

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die politische Vernunft hat – vorerst – obliegt und der große Lauschangriff auf unsere Praxen wird wohl nicht stattfinden. Andere Dinge halten die Politik und die Spieler am gesundheitspolitischen Schachbrett für uns gleichwohl bereit: neuer EBM, HealthProfessionalCard (vulgo: digitaler Behandlerausweis), Neugestaltung der Vertragslandschaft, integrierte Versorgung, Kliniksterben, Beratungsstellenkürzungen, BAT-Neukonzeption – um nun nur einiges zu nennen. Bei den genannten Punkten ist für die Kammern allerdings auch Anlass zur Hoffnung, vom „Katzentisch“ wegzukommen und sich in die Diskussion einschalten zu können. Die Kammern müssen die Chancen nützen, auch wenn dies manchmal Kolleginnen und Kollegen beunruhigt, die ihr angestammtes Bild von Psychotherapie unbedingt bewahren möchten, und sei es, dass sie dafür den Kopf tief in den Sand stecken müssen. Der Redaktionsbeirat ist bei allen Differenzen, die es auch in ihm gibt, von einem Psychotherapiebild bestimmt, in dem Herausforderung, Entwicklung, Neuorientierung und Veränderung positiv gesehen werden, auch wenn wir uns die Anlässe der Veränderung nicht immer selbst herausuchen können, wie z.B. bei der Fortbildung. Wo die Kammern politische Vorgaben abarbeiten müssen, kocht der Unmut dann oft hoch, manchmal auch in Leserbriefen an das PTJ. Der Redaktionsbeirat hat in dem Zusammenhang einhellig bekräftigt, dass im Inhaltsteil des PTJ nur länderübergreifende Anliegen veröffentlicht werden, während Texte – und darunter auch Beschwerden –, die auf eine Landeskammer bezogen sind, an diese verwiesen werden. Die Diskussion kann dann eventuell auf den Landesseiten geführt werden.

In diesem Heft fahren wir fort, den „state of the art“ der Psychotherapieforschung darzustellen. Diesmal kommt ein Autor zum Zuge, der über alle Schulengrenzen hinweg Anerkennung und großes internationales Renommee besitzt: **Peter Fonagy** (Freud Memorial Professor of Psychoanalysis London). Er stellt den Stand der psychotherapeutischen Ergebnissforschung bei den wichtigsten Krankheitsbildern dar. Der umfassende Artikel verlangte eine Zweitei-

lung, so dass Sie auch für die nächste Nummer auf weitere Störungsbereiche und die zusammenfassende Diskussion noch gespannt sein dürfen.

Inge Frohburg (em. Professorin Humboldt-Universität Berlin) versucht, eine Lücke zu schließen, die Kommer und Wittmann (2003) in von Frohburg kritizierter Einseitigkeit offen gelassen hatten. Die komplizierte Geschichte der Psychotherapie in der DDR ist noch nicht geschrieben. Da hatten die „Westler“ Kommer und Wittmann sich nicht zu Hause gefühlt. Frohburg liefert nun wichtige Daten nach und beschreibt die bedeutsamen Entwicklungsstränge. Ihre Darstellung fordert zugleich zu einer weiteren Vertiefung der Diskussion heraus: zum Bezug auf die geschichtlichen Prozesse in Faschismus, Stalinismus und Kaltem Krieg. Politische, ideologische und kulturelle Kontroversen, aus denen sich unser Fach speist, verlangen nach einer Fortsetzung der Diskussion zur Geschichte der Psychotherapie in West und Ost.

Handfeste Information zu unserer Gebührenordnung GOP liefert **Dieter Best**. Das scheint dringend geboten zu sein, weil die GOP immer noch nicht selbstverständlich und weithin bekannt ist, obwohl sie doch die Abrechnungsgrundlage unserer Profession im Bereich der Beihilfe und im Bereich der privaten Abrechnung ist.

Hans Fischer, ein erfahrener Vorsitzender Richter (und Vorsitzender des Berufsgerechts der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg) setzt sich mit Aussagehindernissen und Aussageproblemen für Psychotherapeuten im Strafprozess bei laufenden psychotherapeutischen Behandlungen auseinander. Er relativiert die von Psychotherapeuten geäußerten Bedenken bzgl. einer negativen Rückwirkung auf die Therapiebeziehung stark. Deshalb sollen auch die Meinungen aus den Gruppen unserer Profession, die hier eher Probleme sehen, in der nächsten Nummer zur Darstellung kommen.

Aus der Praxis der Psychotherapie in der medizinischen Rehabilitation am Beispiel



der Kardiologie schreibt kenntnisreich **Stefan Lueger** (Bad Kissingen). Die von ihm aufgeworfenen Fragen müssen die ganze Profession beschäftigen und nicht nur die Kollegen in Kliniken, denn im Bereich der Rehabilitation werden sich künftig große Chancen für den Einsatz unserer Kompetenzen bieten.

Auch die Rubrik „Recht: Aktuell“ von **Hartmut Gerlach** fehlt in diesem Heft nicht, ebenso wenig eine Buchrezension, diesmal von **Detlef Bunk** über Vogel & Wasem „Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie“ (2004). „Aktuelles aus der Forschung“, stammt diesmal aus der Feder der Berliner Kollegen **Thomas Lecher** und **Manfred Thielen**, ergänzt durch einen Beitrag von **Andrea Benecke** zur Wirksamkeit von Lebensstiländerungen bei Diabetes.

Und dann noch eine Empfehlung: Ein Studium der Landesseiten auch „fremder“ Landeskammern lohnt sich. Neben der Pflicht mit ihren vielen gemeinsamen Standards findet sich auch eine Kür, eine lebendige Fülle von Planungen und Aktivitäten. Die Kammern leben, und ihre Zeitschrift, die auflagenstärkste Psychotherapiezeitschrift im Lande, spiegelt es wider.

*Anregende Lektüre wünscht Ihr
Lothar Wittmann (Niedersachsen)
für den Redaktionsbeirat des
Psychotherapeutenjournals*

Inhalt

Editorial	201
Artikel	204
<i>Fonagy, P. & Roth, A.</i> Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen, Teil I	204
Die Autoren stellen die Ergebnisse einer Übersichtsarbeit zur Effektivität psychologisch-psychotherapeutischer Interventionen bei den wichtigsten psychischen Störungen bzw. Störungsgruppen vor (hier in Teil I: Depressionen, Phobien, Zwangsstörungen, PTBS, Schizophrenien und bipolare Störungen). Die Arbeit basiert im Wesentlichen – jedoch nicht ausschließlich – auf systematischen Reviews randomisierter kontrollierter Studien, wobei anhand der Einschlusskriterien ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Standards der evidenzbasierten Medizin und klinischer Relevanz angestrebt wurde. Teil II folgt in Heft 4/04	
<i>Best, D.</i> Novellierung der GOÄ / GOP dringend erforderlich	219
Die Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) verweist auf die GOÄ und ihren völlig veralteten Leistungskatalog. Die Leistungen der Psychotherapeuten sind in der GOP nicht angemessen repräsentiert und ihre Anwendung führt zu vielen Abrechnungsproblemen. Eine Novellierung ist dringend geboten. Der Beitrag benennt die Optionen für eine Novellierung und die Forderungen der Bundespsychotherapeutenkammer an eine moderne, den Bedürfnissen der Psychotherapeuten gerecht werdende Gebührenordnung.	
<i>Lueger, S.</i> Psychotherapie in der medizinischen Rehabilitation	221
Der Artikel beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit Klinische Psychologen in der medizinischen Rehabilitation auch psychotherapeutisch tätig sind. Am Beispiel der kardiologischen Rehabilitation wird aufgezeigt, dass Psychotherapie ein wichtiger Bereich im Tätigkeitsfeld für Psychologen/Psychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation darstellt.	
<i>Fischer, H.</i> Schwurgericht und Psychotherapeut im Spannungsfeld zwischen Wahrheitsfindung und Patientenschutz	228
Das Strafgericht muss in der Hauptverhandlung die Zeugen im Gerichtssaal in Anwesenheit aller Beteiligten, auch des Angeklagten, direkt sehen und hören. Dies verlangt die deutsche Strafprozessordnung (StPO). Der Psychotherapeut, der einen meist sehr wichtigen Zeugen, nämlich einen traumatisierten Patienten, behandelt, befürchtet bei dieser Konfrontation, insbesondere mit dem Angeklagten, eine Retraumatisierung. Der Therapeut möchte den Zeugen / seinen Patienten am liebsten „sperrn“, um ihn zu schützen. Lösungen dieses Dilemmas bietet die StPO an. Um diese Lösungen zu realisieren, ist für das Gericht die auf Zusammenarbeit ausgerichtete sachverständige Hilfe des Therapeuten erforderlich. In dem Beitrag wird auch über das neue Vergütungsrecht für Sachverständige informiert.	
<i>Frohburg, I.</i> Vergessene Daten - Zur Entwicklung der Psychotherapie in der DDR	231
Den Beitrag von Kommer und Wittmann über die Entwicklung der Psychotherapie in Deutschland im Psychotherapeutenjournal 2/2002 ergänzend werden Entwicklungsetappen der Psychotherapie in der DDR und die sie im Wesentlichen charakterisierenden Ereignisse beschrieben sowie nach Ansicht der Autorin beachtens- und bewahrenswerte Aspekte dieser Entwicklung genannt.	
Recht: Aktuell	235
<i>Gerlach, H.</i>	
Aktuelles aus der Forschung	239
<i>Thielen, M. & Lecher, T.</i> <i>Benecke, A.</i>	

Buchrezensionen	243
<i>Bunk, D.</i>	
<i>Vogel, H. & Wasem, J. (Hrsg.) (2004): Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie</i>	
Nachruf Karin Flamm	245
<i>Schmid, V.</i>	
Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern	247
Bundespsychotherapeutenkammer	247
Baden-Württemberg	251
Bayern	255
Berlin	259
Bremen	263
Hamburg	268
Hessen	272
Niedersachsen	277
Nordrhein-Westfalen	281
Rheinland-Pfalz	285
Schleswig-Holstein	289
Kleinanzeigen	293
Kontakt Daten der Kammern / Inserentenverzeichnis	295
Impressum	296

Dieser Ausgabe liegt für Mitglieder in Nordrhein-Westfalen
ein Einhefter in der Mitte des Heftes bei.

PSYCHOHOLIC®
Psychologie & Neue Medien

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

DiagnoPro

Kassengutachtenerstellung schnell und einfach per PC

- Komplette integrierter ICD-10 Katalog
- Erstellen individueller Behandlungspläne
- Formulierungs- und Behandlungsvorschläge
- Beispielgutachten und Textbausteine
- EDV-Anamnesebogen

Psydea

Fragebogendiagnostik direkt am Computer

- Generieren von Fragebogenbatterien
- Übertragen eigener Paper&Pencil-Formulare auf den PC
- Automatisches Erstellen von Normtabellen
- Grafische und numerische Auswertungen
- Ausführliche Berichte zum Ausdrucken

Rheindorfer Str. 55 - 53225 Bonn - Tel.: 0228-9469780 - info@psychoholic.de - www.psychoholic.de

Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen*

Peter Fonagy¹ und Anthony Roth²

¹ Freud Memorial Professor of Psychoanalysis, University College, London
Chief Executive, The Anna Freud Centre, London

² Joint Course Director, Doctorate in Clinical Psychology, University College, London

Die vorliegende Arbeit wurde anlässlich eines Vortrages auf dem Symposium zur Förderung der Psychotherapieforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) am 20. und 21. Juni 2003 in Mainz erstellt.

Die Arbeit basiert auf den Ergebnissen eines Gemeinschaftsprojekts mit Dr. Anthony Roth. Die zweite Ausgabe unserer gemeinsamen Monographie „What works for whom“ wird zurzeit für eine Veröffentlichung vorbereitet. Dr. Roth ist Senior Author dieses Buches und haupt-

sächlich für die systematische Erfassung dieser sehr umfangreichen Literatur verantwortlich. Dr. Elizabeth Allison hat bei der Vorbereitung der Arbeit äußerst wertvolle Unterstützung geleistet. Für die Fehler im Vortrag bin jedoch ausschließlich ich verantwortlich.

Inhalt Ausgabe 3/2004

1. Einleitung	205	3.3. Kognitive Remediation	212	5.2. Erkenntnisse für die Zukunft	215
2. Depression	205	3.3.1. Der Status quo	212	6. Zwangsstörungen	215
2.1. Der Status quo	205	3.3.2. Erkenntnisse für die Zukunft	212	6.1. Der Status quo	215
2.2. Erkenntnisse für die Zukunft	209	3.4. Abschließende Bemerkungen zur Schizophrenie	212	6.2. Erkenntnisse für die Zukunft	216
3. Schizophrenie	210	4. Bipolare Störungen	213	7. Posttraumatische Belastungsstörungen	216
3.1. Familieninterventionen	210	4.1. Der Status quo	213	7.1. Der Status quo	216
3.1.1. Der Status quo	210	4.2. Erkenntnisse für die Zukunft	214	7.2. Erkenntnisse für die Zukunft	218
3.1.2. Erkenntnisse für die Zukunft	211	5. Spezifische Phobien und soziale Phobien	215		
3.2. Kognitive Verhaltenstherapie	211	5.1. Der Status quo	215		
3.2.1. Der Status quo	211				
3.2.2. Erkenntnisse für die Zukunft	212				

Inhalt Ausgabe 4/2004

Essstörungen		Substanzmissbrauch		Pragmatische Studien	
Anorexia nervosa		Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch		Klinische Leitlinien	
Der Status quo		Der Status quo		Das Gehirn und der Geist	
Erkenntnisse für die Zukunft		Erkenntnisse für die Zukunft		Wissenschaft und Wissenschaftlichkeit	
Bulimia nervosa		Kokain			
Der Status quo		Der Status quo			
Erkenntnisse für die Zukunft		Erkenntnisse für die Zukunft			
Persönlichkeitsstörungen		Diskussion			
Psychodynamische Therapie		Evidenz für evidenzbasierte Praxis			
Der Status quo		Das Fehlen von Evidenz oder Evidenz für Unwirksamkeit			
Erkenntnisse für die Zukunft		Die Tragweite der Aufgabe			
Kognitive und dialektische Verhaltenstherapie		Das ideale Ergebnisforschungsprogramm			
Der Status quo					
Erkenntnisse für die Zukunft					

* Übersetzung von Dipl.-Übers. Susanne Haeger, Heidelberg und Dipl.-Dolm. Christine Blankerts, Heidelberg

1. Einleitung

Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre setzte sich in einer wachsenden Zahl von Bereichen der Medizin die Ansicht durch, dass es wünschenswert sei, den klinischen Standpunkt durch zuverlässige, empirisch fundierte Beobachtung zu ersetzen, die im Idealfall auf randomisierte kontrollierte Studien gestützt sein sollte. Aus Studien über psychologische Therapien wurde plötzlich die Daseinsberechtigung für weit verbreitete Verfahren und sogar ganze Berufe. Als Reaktion auf diese Forderung wurden allerorten Reviews der „Evidenzbasis“ erstellt, unabhängig davon, ob sich die Autoren über die Grenzen der Forschung, auf die sich ihre Arbeiten stützen, ganz im Klaren sind (Roth & Parry, 1997). Insofern ist es hilfreich, dass in Großbritannien jetzt nationale politische Leitlinien entstehen, die mit großer Sorgfalt und auf Konsensbasis entwickelt werden. So wurden beispielsweise evidenzbasierte Psychotherapieleistungen zum nationalen Ziel erklärt (NHS Executive, 1996), und es gibt inzwischen klare Leitlinien für Überweisungen an den Facharzt bei Vorliegen einer der vier wichtigsten psychischen Erkrankungen (Department of Health, 2001).

Bei welchen Störungen und Behandlungen kann denn nun von Psychotherapeuten im Normalfall erwartet werden, dass sie über die fachliche Kompetenz verfügen, eine geeignete Intervention vorzunehmen?

Unsere kürzlich durchgeführte Untersuchung über die Effektivität psychologischer Interventionen bei den Hauptarten psychischer Probleme (z. B. Depression, Phobien, Zwangsstörungen, PTBS, Essstörungen, Schizophrenie, bipolare Störungen, Persönlichkeitsstörung und Substanzmissbrauch (Roth & Fonagy, 1996; Roth & Fonagy, im Druck)) bildet die Grundlage meines Vortrags. Er behandelt eine Vielzahl der wichtigsten Diagnosekategorien; es war jedoch leider nicht möglich, alle Kategorien abzudecken. Ich werde dem Thema Depression größere Ausführlichkeit widmen und hierbei auch einige nicht-diagnosespezifische Aspekte der Psychotherapieforschung behandeln. Zu den wichtigeren Themen, auf die ich nicht eingehe, zählen Beruhigungsmittelmissbrauch, ältere Menschen, Panikstörungen, generalisierte Angststörung sowie sexuelle Dysfunktionen.

Unsere Arbeit basiert im Wesentlichen – jedoch nicht ausschließlich – auf systematischen Reviews randomisierter kontrollierter Studien; eine ausschließliche Verwendung dieser Methodik wäre nach unserem Ermessen unangebracht. Entsprechend dem Scientist-Practitioner-Modell folgt die Entwicklung vieler Innovationen in der Psychotherapie einer Hierarchie der Vorgehensweisen, beginnend bei der klinischen Beobachtung, die sich auf die klinische Theorie stützt und mit ihr verbunden ist. Hierauf folgen Versuche in kleinem Maß-

stab. Anschließend werden die Ergebnisse in offenen Studien getestet, um dann in randomisierten Studien einer vollumfänglichen wissenschaftlichen Prüfung unterzogen zu werden. Von dieser Grundlage ausgehend waren wir sehr daran interessiert, gut durchgeführte und klinisch relevante Forschungsarbeiten einzubinden, wobei wir bei unseren Einschlusskriterien ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Forschungsdisziplin und klinischer Relevanz gewährleisten. Unsere Beschränkung auf die englischsprachige Literatur stellt eine größere und bedauerliche Einschränkung unserer Arbeit dar. Alle von uns gewonnenen Erkenntnisse in diesem Vortrag zusammenfassen zu wollen wäre unangebracht und auch unpraktisch; indem wir uns aber auf einige wenige Störungen konzentrieren, ist es möglich, einen ersten Eindruck von unseren Ergebnissen zu vermitteln, das Gelernte aufzuzeigen und Anregungen für eine nutzbringende Entwicklung der Forschung zu geben.

2. Depression

2.1. Der Status quo

Depression ist weltweit eine der häufigsten Ursachen für Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit (Weltgesundheitsorganisation, 2001), und entsprechend liegt umfassende Evidenz für die kurzfristige Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei depres-

Klinik für Psychosomatische Medizin

Sebastian-Kneipp-Allee 3a/5
87730 Bad Grönenbach
Telefon (0 83 34) 9 81-100
Telefax (0 83 34) 9 81-299
www.kliniken-groenenbach.de
info@kliniken-groenenbach.de

Eine Fachklinik der
Wittgensteiner Kliniken
Aktiengesellschaft
www.wka.de · info@wka.de

Psychosomatik Bad Grönenbach

An der Klinik für Psychosomatische Medizin Bad Grönenbach wurde in 25 Jahren ein Konzept entwickelt, das auf dem Hintergrund humanistischer Werte psychodynamische Therapie mit erlebnisaktivierenden Verfahren und störungsspezifischen Elementen der Verhaltenstherapie verbindet.

Klinikschwerpunkte:

Depressionen, Essstörungen (Bulimie, Anorexie, Adipositas), Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Somatoforme Störungen, Psychosomatische Krankheiten (z. B. Colitis), Abhängigkeitserkrankungen (nur in Verbindung mit anderen psychischen Störungen), Störungen der Persönlichkeitsentwicklung (v. a. Borderline-Persönlichkeitsstörung), Reifungs- und Entwicklungskrisen, Burn-out, Mobbing-Betroffene.

Eine störungsspezifische Konzeptbeschreibung finden Sie auf unserer Homepage.

Suchen Sie Unterstützung bei der Antragstellung für Ihre Patienten:
Info-Hotline: Telefon (0 83 34) 9 81-138 · arztsekretariat@kliniken-groenenbach.de

siven Episoden vor. In der jüngeren Literatur (Narrow, Rae, Robins & Regier, 2002) wird angeführt, dass die Prävalenzraten von Depression überschätzt wurden, da sie nicht berücksichtigten, inwieweit Symptome zu Hilfe suchendem Verhalten führten und ein signifikantes Maß an Leiden zur Folge hatten. Die Ein-Jahres-Prävalenz depressiver Episoden bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 54 liegt bei 4,5; bei Dysthymie beträgt der Wert 1,6. Dies mag zwar eine konservative Schätzung sein, doch wahrscheinlich ist sie als Indikator für den Versorgungsbedarf hilfreich. Es gibt Anzeichen, dass die Prävalenzraten von Depression insgesamt steigen, insbesondere bei jungen Menschen (Fombonne, 1998). *Auf Grund des demographischen Wandels und der hohen Prävalenz von Depression bei älteren Erwachsenen ist es dringend erforderlich, effektive Therapien für diese Altersgruppe zu ermitteln.* Zwar erholt sich ein bedeutender Anteil (vermutlich etwa 40%) der Patienten mit depressiven Episoden innerhalb eines Jahres und bei 60% ist nach zwei Jahren eine Erholung zu verzeichnen, doch ein Wiederauftreten ist sehr wahrscheinlich: In 85% der Fälle, in denen eine Erholung erreicht wurde, kommt es innerhalb 15 Jahren zu einem Rezidiv (Judd et al., 1998; Mueller & Silverman, 1989; Wells, Burnam, Rogers, Hays & Camp, 1992).

Die ehrgeizigste Studie im Rahmen des NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program zeigte mehr als deutlich, dass bei einer nur 16-wöchigen psychotherapeutischen Behandlung (KVT, IPT) nur bei wenigen Patienten eine Erholung eintritt und anhält. Interventionen dieser Dauer reichen bei der Mehrheit der Patienten nicht aus, um ein ausreichendes Funktionieren aufrechtzuerhalten. Die Daten dieser Studie wurden anderen Forschern zur Verfügung gestellt, und einige von ihnen führten Post-hoc-Analysen durch, in dem Versuch, einen Bezug zwischen bestimmten Merkmalen der durchgeführten Behandlung und dem Behandlungsergebnis herzustellen. Obgleich die Ergebnisse in vielen Fällen faszinierend sind, haben sie doch keine wesentlichen Veränderungen der Implikationen zur Folge, die sich aus den ursprünglichen Schlussfolgerungen der Studie ergeben

hatten. Das verhältnismäßig schlechte Abschneiden der KVT in den NIMH-Studien (78% der Probanden zeigten eine klinisch signifikante Verbesserung auf der Hopkins Symptom Checklist gegenüber 93% bei IPT) (Ogles, Lambert & Sawyer, 1995), insbesondere bei Patienten mit einer schwereren Depression, war Anlass, die relative Effektivität von KVT und medikamentöser Behandlung einer gründlichen Neubewertung zu unterziehen. Die in jüngster Zeit an zwei Standorten durchgeführte Forschung (Pennsylvania University und Vanderbilt University, Derubeis & Hollon, 2002) ergab, dass die Ansprechraten von Pharmakotherapie und KVT nach 16 Wochen mit etwa 57% gleichauf lagen. Eine Reihe weiterer gut kontrollierter Studien legen alle dieselben Schlussfolgerungen nahe: Kurzzeittherapien haben einen deutlichen, aber nur kurz andauernden Effekt auf eine Depression, und die langfristige Wirksamkeit von Akutbehandlungen erweist sich bei der Mehrheit der Patienten als verhältnismäßig gering. Nur bei einem Drittel bis einem Viertel einer beliebigen Stichprobe kann erwartet werden, dass auch nach 18 Monaten die Erholung noch anhält und kein Rezidiv eingetreten ist (Barkham et al., 1996; Shapiro et al., 1994; Shapiro et al., 1995; Shea, Elkin et al., 1992). Infolge dieser Erkenntnisse konzentriert sich die Forschung nun auf Methoden der Rückfallprävention, bei denen kurze Interventionsperioden von weniger intensiven Erhaltungsbehandlungen abgelöst werden (z. B. Jarrett et al., 1998; Jarrett et al., 2001; J. D. Teasdale et al., 2000). Diese berechtigen zu Hoffnung, besonders für Patienten mit instabilem Remissionsmuster, die mehr als eine depressive Episode hatten und deren erste Episode im frühen Jugendalter auftrat. Meta-Analysen jüngeren Datums (z. B. Geddes et al., 2003) haben gezeigt, dass fortgesetzte medikamentöse Therapien auch helfen können, die Wahrscheinlichkeit nachfolgender depressiver Episoden zu verringern. Berücksichtigt man die zunehmende Evidenz, dass psychologische Therapien geeignet sind, die Latenz bis zum Auftreten eines Rezidivs zu verlängern, scheint es wahrscheinlich, dass eine wohl überlegte Kombination pharmakologischer und psychologischer Interventionen den Verlauf einer Depression wesentlich beeinflussen könnte. *Die pharmakologisch-psy-*

chotherapeutische Rezidivprophylaxe bei depressiven Episoden stellt somit ein Forschungsziel für die Zukunft dar.

Ob Pharmakotherapie und psychologische Therapien am besten als alternative oder einander begleitende Ansätze betrachtet werden sollten, ist eine interessante Frage. In klinischen Leitlinien wird zwar häufig von den additiven Vorteilen einer Medikation ausgegangen, doch Forschungsarbeiten äußern sich überraschend unbestimmt zu den Vorteilen einer Kombination der Therapien (z. B. Casacalenda, Perry & Looper, 2002; DeRubeis, Gelfand, Tang & Simons, 1999; Thase et al., 1997). Die Schlussfolgerung scheint berechtigt, dass bei Patienten mit einer schweren Depression die Evidenz für Unterschiede in der Wirksamkeit von alleiniger Pharmakotherapie oder reiner Psychotherapie gering ist und widersprüchlich zu sein scheint. Es besteht zunehmende Evidenz, die vermuten lässt, dass eine Kombination von pharmakologischen und psychologischen Therapien in vielen Fällen schwerer Depression die Strategie der Wahl ist (Burnand, Andreoli, Kolatte, Venturini & Rosset, 2002; Keller et al., 2000). Insbesondere scheint eine erhaltende Psychotherapie mit niedriger Behandlungsfrequenz bei chronisch depressiven Patienten den Vorteil zu bieten, sowohl die Compliance mit medikamentösen Behandlungen zu verbessern als auch unabhängig davon niedrigere Rezidivraten zu fördern (Reynolds, Frank, Perel et al., 1999).

Im Hinblick auf die Art der Therapie befassten sich die umfassendsten Studien mit der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). Sie ist aus der Verhaltenstherapie abgeleitet und konzentriert sich auf maladaptive Kognitionen wie z. B. Selbstbeschuldigungen. Es wurde nachgewiesen, dass die Wirkungen dieser Therapie mit denen der Pharmakotherapie vergleichbar sind (z. B. Blackburn & Moore, 1997; Jarrett et al., 1999; Keller et al., 2000). In einigen Übersichtsarbeiten wurde die Behauptung aufgestellt, dass die mit dieser Art von Therapie verbundenen Effektstärken größer seien als bei anderen psychologischen Behandlungsformen mit der Ausnahme von Verhaltenstherapie (VT) (z. B. Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998).

Eine genauere Überprüfung solcher Forschungsergebnisse offenbart jedoch, dass große Effektstärken bei kognitiven Therapien in der Regel mit Vergleichen verbunden sind, bei denen die Kontroll- bzw. Vergleichstherapie keine „echte“, auf einem soliden theoretischen Grundprinzip aufbauende Therapie ist, wie z. B. Entspannungstherapie (Wampold, Minami, Baskin & Callen-Tierney, 2002). *Als wichtige Schlussfolgerung aus dieser Literatur lässt sich festhalten, dass strukturierte, theoretisch begründete Behandlungsformen klinische Effektivität zu verbürgen scheinen.* Die Wirksamkeit einer Gruppentherapie liegt nur wenig unter der einer Einzeltherapie, jedoch kommt es häufiger zu Therapieabbrüchen (McDermut, Miller & Brown, 2001).

Die Anzahl der Studien über psychodynamische (psychoanalytisch orientierte) Therapien ist relativ gesehen geringer. Kürzlich wurde in zwei Studien die Wirkung psychodynamischer Psychotherapien in Kombination mit einer medikamentösen

Behandlung untersucht. Eine sechsmonatige Behandlung mit 16 Sitzungen (de Jonghe, Kool, van Aalst, Dekker & Peen, 2001), bei der Übertragungsdeutungen explizit ausgeschlossen wurden, belegte einen wesentlichen Vorteil der Kombinationsbehandlung gegenüber einer rein medikamentösen Behandlung (Fluoxetin). In einem Vergleich der Ergebnisse einer alleinigen psychodynamischen Therapie mit denen einer Kombinationsbehandlung mit Antidepressiva (Clomipramin oder Citalopram) stellten Burnand et al. (Burnand et al., 2002) fest, dass in beiden Fällen eine gleich hohe Effektivität zu verzeichnen war. Mindestens ein Review über Studien, welche die kognitive Verhaltenstherapie mit einer psychodynamischen Kurzzeittherapie vergleichen, deutet auf eine vergleichbare Effektivität hin, wenn im Rahmen der psychodynamischen Therapie mindestens 13 Sitzungen angeboten wurden (Leichsenring, 2002).

Die aus der psychodynamischen Therapie abgeleitete interpersonelle Psychotherapie

(IPT) zielt auf die Bewältigung von Problemen im zwischenmenschlichen Umfeld ab, die möglicherweise zur Depression des Patienten beigetragen haben. Die IPT wurde recht umfassend erforscht und als verhältnismäßig effektiver Ansatz zur Verminderung einer Depression erkannt, insbesondere bei Anwendung in Kombination mit Antidepressiva (Reynolds, Frank, Dew et al., 1999; Reynolds, Frank, Perel et al., 1999). Die Paartherapie, ein grundsätzlich interpersoneller Ansatz, wird auf Basis der Evidenz angeboten, dass vom Ehepartner geäußerte Kritik sich negativ auf die Prognose des Patienten auswirkt. In einer Reihe von Studien wurden Einzel- und Paartherapieansätze einander gegenübergestellt (z. B. Emanuels-Zuurveen & Emmelkamp, 1996) und äquivalente Ergebnisse festgestellt. So konnten Leff et al. (Leff et al., 2000) belegen, dass Paartherapie eine höhere Effektivität aufwies als die medikamentöse Behandlung mit Desipramin bzw. Trazodon oder Fluvoxamin in Kombination mit Psychoedukation (die Vergleichbarkeit wurde durch eine entsprechende Zahl von

NEU Psychotherapeutenkalender 2005

- ✓ **Buchkalender** (Format 20,5 cm x 26,0 cm) auf dem Basiskalendarium des bei Psychotherapeuten seit Jahren geschätzten MAGNUM-Kalender
 - Eine Woche auf zwei gegenüberliegenden Seiten
 - Zeitspalte von 7.00 Uhr bis 20.00 Uhr mit hinreichende Eintragungsmöglichkeit
 - Großzügiges Notizfeld für Ihre Wochenarbeitsplanung

- ✓ **Umfassender Materialteil** mit allen für Ihre tägliche Arbeit relevanten Vertrags- und Gesetzestexten
 - Psychotherapeutengesetz • Psychotherapie-Richtlinien
 - Psychotherapie-Vereinbarung • Beihilfavorschriften
 - EBM 2000plus • Gebührenordnung für Psychotherapeuten
 - Ausbildungsverordnung PP • Ausbildungsverordnung KJP

✓ **Umfassender Anschriftenteil**

- Adresse Bundespsychotherapeutenkammer
- Adressen aller Psychotherapeutenkammern der Länder
- Adressen aller KVen
- Adressen Berufsverbände

✓ **Sensationell günstiger Preis von**

- € 24,95 inkl. Versand
- € 19,95 inkl. Versand für Mitglieder von DPTV und Vereinigung
- Erstauslieferung: **November 2004**

Herausgegeben und zusammengestellt von DPTV (Deutscher Psychotherapeutenverband e.V.) und Vereinigung der Kassenspsychotherapeuten.

Jetzt Online bestellen!



Hogrefe

Hogrefe Verlag

Rohnsweg 25 • 37085 Göttingen
Tel.: 05 51 - 4 96 09-0 • Fax: -88
E-Mail: verlag@hogrefe.de
Internet: www.hogrefe.de

Sitzungen gewährleistet). Die Pharmakotherapie war hinsichtlich der im BDI erzielten Punktwerte weniger effektiv als die Paartherapie. Es scheint, dass sich hier ein beträchtlicher Fortschritt für Paare, bei denen eine unharmonische eheliche Beziehung ein zentrales Problem darstellt, erzielen lassen würde (Leff & Everitt, 2001). *Die Indikatoren für die Wirksamkeit der Paartherapie sind jedoch keinesfalls robust und dies könnte ein weiteres wichtiges Feld für eine genauere Untersuchung sein.*

Problemlösetherapie (Mynors-Wallis, Gath, Day & Baker, 2000; Mynors-Wallis, Gath, Lloyd-Thomas & Tomlinson, 1995) und Beratung (Churchill et al., 1999; Rowland, Bower, Mellor, Heywood & Godfrey, 2001) können sich bei milderen Depressionen, die im Bereich der Primärversorgung vorkommen, und bei chronischer Depression (Dysthymie), die in der Allgemeinbevölkerung anzutreffen ist, als hilfreich erweisen (Barrett et al., 2001; Dowrick et al., 2000).

Es ist sehr zu bedauern, dass die Relevanz vieler dieser Studien durch die hohen Korrelationen (insbesondere in den früheren Studien) zwischen der theoretischen Ausrichtung der Forscher und den für die jeweilige Therapie berichteten Effektstärken in Frage gestellt wird (Gaffan, Tsaousis & Kemp-Wheeler, 1995). So ist denn auch nicht auszuschließen, dass zahlreiche Ergebnisstudien, deren Erkenntnisse nicht mit den Wünschen und Erwartungen der Forscher übereinstimmen, unveröffentlicht bleiben. In einer Untersuchung des Forschungsteams von Lester Luborsky (Luborsky et al., 1999) wird nachgewiesen, dass auf Grund der Überzeugungen der Forscher im Hinblick auf die Wirksamkeit der Therapie (Allegiance-Effekt) fast 70% der Ergebnisvarianz von Studien vorhersagbar sind. Werden gleichzeitig drei verschiedene Methoden zur Messung des Allegiance-Effekts eingesetzt, können wir – einfach von unserem Wissen über die Ausrichtung des Forschers ausgehend – in 92% der Fälle voraussagen, welche von zwei oder mehreren verglichenen Therapien am besten abschneiden werden. Dieser Allegiance-Effekt könnte sich als schädlich erweisen, denn Forscher, die weniger fokussierte, längerfristige Behandlungsan-

sätze bevorzugen, werden so nach und nach von den Finanzierungsmöglichkeiten ausgeschlossen, und wenn es überhaupt zu einer systematischen Untersuchung der von ihnen vertretenen Therapien kommt, werden solche Studien von denjenigen durchgeführt, die am wenigsten Interesse an der betreffenden Behandlung haben. *Allegiance-Effekte sollten leicht auszugleichen sein, indem Mechanismen für eine gleichberechtigte Verteilung von Mitteln geschaffen und Forschungsteams mit Vertretern unterschiedlicher Ausrichtungen gebildet werden.*

Sowohl die medikamentöse Therapie als auch die Psychotherapie haben mit Problemen der Patienten-Akzeptanz zu kämpfen (z. B. Elkin et al., 1989; Fawcett, Zajecka & Kravitz, 1989). Bei der Psychotherapie kann die Zahl derer, die eine Therapie auf Grund verzögerter Behandlungseffekte sofort abbrechen, hoch sein, während Antidepressiva Nebenwirkungen haben, die von manchen Patienten schlecht toleriert werden. Alle Studien weisen darauf hin, dass die Qualität der durchgeführten Therapie ein kritischer Faktor dabei ist, ein Funktionieren des Patienten auf Dauer zu gewährleisten (z. B. Frank, Kupfer, Wagner, McEachern & Cornes, 1991). *Dies unterstreicht die Bedeutung der Prozessforschung, um letzten Endes eine Maximierung der Akzeptanz und der Ergebnisse zu erzielen.*

Es ist schwierig, Ergebnismuster mit Prozessfaktoren in Beziehung zu setzen, denn die zuzuschreibenden Effektstärken sind in der Regel recht gering, und es empfiehlt sich sicherlich nicht, von einer linearen Beziehung zwischen Prozessfaktoren und Ergebnissen auszugehen. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen den gemessenen Faktoren therapeutisches Bündnis und Ergebnis wurde nachgewiesen (Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue & Hayes, 1996; Krupnick et al., 1996; Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998). Im Hinblick auf die Patientenmerkmale sind die Schwere bei Erkrankungsbeginn, ein jüngeres Alter bei erstem Auftreten und die Anzahl der vorangegangenen Episoden Faktoren, die in der Regel eine größere Herausforderung an die Therapie bedeuten (z. B. Hamilton & Dobson, 2002).

Allerdings ist die Variabilität zwischen den Studien auffällig (so wurde beispielsweise in der NIMH-Studie das Alter beim ersten Auftreten nicht mit den Behandlungsergebnissen in Zusammenhang gebracht; Agosti & Ocepek-Welikson, 1997). Die Evidenzbasis für einen abschwächenden Effekt von Persönlichkeitsstörungen auf die Therapie ist widersprüchlich; einer Reihe von Studien mit verhältnismäßig großen Stichproben zufolge besteht wenig Evidenz für den klinischen Konsens, dass eine vorhandene PS das Behandlungsergebnis beeinträchtigt (z. B. Kuyken, Kurzer, DeRubeis, Beck & Brown, 2001). Es scheint wahrscheinlich, dass bestimmte Typen von Persönlichkeitsstörung mit spezifischen Therapieformen oder möglicherweise mit spezifischen Persönlichkeiten interagieren können. In ähnlicher Weise können bestimmte Persönlichkeitstypen für spezifische Therapieansätze besonders geeignet sein. Barber und Muenz (Barber & Muenz, 1996) äußern die Ansicht, dass Patienten mit einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung stärker auf KVT ansprechen (die Therapie ermutigt sie, sich gefürchteten Situationen auszusetzen), während Patienten mit einer Zwangsstörung (und folglich mit mangelnder Ausdrucksfähigkeit) von expressiveren Therapieformen (z. B. IPT) profitieren, die das Ausdrücken von Emotionen fördern. Blatt et al. (Blatt, Quinlan, Zuroff & Pilkonis, 1996) stellten fest, dass die Behandlungsergebnisse sowohl bei KVT als auch bei IPT für Patienten mit schwach oder stark ausgeprägtem Perfektionismus in keiner Beziehung zu der Entwicklung des therapeutischen Bündnisses standen. Es ist möglich, dass Personen, deren Perfektionismus schwach ausgeprägt ist, therapeutische Unvollkommenheiten tolerieren können, während Patienten mit einem stark ausgeprägten Perfektionismus relativ unzugänglich für alles außer einer negativen Sicht ihrer selbst und der anderen sind. Es bestand jedoch ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Behandlungsergebnissen bei Patienten mit mittelstark ausgeprägtem Perfektionismus und der Stärke des therapeutischen Bündnisses, sodass vermutet werden kann, dass diese Patienten Änderungen in der Vorgehensweise des Therapeuten wahrnehmen und potenziell darauf ansprechen. Manches deutet darauf hin, dass bei die-

sen Patienten nicht das übliche Muster eines mit fortschreitender Therapie zunehmenden Engagements erkennbar ist (Zurhoff et al., 2000); entsprechend müssen sich die Therapeuten hier möglicherweise auf Strategien konzentrieren, mit denen die Fähigkeit des Patienten zur aktiven Mitwirkung an der eigenen Therapie gesteigert werden kann. *Allgemein wird es die Aufgabe der Forschung sein, sich nicht nur auf das Aufzeigen individueller Unterschiede zu beschränken, sondern die gewonnenen Erkenntnisse in überprüfbare technische Empfehlungen umzusetzen.*

Ist es möglich, solche potenziell kontraproduktiven Auswirkungen von Behandlungen durch Therapeuten zu umgehen? Bibliotherapie und Selbsthilfe mittels Computerprogrammen, bei denen es nicht zu einem Kontakt zwischen dem Therapeuten und dem Klienten kommt, haben sich als bemerkenswert effektiv erwiesen und sind eher als echte Rivalinnen der psychologischen Interventionen zu betrachten als die Pharmakotherapie (Cuijpers, 1997; Williams & Whitfield, 2001). Für die Mehrheit der Studien wurden die Teilnehmer über die Medien rekrutiert. Eine Studie, in der eine kognitive Gruppen-Verhaltenstherapie, eine Bibliotherapie unter Ausschluss von KVT-Begriffen und eine erfahrungsorientierte Gruppentherapie einander gegenübergestellt wurden, ergab für alle drei Interventionsformen dieselbe Effektivität nach einer Zeit von drei Monaten (Beutler, Engle, Mohr, Daldrup & al, 1991). Studien über computergestützte Therapien stellen eine noch größere Herausforderung dar. So wurde in einer Studie mit Patienten, die überwiegend durch ein Screening von Stichproben aus Bevölkerungsgruppen mit hohem Risiko rekrutiert wurden, festgestellt, dass beim Vergleich eines computergestützten KVT-Programms mit einer traditionellen Behandlung die Nachbeobachtung nach sechs Monaten für die Teilnehmer des computergestützten KVT-Programms eine Reduzierung des Scores im BDI von 25 auf 9 ergab, während der Punktwert in der Vergleichsgruppe von 24 auf 16 sank (Proudfoot et al., im Druck). *Die Nutzung des Internets für Therapie-zwecke steckt noch in den Anfängen und bietet eindeutig ein enormes Potenzial für psychologische Therapien.*

2.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Niemand kann behaupten, dass sich Depression mit Psychotherapie „heilen“ lässt, doch in einer Vielzahl von Studien mit Teilnehmern, die an akuten Episoden leiden, erzielt die Psychotherapie eine Besserung. Mit Kurztherapien wird bis zum Ende der Behandlung viel erreicht, doch häufig scheinen die Erfolge relativ kurzlebig zu sein, besonders in Fällen mittlerer bis schwerer Depression. Als ernüchternde Erkenntnis der Forschungsarbeit der vergangenen zwanzig Jahre kann festgehalten werden, dass nur für ein Drittel bis ein Viertel der behandelten Patienten ein langfristiger Erholungseffekt zu erwarten ist. Können längerfristige (z. B. über 18 Monate angelegte), intensivere Therapien mehr leisten? Es ist zu wenig über die Effektivität längerfristiger Therapien bekannt. Wir wissen jedoch, dass mit verschiedenen Techniken der Psychotherapie ein Hinauszögern weiterer Episoden erreicht und ein Rückfall verhindert werden kann. *Angesichts der Chronizität der Störung und der Belastung, die sie für den Betroffenen darstellt, ist das Management der therapieresistenten Depression der vielleicht wichtigste Schwerpunkt für die weitere Forschung.* Leider geht ein Großteil der bisher verfügbaren Literatur nachlässig mit der Definition von Therapieresistenz um. Eine adäquate Forschungsstrategie müsste den Begriff der Therapieresistenz prospektiv definieren, als eine Resistenz gegenüber einem sorgfältig definierten pharmakotherapeutischen oder psychotherapeutischen Behandlungsschema.

