entwickelt und gedacht als Stimulationshilfe für schwer depressive Menschen, scheint sie für den Therapeuten nicht nur als Arbeitshilfe, sondern auch für die eigene „Burnout-Prophylaxe" reizvoll. Das beginnt und hört natürlich nicht auf mit der Beantwortung der Frage: Darf es uns (Therapeut und Patient) gut gehen in der Therapie? Das (Wieder-)Erwecken positiver Assoziationen und Emotionen auf den verschiedenen Sinneskanälen (Erinnern Sie sich noch an den Geschmack dieser dicken roten Himbeerbonbons...?) ermöglicht das Anknüpfen an positiver Aspekte der Biografie, und das steht fest: da hat der Therapeut nicht weniger Freude dran als der Patient.

Nach diesen Ausführungen von Herrn Lutz gelang dann unserer Vizepräsidentin Frau Dr. Andrea Benecke, die mit versierter Moderation durch den Nachmittag führte, mühelos die Überleitung zum gemütlichen Teil des Nachmittags.

So folgte in bewährter Manier der Tagung das Herbstfest, Gelegenheit zu Kontakten

nicht nur mit KollegInnen, sondern auch mit diesmal nicht ganz so zahlreichen Vertretern aus Politik und Gesundheitswesen. Für Gaumen- und Ohrenschmaus war selbstverständlich gut gesorgt. Die sehr positive Resonanz unter den insgesamt etwa 150 Teilnehmern und Gästen bestätigt und bekräftigt die Kammer in der Einschätzung, dass diese Form der Öffentlichkeitsarbeit dem Ansehen unseres Berufstandes nach innen wie nach außen ausgesprochen förderlich ist.

Heilberufsausweis, Signaturkarte und mehr

Immer wieder fragen uns Mitglieder, wie sie sich denn verhalten sollen, wenn die KV RLP im ersten Quartal 2011 die Online-Abrechnung fordert. Zunächst können wir Ihnen nach wie vor versichern, dass sich an dem Sachstand, wie wir ihn im PTJ 2/2010 geschildert haben, nichts geändert hat. Grundsätzlich hat uns die KV auch bestätigt, dass die flächendeckende Online-Abrechnung zurzeit – teilweise auch aufgrund technischer Probleme – nicht umsetzbar erscheint, wenn dies auch aus ihrer Sicht wünschenswert wäre. Wer sich entschließt, zukünftig die Möglichkeit der Online-Abrechnung zu nutzen, hat nach wie vor im Moment zwei realisierbare Alternativen: das KV-safenet oder eine der anerkannten qualifizierten Signaturkarten (QSig-Karte). Wer sich unter den Anbietern der QSig-Karten umschaut, findet unterschiedliche Konditionen vor, die bei Vertragsabschluss zu beachten sind. Zu den Karten mit qualifizierter Signatur gehört z. B. auch der neue elektronische Personalausweis. Allen QSig-Karten ist gemeinsam, dass sie kein Berufsgruppenattribut enthalten müssen. **Dieses ist für die Abrechnung mit der KV absolut entbehrlich**. Wir haben bisher nur von der Tochterfirma der Deutschen Post, der Deutsche Post Com GmbH, Geschäftsfeld Signtrust, Bonn, Informationen, dass diese das qualifizierte Berufsgruppenattribut anbietet. Worüber aber nach unseren Erfahrungen bisher niemand richtig aufgeklärt wurde, ist die Tatsache, dass man dann versucht, die LPK auf der Basis eines Antrags des Mitglieds zu verpflichten, das Berufsgruppenattribut zu bestätigen und sie darüber hinaus durch die Vergabe eines Sperrkennworts zu verpflichten, Signtrust unverzüglich zu unterrichten, wenn die Approbation ruht, zurückgegeben oder entzogen wurde. Damit wird die Haftung für nicht rechtzeitige Benachrichtigung auf die Kammer abgewälzt. Wir haben erhebliche rechtliche Bedenken, dass die Weitergabe solch sensibler Daten nur auf der Basis der Unterschrift auf dem Antrag zur Bestätigung des Berufsgruppenattributs datenschutzrechtlich unbedenklich sein soll. Darüber hinaus kommen auf die Antragsteller zusätzliche jährliche Gebühren zu, da die Kammer für sie eine Dienstleistung erbringt, die nur ihnen selbst zu Gute kommt.

Wir raten daher jedem, der eine QSig-Karte erwerben will, dies **ohne** das Berufsgruppenattribut zu tun. Das Berufsgruppenattribut hat erst eine Bedeutung, wenn die Kammer den elektronischen Heilberufsausweis herausgibt. Nur der Heilberufsausweis selbst wird amtlich als Bestätigung Ihrer Zugehörigkeit zur Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anerkannt werden. Ob die Kammer im nächsten Jahr einen vorläufigen Heilberufsausweis herausgeben wird, hängt von den Gesprächen mit dem einzigen im Moment durch die Bundesnetzagentur zertifizierten Diensteanbieter (ZDA) ab. Die Gespräche werden nach einer vom ZDA angestrebten Pause jetzt wieder aufgenommen werden. Wir werden Sie über die Homepage und an dieser Stelle weiter unterrichten.

Mainzer Forum für Gesundheit: Der älter werdende Mensch im Fokus

Das Mainzer Forum Gesundheit ist eine Einrichtung der Heilberufekammern in Rheinland-Pfalz (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Psychotherapeuten) und diskutiert fachübergreifend und interdisziplinär gesellschaftspolitische Themen in der Medizin und im Gesundheitswesen.

Zum siebten Mal organisierte diese Runde eine Veranstaltung, in diesem Jahr eine Podiumsdiskussion: „Gesellschaft im Wandel – Der älter werdende Mensch und die Medizin".

Die Veranstaltung fand am 20. Oktober im Kurfürstlichen Schloss zu Mainz statt und auf dem Podium diskutierten:

Julia Klöckner, Parlamentarische Staatssekretärin, Dr. Heiner Geißler, Publizist und Politiker, Ulrich Kienzle, Fernsehjournalist, Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer, Prof. Dr. Andreas Kruse, Diplompsychologe und Gerontologe und Prof. Dr. med. Roland Hardt, Geriater.

Die Podiumsteilnehmer setzten sich mit der Frage auseinander, welche Aufgabe der demografische Wandel mit vielen alten und hochbetagten Menschen für unsere Gesellschaft darstellt. Nachdem Herr Kienzle an seinen zunehmenden Krankheiten die Bürde des Alterns beschrieben hatte, betonte Frau Klöckner die Aufgabe der Politik im Sinne eines guten Verbraucherschutzes, im besonderen den Schutz älterer Menschen, damit diese nicht am Telefon oder im Internet in Kaufverträge gepresst werden können.

Herr Geißler problematisierte die Ökonomisierung unseres Gesundheitssystems, in dem es um Gewinnmaximierung gehe. Patienten mutierten dabei zu Kunden und der Arzt zum „Fallpauschalenjongleur". Es gäbe genügend Geld auf dieser Welt, es sei nur nicht richtig verteilt.

Dr. Engel griff die Thesen auf und wendete sich gegen eine „Discountmedizin". Für den Bereich der Zahnärzte stellte er klar, dass der Zahnarzt für die Behandlung komorbider alter Patienten ein höheres medizinisches Wissen benötigt, da es hier häufiger zu Komplikationen komme. Ein weiteres großes Problem sei die Immobilität der Patienten zu Hause oder auch im Heim. Die im Alter weit verbreitete Multimorbidität verlange einen besonderen Überblick über das Zusammenwirkung der Medikamente betonte Prof.

Hardt. Inzwischen sei das Durchschnittsalter eines Herz-OP-Patienten 73 Jahre. Er sehe eine positive Entwicklung, zu der auch gehören würde, Menschen über einen langen Zeitraum wieder gut zu stabilisieren, wodurch gelingen würde, die lebensbeeinträchtigende Endphase der Hoch-Komorbidität „zu stauchen". Prof. Kruse beschäftigt sich mit der Kompetenz im Alter und beleuchtet Älterwerden nicht unter der Perspektive der Erkrankungen, sondern wie es gelingen kann, den Menschen zu motivieren, offen zu bleiben und seine Umstellungsfähigkeit zu erhalten, damit er sie mit seinem Erfahrungswissen produktiv verbinden kann. Seine Forschungsergebnisse belegen, dass dies über einen langen Zeitraum gelinge und dass die problematische Zeit meistens erst im Greisenalter beginne, das zurzeit bei 80 Jahren liege und sich noch weiter nach hinten verlagern werde.

In der über zweistündigen Diskussion wurde die Komplexität des Themas deutlich und es wurden noch weitere Facetten angesprochen. Zum Beispiel, dass die intergenerationelle Gerechtigkeit gewahrt werden müsse, und ältere Menschen noch vieles zu geben hätten. Interessant sind Ansätze, nachbarschaftliche Strukturen zu stärken und hin zu einer „caring community" zu kommen.

Kurzdebatte

Anschließend fand die Kurzdebatte mit der Bitte um knappe Statements statt unter Beteiligung von:

Dr. M. Rumpf, Präsident der Landeszahnärztekammer RLP,
Dr. A. Kiefer, Präsident der Apothekerkammer RLP,
Alfred Kappauf, Präsident der Landespsychotherapeutenkammer RLP,
Ines Engelmohr, Pressesprecherin Landesärztekammer RLP.

Die Ärztekammer hat im Blick, dass der geriatrische Patient in Zukunft ein Drittel der stationären Behandlungsfälle ausmachen wird und bereitet sich auf die Implikationen vor.

Für die Psychotherapeutenkammer wies A. Kappauf darauf hin, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt die demographische Entwicklung noch keine wesentlichen Mehrkosten im Gesundheitssystem verursacht. Die Zusatzkosten liegen im Bereich von 1% der Ausgaben, betragen also weit weniger als die Kostenbelastung durch die jährliche Steigerung der Ausgaben für Medikamente. Wenn die demographische Entwicklung in Zusammenhang mit den derzeitigen Finanzierungsproblemen im Gesundheitssektor angeführt wird, dann kommt dies einem Missbrauch der Alten gleich. Es braucht einen positiven Begriff des Alters als sozial und kulturell gestaltbare Lebensphase, im Gegensatz zum bisherigen Defizitkonzept von Alter (Gebrechlichkeit, Pflegebedürftigkeit, Unproduktivität, Kostenfaktor). Anstelle den Blick auf die bestimmt auch schwierigen Herausforderungen der zukünftigen Sicherung des Sozialsystems zu fokussieren, sollten die Erfahrungen und die Kreativität genutzt werden, um die Welt auch neu zu erfinden. Dabei können und werden Psychotherapeuten einen wichtigen Beitrag leisten.

Die Apothekerkammer plädiert dafür, wohnortnahe Apotheken und damit das persönliche vertrauensvolle Gespräch zu erhalten, wodurch die Adhärenz erhöht würde.

Die Zahnärztekammer betonte die Wichtigkeit von Prävention auch in hohem Alter und schilderte ihre Initiative zur Mundgesundheit in Pflegeheimen.

Ein insgesamt informativer Austausch, der vielleicht durch seine Komplexität und die sehr verschiedenen auf dem Podium vertretenen Perspektiven etwas überfrachtet war. Zum Glück konnte alles anschließend bei einem kleinen Imbiss noch ein bisschen verarbeitet werden. Dabei gelang es Herrn Kappauf sogar noch, Friedrich Hebbel (+1863) zu zitieren: „Der Jugend wird oft der Vorwurf gemacht, sie glaube, dass die Welt erst mit ihr anfange. Aber das Alter glaubt noch viel öfter, dass mit ihm die Welt aufhöre."

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Weiterbildungsordnung

Die Vertreterversammlung hat am 06.11.2010 folgenden Beschluss gefasst, der am 11.11.2010 vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, Mainz, AZ: 672 – 01 723-17.4 genehmigt wurde.

1. In § 2 der Weiterbildungsordnung wird nach 7. Gesprächspsychotherapie eingefügt:

8. Systemische Therapie

2. Anlage 1 zur Weiterbildungsordnung wird ergänzt um:

8. Systemische Therapie

I. Definition

Die Systemische Therapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren, das wechselseitige intra- psychische (kognitiv-emotive) und biologisch-somatische Prozesse sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen betrachtet. Die Elemente der jeweiligen Systeme und ihre wechselseitigen Beziehungen, sowohl unter struktureller als auch temporärer Perspektive, sind die Grundlage für die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen.

II. Weiterbildungszeit

Die Weiterbildung erstreckt sich über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren.

III. Weiterbildungsinhalte

Die Weiterbildung besteht aus folgenden Inhalten:

1. mind. 240 Stunden theoretische Weiterbildung
2. mind. 240 Stunden praktische Weiterbildung (5 Falldokumentationen)
3. mind. 60 Stunden Supervision
4. mind. 75 Stunden Selbsterfahrung

III.1 Theoretische Weiterbildung (mind. 240 Stunden)

III.1.1. Systemisches Basiswissen (60 UE):

- Wissenschaftstheoretische und epistemologische Positionen, Systemwissenschaftliche Grundlagen,
- Geschichte der Familientherapie/Systemischen Therapie, Familientherapeutische/systemische Schulen/Ansätze, Schnittstellen zu anderen therapeutischen Richtungen,

- Einbeziehung von gesellschaftlichen und institutionellen Kontexten

III.1.2 Systemische Diagnostik (20 UE):

- Systemische Modelle für die Beschreibung und Erklärung psychischer, psychosomatischer und körperlicher Störungen und Symptome, von Konflikten und Problemen, von kommunikativen Mustern, Beziehungsstrukturen, Verarbeitungs- und Bewältigungsformen, Ressourcen und Lösungskompetenzen,
- Risiko- und Schutzfaktoren,
- Indikationen und Kontraindikationen

III.1.3 Therapeutischer Kontrakt (20 UE):

- Therapeutische Grundhaltung,
- Gestaltung von Therapiekontext und -prozess

III.1.4 Systemische Methodik (140 UE):

- Vermittlung und Training systemischer Methoden und Techniken, die auf den (in III.1.1 beschriebenen) theoretischen Grundannahmen der Systemischen Therapie beruhen,
- Methoden und Techniken in unterschiedlichen Settings und Kontexten,
- Spezifische Methoden und Techniken in der systemischen Kinder- und Jugendlichentherapie
- Spezifische Methoden und Techniken in der systemischen Therapie von Erwachsenen

III.2. praktischen Weiterbildung (mindestens 240 Stunden)

Es ist zu gewährleisten, dass die Weiterbildungsteilnehmer über ein breites Spektrum von krankheitswertigen Störungen, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist, eingehende Kenntnisse und Erfahrungen erwerben.

Die praktische Weiterbildung umfasst mindestens 240 Behandlungsstunden, die supervidiert sein müssen. Der Weiterbildungsteilnehmer führt mindestens jeweils einen Fall im Einzel-, Paar- und Familien-Setting, unter begleitender Supervision, durch. Fünf Behandlungsfälle sind ausführlich zu dokumentieren.

III.3 Supervision (mindestens 60 Supervisionsstunden)

Die systemische Praxis wird kontinuierlich durch zur Weiterbildung befugte Supervisoren begleitet. Supervision dient der Reflexion des diagnostischen und systemischen Handelns sowie der therapeutischen Rolle unter Berücksichtigung des jeweiligen Kontextes.

Mindestens 40 Stunden sollen in der Gruppe stattfinden.

III. 4 Selbsterfahrung (mindestens 75 Stunden)

Selbsterfahrung hat in Systemischer Therapie einen sehr hohen Stellenwert. Sie bezieht sich auf die Herkunftsfamilie sowie die aktuellen Lebens- und Berufskontexte. Das emotionale Durchdringen und Reflektieren des eigenen familiären und sozialen Eingebundenseins ist unabdingbar für systemtherapeutische Professionalität. Die Selbsterfahrung soll ein Familienrekonstruktionsseminar im Gruppensetting (mindestens 25 Stunden) beinhalten.

3. Anlage 2 zur Weiterbildungsordnung wird ergänzt um:

8. Systemische Therapie

I. Zur Weiterbildung Ermächtigte

Voraussetzung für die Erteilung einer Weiterbildungsermächtigung gemäß § 6 Abs. 1 Weiterbildungsordnung sind:

- Approbation als Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut,
- eine abgeschlossene Aus-/Weiterbildung in Systemischer Therapie
- mindestens fünfjährige psychotherapeutische Tätigkeit
- mindestens dreijährige Tätigkeit als Dozent im Fachgebiet Systemische Therapie
- Tätigkeit an einer zugelassenen Weiterbildungsstätte
- kontinuierliche Fortbildung in Systemischer Therapie

II. Supervisoren

Voraussetzungen für die Anerkennung als Supervisor sind:

- Approbation als Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- eine abgeschlossene Aus-/Weiterbildung in Systemischer Therapie
- mindestens fünfjährige psychotherapeutische Tätigkeit
- mindestens dreijährige Tätigkeit als Dozent/in im Fachgebiet Systemische Therapie
- kontinuierliche Fortbildung in Systemischer Therapie
- persönliche Eignung.

III. Gutachter

Voraussetzungen für die Anerkennung als Gutachter/in sind:

- Approbation als Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- eine abgeschlossene Aus-/Weiterbildung in Systemischer Therapie
- mindestens fünfjährige psychotherapeutische Tätigkeit
- mindestens dreijährige Tätigkeit als Dozent/in im Fachgebiet Systemische Therapie
- kontinuierliche Fortbildung in Systemischer Therapie

IV. Weiterbildungsstätten

Voraussetzung für die Zulassung einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 der Weiterbildungsordnung ist die systemisch-therapeutische ambulante oder stationäre Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen von Krankheitswert.