Paradoxerweise haben wir mehr Erkenntnisse darüber, wann Psychotherapie wahrscheinlich keinen Erfolg hat. Die Evidenz über Depression zeigt relativ deutlich, dass die Psychotherapie unter den folgenden Umständen keine bessere Wirkung erzielt als ein Placebo: unzureichende Ausbildung der Therapeuten, fehlende theoretische Begründung, warum der Ansatz funktionieren sollte, fehlende Ausrichtung der Therapie auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten oder mangelnde Fokussierung, Zielgerichtetheit oder Struktur der Therapie. Mit anderen Worten, eine Therapie für Depression und möglicherweise auch vie-



Frieden entwickeln

Ein dauerhafter Frieden verlangt eine gerechte Verteilung der Lebenschancen, die Einhaltung der Menschenrechte, die Stärkung rechtsstaatlicher Strukturen und den Schutz der natürlichen Grundlagen des Lebens.

Gewalt überwinden

Der EED unterstützt Kirchen und Nichtregierungsorganisationen, die sich für die gewaltfreie Lösung von Konflikten engagieren.



Fachkräfte für den Zivilen Friedensdienst

Wir suchen berufs- und lebenserfahrene Frauen und Männer mit Qualifikationen in Traumapsychologie, Friedenspädagogik, Konfliktbearbeitung und Erwachsenenbildung im interkulturellen Kontext.

Bewerbungen an:

**Evangelischer
Entwicklungsdienst
Referat Fachkräfte**

**Ulrich-von-Hassell-Str. 76
53123 Bonn**

bewerbung@eed.de

www.eed.de

Wir bieten Ihnen einen
Drei-Jahres-Vertrag mit individueller
Vorbereitung und Leistungen nach
dem Entwicklungshelfer-Gesetz.

le andere Störungen ist dann wirksam, wenn sie auf einer logischen Abfolge von Techniken aufbaut, ihr Schwerpunkt auf der individuellen Erfahrung des Patienten sowohl außerhalb als auch innerhalb der Therapie liegt und wenn die Therapie vom Klienten als Kooperation erfahren wird. Somit haben wir eindeutige Parameter für die Beurteilung neuer zu evaluierender Therapien zur Hand.

Es existieren drei oder vier computergestützte Selbsthilfetherapien, die eine, so scheint es, adäquate Analogie zur Psychotherapie darstellen, und dies zu 20% der Kosten. Dass dadurch die Psychotherapie ersetzt werden kann, ist unwahrscheinlich, doch könnten hier nützliche Begleittherapien entstehen, besonders für jene, die keinen Psychotherapeuten in Anspruch nehmen können oder (dies ist weit häufiger der Fall) wollen. *Die momentanen Anstrengungen im Bereich der Bibliothherapie und Selbsthilfe konzentrieren sich zwar ausschließlich auf kognitiv-behaviorale Prinzipien, doch es gibt keinen triftigen Grund, warum das Spektrum der Selbsthilfe nicht breiter werden und noch andere Ausrichtungen einbinden sollte.*

Die Kosten der Pharmakotherapie stellen eine sehr reale Herausforderung für psychologische Interventionen dar, auch und insbesondere bei der Behandlung der Depression. So sind die Verordnungszahlen für Antidepressiva in Großbritannien im letzten Jahrzehnt jährlich um 10% gestiegen. Im Jahr 2001 wurden 24 Millionen Rezepte für Antidepressiva ausgestellt – zehn Jahre vorher waren es weniger als 9 Millionen. So Besorgnis erregend diese Zahlen auch sein mögen, sie können nicht mit der Entwicklung in den USA mithalten: Dort erhielt Mitte der 1990er Jahre jedes 16. Kind Psychopharmaka, und die Verordnungszahlen stiegen jährlich um etwa 20% (Jellinek, 2003; Zito et al., 2003).

Die in jüngster Zeit veröffentlichte Literatur über den Placebo-Effekt von Antidepressiva ist beeindruckend. Er macht 75% der Wirkung aus, die bei Depression mit wirksamen Arzneimitteln erzielt wird (Casacalenda et al., 2002; Kirsch, Moore, Scoboria & Nicholls, 2002; Moncrieff, Wessely & Hardy, 2003). Dennoch wird die

Pharmakotherapie von der Öffentlichkeit wie auch von vielen Vertretern der Ärzteschaft trotz ihrer Nebenwirkungen häufig als die effektivere und einfachere Alternative wahrgenommen. Die Drop-out-Raten bei einer Pharmakotherapie sind fast immer höher als bei einer Psychotherapie (mehr als ein Drittel verglichen mit weniger als einem Viertel, Casacalenda et al., 2002). Doch die Marketing-Budgets von Pharmaunternehmen und Psychotherapeuten sind nicht zu vergleichen. *Die Entwicklung neuer Methoden, um das allgemeine Verständnis für psychologische Therapien zu fördern, scheint in hohem Maße wünschenswert und eine lohnende Investition.*

Eine wichtige Erkenntnis für die Praxis besteht darin, dass in den verschiedenen Studien eine andauernde Psychotherapie scheinbar geeignet ist, über einen Zeitraum von vier Jahren die Rezidivrate von ca. 70% auf 35% zu reduzieren. Angesichts der Prävalenz von Depression und der starken Beeinträchtigung der Betroffenen und ihrer Familien ist dies keine geringe Leistung. Die jüngsten Fortschritte in der kognitiven Therapie für die Rückfallprävention bei Depression sind in diesem Zusammenhang besonders interessant, da sie den allgemeinen Charakter der Gesprächstherapie bestätigen. John Teasdale und seine Kollegen (J.D. Teasdale et al., 2000) vom Institute of Psychiatry haben gezeigt, dass für die Erholung von einer Depression mehr erforderlich ist als das Ändern negativer Annahmen über die eigene Person. Es geht vielmehr darum, die Betroffenen daran zu hindern, wieder zu diesen Überzeugungsmustern zurückzukehren, wenn sie sich unglücklich fühlen. Eine depressive Person glaubt, was der eigene Verstand ihr sagt, auch, dass sie wertlos sei oder keine Zukunft habe. Wird ein Bewusstsein über diese Problematik erzeugt, nehmen die Rezidivraten bei chronisch Depressiven ab. Hier besteht eine Ähnlichkeit zu einem Phänomen, das wir aus einem psychoanalytischen Blickwinkel heraus als fehlende Mentalisierung bezeichnet haben, d. h. es werden falsche Schlussfolgerungen aus den eigenen geistigen Zuständen gezogen, was mit schweren psychologischen Störungen verbunden ist. (Allen, im Druck; Allen & Fonagy, 2002; Fonagy, im Druck).

3. Schizophrenie

Die aktive Forschung über psychologische Therapien bei Schizophrenie beschäftigt sich mit drei Bereichen: 1. Familieninterventionen, deren Ziel es ist, das Netzwerk zur Unterstützung des Betroffenen zu verändern, 2. kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung akuter Symptome und 3. kognitive Remediation, die direkt eine Verbesserung kognitiver Defizite anstrebt. Weiterhin gibt es ein aktives Forschungsprogramm zur Untersuchung von Modellen der Leistungserbringung, das jedoch über den Rahmen dieser Übersichtsarbeit hinausgeht (z. B. gemeindenaher Einsatz von Sozialarbeitern und Therapeuten, gegebenenfalls mit Hausbesuchen und Unterstützung vor Ort, und Frühintervention bei Psychosen). In anderen Bereichen, die sich mit dem Nutzen des Trainings sozialer Kompetenz und psychodynamischer Ansätze befassen, wird deutlich weniger aktive Forschungsarbeit betrieben.

3.1. Familieninterventionen

3.1.1. Der Status quo

Es werden zwei Arten von Familieninterventionen unterschieden: die Familien- und Patientenedukation sowie Interventionen, mit denen die in den Familien der Betroffenen ausgedrückten Emotionen verringert werden sollen. Insgesamt scheint die Psychoedukation die besten Ergebnisse zu erzielen, wenn sie in Kombination mit Techniken, die als psychologische Interventionen erkennbar sind, eingesetzt wird (Cunningham Owens et al., 2001). Psychoedukation allein hat einen geringen therapeutischen Nutzen, wenn man einmal von der von ihr geleisteten Vermittlung von Wissen und kurzfristigen Steigerungen der Compliance absieht (Merinder, 2000). Familieninterventionen, die auf eine Stärkung der Familienstruktur und die Förderung der positiven sozialen Interaktion fokussiert sind, haben die Rückfallprävention und ein besseres Funktionieren der Betroffenen zum Ziel (Butzlaff & Hooley, 1998; Leff & Wing, 1971). Die veröffentlichten Studien zeigen bedeutende Unterschiede in der Implementierung (Mari & Streiner, 1994; National Collaborating Centre for Mental

Health, 2002; Pharoah, Mari & Streiner, 2000). Insbesondere berichten einige Studien über kurze Interventionen (8 Sitzungen über einen kurzen Zeitraum verteilt) und andere Untersuchungen über langfristige Interventionen (Sitzungen in zweiwöchentlichem Abstand über eine Dauer von zwei Jahren, danach monatliche Sitzungen über weitere zwei Jahre). Die Behandlungsergebnisse werden in manchen Fällen über Indexereignisse wie Einweisung in ein Krankenhaus und in anderen Studien durch eine signifikante klinische Veränderung definiert. Meta-Analysen befassen sich in unterschiedlichem Umfang mit diesem Thema, wobei die umfangreichste Analyse im Rahmen des „Schizophrenia Guideline Project“ des britischen National Institute of Clinical Excellence unternommen wurde (National Collaborating Centre for Mental Health, 2002). In dieser Meta-Analyse wurden 23 Studien mit 1.467 Teilnehmern ermittelt. Bei Patienten mit Familienintervention war die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs innerhalb eines Zeitraums von vier Jahren im Vergleich zur Standardbehandlung um 13% geringer. Wird die Wiedereinweisungsrate als Verbesserungsindex zu Grunde gelegt, sind sehr signifikante Vorteile der Familienintervention erkennbar: Der absolute Unterschied in Bezug auf das Risiko einer Wiedereinweisung nach einem Jahr betrug 49%. Allerdings lässt die Wirkung von Familieninterventionen im Laufe der Nachbeobachtungszeit nach. Die Bildung von Gruppen mit mehreren Familien scheint keine geeignete Form für diese Therapie (McFarlane et al., 1995) zu sein. In Routine-Settings sind Familieninterventionen eine Seltenheit. Manche Studien führen Vorteile an (Brooker et al., 1994; Randolph et al., 1994), aber es ist vielleicht aufschlussreich, dass eine Untersuchung von Julian Leff (Leff, Sharpley, Chisholm, Bell & Gamble, 2001), der diesen Ansatz mitentwickelt hat, keinen Unterschied zwischen Familieninterventionen und einer Standardbehandlung in einem Community-Setting belegen konnte.

3.1.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Familieninterventionen verfügen über ein großes ungenutztes Potenzial zur Kostensenkung bei der Schizophreniebehandlung

(Tarrier & Turpin, 1992). Es mangelt offensichtlich an einer Umsetzung dieses Ansatzes im Rahmen der Routinebehandlung. Man kann anführen, dass die Familienintervention eine hoch spezialisierte Behandlung ist und dass die Zahl derer, die über die erforderliche Kompetenz verfügen, gering ist. Es scheint jedoch, dass selbst speziell geschultes gemeindenahes Psychiatrie-Krankenpflegepersonal das Gelernte in der alltäglichen Praxis häufig nicht umsetzt (Brooker, in press; Lancashire et al., 1997). *Weitere Forschungsarbeit ist dringend erforderlich, um zu erkennen, welche Hindernisse für die Implementierung von Familieninterventionen bestehen.*

3.2. Kognitive Verhaltenstherapie

3.2.1. Der Status quo

Allgemein werden bei Untersuchungen zum Einsatz von KVT in der Schizophreniebehandlung zwei verschiedene Ansätze verfolgt. Eine Gruppe von Studien, auf die im Folgenden näher eingegangen wird, richtet ihr Hauptaugenmerk auf die Veränderung von Wahndeeen, während die andere Gruppe von Untersuchungen eine bessere Compliance mit der verordneten Medikation oder anderen Aspekten der Therapie zum Ziel hat. In beiden Gruppen werden die wichtigsten Überzeugungen untersucht und Bewältigungsstrategien sowie das Arbeiten mit und durch die Art und Weise, wie Klienten ihre Symptome verstehen, angestrebt. Da diese Ansätze, die sich hinsichtlich ihrer Zielsetzungen und der von ihnen behandelten Überzeugungen recht deutlich voneinander unterscheiden, in einigen Reviews zusammengefasst werden, ist bei der Verwendung von Meta-Analysen Vorsicht geboten.

Die vorhandene Literatur lässt die folgenden Schlussfolgerungen zu: Die kognitive Verhaltenstherapie scheint die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs oder einer Wiedereinweisung nicht zu verringern. Bei der Nachbeobachtung scheint KVT eine signifikante Verbesserung des psychischen Zustands zu erzielen. Die durch KVT erreichten Verbesserungen sind unter Umständen bei Therapieende nicht sofort erkennbar.



Lutz-Ulrich Besser Waldstraße 4
30916 Isernhagen
Fon: 05139/ 27 90 90 Fax: 05139/ 27 90 91
Email: info@zptn.de www.zptn.de

Trauma – und die Folgen

**Fortbildungcurriculum (7-teilig)
nach dem KreST® - Modell**

Psychotraumatologie und Traumazentrierte Psychotherapie

KreST® Körper-, Ressourcen- und Systemorientierte Traumatherapie- ist in Theorie und Praxis ein psychodynamisch-integratives therapeutisches Verfahren, das auf dem Boden aktueller neurophysiologischer Erkenntnisse der Stress-, Bindungs- und Traumaforschung steht.

Ziel des Curriculums ist es, dass die Teilnehmenden in Theorie, Diagnostik und Therapie eine integrative psychotherapeutische Behandlungskompetenz erwerben, die schulübergreifend das Wissen der Psychotraumatologie integriert.

Für die qualifizierte Ausbildungsbescheinigung ist die Teilnahme an Supervisionsgruppen (30 Stunden) erforderlich.

Für die Zertifizierung in Psychotraumatologie werden zusätzlich 2 Videopräsentationen und 2 Fallberichte erwartet.

Curricula finden an verschiedenen Orten bundesweit statt. Der nächste Kurs beginnt im Februar 2005 in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck (Nähe Badenweiler/ Südbaden) 79429 Malsburg-Marzell.

Weitere Informationen:

Anna Maria Janßen, Leitende Diplompsychologin
Fon: 07626/ 902 101

Email: annamaria.janssen@rehaklinik-birkenbuck.de



Arbeitsgemeinschaft für
Verhaltensmodifikation e.V.

Zusatzqualifizierung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
im Rahmen der PT-Richtlinie (VT)
Würzburg - Bamberg - München
(WS 2004)

Zusatzqualifizierung Gruppentherapie*
im Rahmen der PT-Richtlinie (VT)
Bamberg - Würzburg (Herbst 2004)

„Nachqualifizierung“ *
im Rahmen der Übergangsbestimmungen
des PTG

140/280 Stunden Theorie - Bamberg -
Würzburg (Herbst 2004)

**Fortbildung in Psychologischer
Schmerztherapie ***

80 Stunden mit Abschlusszertifikat
anerkannt von DGSS und DDPSF
Einstieg jederzeit möglich

Fortbildung in Psychoonkologie *
80 Stunden - Bamberg - Würzburg (Herbst
2004)

*** alle Fortbildungen werden zur
Anerkennung bei der
Kammer eingereicht**

AVM Deutschland e.V.
Bundesgeschäftsstelle - Dr.-Haas-Straße 4
96047 Bamberg
Fon (09 51) 20 8 20 39
Fax (09 51) 20 8 20 49
e-mail: info@avm-d.de
internet: avm-d.de

So zeigten beispielsweise Sensky et al. (Sensky et al., 2000) in ihrem Vergleich von KVT mit einer Kontrollbedingung eines freundschaftlich-unterstützenden Kontakts, dass nach Abschluss der Therapie in den beiden Gruppen ein gleiches Maß an Verbesserungen feststellbar war. Bei der neun Monate später erfolgten Nachbeobachtung waren jedoch beträchtliche Unterschiede zu erkennen, da die Verbesserungen in der KVT-Gruppe immer noch anhielten. Diese Resultate müssen dem Ergebnis des Cochrane-Review (Cormac, Jones, Campbell & Silveira da Mota Neto, 2002) gegenübergestellt werden, dem zufolge der langfristige Effekt fehlt. KVT bietet im Vergleich zur supportiven Beratung mehr als doppelt so vielen Patienten einen Nutzen und im Vergleich zur Routinebehandlung mehr als dreimal so vielen Patienten (Tarrier et al., 2000; Tarrier, Wittkowski et al., 1999; Tarrier et al., 1998). Dabei ist zu beachten, dass die Wirkung von KVT auf die Symptome häufig begrenzt ist (so wird beispielsweise im Bericht Lewis et al., 2002 lediglich eine Wirkung auf Halluzinationen beobachtet, jedoch nicht auf Wahnideen oder positive Symptome). Am stärksten sind die Vorteile der kognitiven Therapie wohl bei den Patienten, die nach der Therapie nur wenige Rückfälle erleben (Drury, Birchwood & Cochrane, 2000; Drury, Birchwood, Cochrane & Macmillan, 1996a, 1996b). In einer anderen Studie stellten sich bei der Hälfte der Patienten, bei denen KVT angewendet wurde, beträchtliche oder anhaltende Verbesserungen ein. Dem standen bei der Routinebehandlung lediglich Verbesserungen bei weniger als einem Drittel der Behandelten gegenüber, und bei fast 10% wurde eine Verschlechterung festgestellt (Garety et al., 1997; Kuipers et al., 1998; Kuipers et al., 1997). Manche Arbeiten legen die Vermutung nahe, dass eine intensive KVT (umfassende Art individueller Einzeltherapie nach Hogarty, Greenwald et al., 1997; Hogarty, Kornblith et al., 1997) bei allein lebenden Patienten nachteilige Auswirkungen haben könnte. Eine erweiterte Standardbehandlung (optimierte Medikation, Psychoedukation, Behandlungsmanagement) könnte eher eine Verstärkung als eine Begrenzung der Wirkung von KVT zur Folge haben. Über die Effektivität von KVT-Interventionen in der Routinepraxis ist we-

niger bekannt. Auch hier scheint sich jedoch das bekannte Bild abzuzeichnen: Bei etwa einem Drittel der Patienten wird eine anhaltende positive Veränderung erreicht, bei einem weiteren Drittel zeigt sich eine positive, aber instabile Wirkung und beim letzten Drittel ist kein Ansprechen erkennbar (z. B. Jakes, Rhodes & Turner, 1999).

Eine 10-tägige Schulung in einer manualisierten Form der KVT, die das gemeinde-nahe Psychiatrie-Krankenpflegepersonal bei einer multizentrischen Studie erhielt, führte zu Veränderungen bei den allgemeinen Symptomen der Patienten, einschließlich Einsicht und Depression, jedoch nicht bei den spezifischen Symptomen einer Schizophrenie, die durch das KVT-Programm angesprochen werden sollten (Turkington, Kingdon & Turner, 2002). *Die gegenwärtigen Formen von KVT sind scheinbar für eine allgemeine Anwendung in der Praxis nicht geeignet.*

3.2.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Die Effektivität der kognitiven Verhaltenstherapie ist ein Thema, das auch Fragen der Lebensqualität von Schizophreniepatienten berührt. Das stärkste Argument für solche Interventionen ist möglicherweise, dass sie nicht lediglich die Behandlungskosten senken und ein Rezidiv verhindern, sondern darüber hinaus den Normalisierungsprozess erheblich fördern. *Als wichtigste Leistung der kognitiven Verhaltenstherapie ist vielleicht anzusehen, dass sie in der prodromalen Phase den Verlauf der Störung mildert und das Auftreten der ersten Episode hinauszögert* (Studien über Frühinterventionen) (McGorry et al., 2002; Morrison et al., 2002). *Es gibt wahrscheinlich kostenwirksamere Möglichkeiten für eine Implementierung von KVT-Programmen in Gruppen* (Chadwick, Sambrooke, Rasch & Davies, 2000; Gledhill, Lobban & Sellwood, 1998; Wykes et al., 1999) *und diese sollten untersucht werden.* Unerwartete Nebenwirkungen, insbesondere bei Personen mit Halluzinationen und Traumavorgeschichte, verlangen dabei möglicherweise eine besondere Beachtung (Turkington et al., 2002). *Die Risiken der kognitiven Verhaltenstherapie in der Schizophreniebehandlung sollten überwacht werden.*

3.3. Kognitive Remediation

3.3.1. Der Status quo

Die jahrzehntelange Forschungsarbeit über kognitive Defizite von Schizophreniepatienten scheint nun endlich Früchte zu tragen, denn die kognitive Remediation zielt direkt auf ein Training der Betroffenen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis und exekutive Funktionen ab. Ungeachtet einer gewissen Variabilität des konkreten Schwerpunkts der Interventionen und ihrer Intensität konnten meta-analytische Studien nur in geringem Maße belegen, dass mit der Remediationstherapie in bestimmten Bereichen der kognitiven Funktionen Verbesserungen erzielt werden (National Collaborating Centre for Mental Health, 2002). Allerdings liefert eine nicht unbeträchtliche Zahl jüngerer Studien positivere Ergebnisse (z. B. Bell, Bryson, Greig, Corcoran & Wexler, 2001; Bellack & Brown, 2001).

3.3.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Beim Betrachten der Studien über die kognitive Remediation ist es schwer, sich des Eindrucks zu erwehren, dass sich Investitionen in diesem Bereich mehr als auszahlen würden. Die Rehabilitation ist äußerst wirkungsvoll bei traumatischen Hirnschädigungen und anderen Hirnerkrankungen. Das Grundprinzip eignet sich als Ansatz, doch die bisher gewählten Interventionsmethoden konnten der Aufgabe, für die sie entwickelt wurden, nicht gerecht werden. So berücksichtigten vor allem viele der Interventionstechniken nicht die Abhängigkeit der Leistung des Patienten vom Erregungszustand (Arnsten, Mathew, Ubriani, Taylor & Li, 1999). In dieser Gruppe treten kognitive Defizite deutlich zutage, wenn die zu verarbeitende Information von hoher emotionaler Signifikanz ist. *Eine umfassendere Berücksichtigung der emotionalen Verletzbarkeit könnte ein möglicher Ansatz sein, um eine Aufwertung der kognitiven Remediation zu erreichen.*

3.4. Abschließende Bemerkungen zur Schizophrenie

Die Psychotherapieforschung zum Thema Schizophrenie hat sich bisher in einem

recht engen Feld bewegt. Die Implementierung psychodynamischer Psychotherapie ist untersucht worden, doch gibt es bislang keine kontrollierten Studien, die ihre Effektivität in dieser Patientengruppe belegt hätten, und einigen Reviews zufolge ist sie stark kontraindiziert (Malmberg & Fenton, 2001). In offenen Studien liegt eine gewisse Evidenz für die Effektivität von psychodynamischen Therapien vor (Gottdiener & Haslam, 2002). Behaviorale Ansätze wie ein Training sozialer Kompetenz scheinen dem Patienten im breiteren sozialen Kontext wenig zu nützen (Heinssen, Liberman & Kopelowicz, 2000; Huxley, Rendall & Sederer, 2000). So viel versprechend die anderen psychotherapeutischen Ansätze (KVT und kognitive Remediation) auch zu sein scheinen, *die relativ hohen Ablehnungs- und Drop-out-Raten mahnen doch zur Vorsicht und legen nahe, diese Ansätze nicht als den einzigen Weg zu einer klinischen Lösung in Betracht zu ziehen. Für eine Steigerung der Akzeptanz sind weitere Studien mit verbesserten Techniken erforderlich.*

Lebensqualität und Alltagsaktivitäten zählen zu den wichtigsten Aspekten des Ergebnisses einer Schizophreniebehandlung, und es mag sinnvoller sein zu versuchen, das soziale Umfeld des Schizophreniepatienten in die Intervention einzubinden als vom Patienten zu verlangen, sich an dieses Umfeld anzupassen. *Wahrscheinlich braucht es psychoedukativer Programme für das gesamte soziale Umfeld, um die sekundären Behinderungen von Schizophreniepatienten zu verringern.*

Hier könnte die Forschung hilfreich dabei sein, die psychologische Adäquatheit der Gesundheitssysteme zu optimieren. In Großbritannien werden Untersuchungen über Modelle der Leistungserbringung durchgeführt oder in Betracht gezogen (gemeindenaher Einsatz von Sozialarbeitern und Therapeuten, gegebenenfalls mit Hausbesuchen und Unterstützung vor Ort, bei Patienten, die unter schweren psychischen Erkrankungen leiden und in der Regel die Nachbeobachtung abbrechen, geeignete Behandlungsformen bei Schizo-

phrenie und Substanzmissbrauch, besonders effektive Methoden, um junge Menschen in ihrer ersten psychotischen Episode zu erreichen). Möglicherweise ist auch bei therapieresistenten Schizophreniepatienten eine aus verschiedenen Ansätzen bestehende Betreuung für ein optimales Ansprechen erforderlich. Es ist noch zu wenig über die Behandlungsparameter und eine optimale Anpassung der erforderlichen Behandlungen an den Einzelnen bekannt. *Hier ist Prozessforschung erforderlich, insbesondere bedarf es zuverlässiger Informationen darüber, welche Patienten für bestimmte Therapieformen geeignet sind.*

4. Bipolare Störungen

4.1. Der Status quo

Psychologische Interventionen bei bipolaren Störungen werden – wie auch bei Schizophrenie – fast ausnahmslos begleitend zu einer medikamentösen Behandlung

DGPPN Kongress 2004

mit DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde

24. - 27. NOVEMBER 2004, BERLIN



INTERESSANT FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

Ein Hauptthema des Kongresses beschäftigt sich mit psychotherapeutischen Behandlungsprinzipien: "Von Therapieschulen zu einer evidenzbasierten, störungsspezifischen Psychotherapie".

In 5 Hauptsymposien und ca 50 Symposien, Forschungsworkshops und Diskussionforen stehen Psychotherapien im Mittelpunkt: der momentane Forschungsstand, die Versorgungsrealität sowie die Anforderungen an künftige Entwicklungen. Der Kongress richtet sich an Fachärzte, Psychologen, Psychotherapeuten und Hausärzte.

www.dgppn-kongress2004.de

IN ZUSAMMENARBEIT MIT DER BUNDESPSYCHOTHERAPEUTENKAMMER

durchgeführt. Die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten innerhalb von zwei Jahren einen Rückfall erleiden, liegt zwischen 40% und 60%. Die Gründe für einen psychologischen Therapieansatz sind ähnlich wie bei Schizophrenie. So bedeutet die Erkrankung beispielsweise eine erhebliche Belastung für die Familie (Perlick et al., 1999), und der Ausdruck von familiärem Stress führt zu einer höheren Rückfallanfälligkeit (Perlick et al., 2001).

Bisher wurden nur Untersuchungen mit kleinem Umfang und suggestivem Charakter durchgeführt, doch in Kürze wird mit den Berichten groß angelegter Studien sowohl aus Großbritannien als auch den USA gerechnet (z. B. Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder, Gray, Frankle & Sachs, 2001). Derzeit werden drei therapeutische Ansätze einer Prüfung unterzogen: 1. KVT, 2. familienorientierte Therapie und 3. interpersonelle soziale Rhythmus-Therapie. In früheren Studien wurde bereits erste Evidenz für die Wirksamkeit von Gruppentherapie, KVT-basierter Rückfallprophylaxe (Weiss et al., 2000) und Psychoedukation gewonnen (Rothbaum & Astin, 2000). Mit einer Psychoedukation, die sich auf das Erkennen prodromaler Anzeichen, die Erörterung von Stressoren und das Management von Frühwarnzeichen konzentriert, kann das Wiederauftreten manischer Episoden wahrscheinlich verzögert werden (Colom et al., 2003; Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy & Limb, 1999). Zu psychodynamischen Therapien gibt es nur einige schlecht kontrollierte Studien, wohingegen im Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie eine Reihe aussagekräftiger Studien vorliegen.

Bei bipolaren Störungen wird oft eine ähnliche Form von KVT eingesetzt wie bei Patienten mit depressiven Episoden (Lam et al., 2000; Zaretsky, Segal & Gemar, 1999). Diese zumeist kleineren Studien deuten zusammen mit einer größer angelegten Untersuchung (Lam, Wong & Sham, 2001) darauf hin, dass KVT die Anzahl und Dauer bipolarer Episoden verringert. Wie zu erwarten, scheint die Therapie besser bei Patienten zu funktionieren, die keinen Wert auf das Erlebnis der Hochphasen legen. In einem ehrgeizigeren Behandlungspaket kombinieren Scott et al. (Scott, Garland &

Moorhead, 2001) traditionelle KVT mit Psychoedukation, Management von Prodromen und der Exploration von Einstellungen und Überzeugungen gegenüber der Erkrankung. *Der beobachtete Rückgang in der Häufigkeit depressiver affektiver Rückfälle und stationärer Einweisungen legt die Vermutung nahe, dass durch diese Kombinationstherapie eine im Rezidiv endende Kaskade teilweise verhindert werden kann.*

Familientherapien berechtigen zu Hoffnung (Clarkin et al., 1990). In diesem Bereich wurde insbesondere eine Familienmanagementtechnik untersucht, die Ähnlichkeit mit der erfolgreich bei Schizophrenie (Falloon, Boyd & McGill, 1984) eingesetzten Therapieform hat. Die depressiven Rückfälle sind weniger ausgeprägt, doch die Behandlung scheint keinen Einfluss auf die manischen Rückfälle zu haben (Miklowitz et al., 2000). *In Anbetracht der Erfolge familienbasierter Therapieansätze bei Schizophrenie wären Initiativen von großem Interesse, die eine Entwicklung solcher Therapien zur Unterstützung des Managements bipolarer Störungen zum Ziel haben.*

Ebenfalls viel versprechend ist die interpersonelle soziale Rhythmus-Therapie (IPSRT), eine modifizierte Variante der IPT (die sich bei unipolarer Depression als erfolgreich erwiesen hat). Die interpersonelle Therapie wird hierbei um eine verlängerte Erhaltungsphase ergänzt, die zur Besprechung und Lösung der während der Behandlungsphase aufgetretenen Beziehungsprobleme dient. In einer Studie wurden 91 Patienten entweder mit IPSRT oder mit der klinischen Standardtherapie (Frank et al., 1997; Frank et al., 1999) behandelt. Die Studie ist zwar noch nicht abgeschlossen, doch IPSRT scheint zu einem stabileren Lebensstil beizutragen und Schwankungen der depressiven Symptome in der akuten Phase der Erkrankung zu reduzieren. Die Zeit bis zur Erholung von depressiven Episoden wird mit IPSRT auf 21 Wochen halbiert. Die Beständigkeit der Behandlung scheint den Ergebnissen zufolge von größerer Bedeutung zu sein als die Art der Behandlung. So erzielen Patienten, die im Rahmen eines Cross-over-Designs von einer Behandlung zu einer anderen wech-

seln, anscheinend schlechte Behandlungserfolge (Swartz & Frank, 2001).

4.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Obgleich die Forschung derzeit sehr aktiv ist, stellen bipolare Störungen für Psychotherapeuten nach wie vor eine ungelöste Herausforderung dar. Psychoedukative Interventionen scheinen teilweise Einfluss auf die Häufigkeit der manischen, nicht aber der depressiven Rückfälle zu haben, wohingegen KVT, Familieninterventionen und IPSRT wahrscheinlich am geeignetsten sind, eine Besserung der depressiven Episoden zu erreichen, jedoch nicht der Häufigkeit manischer Rezidive. Manische Zustände wirken sich abträglich auf die normalerweise vorhandene Bereitschaft der Patienten zu einer kooperativen Mitarbeit an einer psychologischen Therapie aus. Im Gegensatz dazu stehen Depressionen bei bipolaren Störungen zumindest in einem lockeren Zusammenhang mit Behandlungselementen, die sich bisher als effektiv erwiesen haben. *Entsprechend sollten Behandlungspläne entwickelt werden, die eine Anwendung unterschiedlicher Arten von Therapien in den verschiedenen Phasen der Erkrankung eines Patienten zulassen. „Kooperative“ Therapien sind in der manischen Episode möglicherweise nicht effektiv.*

Dies mag eine fast triviale Erkenntnis sein, doch sie liegt derzeit außerhalb des allgemeinen psychotherapeutischen Ansatzes, der dem therapeutischen Bündnis und der Beständigkeit der Therapie Vorrang vor allem anderen einräumt. So werden Schwierigkeiten, die Patienten bei der Umsetzung des vereinbarten Behandlungsplans erleben, gemeinhin unter dem Stichwort der Resistenz abgehandelt. Möglicherweise muss sich noch vieles in unserer Einstellung als Psychotherapieforscher ändern, damit wir über ein reines Lippenbekenntnis zum Prinzip der Flexibilität hinauskommen. Wir sollten in der Lage sein, Therapiedisziplin und Beständigkeit im Rahmen eines Behandlungsplans aufrechtzuerhalten, der wirklich auf den veränderlichen Zustand unseres Klienten mit manisch-depressiven Problemen eingeht, und möglicherweise besitzt diese Überlegung auch für andere Erkrankungen Gültigkeit. *Angesichts der*

Schwere der Störung und des relativen Evidenzmangels sollte die Entwicklung eines solchen psychotherapeutischen Behandlungs- bzw. Managementplans für uns alle ein vorrangiges Ziel darstellen.

5. Spezifische Phobien und soziale Phobien

5.1. Der Status quo

Expositionen, deren Dauer so lange hinausgezögert wird, bis die Angst des Patienten deutlich nachlässt, erzielen nachweislich bei 70 - 85% der Patienten mit spezifischen Phobien klinisch signifikante Verbesserungen (Antony & Barlow, 2002). Bei spezifischen, eng eingegrenzten Ängsten können recht kurze Interventionen hilfreich sein (Klaustrophobie: Ost, Alm, Brandberg & Breitholtz, 2001; Tierphobien: Ost, Ferebee & Furmark, 1997). Therapeuten geleitete Expositionen sind wirksamer als selbst geleitete Expositionen, und Anxiolytika scheinen die Wirksamkeit einer Exposition zu verringern (Thom, Sartory &

Johren, 2000; Wilhelm & Roth, 1997). Expositionen in virtueller Realität erzielen bei Flugangst (Rothbaum, Hodges, Smith, Lee & Price, 2000), Höhenangst (Emmelkamp et al., 2002) und sogar bei Spinnenphobien (Garcia-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness & Botella, 2002) gleichwertige Ergebnisse wie In-vivo-Expositionen. Investitionen zur Förderung solcher Technologien scheinen angebracht und eine internationale Zusammenarbeit erforderlich.

Soziale Phobien werden in der Regel mit verhaltenstherapeutischen und kognitiv-behavioralen Therapieansätzen behandelt, und so liegen fast keine Studien über alternative psychotherapeutische Ansätze vor. Die „Konkurrenzbehandlung“ zur VT ist die Medikation (Fedoroff & Taylor, 2001). Alle untersuchten psychologischen Therapieansätze zeigen im Vergleich zu Wartelisten-Kontrollgruppen weitgehend ähnliche Wirksamkeit, wobei jedoch eine Kombinationsbehandlung aus kognitiver Therapie und Exposition in der Regel etwas größere Effektstärken erzielt. Die kognitive

Gruppen-Verhaltenstherapie (KGVT) ist ebenfalls eine effiziente Intervention mit recht guter Aufrechterhaltung der Behandlungserfolge (Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy & al., 1990; Heimberg, Salzman, Holt & Blendell, 1993; Heimberg, 2002). Eine Überlegenheit kognitiver Therapien gegenüber Fluoxetin wird von Clarke et al. (im Druck) festgestellt. Pharmakotherapien, insbesondere SSRIs, sind auf kurze Sicht wirksam, doch in der Erhaltungsphase zeigen sich bei KGVT in der Regel weniger Rezidive (Heimberg et al., 1998), niedrigere Schwundraten (Otto et al., 2000) sowie eine anhaltende Besserung im Verlauf der Nachbeobachtung (Haug et al., 2003). Mit einem Training sozialer Fertigkeiten lassen sich keine größeren Behandlungserfolge erzielen als mit KVT (van Dam Baggen & Kraaimaat, 2000). Das Vorliegen einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung hat keinen Einfluss auf den Umfang der durch KVT erzielten Behandlungserfolge, wirkt sich aber dahingehend aus, dass das Ergebnis im Hinblick auf die Behandlungsendpunkte schwächer

GNP-Akademie bei Herbert König & Gerhard Müller Semmelstraße 36/38, 97070 Würzburg Tel.: 0931 – 46079033, Fax: 0931 – 46079034 GNP-Akademie@neuropsychologie.de http://www.neuropsychologie.de		
28. – 29.01.2005	Würzburg	(Kursnr. FB050128B) ***
Organisch und psychisch bedingte Gedächtnisstörungen Vergleichbarkeit, Diagnostik, Bildgebung und Therapieansätze Prof. Dr. Hans J. Markowitsch, Dipl.-Psych., Universität Bielefeld 280,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 16 Std.; GNP-Akk.: Punkt 1.1 (Grundlagenwissen)		
18.02.2005	Berlin	(Kursnr. FB050218B) *
Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs A: Auf dem Weg zum Kortex Dr. Heinz Hättig, Dipl.-Psych., Epilepsie Zentrum Berlin am KEH, 8 Std.; GNP-Akk.: beantragt		
19.02.2005	Berlin	(Kursnr. FB050219A) *
Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs B: Makroskopische Gliederung des Gehirns Dr. Heinz Hättig, Dipl.-Psych., Epilepsie Zentrum Berlin am KEH, 8 Std.; GNP-Akk.: beantragt		
11.03.2005	Berlin	(Kursnr. FB050311B) *
Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs C: Lateralisierung und Lokalisation Dr. Heinz Hättig, Dipl.-Psych., Epilepsie Zentrum Berlin am KEH, 8 Std.; GNP-Akk.: beantragt		
12.03.2005	Berlin	(Kursnr. FB050312A) *
Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs D: Neuropsychologische Syndrome und klinische Bilder (1) Dr. Heinz Hättig, Dipl.-Psych., Epilepsie Zentrum Berlin am KEH, 8 Std.; GNP-Akk.: beantragt		
18.03.2005	Berlin	(Kursnr. FB050318B) *
Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs E: Neuropsychologische Syndrome und klinische Bilder (2) Dr. Heinz Hättig, Dipl.-Psych., Epilepsie Zentrum Berlin am KEH, 8 Std.; GNP-Akk.: beantragt		
19.03.2005	Berlin	(Kursnr. FB050319A) *
Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs F: Neuropsychologische Rehabilitation Dr. Heinz Hättig, Dipl.-Psych., Epilepsie Zentrum Berlin am KEH, 8 Std.; GNP-Akk.: beantragt 1 Modul: 160,00 Euro* / für GNP-Mitglieder: 145,00 Euro* 2 Module: 310,00 Euro* / für GNP-Mitglieder: 280,00 Euro* 3 Module: 450,00 Euro* / für GNP-Mitglieder: 405,00 Euro* 4 Module: 600,00 Euro* / für GNP-Mitglieder: 540,00 Euro* 5 Module: 725,00 Euro* / für GNP-Mitglieder: 650,00 Euro* 6 Module: 870,00 Euro* / für GNP-Mitglieder: 780,00 Euro* Die Module FB050218B, FB050219A, FB050311B, FB050312A, FB050318B und FB050319A können in allen Kombinationen gebucht werden. Bitte Preisrabatt bei mehreren Modulen beachten!		
Bei den zuständigen Psychotherapeutenkammern werden für alle Kurse CE-Punkte beantragt. Bitte beachten Sie die Homepage!		
Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an!		*Kosten incl. Mehrwertsteuer



Deutsche Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e. V.

staatlich anerkannte
Psychotherapieausbildung

praxisorientierte berufsbegleitende
Fort- und Weiterbildung

fortschrittliche fach- und berufspolitische
Interessenvertretung

Im DGVT-Verlag erscheinen
wegweisende bezahlbare
Bücher

aktuell:
**Verhaltenstherapie
im Dialog**
15. Workshoptagung der DGVT
16. – 18. März 2005 in Tübingen

www.dgvt.de

DGVT | Postfach 13 43 | D - 72003 Tübingen
Telefon: (0 70 71) 94 34 44
E-Mail: dgvt@dgvt.de

ausfällt (z. B. Scholing & Emmelkamp, 1999) und die Veränderungen teilweise langsamer verlaufen (Oosterbaan, van Balkom, Spinhoven, de Meij & van Dyck, 2002). Eine komorbide Depression hat ebenfalls negative Auswirkungen auf die Wirksamkeit der Therapie.

Auf diesem Gebiet ist auch ein rasch wachsendes Angebot an Selbsthilfebüchern und computergestützten Selbsthilfeprogrammen zu finden. Der Großteil hiervon muss noch einer umfassenden Bewertung unterzogen werden.

5.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Man hätte denken können, dass die Klarheit der bis Ende der 1980er Jahre in diesem Bereich erzielten Ergebnisse der Forschungsbegeisterung einen Dämpfer versetzt hätte. Interessanterweise ist dies aber nicht der Fall, und in den letzten zwölf Jahren sind noch zahlreiche neue, interessante Studien vorgelegt worden. Es ist verlockend, sich der Analogie des Betrunknen zu bedienen, der darauf beharrt, seine verlorenen Schlüssel an der Straßenlampe zu suchen statt dort, wo er sie verloren hat, weil das Licht bei der Lampe besser ist. In vielen anderen Bereichen der psychotherapeutischen Interventionsforschung sind Antworten ebenso dringend erforderlich und liegen weit weniger auf der Hand: Persönlichkeitsstörungen und Depression sind hier nur zwei Beispiele. Dennoch ist die Forschung in diesen Bereichen deutlich verhaltener. Ich vermute, ohne allerdings Beweise für diesen Verdacht zu haben, dass die Klarheit, mit der Forschungsfragen formuliert werden können und von der folglich die Bewilligung von Mitteln abhängt, hierbei eine wesentliche Rolle spielt.

6. Zwangsstörungen

6.1. Der Status quo

Zwangsstörungen werden am häufigsten mit der psychologischen Technik der Exposition mit Reaktionsverhinderung (ERP) behandelt. ERP besteht aus zwei Komponenten: 1. Die Patienten müssen sich den

Faktoren aussetzen, die normalerweise Zwangsgedanken bei ihnen auslösen, und 2. sie müssen dies unter Bedingungen tun, die sie daran hindern, auf diese Zwangsgedanken mit der Durchführung der entsprechenden Zwangshandlungen zu reagieren. Kognitive Therapietechniken konzentrieren sich darüber hinaus auf die Infragestellung der Zwangsgedanken, auf die Disputation der automatischen negativen Gedanken, die durch die Zwangsgedanken ausgelöst werden, oder auf die Unterbrechung der Zwangsgedanken mittels Gedankenstopp. Die Literatur auf diesem Gebiet ist ausgereift und umfasst mehrere umfangreiche Meta-Analysen, in denen Effektstärken von etwa 1,0 für ERP (z. B. Kobak, Greist, Jefferson, Katzelnick & Henk, 1998) sowie etwas niedrigere Werte für serotoninerge Substanzen und etwas höhere Werte für Kombinationsbehandlungen festgestellt wurden.

Wir wissen viel über die Funktionsweise von ERP. Wir wissen, dass mit längeren Sitzungen (von beispielsweise zwei Stunden) größere Effektstärken bei Therapieende und in der Nachbeobachtung verbunden sind (z. B. Abramowitz, 1996; Abramowitz, 1997; Abramowitz, 1998). Wir wissen, dass ein Großteil der Patienten bei Akzeptanz und Compliance mit der Behandlung eine Besserung erzielt und die Rückfallraten niedrig sind, insbesondere im Vergleich zu mit Clomipramin behandelten Patienten, die nur zu einem geringen Anteil ihre Behandlungserfolge aufrechterhalten (z. B. Foa & Kozak, 1996). Wir wissen, dass Depressionen und schwere Zwangsstörungen ein relativ schlechteres Ergebnis erwarten lassen (z. B. Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt & Foa, 2000). Wir wissen, dass die Behandlung ebenso gut in einem ambulanten wie in einem spezialisierten Setting funktioniert (z. B. Warren & Thomas, 2001), und auch in einem Gruppenkontext scheint ERP gut zu funktionieren (Himle et al., 2001). *ERP ist eine relativ erfolgreiche Behandlung, und neue Initiativen sollten sich auf Bereiche konzentrieren, in denen ERP keine Anwendung finden kann.*

Kognitive Therapien sind nicht so gut erforscht. Einige Vergleichsstudien deuten darauf hin, dass kognitive Therapien weniger wirksam zu sein scheinen als ERP (z. B.

McLean et al., 2001). Andere Untersuchungen mit sehr ähnlichen Studiendesigns befinden zu Gunsten der kognitiven Therapien (z. B. van Oppen et al., 1995). Eine Kombination von kognitiver Therapie mit ERP ist anscheinend bei Patienten hilfreich, die auf intensive ERP-Behandlungen allein nicht ansprechen (z. B. Jones & Mezies, 1997, 1998; Krochmalik, Jones & Mezies, 2001). In den meisten Studien wird eine medikamentöse Behandlung mit ERP/kognitiver Therapie kombiniert. Die wenigen Studien, die auf eine Ermittlung von Unterschieden zwischen diesen Ansätzen ausgelegt sind, stellen in der Regel bei allen aktiven Behandlungen Veränderungen fest (de Haan et al., 1997; O'Connor, Todorov, Robillard, Borgeat & Brault, 1999).

6.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Gibt es bahnbrechende Erkenntnisse in der Behandlung von Zwangsstörungen? *Zwangshandlungen lassen sich gut mit ERP therapieren, doch Grübelzwänge können nicht als klinisches Problem gelöst werden.* Die beste Methode ist die so genannte „wiederholte Habituation“: Die Patienten nehmen ihre zwanghaften Grübelgedanken auf einer Kassette mit Endloschleife auf und hören sich diese als eine Form der Exposition an. In einer kleinen Studie, in der sich Patienten mit Grübelzwang entweder ihre eigenen Grübelgedanken oder neutrale Prosa anhörten, wurde in beiden Gruppen eine gleich gute Verbesserung festgestellt (Lovell, Marks, Noshirvani & O'Sullivan, 1994). Zwangspatienten, die sich selbst oder anderen zu schaden fürchten oder die religiöse Zwangsgedanken hegen, zeigen wenig Einsicht (Tolin, Abramowitz, Kozak & Foa, 2001), manifestieren eine stärkere Resistenz gegenüber Veränderungen und haben eine schwache Ergebnisprognose (Foa, Abramowitz, Franklin & Kozak, 1999). Es ist noch ungeklärt, ob schizotype Zwangskranke erreicht werden können. Patienten mit Hortzwang sind selten und ihre Behandlung scheint ebenfalls schwierig.

Es steht außer Frage, dass Zwangsstörungen nicht mit nicht-symptomspezifischen Therapietechniken behandelt werden sollten. Angesichts des gewissen Restleidens, das in Untersuchungen zu ERP bei

Patienten beobachtet wurde, würde sich jedoch eine vorsichtige Exploration einer Kombination von symptomorientierten Techniken mit allgemeineren supportiven bzw. expressiven Techniken anbieten. Dies wirft die wichtige Frage auf, wie für die Psychotherapeuten der nächsten Generation eine Ausbildung in multi-inklusive statt singular-exklusive Therapiemodellen erreicht werden kann.

Da viele Patienten mit Zwangsstörungen nicht wissen, dass es für ihre Probleme eine recht wirksame Behandlung gibt, sollten Methoden der Leistungserbringung exploriert werden, die eher in der Primärversorgung als in Spezialkliniken verankert sind. In diesem Zusammenhang könnte auch das Verfahren der computergestützten kognitiven Verhaltenstherapie in Erwägung gezogen werden. Die Notwendigkeit von Studien zur Behandlungsimplementierung ist ein Thema, das sich wie ein roter Faden durch die vorliegende Übersichtsarbeit zieht.

7. Posttraumatische Belastungsstörungen

7.1. Der Status quo

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) sind im Allgemeinen selten (Lebenszeitprävalenz 1%), jedoch weit verbreitet unter Personen mit akuter Traumavorgeschichte (zwischen 20% und 50%, je nach Schwere des Traumas). An PTBS leidende Personen weisen mit hoher Wahrscheinlichkeit noch weitere Störungen auf: So lagen in einer deutschen Bevölkerungsstichprobe von über 3.000 Jugendlichen und jungen Erwachsenen bei 85% der Personen, die PTBS-Kriterien erfüllten, noch mindestens zwei weitere Diagnosen vor (Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000).

Psychologische Debriefings werden häufig unmittelbar nach Naturkatastrophen bzw. durch Menschen verursachten Unglücken durchgeführt. Diese aus nur einer Sitzung bestehenden kognitiv-behavioralen Interventionen sind schwerlich als eine Form der Therapie zu betrachten und scheinen weder das Ausmaß des Leidens noch die Wahrscheinlichkeit einer Entwicklung von

PTBS zu verringern (Bisson, 2003; Rose, Bisson & Wessely, 2003). Ein Mangel an Wirkung ist zwar am häufigsten, doch es ist Besorgnis erregend, dass einige Studien auf eine höhere Inzidenz von Psychopathologie nach Debriefings hindeuten (Bisson, Jenkins, Alexander & Bannister, 1997; Hobbs, Mayou, Harrison & Worlock, 1996). Etwas längere Debriefing-Interventionen haben anscheinend positivere Ergebnisse zur Folge (André, Lelord, Legeron, Reignier & Delatre, 1997; Bryant, Sackville, Dang, Moulds & Guthrie, 1999). Nichtsdestotrotz scheint kein besonderer Vorteil in der Konzentration der therapeutischen Bemühungen auf die Phase unmittelbar nach dem Trauma zu bestehen (Ehlers & Clark, 2003). Dies hinterlässt eine erhebliche Lücke in unserem Instrumentarium für den Umgang mit den physischen und sozialen Traumata großen Ausmaßes, die (vielleicht auf Grund der Medienberichterstattung) die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit sowie unserer politischen Führungsriege finden.

Die aktive Forschung hat sich mit folgenden Bereichen befasst: 1. verhaltenstherapeutische Techniken wie Exposition, 2. kognitive Techniken, die auf die Traumabeurteilung des Patienten fokussiert sind, 3. Angstbewältigung mittels einer Kombination behavioraler und kognitiver Elemente und 4. EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing), ein Verfahren, bei dem der Patient sich ein Bild von den Angst auslösenden Ereignissen vorstellt und gleichzeitig mit den Augen den Finger des Therapeuten verfolgt, der sich schnell und rhythmisch bewegt.

In Meta-Analysen (Sherman, 1998; Van Etten & Taylor, 1998) wurde festgestellt, dass psychologische Behandlungen recht wirksam sind, wobei mit den oben genannten Therapien ähnliche Prä-Post-Effektstärken erzielt wurden. Zwei Meta-Analysen über EMDR (Davidson & Parker, 2001; Maxfield & Hyer, 2002) haben große Effektstärken im Vergleich zu Wartelisten und nicht-spezifischen Therapien ergeben, aber geringere Effektstärken gegenüber expositionsbasierten Therapien. Überraschenderweise ist die Effektstärke für EMDR umso größer, je strenger das Design der Studie ist. Die Meta-Analysen scheinen jedoch

angesichts der geringen Anzahl der Studien noch etwas verfrüht.

Obgleich für die Wirksamkeit einer systematischen Desensibilisierung nur begrenzte Evidenz vorliegt, gibt es für die Wirksamkeit einer Expositionstherapie bei einer Reihe von Patientengruppen sehr gute Belege. Die Arbeit von Edna Foa ist hier von besonderer Bedeutung (z. B. E. B. Foa et al., 1999). Eine Kombination kognitiver Therapien mit einer Exposition scheint im Vergleich zu Wartelisten oder Beratung wirksam zu sein, aber wahrscheinlich nicht wirksamer als eine alleinige Expositionstherapie (Bryant et al., 1999; Fecteau & Nicki, 1999). Die Wirksamkeit der Methode ist anscheinend sogar bei Anwendung im Zusammenhang mit zivilen Katastrophen gegeben (Gillespie, Duffy, Hackmann & Clark, 2002).

Kognitive Interventionen und Expositionstherapie werden zwar in der Regel in Kombination eingesetzt, doch beide scheinen auch einzeln wirksam zu sein, wobei die kognitive Therapie leicht vorne liegt, was die Akzeptabilität anbetrifft (Tarrier, Pilgrim, Sommerfield, Faragher, Reynolds, Graham, et al. 1999; Tarrier, Sommerfield, Pilgrim & Humphreys, 1999). Das Stressimpfungstraining (SIT) – die am häufigsten angewendete Form der Angstbewältigung – umfasst verhaltenstherapeutische Techniken wie z. B. Entspannung sowie kognitive Techniken wie angeleitete Selbstdialoge. Die Wirksamkeit von SIT ist weit höher als die von Beratung (Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock, 1991), und in Kombination mit einer Exposition angemessener Länge kann die Wirksamkeit von SIT sogar oft noch gesteigert werden (Devilly & Foa, 2001; Tarrier, 2001). Die spezifische Nützlichkeit kognitiver Interventionen bei Personen, die an einem hohen Maß von Schuld und Scham leiden, wird eher durch klinische Beurteilung von Einzelfällen als durch Evidenz nahe gelegt (Foa, 2000).

Die Wirksamkeit von EMDR steht außer Zweifel, was uns angesichts der Tatsache, dass die Therapie unweigerlich eine Nicht-In-vivo-Expositionsbehandlung (d. h. eine bildliche Exposition) einschließt, nicht überraschen sollte. EMDR scheint wirksamer zu sein als die Standardtherapie, und mit EMDR behandelte Kassenpatienten neh-

men weniger Therapiesitzungen in Anspruch (Marcus, Marquis & Sakai, 1997). Das Bild stellt sich etwas komplizierter dar, wenn man EMDR mit Expositionsbehandlungen vergleicht. Die bisher vorliegenden Studien arbeiten mit kleinen Stichproben, und so vermochte keine von ihnen signifikante Unterschiede zu belegen. In einer Studie ergab sich zwar ein signifikanter Vorteil zu Gunsten der kognitiven Therapie (Devilley & Spence, 1999), doch die Behandlungen wurden von nur zwei Therapeuten durchgeführt. In der größten komparativen Studie (Power et al., im Druck) wurden kognitive Restrukturierung und Expositionstherapie einerseits und EMDR andererseits einander gegenübergestellt. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass EMDR-Patienten eine schnellere Erholung erreichen, bei Behandlungsende und in der Nachbeobachtung aber keine Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen. So genannte „Dismantling“-Studien (die das „Herausschälen“ der wirksamen Komponenten einer Therapie zum Ziel haben) haben gezeigt, dass die Wirksamkeit von EMDR unabhängig von den Augenbewegungen gegeben ist (Boudewyns & Hyer, 1996; Devilly, Spence & Rapee, 1998).

7.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Psychodynamische Kurztherapien sind bisher keiner richtigen Untersuchung im Hinblick auf PTBS unterzogen worden, obwohl in klinischen Berichten nichts darauf hindeutet, dass diese Therapien eine höhere

Wirksamkeit hätten als die derzeitigen symptomorientierten Ansätze. Es liegt Evidenz vor, dass komplexe Traumata weit behandlungsresistenter sein können als die jüngeren Traumata, die Untersuchungsgegenstand der meisten Studien sind. *Speziell in diesem Zusammenhang wären systematische Studien über psychodynamische oder integrative Therapieansätze wünschenswert.* Die Kontroversen um EMDR werfen ein Schlaglicht auf einen äußerst wichtigen Grundsatz, der derzeit in der Psychotherapieforschung nur unzureichend Vertretung findet: Die Wirksamkeit einer Behandlung sollte erst dann als gegeben gelten, wenn nachgewiesen ist, dass die Mechanismen der therapeutischen Veränderung wirklich die von den Begründern der Therapie angegebenen Mechanismen sind. Die Dismantling-Studien zu EMDR zeigen eindeutig, dass dies nicht der Fall ist. Was auch immer die Gründe für die Wirksamkeit von EMDR sein mögen, es ist unwahrscheinlich, dass die Wirkung durch das ausführliche physiologische Modell von Francine Shapiro erklärt wird (Shapiro, 1996). Zu akzeptieren, dass eine Behandlung als willkürliche Kombination von Elementen funktioniert, ohne die genauen Gründe zu verstehen, könnte eine künstliche Versteinerung der Therapieentwicklung zur Folge haben. Denn die Entwicklung von Therapien sollte von zugrunde liegenden Prinzipien geleitet werden und nicht von einer ehrfürchtigen Befolgung althergebrachter Verfahren, die durch eine Kombination von historischer Tradition und Prinzipien der evidenzbasierten

Praxis in Behandlungsplänen festgeschrieben und bewahrt werden. Replizierbarkeit ist zwar wichtig, doch wenn wiederholte Nachweise guter Ergebnisse im Hinblick auf den zugrunde liegenden psychologischen Prozess schlecht verstanden werden, sind sie selbstlimitierend und lassen Verbesserungen der Praxis nur nach dem Zufallsprinzip zu. Wenn wir nicht wissen, ob zwei Interventionsformen wirklich denselben Mechanismus ansprechen, sind der Untersuchung von Kombinationstherapien – mit der Ausnahme von Machbarkeit – keine Grenzen gesetzt.

Ich behandle diesen Punkt so ausführlich, um den dringenden Bedarf für Studien zu verdeutlichen, die eine Verbindung zwischen psychologischen Modellen spezifischer Psychopathologie einerseits und Modellen therapeutischer Mechanismen andererseits herstellen. Nur auf diese Weise können auf diesem Gebiet systematisch Fortschritte in Richtung immer wirksamerer Verfahren erzielt werden, mit denen wir den Betroffenen helfen können.

Peter Fonagy, PhD, FBA

Anthony Roth, PhD

Sub-Department of Clinical Health Psychology
University College London
Gower Street
London WC1E 6BT
Großbritannien
p.fonagy@ucl.ac.uk
a.roth@ucl.ac.uk



Alfred Adler Institut für Individualpsychologie e.V. München

Dall'Armistraße 24, 80638 München, Tel. 089 / 17 60 91

www.adlerinstitut-muenchen.de info@adlerinstitut-muenchen.de

Im Alfred Adler Institut München beginnt im Herbst 2004 ein neuer Ausbildungsgang für Dipl.-Psychologen zum **Psychologischen Psychotherapeuten**, sowie für Dipl.-Psychologen, Dipl.-Sozialpädagogen und Pädagogen zum **Analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**. Außerdem ist eine Weiterbildung für Ärzte zum **Zusatztitel Psychotherapie/Psychoanalyse** möglich. Gerne schicken wir Ihnen detaillierte Informationen zu.

Novellierung der GOÄ / GOP dringend erforderlich

Dieter Best

Zusammenfassung: Die Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) ist die verbindliche Abrechnungsgrundlage bei der Privatbehandlung. Sie ist keine eigenständige Gebührenordnung, sondern verweist auf die für Psychotherapeuten relevanten Abschnitte der völlig veralteten GOÄ. Vier Jahre Erfahrung mit der GOP zeigen, dass sie in der Praxis zu vielen Abrechnungsproblemen führt und dass sie die Leistungen der Psychotherapeuten nur ungenügend abbildet. Der Beitrag zeigt die derzeitigen Bemühungen um eine Novellierung der GOÄ und GOP und benennt die Forderungen der Bundespsychotherapeutenkammer an eine moderne, den Bedürfnissen der Psychotherapeuten gerecht werdende Gebührenordnung. Kritisch bewertet werden Bestrebungen, bei einer Novellierung den EBM (EBM 2000plus) zugrunde zu legen, weil dieser das Leistungsspektrum der Psychotherapeuten auf die Richtlinienpsychotherapie einengt und weil im EBM die psychotherapeutischen Leistungen nicht angemessen bewertet sind.

Auf Grundlage des § 9 Psychotherapeutengesetz war das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) zu erlassen. Nach einigen Bedenken, insbesondere der Länderfinanzministerien, konnte die GOP schließlich am 24. Juni 2000 in Kraft treten. Die Erfahrungen mit der jetzt 4-jährigen GOP zeigen: Sie bildet die Leistungen der Psychotherapeuten nicht adäquat ab und ihre Anwendung im Praxisalltag ist oft problematisch.

Die GOP als staatliche Gebührenordnung ist die obligatorische Abrechnungsgrundlage für alle berufstypischen Leistungen der Psychotherapeuten, die als Privatbehand-

lung erbracht werden. Sie wird angewendet bei privat versicherten Patienten, bei Patienten mit staatlichem Fürsorgeanspruch (z. B. Beihilfe) und bei Selbstzahlern. Sie muss ebenso angewendet werden bei gesetzlich versicherten Patienten, die Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden (sog. „Individuelle Gesundheitsleistungen“).

Die GOP ist insofern keine eigenständige Gebührenordnung als sie auf die Abschnitte B (Grundleistungen) und G (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) der GOÄ verweist. Dies war nach dem In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes die einzig realistische Chance, in absehbarer Zeit zu einer Gebührenordnung zu kommen und damit die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten den Ärzten im Bereich der Privatbehandlung rechtlich gleich zu stellen. Mit dem Verweis auf die GOÄ konnte schließlich auch die Gefahr von im Verhältnis zur GOÄ abgesenkten Gebührensätzen gebannt werden, denn seit Jahren streben die Beihilfen bzw. die für sie zuständigen Finanzministerien der Länder danach, die Gebühren abzusenken, um so die in der ungünstigen Altersstruktur der Beamtenenschaft liegenden Probleme der Beihilfe zu lösen. Die GOP wäre ein willkommener Anlass gewesen, hier den Anfang zu machen.

Derzeit verfügen ca. 8 Millionen Bundesbürger über eine private Krankenvollversicherung. Davon ist ca. die Hälfte als Beamte oder Angestellte des öffentlichen Dienstes zusätzlich beihilfeberechtigt. Mit der GOP rechnen überwiegend niedergelassene Psychotherapeuten ab. Die Einnahmen aus Privatbehandlungen machen im Durchschnitt ca. 10 bis 20% des Umsatzes aus, wobei der Anteil im Osten deutlich

niedriger liegt. Sofern Psychotherapeuten in Institutionen tätig sind und dort privat Patienten behandeln, werden die Leistungen ebenfalls nach der GOP abgerechnet.

Mit dem Verweis auf die GOÄ musste auch ihr größter Nachteil, der völlig veraltete Leistungskatalog, in Kauf genommen werden. Die GOÄ spiegelt die beruflichen Leistungen der Psychotherapeuten nicht angemessen wider. Dies zeigt sich z. B. daran, dass

- der seit mehr als 20 Jahren fast unveränderte Leistungskatalog nicht mehr dem heutigen Stand der Psychotherapie und Psychodiagnostik entspricht,
- der Leistungskatalog der über die Psychotherapie hinausreichenden beruflichen Tätigkeit der Psychotherapeuten nicht gerecht wird,
- manche Leistungen noch das mit dem Psychotherapeutengesetz überholte Delegationsprinzip implizieren.

Und schließlich: In der Praxis führt die Anwendung der GOÄ zu zahlreichen Anwendungsproblemen und Konflikten mit den Kostenträgern, die auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden.

Seit ihrer Einführung 1965 ist die GOÄ erst zweimal (1982 und 1996) überarbeitet worden, wobei der Abschnitt G (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) seit 1982 fast unverändert blieb. Bei der letzten Novellierung war für Psychotherapeuten lediglich die Aufnahme der Verhaltenstherapie in die GOÄ relevant. Selbst dies gelang nur unvollständig, weil zum einen die entsprechende Anpassung einiger Legendengruben unterblieb. So enthalten die Legendengruben 808 (Bericht an den Gutachter) und 860 (biographische Anamnese) keinen Hinweis darauf, dass sie auch bei einer Verhaltenstherapie anwendbar

sind. Zum anderen wurde eine Anpassung der Bewertung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie an die (höher bewertete) Verhaltenstherapie versäumt.

Seit Jahren werden verschiedene Modelle zur Änderung des Rechtsverordnungsverfahrens diskutiert, die zu einer rascheren Anpassung der GOÄ an den medizinischen und psychotherapeutischen Fortschritt führen als das bislang übliche Novellierungsverfahren. Das umständliche und langsame Verfahren liegt an der Zustimmungspflichtigkeit durch den Bundesrat und auch daran, dass der zuständigen Behörde (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung) allein die Überarbeitung des umfangreichen Leistungskataloges übertragen ist.

Unter den Alternativen werden dem sog. „Vorschlagsmodell“ bisher die meisten Chancen auf Verwirklichung eingeräumt. Das Vorschlagsmodell bedeutet, dass ein zwischen den beteiligten Parteien der Kostenträger und der Leistungserbringer abgestimmter Vorschlag über den Leistungsteil in das Rechtsordnungsverfahren geht und vom Bundesrat unverändert bestätigt wird. Dies hätte den Vorteil, dass der Staat die Überarbeitung der vielen einzelnen Leistungen dem Sachverstand der beteiligten Parteien der Leistungserbringer und Kostenträger überlässt. Gleichzeitig bliebe der Rechtsrahmen der GOÄ als staatliche Gebührenordnung erhalten.

Bedingungen für eine Novellierung der GOÄ/GOP

Das Vorschlagsmodell ist aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer grundsätzlich geeignet, die Entwicklungen in der Psychotherapie in der GOÄ / GOP in kürzeren Zeiträumen als bisher abzubilden.

Wird dieses Modell umgesetzt, fordert die Bundesärztekammer eine paritätische Besetzung des Vorschlagsremiums mit einerseits Ärzten, andererseits Kostenträgern (PKVen, Beihilfen). Die Bund-Länder-Kommission für das Beihilferecht dagegen bevorzugt drei Bänke (Ärzte, Beihilfe, PKVen). Dies wiederum ist für die Ärzteschaft inakzeptabel, da sie in der Minderheit wäre.

Die Bundespsychotherapeutenkammer lehnt das Drei-Bänke-Modell ebenfalls ab und fordert eine paritätische Besetzung von Kostenträgern und Leistungserbringern. Darüber hinaus fordert die Bundespsychotherapeutenkammer eine paritätische Besetzung auf Leistungserbringerseite (Ärzte, Psychotherapeuten) bei Verhandlungen über die für die Psychotherapeuten relevanten Abschnitte.

Gleich welcher Weg zur Novellierung am Ende bevorzugt wird: Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) strebt eine Orientierung am neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM 2000plus) an, weil im Kern kein gravierender Unterschied zwischen vertragsärztlicher bzw. vertragspsychotherapeutischer Versorgung einerseits und Privatbehandlung andererseits bestünde und weil der neue EBM betriebswirtschaftlich kalkuliert und insofern ausgewogen sei. Beiden Argumenten können die Psychotherapeuten nicht vorbehaltlos zustimmen.

Zwischen dem im EBM bestimmten Leistungsspektrum der Psychotherapeuten und den nach dem Psychotherapeutengesetz definierten Tätigkeitsbereichen besteht ein bedeutender Unterschied. Was berufsrechtlich möglich ist, ist im EBM teilweise nicht abrechnungsfähig. Das SGB V verweist in § 28 Abs 3 auf die Psychotherapierichtlinien nach § 92 und schränkt somit das Leistungsspektrum auf die in den Psychotherapierichtlinien definierten Verfahren, Kontingente, Behandlungsschritte usw. ein.

Der Tätigkeitsbereich von Psychotherapeuten wird nach Abs 3 Psychotherapeutengesetz jedoch weiter gefasst:

„Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist.“

Dies beinhaltet z. B. wissenschaftlich anerkannte Verfahren, die sozialrechtlich nicht oder noch nicht anerkannt sind. Dies beinhaltet ebenfalls Behandlungsmethoden zur

längerfristigen supportiven Einzel- und Gruppenbehandlung chronischer psychischer, psychosomatischer und körperlicher Krankheiten. Sie zielen auf die Förderung aktiver Bewältigungsfähigkeiten und Abbau des häufig sich herausbildenden „Krankheitsverhaltens“. Diese Behandlungsverfahren sind nach dem EBM für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht abrechnungsfähig.

Die GOÄ / GOP muss deshalb in den für die Psychotherapeuten verbindlichen Abschnitten die beruflichen Leistungen der Psychotherapeuten, wie sie in der staatlichen Ausbildung (und künftig auch in Weiterbildungen) erworben werden, widerspiegeln. Dies sind psychotherapeutische, präventive, rehabilitative, diagnostische und beratende Tätigkeiten auf wissenschaftlicher Grundlage.

Auch dem Argument, der EBM sei betriebswirtschaftlich kalkuliert und bringe deshalb im Ergebnis ein ausgewogenes Verhältnis der Leistungsbewertungen, kann solange nicht gefolgt werden, als bei der Psychotherapie Praxiskosten einer Sparpraxis zugrunde gelegt werden.

Schließlich ist der dem EBM zugrunde liegende, für den Bereich der GKV zu akzeptierende Ansatz eines gleichen Arztlohns je Zeiteinheit für alle Behandler auf den Bereich der Privatbehandlung nur bedingt anzuwenden. Patienten, die sich für eine Privatbehandlung bewusst entschieden haben, wählen ihren Arzt oder Psychotherapeuten auch unter dem Gesichtspunkt der Erfahrung und des Könnens aus. Es muss dem Therapeuten gestattet sein, dies durch den Gebührensatz auszudrücken.

Dieter Best

Psychologischer Psychotherapeut
Vizepräsident der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz
Beauftragter der Bundespsychotherapeutenkammer für die Gebührenordnung
Postfach 14 01 16
67021 Ludwigshafen
Best.Dieter@t-online.de

Psychotherapie in der medizinischen Rehabilitation – ein zukunftsträchtiges Feld in der multidisziplinären Gesundheitsversorgung

Stefan Lueger

Deegenbergklinik, Bad Kissingen

Zusammenfassung: Die Frage, inwieweit Klinische Psychologen¹ in der medizinischen Rehabilitation auch psychotherapeutisch tätig sind, wurde in der Vergangenheit kontrovers diskutiert. Der Beitrag nimmt zu dieser Frage Stellung, indem zunächst ein kurzer Überblick über die Entwicklung der Rolle der Klinischen Psychologie in der medizinischen Rehabilitation gegeben wird. Am Beispiel der kardiologischen Rehabilitation wird aufgezeigt, dass Psychotherapie ein wichtiger Bereich im Tätigkeitsfeld für Psychologen/Psychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation darstellt. Voraussetzung dafür, dass die Möglichkeiten der Psychotherapie und Klinischen Psychologie in der Rehabilitation wirklich realisiert werden, ist jedoch, dass die notwendigen personellen Kapazitäten in der Reha-Klinik vorhanden sind.

Einleitung

Klinische Psychologen gibt es in der Rehabilitation seit Mitte der 70-er Jahre. Die Frage, inwieweit Klinische Psychologen in der medizinischen Rehabilitation beratend und / oder psychotherapeutisch tätig sind, wurde in der Vergangenheit kontrovers diskutiert (siehe z.B. Doubrawa, 1995).

Entwicklung der Rolle der Klinischen Psychologie in der medizinischen Rehabilitation

Bereits in Beschreibungen des Tätigkeitsfeldes Klinischer Psychologen aus den 80-

er Jahren werden u.a. auch psychotherapeutische Aufgaben genannt.

So gehören nach Kijanski (1987) zum Aufgabengebiet eines Klinischen Psychologen in der medizinischen Rehabilitation neben der psychologischen Diagnostik, der individuellen Beratung, der Mitarbeit beim Gesundheitstraining sowie der Dokumentation der erbrachten Leistungen auch psychologisch-therapeutische Maßnahmen. Zu den psychologisch-therapeutischen Maßnahmen zählen u.a. psychotherapeutisch aufgebaute Einzelgespräche sowie psychotherapeutisch orientierte Gruppen.

Hervorzuheben ist dabei, dass als Kriterium für psychotherapeutische Einzelgespräche mindestens drei Gespräche von jeweils 45 Minuten Dauer und für psychotherapeutische Gruppen mindestens zwei Sitzungen pro Woche und insgesamt fünf Sitzungen während der stationären Heilbehandlung gefordert werden (a.a.O., S. 10). Die Angaben zur Häufigkeit sind insofern von Bedeutung, da ja gelegentlich die These vertreten wurde, dass im engen zeitlichen Rahmen einer Rehabilitation keine Psychotherapie möglich sei.

Ebenso stellt für Vogel (1988) die psychologische Beratung und Therapie einen wichtigen Aufgabenbereich des Psychologen in der Reha-Klinik dar. Psychologische Beratung und Therapie sind erforderlich bei Problemen der Krankheitsbewältigung, bei Patienten mit psychosozialen Problemen und bei Patienten mit psychischen Störungen.

Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) betont in den aktualisierten

Expertenempfehlungen der Reha-Kommission, dass die medizinische Rehabilitation sich auch auf die psychosozialen Aspekte der Krankheitsbewältigung richtet (siehe z.B. VDR, 1996). „Alle Bemühungen um den Rehabilitanden, wie z.B. durch ein Funktionstraining Leistungsverbesserungen zu erreichen, bleiben letztlich erfolglos, wenn der Betroffene nicht lernt, sich auf seine Krankheit oder Behinderung angemessen einzustellen“ (a.a.O., S. 652). Die Empfehlungen lassen sich nach heutigen Maßstäben als Leitlinien mit dem Evidenzgrad III bezeichnen. Bedarf für klinisch-psychologische Leistungen und Interventionen auf der Grundlage unterschiedlicher Psychotherapie-Methoden ergibt sich danach insbesondere aus Problemen im Prozess der Krankheitsverarbeitung. Dazu gehören emotionale Störungen (z.B. Angst und Depressivität), Konflikte in Partnerschaft und Familie, Beeinträchtigungen des Sozialverhaltens (z.B. soziale Rückzugstendenzen), psychische Beeinträchtigungen, die die körperliche oder psychische Leistungsfähigkeit oder die psychophysische Stabilität beeinflussen, Probleme mit der Akzeptanz der Erkrankung, Diskrepanzen zwischen Behandlungserwartung und Behandlungsangebot sowie inadäquates Krankheitsverhalten (a.a.O., S. 652).

Psychotherapie ist somit ein sehr wichtiger Bereich heilkundlicher Tätigkeit in der Behandlung psychischer und psychosomatischer, psychisch mitbedingter oder verhaltensabhängiger Erkrankungen (siehe auch Doubrawa, 1988).

¹ Wegen der besseren Lesbarkeit des Textes wurde jeweils nur die maskuline Form verwendet. Hinter jeder maskulinen Bezeichnung ist stets ein „Innen“ dazu zu denken.

Mit dem Psychotherapeutengesetz von 1998 wurde die psychotherapeutische Tätigkeit von Klinischen Psychologen geregelt. Die Ausübung von selbstständiger heilkundlicher Psychotherapie setzt eine Approbation voraus. Nach dem Gesetzestext (§ 1 Abs. 3 PsychThG) ist die Ausübung von Psychotherapie „jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“. Da im Gesetz keinerlei Angaben über die Dauer der Intervention (Stundenanzahl) gemacht werden, findet also auch während eines drei- bis vierwöchigen Zeitraumes in der Reha-Klinik Psychotherapie statt.

Der Bereich der Rehabilitation ist mittlerweile das zahlenmäßig größte Arbeitsfeld für Psychologische Psychotherapeuten in Institutionen (Kammler-Kaerlein, 2004). Die Approbation wird zunehmend von den Kostenträgern und Klinikbetreibern wenn nicht als Einstellungsvoraussetzung, so doch zumindest als anzustrebende Basiskompetenz erwartet (Kammler-Kaerlein, 2004).

Die fachliche Weiterentwicklung der Reha-Konzepte in den vergangenen Jahren führte in allen Indikationsbereichen der medizinischen Rehabilitation, d.h. bei muskuloskelettalen Erkrankungen, Herzkreislauf-Erkrankungen, onkologischen und gastroendokrinologischen Erkrankungen, um nur die wichtigsten zu nennen, zu einer deutlich höheren Gewichtung von psychosozialen Aufgaben in der Rehabilitation und insbesondere von Gesundheitsbildung und Patientenschulung.

Das Psychotherapeutengesetz machte eine neue Bestimmung des Aufgabenfeldes des Diplompsychologen in der medizinischen Rehabilitation in Abgrenzung zum Psychologischen Psychotherapeuten erforderlich. Diskutiert werden gegenwärtig als Aufgabenbereiche des Diplompsychologen der Einsatz von Assessmentverfahren, psychologische Beratung und Verhaltenstraining, Patientenschulung und Gesundheitstraining, die Dokumentation sowie weitere Aufgabenfelder (z.B. Beteiligung an der internen Qualitätssicherung oder an der in-

ternen Fortbildung). Psychotherapeutische Gespräche oder Gruppen dürfen nur von entsprechend qualifiziertem Personal durchgeführt werden, nämlich von Psychologischen Psychotherapeuten, von Diplompsychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten unter qualifizierter Supervision oder von psychotherapeutisch qualifizierten Ärzten.

Zur Bedeutung von Psychotherapie in der medizinischen Rehabilitation am Beispiel der kardiologischen Rehabilitation

Dass Psychotherapie ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation darstellt, soll am Beispiel der kardiologischen Rehabilitation verdeutlicht werden. Es werden dazu Untersuchungen kurz aufgeführt, die zeigen, dass psychische Störungen den Verlauf einer koronaren Herzkrankung nachhaltig negativ beeinflussen. Ferner wird auf Studien zurückgegriffen, die sich mit dem Behandlungsbedarf psychischer Störungen in der Rehabilitation befassen. Die angeführten Ergebnisse haben Eingang in die Therapieleitlinien der Fachgesellschaften gefunden.

Negativer Affekt und hier insbesondere Depression gilt heute als koronarer Risikofaktor, der sowohl die Morbidität (koronare Erstereignisse) als auch den Verlauf und die Prognose der chronischen ischämischen Herzkrankheit beeinflusst (z. B. Herrmann-Lingen & Buss, 2002; Barefoot et al., 2000). Depressivität einen Monat nach Herzbybypassoperation ist ein Prädiktor der kardialen Mortalität (Borowicz et al., 2002).

In einer Untersuchung der Arbeitsgruppe Klinische Psychologie in der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) wurde ein Fragebogen zum Screening auf psychische Störungen und soziale Probleme erarbeitet, der u.a. die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) nach Herrmann et al. (1995) enthielt (siehe Mittag et al., 2003).

An der Untersuchung nahmen 426 kardiologische PatientInnen aus mehreren

Rehabilitationskliniken bzw. ambulanten Einrichtungen teil. Bei 150 Personen (35,2%) lag mindestens ein auffälliger HADS-Wert (Cut-Off-Wert > 10 für die Ängstlichkeitsskala und > 8 für die Depressivitätsskala) vor. Ähnliche Ergebnisse liegen auch für andere Erkrankungen vor (für den orthopädischen Bereich siehe z.B. Panning, 2000).

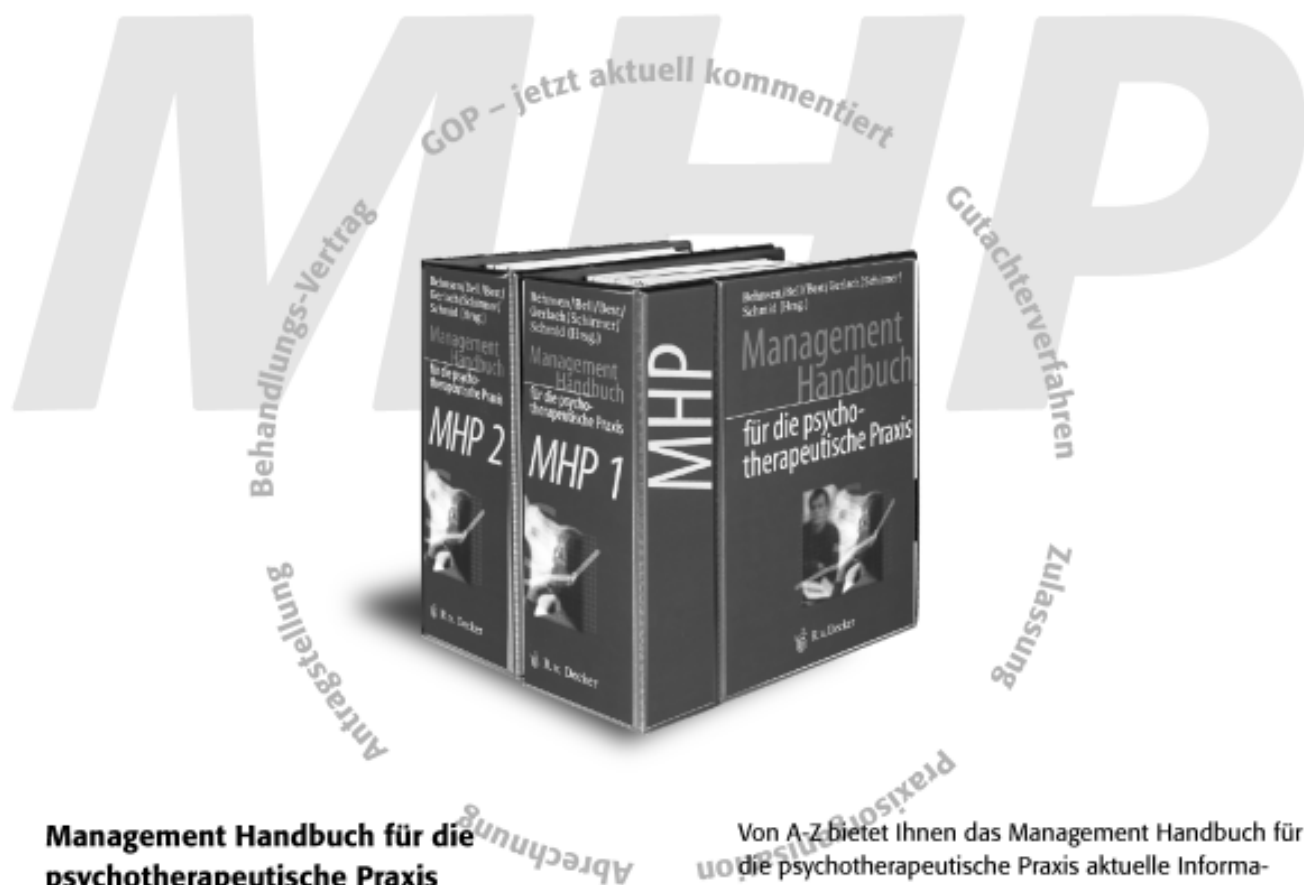
Hierbei ist es wichtig anzumerken, dass aus dem Screeningbogen allein natürlich kein Behandlungsbedarf im engeren Sinn abgeleitet werden kann, sondern zunächst nur ein Bedarf an weiterer, gezielter Abklärung der Problematik. In einem weiteren orientierenden diagnostischen Gespräch muss die Behandlungsindikation bei positiv gescreenten Patienten bestätigt und darüber hinaus die Behandlungsmotivation oder -motivierbarkeit des Patienten geklärt werden (Mittag et al., 2003). Die Schätzung von Behandlungsbedarf verlangt außerdem möglichst gut evidenzbasierte Informationen darüber, welche Erfolge unter einer bestimmten Behandlung zu erwarten sind („ability to benefit“; vgl. Raspe, 2003). Dennoch zeigen die Untersuchungen, dass in der medizinischen Rehabilitation ein erheblicher Bedarf für Psychotherapie vorliegt.