Kliniken mit Beschränkung auf die Behandlung bestimmter Störungen und niedergelassene Psychotherapeuten, die von der Kammer zur Weiterbildung in Systemischer Therapie ermächtigt wurden, können bei Nachweis der übrigen Kriterien eine eingeschränkte Weiterbildungsermächtigung erhalten.

Institutionen oder Einzelpersonen, die einzeln nicht die Kriterien einer vollen Ermächtigung erfüllen, können sich zum Zwecke der Weiterbildung in Systemischer Therapie in Verbünde zusammenschließen. Diese Zusammenschlüsse können dann anerkannt werden, wenn es den Weiterbildungskandidaten möglich ist, alle durch die Weiterbildung festgeschriebenen Inhalte nachzuweisen.

Die Änderung tritt mit der Veröffentlichung in Kraft.

Mainz, den 16.11.2010

gez.
Alfred Kappauf, Präsident

Wir gedenken der in diesem Jahr verstorbenen Mitglieder unserer Kammer:

Renate Polywka, Worms, gest. 08.05.2010

An der Gestaltung dieser Seiten wirkten mit: Birgit Heinrich, Jürgen Kammler-Kaerlein, Gisela Borgmann-Schäfer.

Vorstand und Geschäftsführung wünschen allen Lesern besinnliche Festtage und ein gutes, erfolgreiches Jahr 2011!

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel 06131/5 70 38 13
Fax 06131/5 70 06 63
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de
Telefonische Sprechzeiten:
Mo. – Fr. 10.00 – 12.30 Uhr
und zusätzlich
Di. – Do. 14.00 – 16.00 Uhr

pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Fachtagung zum Thema zielgerichtete Gewalt an Schulen

Am 25.09.2010 veranstaltete die Kammer gemeinsam mit dem saarländischen Bildungsministerium und den Schulpsychologischen Diensten die Fachtagung zum Thema *AMOK – Prävention, Intervention und Nachsorge bei zielgerichteter Gewalt an Schulen*. Bildungsminister Klaus Kessler

Bildungsminister Klaus Kessler

wies als Schirm- und Hausherr in seinen Grußworten auf das Landesinstitut für Präventives Handeln (LPH) hin. Das Saarland verfügt als einziges Bundesland seit 2009 über ein solches Institut und habe damit gute Voraussetzungen geschaffen, vorbeugende Maßnahmen zu Gewalttaten, wie

Roland Waltner, rechts Hagen Berndt (LPH)

z. B. Amokläufen an Schulen, auf den Weg bringen zu können. Seit September 2009 habe man allen Schulen den Notfallordner „Hinsehen und Handeln – Notfallpläne für saarländische Schulen" zur Verfügung gestellt.

Psychologieoberrat Roland Waltner hatte als Mitorganisator der Fachtagung und Leiter des Schulpsychologischen Dienstes im Landkreis Saarlouis die Moderation übernommen. Als ersten Referenten kündigte er Hagen Berndt, Kriminalhauptkommissar, Fachbereich Kriminalprävention und Robert Erb, Erziehungswissenschaftler M.A. vom LPH dem Landesinstitut für Präventives Handeln an.

Ihr Vortrag war umschrieben mit dem Titel: „...damit es nicht zum Ernstfall kommt!" Bereits seit 2000 habe das Land mit der Entwicklung von Prävention begonnen, damals gestartet mit der Initiative Prävention und

Robert Erb (LPH)

Sport. Bis 2008 habe man mit dieser Intervention eine Reihe Projekte angestoßen, u. a. im erlebnispädagogischen Bereich, im Bereich jugendliche und erwachsene Schulbusbegleiter oder in der Kooperation zwischen Schulen und Sportvereinen, erläuterte Robert Erb, der die Prävention von der pädagogischen Seite begleitet.

Dipl.-Psych. Christa Büch, Sprecherin der Landeskonferenz der Schulpsychologinnen und Schulpsychologen im Saarland stellte in ihrem Vortrag Ausstattung, Aufgaben und Situation der saarländischen Schulpsychologischen Dienste vor. Mittlerweile sei man mit rund 20 Stellen für

Christa Büch

Schulpsychologinnen zwar im Bundesvergleich gut aufgestellt (das entspricht in etwa einem Schulpsychologen auf 7.500 Schüler – zum Vergleich Niedersachsen 1 : 23.500). Dennoch sei dies kein Grund zur Euphorie. Die Kapazitäten seien im Hinblick auf die vielfältigen zu bewältigenden Aufgaben letztlich jedoch begrenzt. Frau Büch erläuterte u. a. das Vorgehen der Schulpsychologinnen und Schulpsychologen bei Hinweisen auf Gefährdungen, der Bedrohungsanalyse und dem Einleiten entsprechender Maßnahmen zur Gefahrenabwehr. Sie sprach sich aus für eine weitere Verbesserung der Vernetzung insbesondere mit den Schoolworkerinnen und Schoolworkern, dem LPH, der Polizei, dem Jugendamt, Kliniken und niedergelassenen Psychotherapeutinn/en. Auch eine laufende Fortbildung zur Qualitätssicherung sei wünschenswert.

Unter den rund 140 Teilnehmern, die am Samstagmorgen ins Bildungsministerium gekommen waren, befanden sich Angehörige ganz unterschiedlicher Berufsfelder:

Lehrer/innen, Schulleiter/innen, Kolleginnen und Kollegen der Schulpsychologischen Dienste, Schoolworker/innen, Kolleginnen und Kollegen aus Beratungsstellen, Kliniken und anderen Institutionen, niedergelassene Kolleginnen und Kollegen, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Psychiater/innen und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Auch dies macht die Brisanz und breite gesellschaftliche und professionelle Betroffenheit beim Thema zielgerichtete Gewalt an Schulen deutlich.

Blick ins Plenum

Prof. Dr. Harald Karutz, Dipl.-Pädagoge und Lehrrettungsassistent lehrt an der Steinbeis-Hochschule Berlin, eine der größten deutschen Hochschulen für postgraduale Master-Studiengänge. Er wies in seinem Vortrag „School Shooting – Prävention, Intervention, Nachsorge" hin auf die traurige Spitzenposition Deutschlands im internationalen Ranking als Land nach den USA mit den meisten School-Shootings und mit den folgenschwersten Ereignissen weltweit.

Prof. Dr. Harald Karutz

Bei der Frage nach Ursachen und Entwicklungen kenne man Risikofaktoren, wisse jedoch wenig über die genauen Zusammenhänge und die Relevanz einzelner Faktoren. Prof. Karutz beleuchtete einige gesellschaftliche Risikofaktoren (Arbeitsmarkt, Konkurrenzdruck, enge Normen in ländliche Regionen), schulische (Leistungsdruck, Zeitdruck in Gymnasien) und familiäre Risikofaktoren (Konzentration auf Leistungen, erfolgreicheres Geschwisterkind, wenig familiäre Kommunikation). Interessanterweise seien nach den aktuellen Untersuchungen die typischen Risikofaktoren für Gewalt (Alkohol, Drogen, Arbeitslosigkeit, innerfamiliäre Gewalt, niedrige soziale Schicht etc.) bei Amoktätern nicht primär relevant. Präventiv seien Maßnahmen der Verhinderung (z. B. allg. Suizidprävention und Medienberichterstattung, Förderung psychosozialer Kompetenzen, Schulentwicklung) von Maßnahmen der Vorbereitung (z. B. Aufstellen von Notfall- oder Krisenteams, Notruf- und Alarmierungssysteme, Klärung von Zuständigkeiten und Weisungsbefugnissen) zu unterscheiden. Im Hinblick auf die Schulung von Lehrkräften hob Prof. Karutz ein angemesseneres Beachten von Leaking (Durchsickern von Tathinweisen) hervor: In 80% der Fälle würden Amoktäter ihre Taten direkt schriftlich oder per Videobotschaft oder indirekt in Form symbolischer Hinweise, wie Gewaltverherrlichung, Sammeln von Gewaltmaterial etc. androhen. Beispielhaft nannte er das Programm DYRIASIS (Hoffmann, 2008), das zur besseren Einschätzung von Bedrohungen eingesetzt werden könne. Bei Interventionen nach erfolgten Gewalttaten sei die Herstellung eines psychosozialen Lagebildes erste Maßnahme. Es folgten die Organisation der Betreuung und Beratung aller Betroffenen (Schüler/innen, Lehrer/innen, Hausmeister, Angehörige etc.) sowie die Einsatzdokumentation und die Pressearbeit. Letztere stelle eine ganz wesentliche Komponente in der Prävention weiterer Gewalttaten dar. Es gelte in besonderer Weise eine Berichterstattung zu vermeiden, in der sich potentiell gewaltbereite Schüler mit Tätern identifizieren könnten. Bspw. erzeugten Berichte über Amoktäter wie „Er hasste seine Lehrer" leicht Nachahmungsbereitschaft und sollten dringlichst vermieden werden. Prof. Karutz empfahl am ehesten ganz auf Detailberichte zu verzichten und, wo das nicht möglich sei, eher über die Helfer und deren Einsätze positiv zu berichten und die Situation sowie das Leid der Opfer und ihrer Angehörigen in den Mittelpunkt zu stellen.

Vor der Nachmittagspause fasste sich ein Schüler der Klasse 9 des Stefansberg Gymnasiums Merzig Mut und erläuterte in freier Rede vor dem Plenum die Projektarbeit seiner Klasse im Rahmen der Auseinandersetzung mit dem Thema. Unter dem Motto „Drüber reden rettet Leben" hatten sich die Schüler bereits anlässlich des Weltsuizidpräventionstages am 10. September mit dem Thema Depression und Suizid beschäftigt und an den saarlandweiten Aktionen teilgenommen. In der anschließenden Kaffeepause wiesen sie mit ihren Arbeiten, Plakaten und einem Transparent auf die Notwendigkeit und die positiven Wirkungen des Gespräches miteinander hin. Sie wandten sich gegen Ausgrenzung und sprachen sich für ein mutiges Ansprechen von Problemen aus.

Dr. Georg Pieper

Dr. Georg Pieper, niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut und Traumaexperte stellte in seinem lebendigen Fachvortrag Leitlinien für Interventionen nach einem Schulmassaker dar. Dabei konnte Dr. Pieper auf seine langjährigen Erfahrungen sowie Einsatzberichte z. B. im Zusammenhang mit dem Grubenunglück in Borken 1988, der Flugschaukatastrophe in Ramstein 1988 und dem ICE-Unfall in Eschede 1998 sowie auf Einsatzberichte der Schulmassaker in Meißen 1999 und Erfurt 2002 zurückgreifen.

Zunächst wurden die erschütternden Auswirkungen der Gewalttaten in Meißen und Erfurt auf die Opfer und das Umfeld eingehend dargestellt. Anhand eines Videos wurden Nachsorgemaßnahmen am Beispiel des Amoklaufes eines Schülers am Erfurter Gutenberg-Gymnasium am 26. April 2002 näher erläutert, z. B. gestufte Expositionsübungen zur Vorbereitung der Rückkehr von betroffenen Schülerinnen und Schülern in das Schulgebäude. Als kurzfristige Ziele psychologisch-psychotherapeutischer Krisenintervention wurden von Dr. Pieper notfallpsychologische Betreuung, Psychoedukation, Stabilisierung und Distanzierung angeführt. Mittelfristig sei es wichtig, spezielle Betroffenengruppen zum Nachvollziehen des Ereignisses anzubieten. In einzelnen Fällen sei auch der Einsatz von speziellen Methoden zur Bewältigung von Traumafolgestörungen erforderlich, z. B. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), EFT (Emotional Freedom Technique), narrative Traumabewältigung und die Anwendung eines siebenstufigen Behandlungskonzeptes (Pieper, 2005) für Schwertraumatisierte. Langfristig sind nach der Erfahrung von Herrn Pieper die Exposition mit dem Ort des Schulmassakers, Trauerarbeit, die Entwicklung von Perspektiven und die Vorbereitung des Jahrestages als wichtige Themen in die konkrete Planung der Nachsorgemaßnahmen mit einzubeziehen.

In der abschließenden Podiumsdiskussion konnten zunächst noch offen gebliebene Fragen der Teilnehmer/innen nach den Vorträgen mit den Referentinnen und Referenten besprochen werden. Seitens des Auditoriums wurden konkrete Fallbeispiele aus dem Schulalltag zur Erörterung mit den Experten vorgebracht.

v.l.n.r.: R. Waltner, C. Büch, B. Morsch, Prof. Karutz, Dr. Pieper, H. Berndt, R. Erb

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass seitens der Podiumsteilnehmer/innen empfohlen wurde, besonders auch bei Anzeichen von Mobbing zeitnah zu intervenieren, um Gesundheitsgefährdungen für die Betroffenen abzuwenden und Gewalteskalationen vorzubeugen. Auch im Saarland sollten alle Schulen zur Einrichtung von Kriseninterventions- bzw. Notfallteams verpflichtet werden, wie dies z. B. in Baden-Württemberg der Fall sei. Die Ausstattung der Schulen mit Notfallordnern sei sehr wichtig. Es bestehe jedoch die Gefahr, dass solche Notfallpläne lediglich eine Alibifunktion erfüllen würden, etwa in dem Sinne: „Wir haben den Ordner, also sind wir jetzt gut vorbereitet!" Die Notfallpläne einer Schule sollten daher in Konferenzen vorgestellt werden und ab diesem Zeitpunkt auffällig farblich gekennzeichnet permanent im Lehrerzimmer ausliegen. Die Durchführung von Amok-Notfallübungen, vergleichbar mit Räumungsübungen für den Fall eines Brandes, wurde kontrovers diskutiert: Einerseits sei auf diese Weise das Einüben eines adäquaten Notfallverhaltens möglich; andererseits könne es infolge von gespielten Amok-Notfallszenarien zu einer Verstärkung von Ängsten sowie zu einer unangemessen gesteigerten Erwartung von – statistisch gesehen – extrem selten auftretenden Schulschießereien kommen. Zur Stärkung der sozialen Kompetenz von Schüler/innen und zur Verbesserung der Klassengemeinschaft sollten für Lehrer/innen Zeitdeputate in ausreichendem Umfang vorgehalten werden; ein Mangel in dieser Hinsicht wurde beklagt. Besonders empfohlen wurde die gezielte, möglichst Vorbereitung der Kooperation der beteiligten Hilfsorganisationen im Falle von zielgerichteter Gewalt in größerem Umfang an Schulen. Prof. Karutz brachte u. a. die mögliche Einrichtung eines bundesweit einsetzbaren Einsatz-Expertenteams zur Psychosozialen Notfallversorgung mit in die Diskussion ein. Dr. Pieper wies vor dem Hintergrund seiner langjährigen Erfahrung als Psychotherapeut in Notfalleinsätzen auf die zentrale Bedeutung der notfallpsychologischen Qualifikation der eingesetzten Helfer, z. B. der Schulpsychologinnen und Schulpsychologen, hin. Eine entsprechende Schulung sei im Vorfeld unbedingt erforderlich.

Von allen Expertinnen und Experten wurde zur Gefahrenabwehr und zur Stärkung der Schulgemeinschaft die Schaffung eines einheitlichen Grundwerte- und Normensystems für Schulen empfohlen. So sollten beispielsweise Regeln für das Miteinander in der Schule nicht nur angeordnet, sondern als Klassen- bzw. Schulkodex von Lehrerinnen und Lehrern, Schülerinnen und Schülern und Eltern gemeinsam erarbeitet werden. Auch der Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen aller am Schulleben beteiligten Personen komme eine wichtige Bedeutung in Zusammenhang von Prävention, Intervention

und Nachsorge bei zielgerichteter Gewalt an Schulen zu. Angestrebt werden sollte eine vertrauensvolle Atmosphäre, in der ein gegenseitiges Feedback möglich und ein Zusammengehörigkeitsgefühl vorhanden sei. Auftretende Probleme sollten jederzeit offen angesprochen werden können, und auf Kritik sollten stets konstruktive Reaktionen erfolgen. Die Kommunikationskultur ließe sich dadurch fördern, dass man miteinander statt übereinander spreche.

Außerdem solle es an den Schulen eine „Entlassungskultur" geben, worunter zu verstehen sei, dass Schülerinnen und Schüler, die die Schule befristet oder dauerhaft verlassen würden, auf würdige Weise verabschiedet werden sollten. Die Eltern seien routinemäßig zu informieren. Wenn erkennbar sei, dass die Entlassung von der Schule, z. B. nach einem Schulverweis, mit besonderen Problemen verbunden sei bzw. eine Krisensituation auslösen oder verstärken könnte, sollten in jedem Fall Fachkräfte hinzu gezogen werden.

Der Kammerpräsident fasste in seinem Schlusswort aus Sicht der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes die Ergebnisse der Fachtagung zusammen: Ziel der PKS sei es einerseits gewesen, den Sach- und Fachverstand der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei dieser wichtigen gesellschaftlichen Diskussion und der Suche nach Antworten sowie der Bereitstellung von Hilfen eingebracht zu haben. Damit solle das Thema einer sachlichen, politischen Diskussion in der Öffentlichkeit zugeführt werden. Andererseits gehe es der Kammer darum, dazu beizutragen, dass die Umsetzung von bereits erarbeiteten Konzepten für die Prävention und Intervention von Gewalttaten an Schulen einen Schritt nach vorne macht. Das Landesinstitut für präventives Handeln habe Entwürfe für die Aufstellung von Krisenteams an Schulen und entsprechende Fortbildungskonzepte erarbeitet. Jetzt bedürfe es des politischen Willens, weitere Mittel bereit zu stellen und die Teams in den Schulen zu installieren. Bernhard Morsch bedankte sich zuletzt bei den Organisatoren der Fachtagung, namentlich den Mitgliedern der Ausschüsse Psychotherapie in Institutionen und des KJP-Ausschuss sowie dem Bildungsministerium für die Bereitstellung der Räumlichkeiten. Er bedankte sich bei allen Referenten für ihre wertvollen Beiträge sowie bei den Teilnehmerinnen der Fachtagung für ihr Kommen und die aktive Beteiligung.