Neue Studien aus der Arbeitsgruppe um Härter und Bengel zur Prävalenz psychischer Störungen in der medizinischen (somatischen) Rehabilitation belegen diese These. Härter et al. (2004) gehen beispielsweise davon aus, dass 16,4% bis 25,0% der Patienten in der medizinischen Rehabilitation (unterschiedlich je nach Hauptdiagnose) eine psychische Störung haben und schreiben weiter: „Es ist damit zu rechnen, dass jeder vierte bis sechste Rehabilitand eine behandlungsbedürftige komorbide psychische Störung aufweist.“

Die Tatsache, dass psychische und soziale Risikofaktoren zur Entstehung der koronaren Herzkrankung (KHK) beitragen und deren Prognose negativ beeinflussen, wird auch in den Leitlinien zur Behandlung der KHK berücksichtigt. So fordert die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) in ihren Leitlinien zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzkrankung, die

„Für die tägliche Praxis nahezu unverzichtbar“

Deutsches Ärzteblatt, Heft 24, 2000



Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis

Herausgegeben von:

Erika Behnsen, Dr. med Karin Bell,
Dipl.-Psych. Dieter Best, RA Hartmut Gerlach,
RA Horst Dieter Schirmer, Prof. Dr. Rudolf Schmid.

Ca. 2.000 Seiten. Das Werk wird 3 bis 4 mal pro Jahr mit jeweils 150 bis 200 Seiten Umfang aktualisiert zum Preis von je € 30,- bis € 45,-
Loseblattwerk in 2 Ordnern. € 99,-
ISBN 3-7685-6592-4

Von A-Z bietet Ihnen das Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis aktuelle Informationen und kompetente Beratung durch ausgewiesene Fachleute. Das Handbuch gibt Antworten auf alle zentralen Fragen zu Praxis und Recht.

Insbesondere die mit dem Psychotherapeutengesetz einher gehenden Vorschriften und Anforderungen, Probleme und Fragestellungen rund um die psychotherapeutische Praxis werden praxisorientiert dargestellt.

BESTELLCOUPON

Bitte bestellen Sie über Ihre Buchhandlung oder per Fax: 089/54852-8137

Ja, ich bestelle

- Behnsen/Bell/Best u.a. (Hrsg.), **Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis** Loseblattwerk in zwei Ordnern. € 99,-
zzgl. Ergänzungslieferungen für mindestens ein Jahr.
ISBN 3-7685-6592-4

.....
Firma

.....
Name/Vorname

.....
Straße

.....
PLZ/Ort

Mein Rückgaberecht für Loseblattwerke: Ich bestelle ohne Risiko. Ich werde das Werk drei Wochen prüfen. Wenn es mir nicht gefällt, kann ich es innerhalb dieser Frist ohne Angabe von Gründen zurückschicken. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung. Nur wenn ich das Werk behalte, wird die beiliegende Ansichtsbuchrechnung fällig. Um die Aktualisierung meines Werkes brauche ich mich nicht zu kümmern: Ich erhalte automatisch regelmäßig Ergänzungslieferungen zum jeweils gültigen Seitenpreis. Ich kann die Belieferung (nach einem Jahr) beenden, indem ich Sie benachrichtige oder eine Lieferung an den Verlag (Verlagsgruppe Hühlig Jehle Rehm GmbH, Emmy-Noether-Str. 2, 80992 München) zurückschicke.

.....
Datum/Unterschrift



R.v. Decker
www.rvdecker-verlag.de

in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) erstellt wurden, dass beim Risikofaktoren-Management der KHK-Patienten die individuellen psychosozialen Risikofaktoren berücksichtigt werden sollen. Ggf. seien geeignete unterstützende, psychotherapeutische und/oder medikamentöse Maßnahmen einzuleiten (Dietz & Rauch, 2003, S. 509).

Psychotherapeutische Ansätze in der medizinischen Rehabilitation

Eine strikte Trennung zwischen klinisch-psychologischen Interventionen und Psychotherapie ist in der Praxis oftmals sehr schwierig, da klinisch-psychologische Interventionen je nach der besonderen Situation im Einzelfall mehr oder weniger ausgeprägt auch psychotherapeutischen Charakter haben können (Vogel et al., 1995). Besonders zeigt sich dieses Problem in der diagnosebezogenen Gruppenarbeit (vgl. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 2000). So wird z.B. in der Gruppe „Leben mit einer koronaren Herzerkrankung“ meist ein themenzentrierter Ansatz verfolgt, der psychotherapeutische Gruppenarbeit mit eher pädagogisch orientierter Veränderung von Verhaltensweisen verbindet, wobei die beiden Schwerpunkte je nach Zusammensetzung der Gruppe unterschiedlich gewichtet sein können (siehe z.B. Mittag & Ohm, 1987).

Von der Arbeitsgruppe Klinische Psychologie in der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) wurde ein Stufenschema zur Erfassung und Behandlung psychischer Störungen und von Verhaltensstörungen entwickelt (DGPR, 2000). Das Stufenschema ist in [Tabelle 1](#) in verkürzter Form wiedergegeben.

Der Tabelle kann entnommen werden, bei welchen Problembereichen Psychotherapie in der kardiologischen Rehabilitation zum Einsatz kommt. Auch hier zeigt sich, dass eine strikte Trennung zwischen klinisch-psychologischen und psychothera-

peutischen Interventionen schwierig ist. In der Tabelle wurde das Problem dadurch gelöst, dass Psychotherapie mehrfach mit dem Zusatz „gegebenenfalls (ggf.)“ versehen wurde.

Psychotherapie kommt in der kardiologischen Rehabilitation bei negativen Affekten wie Depression oder Angst zum Einsatz. Sie kann aber auch bei Störungen der Krankheitsverarbeitung, bei Risikoverhalten oder bei Belastung durch bevorstehende medizinische Untersuchungen und Eingriffe erforderlich sein.

Was die therapeutischen Verfahren angeht, so werden vornehmlich verhaltenstherapeutische Interventionen angewendet (vgl. Wagner-Haase, 1995) und dabei v.a. Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie (siehe z.B. Ellis & Hoellen, 1997; Scholz, 2001).

Das psychotherapeutische Vorgehen soll im Folgenden an einem Beispiel aus dem Reha-Alltag illustriert werden.

Ein 52jähriger Patient mit Hinterwandinfarkt und anschließender Gefäßdilatation (PTCA) mit Stentimplantation wird zum Psychologen geschickt, da er vor seinem Infarkt wegen Depressionen krank geschrieben und in nervenärztlicher Behandlung war. Die antidepressive Medikation wurde mit Eintritt des Herzinfarkts abgesetzt.

Folgende medizinische Risikofaktoren liegen bei dem Patienten vor: Es besteht eine Hyperlipoproteinämie (erhöhte Cholesterinwerte). Außerdem hatte er ca. 20 Zigaretten pro Tag geraucht, was er seit seinem Herzinfarkt eingestellt hat.

Die psychosoziale Situation des Patienten stellt sich folgendermaßen dar: Der Patient ist in einer leitenden Position tätig und übt noch verschiedene Zusatzaufgaben aus. Auffällig sind bei dem Patienten sein extremer Perfektionismus und sein ausgeprägtes Kontrollbedürfnis. Wenn er etwas macht, dann immer nur ganz oder gar nicht! Zuletzt sei er völlig erschöpft und entscheidungsschwach gewesen, wurde mit seiner Arbeit nicht mehr fertig und hatte Angst, dass ihm alles über den Kopf

wachse. Sein Perfektionsstreben, gepaart mit hoher Verausgabungsbereitschaft, führte bei ihm zu einem ausgeprägten Burn-out-Syndrom. In der Hospital Anxiety and Depression Scale, zu Beginn der Rehabilitation durchgeführt, weist der Patient keine auffälligen Werte auf.

Das therapeutische Team gibt folgende Rückmeldung zu dem Patienten: Die Stationschwester beschreibt ihn als sehr korrekt, ansonsten unauffällig. In der Koronargymnastik macht der Patient sehr gewissenhaft bei allen Übungen mit, wobei die Sporttherapeutin bei ihm die Gefahr sieht, dass er sich überfordern könnte.

Der Patient ist sehr motiviert und bereit zu Verhaltensänderung. Auch hier zeigt sich das für ihn typische „ganz oder gar nicht“. Er erzählt im ersten Gespräch, dass er erkannt habe, dass er mehr an sich selbst denken müsse und sich auch schon einige Veränderungen überlegt habe. So wolle er sich beruflich zurückstufen lassen und seine leitende Position sowie einige seiner Zusatzaufgaben abgeben. Der Patient wurde vom Psychotherapeuten behutsam damit konfrontiert, dass diese Überlegungen für ihn sicher hilfreich sind, dass er aber damit sein Problem nicht löse. Noch wichtiger sei es für ihn, seinen Perfektionismus und die dahinter stehenden Ängste (z.B. Angst zu versagen, Angst vor Kritik) in der Therapie anzugehen, da ansonsten die Gefahr bestehe, dass er sich wieder überfordere. Der Patient einigte sich daher mit dem Therapeuten auf das Ziel, „lernen, nicht perfekt zu sein“.²

In den folgenden sechs Therapiestunden kamen Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie zum Einsatz. Es wurden die dem Perfektionismus des Patienten zugrunde liegenden Einstellungen identifiziert. Besonderer Wert wurde darauf gelegt, konkrete Beispiele aus dem Klinikalltag heranzuziehen (z.B. „Wenn ich in der Koronargymnastik nicht alle Übungen

2 Zusätzlich nahm der Patient an weiteren psychologischen Angeboten teil, und zwar an der Gruppe „Leben mit einer koronaren Herzerkrankung“, am Nichtrauchertraining (zur Stabilisierung seiner Nikotinabstinenz) sowie am Autogenen Training.

Problembereich	Therapieziel(e)	Therapie(planung)
Negativer Affekt (z. B. Depression)	Abbau von: <ul style="list-style-type: none"> • depressiven Denkinhalten und Verarbeitungsstrategien • Vermeidensverhalten • (überzogener) Kontrollambitioniertheit • ausgeprägter Feindseligkeit • überhöhter Ärgerbereitschaft Aktivitätsaufbau (positiver Verstärker) Förderung positiver Denkinhalte Entängstigung Entspannungsfähigkeit	Psychotherapie (z. B. kognitive VT, GT) Krisenintervention Entspannungstraining (Angst) Beratung (ggf. auch Angehörige) Empfehlung zur Pharmakotherapie (Depression)
Störungen der Krankheitsverarbeitung (Coping) / Fehlverarbeitung von kardiologischen Interventionen	Modifikation inadäquater Krankheitsverarbeitung oder Krankheitsmodelle Förderung von internalen Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartungen Mobilisierung sozialer Unterstützung	Ggf. Psychotherapie (z. B. GT, VT) Psychologische Beratung (ggf. auch Angehörige) Information im Rahmen des Gesundheitstrainings
Risikoverhalten (z. B. Rauchen, Übergewicht, Hypertonus) / Häufung von Risikofaktoren (z. B. metabolisches Syndrom) / mangelnde Compliance	Förderung von Motivation zur Verhaltensänderung Modifikation des Risikoverhaltens	Gesundheitstraining (multidisziplinär) Sonstige problem- oder diagnose-orientierte Gruppenarbeit Raucherentwöhnung (z. B. VT) Entspannungstraining (Hypertonie) Ggf. Biofeedback (Hypertonie) ggf. Psychotherapie (z. B. VT) ggf. Beratung Angehöriger Empfehlung zur Diätberatung Empfehlung zur Pharmakotherapie
Unzureichendes Stressmanagement	Erkennen stressinduzierter Reize und daraus resultierender Reaktionen Bewusstmachung kognitiver Bewertungsprozesse Veränderung irrationaler Einstellungen / Erwartungen Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen Abbau von Selbstüberforderungstendenzen Entspannungsfähigkeit Besseres Zeitmanagement	Stressbewältigung (SBT) Psychologische Beratung Entspannungstraining Ggf. Biofeedback
Belastung durch bevorstehende medizinische Untersuchungen und Eingriffe	Entängstigung Entspannungsfähigkeit	Vorbereitung auf medizinische Eingriffe Ggf. Psychotherapie (z. B. VT) Psychologische Beratung Entspannungstraining Atembiofeedback
Organisch bedingte kognitive (zerebrale) Störungen	Verbesserung der zerebralen Leistungsfähigkeit	Hirnleistungstraining (fakultativ PC)

Tabelle 1: Behandlung psychischer Störungen / Verhaltensstörungen in der kardiologischen Rehabilitation (nach DGPR, 2000)

Hervorhebung von „Psychotherapie“ durch den Verfasser.

Im Original gibt es noch die Spalten „weiterführende Diagnostik“ und „Evaluation“, die hier aus Platzgründen nicht wiedergegeben wurden.

gen mitmachen kann, dann ist das eine persönliche Niederlage für mich!“). Der Patient lernt in der Therapie, seine Einstellungen zu hinterfragen und zu modifizieren (kognitive Disputation). Neben der kognitiven Ebene kam dem Disputieren auf der Verhaltensebene besondere Bedeutung zu. Der Patient sollte seine neue Einstellung im Klinikalltag in Form von

Hausaufgaben auch praktisch ausprobieren (z.B. Kleidungsstücke unaufgeräumt im Zimmer liegen lassen, in der Koronargymnastik Pausen einlegen, bei engen Terminen sich Zeit lassen und einige Minuten zu spät kommen).

Der Patient lernt in der Therapie, es sich zuzugestehen, auch einmal nicht perfekt

zu sein. Gerade die praktischen Übungen sind für ihn besonders hilfreich. Sie stellen für ihn kleine Erfolgserlebnisse dar und vermitteln ihm neues Selbstwertgefühl. Am Ende der Rehabilitation ist der Patient nach eigenen Angaben wesentlich freier und lebendiger. (Zitat: „Vor meinem Infarkt habe ich nur noch funktioniert. Jetzt habe ich wieder begonnen zu leben!“) Er kann in

seinem Infarkt eine Chance für einen Neuanfang sehen. Ob im Anschluss an die Rehabilitation weitere Psychotherapie nötig/zweckmäßig ist, wird der Patient entscheiden müssen. In der Reha hat er jedoch diesbezüglich positive Erfahrungen machen können und er wurde auch entsprechend motiviert.

Schlussfolgerungen

Psychotherapie stellt einen wichtigen Bereich im Tätigkeitsfeld des Psychologischen Psychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation dar. Allerdings sei hier nochmals darauf verwiesen, dass die psychotherapeutische Kompetenz nur einen Teil der fachlichen Kompetenz des Psychologischen Teams ausmacht. Ein ausschließliches psychotherapeutisches Selbstverständnis führt leicht zur Vernachlässigung der allgemeinen psychologischen Aufgaben (siehe auch Doubrawa, 1988). Zum Tätigkeitsfeld des Psychologen/Psychotherapeuten in der Rehabilitation gehören neben Psychotherapie auch alle Aufgabenbereiche des Diplompsychologen, insbesondere des Klinischen Psychologen (Worringen, 2003).

Die Durchführung von Psychotherapie setzt jedoch voraus, dass entsprechende Kapazitäten in der Reha-Klinik vorhanden sind. Auch wenn die Rehabilitation sich weiterentwickelt hat, so besteht auch heute noch in den Reha-Kliniken in der Regel ein Stellenschlüssel von etwa einem Psychologen auf 100 Patienten. Angemessen wäre ein Verhältnis von Psychologen- bzw. Psychotherapeutenstellen zu Reha-Betten von 1:60 bis 1:50, je nach Indikation, wie es die Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) bereits 1992 gefordert hatte (siehe zusammenfassend Buschmann-Steinhage & Dorenburg, 2001), wobei ein Psychologischer Psychotherapeut im Psychologenteam sein sollte, der die Fachaufsicht für Diplompsychologen und sich in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten befindliche Diplompsychologen bei der Ausübung von Teilaufgaben der heilkundlichen Psychotherapie übernehmen kann.

Literatur

- Barefoot, J.C., Brummett, B.H., Helms, M.J., Mark, D.B., Siegler, I.C. & Williams, R.B. (2000). Depressive symptoms and survival of patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 62, 790-795.
- Borowicz, L., Royall, R., Grega, M., Selnes, O., Lyketsos, C. & McKhann, G. (2002). Depression and cardiac morbidity 5 years after coronary artery bypass surgery. *Psychosomatics*, 43, 464-471.
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) (2000). KTL – *Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation*. Berlin: Selbstverlag.
- Buschmann-Steinhage, R. & Dorenburg, U. (2001). Qualitätssicherung psychologischer Leistungen in der Rehabilitation. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.), *Anpassungsstörungen und Veränderungspotentiale. Beiträge zur 19. Jahrestagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation* (S. 261-269). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) (2000). Empfehlungen zu Standards der Prozessqualität in der kardiologischen Rehabilitation (Teil 2): Psychische Ebene. *Herz / Kreislauf*; 32, 294-297.
- Dietz, R. & Rauch, B. (2003). Leitlinien zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung. *Zeitschrift für Kardiologie*, 92, 501-521.
- Doubrawa, R. (1988). Probleme und Chancen in der Kooperation zwischen Ärzten und Psychologen in der Rehabilitationsklinik. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.), *Der Psychologe in der Rehabilitationsklinik, Bd. 2, Klinische Psychologen und Ärzte als Team in der Rehabilitationsklinik*. (S. 33-46). Frankfurt: Selbstverlag.
- Doubrawa, R. (1995). Klinische Psychologie in Rehabilitationskliniken. Psychotherapie und/oder psychologische Beratung. In E. Bürckstümmer, J. Burmeister, G. Winkler & K. Würthner (Hrsg.), *Psychotherapie in Rehabilitationseinrichtungen. Beiträge der 13. Psychologischen Arbeitstagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in Rehabilitationseinrichtungen* (S. 37-44). Regensburg: Roderer.
- Ellis, A. & Hoellen, B. (1997). *Die Rational-Emotive Verhaltenstherapie – Reflexionen und Neubestimmungen*. München: J. Pfeiffer.
- Herrmann, C., Buss, U. & Snaith, R.P. (1995). *Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D)*. Bern: Huber.
- Herrmann-Lingen, C. & Buss, U. (2002). *Angst und Depressivität im Verlauf der koronaren Herzkrankheit*. Frankfurt: VAS.
- Härter, M., Baumeister, H., Hahn, D. & Bengel, J. (2004). Psychische Störungen bei Rehabilitanden mit chronischen körperlichen Erkrankungen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/VDR (Hrsg.), *Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 8.-10. März 2004 in Düsseldorf* (S. 306-307). DRV-Schriften, Band 52.
- Kammer-Kaerlein, J. (2004). Rehabilitation. In: Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP) im BDP (Hrsg.). VPP aktuell, 11, Der VPP und die Psychotherapie. (S. 18). Berlin: Selbstverlag.
- Kijanski, H.-D. (1987). Das Aufgabengebiet des Klinischen Psychologen in der Rehabilitation wegen allgemeiner Erkrankungen. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.), *Der Psychologe in der Rehabilitationsklinik, Bd. 1. Berichte und Referate von der Tagung des Arbeitskreises Klinische Psychologen in Reha-Kliniken im BDP, Sektion Klinische Psychologie* (S. 6-14). Frankfurt: Selbstverlag.
- Mittag, O., Budde, H.-G., Eisenriegler, E., Engel, S., Herrmann-Lingen, C., Jokiel, R., Langosch, W., Lueger, S., Mai, B., Niehues, U., Schoel, M. & Maurischat, C. (2003). *Teststatistische Überprüfung eines Screeningbogens zur Erfassung psychischer Störungen und sozialer Probleme von PatientInnen in der kardiologischen Rehabilitation* (Abschlussbericht). Lübeck: Institut für Sozialmedizin.
- Mittag, O. & Ohm, D. (1987). Themenzentrierte Gruppenarbeit in der stationären Rehabilitation nach Herzinfarkt. In

- P. Esser (Hrsg.), *Psychologische Gruppenarbeit im Rahmen der Rehabilitation von Herzpatienten* (S. 27-39). Stuttgart: Enke.
- Panning, S. (2000). Psychologisches Screening in der somatisch orientierten Rehabilitation. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.), *Kompetenz und Qualität Klinischer Psychologie in der Rehabilitation. Beiträge zur 18. Jahrestagung des Arbeitskreises* (S. 14-27). Bonn: Deutscher Psychologischer Verlag.
- Raspe, H. (2003). Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation: Theorie, Konzept, Methodik. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 63, 259-264. (Themenschwerpunkt: Bedarfsermittlung in der medizinischen Rehabilitation: Konzepte, Forschung, Praxis; hrsg. von H. Raspe, R. Deck & O. Mittag)
- Scholz, W.-U. (2001). *Weiterentwicklungen der Kognitiven Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (1996). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Empfehlungen des Verbandes der Deutschen Rentenversicherungsträger*. Deutsche Rentenversicherung, 51 (10-11), 633-665.
- Vogel, H. (1988). Zum Selbstverständnis des Klinischen Psychologen in der Rehabilitationsklinik. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.), *Klinische Psychologie in der Rehabilitationsklinik, Band 2* (S. 47-67). Frankfurt: Selbstverlag.
- Vogel, H., Lehr, D., Ohm, D. & Schumacher, H.-L. (1995). Psychotherapie während der stationären Rehabilitation körperlich Kranker. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 27, 265-275.
- Wagner-Haase, M. (1995). Verhaltenstherapie als psychotherapeutische Methode in der Rehabilitation. In E. Bürkstümmer, J. Burmeister, G. Winkler & K. Würthner (Hrsg.), *Psychotherapie in Rehabilitationseinrichtungen. Beiträge der 13. Psychologischen Arbeitstagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in Rehabilitationseinrichtungen* (S. 179-197). Regensburg: Roderer.
- Worringen, U. (2003). Psychologie in der Rehabilitation – Berufspraxis. In A. Schorr (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie als Profession* (S. 481-493). Bern: Hans Huber.

Stefan Lueger

Psychologischer Psychotherapeut
Deegenbergklinik
Burgstr. 21
97688 Bad Kissingen
lueger@deegenberg.de

Ihre Praxis im Internet!

Speziell entwickelt für Psychotherapeuten: Günstig, zeitsparend, repräsentativ.

- ✔ **SELBSTÄNDIGER BETRIEB EINER EIGENEN WEBSITE**
 Struktur und Seiteninhalte, wie Texte, Bilder und Links, ändern Sie ganz einfach selbst mit wenigen Klicks. Nutzen Sie vorgefertigte Beispieldateien oder entwickeln Sie Ihr eigenes Inhaltskonzept.
- ✔ **GROSSE AUSWAHL PROFESSIONELLER SEITENDESIGNS**
 Wählen Sie aus einer großen Anzahl speziell für Psychotherapeutische Praxen entwickelter Seitendesigns. Kombinieren Sie mit wenigen Klicks Stimmungsbilder, Farben und Schriftarten.
- ✔ **EINFACHSTE BEDIENUNG**
 Die Benutzung ist problemlos ohne technische Vorkenntnisse möglich (ähnlich Microsoft Word). Es ist keine Software-Installation nötig - Die Verwaltung erfolgt komplett im Internet. Eine behindertengerechte Version der Seite wird automatisch parallel erstellt!
- ✔ **INTERNET- UND E-MAIL-ADRESSEN INKLUSIVE**
 Sie erhalten eine Internetadresse (Bsp.: www.Ihre-Internetadresse.de) und dazugehörige E-Mail-Adressen (Bsp.: Mustermann@Ihre-Internetadresse.de) oder Sie übernehmen Ihre bestehende Domain.
- ✔ **SPAREN SIE ZEIT UND GELD**
 In nur wenigen Minuten kann Ihre Praxis online sein. Änderungen an Inhalt und Design sind jederzeit ohne Mehrkosten möglich. Sie sparen langfristig Zeit und Geld, und informieren Ihre Patienten professionell.

Alles inklusive für nur € 29,- monatlich.

Alle Preise zzgl. 16% MwSt.

Speziell entwickelt für
**Psychotherapeutische
 Praxen**

Sparen Sie € 29,00 bei
 Anmeldung bis 31.11.08



Sitefeed

Testen Sie das Sitefeed-Angebot kostenlos und unverbindlich:

www.sitefeed.de



Weitere Informationen und Support zu Sitefeed finden Sie im Internet unter www.sitefeed.de.

Sitefeed ist ein Angebot der: oceanweb new media GmbH
Bergerstrasse 159
60385 Frankfurt/Main

Schwurgericht und Psychotherapeut im Spannungsfeld zwischen Wahrheitsfindung und Patientenschutz

Hans Fischer

Vorsitzender Richter am Landgericht Karlsruhe und
Vorsitzender des Berufungsgerichts der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Zusammenfassung: Das Strafgericht muss in der Hauptverhandlung die Zeugen im Gerichtssaal in Anwesenheit aller Beteiligten, auch des Angeklagten, direkt sehen und hören. Dies verlangt die deutsche Strafprozessordnung (StPO). Der Psychotherapeut, der einen meist sehr wichtigen Zeugen, nämlich einen traumatisierten Patienten, behandelt, befürchtet bei dieser Konfrontation, insbesondere mit dem Angeklagten, eine Retraumatisierung. Der Therapeut möchte den Zeugen/seinen Patienten am liebsten „sperrern“, um ihn zu schützen. Lösungen dieses Dilemmas bietet die StPO an. Um diese Lösungen zu realisieren, ist für das Gericht die auf Zusammenarbeit ausgerichtete sachverständige Hilfe des Therapeuten erforderlich. In dem Beitrag wird auch über das neue Vergütungsrecht für Sachverständige informiert.

Anlässlich der Vorbereitung des so genannten „Samurai-Prozesses“ (auch als Amoklauf im Versandhaus Bader bezeichnet) wurden vom Schwurgericht, dessen Vorsitzender der Verfasser ist, die Opfer als die wichtigsten Zeugen geladen. Aus Sicht des Gerichts ein ganz normaler Vorgang. Die Reaktionen der Opferzeugen (d. h. Zeugen, die nicht nur die Tat gesehen und erlebt haben, sondern die durch die Tat verletzt wurden, sowohl psychisch, mit der Folge einer Traumatisierung, als auch physisch) und teilweise auch der Psychotherapeuten, die die Opfer als Patienten wegen der erlittenen Traumatisierung behandelten, reichten von strikt ablehnend bezüglich des an-

geordneten Erscheinens der Opferzeugen vor Gericht, teils mit heftigen Vorwürfen gegen das Gericht versehen (soweit Angehörige der Opfer sich für das Opfer engagiert haben), bis zur Bereitschaft, vor Gericht zu erscheinen und in Anwesenheit des angeklagten Mörders auszusagen. Die Versuche der Psychotherapeuten, die Opferzeugen zu „sperrern“, hat bei Gericht die Befürchtung ausgelöst, dass dadurch der Prozess torpediert werden könnte.

Dies hat die folgenden Ausführungen veranlasst, mit dem Ziel, die Verständigung zwischen Gericht und Therapeuten zu verbessern.

Das **Dilemma** lautet:

Das Gericht hat die Pflicht, zur Erforschung der Wahrheit die Beweisaufnahme von Amts wegen auf alle Beweismittel zu erstrecken (§ 244 Abs. 2 Strafprozessordnung, künftig StPO genannt) und demzufolge **muss** das Gericht die Zeugen in der Hauptverhandlung, d. h. in Anwesenheit aller Beteiligten, vernehmen. Das fordert das die Hauptverhandlung bestimmende Mündlichkeits- und Unmittelbarkeitsprinzip (§ 250 StPO). Ein Psychotherapeut hingegen, der ein Opfer bereits mit ersten Erfolgen behandelt hat, fürchtet, dass schon die Ladung des Patienten zur Gerichtsverhandlung, mit Sicherheit aber die Aussage vor Gericht in Anwesenheit aller den Patienten retraumatisiert.

Der Konflikt lässt sich **nur** nach der Strafprozessordnung lösen. Die wichtigsten Lösungsangebote lauten:

Die Vorgehensweise Nr. 1:

Der **Angeklagte** kann für die Dauer der Aussage des Zeugen aus dem Gerichtssaal **entfernt** werden, wenn bei einer Aussage des Opferzeugen in Gegenwart des Angeklagten die dringende Gefahr eines schwerwiegenden Nachteils für die Gesundheit des Zeugen besteht (§ 247 StPO). Der Vorteil dieser Maßnahme für den Patienten liegt auf der Hand. Damit sind die schwersten therapeutischen Bedenken wohl ausgeräumt. Der Nachteil dieser Vorgehensweise liegt für das Gericht in einer sehr umständlichen und fehlerträchtigen Prozedur.

Die Vorgehensweise Nr. 2:

Im Wege der so genannten **Video-Vernehmung** (§ 247 a StPO) wird der Opferzeuge nicht im Hauptverhandlungssaal seine Aussage leisten, sondern in einem anderen Raum vor einem Bildschirm aussagen, wobei die Kamera vom Vorsitzenden so gesteuert werden kann, dass der Zeuge den Angeklagten nicht sieht. Auch hier liegt der Vorteil aus therapeutischer Sicht in der Vermeidung der Konfrontation des Patienten mit dem Täter. Der Nachteil liegt darin, dass nach dem Gesetz prinzipiell die obige Methode Nr. 1 vorrangig ist und einige rechtliche Fragen noch umstritten sind. Bei Durchführung dieser beiden Maßnahmen (Ziffern 1 und 2) wird das rechtliche Gehör des Angeklagten, auch ein tragender Grundsatz der StPO, eingeschränkt, was bei den Juristen immer Unbehagen auslöst.

Die Vorgehensweise Nr. 3:

Der Ausschluss der Öffentlichkeit nach § 171 b Gerichtsverfassungsgesetz während der Vernehmung des Opferzeugen. Dieses Angebot wurde von dem Psychotherapeuten und Zeugen nicht angenommen, weil offensichtlich alle Patienten stabil genug waren, ihre Aussage in der öffentlichen Hauptverhandlung zu leisten. Der Nachteil für den traumatisierten Zeugen liegt darin, dass der Angeklagte während der Vernehmung anwesend ist.

Behandelnder Psychotherapeut als sachverständiger Zeuge?

Im Ausgangsfall („Samurai“-Mörder) wurde vom Gericht nach der Vorgehensweise Nr. 1 verfahren und die Psychotherapeuten als Sachverständige zum Thema des psychischen Zustandes der Opferzeugen bei Beginn der Behandlung bis zum aktuellen Stand mit Erörterung der Zukunftsprognose geladen. Mit der Ladung als Sachverständiger ist konkludent die Bestellung des Psychotherapeuten zum Sachverständigen verbunden. Im Wesentlichen wird es wohl so sein, dass diese Verfahrensart nach § 247 StPO der am häufigsten begangene Weg sein wird. Für das Schwurgericht war es im konkreten Fall („Samurai“-Mörder) ohne Belang, welcher Therapieschule die betreffenden Psychotherapeuten angehören, weil das Schwurgericht vorzugsweise diejenigen Psychotherapeuten geladen hat, die bereits schon der Zeuge/Patient als solche ausgesucht hatte und mit denen er schon ein dreiviertel Jahr zusammengearbeitet hatte. Nach meiner Auffassung empfiehlt es sich nicht, anstelle des behandelnden Psychotherapeuten einen anderen Psychotherapeuten als Sachverständigen heranzuziehen. Das Argument, dass die Tätigkeit des behandelnden Psychotherapeuten als Gutachter in der Hauptverhandlung den therapeutischen Prozess erheblich beeinträchtigen könnte, scheint mir nicht einleuchtend zu sein, entsprechende Rückmeldungen sind dem Gericht im Ausgangsfall auch nicht bekannt. Der behandelnde Psychotherapeut, der zugleich Gutachter im Strafprozess ist, erläutert dem Gericht ja lediglich Art und Ausmaß der

Traumatisierung und äußert sich prognostisch zur Frage, ob und ggf. wann die Traumatisierung abklingt. Letzteres ist für das Schwurgericht für die Frage der Strafzumessung nicht ohne Bedeutung.

Die Ladung des Psychotherapeuten hat für den Patienten den Vorteil, dass der Vorsitzende, wenn der Zeuge dies beantragt, seinem behandelnden Psychotherapeuten als Person seines Vertrauens die Anwesenheit gestatten kann. Das bedeutet, dass der Psychotherapeut unmittelbar neben dem Zeugen bei der Vernehmung Platz nimmt, was dem Zeugen ersichtlich sehr viel Schutz und Beruhigung gibt. Dies regelt § 406 f Abs. 3 StPO, der wie folgt lautet: „Wird der Verletzte als Zeuge vernommen, so kann, wenn er dies beantragt, einer Person seines Vertrauens die Anwesenheit gestattet werden. Die Entscheidung trifft derjenige, der die Vernehmung leitet.“ Die Tätigkeit der „Betreuung“ in der Hauptverhandlung löst allerdings keinen Entschädigungsanspruch als Sachverständiger aus, sondern nur als Begleitperson.

Das neue Vergütungsrecht

Die Tätigkeit des Psychotherapeuten in der Hauptverhandlung als Sachverständiger hat jedoch zur Folge, dass er zu „entschädigen“ ist.

Schon das Wort deutet darauf hin, dass es sich hierbei nicht um eine lukrative Einnahme handeln kann. Die Psychotherapeuten werden als Sachverständige in der Regel mit einem Mittelwert von 55,00 EUR pro Stunde zzgl. Fahrzeit und Fahrtkosten entschädigt.

Dies bestimmt im Ergebnis das Gesetz über die Vergütung von Sachverständigen, Zeugen und anderen, das ab dem 01.07.2004 gilt, im folgenden JVEG genannt und das das alte Entschädigungsgesetz (ZSEG) ablöst. Dieses Gesetz billigt dem Gericht nur geringen Spielraum für die Einzelfallregelung zu. Die Positionen im Einzelnen ergeben sich wie folgt:

- Nach § 9 Abs. 1 JVEG beträgt die Entschädigung für jede Stunde 50,00 bis 85,00 EUR. Für die Bemessung des

Stundensatzes sind im Wesentlichen der Grad der erforderlichen Fachkenntnisse, die Schwierigkeit der Leistung und die besonderen Umstände maßgebend, unter denen das Gutachten zu erarbeiten war. Nach dem neuen Entschädigungsgesetz JVEG sind die Sachverständigen in so genannte „Honorargruppen“ eingeteilt und nach der Anlage 1 zu diesem Gesetz wird wohl der Psychotherapeut entweder in die Honorargruppe M1 oder in die Honorargruppe M2 einzuordnen sein, wobei naturgemäß Erfahrungswerte bislang fehlen. Bei einer Zuordnung zur Honorargruppe M1 bedeutet dies ein Honorar in Höhe von 50,00 EUR pro Stunde, bei einer Zuordnung zur Honorargruppe M2 bedeutet dies eine Entschädigung in Höhe von 60,00 EUR pro Stunde.

- § 8 Abs. 2 JVEG bestimmt, dass als entschädigungsfähige Zeit diejenige Zeit gilt, während der der Sachverständige infolge der Heranziehung als solcher seiner gewöhnlichen Beschäftigung nicht nachgehen konnte. Das bedeutet, dass die Fahrzeiten entsprechend dem nach § 9 Abs. 1 JVEG festgesetzten Stundensatz mit zu entschädigen sind.
- Die Fahrtkosten werden pro Kilometer mit 0,30 EUR entschädigt zzgl. Parkgebühren oder bei Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel der entsprechende Preis.
- Als eine Stunde i. S. des JVEG gilt die Inanspruchnahme als Sachverständiger für die Dauer von mindestens 31 Minuten bis 60 Minuten. Das Honorar beträgt die Hälfte, wenn der Sachverständige nur bis 30 Minuten in Anspruch genommen wurde.

Ein Rechenbeispiel verdeutlicht dies am besten: Wenn z. B. der/die Sachverständige um 09:15 Uhr von der Wohnung/Praxis abfährt, um 10:00 Uhr bei Gericht geladen war, um 11:05 Uhr entlassen wird und um 12:00 Uhr zu Hause/in der Praxis ankommt, beträgt die stundenmäßige Entschädigung bei einer Gebühr von 50,00 EUR und bei drei „verbrauchten“ Stunden dreimal 50,00 EUR = insgesamt 150,00 EUR. Hinzu kommt noch die Fahrtkostenentschädigung von 0,30 EUR/km plus Parkgebühr.

Die Entschädigung für die Tätigkeit als Begleitperson nach § 406 f Abs. 3 StPO gestaltet sich indessen kompliziert. Denn der Psychotherapeut als Begleitperson hat grundsätzlich nur einen Entschädigungsanspruch gegen den Zeugen, d. h. seinen Patienten, auf Ersatz der Fahrtkosten und der Entschädigung für die in Anspruch genommene Zeit. Wenn der Patient/Zeuge seinem Therapeuten die Kosten der Begleitung ersetzt, kann der Zeuge den entsprechenden Betrag als Entschädigungsanspruch gegen die Staatskasse geltend machen. Eine für einen Psychotherapeuten im Hinblick auf das Verhältnis zum Patienten gewiss unzumutbare Situation.

Deshalb sei folgendes vorgeschlagen: Der Zeuge/Patient tritt den obigen Anspruch gegen das Gericht an den Psychotherapeuten ab und dieser macht ihn nunmehr direkt dem Gericht gegenüber geltend. Allerdings wird die Entschädigung ab dem 01.07.2004 sicherlich nicht mehr als 17,00 EUR pro Stunde betragen, was aus Sicht der in der Regel selbstständigen Psychotherapeuten unbefriedigend sein muss. Außerdem sollte die Höhe der Kosten durch Vorlage einer Quittung der Begleitperson bzw. des Patienten/Zeugen belegt werden. Dies alles ist Ausdruck der typisch deutschen „Regelungswut“. Das Gericht kann leider an dieser Entschädigungssituation nichts ändern, da es an das JVEG gebunden ist.

Terminprobleme

Für den Psychotherapeuten tritt bei der Ladung als Sachverständiger das Problem auf, dass der Vernehmungstermin vom Gericht mit ihm nicht abgesprochen werden kann. Dies liegt nicht an der Ignoranz oder mangelnden Flexibilität des Gerichts, sondern daran, dass die Festlegung von Hauptverhandlungsterminen eines der schwersten organisatorischen Probleme eines Schwurgerichts (dieses Gericht ist mit 3 Berufsrichtern und 2 Schöffen besetzt)

darstellt, weil sich das Gericht mit den notwendigen Beteiligten, das sind die Verteidiger, der Staatsanwalt, die anderen Sachverständigen, die Nebenkläger und mit seinen eigenen Mitarbeitern absprechen bzw. auseinandersetzen muss. Wenn dann insoweit die Termine fixiert sind, ist eine Änderung nur in engen Grenzen möglich.

Das Spannungsfeld zwischen Wahrheitsfindung und Patientenschutz

Die Empfehlung von Seiten des Gerichts an die behandelnden Psychotherapeuten lautet: Frühzeitig, d. h. nach Eröffnung des Hauptverfahrens, den Zustand des Patienten dem Gericht gegenüber mitzuteilen, die Belastbarkeitsgrenze des Patienten/Zeugen darzustellen und sich als Sachverständiger beim Gericht zur Verfügung zu stellen. Ist dem Psychotherapeuten bekannt, dass der Patient in dem Verfahren als so genannter „Nebenkläger“ beteiligt ist, empfiehlt es sich, den Rat und die notwendigen Informationen bei dem Rechtsanwalt des Zeugen einzuholen.

Schließlich muss der/die Therapeut/in noch die grundsätzliche Schweigepflicht beachten. Nach § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO sind Psychotherapeuten zur Verweigerung des Zeugnisses über das, was ihnen in dieser Eigenschaft anvertraut wurde oder bekannt geworden ist, berechtigt. Das bedeutet, dass die Therapeuten gehalten sind, sich vor Erstattung des Gutachtens beim Patienten/Zeugen zu erkundigen, ob er den Therapeuten von seinem Zeugnisverweigerungsrecht befreit. Wenn dies der Fall ist, muss allerdings der Psychotherapeut bei Gericht aussagen, denn § 53 Abs. 2 Satz 1 StPO bestimmt, dass die Therapeuten dann das Zeugnis nicht verweigern dürfen, wenn sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind, d. h. der Psychotherapeut hat kein Wahlrecht zwischen der Möglichkeit, Aussagen vor Gericht zu machen oder dies zu verweigern.

Meiner Meinung nach besteht kein Grund, dass der behandelnde Psychotherapeut seinen Patient bittet, ihn nicht von der Schweigepflicht zu entbinden, damit das Gericht „gezwungen“ wird, einen weiteren Psychotherapeuten als Sachverständigen zu beauftragen. Wie schon oben dargelegt, scheint die Gefahr der angeblichen Störung des therapeutischen Prozesses zumindest für einen Vorsitzenden eines Schwurgerichts nicht einleuchtend zu sein, zum anderen bedeutet die Beauftragung eines anderen Psychotherapeuten als Sachverständigen eine zusätzliche Belastung des Verfahrens und mit Sicherheit wird dieser zusätzliche Therapeut, der den Zeugen/Patienten ja gar nicht behandelt hat, wenig Authentisches über die Entwicklung der Traumatisierung, die Schwere der Traumatisierung und die Zukunftsprognose des Behandlungserfolges sagen können.

Zum Verständnis der Psychotherapeuten für das nach außen oft als unerbittlich und distanziert wirkende Auftreten des Gerichts noch folgender Hinweis:

Für den Vorsitzenden des Gerichts bedeutet es immer eine Gratwanderung mit viel Balancegefühl, wenn er einerseits zwischen den berechtigten Belangen des Verteidigers/Angeschuldigten, der für sich ja die Unschuldsumutung beanspruchen kann, und andererseits den vitalen Interessen der Opferzeugen bzw. ihrer Psychotherapeuten unter Druck gerät. Denn es droht potentiell von Seiten der Verteidiger der Vorwurf der Befangenheit des Gerichts, wenn es sich zu sehr für die Opferbelange engagiert. Hat ein solcher Befangenheitsantrag Erfolg, ist der Prozess gescheitert, was mit Sicherheit nicht im Interesse des Zeugen sein kann, der bislang schon viel zu viel erleiden musste.

Hans Fischer

Landgericht Karlsruhe
Hans-Thoma-Str. 7
76133 Karlsruhe
fischer@lgkarlsruhe.justiz.bwl.de

Vergessene Daten – Zur Entwicklung der Psychotherapie in der DDR

Inge Frohburg

Zusammenfassung: Den im Psychotherapeutenjournal veröffentlichten Beitrag von Kommer und Wittmann über die Entwicklung der Psychotherapie in Deutschland 2/2002 ergänzend werden Entwicklungsetappen der Psychotherapie in der DDR beschrieben, indem auf die Institutionalisierung und Etablierung der Psychotherapie im staatlichen Gesundheitswesen der DDR, auf die Bildung von fach- und berufspolitischen Strukturen und auf die Entwicklung der Psychotherapie innerhalb der Klinischen Psychologie eingegangen wird.

In einem Resümee werden nach Ansicht der Autorin perspektivisch beachtens- und bewahrenswerte Aspekte dieser Entwicklung genannt. Von besonderem – auch berufs- und kammerpolitischem Interesse – dürfte dabei sein, dass in den 70er und 80er Jahren im Zusammenhang mit einem fachrichtungsbezogen spezialisierten Universitätsstudium „Klinische Psychologie“ und einer staatlich anerkannten postgradualen Ausbildung von „Fach-

psychologen der Medizin“ Psychotherapie in der klinischen Praxis überwiegend von Psychologen erbracht wurde.

Die Präsidenten der Landespsychotherapeutenkammern Baden-Württemberg bzw. Niedersachsen Dipl.-Psych. Detlev Kommer und Dr. Lothar Wittmann haben in einer in Heft 2/2002 erschienenen umfangreichen und sehr informativen Veröffentlichung „Historische Ausgangspunkte und Perspektiven für eine Bundesvertretung der psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ dargestellt und sind dabei auch auf die über 100jährige Geschichte der Psychotherapie in Deutschland eingegangen. Diesen historischen Rückblick hat Detlev Kommer in seiner Funktion als erster Kammer-Präsident auch auf der Gründungsveranstaltung der Bundespsychotherapeutenkammer vom 08.07.2003 in Berlin zum Thema seines Vortrags gemacht.

In beiden Beiträgen wird „Deutschland“ auf die Bundesrepublik Deutschland reduziert. Über die 41 Jahre währende Existenz und

Entwicklung der Psychotherapie in der Deutschen Demokratischen Republik als einem zeitweilig anderen Teil Deutschlands wird nichts mitgeteilt. Vielleicht entsprechen diese Ausblendungen der häufig anzutreffenden Tendenz des mehr oder weniger gedankenlosen „Vergessens“. Sie sind aber sachlich und moralisch nicht gerechtfertigt und für die betroffenen Kammermitglieder kränkend. Und möglicherweise sind sie auch eine verschenkte Chance bei aktuellen fach- und berufspolitischen Überlegungen, Diskussionen und Vorhaben, wenn es um die Bedeutung der Psychologie im Gesundheitswesen geht. So stellt u.a. die weitgehend gelungene Kooperation von Psychologen und Ärzten ein Modell dar, das in ganz Deutschland bekannt und zur Nachahmung empfohlen sein sollte.

Deshalb werden im Folgenden einige der wesentlichen Daten zur Entwicklung der Psychotherapie in der DDR in den Jahren 1949 bis 1990 nachgetragen. Sie lassen sich in der hier gebotenen Kürze drei Perioden mit unterschiedlichen Schwerpunktssetzungen zuordnen:

1. Die Institutionalisierung und Etablierung der Psychotherapie im staatlichen Gesundheitswesen der DDR

Die Ausgangssituation der Psychotherapie ist in der DDR ebenso wie in der BRD durch die Tradition einer in der Medizin verankerten ärztlichen Psychotherapie gekennzeichnet. Im ersten Jahrzehnt nach der Teilung Deutschlands wurden in den neuen staatlich organisierten und geleiteten Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens an Krankenhäusern, Polikliniken und verschiedenen medizinischen Universitäts- und Aka-

demie-Bereichen psychotherapeutische Abteilungen gebildet. Psychotherapie wurde in diesen Einrichtungen unter ärztlicher Leitung sowohl von Ärzten als auch von Psychologen erbracht. Sie wurde wie alle medizinische Leistungen von der für alle DDR-Bürger obligatorischen Sozialversicherung finanziert und war damit für Patienten unentgeltlich und in ihrem Umfang nicht aus Kostengründen begrenzt.

Von besonderer Bedeutung für die Entwicklung der Psychotherapie in Theorie und Praxis sowie die entsprechende Aus- und Weiterbildung waren die folgenden Ereignisse, die an unterschiedliche Entwicklungslinien des Fachgebietes anknüpfen und damit unterschiedliche theoretische und methodische Positionen weiterführen:

1949	Gründung der ersten und später eine der einflussreichsten psychotherapeutischen Institutionen der DDR in einer seit 1 existierenden Poliklinik „Haus der Gesundheit“ in Berlin-Mitte. Hier wurde 1957-1987 unter Leitung von Dr. Kurt HÖCK die sich neoanalytischen Modellvorstellungen von Schultz-Hencke anschließende Konzeption der „Intendiert dynamischen Gruppenpsychotherapie“ entwickelt, in die Praxis umgesetzt und ab 1970 zur Basis der gruppentherapeutischen Ausbildung in Selbsterfahrungs-Kommunitäten gemacht. 1964 erfolgte der Anschluss einer Neurosenklinik in Berlin-Hirschgarten (27 Bet 1979 die Einrichtung einer eigenen Forschungsabteilung unter Leitung der Psychologin Dr. Helga HESS und 1980 die Umbenennung der psychotherapeutischen Abteilung in „Institut für Psychotherapie und Neurosenforschung“.
1951	Mit der Eröffnung einer Abteilung für Internistische Psychotherapie in der Klinik für Innere Medizin der Universität Jena unter Leitung von Prof. Dr. Gerhard KLUMBIES wurden an der Universität Jena verankerte Traditionen weitergeführt: Einerseits die Integration von Medizinischer Psychologie und Psychotherapie in den Bereich der Inneren Medizin insbesondere bei der Behandlung funktioneller Störungen und psychosomatischer Erkrankungen, andererseits die Anwendung und Weiterentwicklung suggestiver Verfahren (Autogenes Training, Hypnose, u.a. Ablationshypnose zur Behandlung schwerster chronischer Schmerzzustände).
1953	Gründung einer Spezialabteilung für Psychotherapie an der Karl-Marx-Universität Leipzig , deren Mitarbeiter unter Prof. Dr. Diet MÜLLER-HEGEMANN† (seit 1954 auch Abteilungsleiter im DDR-Gesundheitsministerium, seit 1971 in der BRD) ein Konzept kortikoviszeralen Pathologie und Therapie vertraten, das anfangs – ebenso wie bis 1962 im Zentralinstitut für Herz-Kreislaufregulationsforschung der Akademie der Wissenschaften in Berlin-Buch unter Prof. Dr. Rudolf BAUMANN† – vor allem „Schlaftherapie“, Autogenes Training, Hypnose und Milieuthérapie und dann als psychagogisch orientierte „ Ratio Psychotherapie “ umgesetzt wurde. Damit verbunden war die wissenschaftstheoretisch und auch politisch motivierte Absicht (westlichen = bürgerlichen) psychoanalytischen Konzeptionen im Anschluss an den sowjetischen Nobelpreisträger Pawlow materialistische Auffassung psychosomatischer Zusammenhänge entgegen zu setzen. 1962-1974 hat Prof. Dr. Christa KOHLER† unter Umsetzung sozialpsychologischer und lerntheoretischer Erkenntnisse „ Kommunikative Psychotherapie “ konzipiert und diese mit eigenständigen, seit den 70er Jahren zum Arsenal psychotherapeutischer Standardmethoden in der DDR gehörenden Formen der Bewegungs- und Musiktherapie von Anita KIESEL und Christoph SCHWABE verbunden. Ab 1983 wird nach Übernahme der Klinik durch Prof. Dr. Michael GEYER das Konzept „ Dynamisch-interaktionellen Psychotherapie “, das sich explizit auf die psychoanalytische Ätiologie und Veränderungstheorie bezogen realisiert.
1958	Eröffnung einer psychotherapeutischen Abteilung an der Berliner Universitäts-Nervenlinik (Charité) , die bis 1970 von Prof. Dr. LEONHARD† geleitet wurde. Er inauguriert als eigenständige Arbeitsrichtung die auf systematischer Übungsbehandlung beruhende und in konzeptioneller Hinsicht verhaltenstherapeutisch orientierte „ Individualtherapie “ insb. zur Behandlung von Patienten mit Phobien, Zwangsneurosen, Hypochondrien und Beschäftigungsneurosen. Nach der Übernahme der Psychotherapeutischen Abteilung 1976 durch Prof. Dr. Helmut KULAWIK† wird auch in dieser Einrichtung eine psychodynamisch orientierte Psychotherapie praktiziert.
1963	Prof. Dr. Harro WENDT entwickelt unter maßgeblicher Beteiligung des Psychologen Dr. Infried TÖGEL in der Bezirksnerven-Uchtsprünge als „ Dynamische Einzeltherapie “ ein psychoanalytisches bzw. tiefenpsychologisch fundiertes Behandlungskonzept, bietet ab 1971 mit großer Resonanz darauf bezogene überregionale „ Problemfall-Seminare “ für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten an und organisiert ab 1984 zusammen mit dem Leiter der Psychotherapeutischen Abteilung des Diakoniewerkes Halle Dr. Hans-Joachim MAAZ bzw. dem Leiter der Psychotherapeutischen Abteilung der Berliner Universitäts-Nervenlinik (Charité) Prof. Dr. Helmut KULAWIK† entsprechende Ausbildungsgänge. Bemühungen um die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen wurden parallel von den Psychiaterinnen Dr. Rose-Marie KUMMER und Dr. Gertraude TUCHSCHE getragen.
1963	Verabschiedung der „ Rodevischer Thesen “ als Ergebnis eines internationalen Symposiums der Gesellschaft für Rehabilitation DDR, die eine Reorganisation der Struktur, Funktion und Arbeitsweise der traditionell bestehenden großen psychiatrischen Krankenhäuser und des kustodialen Verwahrprinzips der alten Psychiatrie durch Öffnung der geschlossenen Anstalten, Gleichstellung von körperlich und psychisch kranken Menschen und die Entwicklung eines umfassenden Netzwerkes komplexer stationärer und ambulanter Behandlungsangebote proklamieren. Die Weiterführung dieses von ministerieller Seite als verbindliche Empfehlung akzeptierten Anliegens schlägt sich in den „ Brandenburger Thesen “ von 1972 über „Probleme der Therapeutischen Gemeinschaft“, in der 1976 erstmals über die Sektorisierung der psychiatrischen Betreuungseinrichtungen und in der „ Konzeption zur Verbesserung der Betreuung psychisch Kranker nach 1980 “ des Ministeriums für Gesundheitswesens der DDR nieder. Diese Reformbestrebungen hatten einerseits eine langsam zunehmende Aufgeschlossenheit für soziodynamische, psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte in der Psychiatrie zur Folge und führten andererseits zur Etablierung von psychotherapeutischen Kliniken und später von Tageskliniken auch außerhalb des psychiatrischen Bereichs. In ihnen wurden Psychologinnen psychotherapeutisch und teilweise auch leitend tätig.

2. Die Bildung von fach- und berufspolitischen Strukturen

Für die Belange der Psychotherapeuten engagierten sich als wissenschaftliche Fachgesellschaften, die zugleich sozialpolitische und berufsständige Interessen vertraten,

vor allem die Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie der DDR (1989 in Gesellschaft für Psychotherapie, für Psychosomatik und Medizinische Psychologie der DDR um-

benannt) und die Sektion Klinische Psychologie in der Gesellschaft für Psychologie der DDR.

Aufgrund der geteilten Darstellung der Entwicklung der psychologischen und der ärztlichen Psychotherapie sind die Daten in der folgenden Tabelle nicht chronologisch, sondern sinngemäß zusammen gefasst.

1954	Zusammenschluss von 30 in verschiedenen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens psychodiagnostisch psychotherapeutisch tätigen Psychologen unter Leitung von Dr. Hans SZEWCZYK† zu einer „Arbeitsgemeinschaft der Psychologen Gesundheitswesens“, die 1962 mit Gründung der „ Gesellschaft für Psychologie der DDR “ als deren Sektion Klinische Psycho weitergeführt wurde und 1990 etwa 1600 Mitglieder hat. Unter ihrem Einfluss erfolgte die
1963	Spezialisierung des Universitätsstudiums der Fachrichtung Psychologie, in dem nicht mehr universell einsetzbare Diplom-Psychologen sondern Diplom-Psychologen verschiedener Fachrichtungen, u. a. der Klinischen Psychologie praxisnah ausgebildet wurden und
1981	Einführung einer staatlich anerkannten, einer Facharzt-Ausbildung gleichgestellten, berufsbegleitenden und für die Teilneh kostenlosen postgradualen Weiterbildung zum Fachpsychologen der Medizin unter der Rechtsträgerschaft der Akademie für Ärzt Fortbildung in Berlin und mit Berufung einer eigenständigen Zentralen Fachkommission unter der Leitung von Prof. Dr. Hans-D RÖSLER (Rostock), die ihrerseits mit den Fachkommissionen Psychiatrie/Neurologie und Psychotherapie zusammenarbei Fachpsychologen der Medizin waren qualifiziert und berechtigt, in der klinischen Praxis psychotherapeutisch tätig zu werden.
1960	Gründung der „ Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie der DDR “, deren Mitglieder etwa zur Hälfte Psychologen sind und die Entwicklung der Psychotherapie in der DDR sowohl in ihrer Gesamtheit als auch durch ihre einzelnen methoden- und aufgabenbez gebildeten Sektionen und Arbeitsgruppen und später durch weitgehende Regionalisierung mit vielfältigen Aktivitäten maßgeblich ge hat.
1973	Beginn der schrittweisen Realisierung eines federführend von Dr. Kurt HÖCK entwickelten und propagierten „ Abgestuften Systems Diagnostik und Therapie neurotischer und funktioneller Störungen “, das Psychotherapie als eigenständige therapeuti Spezialdisziplin bei der Behandlung von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, als Teil einer Komplextherapie bei der Behand ausgewählter psychosomatischer Störungsformen in unterschiedlichen Klinischen Fächern und als Querschnittsdisziplin in medizinischen Grundbetreuung i.S. einer Medizinischen Psychologie vorsah und entsprechende Qualifikationssysteme vor allem Rahmen der Facharzt-Ausbildung, aber auch für das Medizin- und Stomatologiestudium und die Fachschulausbildung Krankenschwestern und -pfleger entwickelte:
1978	Einführung des „ Facharztes für Psychotherapie “ als Zweifacharzt
1985	Einführung der Weiterbildung „ Qualifikation in Psychotherapie für Fachärzte klinischer Disziplinen “ (Zusatzbezeich Psychotherapie)
1989	Einführung des „ Facharztes für Psychotherapie “ als Erstfacharzt
1990	Ein von der letzten Volkskammer der DDR beschlossenes Gesetz über die Berufsvertretungen und die Berufsausübung nichtärztlichen Hochschulpersonals im Gesundheitswesen – Rahmenkammergesetz – (GBl Teil I, Nr. 63, S. 1570) wurde nicht in Einigungsvertrag übernommen und blieb damit unwirksam.

3. Die Entwicklung der Psychotherapie in der Klinischen Psychologie

1969	Schrittweise Erweiterung der bisherigen universitären Psychotherapie-Ausbildung (insb. Entspannungsverfahren Kinderpsychotherapie) durch theoretische und praktische Ausbildung in Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie (Systemische Desensibilisierung, Selbstsicherheitstraining, kognitive Therapieformen) am Lehrbereich Klinische Psychologie der Sek Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin unter Dr. Johannes HELM und Dr. Jürgen MEHL† und gleichzeitig Ausrichtung Arbeit des Institutsambulatoriums auf die Integration von Theorie, Forschung und Praxistätigkeit sowohl für die Lehrenden als auch Studierenden durch Dr. Heinz-Ewald STRAUSS und Dr. Inge FROHBURG sowie dessen Einbindung in kommunale Versorgungsstruktur und -aufgaben im Jahre 1971
1974	Aufnahme der Ausbildung von Klinischen Psychologen an der Sektion Psychologie der Karl-Marx-Universität Leipzig unter Prof Manfred VORWERG† und Prof. Dr. Harry SCHRÖDER. Schwerpunkte im psychotherapeutischen Bereich sind Ausbildung und Forsch in einer handlungstheoretisch fundierten Form der Familientherapie, verschiedene sozialpsychologisch begründete Trainingsprogram zur Erhöhung sozialer Kompetenzen und umfangreiche praxisrelevante Aspekte der Medizinischen Psychologie (einschließlich Entwicklung einer Gesundheitspsychologie).
1975	Gründung der Thematischen Arbeitsgemeinschaften „Gesprächspsychotherapie“ und „Verhaltenstherapie“ in der Sektion Klini Psychologie der Gesellschaft für Psychologie der DDR und in der Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie der DDR (dort ab 198 selbstständige Sektionen) unter der Leitung der Psychologen Dr. Inge FROHBURG und Dr. Werner DUMMER bzw. ab 1985 Dr. I STOIBER). In der Gesellschaft für Psychologie der DDR gab es darüber hinaus die Thematischen Arbeitsgemeinschaften Partnerschafts-Familientherapie unter der Leitung von Prof. Dr. HANS R. BÖTTCHER† und Rehabilitationspsychologie unter Prof. Dr. A KATZENSTEIN† und Prof. Dr. Erich KURTH.
1979	Beginn der kontinuierlichen curricularen postgradualen Ausbildung in Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie vorra über die Gesellschaft für Psychologie der DDR und die Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie der DDR sowie über die Akademi Ärztliche Fortbildung Berlin.

Die ausbildungsbezogene Spezialisierung erforderte, dass den Studierenden der Fachrichtung Klinische Psychologie bereits während ihres Universitätsstudiums neben

theoretischen Kenntnissen auch praxisnahe klinisch-psychologische Basiskompetenzen vermittelt wurden. Die deshalb im universitären Studienplan verstärkte Psychothe-

rapie-Ausbildung hat ihrerseits umfangreiche Entwicklungs- und Forschungsarbeiten im Gesamtbereich der Klinischen Psychologie stimuliert.

Darüber hinaus ist von Psychologen auch in anderen Akademie-, Hochschul- und Praxisbereichen und im Rahmen der genannten Fachgesellschaften an der (Weiter-) Entwicklung unterschiedlicher Psychotherapie-Methoden gearbeitet worden. Genannt seien ausschnittsweise und beispielhaft: **Hypnose** (Prof. Dr. Alfred KATZENSTEIN†, Berlin-Buch), **Entspannungsverfahren** (Dr. Christian-Frank SCHMIDT†, Dresden) **Partnerschafts- und Familientherapie** (Prof. Dr. Hans R. BÖTTCHER†, Jena), **Gruppen-Gesprächspsychotherapie** (Dr. Bernd THOMAS und Dr. Raimund KÖDEL, beide Halle), **Sexualtherapie** (Dr. Siegfried SCHNABL, Erlabrunn), **Suizidprophylaxe** (Prof. Dr. Hans REGEL†, Magdeburg), **Alkoholtherapie** (Dr. Ilona STOIBER, Berlin), **Katathymes Bilderleben** (Prof. Dr. Heinz HENNIG, Halle), **Psychosomatik**, insb. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Dr. Elisabeth RICHTER-HEINRICH, Dr. Irmgard GAEFKE, Dr. Ellen SITTE, alle Berlin-Buch), **Kinderpsychotherapie** (Karl KUGLER†, Halle, Dr. Claudia und Peter KÖHLE, Klingenthal), **Psychotherapie im Kur- und Bäderwesen** (Dr. Gudrun WINKLER, Bad Klosterlausnitz, Christiane KIRSCHNER, Bad Elster), **Psychotherapie in der Geriatrie** (Mareile NOACK, Berlin-Buch), **Psychoprophylaxe** (u.a. Dr. Peter ODERICH†, Berlin).

In den 70er und 80er Jahren lag die praktische Ausübung der Psychotherapie überwiegend in den Händen von Psychologen, die in allen präventiven, kurativen und rehabilitativen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens der DDR tätig waren. In diesem Sektor arbeiteten zuletzt etwa 2000 Klinische Psychologen. Es gab 811 Fachpsychologen der Medizin und weitere 496 in Ausbildung befindliche Kandidaten (Stichtag 01.09.1990).

Resümee

Ein Rückblick auf 41 Jahre Psychotherapie in der DDR macht – neben zweifelsfrei vorhandenen Mängeln, Schwierigkeiten und Problemen – wichtige konstruktive

Ansätze, einen beachtenswerten Entwicklungsstand und vielerlei positive Erfahrungen deutlich. Zu nennen sind:

- der Anspruch der faktischen und sozialrechtlichen Integration der Psychotherapie in alle Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens,
- die professionelle Etablierung psychologischer Psychotherapeuten durch ein praxisnahes Universitätsstudium und eine staatlich anerkannte postgraduale Weiterbildung,
- die Selbstverpflichtung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten zur kooperativen und sich wechselseitig ergänzenden Zusammenarbeit und zur Verbindung mit wissenschaftlichen Nachbardisziplinen,
- die Akzeptanz von Methodenpluralismus bei gleichzeitig methodenübergreifendem Identitätsbewusstsein und professioneller Interessenvertretung der psychotherapeutisch Tätigen und
- die Verbindung der praktischen psychotherapeutischen Arbeit zur universitären Ausbildungs- und Forschungstätigkeit, zu psychologischen Grundlagenfächern und medizinischem Basiswissen, zu anderen Disziplinen der Klinischen Psychologie (Psychodiagnostik, Beratung, Medizinische Psychologie, Gesundheitspsychologie und Rehabilitationspsychologie) und auch zur Philosophie und zu gesellschaftswissenschaftlichen Fächern.

Die Arbeit und das Engagement von Psychotherapeuten in der DDR und damit verbundene Ansprüche, Erwartungen, Realisierungen und Erfahrungen sind es also wert, nicht übersehen, nicht vergessen, sondern bewahrt, bedacht und berücksichtigt zu werden.

Literatur

Kommer, D. & Wittmann, L. (2002). Auf dem Weg zu einer Bundespsychothe-

rapeutenkammer. Historische Ausgangspunkte und Perspektiven für eine Bundesvertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal* 2, 22-35.

Auf Literaturbelege zu einzelnen Passagen wurde aus Platzgründen verzichtet. Sie können gerne bei der Autorin angefordert werden. Zusammenfassende Überblicksdarstellungen finden sich u.a. in:

Bernhardt, H. & Lockot, R. (Hsbg.) (2000). *Mit ohne Freud: Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Dummer, W. (1987). Klinische Psychologie in der DDR gestern, heute, morgen. In: Noack, D. (Hsbg.) *25 Jahre Gesellschaft für Psychologie der DDR. 7. Kongress/Kongressband Teil 2*, 74-89.

Frohburg, I. (1990). Auskünfte über die Psychotherapie in der DDR. *GwG-Zeitschrift* 79, 105-111 (mit ausführlichen Literaturangaben).

Geyer, M. (1992). Zur Situation der Psychotherapie in der ehemaligen DDR. In: Tress, W. (Hsbg.) *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, S. 111-123.

Rösler, H.-D. (2001). *Klinische Psychologie als Berufsfeld im Osten Deutschlands*. *Z. Psychol.* 209, 92-101.

Späte, H.F., Thom, A. & Weise, K. (1982). *Theorie, Geschichte und aktuelle Tendenzen in der Psychiatrie*, Jena. Gustav Fischer Verlag, S. 116-176.

Prof. Dr. rer. nat. habil. Inge Frohburg

Fachpsychologin der Medizin
Appr. Psychologische Psychotherapeutin
Ehrenfelsstrasse 41, 10318 Berlin
(bis 2003 Lehrstuhl für Psychotherapie
am Institut für Psychologie der
Humboldt-Universität zu Berlin)
inge.frohburg@rz.hu-berlin.de

Recht: Aktuell

Praxistipps – Hinweise – Informationen

Hartmut Gerlach

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Teil 1

Datenschutz? – Kein Problem, wir ignorieren ihn einfach ...

Ariadne, die verliebte griechische Königstochter, drückte bekanntlich dem Helden Theseus ein Wollknäuel in die Hand, damit dieses ihm helfe, aus dem Labyrinth herauszufinden, in dem er den Minotaurus töten wollte. Schön wär's, genügte ein Wollknäuel, um Psychotherapeuten zu helfen, sich im Datenschutzrecht zurechtzufinden, also mit **patientenbezogenen Gesundheitsdaten** richtig umzugehen. Nur gemacht. Andere, die es von Berufs wegen eigentlich wissen müssten, können es auch nicht besser: „Für die meisten Anwälte ist der Datenschutz kein Problem, weil sie den Datenschutz schlicht missachten. Sie gehen – im positiven Falle – davon aus, dass das Berufsrecht ausreicht“ (Schneider in: Anwaltsblatt 2004, S. 342). Und: In einem Merkblatt des Deutschen Anwaltvereins (Juli 2004) heißt es u. a. fast beschwörend: „... wird nochmals nachdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) auch auf die Anwaltschaft anwendbar ... und zu befolgen ist. Insbesondere ist darauf zu achten, dass nach Ablauf der Übergangsvorschrift, mit Ablauf des 23.05.2004, die Nichtbefolgung des BDSG zum Teil **bußgeldbe- wehrt** ist ...“.

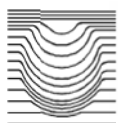
Anlass für diesen Beitrag ist ein kürzlich erschienenen Buch (Meier „Der rechtliche Schutz patientenbezogener Gesundheitsdaten“, Karlsruhe 2003, 394 Seiten). Wer dieses gewichtige Buch zur Hand nimmt, dem wird – wie dem Verfasser dieses Beitrags – zunächst ein wenig der Schweiß ausbrechen angesichts der Fülle der Problemstellungen: Der Datenschutz im Gesundheitswesen ist noch komplexer als angenommen. Was liegt also näher, als die Komplexität der Materie dadurch zu reduzieren, indem man sie einfach missachtet? Ein solches Handlungsmuster hätte jedoch fatale Folgen. Nein, machen Sie es wie der Verfasser, benutzen Sie anstelle des Wollknäuels Ihre Phantasie und nehmen Sie sich etwas Zeit. Dann geht's los in den Irrgarten „Datenschutzrecht“ – und wieder hinaus.

Krankenakte als Datenträger

Schon dann, wenn Sie eine **Krankenakte** anlegen – erheben und speichern Sie patientenbezogene Daten. Der Begrifflichkeit wegen werden wir sie nachfolgend entweder **„personenbezogene Daten“** oder, wenn sie sich auf die (gesetzliche) Krankenversicherung beziehen, **„Sozialdaten“** nennen. Personenbezogene Daten/Sozialdaten sind Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer natürlicher Person

(Betroffener), so die Definition des § 3 Abs. 1 BDSG bzw. des § 67 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) X. Spätestens seit dem Ihnen vielleicht bekannten „Volkszählungsurteil“ des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) avancierte das **„informationelle Selbstbestimmungsrecht“** zu einem Grundrecht. Dieses wurde dann in die EU exportiert und kehrte als „EU-Datenschutz-Richtlinie“ wieder zu uns zurück. Umgesetzt fand sie sich dann in der verschärften Neufassung des BDSG wieder. Das informationelle Selbstbestimmungsrecht definiert sich als die Befugnis des Einzelnen, selbst über die Preisgabe seiner Daten zu bestimmen. Geschützt sind dabei alle Daten, unabhängig von ihrer Art oder Bedeutung für den Einzelnen; es gibt mithin keine belanglosen Daten (Hanika „Datenschutz“ in: Rieger „Lexikon des Arztrechts“, Heidelberg 2004, ON 1340, Rdnr. 3). Also: Auch schon bei der einfachen Adresse einer Person handelt es sich um nämliche Daten.

Ziel des deutschen Datenschutzrechts ist es, den Einzelnen davor zu schützen, dass er durch den Umgang mit seinen personenbezogenen Daten in seinem Persönlichkeitsrecht beeinträchtigt wird (§ 1 Abs. 1 BDSG). Das Datenschutzrecht untersagt also bestimmte Formen des Umgangs mit personenbezogenen Daten, weil sie typischerweise besondere Gefahren für das Persönlichkeitsrecht mit sich bringen.



Fortbildungsstelle

Psychotherapeutisches
Zentrum

Christian-Belser-Strasse 79a
70597 Stuttgart
Tel 0711 -6781 421
info@fortbildungsstelle-online.de
www.fortbildungsstelle-online.de

Qualifizierung · Fortbildung · Training

**SYSTEMISCHE BERATUNG UND THERAPIE ·
LÖSUNGSORIENTIERTE KURZZEIT THERAPIE
GESTALT THERAPIE · IPT · MEDIATION
TRANSAKTIONSANALYSE · QUALITÄTSMANAGEMENT**

Ach, gäbe es doch nur die erwähnte EU-Richtlinie und das BDSG, es wäre viel einfacher, das Datenschutzrecht zu erläutern. Dem ist aber leider nicht so. Denn: Jedes Bundesland hat zudem ein eigenes Landesdatenschutzgesetz. Aber nicht genug damit. Zahlreiche Gesetze regeln das Datenschutzrecht noch einmal gesondert für den jeweils speziellen Bereich. Zu nennen sind vor allem die für Psychotherapeuten/Ärzte bedeutsamen Bücher des Sozialgesetzbuchs (I., V., VIII., IX. und X. Buch) und – wichtig für die in Kliniken tätigen Therapeuten – die Krankenhausgesetze der Länder.

Grundbegriffe ...

Schon oben machten Sie sich mit den Begriffen „Erheben“ und „Speichern“ vertraut. „**Erheben**“ ist das Beschaffen von Daten des Betroffenen. Indem Sie den Patienten befragen, „erheben“ Sie, indem Sie seine Angaben notieren, „**speichern**“ Sie; es bedarf also nicht unbedingt des Speicherns auf einem *elektronischen* Datenträger. Weiter: „**Verändern**“ ist das inhaltliche Umgestalten gespeicherter, „**Übermitteln**“ die Bekanntgabe von oder durch Datenverarbeitung gewonnener, gespeicherter oder nicht gespeicherter Sozialdaten an Dritte, **Sperren** das vollständige oder teilweise Untersagen der weiteren Verarbeitung oder Nutzung und **Löschen** das Unkenntlichmachen gespeicherter Sozialdaten. Die genannten Begriffe finden sich alsdann unter dem Oberbegriff „**Verarbeiten**“ zusammengefasst (§ 67 Abs. 5, 6 SGB X). Die Definitionen sind weitgehend identisch mit denen des BDSG mit einer für Sie wichtigen Ausnahme. Der § 67 Abs. 6 Satz 2 Nr. 3 SGB X bestimmt zusätzlich: „Übermitteln im Sinne dieses Gesetzbooks ist auch das Bekanntgeben nicht gespeicherter Daten“. Haben Sie also bspw. mündlich Sozialdaten erfahren, also nicht gespeichert, und geben sie Dritten weiter, übermitteln Sie i. S. des Gesetzes. Und das Übermitteln an Dritte – dazu gleich – bedarf der Erlaubnis desjenigen, der Ihnen die Information mitgeteilt hat. Hier berühren sich also Datenschutz und Schweigepflicht.

Im § 35 Abs. 1 SGB I heißt es nämlich u. a.: „Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten ... von den Leis-

tungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (**Sozialgeheimnis**). Die Wahrung des Sozialgeheimnisses umfasst die Verpflichtung, auch innerhalb des Leistungsträgers sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden ...“.

Soweit Sozialdaten freilich anonymisiert oder gar pseudonymisiert sind, greift das Datenschutzrecht nicht ein, z. B. bei anonymisierten **Klinikberichten** oder **Mitteilungen an den Gutachter** (so Lippert „Datenschutz“ in: Behnsen u. a. „Managementhandbuch für die psychotherapeutische Praxis“ 2004, ON 630, Rdn. 5). **Anonymisierte Daten** sind solche, bei denen die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nur noch mit unverhältnismäßigem Aufwand einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person zugeordnet werden können. **Pseudonymisieren** ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, Rückschlüsse auf den Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

Noch ein paar für Sie wichtige Grundbegriffe des Datenschutzrechts, deren und weitere Definitionen Sie sowohl im BDSG (§§ 2 f.) als auch im SGB X (§ 67) und anderswo finden. **Dritter** ist jede Person oder Stelle außerhalb der verantwortlichen Stelle. **Verantwortliche** und zugleich **nicht-öffentliche Stelle** – das sind bspw. Sie als *selbstständiger* Psychotherapeut oder der Leistungsträger oder dessen Organisationseinheit, für den oder für die Sie tätig sind. **Besondere Daten** sind schließlich solche sensibler Art, nämlich Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen u. ä. m., insbesondere aber auch über Gesundheit oder Sexualleben.

Der „**Umgang mit Daten**“ schließlich ist der vom BDSG verwendete *Oberbegriff* für die sieben Phasen des Erhebens, Speicherns, Veränderns, Übermittelns, Sperrens, Löschens und Nutzens (Gola u. a. „BDSG“, 7. Aufl., 2002, § 1 Rdnr. 22). Dessen § 1 Abs. 2 bestimmt im Einzelnen den Anwendungsbereich des BDSG, nämlich für öffentliche Stellen des Bundes, öffent-

liche Stellen der Länder, soweit der Datenschutz nicht durch Landesgesetz geregelt ist (und das ist er zumeist), und für nicht-öffentliche Stellen, soweit sie die Daten unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen verarbeiten, nutzen oder dafür erheben oder die Daten in oder aus nicht automatisierten Daten verarbeiten, es sei denn, die Verarbeitung geschieht ausschließlich für persönliche oder familiäre Zwecke. – Sie sehen, die Begriffe decken jede Art von „Umgang mit Daten“ ab.

Zu den „nicht-öffentlichen Stellen“ gehören, wie schon erwähnt, die psychotherapeutische Praxis (Niederlassung) und das Krankenhaus in privatrechtlicher Rechtsform (Meier aaO S. 13). Zu den **öffentlichen Stellen** des Bundes und der Länder gehören z. B. Ärztekammern, KVen, die in öffentlich-rechtlicher Rechtsform betriebenen Krankenhäuser der Länder, Gemeinden und Kreise, die Universitäten und ihre Einrichtungen sowie die Landespsychotherapeutenkammern. Für letztere gilt also grundsätzlich das Landesdatenschutzgesetz (LDSG) vorrangig. Schwierigkeiten entstehen aber immer bei der Beantwortung der Frage, welche Datenschutzgesetze (Bund, Land oder Spezial) finden denn Anwendung bei den Krankenhäusern? Hier ist **entscheidend: Wer ist Träger des jeweiligen Krankenhauses?**

Krankenhäuser: Welches Datenschutzrecht gilt denn da eigentlich?

Drei Hauptgruppen sind zu unterscheiden: So werden **öffentliche Krankenhäuser** getragen von Sozialversicherungsträgern oder Gebietskörperschaften, meist Gemeinden oder Gemeindeverbänden. Freie gemeinnützige Krankenhäuser werden ohne Gewinnerzielungsabsicht getragen von kirchlichen oder weltlichen Vereinigungen oder Stiftungen. Bei **privaten Krankenhäusern** handelt es sich zumeist um nicht-öffentliche Stellen im Sinne des BDSG (s. o.), wobei allerdings in der Regel das Landeskrankenhausgesetz Anwendung findet. Die Krankenhäuser der Länder unterfallen meist dem Anwendungsbereich des 3. Abschnitts des BDSG, sofern nicht das jeweilige Landeskrankenhausgesetz das BDSG verdrängt. Psychiatrische Krankenhäuser und Hochschulkliniken sind

Wettbewerbsunternehmen. Die jeweiligen Landesdatenschutzgesetze verweisen deshalb auf die Datenverarbeitung nicht-öffentlicher Stellen und öffentlich-rechtlicher Wettbewerbsunternehmen. Für **kirchliche Krankenhäuser** gilt hingegen nicht ohne weiteres das Kriterium öffentliche bzw. nicht-öffentliche Stelle, so dass das staatliche Datenschutzrecht i. d. R. nicht gilt. Die Kirchen haben vielmehr ihren Datenschutz in eigener Regie geregelt (vgl. „Verordnung zum Schutz von Patientendaten in kirchlichen Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen – DSVO“, HA-EKD-Abl. 1996, S. 324). Die hier nur grob skizzierte Zersplitterung des jeweils anwendbaren Rechts zeigt mehr als deutlich, welche Schwierigkeiten es macht, zu klären, welches Gesetz – BDSG, LDSG und/oder Spezialgesetz – überhaupt Anwendung findet und inwieweit dieses jeweils verdrängt, ergänzt oder eingeengt wird.

Schweigepflicht und Datenschutz: Wie verhalten die sich denn aber zueinander?

Sie wissen inzwischen schon einiges: Sie kennen wesentliche Begriffe des Datenschutzes. Sie wissen ferner, wenn Sie im Krankenhaus beschäftigt sind und Fragen des Datenschutzes auftauchen, dass zunächst immer die Vorfrage zu beantworten ist: Wer ist der Träger? Um dann zu folgern, welches Datenschutzgesetz für Ihre Tätigkeit gilt. Aber wie ist das denn mit der Schweigepflicht, die Ihnen ja viel vertrauter ist? Welche Bedeutung hat diese denn in diesem Zusammenhang?

Lippert („Management-Handbuch für die psychotherapeutische Praxis“, aaO., ON 630, Rdnr. 6) beantwortet die Frage kurz und knapp: „Die Datenschutzgesetze des Bundes und der Länder räumen berufsrechtlich bestehenden **Verschwiegenheitspflichten**, wie sie u. a. für Ärzte, Psychotherapeuten und Rechtsanwälte bestehen, **Vorrang vor den datenschutzrechtlichen Vorschriften** ein“. Oder anders gesagt, wer die psychotherapeutische/ärztliche Schweigepflicht einhält, beachtet zugleich die Regeln des Datenschutzes. § 1 Abs. 3 Satz 1 BDSG bestätigt diesen Vorrang, Satz 2 hingegen bestimmt, dass z. B. Regelungen in einer

Berufsordnung für Psychotherapeuten unberührt bleiben. Sätze 1 und 2 lauten: „Soweit andere Rechtsvorschriften des Bundes auf personenbezogene Daten einschließlich deren Veröffentlichung anzuwenden sind, gehen sie den Vorschriften dieses Gesetzes (*des BDSG, der Verf.*) vor. Die Verpflichtung zur Wahrung gesetzlicher Geheimhaltungspflichten oder von Berufs- oder besonderen Amtsgeheimnissen, die nicht auf gesetzlichen Vorschriften beruhen, bleibt unberührt“. Wo also der Schutz der besonderen Geheimhaltungspflichten weitergeht als der des BDSG, gilt dieser weitergehende Schutz (Gola u. a. aaO. § 1 Rdn. 25). Die Formulierung „bleibt unberührt“, verheißt eine parallele Anwendbarkeit zweier Normenkomplexe, ohne dass der eine den anderen verdrängt (Meier aaO. S. 31). M. a. W.: Datenschutz und Schweigepflichten sind zwei unabhängig voneinander bestehende Rechtskreise, die vom Psychotherapeuten immer im Blick gehalten werden müssen. Lassen Sie uns nunmehr das Gelernte im Lichte der Dokumentationsverpflichtung des Psychotherapeuten näher betrachten:

Dokumentation und Datenschutz

Aufgrund der Verpflichtung zur **Dokumentation** des Behandlungsablaufs, die sich zum einen aus dem Behandlungsvertrag, dem Berufsrecht und dem Heilberufes-Kammergesetz Ihres Bundeslandes ergibt, oder zum anderen ergänzend aus dem Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) und aus weiteren Vorschriften (z. B. aus dem Landeskrankenhausgesetz Ihres Bundeslandes) ergeben kann, befinden Sie sich mitten im Anwendungsbereich der Datenschutzvorschriften – und der Schweigepflicht (genauer: § 203 StGB: „Verletzung von Privatgeheimnissen“). Sie – als nicht-öffentliche Stelle, soweit Sie niedergelassen sind, oder, soweit Sie in einer Klinik tätig sind, als öffentliche Stelle – erheben Sozialdaten, speichern, nutzen oder, wenn notwendig, übermitteln jene an Dritte. Oder aber der Patient begehrt **Einsicht** in die ihn betreffende **Dokumentation**. Beginnen wir zunächst mit dem Einsichtsrecht, sodann wenden wir uns der Übermittlung von Daten an Dritte zu.