Die Vorträge zur Fachtagung können sie auf der Website der PKS downloaden (www.ptk-saar.de).

v.l.n.r.: Prof. Karutz, Dr. Pieper, H. Berndt, R. Erb, B. Morsch

Prof. Rainer Krause erhält Bundesverdienstkreuz

Am 27. August 2010 wurde Prof. Rainer Krause vom Saarländischen Gesundheitsminister Georg Weisweiler für seinen wissenschaftlichen Werdegang, seine akademischen Verdienste und für sein Engagement für die Psychotherapie mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet.

Bis 30. September hatte er den Lehrstuhl für klinische Psychologie und Psychotherapie an der Fachrichtung Psychologie der Universität des Saarlandes inne. Prof. Dr. phil. Rainer Krause ist Diplom-Psychologe, approbierter Psychologischer Psychotherapeut und Gastprofessor an der IPU Berlin für Klinische und sozialpsychologische Grundlagen der Psychoanalyse für Teilzeitstudierende.

Bekannt geworden ist Rainer Krause v. a. durch internationale Forschungsprojekte zum Verständnis der Affektregulierung bei Gesunden und Kranken. Er hat hier v. a. das affektive Mikroverhalten im Bereich der Mimik und der Körpersprache bei unterschiedlichen Störungsbildern untersucht. Seine Erkenntnisse und Methoden haben ebenso zum Verständnis der psychischen Störungen beigetragen als auch Eingang in die psychotherapeutische Behandlung gefunden.

Rainer Krause war von 1992 bis 2000 wissenschaftlicher Berater des Psychotherapieausschusses der KBV. Er hat dadurch wesentlich Einfluss auf die Gestaltung der Psychotherapierichtlinien und auf die wissenschaftliche Überprüfung der psychotherapeutischen Verfahren und Methoden genommen.

Tag der offenen Tür

Am 28.08.2010 hatte die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes in ihre Geschäftsstelle zu einem Tag der offenen Tür geladen. Die Kammervertreter konnten die zahlreich erschienen Kolleginnen und Kollegen, die Gäste aus Politik, der ärztlichen Selbstverwaltung, die Vertreter der Krankenkassen, die Vertreter der Selbsthilfe sowie interessierte Bürgerinnen und Bürger begrüßen.

Gesundheitsminister Georg Weisweiler, der die Schirmherrschaft für diesen Tag übernommen hatte, hob in seinem Grußwort die guten Erfahrungen des Ministeriums in der Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer hervor und bezeichnet die Kammer als einen verlässlichen und kompetenten Ansprechpartner in Fragen der psychotherapeutischen Versorgung. Die Zunahme psychischer Erkrankungen stelle neben dem persönlichen Leid der Betroffenen eine volkswirtschaftliche Herausforderung dar, mittlerweile erfolgten die häufigsten Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen. Dies erfordere Anpassungen in der Versorgung psychischer Erkrankungen. Dabei erachtete er es als wesentlich, dass psychotherapeutischer Sachverstand in sehr unterschiedlichen Arbeitsfeldern unabdingbar sei. Beispielhaft nannte der Minister den Straf- und Maßregelvollzug sowie die schulpsychologischen Dienste, die von der fachlichen Kompetenz der Psychotherapeuten profitierten.

v.r.n.l.: Minister G. Weisweiler, Präsident B. Morsch, Vorstandsmitglieder I. Jochum und K. Klohs

Kabarettist Jürgen Albers

Als Highlight des Tages bot Kabarettist Jürgen Albers Auszüge aus seinem gleichzeitig bissigen und amüsanten Programm, an dem der Minister und die Besucher sichtlich Gefallen fanden.

Kammerpräsident Morsch erläuterte den Gästen wesentliche Aufgaben der Psychotherapeutenkammer sowie die vielfältigen Tätigkeitsbereiche der Kammermitglieder: Gut die Hälfte der Kammermitglieder seien als Vertragspsychotherapeuten in eigener Praxis in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Erwachsener und Kinder- und Jugendlicher tätig. Die andere Hälfte der Psychotherapeuten sei u. a. in Beratungsstellen, Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, der Jugendhilfe oder in schulpsychologischen Diensten beschäftigt. In den Institutionen leisteten sie einen wichtigen Teil in Prävention, Beratung, Behandlung und Rehabilitation psychischer Erkrankungen. Dies unterstreiche die tiefe Verankerung der beiden Heilberufe PP und KJP in der Gesellschaft.

Nach dem offiziellen „Programm", welches bewusst sehr kurz gehalten war, wurde die Gelegenheit zum Kennenlernen und zum Gespräch in lockerer Atmosphäre genutzt. Für das leibliche Wohl war bestens gesorgt. Die Vertreter der Kammer gehen nach spontanen und im Nachgang erfolgten Rückmeldungen beim Tag der offenen Tür von einem gelungenen Event aus.

PIA-Vertretung im Saarland – Gemeinsam sind wir stark

„Was sind Sie eigentlich genau? Praktikant? Sind Sie noch Student?" oder „Was? Sie arbeiten Vollzeit als Psychologe und bekommen überhaupt kein Geld dafür?" Diese oder ähnliche Fragen hat wohl jeder Psychotherapeut in Ausbildung (kurz: PiA) schon einmal gehört, sei es von Patienten oder auch vom Klinikpersonal selbst. Unklarheiten über den Status in der Klinikhierarchie, Unterbezahlung und ein Leben am Rande des Existenzminimums gehören zum Alltag eines PiA. Es ist Zeit, dass sich daran etwas ändert, finden wir. Daher haben wir, die PiA-Vertreter der vier saarländischen Ausbildungsinstitute, die Initiative ergriffen und möchten uns für die Interessen der PiAs im Saarland einsetzen.

Wie kamen wir zusammen?

Im Jahr 2008 trafen sich auf Anregung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes AusbildungskandidatInnen aller saarländischen Ausbildungsinstitute (SITP, SIPP, IVV und SIAP) zur Wahl eines Vertreters zur Bundes-PiA-Konferenz, der bundesweiten Interessenvertretung der Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung. Aus diesem Treffen entwickelte sich ein „Arbeitskreis PiA", in dem VertreterInnen der verschiedenen Ausbildungsinstitute über Probleme und Missstände der Ausbildung im Saarland und die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen im Rahmen der unterschiedlichen Ausbildungen (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse) diskutierten.

v.l.n.r.: Oliver John, Lisa Güllich, Britt Juhnke (Henning Löbecke ist nicht auf dem Foto)

Der PiA-Ausschuss

Ende September 2009 beschloss dann die Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (PKS) die Bildung eines Ausschusses „Psychotherapeuten in Ausbildung" (kurz: PiA-Ausschuss). Dem Ausschuss gehören drei approbierte Mitglieder der Psychotherapeutenkammer sowie zwei gewählte VertreterInnen der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiAs) an. An den Sitzungen nehmen außerdem zwei weitere AusbildungskandidatInnen teil, so dass alle vier saarländischen Ausbildungsinstitute vertreten sind. Der Ausschuss hat sich zum Ziel gesetzt, Fragen und Probleme, die im Rahmen der Ausbildung auftreten, aufzugreifen und, sowohl für einzelne Betroffene wie auch für Institute, beratend oder unterstützend tätig zu werden. So können Anliegen über die PKS ggf. auch in weiterführende Gremien (z. B. auf Länder- oder Bundesebene) getragen werden. Für die PiA-Vertretung im Kammerausschuss sind von PiA-Seite gewählt: Lisa Güllich (SIPP), Oliver John (SIAP), Britt Juhnke (SITP) und Henning Löbecke (IVV). In der Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer sehen wir eine Chance, die Position der PiAs im Saarland zu stärken und eine bessere Interessenvertretung zu fördern.

Unsere Arbeit im Ausschuss

Zur Zeit beschäftigt sich der Ausschuss vorrangig mit Fragen, die den unmittelbaren Ausbildungskontext, z. B. die Arbeitsbedingungen während der „Praktischen Tätigkeit" („Tätigkeit in der Klinik"/„Psychiatriejahr") betreffen. Zu diesem Zweck soll u. a. ein „Status quo" der saarländischen Ausbildungslandschaft und Ausbildungsbedingungen erhoben werden, um einen Überblick über die Ausbildungssituation zu schaffen. Ähnliche Befragungen sind bereits auch in anderen Bundesländern durchgeführt worden. Aus dieser Erhebung sollen dann Empfehlungen für Verbesserungen abgeleitet werden. Der PiA-Ausschuss hat dazu Fragebögen entworfen, die an alle AusbildungskandidatInnen sowie die an der Ausbildung beteiligten Institutionen (Ausbildungsinstitute, Kliniken und Praxen) ausgehändigt und danach ausgewertet werden sollen. Anschließend sollen die Ergebnisse gemeinsam diskutiert und veröffentlicht werden.

Der „Arbeitskreis PiA"

Neben unserer Arbeit im Kammerausschuss treffen wir uns weiterhin regelmäßig in unserem „Arbeitskreis PiA", um über unsere Situation zu diskutieren. Wir, das heißt Vertreter von den vier saarländischen Instituten (SIAP, SIPP, IVV, SITP). Momentan ist es unser Ziel ein *PiA-Netzwerk im Saarland* zu gründen, um für die PiAs im Saarland ein Forum zu schaffen, in dem ein Austausch stattfinden kann. Für Mittwoch, den 27.10.2010 haben wir in diesem Rahmen ein *erstes großes PiA-Forum* geplant, zu dem wir alle saarländischen PiAs einladen möchten. Wir wollen uns und unsere bisherige Arbeit vorstellen, über notwendige Verbesserung der Ausbildungsorganisation diskutieren und einen Austausch unter den PiAs anregen. Bei Fragen und Problemen rund um die psychotherapeutische Ausbildung stehen wir gerne als Ansprechpartner zur Verfügung. Fragen werden wir, wenn möglich, aus unserer Erfahrung heraus beantworten oder sie gegebenenfalls an einen/eine Fachmann/Fachfrau weiterleiten. Seit diesem Monat haben wir auch eine Internetseite, auf der man sich über die Ausbildungssituation und unsere Arbeit informieren kann: http://www.pia-vertretung-saarland.de.

Britt Juhnke, PiA-Vertreterin (SITP)
info@pia-vertretung-saarland.de

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten im PTJ Vorstand PKS

Präsident: Bernhard Morsch
Vizepräsident: Joachim Jentner
Beisitzer: Irmgard Jochum, Katja Klohs, Michael Schwindling

Geschäftsstelle

Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel 0681. 95455 56
Fax 0681. 95455 58
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Folgen der neuen Gesundheitsreform können wir zumindest für unseren persönlichen Bereich abschätzen: Es wird teurer! Fraglich ist, welche Konsequenzen für unsere Berufsausübung langfristig folgen. Werden die Versicherten weiterhin das Recht auf direkten Zugang zu Psychotherapie behalten?

Die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie liegt seit langem im Argen: Während in den Großstädten scheinbar genug PsychotherapeutInnen vorhanden sind, muss im ländlichen Raum ein Mitglied z. B. 25.000 Menschen versorgen. Anlässlich einer Anhörung im Sozialausschuss des Landtages hatte ich u. a. die Gelegenheit, auf die Unlogik der sogenannten Bedarfsplanung einzugehen: Diese schreibt einen zufälligen Status quo fest, ohne die reale Morbidität zu berücksichtigen. Die Politik zeigte sich von diesem Fakt überrascht.

Die Bedeutung unseres Berufsstandes in der ambulanten und stationären psychotherapeutischen Versorgung konnte ich im Rahmen eines Gesprächs in der Gesundheitsabteilung des Sozialministeriums erläutern. Das Thema der Zukunft wird lauten: Mit welchen Versorgungsformen lassen sich welche PatientInnen mit welchen Krankheiten patientengerecht, qualifiziert, ökonomisch und angemessen honoriert versorgen?

Apropos Portemonnaie: Ihr Kammerbeitrag 2011 konnte wieder einmal abgesenkt werden! Fröhliche Weihnachten wünscht

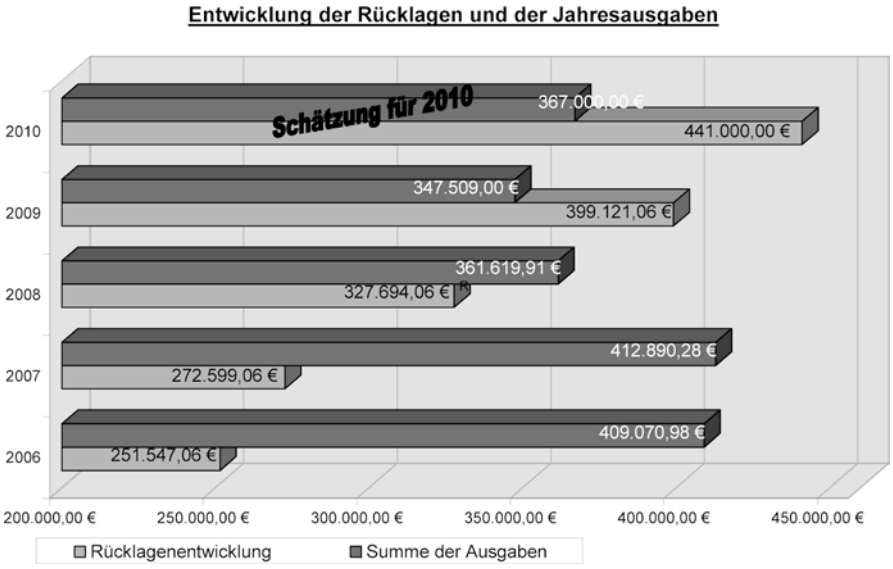
Juliane Dürkop
Präsidentin

Weitere Reduktion der vollen Kammerbeiträge um 30 € beschlossen!

Zentrale Themen der letzten Kammerversammlung des Jahres am 05. November 2010 waren die Vorstellung und Erörterung des Haushaltsplanes 2011 sowie die Beschlussfassung über den Haushalt 2011 und die Änderung der Beitragssätze für 2011.

Als Sprecher des Finanzausschusses stellte Herr Deutschmann hierzu zunächst die Entwicklung der Rücklagen in den vergangenen Jahren dar.

Danach werden die Rücklagen auch 2010 gemäß einer sehr konservativen Hochrechnung erneut um mindestens 42.000 € ansteigen, obwohl zum Haushaltsjahr 2010 die vollen Beiträge um 20 € gesenkt wurden und im Haushaltsjahr zwei zusätzliche Veranstaltungen zu den Themen „Die psychotherapeutischen Heilberufe in der Tarifpolitik“ sowie „Möglichkeiten der Psychotherapeutischen Tätigkeit im System der Gesetzlichen Krankenversicherungen“ durchgeführt wurden.



Damit übersteigen die Rücklagen inzwischen die Summe der geplanten jährlichen Ausgaben. Vor diesem Hintergrund hat der Finanzausschuss sich zur Aufgabe gesetzt, möglichst genau die Beitragshöhe zu kalkulieren, die weder zu einem weiteren deutlichen Anstieg der Rücklagen, noch zu einem deutlichen Abbau der Rücklagen führt. Letzteres insbesondere, um sich nicht, wie schon vor einem Jahr in der Haushaltsdebatte teilweise, wie sich jetzt deutlich zeigt, zu unrecht geschehen,

Beitragsklasse	2011	2010	2009	2008	2007
(aktuelle Beitragsordnung)					
I. (Selbständige)	390 €	420 €	440 €	440 €	460 €
II. (Angestellte)	350 €	380 €	400 €	400 €	420 €
III. (Selbständige, ermäßigt)	230 €	245 €	255 €		
IV. (Angestellte, ermäßigt)	210 €	225 €	235 €		
V. (Mindestbeitrag)	70 €	70 €	70 €	72 €	72 €
VI. (Rentner)	70 €	70 €	70 €	72 €	72 €

Beitragsentwicklung 2007 – 2011

dem Vorwurf auszusetzen, die Mehrheit in der Kammerversammlung senke auf Drängen des Vorstandes die Beiträge zu Lasten der Rücklagen. Herr Deutschmann erläuterte hierzu detailliert die den Kammerversammlungsmitgliedern vorab als umfangreiche Anlage zur Vorbereitung auf die Sitzung vorgelegte Kalkulation zum Haushaltsentwurf 2011.

Trotz zusätzlicher Kosten in 2011 (u. a. für die Kammerwahl, eine eingeplante angemessene Erhöhung der Mitarbeitergehälter auch 2011, Kosten für Berufsgerichtsverfahren, erhöhte Kosten für das Mitgliederverwaltungsprogramm aufgrund einer geplanten Umstellung, eine zusätzliche Kammerversammlung im Wahljahr 2011 sowie zusätzliche Ausgaben für den BPtK-Newsletter) zeichnete sich ein Spielraum für eine erneute Reduktion der vollen Beitrage um 30 € sowie der ermäßigten Beiträge um 15 € ab. Ein entsprechender Vorschlag zur Änderung der Beitragssatzung wurde nach Klärung aller offenen Fragen abschließend von der Kammerversammlung mit sieben Ja-Stimmen, drei Nein-Stimmen und einer Enthaltung beschlossen.