Der Patient, der Einsicht begehrt, kann sich dabei auf § 34 BDSG berufen („Auskunft an den Betroffenen“). Solche Auskünfte sind i. d. R. schriftlich zu erteilen, wenn nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist (§ 34 Abs. 3 BDSG). Auskunft von öffentlichen Stellen kann er in etwa gleichem Umfang verlangen (§ 19 Abs. 1 und 2 BDSG). Bestimmungen über ein Recht des Patienten auf Einsicht in seine Krankenakte sind auch in einigen bereichsspezifischen Landesgesetzen enthalten (Meier aaO. S. 102f.). Allerdings bestehen **Ausnahmen für Auskünfte**, wenn der **Schutz Dritter** es erfordert (vgl. § 19 Abs. 4 Nr. 3 BDSG), oder der **Patient** selber betroffen ist und geschützt werden muss. Das von der Rechtsprechung entwickelte Einsichtsrecht bezieht sich aber nur auf den objektiven Teil der Aufzeichnungen, also v. a. auf Diagnosen, nicht aber auf sonstige Eindrücke des Psychotherapeuten/Arztes. Bezüglich psychischer Erkrankungen hat der Psychotherapeut/Arzt überdies den Schutz des Patienten zu beachten, wenn er glaubt, dass die Herausgabe seiner subjektiven Befunde diesem schaden könnte (Stellpflug NZS 2001, 528). Beharrt der Patient indessen auf der Herausgabe, so hat der Therapeut diesem jedenfalls nach „Art und Richtung“ zu kennzeichnen, ohne ins Detail gehen zu müssen, weshalb er die Auskunft insoweit für kontraindiziert hält (BVerG NJW 1999, 1777). Dem Patienten bleibt in einem solchen Fall, sich entweder (wenn es sich um eine öffentliche Stelle des Bundes handelt) an den Bundesbeauftragten für den Datenschutz (§ 19 Abs. 6 Satz 1 BDSG) zwecks Einsichtnahme oder hinsichtlich eines Niedergelassenen an einen Arzt seines Vertrauens zu wenden, der für ihn Einsicht nimmt (Gola aaO. § 34 Rdn. 15).

(Fortsetzung folgt im nächsten Heft)

Ganz Recht:

Wissen Sie eigentlich, dass

- auch dann, wenn Sie keine heilberufliche Tätigkeit ausüben, wie z. B. **Coaching, Supervision** o. ä., es sich zwar um eine umsatzsteuerpflichtige Tätigkeit handelt, dass Sie aber die Regelung des

§ 19 Abs. 1 UStG („Besteuerung der Kleinunternehmer“) in Anspruch nehmen können und bis zu einem Betrag von **17.500 Euro** insoweit umsatzsteuerbefreit sind (Ergänzung zum Hinweis unter: „Ganz Recht“ *Psychotherapeutenjournal* 2/2004 S. 137)? Ihre Umsätze aus heilkundlicher, nicht umsatzsteuerpflichtiger Tätigkeit sind für diesen **Freibetrag** unschädlich.

- es bei Krankheiten, die in der Fahrerlaubnisverordnung nicht genannt sind (hier: *anorexia nervosa*, **Magersucht**) im Ermessen der Fahrerlaubnisbehörde liegt, Gutachten über die Fahreignung einzuholen, wenn daran berechnete Zweifel bestehen? Im Falle der Weigerung, ein solches Gutachten beizubringen, ist die **Fahrerlaubnis** zu entziehen (VG Stade NVwZ-RR 2004, 104).
- die Bundesregierung nicht beabsichtigt, die **Pflichtmitgliedschaft in den Kammern** der freien Berufe ganz oder teilweise aufzuheben? Eine entsprechende Erklärung gab es in einer Antwort auf eine kleine parlamentarische Anfrage der CDU-/CSU-Fraktion (BT-Drs. 15/3265). Danach hält die Bundesregierung die Pflichtmitgliedschaft in Selbstverwaltungseinrichtungen der Berufsstände in Form öffentlich-rechtlicher Körperschaften auch in Zukunft für erforderlich und sachgerecht.
- die **Gewinne aus der Veräußerung freiberuflicher Praxen** grundsätzlich steuerlich begünstigt sind? In Betracht kommt insbesondere eine Tarifbegünstigung in Form der sog. Fünftel-Regelung oder die Besteuerung mit einem ermäßigten Steuersatz von 56 vom Hundert des durchschnittlichen Steuersatzes. Verkäufer, die 55 Jahre erreicht haben, erhalten darüber hinaus ggf. einen Freibetrag in Höhe von 45.000 Euro. Allerdings ist Voraussetzung für die Steuerbegünstigung, dass die Praxis mit den wesentlichen Grundlagen auf einen Erwerber übertragen wird. Soweit eine freiberufliche Praxis übergeben wird, ist

erforderlich, dass die freiberufliche Tätigkeit in dem bisherigen örtlichen Wirkungskreis zumindest für eine gewisse Zeit eingestellt wird. Unschädlich ist es hingegen, wenn der bisherige Praxisinhaber seine Tätigkeit in geringem Umfang fortführt. Das gilt jedoch nicht, wenn neue Patienten in größerem Umfang hinzugewonnen werden. Dann muss nämlich ggf. der Gewinn aus der Praxisveräußerung normal versteuert werden (BMF-Schr. v. 28.07.2003 – IV A 6 – S 2242-4/03).

- der von einem **Arbeitnehmer privat angeschaffte Computer**, der beruflich genutzt wird, als Werbungskosten (Arbeitsmittel) bei den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit abgezogen werden kann? Soweit die private Mitbenutzung 10 v. H. nicht übersteigt, ist sie unschädlich, d. h., die Aufwendungen für den Computer können in voller Höhe geltend gemacht werden. Bei einer höheren privaten Mitbenutzung werden die Aufwendungen entsprechend gekürzt. Der Umfang der beruflichen Nutzung ist ggf. glaubhaft zu machen, ggf. zu schätzen. Aus Vereinfachungsgründen kann dann von einem beruflichen Anteil in Höhe von 50 v. H. ausgegangen werden.
- der behandelnde Arzt bei einer an lebensbedrohlicher **Bulimie** leidenden jungen Patientin eine **vormundschaftsgerichtliche Genehmigung für eine parentale Ernährung** zu bekommen versuchen muss? Das Unterlassen stellt einen schweren Behandlungsfehler dar. Der Arzt könne sich nicht darauf berufen, dass die Patientin ein Mitverschulden trage, wenn deren Einsichtsfähigkeit in die Behandlungsbedürftigkeit deutlich reduziert sei (LG München, GesR 2003, S. 355).
- Sie als **Selbständige/r** künftig Ihre **Einnahme-Überschuss-Rechnung** auf einem **amtlichen Vordruck** als Anlage zur Steuererklärung abzugeben haben (BMF-Schr. v. 17.10.2003 – IVD 2-

S1451-39/03 – BStBl. 2003 II S. 502)? Bisher konnten Sie die Gewinnermittlung durch bloße Gegenüberstellung der Einnahmen und Ausgaben darstellen. Diese einfachere Form der Gewinnermittlung für Freiberufler und andere Selbständige entfällt künftig. Der Vordruck, den Sie beim Finanzamt bekommen werden, ist allerdings erstmals auf den Gewinn für das Jahr 2004 anzuwenden.

- seit dem 8. Juli 2004 ein modernisiertes „**Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG)**“ gilt? Danach sind unlautere Wettbewerbsbehandlungen, die geeignet sind, den Wettbewerb zum Nachteil der Mitbewerber, der Verbraucher oder der sonstigen Marktteilnehmer nicht nur unerheblich zu beeinträchtigen, unzulässig. Sie als Psychotherapeut/in sind Mitbewerber/in (und Unternehmer/in! – § 14 BGB), und Patienten sind Verbraucher. Wie bisher ist irreführende Werbung verboten, ebenso vergleichende Werbung.
- dem in **Trennung** lebenden Ehepartner gegenüber dem/der Psychotherapeuten/in weder ein Anspruch auf **Auskunft über die Behandlung ihres Kindes**, noch ein Anspruch auf Einsichtnahme in die Patientenakte zusteht, wenn der andere Ehepartner, der ebenfalls als Bezugsperson in die Psychotherapie des Kindes einbezogen war, nicht eine Schweigepflichtentbindung abgibt? Die **Schweigepflicht** beruht auf dem mit der Kindesmutter/Kindesvater geschlossenen Vertrag und gilt selbst dann, wenn der andere Partner der Behandlung hätte zustimmen müssen (AG Wiesbaden, Urteil v. 06.05.2004, Az.: 91 C 5194/02 – 32).

RA Hartmut Gerlach

Justiziar der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Hauptstätter Str. 89
70178 Stuttgart
Tel.: 0711/674470-50
gerlach@psychotherapeutenkammer-b-w.de

Aktuelles aus der Forschung

Erziehungsverhalten und Bindungsmuster

Schumacher, J., Stöbel-Richter, Y., Strauß, B. & Brähler, E. (2004). *Perzipiertes elterliches Erziehungsverhalten und partnerbezogene Bindungsmuster im Erwachsenenalter*. *Psychother Psych Med*, 54, 148-154.

Ein Team um den habilitierten Diplom-Psychologen Jörg Schumacher aus Jena hat sich in einer repräsentativen Studie der Frage gewidmet, ob es zwischen dem erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten und dem aktuellen partnerbezogenen Bindungsmuster bei Erwachsenen einen signifikanten Zusammenhang gibt. Um es kurz zu machen und von den Autoren im Wesentlichen auch erwartet, kann man sagen: ja, es gibt solche Korrelationen, sie sind jedoch eher schwächer als erwartet ausgeprägt.

Aufbauend auf der hinlänglich erforschten Relevanz der Eltern-Kind-Bindung, die von den frühkindlichen Erfahrungen bis ins Jugendalter hinein reicht, und darauf, dass die Bindungstheorie zunehmend als „universelle Rahmentheorie für die Erforschung zwischenmenschlicher Beziehungen“ angesehen wird, stützt sich die Studie auf Daten einer 1999 deutschlandweit

durchgeführten repräsentativen Befragung. Die Untersuchungsstichprobe umfasst 1.509 Personen. Der elterliche Erziehungsstil wurde mit Hilfe des ‚Fragebogens zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten‘ (FEE) erfasst, die partnerbezogenen Bindungsmuster mittels des ‚Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen‘ (BFPE), einer Modifizierung des ‚Bielefelder Fragebogens zu Klientenerwartungen‘ (BFKE). Der FEE umfasst drei faktorenanalytisch konstruierten Skalen; die Items mit einer 4-stufigen Antwortskala zielen getrennt auf väterliches und mütterliches Erziehungsverhalten. Mittels Faktorenanalyse lassen sich beim BFPE drei Skalen herauskristallisieren; die verwendeten Items erlauben Antworten auf einer 5-stufigen Skala.

Bei der Auswertung zeigt sich, dass etwa eine ausgeprägte Ablehnung, eine starke Kontrolle und Überbehütung durch die Eltern mit einer geringeren Öffnungsbereitschaft gegenüber dem Partner und Akzeptanzproblemen beim Partner einhergeht als bei Personen, die einen positiven Erziehungsstil ihrer Eltern erinnern. So ist ein ‚sicheres Bindungsmuster‘ bei solchen Personen deutlich ausgeprägter, die

den Erziehungsstil von Vater und Mutter als ausgesprochen ‚emotional warm‘ erlebt haben. Ein ‚unsicher vermeidendes Bindungsmuster‘ korreliert dagegen mit ‚geringer emotionaler Wärme‘ und einer ausgeprägt erinnerten Ablehnung durch beide Eltern. Neben weiteren Ausdifferenzierungen weist die Studie generell auf die Bedeutung des Erziehungsverhaltens für die Bindungs(un)fähigkeit von Partnerbeziehungen im Erwachsenenalter hin.

Kommentar: Die insgesamt von den Autoren als deutlich vorhanden, zugleich aber nur von geringem Gewicht eingestuft Zusammenhänge zwischen Erziehungsstil und Bindungsmustern sind ein starkes Indiz dafür, dass gerade Beziehungs- und Bindungsprobleme nicht ohne Rückblick auf die elterlichen Erziehungsmuster zu verstehen sind. Zusätzlich sind sie immer auch durch Interaktionserfahrungen mit anderen Personen und in außerfamiliären Strukturen geprägt. Für den therapeutischen Prozess liegt es deshalb nahe, neben der biografischen Fokussierung auf die Eltern-Kind-Beziehung auch die Interaktionsformen mit anderen wichtigen Bezugspersonen des Patienten in den Blick zu nehmen.

Die Verhaltenstherapie auf dem Weg zur Neuropsychotherapie – kopernikanische Wende der VT oder alter Wein in neuen Schläuchen?

Grawe, K. (2004). *Vortrag auf dem 15. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung, Berlin, März 2004*.

In seinem Eröffnungsvortrag auf dem 15. DGVT-Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung an der Humboldt-Uni Berlin sprach sich der Berner Professor für Psychologie, Klaus Grawe, für eine fast kopernikanisch zu nennende Wende in der Verhaltenstherapie (VT) aus. Statt wie bisher psychische Störungen allein mit störungsspezifischen Methoden zu

behandeln, plädiert er mit Bezug auf neueste neuropsychologische Studien dafür, einen „ganzheitlichen Blick auf den Menschen mit psychischen Störungen“ zu werfen. Dann, so seine Position, muss Psychotherapie, die dauerhaft erfolgreich sein will, nicht nur Störungen beseitigen sondern darüber hinaus darauf abzielen „die psychische Gesundheit zu verbessern“. Dabei gehe es dann in erster Linie darum, Menschen zu unterstützen ihre Grundbedürfnisse angemessener zu befriedigen. Zugleich ist damit die Erwartung gesteigerter Wirksamkeit von Psychotherapie ver-

knüpft. Sie stützt sich auf die neuropsychologische Erkenntnis, dass Psychotherapie, die die Konsistenz im psychischen Geschehen erhöht, wirksamer ist als die Fokussierung auf den Abbau von Störungen. Sollte die VT diesen Weg gehen, wäre Neuropsychotherapie eine angemessene Bezeichnung, die sich darauf stützt, dass „die Natur des Menschen fest in seinem Gehirn verankert ist.“

Die Struktur und die dynamischen Vorgänge im menschlichen Gehirn sind die Basis, auf der Grawe seine psychotherapeutische

Konzeption aufbaut. Er bezieht sich auf Studien, die belegen, dass eine Tendenz zur psychischen Störung bereits genetisch angelegt ist. So sind beispielsweise Säuglinge mit einem „kurzen“ Allel des Serotonin-Transportergens schwerer zu beruhigen“ als solche mit einem längeren. Nun will Grawe seine Ausführungen aber nicht dahingehend missverstanden wissen, dass Menschen ihren Genen schicksalhaft ausgeliefert sind. Vielmehr beschreibt er mit Bezug auf diverse Studien, dass neuronale Erregungsmuster ihre wahre Dynamik erst in der Interaktion mit der Lebenswelt des Individuums entfalten. Genetische Veranlagungen können durch gegenteilige Lebenserfahrungen mehr als ausgeglichen werden. Besonders fürsorgliche Bindungserfahrungen etwa können negative genetische Vorgaben überlagern und dazu beitragen, dass sich „positive neuronale Strukturen und Regulationsmechanismen“ entwickeln und das psychische Erleben trotz gegenteiliger genetischer Disposition dominieren.

Die Lebenserfahrung, die ein Kind in der Interaktion mit seiner Umwelt gewinnt, hinterlässt „tiefe Spuren in seinem impliziten Gedächtnis“. Das implizite Gedächtnis – ein Kernbegriff bei Grawe – zeichnet sich dadurch aus, dass es sich erstens dem Bewusstsein prinzipiell nicht erschließt – auch nicht durch Hypnose oder nach langer Liegezeit auf der Couch. Zweitens werden genau dort bereits in der allerfrühesten Kindheit, so die Erkenntnisse der neurowissenschaftlichen und der Bindungsforschung, die Grundlagen für – positive und negative – psychische Befindlichkeiten gelegt, die ein integraler, nicht zu entfernender Bestandteil eines jeden Individuums und in allen nachfolgenden Lebensphasen virulent ist.

Für den therapeutischen Prozess bedeutet das, dass etwa Angstreaktionen „nicht gelöscht, sondern nur gehemmt werden“ können. In der Amygdala¹ eingravierte psychische Befindlichkeiten sind unveränderlich, nur ihre Weiterleitung zu anderen Hirnregionen kann aktiv gemindert werden. Dazu kann das Prinzip des ‚Motivationalen Primings‘ genutzt werden. Es ist, kurz gesagt, dadurch charakterisiert, dass negative psychische Emotionen (z.B. Angst) abgemildert werden, wenn sie in positiv besetzten (geprimten) Situationen stattfinden. Der

Therapeut ist demnach aufgerufen, „kontinuierlich ... positive motivationale Ziele und positive Emotionen (zu) aktivieren“.

Kommentar: Grawes Ansatz, die theoretischen Grundlagen der VT um neuropsychologisches Wissen zu erweitern, verweist auf die prinzipielle Notwendigkeit, neue wissenschaftliche Erkenntnisse in die Psychotherapie zu integrieren. Er zielt damit auch auf die Überwindung der gegenwärtigen Schulenorientierung hin zu einer ganzheitlichen und Methoden übergreifenden Psychotherapie. Seine Ausführungen werfen jedoch zugleich die Frage auf, ob die von ihm beschworene Wende von der „kognitiven Verhaltenstherapie“ zur „Neuropsychotherapie“ tatsächlich eine radikale ist und was sich dadurch im (verhaltens)therapeutischen Prozess grundsätzlich ändert. Unbestritten ist, dass die Neuropsychologie Struktur und dynamische Prozesse im Gehirn zunehmend detaillierter beschreiben kann. Für den verhaltenstherapeutischen Ansatz besteht das eigentlich Neue wohl überwiegend darin, dass das, was früher pauschal als ‚Black Box‘ bezeichnet und nicht weiter hinterfragt wurde, jetzt mit Bezug auf neuropsychologische Erkenntnisse inhaltlich gefüllt werden kann. Die therapeutischen Schlussfolgerungen erscheinen, gerade wenn man Grawes Hinweise auf die Bedeutung einer emotional-positiven Grundatmosphäre im therapeutischen Setting betrachtet, möglicherweise für streng dogmatische VTler etwas Neues zu sein. Doch die Bedeutung der Empathie für den psychotherapeutischen Erfolg hat etwa die Humanistische Psychologie bereits vor Jahrzehnten herausgearbeitet.

Grawes Rezeption der Neurowissenschaften betont die große Bedeutung der Beziehung für den therapeutischen Prozess und Erfolg auch in der modernen Verhaltenstherapie. Er vernachlässigt jedoch einen wesentlichen Aspekt, der gerade von Neurowissenschaftlern (A. Damasio, G. Roth u.a.) besonders hervorgehoben wird, den der Emotionen. Roth betont beispiels-

¹ Die Amygdala ist eine zentrale Verarbeitungsstation für externe Impulse und deren vegetative Auswirkungen; sie wird als diejenige Hirnstruktur betrachtet, die für die emotionale Einfärbung von Informationen zuständig ist.

weise, dass menschliches Erleben immer eine sensomotorisch-affektive Einheit ist. Eine Neuerschaltung des Gehirns mit Hilfe von Psychotherapie kann dann erfolgreich sein, wenn eine ausreichend hohe Emotionalisierung des Patienten erreicht wird. Erlebnisaktivierende psychotherapeutische Verfahren (Gestalttherapie, Körperpsychotherapie u.a.) verfügen über eine Vielfalt von Interventionsmöglichkeiten, die notwendige Emotionalisierung des Patienten zu befördern, während sich die klassische und vor allem die kognitive Verhaltenstherapie damit eher schwer tut.

Dennoch bleibt festzuhalten, dass Grawe den verhaltenstherapeutischen Blickwinkel erweitert und „ganzheitlicher ... auf den Menschen“ richtet. Die Frage, ob sich eine kopernikanische Wende ankündigt, scheint noch einer ausführlichen Debatte zu bedürfen. Sollten die Ausführungen von Grawe den Beginn einer Annäherung von psychotherapeutischen Schulen markieren und damit der Anfang vom Ende der Fixierung auf die sog. ‚Richtlinienverfahren‘ sein, könnte ein zukunftsorientierter und innovativer Diskussionsprozess innerhalb der Psychotherapie beginnen und tatsächlich eine Wende eingeleitet werden.

Erlebnisse oder Besitz – Was macht zufriedener?

v. Boven, L. & Gilovich Th. (2000). *To Do or to Have? That is the Question. Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 85 (6), 1193-1202.

Die zwei amerikanischen Psychologen Leaf v. Boven und Thomas Gilovich gingen der Frage nach, was Menschen eher glücklich und zufrieden macht: der Besitz von Dingen oder positive Erlebnisse und Erfahrungen. Bei den meisten der Befragten wird Zufriedenheit und Glück mit schönen persönlichen Erlebnissen – Urlaubsreisen, Konzertbesuchen, Essen gehen – in Zusammenhang gebracht. Der Besitz von materiellen Dingen – Fernseher, PC, Kleidung – macht den Ergebnissen der Studie zufolge deutlich weniger glücklich. Allerdings gilt dieser Befund nicht für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen. Personen, deren materielle Basis ungesichert ist und

ältere Menschen, die Zeiten materieller Not persönlich erlebt haben, entscheiden sich verstärkt für das ‚Haben‘. Frauen, Städter, Jüngere, Gebildete und Wohlhabende dagegen bringen Glückssituationen stärker in Zusammenhang mit dem persönlichen Erleben angenehmer Erfahrungen.

Die Autoren vermuten, dass Glücksmomente umso stärker empfunden werden, je mehr Emotionen im Spiel sind. Und Emotionen haften aufgrund der persönlichen

Beteiligung enger an Erfahrungen und Erlebnissen als etwa an Gedanken zum eigenen PC oder Kleidung. Weltanschauungen, Einstellungen und Vorstellungen über das Leben sowie das Selbstbild prägen Menschen deutlich stärker als der Besitz von Dingen. Nicht zu vernachlässigen ist zudem, dass Erlebnisse fast immer in einen sozialen Setting stattfinden und man gemeinsam mit anderen etwas unternimmt. Soziale Kontakte schaffen Zusammenhalt, dem Haben haftet etwas sozial Abgrenzendes an.

Kommentar: Zwar liefert die Studie keine tatsächlich neuen Erkenntnisse, aber sie kann als lesenswerte und methodisch recht gut abgesicherte Bestätigung des von Maslow entwickelten Modells der Bedürfnishierarchie gesehen werden. Die Schlussfolgerung von v. Boven und Gilovich „More fun, less stuff!“ sollte auch in ihrer Bedeutung für die Psychotherapie nicht gering geschätzt werden.

Hypnotherapie: Hirnphysiologische Basis und Wirksamkeit der Hypnotherapie

Halsband, U. (2004). Neurobiologische Erkenntnisse der Hypnose. Hypnose & Kognition, (im Druck).

In den vergangenen 10 Jahren hat sich die neurobiologische Forschung der zerebralen Prozesse angenommen, die auch der Hypnose zugrunde liegen. In neueren Untersuchungen ist es gelungen, jene Bereiche im Gehirn zu lokalisieren, die bei hypnotischen Induktionen, insbesondere bei suggestiblen Personen aktiviert werden. Deutlich wird dabei, was hypnotische Reaktionen von sozialer Kooperativität, Placeboeffekten und Entspannung unterscheidet. Aus den Ergebnissen der Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren (SPECT, PET und fMRI), welche die neuronale Aktivitäten des Gehirns erfassen, lässt sich, so die Ausführungen von Halsband, in etwa ein zerebrales Profil der Hypnose nachzeichnen. Die generelle These kann so formuliert werden: Während im Alltagsbewusstsein das Frontalhirn auf die durch das Occipitalhirn

(Sehrinde) vermittelten Umwelteindrücke urteilend, wertend und entscheidend reagiert, wird dieser Vorgang in hypnotischer Trance umgekehrt: Die verbal durch hypnotische Suggestionen vermittelten Vorstellungen werden rezipiert, setzen sich in innere Bilder (v.a. occipital) um und rufen eine veränderte Realitätswahrnehmung hervor. Die Umschaltung auf Innenbilder wird durch Einschränkung der Vigilanz, durch Blickfixation und Lidschluss erreicht.

In der Folge aktivieren sich die u.a. die Aufmerksamkeit regulierenden Regionen des präfrontalen und des anterioren zingulären Kortex, der auch für die Schmerzregulation wichtig ist. Des Weiteren rufen Farbsuggestionen eine Durchblutungssteigerung der fusiformen Region (vorwiegend linksseitig) hervor, die für die Farbwahrnehmung zuständig ist. Neben der nicht unbedingt erforderlichen physischen Entspannung entsteht eine mentale Entspannung, die sich in einer generellen Diskon-

nektivität der Aktivität der einzelnen Hirnregionen zeigt, was erklärlich macht, warum Traumata mit Hypnose behandelbar sind, ohne zu Reizüberflutung zu führen.

In der therapeutischen Anwendung haben neuere Metaanalysen mit etwa 200 Kontrollgruppen-Studien gezeigt (Flammer E. & Bongartz, W. (2003). On the efficacy of Hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 20, 179-97; Revenstorf et al. (2003). Expertise zu den wissenschaftlichen Grundlagen der Hypnotherapie, Tübingen), dass für zahlreiche klinisch relevante Störungskategorien (ICD-10) zufriedenstellende Wirksamkeitsnachweise vorliegen.

Kommentar: Auf der Basis der neuesten neuropsychologischen Erkenntnisse erklärt Halsband die Wirksamkeit der Hypnose auch in der Traumata-Behandlung. Ihre Erkenntnisse untermauern den Anspruch der Hypnose, ein wissenschaftliches und wirksames Behandlungsverfahren zu sein.

Zur Wirksamkeit von ambulanter Körperpsychotherapie

Koemeda-Lutz, M., Kaschke, M., Revenstorf, D., Scherrmann, T., Weiss, H. & Soeder, U. (2003). Psychotherapie Forum, 11, 70-79.

Koemeda-Lutz und ihre Ko-Autoren berichten über Zwischenergebnisse einer aktuellen Studie zur Wirksamkeit von Körperpsychotherapie, an der sich acht deutsche und schweizerische Mitgliedsinstitutionen der European Association of Body Psycho-

therapy (EABP) beteiligen. Zu drei verschiedenen Messzeitpunkten (Therapiebeginn, ein halbes Jahr danach und zum Ende der Therapie (max. 2 Jahre nach Therapiebeginn) werden mittels evaluierter Fragebögen (BAI, BDI, SCL-90-R, BLI, IIP-D, SWE u.a.) Symptome und Befindlichkeit von PatientInnen erhoben, die in Praxen behandelt werden bzw. dort behandelt worden sind.

Die berichteten Ergebnisse basieren auf 157 Fällen am Anfang der Therapie, 78 Fällen sechs Monate nach Therapiebeginn und 21 Fällen nach Abschluss der Behandlung. Die untersuchten PatientInnen weichen im Hinblick auf soziodemographische Merkmale und auf den Umfang ihrer psychopathologischen Beeinträchtigungen nicht von ambulanten PsychotherapiepatientInnen aus anderen Studien ab.

Zwar ist die Datenerhebung noch nicht vollständig beendet, so dass keine endgültige Beurteilung der Behandlungsverläufe möglich ist. Die bereits vorliegenden Daten zeigen jedoch, dass die Untersuchungsteilnehmer nach sechs Monaten Behandlung über signifikante Besserungen berichteten, die sich zwei Jahre nach Beginn der Psychotherapie nochmals gesteigert hat. Die Effektstärken innerhalb der ersten sechs Monate der Therapie ergaben kleine bis mittlere Verbesserungen. Zum Therapieende lagen sämtliche Effektstärken mit 0,82 (Selbstwirksamkeitserwartung) bis 1,40 (Depressivität) im Bereich umfangreicher Verbesserungen. Bemerkenswert ist dabei die Erhöhung der Selbstwirksamkeit

während der Körperpsychotherapie, da Selbstwirksamkeit ein wichtiger Aspekt bei der Bewältigung von Stress darstellt und als eine stabile Persönlichkeitsdimension aufzufassen ist.

Kommentar: Diese – wenn auch vorläufigen – Ergebnisse unterstützen die Wirksamkeitsbehauptung von Körperpsychotherapie in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Zudem können sie als Ermutigung und Anreiz für zukünftige Forschungsprojekte (Formulierung spezifischer Therapieziele, Entwicklung entsprechender Messinstrumente und Untersuchung der Störungsspezifität von Körperpsychotherapien) dienen.

Dr. Manfred Thielen

Vorstandsmitglied der
Landespsychotherapeutenkammer Berlin
Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel.: 030-7883278
ma.thielen@gmx.de

Dr. Thomas Lecher

Freier Wissenschaftlicher Mitarbeiter der
Landespsychotherapeutenkammer Berlin
Brümmerstr. 46a
14195 Berlin
Tel.: 030-83226753
thomas.lecher@t-online.de

Verringerung der Diabetes-Inzidenz durch Lebensstiländerung

Diabetes Prevention Program Research Group (2002). Reduction in the incidence of type 2 Diabetes with lifestyle intervention or metformin. New England Journal of Medicine, 346, 393-403.

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J.G. et al. (2001). Prevention of type 2 Diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. New England Journal of Medicine, 344, 1343-1350.

In Deutschland gibt es etwa 4-5 Millionen Typ 2 Diabetiker und die Inzidenzraten steigen. In den Industrieländern wird mit einem Anstieg um 42% zwischen 1995 und 2025 gerechnet. Dies hängt vor allem mit verhaltensbezogenen Faktoren zusammen: ungünstige Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten und dadurch bedingtes Übergewicht.

Zwei randomisierte kontrollierte Studien zeigen, dass durch Lebensstiländerungen eine maßgebliche Reduktion der Diabetesinzidenz erreichbar ist. Ziel war jeweils eine Veränderung der Ernährungsgewohnheiten und Steigerung der körperlichen Aktivität. Rekrutiert wurden Personen mit gestörter Glukosetoleranz. In den folgenden Jahren wurden die Inzidenzen zwischen Interventionsgruppen und Kontrollgruppen verglichen. In der finnischen Diabetespräventionsstudie (DPS) mit 522 Probanden sank die Erkrankungsrate

durch die Lebensstilmodifikation innerhalb von drei Jahren um 58% (Tuomilehto et al., 2001). Die Intervention umfasste sieben individuelle Beratungstermine im ersten Jahr und vier Einzeltermine ab dem zweiten Jahr. Die Interventionsgruppe nahm im Vergleich zur unbehandelten Kontrollgruppe 4,2 kg Körpergewicht ab. Die Effektivität der Intervention ist mit einer "number to be treated" von acht Personen (d.h. acht Personen müssen behandelt werden, damit ein Diabetesfall verhindert wird) hoch. Gewichtsreduktion und gesteigerte körperliche Bewegung waren die entscheidenden Wirkvariablen.

Im amerikanischen Diabetes Primary Prevention Trial (DPP) mit 3.244 Teilnehmern wurde Lebensstilveränderung sowie Metformingabe (ein Antidiabetikum) mit einer Kontrollgruppe verglichen. Die Lebensstiländerung war ebenfalls die effektivste dieser Maßnahmen zur Reduktion des Diabetesrisikos. In der Interventionsgruppe „Lebensstiländerung“ fanden 16 Einzeltermine in 24 Wochen statt, danach wurden die Probanden in monatlichen Abständen kontaktiert. Nach 2,8 Jahren hatten die Teilnehmer dieser Intervention ihr Körpergewicht um durchschnittlich 5,6 kg reduziert. Die Probanden der Metformingruppe nahmen 2,1 kg ab, die der Kontrollgruppe 0,1 kg. Auch hier wurde durch die Lebensstiländerung die Diabetesinzidenz um 58% reduziert, bei der Metformineinnahme um 31%. Die "number to be treated" lag bei 6,9 Personen. Die ent-

scheidende Wirkvariable war in dieser Studie die Gewichtsreduktion (Diabetes Prevention Program Research Group, 2002).

Kommentar: Aufgrund der Ergebnisse dieser Studien kann man davon ausgehen, dass eine effektive primäre Diabetesprävention durch Veränderung des Lebensstils möglich ist. Allerdings war der Betreuungsaufwand erheblich und kostenintensiv, so dass eine unmittelbare Übertragung auf den klinischen Alltag nur begrenzt möglich erscheint. Allerdings konnten durch die Verhinderung von Diabeteserkrankungen erhebliche Behandlungskosten eingespart werden. Die im Beobachtungszeitraum gefundenen Ergebnisse sollten nachdrücklich Anlass sein, kostengünstige strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme zur primären Prävention des Diabetes zu entwickeln und zu erproben, die auch in der Routineversorgung anwendbar sind. Des Weiteren sprechen die Ergebnisse für die Notwendigkeit, psychosozialen Aspekten im Rahmen der (Prä-)Diabetes-Behandlung besondere Aufmerksamkeit zu widmen und sie qualifiziert in der Behandlung zu berücksichtigen.

Andrea Benecke

Diabetes Zentrum Mergentheim
Theodor-Klotzbücher-Str. 12
97080 Bad Mergentheim
Tel. 07931/594-554
benecke@diabetes-zentrum.de

Buchrezension

Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie

Heiner Vogel & Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer, Stuttgart 2004, 416 Seiten, ISBN 3-7945-2258-3, 79,- Euro.

Das deutsche Gesundheitswesen ist von einschneidenden Veränderungen geprägt. Auf der einen Seite stehen die Anstrengungen des Gesetzgebers, die Ausgaben zu begrenzen, während andererseits die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt auf steigende Ausgaben hindeuten. Wegen der wachsenden Sensibilisierung der Bevölkerung und der Gesundheitspolitik für bestehende Qualitäts- und Finanzierungsprobleme sind sämtliche Institutionen und Unternehmen des Gesundheitswesens erheblichem Anpassungsdruck ausgesetzt. Um in einem immer wettbewerbler werdenden Gesundheitswesen die richtigen Entscheidungen über die Versorgungsstrukturen treffen zu können, bekommen in der Diskussion der Akteure und Entscheidungsträger des Gesundheitswesens Fragen nach Effektivität und Effizienz verschiedener Versorgungsformen und konkreter Gesundheitsleistungen zunehmend Bedeutung. Folglich werden gesundheitsökonomische Parameter als Informationsgrundlage herangezogen, um einen klinisch sinnvollen und effizienten Ressourceneinsatz zu planen.

Die historischen Ursprünge der Gesundheitsökonomie in Deutschland wurzeln in der Debatte um die Kostendämpfung im Gesundheitswesen Anfang der 70er Jahre. In dessen Folge trat zum 1.7.1977 das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz in Kraft. Dabei wurde vor allem versucht, die Inanspruchnahme von Krankenversicherungsleistungen zu steuern, indem in manchen Bereichen Eigenbeteiligungen der Versicherten eingeführt wurden und mehr Transparenz über die Kosten hergestellt werden sollte. Bis 1992, dem Jahr der ersten Deckelung des vertragsärztlichen Budgets, war der Einfluss gesundheitsöko-

nomischer Forschungsergebnisse vergleichsweise gering. Heute ist die Gesundheitsökonomie eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin, die im Verbund mit klinischer Epidemiologie und Qualitätssicherungsforschung Möglichkeiten bietet, mit differenzierten Methoden vergleichende Bewertungen diagnostischer oder therapeutischer Verfahren bezüglich ihrer Kosten und ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit vorzunehmen. „Die Forschungsfelder reichen von der Analyse von Versicherungs- und Gesundheitsmärkten bis hin zur ökonomischen Evaluation von Gesundheitsleistungen“ (Kap. 1, S. 7).

Das vorliegende Buch repräsentiert ein erstes zusammenhängendes Werk über Grundlagen, Methoden und Befunde gesundheitsökonomischer Untersuchung im Bereich der psychotherapeutischen/psychiatrischen Versorgung. Empirische Studien in diesem Feld sind im Vergleich zu Studien über rein medizinische Maßnahmen wesentlich komplexer und schwieriger durchzuführen. Es fehlt hier an Unterstützung durch finanzstarke Sponsoren und oft auch an politischem Willen staatlicher Geldgeber. So ist es zu begrüßen, mit dem Buch von *Heiner Vogel* und *Jürgen Wasem* nun eine Art Kompendium über den Forschungsgegenstand, seine Methoden und wichtige Forschungsergebnisse in der Hand zu halten.

In insgesamt 19 sehr prägnant und als geschlossene Themen abgehandelten Kapiteln werden von auf diesem Gebiet namhaften Autoren unterschiedlicher wissenschaftlicher Provenienz die theoretischen und methodologischen Grundlagen der gesundheitsökonomischen Forschung in Psychotherapie und Psychiatrie beschrieben. Untersuchungsmethoden und Bewer-

tungsmodelle der gesundheitsökonomischen Effekte wie Kostenanalyse, Kostennutzwertanalysen und Kostennutzenanalysen werden ausführlich dargestellt und diskutiert. Im Folgenden wird in sieben Kapiteln (Kap. 11 bis 17) eine umfangreiche Palette von empirischen Befunden über störungsspezifische Versorgungskosten vorgelegt, die abschließend kritisch diskutiert werden. Hier sei angemerkt, dass der vielleicht mehr klinisch-fachlich oder nur gesundheitspolitisch interessierte Le-

**MEISTERERNST
DÜSING
MANSTETTEN**

Rechtsanwälte · Notare

**NUMERUS CLAUSUS
PROBLEME?**

- Studienplatzklagen
- ZVS-Anträge
- Auswahlgespräche
- Härtefälle
- Prüfungsrecht
- BAFÖG

**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

ser beim ersten Blick in das Inhaltsverzeichnis nicht der Verlockung erliegen sollte, sofort mit der Lektüre dieses Abschnitts zu beginnen, ohne sich vorher mit methodischen und inhaltlichen Schwierigkeiten der Untersuchungsansätze vertraut zu machen. In den ersten drei Kapiteln wird nämlich ausführlich auf die Sensibilität der Studienergebnisse für Variablenauswahl und -definition eingegangen. Beispielsweise ist der Nutzen psychotherapeutischer Maßnahmen stets nur zu einem Teil in Geldeinheiten auszudrücken – im Wesentlichen ist er immer subjektiv und individuell (S.41). Zudem sind die Ergebnisse mikroökonomischer Untersuchungen kaum geeignet, Entscheidungen für die Behandlung im Einzelfall zu treffen.

Erst die Darstellung methodischer und inhaltlicher Grenzen bei der Interpretation der Befunde ermöglicht dem Leser tiefen und kritischen Einblick in diese hoch interessante und bedeutsame Forschungswelt. Trotz gelegentlich sehr ins Detail der mathematisch-statistischen Berechnungsmethoden eintauchende Passagen – z. B. des Kapitels 6 – findet der Leser durch die sehr übersichtlich gegliederten und angenehm zu lesenden Kapitel eine Fülle von Informationen über Ergebnisse zur „Efficiency“ (i.e. Kosten-Effektivität) psychotherapeutischer Behandlungen: Das Buch wird so zu einer unverzichtbaren Argumentationshilfe für alle, die sich mit der Weiterentwicklung psychotherapeutischer Versorgungsstrukturen beschäftigen. Erwähnenswert ist, dass Kap. 18 speziell auf die Probleme der Vergütungssituation Psychologischer Psychotherapeuten eingeht, unter Berücksichtigung geplanter Honorierungskonzepte (EBM 2000 plus) und der Einbindung dieser Berufsgruppen in neue Versorgungskonzepte.

Zwar ist das Buch dem Vorwort folgend nicht als Lehrbuch mit aufeinander aufbauenden und sich ergänzenden Kapiteln konzipiert, doch ermöglicht eine inhaltlich folgerichtige Gliederung in „Grundlagen“, „Methoden“, „Störungsspezifische Ansätze“ und die abschließende „Diskussion“ einen erschöpfenden Einblick in das hier vertiefend dargestellte Wissenschaftssujet. Autorenportraits und ein Stichwortverzeichnis runden das Werk ab.

Wie eingängig und überzeugend viele in nackten Zahlen von Krankheitskosten ausgedrückten Forschungsergebnisse auch sind, wie notwendig und sinnvoll die ökonomische Untersuchung psychotherapeutischer Versorgungsstrukturen vor dem Hintergrund knapper werdender Mittel auch ist, um zu erkennen, dass eine möglichst frühzeitige Behandlung hohe Folgekosten jeglicher Art für Patient und Gesellschaft verhindern kann – sollte eines nicht vergessen werden: Die Merkantilisierung des Gesundheitswesens hat dort seine Grenze, wo der Humanismus auf der Strecke zu bleiben droht – was

das Buch grundsätzlich auch nicht leugnet. In der Psychotherapie sitzt mir nämlich kein Wirtschaftsgut, sondern immer noch ein leidendes Meinesgleichen gegenüber, welches sich von mir Verständnis und Hilfe erhofft.

Dr. Detlef Bunk, PP, KJP

Wissenschaftlicher Referent
 Psychotherapeutenkammer NRW
 Willstätterstr. 10
 40549 Düsseldorf
 d.bunk@ptk-nrw.de

Für das Sozialpädiatrische Zentrum Hochfranken suchen wir zum 01. Januar 2005 (oder später) zur Bildung eines multidisziplinären, kollegialen Teams, folgendes Personal in Vollzeit:

Nr. 04-004-SPZ

Dipl. Psychologe/in

Funktion: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Qualifikation: Erfahrung in psychologischer Arbeit mit Kindern u. Jugendlichen

2-jährige Vollzeittätigkeit in einem SPZ oder vergleichbar

Zusatzqualifikation (nach Möglichkeit/alternativ):

Klinischer Psychologe

Psychologischer Psychotherapeut

Ausbildung in fachlich anerkannten Psychotherapieverfahren im Einzel-, Gruppen- oder Familien-Setting einschließlich systemischer Therapie

Das Anforderungsprofil entspricht den Vorgaben des

„Altöttinger Papier“ – Kinderärztliche Praxis 2002/7

Vergütung: BAT-VKA III/Ib

Das Sozialpädiatrische Zentrum Hochfranken befindet sich im Aufbau. Einem(r) engagierten Bewerber/in bietet sich die Möglichkeit der Teilhabe an der strukturellen Definition und Ausgestaltung des Sozialpädiatrischen Zentrums Hochfranken.

Wir freuen uns auf Ihre ausführlichen Bewerbungsunterlagen. Diese senden Sie bitte bis zum 15. Oktober 2004 an untenstehende Adresse. Rückfragen richten Sie bitte an Herrn Klaus Zeitler, Geschäftsführer Integra Hof e.V..



**SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM
 HOCHFRANKEN**

Integra Hof e.V. Dienste für behinderte Menschen

Herrn Klaus Zeitler

Ludwigstr. 75

95028 Hof

www.integra-hof.de

T: 09281-610944

Kämpferin und Realpolitikerin

Nachruf auf Frau Diplom-Psychologin Karin Flamm

* 22. November 1945 † 15. Juli 2004

Bindet Euch nicht die Trauerkrawatte um, holt nicht das „kleine Schwarze“ aus dem Schrank, aber blickt auf von eurer Lektüre, schaut aus dem Fenster, der tägliche Blick... und vielleicht ist da ja auch ein Baum, mit dessen Blättern ein Hauch von Wind spielt. Alltagsrealität im Sommer 2004.

„Ist das wahr?“ – Ich habe noch Deine Stimme im Ohr, wenn Du rhetorisch nachfragtest, wissend, es würde keine andere Antwort geben. Ja, es ist wahr: Du hast Deine irdische Existenz am 15. Juli 2004 verlassen, wissend um die Endlichkeit der Zeit, die Dir zur Verfügung stand, ruhig und gefasst.

Karin Flamm ist tot. Realität, unveränderbar.

Realität, das war die Basis, auf der wir gemeinsam gearbeitet haben. Die Realität der Gesundheitspolitik und Versorgung mit Psychotherapie im Deutschland der 90er Jahre, eine unbefriedigende Realität – für Patienten und Psychotherapeuten. Aber eine veränderbare Realität. Veränderbar mit Ideen darüber wie Versorgung aussehen könnte. Ideen wurden zu Konzepten, Planungen über Wege zur Anerkennung der Arbeitsleistung von Psychologen in der Psychotherapie entstanden. Leidenschaftlich diskutiert mündeten sie in operationalisierte Handlungsanweisungen, an der Realität überprüfbar Wegmarken. Du hast Dich mit uns auf diesen Weg gemacht.

Er begann für Dich 1984, mit der Aufnahme Deiner Praxistätigkeit in Bonn. Du merktest sehr schnell, dass ein isoliertes Arbeiten, dass sich selbst genügt und nur der gewählten Verfahrensausrichtung verpflichtet ist – Du hattest Dich für die Gesprächspsychotherapie und die tiefenpsycholo-

gisch fundierte Psychotherapie entschieden – die damals gegebenen sozial- und berufspolitischen Bedingungen ausblenden musste. Deine Initiative führte zur Gründung eines Arbeitskreises der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen im Großraum Bonn. Ursprünglich im BDP verortet, besteht er noch heute als Regionalgruppe Köln der DPTV-Landesgruppe NRW weiter.

Die Realität psychotherapeutischer Berufsausübung beginnt sich zu verändern.

Eine Frau wie Du musste auffallen. Körperlich klein und zierlich, mit scharfem Verstand, voller Energie und Bestimmtheit im Auftreten und einer unverwechselbaren Stimme. Präsenz, dieses Wort trifft für Dich zu. Du hattest Präsenz, warst mehr als nur körperlich anwesend. Nimm einen Raum, vom Eingang betrachtet, voll heftig diskutierender Menschen, unüberschaubar. Du sagst nur ein Wort und der Eintretende weiß: „Karin ist da“.

Zeitebenen überlagern sich, Erinnerung sucht die Übereinstimmung mit den Daten des gemeinsamen Weges, macht sich an Bildern fest, ungeordnet wie im Fotoalbum.

Du wurdest in den Vorstand der Sektion Klinische Psychologie im BDP gewählt; Wunschkandidatin der Mitgliederversammlung und des damaligen Sektions-Vorstandes. Von 1990 bis 1995 bist Du stellvertretende Vorsitzende der Sektion Klinische Psychologie im BDP. Eine schöne Zeit, eine schwierige Zeit. Der Umschwung liegt in der Luft. Unser Vorstandsteam hat ihn mit vorbereitet, über die „Arbeitsgruppe Psychotherapeutengesetz“ des BDP, über Kontakte zu anderen Verbänden, zur Politik. Wir

sind Teil eines sich ausbreitenden Netzes, Knotenpunkt. Die „kritische Masse“ ist erreicht.

Die Realität ändert sich.

Die neue Situation fordert neue Vertretungsmöglichkeiten. 1993 wirst Du Mitglied im Deutschen Psychotherapeutenverband (DPTV). Engagiert und mit einem außerordentlichen Gespür für die Bedürfnisse in eigener Praxis tätiger Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten leitest Du das neu geschaffene Referat „Niedergelassene“ im DPTV. Du schaust hin, wo andere wegschauen, erkennst sich abzeichnende Unvereinbarkeiten traditioneller psychotherapeutischer Qualifizierungen mit ministeriellen Zielvorgaben. 1996 wirst Du Präsidiumsbeauftragte des DPTV für Nachqualifikation. Dort, wo der gesetzgeberische Wille nicht mehr veränderbar ist, zeigst Du Dich als Realistin.

„Nachqualifikation“ – vielen Kolleginnen und Kollegen hat diese von Dir mit erkämpfte Lösung eine Kassenzulassung in den Übergangsregelungen ermöglicht.

1998: Die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden mit dem Psychotherapeutengesetz auch rechtlich im Gesundheitssystem verankert. Gemeinsam haben wir ein Ziel erreicht. Für Psychotherapeuten beginnt eine neue Zeitrechnung. Neue Realitäten und neue Aufgaben, die es anzupacken gilt. Noch ist die Einbindung unserer Berufsgruppe und die Verankerung unserer Leistungen im Gesundheitssystem nicht Selbstverständlichkeit.

Durchsetzungsfähige, scharfsinnige berufspolitische Kämpferinnen sind gefragter

denn je. 1998 wirst Du Beisitzerin im Präsidium des DPTV, Kämpferin und Sympathieträgerin für den Verband, hart in der Sache, leidenschaftlich argumentierend, im Kontakt verbindlich und mit einer großen Portion Humor.

Du lachtest gerne. Nächte an der Bar nach schwierigen Verhandlungen, kritische Analyse des Erlebten in gelöster Atmosphäre, Lachen über Absurditäten der Politik und menschliche Unzulänglichkeiten. Ein Caipirinha gehörte fast immer dazu.

Es gab noch viel zu tun. Der neue Berufsstand benötigte identitätsstiftende Strukturen. Eigenständigkeit als überlebensnotwendiger Kontrapunkt zu der gesetzlich vorgeschriebenen Zwangsmitgliedschaft in den ärztledominierten Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Werben für den Aufbau von Psychotherapeutenkammern in den Ländern, Vermittlung von Expertenwissen über die rechtlichen Voraussetzungen zur Kammergründung in Workshops, Koordination und Begleitung der in ihrem Bundesland an den Gründungsprozessen beteiligten Funktionären des DPTV, das waren Projekte, in denen Du Dich engagiertest.

Dein Realitätssinn konnte auch nicht die Augen verschließen vor den Herausforderungen innerhalb der KVen. Nein, keine Anpassung an die unsere Berufsgruppe benachteiligenden Gegebenheiten, sondern Nutzen der Möglichkeiten des erstarrten Systems mit dem Ziel der Veränderung.

Das Ziel – das Programm. Auf meinem Schreibtisch liegt eine kleine blaue Broschüre „Gesundheitspolitisches Programm“ der Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände aus dem Jahr 2000. 11

Verbände, unterstützt von einem illustren Beirat von Sachverständigen, formulieren Wegmarken zukünftiger Gesundheits-, Sozial- und Berufspolitik. Auf dem Einband steht als Kontaktadresse Dein Name: Karin Flamm.

Heute – 2004 – sind wir unterwegs auf der damals von Dir federführend mit entworfenen Route. Noch haben wir längst nicht alle Wegmarken passiert; an einigen sind wir erfolgreich vorbeikommen, andere sehen wir zum Greifen nahe. Die gesundheitspolitische Landschaft hat sich verändert.

Du greifst aktiv mit ein, Strategin und Praktikerin, wirst Delegierte in der Vertreterversammlung der KV-Nordrhein, 2001 Mitglied der sich konstituierenden Kammerversammlung in Nordrhein-Westfalen, auch Mitglied im Ausschuss „Ambulante Versorgung“.

November 2001 – Beginn Deiner Amtszeit als Präsidentin des DPTV: viel zu kurz, aber voller Bestimmtheit, Zielstrebigkeit und Elan. Wie positionieren sich Psychotherapeuten in einem sich im Umbruch befindlichen Gesundheitssystem? Kann sich der Berufsstand nach dem Psychotherapeutengesetz auf Dauer noch mehrere Berufsverbände leisten? Wie lässt sich die Struktur des DPTV an die neuen Bedingungen anpassen, in der die Bedeutung der Länder zunehmen wird?

Präsidiumssitzungen werden zu Marathons, jede Minute ist kostbar. Konzeptionelle Diskussionen, Beschlussfassungen, Arbeitsverteilungen, Erledigungsfeststellungen, Terminplanungen, dazu die Alltagsroutine

eines großen Verbandes. Du gibst das Tempo vor, die Zeit drängt. Schläfst Du eigentlich nie?

Zeit: 10 Jahre DPTV im Sommer 2002. Klar, dass dies ist eine Chefin-Sache ist. Es soll ein politisches Fest werden. Eine Podiumsdiskussion mit Politikern und Experten im Sony-Center, danach ein kurzer Fußweg hinüber zur „Villa“, der DPTV-Geschäftsstelle. Dort soll es weitergehen mit gutem Essen und Getränken und politischen Gesprächen in entspannter Atmosphäre; effektive Politik der kleinen Schritte und der Überzeugungsarbeit, Realpolitik eben. Die Rollen sind verteilt, jeder aus dem Präsidiumsteam hat für das Fest eine Aufgabe übernommen. Du willst nichts dem Zufall überlassen. Dann die Diagnose.

Der DPTV feiert sich, wir setzen die gemeinsamen Planungen um. Der Funke Deiner ansteckenden Begeisterungsfähigkeit kann nicht überspringen. Wir vermissen Dich.

Du stellst Dich Deiner Krankheit. Manchmal hat es den Eindruck als gelänge es Dir, sie mit Deinem unsentimentalen Umgang mit ihren Auswirkungen zu überwinden. Die Realität sehend und schauend, was ist machbar, die Gegebenheiten ohne Resignation annehmend und positiv nutzend, so lebstest Du Deine letzten beiden Jahre.

Ich schaue über den Bildschirmrand hinaus aus dem Fenster in die Gärten. Ein Obstbaum, Fliederbüsche, allerlei Nadelgehölz, dahinter, die Häuser überragend, zwei alte Linden. Die Blätter bewegen sich im Wind. Text abspeichern. Er muss morgen zur Redaktion. Die Bäume scheinen zu nicken.

Karin, wir denken an Dich.

Volker Schmid

Kooperation gestartet: Bundespsychotherapeutenkammer und Bundeskonferenz für Erziehungsberatung kamen zu erstem fachlichen Austausch zusammen

Am 25.05.04 fand auf Einladung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) ein erster Austausch zwischen Vertretern der BPTK und der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) statt. Teilnehmer waren auf Seiten der bke die Vorstandsmitglieder Jürgen Detering (1. Vorsitzender), Nils Schultze (Berlin) sowie ihr Geschäftsführer Klaus Menne, die BPTK war vertreten durch ihren Präsidenten Detlev Kommer, Peter Lehndorfer (Mitglied des Vorstandes), die Geschäftsführerin Christina Tophoven sowie als Vertreter des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“ Jörg Hermann. Das Treffen fand in den Räumen der BPTK in Berlin statt.

Nach der Begrüßung durch den Präsidenten der BPTK Detlev Kommer kam es zu einem offen geführten Gespräch, in dessen Verlauf beide Seiten die Möglichkeit nutzten, grundlegende Informationen und Positionen hinsichtlich ihrer Aufgabenstellungen und ihrem Bezug zur Institution der Erziehungsberatung auszutauschen. Dabei wurde die Chance ergriffen, sowohl Themen zu erörtern, in denen bereits Konsens besteht und gemeinsame zukünftige Kooperationen anzudenken als auch vorhandenen Dissens zu benennen und in ersten Diskussionsansätzen zu erörtern.

Übereinstimmung gab es in der Einschätzung der großen Bedeutung und Unverzichtbarkeit der Erziehungsberatung als Angebot der Versorgung für Kinder, Jugendliche und Familien. Jürgen Detering stellte heraus, dass die ca. 4000 Fachkräfte, die in den etwa 1100 Erziehungsberatungsstellen in Deutschland tätig sind, vom Grundberuf überwiegend Diplom-Psychologen /-innen und Sozialpädagogen /-innen sind, von denen ein „erleckerlicher Teil als PP und KJP approbiert ist“. Allein deshalb sei sowohl auf Bundes- als auch

auf Landesebene ein Interesse an einer Zusammenarbeit zwischen bke und den Landesarbeitsgemeinschaften für Erziehungsberatung (LAG) mit der BPTK und den Psychotherapeutenkammern der Länder gegeben. Herr Detering beschrieb, dass sich die Erziehungsberatung in den letzten Jahren von bisher großer Nähe zur Psychotherapie in Richtung sozialpädagogische Schwerpunkte im Bereich der Jugendhilfe entwickelt.

Detlev Kommer ging von einem in der Rechtsprechung gefestigten Heilkundebe-griff aus, der präventive, kurative und rehabilitative Tätigkeiten umfasst und deshalb beratende, psycho-edukative sowie traditionelle Formen der Psychotherapie mit einschließt. Erziehungsberatung, die nach der aus seiner Sicht auch heute noch gültigen Definition der Psychiatrie-Enquête aus dem Jahr 1975 an der Schnittstelle zwischen Prävention, Früherkennung und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Familien mit psychosozialen Problemen, Entwicklungsdefiziten und psychischen Störungen anzusiedeln ist, sei daher auch für Psychotherapeuten ein wichtiges Tätigkeitsfeld, das in eine umfassende Versorgungskonzeption mit einzubeziehen ist.

Bezüglich der Einschätzung der Ausübung von Psychotherapie im Rahmen der Erziehungsberatung und der damit verbundenen Bedeutung der Kammern und deren Ordnungen ergaben sich unterschiedliche Bewertungen, die sich auf rechtliche und inhaltliche Aspekte beziehen, die sich aus der Zuordnung der Erziehungsberatung zum Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG), also dem SGB VIII ergeben.

So gibt es zum Beispiel hinsichtlich der Bedeutung der Berufsordnungen der Psychotherapeutenkammern für die in Erziehungsberatungsstellen tätigen Psychologi-

schen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kontroverse rechtliche Auffassungen. Diese stehen im Zusammenhang mit der Frage, inwieweit die Kammern als Organe, die unter anderem für die Berufsaufsicht zuständig sind, ihre Aufgaben auch in Bezug auf PP und KJP in Erziehungsberatungsstellen wahrnehmen können, wenn diese in Teilen ihrer Berufsausübung nach einem traditionellen Verständnis nicht heilkundlich tätig sind.

Neben diesen Abgrenzungsproblemen, die sich u.a. aus der Aufgliederung in der Kostenträgerschaft nach den unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern ergibt, konstatierten beide Seiten eine weitreichende fachliche Nähe auf die inhaltlichen Ziele bezogen. Man will in den wesentlichen Bereichen zusammen arbeiten, in denen es auf der Basis des derzeitigen Diskussionsstands sinnvoll erscheint. So traf der Vorschlag von Detlev Kommer, in eine zukünftig breit anzulegende „Allianz für Psychische Gesundheit“ auch die bke einzubinden, auf positive Resonanz.

Enger Kontakt besteht auch hinsichtlich einer von der BPTK bei Prof. Wasem in Auftrag gegebenen Machbarkeitsstudie zur Analyse des gesundheitsökonomischen Nutzens von Erziehungsberatung, deren Ergebnisse von bke und BPTK gemeinsam bewertet werden sollen. Das Ziel wird dabei sein, eine sich anschließende Untersuchung auf breiter Datenbasis zu ermöglichen.

Im Gesprächsverlauf entwickelte sich zunehmend ein fachlicher Austausch über aktuelle gesundheits- und sozialpolitische Entwicklungen und deren Bewertungen, wie zum Beispiel den Referentenentwurf zum Tagesbetreuungsausbaugesetz und zur Weiterentwicklung der Jugendhilfe von

MR Prof. Wiesner. Die Vertreter der bke erwarten hier, dass die bisherige Praxis der Erziehungsberatungsstellen nicht gefährdet ist. Auch die BPTK sieht im freiwilligen und kostenlosen Zugang zu den Erziehungsberatungsstellen einen unverzichtbaren Teil des Jugendhilfeangebots.

Im Rahmen des Austausches über die Fortbildungsordnungen der Länderkammern und der Musterfortbildungsordnung der BPTK wurde die Möglichkeit der Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen der bke bei den zuständigen Landespsychotherapeutenkammern und damit die Möglichkeit, die bke-Veranstaltungen auf Grundlage der entsprechenden Fortbildungsordnung zum Erwerb eines Fortbildungszertifikats bei den Kammern zu nutzen, übereinstimmend begrüßt. Ein zukünftiges gemeinsames Projekt könnte darin bestehen, Grundlagen dafür zu schaffen, einen Teil der Praktischen Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung zum PP und KJP in

Erziehungsberatungsstellen zu absolvieren. In verschiedenen Bereichen des Informations- und Kommunikationsflusses wurde gegenseitige Berücksichtigung und Austausch vereinbart.

Es bestand Einvernehmen, dass die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland bislang nicht ausreichend ist. Der Austausch hinsichtlich der Inanspruchnahme der Erziehungsberatungsstellen und der dabei gestellten Diagnosen erschien den Beteiligten sinnvoll. Datenerhebungen würden von den LAG auf unterschiedliche Weise erhoben. Herr Schultze brachte ein, dass nach seiner Kenntnis in Berlin aussagekräftige Daten zur Verfügung stünden.

Abschließend wurden weitere längerfristig angelegte Kooperationsziele erwogen, hinsichtlich der erörterten Kontroversen, erste Annäherungen erzielt und weitere Diskussionsbereitschaft in Aussicht gestellt. Auch wenn die Bewertungen der Bedeu-

tung der Psychotherapie in der Erziehungsberatung sowie die Auslegung des Heilkundebegriffs noch Gegenstand weiterer Diskussionen sein werden, so wurde doch von Seiten der BPTK erklärt, dass die Approbation nicht grundsätzlich als eine Voraussetzung für Tätigkeit in der Erziehungsberatung betrachtet wird, sofern eine Fachaufsicht durch Psychotherapeuten gewährleistet bleibe. Die bke-Vertreter schlugen vor, die auf Grundlage des Psychotherapeutengesetzes entstandenen Berufsgruppen der PP und KJP als neue Grundberufe im Rahmen der multidisziplinären Teams der Erziehungsberatungsstellen anzuerkennen.

Hinsichtlich der weiteren Kooperation und der Fortsetzung des Austauschs wurden regelmäßige Treffen in ca. halbjährigem Turnus verabredet. Der erste Kontakt wurde von beiden Seiten als fruchtbar bewertet.

Jörg Hermann

Neue Gegenstandskataloge für die schriftlichen Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz

Das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) hat am 01. Juni 2004 auf seiner Internetseite (www.impp.de) die neuen Gegenstandskataloge für die schriftlichen Prüfungen in den Ausbildungsgängen Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie veröffentlicht. Die IMPP-Gegenstandskataloge stellen eine Fortschreibung des im Mai 2002 erschienenen Gegenstandskatalogs für die schriftlichen Prüfungen nach dem Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz) dar.

Der Gegenstandskatalog in der Fassung vom Mai 2002 wurde als gemeinsame Grundlage für die Prüfungsteilnehmer al-

ler Vertiefungsrichtungen und für die beiden Ausbildungsgänge der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten konzipiert.

Die Prüfungsgegenstände leiten sich – wie bisher – aus den in den betreffenden Anlagen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufgeführten Grundkenntnissen in den wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren ab. Zur Funktion der Gegenstandskataloge ist darauf hinzuweisen, dass verbindliche Grundlagen für den schriftlichen Teil der Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz allein der in den jeweils gültigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen

festgelegte Prüfungsstoff ist. Die Kataloge sind als Handreichung zu diesen Verordnungen zu verstehen. Sie konkretisieren, welche Kenntnisse der theoretischen Ausbildung in den schriftlichen Prüfungen erwartet werden und dienen als Grundlage für die Auswahl prüfungsrelevanter Themen. Im Sinne eines gleitenden Übergangs werden in den nächsten Prüfungsterminen die Prüfungsinhalte auf diejenigen Gegenstände abgestellt, die sowohl in der Fassung von Mai 2002 als auch in den neuen Katalogen aufgeführt sind. Die Gegenstandskataloge können ab Ende Juni 2004 auch als Druckschrift vom IMPP bezogen werden.

IMPP
Postfach 25 28
55015 Mainz

Präventionsgesetz

Für den Herbst hat das Gesundheitsministerium den Entwurf eines Präventionsgesetzes angekündigt. Bereits im Vorfeld sollen die sehr unterschiedlichen Interessen

und Standpunkte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), des Bundes, der Länder und Gemeinden unter einen Hut kommen. Nachdem sich Ende Juni das

Gesundheitsministerium und die Spitzenverbände der GKV auf erste Eckpunkte geeinigt haben, arbeitet nun eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe an einem gemeinsa-

men Papier, das Mitte August nochmals mit den Spitzenverbänden diskutiert werden soll. Um Prävention oder Gesundheitsförderung im engeren Sinne geht es in diesen Gesprächen nicht. Thema ist Organisation und Finanzierung einer Bundesstiftung für Prävention.

- Was sind ihre Aufgaben?
- Wer soll sie finanzieren?
- Welche Entscheidungsbefugnisse haben Bund, Länder, aber insbesondere die GKV?

Es geht im Kern um Macht und Geld. Ein Konsens, jedenfalls zwischen Bund und Ländern, ist zwingend, da ein Präventionsgesetz im Bundesrat zustimmungspflichtig ist. Kommt es im Laufe des Sommers zur Einigung zwischen Bund, Ländern und der GKV, dann- und wahrscheinlich nur dann- wird es im Herbst einen Gesetzesentwurf geben.

Da das Präventionsgesetz vermutlich keine direkten Vorgaben für die durchzuführenden Maßnahmen vorsehen wird, wird es für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendli-

chenpsychotherapeuten darauf ankommen, überwiegend auf Länderebene Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung von Präventionsregelungen zu nehmen. Zur Vorbereitung dieser Initiativen wird die BPTK die Länderkammern inhaltlich und organisatorisch unterstützen. Sobald Ergebnisse vorliegen, wird im PTJ ausführlich darüber berichtet.

Elektronischer Heilberufsausweis

Nach § 291a SGB V soll im Jahr 2006 parallel zur elektronischen Gesundheitskarte PDC (engl., Patient Data Card) der elektronische Heilberufsausweis HPC (engl. Health Professional Card) eingeführt werden. Der Gesetzgeber beauftragte die Selbstverwaltung mit der Schaffung der dafür erforderlichen Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur.

Am 28. Juni 2004 gab nun die Bundesärztekammer (BÄK) bekannt, dass auf Beschluss des Vorstands die deutschen

Ärztekammern zukünftig gemeinsam als Herausgeber eines bundesweit einheitlichen elektronischen Arztausweises auftreten werden. Für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist der elektronische Heilberufsausweis (elektronischer Psychotherapeutenausweis) ebenfalls ein Thema. Obgleich noch nicht explizit im Gesetzestext des § 291a SGB V benannt, sind die PP/KJP bereits über verschiedene Gremien eng in die Entwicklung der HPC eingebunden. Welche Realisierungsoption für die Ausgabe des elektronischen Psychotherapeutenausweises am geeignetsten sein wird und wie dies operativ vorzubereiten ist, wird die Länderkammern in diesem Jahr intensiv beschäftigen.

Geschäftsstelle

Klosterstr. 64
10179 Berlin
Tel 030/27 87 85-0
Fax 030/278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Bekanntmachung [1912 A] des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 20. April 2004

Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 Abs. 5 Satz 2 SGB V hat in seiner Sitzung am 20. April 2004 beschlossen, die Psychotherapie-Richtlinien in der Fassung vom 11. Dezember 1998 (BAnz. 1999 S. 249), zuletzt geändert am 15. Oktober 2003 (BAnz. 2004 S. 2), wie folgt zu ändern:

1a. In Abschnitt F III 2 wird in Absatz 1 hinter Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Für Psychotherapeuten, die eine Befreiung von der Begründungspflicht für einen Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie bei Erwachsenen beantragen, gilt: Auf die 35 vorzulegenden Therapiegenehmigungen im Gutachterverfahren können bis zu 15 Therapiegenehmigungen für analytische Langzeittherapien angerechnet werden.“

1b. In Abschnitt F III 2 wird in Absatz 1 angefügt:

„Für Psychotherapeuten, die eine Befreiung von der Begründungspflicht für einen Antrag auf

tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie von Kindern und Jugendlichen beantragen, gilt: Auf die 35 vorzulegenden Therapiegenehmigungen im Gutachterverfahren können sowohl Therapiegenehmigungen für Langzeittherapien von tiefenpsychologisch fundierter als auch von analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen angerechnet werden.

Bei Psychotherapeuten, die sowohl eine Abrechnungsgenehmigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen als auch für die Behandlung von Erwachsenen besitzen und eine Befreiung von der Begründungspflicht für einen Antrag auf Kurzzeittherapie von Kindern und Jugendlichen in einem Richtlinienverfahren beantragen, gilt: Auf die 35 vorzulegenden Therapiegenehmigungen im Gutachterverfahren können bis zu 15 Therapiegenehmigungen für Psychotherapie von Erwachsenen in diesem Richtlinienverfahren angerechnet werden.“

2. In Abschnitt F III 3 werden in Nummer 1 – jeweils für den Bereich der tiefenpsychologisch

fundierten und analytischen Psychotherapie sowie für den Bereich der Verhaltenstherapie – die Wörter

„Die Gebietsbezeichnung als Arzt für Psychotherapeutische Medizin oder...“

ergänzt durch die Wörter

„...als Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder...“

Inkrafttreten:

Diese Änderungen treten am Tage nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Bonn, den 20. April 2004

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Dr. Hess

**Bekanntmachung [1911 A]
des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Anwendung der Richtlinie
zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
(BUB-Richtlinie) für die Bewertung psychotherapeutischer Verfahren
Vom 20. April 2004**

Der Gemeinsame Bundesausschuss in der Besetzung gemäß § 91 Abs. 5 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Vertragsärztliche Versorgung, Fragen der psychotherapeutischen Versorgung) hat in seiner Sitzung am 20. April 2004 beschlossen, dass für die Bewertung psychotherapeutischer Verfahren die BUB-Richtlinie in der

Fassung vom 1. Dezember 2003 (BAnz. 2004 S. 5678) Anwendung findet.

Inkrafttreten:

Dieser Beschluss tritt am Tage nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Bonn, den 20. April 2004

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Dr. Hess

Geschäftsordnung für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat die nachfolgende Geschäftsordnung und die Verfahrensgrundsätze einstimmig verabschiedet.

Präambel

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie ist gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz vom 25. Juli 1998 am 07.10.1998 konstituiert worden. Er wird von der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer getragen.

§ 1 Aufgabe

Aufgabe des Wissenschaftlichen Beirats soll insbesondere die in § 11 PsychThG niedergelegte gutachterliche Beratung von Behörden bei ihrer Aufgabenerfüllung nach dem PsychThG sein. Die Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung und Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Der Beirat trägt im Rahmen seiner wissenschaftlichen Stellungnahmen zu einer der Berufsgruppen übergreifenden Einheitlichkeit bei, so dass seine Arbeit für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gleichermaßen von Bedeutung ist. Damit kommt dem Wissenschaftlichen Beirat auch eine wichtige Funktion in der Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Versorgung zu.

Entsprechend dieser Aufgabenbeschreibung befasst sich der Wissenschaftliche Beirat unter Zugrundelegung ethischer Gesichtspunkte im einzelnen mit folgenden Themen:

1. Entwicklung und Fortschreibung wissenschaftlicher Kriterien zur Beurteilung psychotherapeutischer Verfahren bzw. Behandlungsmethoden und ihrer Anwendung.
2. Wissenschaftliche Beurteilung von Methoden und Forschungsstrategien zur Evaluation psychotherapeutischer Verfahren bzw. Behandlungsmethoden.
3. Wissenschaftliche Beurteilung einzelner psychotherapeutischer Verfahren bzw. Behandlungsmethoden.
4. Wissenschaftliche Beurteilung der beruflichen Ausübung und fachlichen Anwendung von Psychotherapie.
5. Wissenschaftliche Beurteilung der Indikationen einschließlich Indikationsgrenzen für psychotherapeutische Verfahren bzw. Behandlungsmethoden.
6. Wissenschaftliche Beurteilung der Voraussetzungen von Psychotherapeuten zur qualifizierten Anwendung psychotherapeutischer Verfahren bzw. Behandlungsmethoden.
7. Wissenschaftliche Beurteilung der psychotherapeutischen Versorgung.

§ 2 Zusammensetzung

Die Zusammensetzung des Wissenschaftlichen Beirats und die Berufung seiner Mitglieder sowie der Stellvertreter ist in der Vereinbarung zwischen der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer über den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG festgelegt (Dtsch. Ärztebl. 2003, 100: A3266-3267 [Heft 49]).

§ 3 Vorsitz

Der Beirat wählt aus der Reihe seiner Mitglieder zwei Vorsitzende, welche in einem vom Beirat jeweils festzulegenden Zeitraum als alternierende Vorsitzende tätig sind (für die wechselnden Zeiträume jeweils Vorsitzender und Stellvertretender Vorsitzender). Der Beirat hat bei der Wahl der beiden Vorsitzenden sicherzustellen, dass jeweils ein Vorsitzender aus der Berufsgruppe der Ärzte und ein Vorsitzender aus den Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kommt.

§ 4 Weitere Sachverständige

Der Beirat kann Sachverständige beratend hinzuziehen.

§ 5 Verfahrensgrundsätze

Für die Erfüllung seiner Aufgaben beschließt der Beirat Verfahrensgrundsätze als Anlage zu dieser Geschäftsordnung.

§ 6 Beschlüsse

Der Beirat fasst Beschlüsse mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder. Sind Mitglied und Stellvertreter gleichzeitig anwesend, so übt das Mitglied das Stimmrecht aus. Beschlussfähigkeit ist gegeben, wenn mehr als die Hälfte der Mitglieder anwesend ist.

Schriftliche Abstimmung ist zulässig, es sei denn, mehr als ein Drittel der Mitglieder des Beirats widerspricht.

§ 7 Einladung zu Sitzungen

Zu Sitzungen des Beirats lädt der Vorsitzende unter Bekanntgabe der Tagesordnung ein. Bei der Vorbereitung wird der Vorsitzende durch die Geschäftsführung unterstützt.

§ 8 Zusammenarbeit mit Kammern

Gemäß der Vereinbarung zwischen der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer über den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG wird der Beirat technisch und organisatorisch von einer der beiden sie tragenden Vertragsparteien unterstützt.

Verfahrensgrundsätze

1. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie trifft Beschlüsse über die wissenschaftli-

che Beurteilung einzelner psychotherapeutischer Verfahren auf Grundlage (a) einer Dokumentation über das Verfahren und (b) auf Grundlage von Berichten.

2. Die Dokumentation gibt einen Überblick über den Forschungsstand zu dem psychotherapeutischen Verfahren. Diese muss nach dem "Leitfaden für die Erstellung von Dokumentationen" verfasst sein. Der Beirat kann offenkundig unzureichend begründete Anfragen zurückweisen.
3. Die Dokumentation ist in der Regel von den Anfragenden zu erstellen.
4. Anfragen können über die zuständigen Landesbehörden oder direkt an den Beirat gerichtet werden.
5. Der Wissenschaftliche Beirat beauftragt in der Regel mindestens zwei Sachverständige mit der Erstellung eines Berichts über das entsprechende psychotherapeutische Verfahren. Grundlage des Berichts sind die Dokumentation sowie ggf. weitere Erkenntnisse.
6. Mit der Berichterstellung werden in der Regel Mitglieder oder stellvertretende Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirates beauftragt. Der Wissenschaftliche Beirat kann auch Sachverständige mit einer Berichterstellung beauftragen, die nicht Mitglied oder stellvertretendes Mitglied des Beirates sind. Mindestens ein Bericht muss von einem Mitglied oder stellvertretenden Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates erstellt sein.
7. Nach Vorlage der Dokumentation und der Berichte berät der Wissenschaftliche Beirat über das Verfahren. Der Beirat kann beschließen, eine ergänzende Dokumentation oder zusätzliche Berichte anzufordern.
8. Der Wissenschaftliche Beirat beschließt eine abschließende Stellungnahme, die die Bewertung des Beirates einschließlich etwaiger Minderheitenvoten enthält. Die Antragsteller bzw. die für den Antragsteller repräsentativen Fachverbände sind in der Regel dazu zu hören. Zentrale Aussagen der Berichte sind ohne Nennung der Sachverständigen in die Stellungnahme des Beirates aufzunehmen.
9. Die Stellungnahmen des Beirates werden in geeigneter Form veröffentlicht. Die der Stellungnahme zugrunde liegenden Dokumentationen werden öffentlich zugänglich gemacht. Die Berichte sind vertraulich und werden nicht veröffentlicht.
10. Die Kosten des Verfahrens gehen zu Lasten der Anfragenden. Über eine pauschale Bearbeitungsgebühr hinaus anfallende Kosten werden in Anlehnung an das Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz erhoben.



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen,

in dieser Herbstausgabe des Psychotherapeutenjournals gibt es eine Reihe von Neuigkeiten zu berichten, die für die weitere Arbeit aller Kolleginnen und Kollegen wichtige Orientierungsmöglichkeiten darstellen. In der Vertreterversammlung am 26. Juni wurde sowohl die Berufsordnung als auch die Fortbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verabschiedet. Mit diesen Ordnungen wurden zwei der wesentlichen Aufgaben der Kammer erfüllt. Nach umfangreicher Arbeit der Ausschüsse und kontinuierlichen Abstimmungsprozessen mit dem Vorstand liegt nun die Formulierung ethischer und berufsrechtlich relevanter Standards vor, die im Einklang mit den berufsethischen Traditionen und der Professionalität akademischer Heilberufe steht. Mit der Fortbildungsordnung wurde ein überschaubares Regelwerk geschaffen, mit welchem den gesetzlichen Anforderungen der Fortbildung im eigenen Beruf Rechnung getragen wird. Beide Ordnungen werden nach innen dazu beitragen, gute berufliche Praxisstandards zu sichern; nach außen werden sie die Professionalität unseres Berufsstands und unserer Berufsausübung unterstreichen und damit dazu beitragen, das Image

unserer Berufe zu festigen und zu verbessern.

Ein weiteres wichtiges Ereignis der Kammerarbeit stellte der erste Sommerempfang der Landespsychotherapeutenkammer dar, der am 15. Juli 2004 in Stuttgart stattfand. Ziel solcher Empfänge ist es, Kolleginnen und Kollegen anderer Heilberufe (v.a. Ärztinnen und Ärzten), den PolitikerInnen im Lande (anwesend und auch mit Grußworten präsent waren die Gesundheitspolitischen Sprecher der Parteien im Landtag: Andreas Hoffmann, CDU, Ursula Haußmann, SPD, und Brigitte Lösch, Bündnis 90/Die Grünen), Repräsentanten der Ministerien (v.a. des zuständigen Sozialministeriums), Vertretern von Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und des Landesgesundheitsamts sowie der Universitäten und der psychotherapeutischen Fach- und Berufsverbände die Anliegen und Interessen der Psychotherapeuten zu vermitteln und insgesamt als neue, vergleichsweise kleine Kammer im Kanon der Heilberufekammern politische Präsenz zu zeigen. Dies ist gelungen. Die inhaltlich-wissenschaftliche Seite wurde repräsentiert durch einen Vortrag von Prof. Klaus E. Grossmann (Universität Regensburg) zum Thema: „Gesellschaftspolitische Relevanz der Bindungsforschung“.

Neben dem Vorstand waren zahlreiche gewählte Mitglieder der Vertreterversammlung, weitere Mitglieder der Fachausschüsse der Kammer sowie Repräsentanten von Psychotherapeutenkammern einiger anderer Bundesländer vertreten. Interessant ist, dass die Präsenz der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und deren Beiträge zum Gesundheitssystem (beispielsweise bei der Versorgung chronisch körperlich Kranker oder im Rahmen des sehr aktuellen Themas „Prävention“) zunehmend deutlicher wahrgenommen wird. Gerade die Beiträge der Politiker ließen erkennen, dass die Kammer schon nach der vergleichsweise kurzen Dauer ihrer Existenz hier eine wichtige Aufgabe erfüllt.

Wir hoffen, Sie hatten eine erholsame Sommerpause und wünschen Ihnen einen kraftvollen Start in den Herbst.

Mit freundlichem Gruß aus Stuttgart,
Ihr Kammervorstand:
Detlev Kommer,
Dietrich Munz,
Thomas Fydrich,
Trudi Raymann,
Mareke de Brito Santos-Dodt

Bericht über die Ergebnisse der Vertreterversammlung am 26. Juni 2004

(dk) Nach einer arbeitsintensiven zehnstündigen Sitzung konnten der Vorstand und die Delegierten der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg am Samstag, den 26. Juni 2004 mit dem Bewusstsein nach Hause fahren, einen wichtigen Meilenstein der Arbeit in der ersten Amtsperiode der Kammer mit einem guten Ergebnis erreicht zu haben: Berufsordnung und Fortbildungsordnung

wurden nach sorgfältiger Vorarbeit der Ausschüsse und der von der letzten Vertreterversammlung (VV) eingesetzten Kommission für die Berufsordnung (BO) mit großer Mehrheit verabschiedet, nachdem zuvor eine Abstimmung von Seiten des Vorstands mit dem Sozialministeriums herbeigeführt worden war. Sobald das Sozialministerium die verabschiedeten Satzungen endgültig genehmigt haben wird, werden sie im Psycho-

therapeutenjournal veröffentlicht und treten damit in Kraft. Für die Mitglieder der Kammer wird damit ein Orientierungsrahmen zur Verfügung stehen, der sie über ihre zentralen Rechte und Pflichten im Rahmen der Berufsausübung informiert und der gleichzeitig Klarheit schafft, auf welche Weise in Baden-Württemberg berufs- und sozialrechtlichen Fortbildungsverpflichtungen Genüge getan werden kann.

Der Vorstand und die große Mehrheit der Delegierten waren sich in der Zielsetzung einig, in der Berufsordnung ein zukunftsorientiertes Berufsbild der Psychotherapeuten festzulegen, das neben den klassischen Varianten der Psychotherapie auch Tätigkeiten im Versorgungsmanagement, in der Versorgungsforschung, in der Prävention und Gesundheitsförderung und in der Rehabilitation umfasst. Um die Vielfalt der Tätigkeitsformen adäquat fassen zu können, wurde in der Berufsordnung als übergeordnete Kennzeichnung auf den Begriff der Ausübung der psychologischen Heilkunde Bezug genommen, unter den unabhängig von den Berufseingangsqualifikationen klassische Formen der Psychotherapie ebenso subsumiert werden können wie Maßnahmen der Psychoedukation, der Beratung, der systembezogenen Intervention wie auch Tätigkeiten in der Ausbildung, Forschung und der Forensik.

Längere Diskussionszeit nahm die Regelung des für Psychotherapeuten selbstverständlichen sexuellen Abstinenzgebotes gegenüber Patienten und der ihnen nahe stehenden Bezugspersonen in Anspruch sowie die Dauer des Abstinenzgebots nach Abschluss einer Therapie. Befürwortet wurde sowohl ein lebenslanges Abstinenzgebot unter der Annahme einer ebenso lang andauernden Abhängigkeitsbeziehung wie auch eine zeitliche Limitierung nach dem Therapieende und eine Beschränkung auf den behandelten Patienten. Die Mehrheit der Vertreterversammlung entschied sich schließlich für eine Dreijahresfrist nach Therapieende, innerhalb derer das Fortdauern einer Abhängigkeitsbeziehung unwiderleglich vermutet wird und für die Ausdehnung des Abstinenzgebots auf Lebenspartner und Bezugspersonen des Patienten, mit denen er eine enge Beziehung eingegangen ist. Durch die Festlegung der Zeitschranke wird es künftig Patientinnen und Patienten erspart, sich einer möglicherweise retraumatisierenden Begutachtung unterziehen zu müssen, falls die Verletzung des Abstinenzgebots in den Dreijahreszeitraum nach Abschluss einer Therapie fällt.

Neben weiteren Standardthemen wie die Aufklärungs- und Schweigepflicht, Anforderungen an die Dokumentation, Fortbildung und Qualitätssicherung, an die berufliche

Selbstdarstellung und an die Honorierung psychotherapeutischer Leistungen enthält die Berufsordnung auch Bestimmungen, welche die Freiheit der Berufsausübung in der stationären und ambulanten Versorgung im Rahmen des fachlich Vertretbaren und rechtlich Gebotenen stärken soll. So ist es berufsrechtlich künftig zulässig, standardisierbare diagnostische und therapeutische Leistungen an fachlich qualifizierte Leistungserbringer zu delegieren, Inhaber von bis zu drei psychotherapeutischen Praxen sein zu können, Psychotherapeuten als Mitarbeiter in der eigenen Praxis zu beschäftigen und sich mit Kollegen und Angehörigen anderer akademischer Heil- und Gesundheitsberufe im Rahmen von Trägergesellschaften und Versorgungseinrichtungen zusammenzuschließen, wobei derartige Trägergesellschaften gleichzeitig an mehreren Orten tätig werden können. Um auch in Zukunft Patienten den freien Zugang zu Psychotherapeuten ihrer Wahl zu gewährleisten und den freien Wettbewerb zwischen den Berufsangehörigen und ihrem Nachwuchs sicherzustellen, sieht die Berufsordnung für die Kammermitglieder ein Verbot vor, sich an Organisationen zu beteiligen, die eine Monopolstellung in der Versorgung einnehmen und damit Leistungserbringer, die nicht der Organisation angehören, von der Versorgung ausschließen oder vertraglich die freie Therapeutenwahl der Patienten einschränken.