Der Vorstand zeigte sich abschließend sehr zufrieden mit den nunmehr in den letzten Jahren erreichten deutlichen Beitragssenkungen innerhalb seiner politischen Verantwortung bei gleichzeitiger erheblicher Steigerung der Rücklagen der Kammer.

Detlef Deutschmann
Vorstandsmitglied und
Sprecher des Finanzausschusses

Tätigkeitsbericht: Was hat die PKSH von Juli bis November 2010 für die niedergelassenen KollegInnen getan?

Anlässlich der Kammerversammlung am 05.11.2010 berichtete Dr. Dietmar Ohm als der im PKSH-Vorstand für die Betreuung der niedergelassenen Mitglieder Zuständige über die geleistete Arbeit, aus der die folgenden Beispiele herausgegriffen werden.

Gutachterverfahren

In der Beschwerde eines Mitgliedes geht es um das Obergutachten der Gutachterin Frau Dr. med. B. (Tiefenpsychologie). Dieses Psychotherapie-Obergutachten hat Frau Dr. B. an die TK in Hamburg zu Händen der TK-Mitarbeiterin Frau T. geschickt. Das Obergutachten enthält u. a. Aussagen über Persönlichkeits- und Verhaltensaspekte der Patientin (regressive Verfassung, Aufgabe stabilisierender Abwehrfunktionen, Krankheitsgewinn). Nach Rücksprache mit unserem Justitiar gehen wir davon aus, dass die Offenlegung von Persönlichkeits- und Verhaltensaspekten gegenüber der TK-Mitarbeiterin in diesem Fall weder notwendig noch sachdienlich ist. Vielmehr gehen wir von einem Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen aus. Diesen Standpunkt hat die PKSH der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die für das Gutachterverfahren zuständig ist, und der TK schriftlich mitgeteilt und um Stellungnahme zu diesem Vorfall gebeten. Über die Reaktionen werden wir an dieser Stelle informieren und gegebenenfalls weitere Schritte ergreifen.

Beschwerden von Mitgliedern sind dahingehend eingegangen, dass teilweise erheblicher Zeitverzug bei der Psychotherapieantragstellung im GKV-Bereich dadurch entsteht, dass GutachterInnen Klinikberichte über die Patienten von den antragstellenden KollegInnen fordern. Dabei ergibt sich die zusätzliche Schwierigkeit, dass viele Kliniken ihre Berichte mit Vermerken versehen, die eine Weitergabe an Dritte ausdrücklich untersagen. In einer ersten Stellungnahme bezweifelte der Justitiar der PKSH, dass den GutachterInnen das Recht zusteht, derartige Klinikberichte von den antragstellenden KollegInnen zu fordern. Der PKSH-Justitiar hat sich wegen dieser Problematik an den Justitiar der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein gewandt und um dessen rechtliche Einschätzung gebeten. Dieser kam jedoch zu dem Ergebnis, dass eine rechtlich belastbare Einschätzung schwer zu treffen ist. Dementsprechend gehen die Empfehlungen der Justitiare leider dahin, den Forderungen von GutachterInnen nach Möglichkeit nachzukommen. Bei bestehenden Erbringungsschwierigkeiten empfiehlt sich die Kontaktaufnahme mit der/dem GutachterIn. Der Justitiar der PKSH empfiehlt, eine Schweigepflichtentbindung wegen der Weiterleitung von Klinikberichten an GutachterInnen von den PatientInnen einzuholen. Außerdem sollten diese Klinikberichte anonymisiert werden.

Mindestinhalt einer Rechnung

Ein Mitglied wandte sich mit dem Problem an die PKSH, dass sich ein Patient weigerte, die Honorarrechnung für die erbrachten psychotherapeutischen Leistungen zu bezahlen. Da auch Mahnverfahren keinen Erfolg brachten, kam es zu einem Gerichtsprozess. Hier lieferte der beklagte Patient für seine Zahlungsverweigerung der Privatrechnung über Verhaltenstherapie (GOP 870) die folgende Begründung vor Gericht: „Es fehlt der Zusatz: Mindestdauer 50 Minuten". Der Justitiar der PKSH, Herr RA Kühnelt, verweist in diesem Zusammenhang auf § 12 Abs. 2 Ziffer 2 GOP, wonach folgender Mindestinhalt einer Rechnung enthalten sein muss:

- Bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistungen einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung ggf. genannten

Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz.

- Die Rechnung muss daher bei der Berechnung von GOP Ziffer 870 die Angabe „Mindestdauer von 50 Minuten" enthalten, weil § 12 Abs. 2 Ziffer 2 ausdrücklich regelt, dass die Mindestdauer anzugeben ist, wenn sie in der abgerechneten Leistungsziffer ebenfalls angegeben ist.

Ohne eine Rechnung, die den Mindestinhalt nach § 12 Abs. 2 GOP erfüllt, tritt die Fälligkeit der Rechnung nicht ein. Dem Mitglied sei deshalb zu raten, umgehend eine neue Rechnung zu erstellen, die den Mindestanforderungen genügt. Deshalb dürfte die Klagforderung tatsächlich nicht fällig sein, weil eine entsprechende Rechnung nicht erteilt worden ist. Da dieser Sachverhalt auch weiteren KollegInnen nicht ausreichend klar zu sein scheint, wird hier nochmals darauf hingewiesen, dass alle KollegInnen auf eine korrekte Rechnungsstellung achten und u. a. bei den abzurechnenden Therapiesitzungen die geforderte Zeitangabe hinzufügen sollten.

Online-Quartalsabrechnung – sind das KV-Safenet und/ oder der elektronische Psychotherapeutenausweis zwingend notwendig?

Mit dieser Frage wird die PKSH von ratsuchenden Mitgliedern häufig konfrontiert, da die KVSH ab Januar 2011 die Online-Abrechnung verpflichtend macht. Auf der Internetseite der KVSH findet sich zu diesem Thema folgende Erläuterung:

„Der Schritt zur Online-Abrechnung ist schnell und unkompliziert: Die Praxen müssen sich dazu nur im Onlineportal der KVSH unter www.ekvsh.de mit einem persönlichen Benutzernamen und einem Passwort anmelden. Danach gelangen sie in einen geschützten Bereich. Hier lässt sich die Abrechnungsdatei mit wenigen Mausklicks an die KVSH übertragen. Nachdem die Daten eingetroffen sind, erhält jede Praxis per Mail eine Bestätigung.

Eine Versandhistorie gibt jederzeit Auskunft darüber, welche Daten an die KVSH übermittelt wurden."

Ein gewisses Problem stellt hierbei auf den ersten Blick die bisherige „grüne Sammelerklärung" dar, die persönlich unterschrieben werden muss. Die Übermittlung dieser Erklärung kann ebenfalls auf elektronischem Wege erfolgen, wenn ein geeignetes elektronisches Identifikationssystem benutzt wird. Hierfür kann künftig u. a. der elektronische Heilberufsausweis bzw. Psychotherapeutenausweis eingesetzt werden. Allerdings ist die Übermittlung der bisherigen „grünen Sammelerklärung" nach Auskunft der KVSH auch ohne zusätzliches elektronisches Equipment (das natürlich Kosten verursachen würde) durchführbar. Die Erklärung kann ebenfalls im KV-Portal erstellt, auf dem Drucker ausgedruckt und dann per Fax oder per Post an die KVSH gesendet werden. In diesem Zusammenhang soll auf einen Antrag hingewiesen werden, den der Kollege Heiko Borchers in der Kammerversammlung am 05.11.2010 gestellt hat. In diesem Antrag wird der Vorstand der PKSH dazu aufgefordert, sofort alle notwendigen Schritte zu unternehmen, um den Mitgliedern den elektronischen Heilberufsausweis bzw. Psychotherapeutenausweis baldmöglichst zur Verfügung zu stellen. Seinen Antrag begründete Herr Borchers damit, dass der elektronische Heilberufsausweis bzw. Psychotherapeutenausweis für die Online-Abrechnung notwendig sei. Die ausführliche Diskussion des Sachverhaltes machte jedoch der überwiegenden Mehrheit der Mitglieder der Kammerversammlung deutlich, dass die Bereitstellung des elektronische Heilberufsausweises bzw. Psychotherapeutenausweises zum jetzigen Zeitpunkt wegen vieler landes- und bundesweit noch nicht vollständig geklärter Verfahrensfragen verfrüht erscheint und unverhältnismäßig hohe Kosten verursachen würde. Im Übrigen gilt nach Auskunft der KVSH das oben dargestellte: Die Online-Abrechnung ist auch ohne zusätzliches technisches Equipment (außer Internetanschluss) und ohne zusätzliche Kosten durchführbar; der elektronische Heilberufsausweis bzw. Psychotherapeutenausweis ist zumindest bis auf weiteres hierfür entbehrlich. Die Argumente führten dazu, dass der Antrag von Herrn Borchers keine Mehrheit fand (nur eine Stimme dafür).

Die Beauftragten für Migration (Ulrich Kruse, links) und Notfallpsychotherapie (Dr. Jens Kowalski) berichten von ihrer Tätigkeit auf der Kammerversammlung am 5.11.2010

Dr. Dietmar Ohm
Vorstandsmitglied

Ehrung für Professor Dr. Thomas Küchler

Für sein „Lebenswerk auf dem Gebiet der Psychoonkologie" wurde Prof. Dr. Thomas Küchler, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Kiel) ausgezeichnet. Dieser mit SF 40.000,- dotierte Preis der Inger Salling Stiftung wurde 2010 in Zürich erstmalig verliehen. Unser Mitglied Thomas Küchler wurde damit für seine „hervorragenden Leistungen in der klinischen und experimentellen Forschung auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie" geehrt. Herzlichen Glückwunsch!

Die neuen Heilberufe in der Tarifpolitik

Zusammen mit ver.di führte die Kammer am 02.10.2010 zu diesem Thema eine Informationsveranstaltung durch. Mit ca. dreißig Kammermitgliedern war die Veranstaltung im Gewerkschaftshaus in Kiel gut besucht. Als vor Jahren der BAT abgeschafft und durch TVÖD und TVL ersetzt wurde, hat man die im BAT geltenden Eingruppierungen der Berufsgruppen zunächst übernommen. Dies führte dazu, dass Berufe, die im BAT noch nicht berücksichtigt waren, in TVÖD/TVL eben auch (noch) nicht auftauchen. Immerhin wurden Eingruppierungsverhandlungen mittlerweile aufgenommen, und Gabriele Gröschl-Bahr, Leitung Tarifkoordination in

der ver.di-Bundesverwaltung, informierte in einem lebhaften Vortrag darüber, wie der Verhandlungsstand ist und wie es denn in diesen Verhandlungen zugeht. (Der Vortrag steht Ihnen als Folienpräsentation auf unserer Homepage www.pksh.de unter „Service für Mitglieder → Downloads → Hinweise für angestellte Mitglieder" zur Verfügung). Nun geht es mitnichten nur darum, die neuen Heilberufe zu verankern. Über 160 neue Berufe gibt es seit Abschaffung des BAT und zudem soll die Systematik der Eingruppierungen (auch aller bisherigen Berufe) hin zur Eingruppierung nach Tätigkeitsmerkmalen verändert werden. Eine Mammutaufgabe also, bei der selbstverständlich Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretungen jeweils aus ihrer Sicht das Beste herausholen wollen. Geeinigt hat man sich bisher auf eine Prozessvereinbarung für die Verhandlungen, wobei es zum Zeitpunkt des Vortrages so aussah, als würden die Arbeitgeber diese Einigung wieder in Frage stellen. Mit einem Abschluss der Verhandlungen ist nach derzeitigen Planungen in 2012 zu rechnen. Sollte sich ver.di mit ihren Vorstellungen von der Eingruppierung der neuen Heilberufe durchsetzen, würden PP dann in Entgeltstufe 15 (Dipl.-Psych. 13) und KJP in EG 12 (sofern sie einen Grundberuf haben, der in EG 9 eingestuft ist) landen. Bei (zukünftig) gleichem Zugang auf Master-Niveau heißt das Ziel selbstverständlich EG 15. Drücken wir ver.di also die Daumen. Oder noch besser: Sorgen wir dafür, dass die Stimmen der neuen Heilberufe in den Ohren derjenigen möglichst präsent sind, die am Verhandlungstisch sitzen.

Früher war es durchaus üblich, dass sich Träger im Gesundheitswesen wie Wohlfahrtsverbände, Kirchen etc. den Tarifergebnissen im öffentlichen Dienst anschlossen. Dem BAT kam also eine echte Leitfunktion in der Tarifpolitik zu. Von einer derartigen Leitfunktion von TVL/TVöD kann heute nicht mehr ausgegangen werden. Haus- oder Konzerntarifverträge gewinnen zunehmend an Bedeutung. Steffen Kühhirt, Landesfachbereichsleiter Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen vom ver.di-Landesbezirk Nord machte in einem bildhaften Vortrag transparent, wie Tarifpolitik funktioniert. Besonderes Augenmerk legte er auf die Bedingungen, die aus gewerkschaftlicher Sicht erfüllt sein müssen, damit Verhandlungen mit Konzern- oder Institutionsgeschäftsführungen erfolgreich sein können. Er verwies v. a. darauf, dass ein sachgerechtes Anliegen alleine (hier also Höhergruppierung von PP und KJP) nicht reicht, um erfolgreich verhandeln zu können. Vielmehr muss das Anliegen von einem beachtlichen Teil der Belegschaft und hier insbesondere von den BerufskollegInnen geteilt und unterstützt werden. Wenn es in einem Betrieb beispielsweise fünf BerufskollegInnen gibt und drei davon sind mit ihren individuellen außertariflichen Arrangements sehr zufrieden, ist die Verhandlungsposition eben schlecht. Steffen Kühhirt schilderte eindrucksvoll, wie es in Verhandlungen zugeht, wenn ein Arbeitgeber nachweisen kann, dass die Gewerkschaft nur für einen kleineren Teil der Belegschaft spricht. Möglichst große Geschlossenheit ist also als unverzichtbare Voraussetzung für Verhandlungserfolg anzusehen. Und an dieser Stelle hat jeder die Chance, etwas für die Herstellung dieser Voraussetzung zu tun. Liegt diese Voraussetzung vor, wäre es ideal, wenn sich BerufskollegInnen auch in Tarifkommissionen einbringen und damit direkt an Verhandlungen beteiligt sind. Auch hier bietet die unmittelbare Präsenz unserer Berufsgruppen die größte Gewähr, dass unsere Anliegen angemessene Berücksichtigung finden.

Was gehen kann, wenn sich unsere Berufsgruppen nahezu geschlossen und engagiert an den richtigen Stellen in die Tarifpolitik einmischen, schilderte schließlich Klaus Thomsen, Betriebsrat bei der Damp Holding AG und eben auch Berufskollege. (Auch dieser Vortrag steht Ihnen als Folienpräsentation auf unserer Homepage www.pksh.de unter „Service für Mitglieder → Downloads → Hinweise für angestellte Mitglieder" zur Verfügung). Hier gelang eine tarifliche Gleichstellung von PsychologInnen mit ÄrztInnen und von PsychotherapeutInnen mit FachärztInnen. Aus vielen Gegebenheiten, die diesen Erfolg ermöglichten, hob Klaus Thomsen heraus, dass wir in der Regel eine kleine Berufsgruppe darstellen, die nur punkten kann, wenn sie einen hohen Organisationsgrad aufweist (in Damp waren und sind das ca. 90%), wenn sie in einer Tarifkommission aktiv mitwirkt, im Idealfall direkt am Verhandlungstisch sitzt und es auch schafft, andere Berufsgruppen als Unterstützer für das eigene Anliegen zu gewinnen. Dass eine nachvollziehbare Argumentation und der Verzicht auf elitäres Denken und Auftreten hierfür hilfreich sind, versteht sich von selbst. Ein Blick über den rein monetären Tellerrand hinaus gewährte Klaus Thomsen, als er andere psychologische Einflüsse in der Tarifpolitik dieses Konzerns geltend machte. So konnte z. B. in 2007 „SAT" verabschiedet werden, eine Tarifvereinbarung zur selbstverantworteten Arbeitszeit im Team und derzeit verhandelt man einen „TV alt und gesund" (Tarifvertrag für berufliche Gesundheit und altersgerechtes Arbeiten).

Fazit nach einer sich den Vorträgen anschließenden Diskussion: Es bestehen viele Möglichkeiten, den neuen Heilberufen in der Tarifpolitik Geltung zu verschaffen. Nur: Wir müssen es selber tun. Darauf warten, dass andere es für uns tun, und sich dann beklagen, dass die anderen genau das eben nicht tun, ist definitiv kein erfolgversprechender Weg.

Bernhard Schäfer
Vizepräsident

Muster-Datenblatt gemäß Dienstleistungs-Informationspflichten-Verordnung (DL-InfoV)

Im Juni 2010 hatten wir Sie über das Inkrafttreten der DL-InfoV und die sich daraus ergebenden Verpflichtungen informiert. Es war darauf hingewiesen worden, dass die Information auch über ein in der Praxis ausliegendes Hinweisblatt möglich ist. Ein Muster für ein solches Hinweisblatt hat nun unser Justitiar, RA Kühnelt, erstellt. Sie finden es zum Download auf unserer Homepage unter „Service für Mitglieder → Download → Hinweise für niedergelassene Mitglieder".

Geschäftsstelle

Alter Markt 1 – 2, 24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 9 – 12 Uhr
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
Mail: info@pksh.de
Homepage: www.pksh.de

Leserbriefe

Die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich vor allem angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe auch zu kürzen. Als Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht die der Redaktion wiedergeben.

B. Strauß, M. Hautzinger, H. J. Freyberger, J. Eckert & R. Richter: „Wie wissenschaftlich fundiert sind Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Psychotherapie?“, Psychotherapeutenjournal 2/2010

G-BA: Wissenschaft als Ideologie

Der methodenkritische Beitrag der ehemaligen BPtK-Expertengruppe zeichnet in aufklärend-erschreckender Weise und sehr differenziert nach, dass die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die Gesprächspsychotherapie (GPT) sozialrechtlich nicht anzuerkennen, keinesfalls auf dem – gesetzlich vorgeschriebenen – aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Psychotherapie erfolgt ist. Deutlich wird herausgearbeitet, dass der G-BA unzulässige Verkürzungen und Verdrehungen des gesprächspsychotherapeutischen Therapieverfahrens hartnäckig vorgenommen hat und in massiver Weise das differenzierte Grundanliegen evidenzbasierter Medizin verfehlt hat. Hinzuzufügen wäre, dass der G-BA sachwidrig und in fälschender Weise GPT-Studien aus der Bewertung ausgeschlossen hat. Das alles ist ein Skandal, der längst hätte zu einem Aufschrei der Bundespsychotherapeutenkammer und der Landeskammern führen müssen, wird doch hier die wissenschaftliche Grundlage des Psychotherapieberufes entscheidend negiert. Jedem Psychotherapeuten dürfte klar sein, dass diese G-BA-Vorgehensweise jedem weiteren Psychotherapieverfahren droht, das demnächst zur Krankenversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassen werden wollte.

Nun könnte man den Eindruck gewinnen, dass sich da eben die Wissenschaftler streiten: auf der einen Seite die BPtK-Expertengruppe und weitere Vertreter des Berufsstandes, auf der anderen Seite die Wissenschaftler der Stabsabteilung des G-BA, die öffentlich nicht in Erscheinung treten. Zumindest wird diese Sichtweise dadurch unterstrichen, dass die Autoren des Beitrages selbst klarstellen, dass sie ihre methodenkritischen Anmerkungen „als Wissenschaftler und nicht als Funktionsträger“ (a. a. O., S. 160) verfasst haben wollen.

Eine solche Betrachtungsweise geht jedoch am Problem vorbei. Denn die Frage der Anerkennung der GPT war und ist keine Angelegenheit eines wissenschaftlichen Streites, der mit fachlichen Argumenten ausgetragen wird und bei dem sich „das bessere Argument“ in öffentlicher Diskussion durchsetzt. Sondern der gesamte Prozess des G-BA-Anerkennungsverfahrens war von vornherein von dem **gesundheitspolitischen** Willen von Teilen der Profession gekennzeichnet, die GPT, die bereits berufsrechtlich durch den WBP anerkannt war, aus der GKV herauszuhalten. Und hierzu bediente man sich eines scheinbar objektiv-wissenschaftlichen Verfahrens, genannt Evidence based Medicine (EbM), gegen das in einer „Wissensgesellschaft“ schwerlich anzukommen ist. Die ganzen Verdrehungen, Falschbehauptungen und gekonnten Missverständnisse wurden immer wieder neu und gezielt ins Feld geführt, bis am Ende nur eine einzige Studie zur GPT als „wissenschaftlich“ anerkannt durchgelassen wurde. Man muss das verstehen: Es ging und geht nicht um einen wissenschaftlichen Streit, sondern um die Benutzung von „wissenschaftlichen Prüfverfahren“, die so lange gedreht und gewendet wurden, bis nur ein negatives Ergebnis herauskommen konnte.

Jeder Wissenschaftler weiß, dass an jeder x-beliebigen Studie solange herumgekrittelt werden kann, dass sie am Ende „nicht zählt“. Was aber schwerer wiegt, ist, dass der G-BA und die ihn unterstützenden Kräfte aus der Profession glauben, einer szientistischen Ideologie huldigen zu müssen, die es gestattet, alles als „nicht wissenschaftlich“ zu bezeichnen, was dieser Ideologie widerspricht. Wenn eine solche Sichtweise, die nicht in der Lage ist, eine Passung von Gegenstand und Methode zu reflektieren, sondern sich allein in artifiziellen Methodenkurisositäten verfängt und willkürlich herumrechtet, dann stellt sich unweigerlich die Frage nach dem „cui bono“. Der Begriff der Ideologie ist angebracht, weil diese Forschergruppen in dem „falschen Bewusstsein“ agieren, dass allein die einheits-(natur-)wissenschaftliche Methodologie und Methodik wissenschaftliche Erkenntnis generiert. Und diese gestattet es dann zugleich, ein anmaßendes instrumentelles Herrschaftswissen in Anschlag zu bringen. Sozial- und geisteswissenschaftliches Wissen und Forschen als das Andere der Naturwissenschaften werden dadurch konsequent exkommuniziert.

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst
Psychologischer Psychotherapeut
Hochschule Mittweida
Fakultät Soziale Arbeit
Technikumplatz 17
09648 Mittweida
zurhorst@hs-mittweida.de

J. Hoyer & J. Kleinert: „Leistungssport und psychische Störungen“, Psychotherapeutenjournal 3/2010

Sport: psychologische und pädagogische Kompetenz dringend nötig

Ich fand den Artikel sehr interessant und informativ. Zu kurz kamen zwei Aspekte:

Ein Leistungssportler mit z. B. 25 Jahren hat i. d. R. mindestens eine 15-jährige Ausbildung hinter sich, d. h. mit 10 Jahren (häufig auch viel früher) beginnt schon die Vorbereitung darauf, ein Spitzensportler zu werden. Die Kindheit und Jugend, verbunden mit den sozialen Bezügen verläuft nicht mehr „normal“. Dies hat einerseits entwicklungspsychologische Konsequenzen und schafft andererseits außergewöhnliche Bedingungen für die Herausbildung von psychischen Störungen.

Mein Beruf als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut wird leider nicht erwähnt. Dabei sind wir wichtige Ansprechpartner. Ich behandle immer wieder ängstliche und depressive Jugendliche, die aus dem (Leistungs-)Sport herausfallen u. a. wegen unfähiger Trainer und unmenschlichen Bedingungen. Die Liebe der Kinder und Jugendlichen zum Sport wird oft nachhaltig zerstört und psychische Störungen erhalten dann einen idealen Nährboden. Auch bei Sebastian Deisler (s. Literaturhinweis im Artikel) hat sich die depressive Störung bereits im Jugendalter entwickelt, wie er selbst sagt. Seine Sensibilität und Verletzbarkeit in Verbindung mit familiären Problemen wurde von seinem (professionellen) Umfeld nicht wahrgenommen. Eine frühzeitige Behandlung bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hätte vielleicht einiges verhindern können.

Der Weg eines sportlich talentierten Kindes zum Leistungssport entpuppt sich meist als gnadenlose Selektion. Was passiert mit denen, die den Weg nicht schaffen? Wie der Artikel zeigt, machen die psychischen Kompetenzen meist den Unterschied aus. Die oft kritiklose Orientierung auf Leistung, Ergebnisse, Kampf und Konkurrenz sollte gerade bei Kindern, denen es erst einmal nur um Spaß und soziales Miteinander geht, durch uns in Frage gestellt werden.

Der Wunsch der Autoren nach mehr fachlicher Kooperation lässt sich nur verwirklichen, wenn dieses Anliegen auch im Breitensport in die entsprechenden Gremien hineingetragen wird, denn hier ist psychologische und pädagogische Kompetenz mehr als dringend nötig. Sport ist insofern nicht nur eine wichtige Nebensache, sondern auch ein bedeutsames Feld, in dem psychischen Störungen vorgebeugt werden kann.

Dipl. Soz.päd. Reinhold Beer
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Bäckerzeile 3 B
83512 Wasserburg

Befugniserweiterung in der Psychotherapie

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

Die Herausgeber:

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

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

Hardt/Bauer/Cramer-Düncher u.a. (Hrsg.)
Neue Aufgaben in der Psychotherapie?
Sollen Psychotherapeuten krankschreiben, einweisen und Psychopharmaka verordnen dürfen?
2010. VIII, 117 Seiten, Softcover, € 29,95
ISBN 978-3-86224-009-8

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

Psychotherapeuten Verlag

Artikelverzeichnis 2009 und 2010

Artikel	Ausgabe	Seiten
Ausschuss Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung der Psychotherapeutenkammer Berlin Leitlinien in der Psychotherapie	PTJ 2/2009	131 – 141
Ausschuss „Wissenschaft und Forschung" der Psychotherapeutenkammer Hessen Supervisionsforschung	PTJ 4/2010	396 – 397
Aßmann, S., Borkenhagen, A. & Arnim, A. v. Körperbilddiagnostik	PTJ 3/2010	261 – 270
Bartling, G., Rist, F. & Ströhm, W. Studium der Psychologie als Voraussetzung für eine psychotherapeutische Ausbildung und Tätigkeit	PTJ 2/2010	151 – 159
Behrendt, S. & Hoyer, J. Einsatzfelder ambulanter Psychotherapie bei Substanzstörungen	PTJ 1/2010	4 – 13
Berend, M. & Küchler, T. Psychoonkologische Praxis in der chirurgischen Akutklinik	PTJ 4/2010	363 – 373
Beutel, M. E. Vom Nutzen der bisherigen neurobiologischen Forschung für die Praxis der Psychotherapie	PTJ 4/2009	384 – 392
Borg-Laufs, M., Gahleitner, S. B., Helle, M. & Zurhorst, G. Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	PTJ 4/2009	377 – 383
Brandt, C. Soziale Formen psychotherapeutischen Verstehens	PTJ 4/2010	381 – 389
Dittrich, K. Zur Lage der Psychotherapie in Europa: Polen – Ergebnisse eines Veranstaltungsprojektes der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer	PTJ 3/2010	271 – 275
Dürkop, J. Krebserkrankungen: Hoher Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung	PTJ 4/2010	360 – 362
Franzen, K.-D. & Rasehorn, B. Bewertungsportale im Internet – „Spickmich" für Psychotherapeuten	PTJ 2/2010	169 – 172
Greve, W. & Greve, G. Psychotherapie in Zeiten des Wandels: Einheit in Vielfalt	PTJ 4/2009	366 – 372
Hardt, J. & Müller, U. Die Aufgabe der Psychotherapie in der Gesundheitswirtschaft	PTJ 3/2009	271 – 277
Hoyer, J. & Kleinert, J. Leistungssport und psychische Störungen	PTJ 3/2010	252 – 260

Jeschke, K. & Wolff, S. Zwischen Wachstum und Stagnation – Die professionelle Entwicklung von Psychotherapeut/inn/en über die Lebensspanne	PTJ 1/2010	25 – 33
Kriz, J. Was leistet das Psychologiestudium und was fehlt ihm im Hinblick auf eine psychotherapeutische Ausbildung und Tätigkeit?	PTJ 2/2010	130 – 140
Kuhr, A. & Vogel, H. Verfahrensorientierung im PsychThG – ist die Zeit reif für eine integrative psychotherapeutische Ausbildung?	PTJ 4/2009	373 – 376
Lauth, G. W. & Raven, H. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Erwachsenenalter. Ein Review.	PTJ 1/2009	17 – 30
Lehndorfer, P. Ausbildung der Zukunft: Ein Beruf Psychotherapeut/in mit Schwerpunkt für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. Erwachsenen?	PTJ 1/2010	34 – 38
Loetz, S. Hochschulpsychologie und Psychotherapie	PTJ 2/2010	141 – 150
Mackenthun, G. Aufmerksamkeit für sich und andere – Grundtugend eines Therapeuten	PTJ 3/2010	280 – 280
Matzat, J. Zehn Jahre Psychotherapeutengesetz aus Sicht der Patienten: Erstzugangsrecht gut und schön, aber sind die Probleme nicht die alten?	PTJ 3/2009	253 – 257
Melcop, N. & Vogel, H. Der Wegbereiter aus politischer Sicht. Interview mit dem Bayerischen Ministerpräsidenten Horst Seehofer	PTJ 3/2009	236 – 238
Metzger, H.-G. Verhaltenstherapeutische Achtsamkeit und psychoanalytische Aufmerksamkeit	PTJ 3/2010	280
Mösko, M. & Sude, K. 10 Jahre Psychotherapieausbildung aus PiA-Sicht – (noch) keine Erfolgsstory?	PTJ 3/2009	264 – 270
Nübling, R. Verankerung und Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung seit dem Psychotherapeutengesetz – aktueller Stand und Ausblick	PTJ 3/2009	239 – 252
Nübling, R., Schmidt, J. & Munz, D. Psychologische Psychotherapeuten in Baden-Württemberg – Prognose der Versorgung 2030	PTJ 1/2010	46 – 52
Ochs, M. Methodenvielfalt in der Psychotherapieforschung	PTJ 2/2009	120 – 130
Pabel, J. Psychotherapeutengesetz: 10 Jahre und weit davor	PTJ 3/2009	258 – 262
Pollich, M. Eine Rückbesinnung auf die humanistischen Psychotherapien – Die wiedergefundene Achtsamkeit	PTJ 3/2010	276 – 280

Rautschka-Rücker, J. Rechtsfragen beim Missbrauchsverdacht	PTJ 4/2010	390 – 391
Rasehorn, B. Zum Einsichtsrecht von Patienten in die persönlichen Aufzeichnungen eines Psychotherapeuten	PTJ 2/2009	153 – 155
Retzlaff, R., von Sydow, K., Rotthaus, W., Beher, S. & Schweitzer, J. Systemische Therapie als evidenzbasiertes Verfahren – aktuelle Fakten, Entscheidungen und Aussichten	PTJ 1/2009	4 – 16
Richter, R. Psychotherapie für psychisch kranke Menschen: Gesundheitspolitische Vorstellungen für die kommenden Jahre	PTJ 3/2009	278 – 281
Rüping, U. & Soffner, K. Das Nachbesetzungsverfahren aus der Perspektive des Bewerbers und potentiellen Praxiskäufers	PTJ 1/2009	33 – 38
Schmidt, U. Grußwort zum Schwerpunkt: 10 Jahre Psychotherapeutengesetz	PTJ 3/2009	234
Schwarz, M. Heilberuf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut – Ein Plädoyer für den Erhalt des KJP	PTJ 1/2010	39 – 45
Singer, S., Glaesmer, H. & Lehmann-Laue, A. Ambulante Psychotherapie mit Krebserkrankten	PTJ 4/2010	374 – 380
Sollmann, U. & Thielen, M. Nachruf zum Tod von Alexander Lowen	PTJ 1/2009	31 – 32
Springer, A. & Hardt, J. Nachruf auf Franz-Rudolf Faber (1919 – 2010)	PTJ 3/2010	275
Strauß, B., Hautzinger, M., Freyberger, H. J., Eckert, J. & Richter, R. Wie wissenschaftlich fundiert sind Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Psychotherapie?	PTJ2/2010	160 – 168
Wallis-Simon, H. & Renneberg, B. Psychische Faktoren bei schweren Brandverletzungen: Psychotherapeutische Beiträge zur Verbesserung der Lebensqualität	PTJ 2/2009	142 – 152
Walz-Pawlita, S., Lackus-Reitter, B. & Loetz, S. Plädoyer für eine verfahrensbezogene Ausbildung und Praxis: Zur „methodenspezifischen Eigengesetzlichkeit therapeutischer Prozesse“	PTJ 4/2009	352 – 365
Weiss, H. & Harrer, M. E. Achtsamkeit in der Psychotherapie. Verändern durch „Nicht-Verändern-Wollen“ – ein Paradigmenwechsel?	PTJ 1/2010	14 – 24
Weiss, H. & Harrer, M. E. Replik der Autoren	PTJ 3/2010	281 – 282
Zarbock, G. Der Master in Psychologie als optimale Basisqualifikation für Psychotherapeuten	PTJ 2/2010	125 – 129

Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeuten-kammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel. 030/27 87 85-0
Fax 030/278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Baden-Württemberg
Jägerstraße 40
70174 Stuttgart
Tel. 0711/674470-0
Fax 0711/674470-15
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

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

Berlin
Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 14.00 – 19.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

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

Hamburg
Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226 226 060
Fax 040/226 226 089
Mo, Di, Do 9.00 – 15.00 Uhr
Mi 9.00 – 17.00 Uhr
Fr 9.00 – 14.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de

Hessen
Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Niedersachsen
Roscherstraße 12
30161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de

Nordrhein-Westfalen
Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Ostdeutsche Psychothera-peutenkammer
Karl-Rothe-Str. 4
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Rheinland-Pfalz
Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Saarland
Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681/9545556
Fax 0681/9545558
Mo, Di 8.30 – 12.30, 13.30 – 17.30 Uhr
Mi 13.30 – 17.30 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Schleswig-Holstein
Alter Markt 1-2 / Jacobsen-Haus
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Do 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Inserentenverzeichnis PTJ 4/2010

ADV gGmbH, Berlin 467
Akademie bei König & Müller, Würzburg 389
Akademie für Fortbildung in Psychotherapie, Tübingen 371
Arbor Seminare, Freiburg 387
AWO Psychiatriezentrum, Königslutter 463
Benedictus Krankenhaus Tutzing GmbH & Co. KG, Tutzing 466
Charlottenhall, Bad Salzungen 464
Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., München 389
Deutsch-Chinesische Akademie für Psychotherapie (DCAP), Hirschberg 383
Deutscher Psychologen Verlag, Berlin 367
Caritasverband der Stadt Oberhausen e.V., Oberhausen 465, 467
CIP Medien, München U4
Dr. Becker Brunnen-Klinik, Horn-Bad Meinberg 466
EMDR-Institut, Bergisch-Gladbach 371
Epikursoftware, Berlin 359
FamThera Institut e.V., Leipzig 393
Hakomi Institute of Europe, Nürnberg 379
Hasomed, Magdeburg U2
ID Institut für Innovative Gesundheitskonzepte, Kassel 362
IF Institut für systemische Ausbildung & Entwicklung, Weinheim 397
IFT-Gesundheitsförderung, München 375
Institut für Gesundheit, Fulda 385
Institut für Psychoanalyse IPN, Nürnberg 362
Institut für Psychotherapie IfP, Potsdam 385
Institut Systeme Anne M. Lang, Bonn 383
Kanzlei Meisterernst, Münster 379
Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 361
Klinikum Chemnitz gGmbH, Chemnitz 464
NIVT Norddeutsches Institut für Verhaltens-therapie e.V., Bremen 387
Oberberg Klinik Verwaltung GmbH, Berlin 373
Prop e.V., München 467
PsyDV Dieter Adler, Bonn 395
Psychotherapeutenkammer NRW, Düsseldorf 365
Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach 465
Springer Verlag, Heidelberg U3
Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen 397
Universität Frankfurt, Psychologisches Institut, Mainz 377
Verlag Hans Huber, CH-Bern 369
Wannsee-Akademie, Berlin 375
Zentrum für Psychotherapie der Humboldt Universität Berlin (ZPHU), Berlin 395

Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institution beigelegt:
Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (KdÖR), Hannover

AWO Psychiatriezentrum
Vor dem Kaiserdom 10
38154 Königslutter

Das AWO Psychiatriezentrum in Königslutter ist eine große, modern konzipierte Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit einer eigenständigen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sowie der Psychiatrieakademie, einer dem Hause angegliederten Fortbildungseinrichtung. Als zertifiziertes Unternehmen im Rahmen der Auditierung Beruf und Familie nimmt eine nachhaltige familienbewusste Personalpolitik einen hohen Stellenwert ein.

Wir suchen:

für unsere Psychotherapiestation mit traumatherapeutischem Schwerpunkt ab September 2010 oder später eine/n

Psychologische/n Psychotherapeuten/in
in Vollzeit

Neben der abgeschlossenen Ausbildung in einem psychotherapeutischen Hauptverfahren haben Sie sich bereits in spezieller Traumatherapie fortgebildet und besitzen damit mehrjährige praktische Erfahrung.

Sie haben Interesse und Freude an der Arbeit mit traumatisierten Menschen und möchten sich der Herausforderung stellen, an verantwortungsvoller Stelle bei der Umsetzung und Weiterentwicklung unseres therapeutischen Spektrums mitzuwirken.

Auf unserer 18 Betten-Station behandeln wir Patientinnen und Patienten mit neurotischen, strukturellen und psychosomatischen Beschwerden. Ein besonderer Schwerpunkt ist die Versorgung von Menschen mit traumatischen Lebensbelastungen. Wir arbeiten nach einem integrativen Konzept, das psychodynamische, verhaltenstherapeutische und körpertherapeutische Elemente verbindet.

Wir bieten:

- die langfristige Mitarbeit in einem hoch motivierten und langjährig erfahrenen Stationsteam
- kostenlose Fortbildungsangebote und vielfältige Möglichkeiten für Zusatzqualifikationen über die Psychiatrieakademie Königslutter
- regelmäßige interne und externe Supervisionen
- die Vergütung nach dem TVöD
- die Möglichkeit zur Ausübung von Nebentätigkeiten.

Bei der Wohnungsbeschaffung und Organisation einer Kinderbetreuung helfen wir Ihnen gerne.

Ihre Bewerbungsunterlagen bzw. Anfragen richten Sie bitte an:

AWO Psychiatriezentrum
Ärztlicher Direktor
Dr. med. M.-Z. Hasan
Vor dem Kaiserdom 10
38154 Königslutter
Tel.: 05353 – 90 1111
mohammad-zoalfikar.hasan@awo-apz.de
www.awo-psychiatriezentrum.de
www.psychiatrie-akademie.de

CHARLOTTENHALL
BAD SALZUNGEN
Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche

Gestalten Sie mit uns die Zukunft in der Kinderrehabilitation!

Die Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche „Charlottenhall" hat für unsere Patienten ein effektives und zukunftsfähiges Angebot an medizinischen Leistungen.
Das Haus verfügt über 200 Betten, in zum Teil behinderten- und allergiegerecht eingerichteten Zimmern.
In unserer Einrichtung werden Patienten mit Atemwegserkrankungen, Adipositas mit Folgekrankheiten sowie Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates behandelt. Einer unserer Schwerpunkte sind psychosomatische Erkrankungen, psychosoziale und psychomotorische Störungen, ADHS, Verhaltens- und Essstörungen und Enuresis nocturna und diurna.

Für die Therapeutische Abteilung suchen wir ab sofort oder nach Vereinbarung eine/einen

Psychologische/-n Psychotherapeutin/-en
für Kinder und Jugendliche

Zeitgemäße Vertragsbedingungen inklusive Dotierung sind der Bedeutung der Stelle angepasst.
Bei Eignung besteht die Möglichkeit, die Leitung der psychotherapeutischen Abteilung zu übernehmen.

„Charlottenhall" befindet sich in Bad Salzungen, der Kreisstadt im Südwesten Thüringens. Landschafts- und Kulturstätten unmittelbarer Umgebung machen die Stadt zu einem attraktiven Wohnort. Weiterführende Schulen befinden sich in der Stadt.

Weitergehende Informationen erhalten Sie vom Chefarzt, Dr. med. Baudach, unter Telefon 03695/6923597 oder vom Verwaltungsleiter, Herrn Hilbrig, unter Telefon 03695/6923-121 oder **www.charlottenhall.com**

Die Bewerbung wird selbstverständlich vertraulich behandelt.
Ihre schriftliche Bewerbung mit entsprechenden Unterlagen richten Sie bitte an:

Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche „Charlottenhall"
Verw.-Leiter, Herrn Hilbrig
Mathilde-Wurm-Straße 7
36433 Bad Salzungen

KLINIKUM CHEMNITZ gGmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig und der Technischen Universität Dresden
Mitglied im deutschen Netzwerk „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser"
Zertifiziert nach „Joint Commission International Accreditation", Chicago/USA

Das Klinikum Chemnitz gehört zu den größten Krankenhäusern Deutschlands und verfügt über ein breites diagnostisches und therapeutisches Spektrum.

In der **Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik** ist zum nächstmöglichen Termin eine Stelle als

Sozialtherapeut (m/w)

zu besetzen. Die Stelle ist zunächst für zwei Jahre befristet mit der Option zur Entfristung.

Die Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik umfasst mit zehn Stationen und tagesklinischer Anbindung insgesamt 179 Betten und 60 tagesklinische Behandlungsplätze. Ein spezialisiertes Behandlungsangebot liegt für Angst- und Zwangsstörungen, affektive Störungen, gerontopsychiatrische Störungsbilder, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Erkrankungen, chronische psychische Störungen und Suchterkrankungen vor. Wir sind eine verhaltenstherapeutische orientierte Klinik.

Ihre Aufgaben bestehen
- in der Durchführung von Einzel- und Gruppentherapien
- in der Anwendung und Auswertung psychodiagnostischer Verfahren
- im Verfassen von Anträgen und Berichten
- in der Leitung des therapeutischen Teams

Wir erwarten
- eine mindestens zweijährige Berufserfahrung in der Arbeit im Bereich der Suchttherapie, vor allem im Bezug auf illegale Drogen
- Grundkenntnisse bzw. Interesse an der Leitung einer Suchtstation
- Teamfähigkeit und Flexibilität
- eine begonnene/abgeschlossene Psychotherapieausbildung (Erwachsene, KJP)

Eine betriebliche Altersversorgung und Möglichkeiten der zusätzlichen privaten Rentenvorsorge werden angeboten. Als familienfreundliches Unternehmen besitzt das Klinikum Chemnitz eine Betriebskindertagesstätte. Weiterhin bietet Chemnitz alle Bildungs- und Schulformen sowie eine Technische Universität.

Unter **www.klinikumchemnitz.de** finden Sie nähere Angaben zu unserem Klinikum.

Der **Chefarzt der Klinik Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik, Herr Dr. med. Barth,** steht Ihnen unter der **Telefon-Nr. (0371) 333-10501** und per **E-Mail: t.barth@skc.de** gern für weitere Informationen zur Verfügung.

Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, senden Sie bitte Ihre aussagekräftige Bewerbung auf dem Postweg bis zum **04.01.2011** an die

Klinikum Chemnitz gGmbH
Abt. Personalwesen, Frau Nöcker
Flemmingstraße 2, 09116 Chemnitz

Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach

|ZENTRUM FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE PSYCHOSOMATIK UND NEUROLOGIE|

Im krankenkassenfinanzierten Bereich der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach ist zum nächstmöglichen Termin die Stelle einer/eines

LEITENDEN PSYCHOLOGIN/-EN

wiederzubesetzen, da der bisherige Stelleninhaber in den Ruhestand gegangen ist.

Die/der Leitende Psychologin/Psychologe soll Führungs-, Planungs- und Entwicklungsaufgaben für den psychologischen Dienst (bisher 11 Psychologische Psychotherapeuten, zurzeit 4 PPIAs) der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach übernehmen und gegenüber der Klinikleitung vertreten. Daneben sollen in einem gewissen Umfang patientenbezogene Aufgaben einer/eines Klinischen Psychologin/-en bzw. Psychologischen Psychotherapeutin/-en bewältigt werden.

Wir erwarten von einer/einem Bewerber/in langjährige berufliche Erfahrungen im psychiatrischen Arbeitsfeld, in der klinischen Psychologie und insbesondere eine breite psychotherapeutische und psychodiagnostische/testdiagnostische Expertise.

Ausgeprägte Führungsqualitäten, Teamfähigkeit und überdurchschnittliches Engagement sind notwendige Voraussetzungen. Die Bereitschaft zur Supervision der Psychologen im Praktikum, der psychologischen Praktikanten und die aktive Mitwirkung bei der curricularen Weiterbildung der Assistenzärzte sind zwingend. Überblick über die Anwendungsmöglichkeiten der klinischen Psychologie und deren vertiefte Kenntnis im psychiatrischen Arbeitsfeld erleichtert die Zusammenarbeit mit den Klinikgremien. Bereitschaft zur Etablierung neuer psychotherapeutischer Verfahren wird gewünscht. Pflege und Aktualisierung des Psychologischen Labors/Testothek werden erwartet.

Wir setzen voraus, dass sich die Bewerberin/der Bewerber mit den Zielen und dem Leitbild des Landeskrankenhauses (AöR) identifiziert und die Führungsarbeit auf der Grundlage der bestehenden Leitlinien praktiziert. Insoweit übernimmt sie/er Arbeitgeberaufgaben.

Die Vergütung richtet sich nach den Bestimmungen des TV-L mit den üblichen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes. Nebeneinnahmen durch Erstellung von Gutachten sind möglich.

Bewerber/innen mit Behinderungen werden bei entsprechender Eignung bevorzugt eingestellt. Bewerbungen von Frauen sind ausdrücklich erwünscht.

Die Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach – Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsmedizin Mainz – ist ein Behandlungszentrum für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie mit mehr als 1.000 Betten/Plätzen in differenzierter Leistungsstruktur in der Trägerschaft des Landeskrankenhauses (AöR).

Die Klinik ist Zentrum gemeindepsychiatrischer Verbundsysteme mit Tageskliniken, Institutsambulanz, psychiatrischem und heilpädagogischem Heim und komplementären, außerklinischen Versorgungsaufgaben. Sie beschäftigt rund 1.200 Mitarbeiter/innen.

Andernach liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung direkt am Mittelrhein in unmittelbarer Nähe von Koblenz. Die Region verfügt über einen hohen Freizeitwert mit vielfältigen Kulturangeboten. Alle weiterführenden Schulen befinden sich am Ort.

Wir sind ein moderner Arbeitgeber, der sich der Gesundheitsförderung der Mitarbeiter/innen widmet, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördert und im Rahmen seiner Möglichkeiten behinderten- und altersgerechte Arbeitsplätze zur Verfügung stellt.

Für weitere Informationen steht Ihnen der Ärztliche Direktor, Herr Dr. Stefan Elsner, gerne unter Telefon 02632 407-5412 zur Verfügung. Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte unter Angabe der **Kennziffer 1241** bis zum **4. Januar 2011** an:

Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach
Personalabteilung • Vulkanstraße 58 • 56626 Andernach

www.rhein-mosel-fachklinik-andernach.de

KTQ-Zertifikat

caritas oberhausen

Arbeitsplatz Caritas

Der Caritasverband Oberhausen sucht für sein psychosoziales Gesundheitszentrum einen

Diplom-Psychologen
mit Approbation oder abgeschlossener therapeutisch-suchtspezifischer Ausbildung (VDR Anerkennung)

für die Ambulante Rehabilitation Sucht und Beratung suchterkrankter junger Erwachsener.

Wir erwarten von Ihnen

- Grundlegende Kenntnisse im Bereich der Suchtkrankenhilfe
- Erfahrungen in der Arbeit mit sucht- und psychisch erkrankten Menschen
- Fähigkeit zur Teamarbeit und institutionsübergreifender Kooperation
- Flexibilität in Arbeitgestaltung und selbständigem Handeln
- Identifikation mit dem Leitbild der Caritas
- Mitgliedschaft in einer christlichen Kirche

Wir bieten Ihnen

- Eine kreative und verantwortungsvolle Tätigkeit
- Eine unbefristete Stelle mit Vergütung gemäß AVR sowie Zusatzversorgung
- Fort- und Weiterbildung

Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an den Caritasverband, zu Händen Herrn Caritasdirektor Werner Groß-Mühlenbruch, Lothringer Straße 60, 46045 Oberhausen.

Benedictus Krankenhaus Tutzing
im Artemed-Klinikverbund

Das **„Schmerzzentrum am Starnberger See“** sucht einen

Leitenden Dipl.-Psychologen (w/m)

in Vollzeit

sowie einen

Dipl.-Psychologen (w/m)

in Teilzeit oder Vollzeit

Unsere Klinik liegt landschaftlich extrem reizvoll direkt am Starnberger See in unmittelbarer Nähe zu München und den Alpen. Es besteht ein vielfältiges Sport-, Freizeit- und Kulturangebot. Alle weiterführenden Schulformen befinden sich direkt am Ort. Beim „Schmerzzentrum am Starnberger See“ handelt es sich um eine der größten Schmerzeinrichtungen Europas mit herausragender überregionaler Bedeutung. Wir therapieren Patienten mit akuten und chronifizierten Schmerzsyndromen auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells nach einem verhaltenstherapeutisch orientierten multimodalen Konzept. Neben der Schmerzerkrankung leiden viele Patienten an psychischen Komorbiditäten, darunter u. a. Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen, PTBS oder Abhängigkeitserkrankungen. Unser Team besteht aus psychologischen Psychotherapeuten, Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, medizinischen Trainingstherapeuten sowie Ko-Therapeuten.

Für die Leitung unseres Psychologen-Teams (1-6) wünschen wir uns eine integrative Persönlichkeit mit

- abgeschlossener Therapieausbildung (VT)
- Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten
- Erfahrung in der psychologischen Behandlung chronischer Schmerzpatienten sowohl im individuellen Patientenmanagement als auch in der Gruppentherapie mit kognitiv-behaviouralem Schwerpunkt
- Interesse an wissenschaftlichem Arbeiten und publizieren, einschließlich Vortragstätigkeit
- Freude an selbstständiger Tätigkeit und an der Übernahme von Verantwortung
- Führungskompetenz, Teamfähigkeit, Kommunikationsstärke

Wir bieten einen anspruchsvollen und abwechslungsreichen Arbeitsplatz mit sehr guter interdisziplinärer Kooperation und Mitarbeit in einem sympathischen, multiprofessionellen und engagierten Team. Darüber hinaus viel Raum für Eigeninitiative sowie jede Menge Optionen zur konzeptionellen Mitgestaltung. Es bestehen exzellente Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung. Die Vergütung erfolgt leistungsgerecht inklusive der üblichen Arbeitgeberleistungen und ist auf Basis des Alters und der Erfahrung frei verhandelbar. Die Stelle ist unbefristet. Für Informationen steht Ihnen der Chefarzt des Zentrums, Priv.-Doz. Dr. R. Freynhagen, unter der Rufnummer 08158-23710 oder per E-Mail gerne zur Verfügung.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter
www.krankenhaus-tutzing.de

Ihre Bewerbung senden Sie bitte an:

Benedictus Krankenhaus Tutzing GmbH & Co. KG
Frau Tietze-Schwarz
Bahnhofstraße 5, 82327 Tutzing
Tel.: 08158-23132

oder auch direkt per E-Mail: r.freynhagen@krankenhaus-tutzing.de

Dr. Becker Brunnen-Klinik

Psychotherapie und Psychosomatik
Rehabilitation und Prävention

Die Dr. Becker Brunnen-Klinik ist eine seit über 20 Jahren bestehende Psychosomatische Rehabilitationsklinik mit 160 Betten. Träger ist die Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co KG, ein zu den 10 größten Trägern von Rehakliniken zählendes Familienunternehmen. Wir behandeln im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung, der gesetzlichen und privaten Krankenkassen Patienten mit Depressionen, Ängsten, somatoformen Störungen, Migräne und Tinnitus. Unser Selbstverständnis ist integrativ, wir verwenden psychodynamische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren.

Zur Verstärkung unseres multidisziplinären Teams suchen wir für ein unbefristetes Arbeitsverhältnis zum nächstmöglichen Eintritt eine/-n

approbierte/-n Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischen Psychotherapeuten in Voll- oder Teilzeit

Wir bieten Ihnen neben einer Tätigkeit in einem abwechslungsreichen, interessanten Arbeitsumfeld u. a.:

- Attraktive, leistungsbezogene Vergütung
- Externe Gruppensupervisionen
- Unterstützung bei Fortbildungen

Horn-Bad Meinberg liegt in Ostwestfalen-Lippe am Fuße des Teutoburger Waldes. Alle Schulformen finden sich vor Ort. Wenn Sie aufgeschlossen für methodenintegrative Psychotherapie sind sowie Freude an Teamarbeit haben, richten Sie Ihre schriftliche Bewerbung bitte an:

Dr. Becker Brunnen-Klinik
Herrn Verwaltungsdirektor U. Konert
Tel. (0 52 34) 9 06-0
Rückfragen an
Herrn Chefarzt Dr. med. M. Ohly
Tel. (0 52 34) 9 06-1 17
E-Mail: mohly@dbkg.de
Blomberger Str. 9
32805 Horn-Bad Meinberg
www.brunnen-klinik.de

Zertifizierte Qualitäts Rehabilitation ISO 9001:2000 plus DEGEMED

ADV

Jugend-, Sucht- und Wohnungslosenhilfe

Die Fachklinik F42 der ADV gGmbH
in Berlin-Neukölln
sucht zum 1.12.2010 oder später einen

Approbierten Psychologischen Psychotherapeuten/Ärztlichen Psychotherapeuten (m/w)

als Einzel- und Gruppentherapeut für eine volle Stelle (38,5 h / Woche). Bewerber sollten Erfahrung im Suchtbereich haben und nach dem Studium der Psychologie oder Medizin eine verhaltenstherapeutische Zusatzausbildung absolviert haben. Wir erwarten Flexibilität, hohes Engagement und eine Identifikation mit den Zielen der Rehabilitationsbehandlung bei drogenabhängigen Patienten.
Wir bieten einen attraktiven Arbeitsplatz mit leistungsgerechter Vergütung und Möglichkeiten, konzeptuell mitzuarbeiten und eigene Ideen und Vorstellungen einzubringen. Dabei fördern wir Ihre Fort- und Weiterbildungsinteressen. Die Anstellung ist vorerst auf ein Jahr befristet.

Fragen und Bewerbungen an: **ADV F42**
z. Hd. Frau Adlung oder Herrn Remmert
Flughafenstr. 42, 12053 Berlin
Tel.: 030 / 609 78 20
vorzugsweise per mail an: christian.remmert@adv-suchthilfe.de
www.adv-suchthilfe.de

prop

Prop e. V. ist ein Verein für Prävention, Jugendhilfe und Suchttherapie. Wir setzen mit innovativen Ideen und Projekten Akzente für eine zukunftsorientierte und effiziente Rehabilitation, Betreuung und Jugendarbeit.

Prop e. V.
z. Hd. Frau Kannabich
Hirtenstraße 26
80335 München
www.prop-ev.de

Für die Leitung der psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle Pfaffenhofen/Ilm suchen wir ab sofort in Vollzeit (40 Std./Woche)

1 approbierten Psychologischen Psychotherapeuten (m/w) oder
1 Dipl. Psychologen in entsprechender Weiterbildung (m/w)

Unsere Suchtberatungs- und Behandlungsstellen leisten im Auftrage des Bezirks und des Landkreises die psychosoziale Suchtversorgung und Suchtprävention der Region und die ambulante Suchtrehabilitation. Dem multiprofessionellen Mitarbeiterteam gehören Fachärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Suchttherapeuten, Diplom-Sozial-Pädagogen und Verwaltungskräfte an.

Wir bieten Ihnen einen vielseitigen Arbeitsplatz in einem hochmotivierten interdisziplinären Team, eine gute, tragfähige Teamatmosphäre, innerbetriebliche und externe Weiterbildungsmöglichkeiten und -zuschüsse, regelmäßige Supervisionen sowie leistungsgerechte Bezahlung.

Wir wünschen uns eine Kollegin / einen Kollegen mit Durchsetzungsfähigkeit und Kreativität, der Bereitschaft zur selbständigen Arbeit, Qualitäts- und Dienstleistungsbewusstsein. Zu Ihrem beruflichen Selbstverständnis gehören Professionalität, Flexibilität, Engagement und Konfliktfähigkeit.

Für Fragen zum Aufgabenbereich steht Ihnen gerne Herr Pölsterl, Tel. 08122/999813-0, zur Verfügung. Bitte senden Sie Ihre Bewerbung per E-Mail an **personal@prop-ev.de** oder per Post an nebenstehende Adresse.

caritas oberhausen

Arbeitsplatz Caritas

Der Caritasverband Oberhausen sucht für seine REHA-Einrichtung Schloss Bellinghoven in Rees einen

Diplom-Psychologen
oder
Sozialpädagogen (m/w)
mit therapeutischer Zusatzausbildung

für die psychotherapeutische Beratung und Behandlung junger Erwachsener, die psychisch und/oder durch eine Suchterkrankung beeinträchtigt sind.

Wir erwarten von Ihnen

- psychologisch-psychotherapeutische Kenntnisse in der Behandlung von psychisch kranken und / oder suchtkranken Menschen
- Erfahrungen i. stationären psychiatrischen Bereich
- Fähigkeit zur Teamarbeit
- Identifikation mit dem Leitbild der Caritas
- Mitgliedschaft in einer christlichen Kirche

Wir bieten Ihnen

- Eine kreative und verantwortungsvolle Tätigkeit
- Eine zunächst auf ein Jahr befristete Vollzeitstelle mit Vergütung gemäß AVR und zusätzlicher Altersversorgung
- Supervision und Fortbildung
- Alternative Möglichkeit einer freiberuflichen Zusammenarbeit

Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an den Caritasverband, zu Händen Herrn Caritasdirektor Werner Groß-Mühlenbruch, Lothringer Straße 60, 46045 Oberhausen.

Stellen-/Praxismarkt

Intervision

Intervisionsgruppe
Rhein-Bergischer Kreis VT
sucht Mitglieder.

Kontakt Tel. 0214-5008810 oder
Tel. 0220483705

Intervisionsgruppe (VT/GT)
Kreis Offenbach
sucht neue Mitglieder, PP oder KJP (VT oder TP)
Kontakt: 06074-95030
oder praxis-driedger@t-online.de

Psychologische Psychotherapeuten für Intervisionsgruppe i. R. Kassel gesucht.

Tel. 056128610524

KV – Qualitätszirkel zur Intervision in Neuss
sucht neue TeilnehmerInnen.
Anfragen unter
E-mail: praxis@martinahahn.de
oder Telefon: 02131-3869666

Jobsharing

Kaiserslautern-Stadt:
Psycholog. Psychotherapeut sucht Jobsharing-Partner/in VT Erwachsene für vorläufig ca. 6 Std./Woche ab Sommer 2011.
Kontaktaufnahme per Email:
pp.theiss.kl@gmx.de

Psychologische Psychotherapeutin (VT) sucht Jobsharing in / um **Lüneburg**, KV-Zulassung erwünscht.

Tel.: 0179-9214788

Raum Kassel
Biete Jobsharing für gut eingeführte KJP-Praxis (TP), ca. 10 Therapiestd./Wo. Sehr schöne Räume, 20 km südlich von Kassel, sehr gute Verkehrsanbindung.
Chiffre: 100490

Erfahrener PP (44 J., VT, Erw., Zusatzqu. KJ) **sucht in Berlin** Job-Sharing (gern auch bei TP), Praxisanstellung oder Entlastungsass., ca. 5 – 15 Wochenstd., spätere (Teil-)Übernahme möglich.
adrian.urban@web.de

Praxisabgabe

Mühlacker – BW, Praxis (VT-PP, KJP) zu verkaufen / abzugeben. Raumübernahme in einer Praxisgemeinschaft (Neurologin, Psychiaterin + PT) erwünscht, aber nicht Bedingung. Übergangsweise Jobsharing möglich; KV-Zulassung vorhanden. Tel. 07041 – 81 81 662

Ludwigshafen/Rhein: Psychotherapeutische Praxis (VT-Erw.) von PP zu verkaufen. KV-Zulassung vorhanden. Übernahme als Gemeinschaftspraxis/BAG möglich. Zuschriften mit Preisvorstellung bitte unter Chiffre 100495

Praxisanteil einer Kinder-und Jugend-Psychotherapiepraxis (TP, AP) in **Mannheim** zu verkaufen. KV-Teilzulassung ist möglich.
Tel. 0621-372884 od.
06221-803384

Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie in Duisburg Altstadt ab sofort oder später zu verkaufen; KV-Zulassung vorhanden.
Tel. 0203/288950,
Mobil: 0171/4949369.

Marburg / Lahn
Psychologischer Psychotherapeut (TP, Erw.) gibt gut eingeführte halbe bis ganze Praxis ab.
KV-Zulassung vorhanden.
email: pa-mr@online.de

Praxisgemeinschaft

Praxisgemeinschaft
Alteingesessene Praxisgemeinschaft in Köln sucht Psychotherapeutin (TP-Zulassung bevorzugt).
cit-psychotherapie@t-online.de

Suche Psychotherapeuten
f. Start von **Praxisgemeinschaft** in **Erlangen** (Nürnberg)
Bestenfalls mit Hypnose-Kenntnissen
Sanierter Altbau – zentrale Premiumlage Klinikdistrikt interessantes Arbeitsumfeld Medizinstadt Erlangen ZFED Universitätsstraße 50
91054 Erlangen
Tel.: 09131/4000644,
mail@zfed.de

Praxisgesuche

Praxisraum für PP/KJP

in Darmstadt gesucht.

Chiffre 100489

Psychol. Psychotherapeutin mit Kassenzulassung in Dresden (PSA, TP, Erw., Kinder, Gruppe) sucht Praxisübernahme in (bzw. Tausch nach) Leipzig. Tel. 0351/2520291

Psych. Psychotherapeutin (VT, Approb. 99) sucht **im Raum Köln, Rhein Erft, Leverkusen, Rhein. Berg., Rhein Sieg** Praxis / Praxisanteil zu kaufen. KV Zulassung / Teilzulassung erwünscht.
Kontakt: praxgesuch@gmx.de

Praxistausch

PP sucht Praxis im Rhein-Neckar-Bereich im Tausch mit Sitz in Mannheim, KV-Zulassung erwünscht.

Chiffre 100488

Biete Praxis in **Lippe (KV-Zulassung vorhanden),** suche Praxis im Kreis **Herford** (KV-Zulassung erwünscht). Weibliche PP.

Tel: 017624915338

Praxisübernahme

Berlin/Brandenburg
Psych. Psychotherapeutin (TP, Erw., Einzel/Gruppe, EMDR, langjähr. klin. Erfahrung) sucht Praxis (-anteil) zu kaufen, KV-(Teil-)Zulassung erwünscht.
Tel. 0177/7361321

PP in Ausbildung (TP) sucht Praxis oder Praxisanteil ab Frühjahr 2012 in **Erfurt oder Umgebung,** KV-Zulassung erwünscht, gern übergangsweise mit Entlastungsassistenz oder Jobsharing.
0361/6603827, jbaechli@arcor.de

Berlin
Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw., Approbation seit 2001) sucht Praxisanteil zu kaufen, Teilzulassung erwünscht.
Tel. 030 – 46 06 52 23

Düsseldorf PP (VT, 33) sucht Praxis(-anteil), KV-(Teil-)Zulassung erwünscht.
info@praxis-irle.de,
Tel.: 0211 13953799,
www.praxis-irle.de

Frankenberg und Umgebung
Psychologische Psychotherapeutin (VT, Klinische Hypnose) sucht
Praxis(-anteil), KV-(Teil-)Zulassung erwünscht.
Tel. 0178 – 674 24 68

Psych. Psychoth.
(TP, Ft und Gt, Erw.)
32 J. Berufserf. in Sozialpsych., sucht Praxis (1 oder 0,5), KV-Zulassung erwünscht.
im Raum Karlsruhe, Südpfalz
Chiffre 100493

Raum Braunschweig und Umgebung Psychol. PT (VT, Hypnoth., Appr. 2006) sucht Praxis(-anteil) oder Job-Sharing, KV-(Teil-)Zulassung erwünscht
e-mail: buecher.freunde@arcor.de
oder
Telefon: 0162 / 3067231

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (TP) sucht Praxis oder Praxisanteil zu kaufen

- im Raum Wiesbaden (Wiesbaden-Stadt, Rheingau-Taunus-Kreis, Main-Taunus-Kreis)

oder

- im Raum Fulda

Zahlungsfähigkeit ist garantiert.
KV- (Teil-) Zulassung erwünscht.
Tel: 0611-360 88 17
Mobil: 0177-23 36 100
Email: Frank.Stula@gmail.com

Psychologische Psychotherapeutin (VT)
sucht Praxis (-Anteil), KV-(Teil) Zulassung erwünscht,
in **München und Umgebung**
ab sofort oder später
Tel.: 0174-3120894
089-23259712
barth@lrz.tum.de

Raum Freiburg/Breisgau-Hochschw. Erfahrener Psycholog. Psychotherapeut sucht Praxis/Praxisanteil zu kaufen, KV-(Teil-)Zulassung erwünscht, oder Einstieg über Jobsharing.
Tel.: 0761 – 401 29 48

Praxisvermietung

Stuttgart-West: schöner **Therapieraum**, in alteingeführter Praxisgemeinschaft (derz. 2 KJPT, 1 PT, 1 FA für PT) ab sofort an nette/n Kollegen/in abzugeben. Miete 430,– € warm, gem. Wartezimmer, Küche ..., gute Verkehrsanbindung,
Tel. Böhning: 0711/6153341,
Clemens: 0711/6331570

Vermiete
in meiner Psychotherapeutischen Praxis (VT) in Frankfurt
schönen Praxisraum
Dipl. Psych.
Gabriele Kocklemus-Jochum
Tel. 069 61 85 11

Lkrs. München-Planegg
Vermiete tageweise schönen, hellen Praxisraum, ca. 18m², in Praxisgemeinschaft in Planegg, 3 Min. zur S-Bahn.
Tel.: 089-89311644

Schöner Praxisraum (25 qm) in Psychotherapiepraxis Kölner Innenstadtlage (Eigelstein) zu vermieten.

Chiffre 100491

Bremen:
Psychoth. Praxis nahe Hbf bietet helle, ruhige Räume – auch wochentageweise – z. Unterm. ab 1.1.2011.

T. 0421/328430

Hamburg – Eimsbüttel:
schöner Therapieraum in gut eingeführter psych. Praxengemeinschaft (TP) langfristig zu vermieten. Tageweise oder als Teilhaber/in möglich.
Tel. 040 – 435 071

Lübeck: 2 helle, repräsentative Praxisräume in gut etablierter psychotherapeutischer Praxisgemeinschaft zu vermieten. Zentral gelegen, sehr gute Anbindung an Nahverkehr.
Telefon: 04521-74785

Praxisraum Köln-Rath, 25 m²,
unmöbl., ab 11/10 zu vermieten.

Verkehrsgünstig gut angebundene 3-Raum-Praxis, 2. OG, Fahrstuhl, in hellem Wohn-/Geschäftshaus.

Kontakt: Tel. 0221/16848176 oder

Mail ppp@pro-psychologie.de.

Hochfrequente Psychologische Praxis für VT sucht ab sofort Psychologische/n Psychotherapeuten/In für Erwachsene und/oder Kinder/Jugendliche mit Approbation/ Fachkundenachweis oder Arztregistereintrag.
Dr. H. J. Hartmann, Heinrichstraße 15, 36037 Fulda, Tel. 0661/76616

Praxisräume zu vermieten
in bester Lage, 2 Räume + Bad u. Wartezimmer, 71m².
Parkmögl., (Teil)möblierung mögl.
32545 Bad Oeynhausen
Kontakt: (05731) 9 55 42

Stellenangebote

MK – Iserlohn (30 Min. Fahrzeit von Bochum / Dortmund) Alteingesessene Praxengemeinschaft (TP und VT) sucht Kollegen/in zur Reduzierung der Warteliste für 5-20 Std. / Woche. Voraussetzung: Approbation und Arztregistereintrag. pbz – Psychologisches Beratungszentrum
Am Zeughaus 1, 58644 Iserlohn,
Tel. 02371/27339

Wir suchen für unsere Praxis in Erkelenz
eine(n) Psychologische(n)
PSYCHOTHERAPEUTEN(IN)
für Kinder und Jugendliche (VT oder TP)
Jobsharing im Angestelltenverhältnis
Information Di./Mi. 9-17 Uhr
Frans Kochen, Aachenerstr. 75,
41812 Erkelenz, Tel. 02431-945000

Psychologe/in und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut(in) zur Anstellung in Praxis im Süden Münchens gesucht.

Chiffre 100492

Das DIPT e.V. Köln/Much sucht im Rahmen der Kooperationsvereinbarung mit dem Alexianer Krankenhaus in Krefeld für das Zentrum für Psychotraumatologie auf der Akutstation
ab sofort oder für später
eine Psychologische Therapeutin/ Dipl. Psych. mit Traumaweiterbildung
für Tiefenpsychologische und/oder Analytische Psychotherapie für halbe bis 3/4-tel Tage in Festanstellung.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an:
Dt. Inst. für Psychotraumatologie e.V., Springen 26, 53804 Much
oder an heike.lueck@psychotraumatologie.de

Hamburg – 14 m², hell, möbliert, incl. Telefon und Internet, in psychoth. Praxisgemeinschaft Teilzeit ab sofort; Osterstraße 79.

Tel.: 040/244241590.

Sicherstellungsassistent/in für psychotherapeutische Praxis (VT) in Chemnitz ab Ende 2010 für mind. 1 Jahr gesucht. Gruppenbehandlung unter Supervision zum Erwerb der Abrechnungsgenehmigung möglich. Spätere Übernahme 1/2 Praxis möglich, KV-Teilzulassung vorhanden. Tel: 0371/2739441 oder info@psychotherapie-stahl.de

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(-in) zur Anstellung/Praxisassistenz
für Praxis in **Düsseldorf** gesucht, ca. 10-20 Std./Wo.

Tel. 0211/2909783

Biete für Psychotherapeut(in) mit Arztregistereintrag und Approbation Anstellung mit 15 Therapiesitzungen/Woche in norddeutscher Landpraxis mit späterer Übernahme der Praxis, KV-Zulassung vorhanden.
Chiffre 100494

Schnell, einfach und bequem!

Kleinanzeigen schaltet man unter www.ptv-anzeigen.de

Stellengesuch

PP VT spez. Schmerzpsychotherapie, Arztregistereintrag, Befreiung v. KZT-Gutachterantrag, Qualifikation Gruppentherapie sucht Anstellung/Jobsharing mit min. 3 Std./ Woche oder Praxis Raum Bremen/ Umkreis 100km. 0170/3053330

Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Praxiskauf/-verkauf

Das Psychotherapeutenjournal ist das Organ der Psychotherapeutenkammern. Die Psychotherapeutenkammern sind Körperschaften öffentlichen Rechts und als solche den gesetzlichen Regelungen besonders verpflichtet. Wir achten genau darauf, uns an das geltende Gesetz zu halten – auch beim Abdruck von (Klein-) Anzeigen (s. a. PTJ 3/09 S. 231).

Bitte verwenden Sie daher folgende Formulierungen, wenn Sie eine Praxis kaufen oder verkaufen möchten:

- Praxis zu verkaufen; KV Zulassung vorhanden.
- Praxisanteil zu verkaufen; KV Teilzulassung ist möglich.
- Praxis zu kaufen gesucht; KV Zulassung erwünscht.
- Praxisanteil zu kaufen gesucht; KV Teilzulassung erwünscht.

Mit diesen Formulierungen sind alle relevanten Optionen abgedeckt und es wird allen Formalien entsprochen. **Wir erlauben uns, Ihre Anzeige ohne Rücksprache entsprechend anzupassen**. Welche weiteren Beschreibungen der Praxis Sie hinzufügen, ist selbstverständlich Ihnen anheim gestellt.

Ihr Anzeigenteam

Ihre Chiffre-Zuschriften senden Sie bitte in einem zweiten geschlossenen Umschlag an den Verlag:

medhochzwei Verlag GmbH
Frau Sabine Hornig
Chiffre Nr. _____
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Kleinanzeigen

Kleine Anzeigen –
mit GROSSER **Wirkung!**

... und das schon ab
€ 62,– zzgl. MwSt

Qualifizierte Hilfen zum Antragsbericht (z.B. Psychodynamik) vom erfahrenen Dipl.-Psych. in Seminaren, durch tel. Supervision o. in regionalen Sprechstdt. Für TP/AP. Infos und Termine www.pro-bericht.de o. 0163/2371303.

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte **Supervision bei VT-Antragstellung** von
Dipl.-Psychologin
Tel.: 02234/ 949 170
E-Mail: ju_bender@t-online.de

Biete Supervision bei

VT-Antragstellung

www.sorkc.de

Tiefenpsychologisch Fundierte u. analytische Psychotherapie Verhaltenstherapie
Supervision bei der Erstellung von Berichten an den Gutachter –
Kinder, Jugendl. u. Erwachsene –
Tel. 0421 / 444 700
mail: Berichte@t-online.de

Diplom-Psychologin
bietet
Supervision bei VT-Antragstellung
Tel.: 02371 / 965072
supervision-vt-berichte@web.de

Tiefenpsychologisch fundierte sowie analytische Psychotherapie
Fallarbeit zu Psychodynamik, Diagnostik und Behandlungsplanung Erwachsene, Kinder und Jugendliche
17 Jahre Erfahrung, Express-Service
Tel.: 0221 / 995 995 – 10,
Fax: 0221 / 995 995 – 11
Mo.-Do. 9:00-15:00 Uhr,
Fr. 9:00-10:00 Uhr

Aktive Imagination nach C.G. Jung
Jahresgruppe 2011 mit
10 Samstagen
Beginn: 22.01.2011
(10 – 17.30 Uhr) und
09.02./26.03./30.04./28.05./25.06./27.08./24.09./05.11./03.12.2011
Anfragen und Anmeldungen:
Dipl.-Psych. Päd. Hanna Wolter,
Tel. 0511-868084,
coaching-wolter@gmx.de

Speziell für **Psychotherapeuten**: Sie wollen ihr **Qualitätsmanagementsystem** aufbauen, aktualisieren oder zertifizieren lassen? Sie möchten Ihre **Praxisorganisation** optimieren?
Ich biete Ihnen hierzu individuelle **Unterstützung / Beratung** an. Kompetent, flexibel, zuverlässig, vertrauensvoll.
Info: C. Thamm, Tel: 040/88128615, qms@clemens-thamm.de

Bericht an den Gutachter:
Verkürzung Ihres bisherigen Zeitaufwands auf 1/4. Supervision zum Bericht. Erfahrene Psychotherapeutin:
info@pradia.de

coaching disc®

Für Therapie und Beratung

www.coachingdisc.de

Mehr Freude beim Antragsverfahren

www.berichte-an-den-gutachter.de

www.bericht-abgelehnt.de

Ratgeberbücher für Psychotherapeuten
- umfassend recherchiert
- wissenschaftlich fundiert
- verständlich formuliert
- vielfach bewährt
www.psychologenverlag.de

Qualifizierte, kompetente und zeitnahe **Supervision** bei der Erstellung von **VT-Anträgen** (Erwachsene) durch Psych. Psychotherapeutin.
vt.supervision@yahoo.de

Tiefenpsychologie nach C.G. Jung
2011
Zertifizierte Fortbildungsseminare auf der Insel Sylt
An vier Wochenenden in den verschiedenen Jahreszeiten
Veranstalter:
C.G. Jung Gesellschaft Hamburg in Kooperation mit der Sylter Fortbildungsgesellschaft
Info: Tel. 040 – 22 75 92 61
www.cgjunggesellschaft-hamburg.de
www.sylter-fortbildungsgesellschaft.de

Psychodiagnostisches Testmaterial günstig abzugeben.(Hawik, Hawie, etc.)

Tel. 089/989819

Transpersonale Psychologie - Spiritualität in der Psychotherapie -
Grundlagenkurse in Berlin:
www.transzendentale-psychologie.de
mail@transzendentale-psychologie.de
Tel. 030-49851850

Kompetente und seriöse Supervision bei der Erstellung von Berichten an den Gutachter (VT):
– langjährige Erfahrung
– kurzfristige Termine
– professionell und individuell
– günstige Konditionen
Telefon: 0221/8282 3113
E-Mail: Berichte-VT@t-online.de

Coaching / Supervision
zur Fallarbeit
bei TP Antragsberichten
für Erwachsene
Infos unter:
Tel.: 040 / 53 69 32 62
Mobil.: 0152 / 08 61 51 13
service@psychpraxMussbach.de

VT

Fallarbeit zu Diagnostik, Verhaltensanalyse und Behandlungsplanung

QM (als Berater vom BMWi anerkannt)
Unterstützung und Beratung beim Qualitätsmanagement und bei der Erstellung des QM-Handbuchs

Fon: 02 21 –16 97 98 16
Fax: 02 21 –16 97 98 17
Mo. –Fr. 8:30 –12:00 Uhr

team@pp-rose.de

Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Leistungsantrag

Wir möchten unsere Leser darauf hinweisen, dass ein Abgeben von Fallarbeit oder des Bericht-Schreibens an Dritte sowie die Übernahme von fertigen Textbausteinen gegen die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung verstößt. Keine Einwendung besteht dagegen, wenn hierzu Supervision/Intervision oder Fortbildungsveranstaltungen in Anspruch genommen werden.

Ihr Anzeigenteam

Branchenverzeichnis

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Für die Anzeigen sind die Inserenten verantwortlich. Eine Überprüfung der Angaben durch die Psychotherapeutenkammern findet nicht statt.

Akademie bei König & Müller
Semmelstraße 36/38
D-97070 Würzburg
Tel. 0931-46 07 90 33
akademie@koenigundmueller.de
www.koenigundmueller.de

Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp)
Bundesakademie
Postfach 13 43, 72003 Tübingen
Tel.: 0700 23723700
Fax.: 0700 23723711
bundesakademie@afp-info.de
www.afp-info.de

AVT Köln GmbH
Akademie für Verhaltenstherapie
Venloer Str. 47-53
50672 Köln
Tel.: 0221 – 42 48 570
info@avt-koeln.org
www.avt-koeln.org

BIF e.V.
Berliner Institut für Familientherapie- Systemische Therapie- Supervision – Beratung und Fortbildung e.V.
Dudenstr. 10, 10965 Berlin
info@bif-systemisch.de
www.bif-systemisch.de

Deutsche Akademie für Psychoanalyse
Goethestr. 54, 80336 München
Tel.: 089 - 53 96 74/75
info@psychoanalysebayern.de
www.psychoanalysebayern.de

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (dgvt)
Fort- und Weiterbildung
Postfach 13 43; 72003 Tübingen
Tel.: 07071-9434-34
Fax: 07071-9434-35
awk@dgvt.de
www.dgvt.de

Deutsches Institut für Psychotraumatologie e.V.
Telefon: 02245-9194-0
www.psychotraumatologie.de
Zert. WB f. app. PPT, Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie

EMDR-Institut Deutschland
51427 Bergisch Gladbach
02204-25866
info@emdr-institut.de
www.emdr.de

FAM.THERA.INSTITUT für Familientherapie und Systemische Beratung
Lauterbacher Str. 22
4668 Grimma OT Bernbruch
Tel.: 03437/762871
Fax: 03437/702876
fam.thera@t-online.de
www.fam-thera.de

FoBiS
Systemisches Institut für Bildung, Forschung und Beratung, Psychotherapeutische Praxis
Altdorfer Str. 5
71088 Holzgerlingen
Tel.: 07031/ 60 59 88
info@fobis-online.de
www.fobis-online.de

Fort- und Weiterbildungsinstitut MFK Münchner FamilienKolleg
Pfarrstr. 4, 80538 München
Tel.: 089 - 22 29 92
mfk.familienkolleg@t-online.de
www.mfk-fortbildung.de

Fortbildung Klinische Hypnose
in Darmstadt. Veranstalter: DGH
Tel.: 06033/73667 oder
www.hypnoseausbildung.de

GIPP e.V. Deutsche Gesellschaft für Integrative Paartherapie und Paarsynthese
Keplerstr. 35, 22763 Hamburg
Tel. 040-79301010, Fax 040-3907007
info@ullaholm.de
www.paarsynthese.de

INNTAL INSTITUT
NLP und Systemische Ausbildung
Anerkannt von PTK und Ärztekammer
In München, Rosenheim, Ulm, am Bodensee und in Norddeutschland alle Termine auf
www.inntal-institut.de
INNTAL INSTITUT, Dipl.-Psych. Claus & Daniela Blickhan
mail@inntal-institut.de

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

www.psycho-vision.de
Virtuelle Realität in der Angstbehandlung www.cme-pt.de Zertifizierte Online-Fortbildung

Helm-Stierlin-Institut
Schloß-Wolfsbrunnenweg 29
69118 Heidelberg
Tel.: 06221-71409-0
Fax: 06221-71409-30
info@hsi-heidelberg.com
www.hsi-heidelberg.com

IGW Institut für integrative Gestalttherapie
Theaterstr. 4, 97070 Würzburg
Fon: 0931/354450
Fax: 0931/3544544
info@igw-gestalttherapie.de
www.igw-gestalttherapie.de

Institut für Psychotherapie Potsdam
Rosa-Luxemburg-Straße 40
14482 Potsdam
Tel.: 0331/235 31 33
www.ifp-potsdam.com

Institut für Systemaufstellungen ISA Berlin
Schustehrusstr. 27
10585 Berlin
Tel. 030-3424593
Fax 030-34702308
mail@isa-berlin.de
www.isa-berlin.de

Institut für Traumatherapie Oliver Schubbe
Curricula Psychotraumatherapie, (EMDR-) Vertiefungsseminare und Brainspotting, kammerzertifiziert
Tel.: 030-4642185
info@traumatherapie.de
www.traumatherapie.de

Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin u. Sexuologie (IVS)
Nürnberger Str. 22,
90762 Fürth
Tel.-Nr. 0911 / 78 72 72 7
FAX: 0911 / 78 72 72 9
ambulanz@ivs-nuernberg.de
www.ivs-nuernberg.de

milton erickson institut berlin
wartburgstr. 17, 10825 berlin
fon & fax: 030 . 781 77 95
büro: do 9 - 12 uhr
mail@erickson-institut-berlin.de
www.erickson-institut-berlin.de

Münchner Institut für Traumatherapie (MIT)
Leitung: **Prof. Dr. Willi Butollo**
Zertifizierte Aus-/Fortbildung
Integrative Traumatherapie & Dialogische Exposition
Information und Termine:
www.trauma-ambulanz.com

Thies Stahl Seminare
Dipl.-Psych. Thies Stahl
Aus- und Fortbildung in NLP, Coaching, Mediation und Systemischer Aufstellungsarbeit
Tel.: 04106 124388
Fax: 03212 8478245
TS@ThiesStahl.de
www.ThiesStahl.de

Buchhandel/Verlage

CIP-Medien Verlagsbuchhandlung
Nymphenburger Str. 185,
80634 München
Tel. 089-130793-21,
cipmedien@aol.com
www.cip-medien.com

Psychotherapeutenverlag Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Im Weiher 10
D-69121 Heidelberg
Tel.: (0 62 21)4 89-0
Fax: (0 62 21) 4 89-52 9
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
anzeigen@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de
www.ptv-anzeigen.de

Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften
Hölderlinstr. 3
70174 Stuttgart
Tel. ++49 0711 22987-0
Fax ++49 0711 22987-50
info@schattauer.de
www.schattauer.de

Verlag Hans Huber
Hogrefe AG
Länggassstr. 76
CH 3000 Bern 9
www.verlag-hanshuber.com

Kliniken/Rehazentren

Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie
Tibusstr. 7-11
48143 Münster
Tel. 0251/4810-100
Fax. 0251/4810-105
info@c-d-k.de
www.c-d-k.de

Fachklinik Waren (Müritz)
Auf dem Nesselberg 5, 17192 Waren
Tel.: 01803/244142-0
Fax: 01803/244142-404
info@fachklinik-waren.de
www.fachklinik-waren.de

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt
Schön Kliniken
Birkenweg 10, 24576 Bad Bramstedt
Tel.: 04192/5040
Fax: 04192/504550
KlinikBadBramstedt@schoen-kliniken.de
www.schoen-kliniken.de

Medizinische Versorgungszentren

Timmermann und Partner MVZ für körperliche und Psychische Gesundheit
Marienstraße 37, 27472 Cuxhaven
Tel. 04721-393650 + 04721/396351
mail@timmermann-und-partner.de

Softwareanbieter

ergosoft GmbH
Postfach 12 26
67446 Haßloch
Hotline: 06234/5995-11/-12-/13
Tel.: 06324/5995-0
Fax: 06324/5995-16
ergosoft@t-online.de
www.psychodat.de

PsyDV
Dipl.-Psych Dieter Adler
Heckenweg 22
53229 Bonn
Tel.: 08105-012214
www.antrag-pro.de

epikur software
Praxisverwaltung Psychotherapie
Tel.: 030-644 924 730
www.epikur.de

Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal" publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Das „Psychotherapeutenjournal" ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet. Leserbriefe und andere Beiträge zu kammerspezifischen Themen werden nicht im redaktionellen Teil der Zeitschrift abgedruckt. Sie werden von den jeweiligen Landeskammern selbst bearbeitet und können ggf. auf ihren Mitteilungsseiten veröffentlicht werden.

Herausgeber
Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat
Prof. Dr. Rainer Richter (BPtK), Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Prof. Dr. Jürgen Hoyer (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Bernhard Morsch (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

Anschrift Redaktion
Karin Welsch
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
welsch@ptk-bayern.de

Anzeigen
Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

Verlag
Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/91496-12; Fax: 06221/91496-20, annette.kerstein@medhochzwei-verlag.de

Satz
Strassner ComputerSatz
69181 Leimen

Druck
Vogel Druck und Medienservice
97204 Höchberg

Bezug und -bedingungen
Inland € 72,– (inkl. Versandspesen)
Ausland € 75,– (inkl. Versandspesen)
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 43,– (inkl. Versandspesen)
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

Abonnementservice
medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg, Frau Sabine Hornig, aboservice@medhochzwei-verlag.de, Tel. 06221/91496-15, Fax 06221/91496-20

Erscheinungsweise
Das „Psychotherapeutenjournal" erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

Urheber- und Verlagsrechte
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Manuskripte
Redaktionsschluss für die Ausgabe 2/2011 ist der 11. März 2011, für Ausgabe 3/2011 der 24. Juni 2011. Manuskripte sind elektronisch (CD, Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen (mit Leerzeichen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.
Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung", herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.
Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal", in der ihr Beitrag erschienen ist.

Rechtseinräumung
Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).
Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

a) Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
b) das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
c) das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z. B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung –, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
d) das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z. B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung.

Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.