In der verabschiedeten Fortbildungsordnung wurden die Vorgaben der Musterfortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer eingearbeitet. Danach müssen in einem Fünfjahreszeitraum insgesamt 250 Fortbildungspunkte von den Kammermitgliedern nachgewiesen werden, um ein Fortbildungszertifikat der Kammer erhalten zu können. Der Katalog der zulässigen Fortbildungsmaßnahmen und deren Bewertung entsprechen ebenfalls den Vorgaben der Musterfortbildungsordnung. Fortbildungsnachweise, die von anderen Psychotherapeuten- oder Heilberufekammern anerkannt wurden, werden ebenfalls anerkannt, sofern die Anerkennungskriterien mit den Anforderungen der Fortbildungsordnung kompatibel sind. Die zulässigen Fortbildungsinhalte sind in einer Anlage der Fortbildungsordnung geregelt. Danach werden Fortbildungsnachwei-

se, die sich auf berufs- oder sozialrechtlich anerkannte Psychotherapieverfahren (analytisch orientierte Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie, Hypnotherapie, Neuropsychologische Therapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie) beziehen, anerkannt. Fortbildungsnachweise in nicht anerkannten Psychotherapieverfahren können ebenfalls anerkannt werden, sofern in diesem Rahmen auch auf Forschungsergebnisse eingegangen wird und nicht nur Praxiserfahrungen vermittelt werden.

Da die Berufsordnung den Nachweis der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung von allen Kammermitgliedern anhand des Fortbildungszertifikats verlangt, unterliegen in Baden-Württemberg alle Berufsangehörigen denselben Fortbildungsanforderungen.

Fortbildungsordnung und Fortbildungspflichten

(js) Die Vertreterversammlung hat am 26. Juni 2004 eine Fortbildungsordnung beschlossen. Damit hat die Kammer sowohl den Bestimmungen des Heilberufe-Kammergesetzes von Baden-Württemberg, der zukünftigen Berufsordnung, als auch den neuen gesetzlichen Vorschriften des SGB V Rechnung getragen. Die in diesen Gesetzen bzw. in der Berufsordnung festgeschriebenen Fortbildungspflichten wurden in die neue Fortbildungsordnung integriert – die beiden Ordnungen wurden miteinander kompatibel gemacht.

Fortbildungspunkte: Die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen wird – ähnlich wie es schon bei den Ärztekammern der Fall ist – mit Punkten bewertet. Ein Fortbildungspunkt entspricht im Regelfall einer 45-minütigen Fortbildungseinheit (ohne Pausen). Fortbildungspunkte wird man entsprechend dem Zeitaufwand erhalten, der durch die Teilnahme z.B. an Tagungen, Kongressen, Workshopveranstaltungen, Qualitätszirkeln, Intervisions- oder Supervisionsgruppen etc. zustande kommt, sofern diese Veranstaltungen zuvor von der Kammer akkreditiert worden sind. Die konkrete Bewertung erfolgt durch die Kammer nach einem festgelegten Bewertungsrahmen.

Psychotherapierelevante Fortbildungsarten: Grundsätzlich können Fortbildungspunkte durch drei unterschiedliche psychotherapierelevante Fortbildungsarten erworben werden: A) Theoretische Wissensaneignung, B) Selbstreflexion des psychotherapeutischen Erlebens und Handelns, C) Erwerb und Weiterentwicklung von Handlungskompetenzen und Fertigkeiten. Kammermitglieder sollten auf eine insgesamt *ausgewogene Kombination* dieser Fortbildungsarten achten.

Kategorien von Fortbildungsveranstaltungen: Unterschieden werden insgesamt 8 Kategorien von Fortbildungsveranstaltungen (A – H). Sie umfassen z. B. Vorträge (Kategorie A), Kongresse, Tagungen und Symposien (Kategorie B), Seminare, Workshops, Kurse (Kategorie C), so genannte „reflexive Veranstaltungen“ wie etwa Supervision, Intervision und Qualitätszirkel (Kategorie D), so genannte „strukturierte interaktive Fortbildungen“ etwa via Internet (Kategorie E), Selbststudium durch Fachliteratur/Lehrmittel (Kategorie F), eigene Aktivitäten im Rahmen der Fortbildung wie z. B. das Verfassen von Fachartikeln oder die Tätigkeit als Referent oder Qualitätszirkelmoderator (Kategorie G) und Hospitationen in psychotherapierelevanten Einrichtungen (Kategorie H). Kammermitglieder haben entsprechend ihrer persönlichen Fortbildungsbedarfe die Möglichkeit, diese 8 Kategorien zum Sammeln von Fortbildungspunkten zu nutzen. Eine Verpflichtung, sämtliche Kategorien zu nutzen, besteht nicht.

Fortbildungszertifikat: Kammermitglieder können zukünftig auf Antrag ein Fortbildungszertifikat der Kammer erhalten („Zertifizierung der Fortbildung“). Die Erteilung des Zertifikats setzt voraus, dass der Antragsteller innerhalb eines Fünf-Jahres-Zeitraums vor Antragstellung Fortbildungsmaßnahmen in einem Mindestumfang von 250 Punkten nachweisen kann, die im Regelfall von Seiten der Kammer *akkreditiert* sein sollten (siehe unten). Alle Fortbildungsmaßnahmen, die den Kriterien der Fortbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer entsprechen, werden grundsätzlich bei der Zertifizierung anerkannt. Sammeln Sie deshalb bitte sorgfältig alle Teilnahmebescheinigungen und ggf.

zusätzliche Unterlagen zum Inhalt der Fortbildung (für den Fall, dass keine Akkreditierung durch die Kammer vorliegt). Die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen, die *nicht* von der Landespsychotherapeutenkammer *akkreditiert* wurden, wird nur dann berücksichtigt, sofern die Veranstaltungen den Anerkennungskriterien der Fortbildungsordnung entsprechen. Dies betrifft auch die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen im Ausland. Sie gehen also ein größeres Risiko ein, wenn Sie an Veranstaltungen teilnehmen, die nicht zuvor akkreditiert wurden. Maximal 50 Punkte in fünf Jahren können für das Fortbildungszertifikat durch Selbststudium (Kategorie H) erworben werden. Als Nachweis genügt eine Selbsterklärung. Die Teilnahme an allen anderen Fortbildungsveranstaltungen der Kategorien A – E und G – H muss grundsätzlich durch bestimmte Dokumente nachgewiesen werden (z. B. Teilnahmebescheinigungen bei Tagungen, formale Sitzungsprotokolle bei Qualitätszirkeln). Die Art der jeweils erforderlichen Nachweise ist in der Fortbildungsordnung ebenfalls geregelt. Das Fortbildungszertifikat wird vom zuständigen Fachreferat der Landespsychotherapeutenkammer ausgestellt und ist gebührenpflichtig.

Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen: Unter Akkreditierung ist die vorherige Beurteilung der Anerkennungsfähigkeit einer Fortbildungsveranstaltung durch die Kammer zu verstehen. Akkreditierung bezieht sich also auf den Vorgang, dass eine Fortbildungsveranstaltung angemeldet wird und Inhalte, durchführende Dozenten, Leiter etc. und die geplante Durchführung selbst den Anforderungen der Fortbildungsordnung der Kammer entsprechen. Veranstalter von Fortbildungsveranstaltungen sind deshalb gut beraten, wenn sie die Akkreditierung ihrer Fortbildungsveranstaltungen bei der Kammer rechtzeitig beantragen (hierzu ist ein formgerechter Antrag erforderlich; das Antragsformular kann von der Homepage www.lpk-bw.de als PDF- oder DOC-Datei herunter geladen werden). Neben Veranstaltungen der Kategorien A – C und H können auch Intervisionsgruppen, Qualitätszirkel und Balintgruppen akkreditiert werden. Auch Supervisoren/-innen und Selbsterfahrungsleiter/-innen können

für ihre Tätigkeit von der Kammer akkreditiert werden.

Voraussetzung für die Akkreditierung einer Fortbildungsveranstaltung durch die Kammer ist, dass die Vorgaben und Kriterien der Fortbildungsordnung der Kammer (hinsichtlich der Inhalte der Fortbildung und der Qualifikation der Referenten, Leiter, Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter) erfüllt werden und ein formgerechter Antrag gestellt wird.

Folgende Fortbildungsinhalte sind anererkennungsfähig:

1. Forschungsergebnisse zur Epidemiologie, Ätiologie, Prävention, Diagnostik und Behandlung bzw. Rehabilitation von Störungen, bei denen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der psychologischen Heilkunde indiziert sind.
2. *Wissenschaftlich anerkannte* Psychotherapieverfahren, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.
3. Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen zu noch nicht anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der psychologischen Heilkunde.
4. Befunde von psychotherapielevanten Nachbarwissenschaften.
5. Public Health, Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung.
6. Berufsrelevante Fortbildungsinhalte wie z. B. berufs- und/oder sozialrechtliche Fragestellungen, Theorien und Methoden der Qualitätssicherung und des Qualitäts- bzw. Praxismanagements, Personalführung und EDV.

Fortbildungskalender: Akkreditierte Fortbildungsveranstaltungen und akkreditierte Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter werden künftig auf Antrag in einem Fortbildungskalender im Internet veröffentlicht. Dieser Fortbildungskalender soll Ihnen bei der Planung der Fortbildung zukünftig behilflich sein.

Was Sie im Zusammenhang mit der sozialrechtlichen Fortbildungspflicht beachten sollten: Wie Sie wissen verpflichtet § 95d Abs. 1 Satz 1 SGB V Vertragspsychotherapeuten, sich in dem Umfang fortzubilden, *wie es zur Erhaltung und Fort-*

entwicklung der zu ihrer Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen nach § 95d Abs. 1 Satz 2 SGB V dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Psychotherapie entsprechen. Im Interesse des Vertrauensschutzes der Patienten, eine qualitätsgesicherte Behandlung zu erhalten, geht der Gesetzgeber davon aus, dass der zugelassene Arzt oder Psychotherapeut sich in erster Linie in Bezug auf seine Praxistätigkeit fortbildet. Sozialrechtlich anerkanntsfähig werden deshalb Fortbildungsinhalte insbesondere dann, wenn sie sich schwerpunktmäßig, d.h. zu mehr als 50 % auf das Therapieverfahren beziehen, für das eine Abrechnungsgenehmigung vorliegt. Weitergehenden Fortbildungsinteressen, die sicherlich für einen Gesamtüberblick über den Entwicklungsstand der Psychotherapie auch wünschenswert sind,

steht nichts im Wege, sofern sie sich auf andere wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren (analytische Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie, Hypnotherapie, Neuropsychologische Therapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie) beziehen oder auf bisher noch nicht anerkannte Behandlungsmethoden, falls im Rahmen solcher Fortbildungsveranstaltungen systematisch einschlägige Forschungsergebnisse mit einbezogen werden. Dies gilt auch für Fortbildungsveranstaltungen, die sich auf Fragen des Berufs- und Sozialrechts, Befunde der Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, des Qualitätsmanagements und Befunde von Nachbarwissenschaften beziehen. Da eine Vernachlässigung der sozialrechtlichen Fortbildungspflicht für zugelassene Kollegen erhebliche Nachteile mit sich bringen kann (z.B. Honorarkürzungen), empfehlen wir deshalb diesem Kollegenkreis, sich an diesen

Vorgaben zu orientieren. Ein auf dieser Grundlage erworbenes Fortbildungszertifikat dürfte mit hoher Wahrscheinlichkeit dann auch nicht zu Anerkennungsschwierigkeiten seitens der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Baden-Württemberg führen. Da die Kammer keine Zuständigkeit besitzt, der KV rechtsverbindliche Vorgaben über die Anerkennungsfähigkeit von Fortbildungsinhalten machen zu können, trägt letztendlich jede Kollegin / jeder Kollege selbst die Verantwortung für eine rechtssichere Gestaltung seiner Fortbildung.

Ausführliche Informationen zur neuen Fortbildungsordnung, zu den Fortbildungspflichten und zum Akkreditierungsverfahren finden Sie auf unserer Homepage www.lpk-bw.de.

*Dr. Jürgen Schmidt
Wissenschaftlicher Referent für
Fortbildung und Qualitätssicherung*

Einrichtungsinernes Qualitätsmanagement: Kein Grund zur Eile

Mit Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) ist für ärztliche und psychotherapeutische Praxen ein „einrichtungsinernes Qualitätsmanagement“ vorgeschrieben (SGB V 135 a). Dies zum Anlass nehmend, bieten kommerzielle Unternehmen niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zeit- und kostenintensive Qualitätsmanagement (QM)-Modelle sowie Praxiszertifizierungen zum Kauf an. Bitte beachten Sie: Im Moment gibt es weder sozial- noch berufsrechtlich verbindliche Ausführungsbestimmungen für ein

Qualitätsmanagement. Eine Pflicht zur Praxiszertifizierung besteht derzeit nicht!

Prüfen Sie daher in aller Ruhe, ob Sie ein fertiges QM-Modell benötigen und wenn ja, welche Angebote speziell für Ihre eigene Praxis passen. Insgesamt betrachtet sollte das Kosten-Nutzen-Verhältnis stimmen.

*Ausschuss Qualitätssicherung der LPK
Baden-Württemberg*

Geschäftsstelle

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



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

Versorgungswerk für die Psychotherapeutenkammer in Bayern: Wie es weiterging

Die Kammermitglieder sind Anfang September bereits per Mitgliederrundschreiben ausführlich über das Thema und die nächsten Schritte informiert worden. Hier fassen wir nun noch einmal das Wichtigste in Kürze zusammen.

Ein Schwerpunkt der Kammeraktivitäten liegt weiterhin bei der Vorbereitung der Gründung eines Versorgungswerkes. Entsprechend dem Beschluss der Delegiertenversammlung im Mai bedeutete dies eine sorgfältige Abklärung der vorrangig in Frage kommenden Lösungen, speziell die Variante „Modell Südschiene“ und die Variante „Anschluss an ein bestehendes Versorgungswerk (Niedersachsen)“. Dabei war zu berücksichtigen, dass Bayern aus besonderen historischen Gründen eine gemeinsame staatliche Verwaltungseinrichtung für die hier beheimateten Kammern hat, die im Falle einer Neugründung auch für unsere Kammer zuständig wäre. Zur näheren Beratung der bestehenden Varianten wurden Beratungsgespräche mit potentiellen Partnerkammern und eine weitere offizielle Sitzung zusammen mit diesen Kammern und der Bayerischen Versorgungskammer.

Sitzung mit Vertretern der Kammern Baden-Württemberg und Saarland zur möglichen Gründung eines gemeinsamen Versorgungswerks „Südschiene“

Bei dieser Veranstaltung am Vormittag des 29. Juni waren neben unserem Vorstand auch Vertreter der baden-württembergischen und der saarländischen Kammer beteiligt. Die ebenfalls eingeladene hessische Kammer hatte sich kurz vor diesem Termin – ebenso wie schon die Kammer

Rheinland-Pfalz einige Wochen zuvor – für eine Beteiligung im Niedersächsischen Versorgungswerk ausgesprochen.

Als Referent war ein Vertreter der Ingenieure-Kammer, Hr. Sennewald, beteiligt. Er konnte über eigene Erfahrungen mit der Gründung eines Versorgungswerkes unter dem Dach der bayerischen Versorgungskammer berichten und beschrieb ausführlich den Entscheidungsprozess, den die Ingenieurekammer vor zwanzig Jahren durchgemacht habe, als es um die Entscheidung für ein Versorgungswerk ging. Er lobte ausführlich die Fachkompetenz der Versorgungskammer und die gute Zusammenarbeit mit den übrigen Versorgungswerken im Kammerrat. Die Gesetzgebung zur VW-Gründung sei schnell und kooperativ gewesen. Sennewald wies auch darauf hin, dass im Gesetz nur die Rahmenvorgaben für die Struktur des Versorgungswerkes festgelegt werden. Viele Details, wie die Zahlungsweise und Beitragshöhe oder auch die Arten und Umfänge der Leistungen der Versorgungswerke unterliegen dem Satzungsrecht der beteiligten Kammern. Diese seien somit frei, das Versorgungswerk für die Bedürfnisse der jeweiligen Berufsangehörigen auszugestalten. Bei der Ausgestaltung der Satzung würden die Mitarbeiter der Versorgungskammer sich allerdings erfahrungsgemäß engagiert einbringen wollen. Sie verfügen diesbezüglich über beträchtliche Erfahrungen und sie müssen später auch „die Suppe auslöffeln, die da eingebrockt wird“ (soll heißen: die Versorgungskammer muss auf der Basis der Satzung später arbeiten, deshalb hat sie ein großes Interesse an einer sachgerechten Struktur der Satzung des Versorgungswerkes).

Bei den weiteren **Beratungen** mit den Vertretern der Kammern Baden-Württemberg (Präsident Kommer und Rechtsanwalt Gerlach) und Saarland (Präsidentin Rohr) ging es – nach Klärung einzelner Rückfragen – vor allem um die Möglichkeiten zur Umsetzung eines Modells „Südschiene“ und den alternativ denkbaren Anschluss an ein bereits bestehendes VW.

Wichtig sei es, dass eine Entscheidung in diesem Punkt und die entsprechende Umsetzung den Willen der Mitglieder der Kammer berücksichtigt, damit diese Entscheidung, die auch langfristig bindende Bedeutung für alle Kammermitglieder hat, juristisch Bestand hat.

Informationsgespräch bei der Bayerischen Versorgungskammer

Am Nachmittag des 29. Juni fand – im direkten Anschluss an die zuvor berichtete Veranstaltung – eine gemeinsame Beratung mit den Vertretern der drei Kammern, dem Aufsichtsministerium und der Verwaltungsspitze der Bayerischen Versorgungskammer in der Geschäftsstelle der Versorgungskammer statt.

Nach der Begrüßung durch den Vorstandsvorsitzenden der Versorgungskammer, Herrn Panzer, und der kurzen Vorstellung aller Anwesenden wurde zunächst ausführlich und fundiert über die bis ins frühe 19. Jahrhundert zurück reichende Geschichte und die gegenwärtige Struktur der Versorgungskammer und der insgesamt zwölf beteiligten Versorgungswerke informiert. Letztere haben unterschiedliche Charaktere – Vollversorgungswerke mit Pflichtcharakter bis hin zu frei-

willigen Zusatzversorgungswerken – und sind jeweils etwas unterschiedlich aufgebaut. Die Versorgungskammer fungiert als gemeinsame Geschäftsstelle, die die Abwicklung der Verwaltung, der Geldanlagen und der Leistungen übernimmt. Die beteiligten Kammern bzw. Versorgungswerke können damit von besonderen Synergieeffekten profitieren sowie von der Größe und Erfahrung der Versorgungskammer (ca. 900 Mitarbeiter, 1,2 Mio aktiv Versicherte, ca. 250.000 Versorgungsempfänger, ca. 30 Mrd. Euro Anlagevermögen), die bei dem Anlagengeschäft besonders ins Gewicht fällt. Der Charakter einer von staatlichem Einfluss unabhängigen Behörde des Freistaats Bayern gibt für die Beteiligten eine besondere Sicherheit, weil damit eine Amtshaftung verknüpft ist. Der Vorstand der Versorgungskammer wird vom Kammerrat gewählt, welcher wiederum aus Vertretern aller beteiligten Versorgungswerke beschickt wird. Die Verwaltungs- und Personalkosten werden anteilig auf die beteiligten VW umgelegt (Näheres siehe www.versorgungskammer.de).

Neben den Voraussetzungen für die Gründung eines Versorgungswerkes, den verschiedenen Varianten der Ausgestaltung und den Alternativen bzw. deren Realisierungsmöglichkeiten, wurde ausführlich über Möglichkeiten und die notwendigen Schritte beraten, falls eine länderübergreifende Lösung, insbesondere mit Baden-Württemberg, angestrebt würde. Beides bedarf auf jeden Fall eines parlamentarischen Gesetzgebungsverfahrens, auch in dem Falle, dass per Staatsvertrag ein Anschluss an ein bestehendes Versorgungswerk gesucht wird. Dies beeinflusst wiederum die Zeitschiene: realistisch müsse man mit einem Jahr rechnen, bis bayerische Psychotherapeuten Mitglied in einem Versorgungswerk werden können.

Zum potentiellen „Anfangsbestand“, d.h. denjenigen KollegInnen, die bereits zum Zeitpunkt der Gründung des Versorgungswerkes Kammermitglied sind, wurde auf die notwendigen Übergangsregelungen in der Gründungsphase hingewiesen. Diese können im Detail durch die Satzung des Versorgungswerkes unterschiedlich ausgestaltet werden, beinhalten aber in aller

Regel das Recht der Kammermitglieder, dem Versorgungswerk beizutreten (oder – je nach genauer Formulierung auch andersherum: das Recht innerhalb einer definierten Frist nach Gründung auszutreten). Für zukünftige Kammermitglieder ist dies nicht mehr möglich, sie werden entsprechend den Gesetzes- und Satzungsvorgaben Mitglied.

Zum Zeitpunkt der Gründung ist eine Mitgliedschaft im Versorgungswerk, wenn eine volle Altersvorsorge angestrebt wird, nach Einschätzung der beteiligten Experten, insbesondere attraktiv für Kammermitglieder, die jünger als 45 Jahre sind. Für ältere Kammermitglieder kann die Mitgliedschaft eine Zusatzversorgung bringen, sowie weitere Risiken, wie Hinterbliebenenversorgung und Invaliditätsvorsorge, absichern.

Als Mindestbeitrag muss für eine sinnvolle Verwaltung ca. 100 € / Monat empfohlen werden. Ob dieser dann von allen Kammermitgliedern gezahlt werden soll, oder nur von denen, die keine andere Rentenversicherung haben, kann in der Satzung geregelt werden.

Szenarien zur Finanzsituation eines bayerischen Psychotherapeutenversorgungswerkes

Als Ergebnis der Beratung mit der Versorgungskammer wurde vereinbart, einige Modellrechnungen zur Finanzstruktur eines möglichen Versorgungswerkes zu erstellen. Am 19. Juli trafen sich Herr Hillers und Frau Tritt mit Vertretern der Versorgungskammer, um diese Modellrechnungen zu beraten und um weitere offene Fragen mit den Vertretern der Versorgungskammer zu besprechen. Es zeigten sich insgesamt realistische Finanzierungsmodelle, die eine Eigen-Neugründung möglich erscheinen lassen, ggf. auch ohne Beteiligung anderer Länder (z.B. Baden-Württemberg), besser allerdings gemeinsam.

Nach den bisherigen Klärungen erweist es sich als notwendig (darauf wurde von verschiedenen Seiten hingewiesen), die Positionen der Mitglieder zur Gründung eines Versorgungswerkes auf der Grundlage einer umfassenden Information einzuholen.

Die Versorgungskammer sicherte uns für die weiteren Klärungen alle verfügbare Unterstützung zu. Auch falls eine „Südschienenlösung“ beabsichtigt sei, müsste das nicht zu einer Verzögerung des Gründungsprozesses und des parlamentarischen Weges führen.

Wie geht es weiter:

Über die jeweils aktuellen Entwicklungen werden wir Sie stets **zeitnah auf der Homepage der Kammer informieren**. Um die Mitglieder umfassend zu informieren, werden wir im Oktober landesweit insgesamt vier Veranstaltungen organisieren, bei denen alle interessierten Mitglieder über die verschiedenen Optionen der Gründung eines Versorgungswerkes informiert werden und eigene Positionen und Fragen einbringen und mit dem Vorstand und den anwesenden Fachleuten über die weitere Entwicklung beraten können. Wir laden Sie dazu sehr herzlich ein!

Mitgliederinformations-Veranstaltungen in Bayern:

Kempten: Montag, 4. Oktober

Ort: Kornhaussäle, Fr. Kornhausplatz 1, 87439 Kempten

München: Mittwoch, 7. Oktober

Ort: Ludwig-Maximilians-Universität, Leopoldstr. 13 („Schweinchenbau“), Haus 2, 4. Stock, Raum 2401.

Nürnberg: Mittwoch, 14. Oktober

Ort: Eckstein-Haus der ev. Kirche, Burgstr. 1-3 (Großer Saal, E.01)

Würzburg: Donnerstag, 15. Oktober

Ort: Hörsaal des Instituts für Psychologie I der Universität, Marcusstr. 9-11

Alle Veranstaltungen:

17.00 – 20.30 Uhr

Wegbeschreibung und nähere Informationen siehe Homepage

Umsetzung der Fortbildungsrichtlinie

Fortbildung dient der Erweiterung und Aktualisierung des berufsbezogenen Fachwissens und der fachlichen Kompetenzen. Regelmäßige Fortbildung – sei es nun als kollegiale Fortbildung, Qualitätszirkel, Literaturstudium oder Seminarbesuch – stellt gerade für PsychotherapeutInnen immer

schon eine Selbstverständlichkeit dar. Das GKV-Modernisierungsgesetz vom vergangenen Jahr brachte für niedergelassene Psychotherapeuten, genauso wie für Ärzte, nunmehr allerdings die Verpflichtung, die Fortbildungstätigkeit zu dokumentieren und regelmäßig gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Nach einer Vereinbarung zwischen Bundespsychotherapeutenkammer, Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinbarung sollen zukünftig 50 Fortbildungseinheiten/Fortbildungspunkte pro Jahr bzw. insgesamt 250 für den Nachweiszeitraum von 5 Jahren als Mindeststandard gelten (eine Fortbildungseinheit soll dabei in etwa einer Fortbildungsunterrichtsstunde äquivalent sein).

Die Kammern, und so auch wir, waren nun in der Pflicht, unter besonderem Zeitdruck Möglichkeiten für die regelmäßige Dokumentation und Nachweistätigkeit zu schaffen. Sowohl die Erstellung der Fortbildungsrichtlinie als auch die Bemühungen zur raschen Umsetzung waren darauf gerichtet, unter den gesetzlich vorgegebenen Bestimmungen die Belange unserer Berufsgruppe eigenständig zu regeln und dabei sowohl die Interessen der Mitglieder als auch die Erfordernisse einer qualifizierten Patientenversorgung bestmöglich zu wahren.

Seit Verabschiedung der Fortbildungsrichtlinie durch die letzte Delegiertenversammlung (im letzten PTJ [Bayernausgabe] als Einhefter enthalten) sind der Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung, die Geschäftsstelle und der Vorstand intensiv mit der Vorbereitung der Umsetzung beschäftigt.

Es galt nun, Informationen für alle Beteiligten und Betroffenen in übersichtlicher Weise zusammen zu stellen, Dokumentationsunterlagen und Verwaltungsabläufe zu entwickeln, Formulare zu erarbeiten und dies alles auch im Austausch bzw. in Abstimmung mit den anderen Landeskammern und der Ärztekammer zu organisieren. Daneben mussten zahlreiche Fragen von Mitgliedern, DozentInnen und Veranstaltern beantwortet werden. **Wegen der aktuellsten Neuerungen bitten wir Sie unbedingt, sich regelmäßig über der Kammer-Homepage zu informieren.**

Nachfolgend in Kürze die wichtigsten Entwicklungen bzw. Arbeitsergebnisse:

Die Formblätter für Anträge auf Akkreditierung von DozentInnen und VeranstalterInnen bzw. zur Anerkennung von Veranstaltungen sind in der Homepage zum Herunterladen verfügbar. Sie dürfen davon ausgehen, dass es bei Problemen, die in der Übergangsphase entstehen, z.B. wegen verspäteter Anmeldung oder Registrierung von Veranstaltungen, großzügige Übergangsregelungen geben wird.

Nach dieser Anfangsphase bitten wir unsere Mitglieder darauf zu achten, dass Fortbildungsveranstaltungen, die Sie sich anrechnen lassen wollen, vor ihrer Durchführung von einer Psychotherapeuten- oder Ärztekammer anerkannt wurden. Damit erleichtern Sie sich selbst und unserer Verwaltung erheblich die Arbeit.

Eine Übersicht der anerkannten Fortbildungsveranstaltungen finden Sie zeitnah auf der Kammerhomepage!

Achten Sie bitte darauf, dass auf den Teilnahmebescheinigungen, die Sie erhalten, eindeutig Titel und ReferentIn (ferner natürlich die genaue Dauer der Veranstaltung) bezeichnet sind und eine Registriernummer der Psychotherapeutenkammer mit Nennung der bestätigten Punktzahl zu finden ist. Voraussichtlich zum Jahresende wird es auch einheitliche Teilnahmebescheinigungen der PT-Kammer für alle anerkannten Veranstaltungen geben, auf denen die entsprechenden Angaben routinemäßig und einheitlich enthalten sind.

Berücksichtigen Sie bitte auch den Zeitraum von insgesamt maximal fünf Jahren zur Erfüllung der Voraussetzungen und die Notwendigkeit kontinuierlicher Fortbildung, d.h. es ist weder ein Anfangsspur noch ein Endspur sinnvoll.

Die Kammer erkennt also Fortbildungen im Rahmen der gesetzlichen Forderungen an, und wird dabei (im Rahmen der Vorgaben der Fortbildungsrichtlinie) eine möglichst große Flexibilität bieten. Die Kammer führt jedoch kein „Fortbildungskonto“ für das einzelne Mitglied. Hier verweisen wir auf die Eigenverantwortung jedes einzelnen

Mitglieds, die eigene Fortbildung entsprechend den Vorgaben zu dokumentieren und rechtzeitig zum Ablauf des Nachweiszeitraumes zur Zertifizierung vorzulegen.

Wir haben **Antworten zu „häufig gestellten Fragen (FAQs)“** im Zusammenhang mit der Umsetzung der Fortbildungsrichtlinie bzw. zum „freiwilligen Fortbildungszertifikat“ ins Netz gestellt, sie werden ständig aktualisiert und ergänzt. Gerne nehmen wir auch Ihre Anregungen in unsere Liste auf. Bitte senden Sie diese an die Geschäftsstelle.

Benutzen Sie für Fragen zur Fortbildungsrichtlinie bitte auch die spezielle Telefon-Hotline der Kammer 0180-15 15 555 (Mo + Mi: 10.00 – 12.00 Uhr, Do: 8.00 – 10.00 + 12.00 – 15.00 Uhr)

Kurzberichte

Regelmäßig nahmen Kammervorteiler (Vorstands- und Ausschussmitglieder oder Delegierte) in den zurück liegenden Monaten an Veranstaltungen im Gesundheitsbereich teil. Wir bitten alle Mitglieder, uns von Entwicklungen im Land zu informieren, falls sie den Eindruck haben, dass die Kammer sich beteiligen oder einbringen soll.

Vertreter der Kammer sind an der Neufassung des **Bayerischen Landesplans zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter** beteiligt. Diese Beratungen sollen im Herbst abgeschlossen werden.

Der Entwurf der **Berufsordnung** ist mittlerweile mit dem Aufsichtsministerium beraten worden, er wird dann voraussichtlich bei der nächsten Delegiertenversammlung am 28. Oktober zur Verabschiedung vorgelegt werden können. Dies erscheint uns auch deshalb besonders wichtig, weil immer wieder Fragen und Beschwerden in diesem Zusammenhang auftauchen und die Kammer ohne formelle Grundlage nur eine unspezifische Argumentationsbasis hat. Gleichzeitig arbeiten wir bereits an einer Kommentierung zur Berufsordnung, um damit die Anwen-

dung bzw. das Verständnis, der ansonsten vermutlich recht abstrakten Vorgaben zu erleichtern.

Psychoonkologie im Rahmen der Disease Management Programme (DMP) Brustkrebs

Gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) werden wir uns zukünftig bei der Koordination und Einrichtung von Fortbildungsangeboten im Bereich psychoonkologisch-psychotherapeutischer Behandlung von Brustkrebspatientinnen engagieren. Dabei sollen u.a. auch Möglichkeiten zur Qualifizierung für die psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten geschaffen werden, die im von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit der AOK geplanten Brustkrebs-DMP mitwirken wollen. Die Veranstaltungen werden sich aber auch an Kolleg/inn/innen richten, die allgemein Interesse haben,

sich für ihre bestehende Behandlungspraxis in diesem Bereich fortzubilden.

Nach ausführlicher Beratung der beiden Kammern unter Mitwirkung von Prof. Peter Herschbach, Psychoonkologe des Klinikums Rechts der Isar der TU München, wurde vereinbart, im ersten Schritt eine gemeinsame Auftaktveranstaltung durchzuführen.

Diese **Auftaktveranstaltung ist geplant für den 12. November** in der Hans-Seidel-Stiftung in München (10.00 bis 12.30 Uhr) unmittelbar vor Beginn des Kongresses „Psycho-Onkologie Perspektiven 2004“ (Nähere Infos und Anmeldung siehe Kammerhomepage).

Der Vorstand der Kammer:

Nikolaus Melcop, Gerda B. Gradl, Peter Lehndorfer, Ellen Bruckmayer, Rainer Knappe, Karin Tritt, Heiner Vogel

Geschäftsstelle

St.-Paul-Str. 9, 80336 München
(Post: Postfach 151506,
80049 München)

Tel: 089-515555-0, Fax: -25

Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr,
Fr 9.00 – 13.00 Uhr

Telefon-Hotline für Fragen zur Fortbildungsrichtlinie
0180-15 15 555
(Mo + Mi 10.00 – 12.00 Uhr,
Do 8.00 – 10.00 + 12.00 – 15.00 Uhr)

info@ptk-bayern.de
www.psychotherapeutenkammer-bayern.de

Coaching mit System

Coaching als Beratungssystem

Perspektiven, Konzepte, Methoden

Herausgegeben von

Dr. Karin Martens-Schmid

IX, 305 Seiten. Gebunden. € 59,-

ISBN 3-87081-288-5

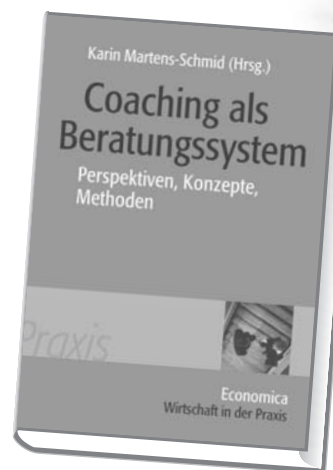
(Wirtschaft in der Praxis)

Dr. Karin Martens-Schmid praktiziert seit 15 Jahren Beratung, Supervision und Coaching im eigenen Institut und führt Aus- und Weiterbildungen in diesen Bereichen durch.

Coaching ist seit mehr als zehn Jahren ein etabliertes Instrument der Personalberatung. Angesichts der zunehmenden Verwendung des Begriffs wird es jedoch immer schwieriger, die spezifische Qualität von Coaching auszumachen und weiter-zuentwickeln.

Das vorliegende Werk leistet auf hohem Niveau einen fundierten Beitrag zur weiteren Professionalisierung von Coaching als Beratungsinstrument in Unternehmen und Organisationen: Was kann Coaching, was dürfen die Klienten erwarten und was ist der Unterschied zu anderen Beratungsformen? Gleichzeitig regt das Buch immer wieder zur (Selbst-)Reflexion über die Praxis des Coaching an.

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



Neben fundierten Beiträgen zu unterschiedlichen Aspekten von Coaching wird die bislang größte qualitative Untersuchung zu den Erfahrungen mit Coaching aus der Nutzerperspektive vorgestellt: Ergebnisse aus 31 Interviews mit Führungskräften aus verschiedenen Branchen geben einen interessanten Einblick in die Praxis des Coaching aus Sicht der Klienten - und führen zu aufschlussreichen Erkenntnissen für die Anwender.

60706366-4

Economica
www.economica-verlag.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Bei unseren Bemühungen ein Versorgungswerk zu errichten, haben wir einen herben Rückschlag erlitten. Seit Herbst 2002 bemüht sich die Berliner Psychotherapeutenkammer eine nicht nachvollziehbare Gesetzesregelung zu ändern. Im Berliner Heilkammergesetz ist festgelegt, dass die Psychotherapeuten im Unterschied zu den Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten und Apothekern in Berlin kein Versorgungswerk gründen dürfen. Niemand kann uns bisher eine stichhaltige Begründung für diese „Lex Psychotherapeutenkammer“ geben, die bei der Verkammerung der Psychotherapeuten 1999 ins Berliner Heilberufegesetz aufgenommen wurde. Das gibt es nur in Berlin. In Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen haben die Landespsychotherapeutenkammern Versorgungswerke gegründet. Bremen ist dem niedersächsischen Versorgungswerk beigetreten. In anderen Ländern wie beispielsweise Baden Württemberg oder Hamburg steht ein Beschluss zum Beitritt unmittelbar bevor.

Zunächst schienen unsere Bemühungen erfolgreich zu sein, die entsprechende Passage zu streichen. Auf dem Frühjahrsempfang 2003 sicherte der Staatssekretär für Gesundheit Herrmann Schultze die Unterstützung der Senatsverwaltung für eine Novellierung des Heilkammergesetzes zu und seine Verwaltung präsentierte schließlich einen entsprechenden Textentwurf. In ausführlichen Gesprächen mit Vertretern aller Parteien haben wir uns deren Unterstützung versichert, so auch von den Gesundheitsexperten der SPD. Aber nun bleibt der Entwurf in der Schublade, weil die Spitze der SPD-Fraktion sich gegen ein Versorgungswerk ausgesprochen hat. In seinem Antwortbrief vom 18. Juni 2004 schreibt der SPD-Fraktionsvorsitzende Michael Müller: „Vor dem Hintergrund der Bestrebungen der Steuerberaterkammer

Ende 2002 ein Versorgungswerk ins Leben zu rufen, welches in unmittelbarer Konkurrenz zur BfA gestanden hätte, beschloss die SPD-Fraktion zum damaligen Zeitpunkt bereits, die Bildung dieses und weiterer Versorgungswerke nicht mitzutragen.“ Die Präsidentin der Berliner Psychotherapeutenkammer hat sich in Reaktion darauf mit einem Schreiben an den Regierenden Bürgermeister von Berlin, Klaus Wowereit gewandt. Darin betont sie, dass unser Vorhaben keineswegs in Konkurrenz zur BfA steht. Die Kammer hat ihre Mitglieder im Juli aufgefordert, sich ebenfalls schriftlich an den Regierenden Bürgermeister zu wenden. Außerdem prüft die Psychotherapeutenkammer zurzeit, ob und welche rechtlichen Schritte möglich sind, ein Versorgungswerk zu errichten. Eine erste juristische Bewertung sieht eine gute Erfolgsmöglichkeit. Aber dies alles kostet unsere wertvolle Zeit!

Während der Podiumsdiskussion zum Thema „Psychotherapie im KJHG“ im Frühjahr wurde der dringende Bedarf deutlich, die Begrifflichkeiten, die Indikationskriterien und den Behandlungsansatz dieser spezifischen Form von Psychotherapie im Hilfesystem der Kinder- und Jugendhilfe zu vereinheitlichen. Der Vorstand hat deshalb eine Kommission mit 20 Mitgliedern der Kammer einberufen, die fachlich die verschiedenen Facetten des Themas kennen. Die Präsidentin moderiert diese Diskussionen, an deren Ende ein Ergebnispapier stehen wird. Bis Ende August sind Experten zu vier Terminen eingeladen, die mit Impulsreferaten die Diskussion anregen sollen. Bei der inhaltlichen Begleitung werden Frau Borgmann und Herr Bertram von den Kammerdelegierten Dorothee Hillenbrand, Norbert Rosansky und Karl Wahlen unterstützt. Die folgenden Themen bilden die Schwerpunkte ihrer Arbeit und der Referate:

Thema „Hilfeplanverfahren in der Jugendhilfe“

1. Einführung in die Leistungsbeantragung und -bewilligung, die Bedeutung dieses Verfahrens für die Vorbereitung und Einleitung psychotherapeutischer Leistungen sowie die Rolle von Klienten, Psychotherapeuten und Fachdiensten im Hilfeplanverfahren aus der Sicht der Senatsverwaltung. Referentin: Monika Schippmann (Sen. f. Jugend, Bildung u. Sport).
2. Einführung in die Leistungsbeantragung und -bewilligung, die Bedeutung dieses Verfahrens für die Vorbereitung und Einleitung psychotherapeutischer Leistungen sowie die Rolle von Klienten, Psychotherapeuten und Fachdiensten im Hilfeplanverfahren aus der Sicht der bezirklichen Jugendämter. Referent: Dipl.-Soz. Josef Schreiner (Bezirksamt Neukölln, Abt. Jugend).

Thema „Indikationskriterien für die Psychotherapie im KJHG“

3. Indikationskriterien für die Psychotherapie im KJHG aus Sicht der niedergelassenen Praxen. Referent: Dipl.-Psych. Manfred Otto (Berliner Arbeitskreis für psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung – BAPP).
4. Indikationskriterien für die Psychotherapie im KJHG aus fachdienstlicher Perspektive, Referent: Harro Naumann (Landesarzt Bezirksamt Wilmersdorf-Charlottenburg).

Thema „Psychotherapie im SGB V“

5. Indikationskriterien im SGB V bei Psychotherapie für Kinder und Jugendliche, Darstellung von Behandlungsfokus und -setting, Referentin: Renate Höfeld (Vereinigung analytischer Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeuten – VAKJP).

Mitte August ist die **Imagekampagne** der Psychotherapeutenkammer (klein aber fein) gestartet. Nach fast zweijährigem Abstimmungsprozess auch im Zusammenspiel mit dem **Servicetelefon** haben wir einen Flyer und drei Plakate entworfen, die einem größeren Publikum die Botschaft vermitteln soll, dass Psychotherapeuten mit Approbation die Sicherheit bieten, gut ausgebildete Behandler/innen zu sein, die sich kontinuierlich fortbilden. Die Kampagne informiert zudem über die Berufsordnung, die den Patienten Möglichkeiten zu Nachfragen bis hin zu Beschwerdeführung ermöglicht. Es werden Hinweise gegeben, wo und wie Psychotherapeuten/innen tätig sind, für welche Störungen und Problemstellungen sie hilfreich sind, und es wird ermutigt, sich bei Fragen direkt an einen Psychotherapeuten zu wenden. Natürlich wird auch

auf die Unterstützung durch das Servicetelefon der Psychotherapeutenkammer (s.u.) hingewiesen. Da es unseren Budgetrahmen sprengen würde, Berlin flächendeckend mit unserem Material zu versorgen, bitten wir Sie alle, uns Adressen von Personen oder Einrichtungen zu übermitteln, bei denen Sie es für sinnvoll erachten, dass wir Informationsmaterial auslegen. Sie können es auch direkt bei unserer Geschäftsstelle anfordern.

Der Vorstand hat das Thema, wie die **Interessen der Angestellten** sich besser in der Kammer verorten und artikulieren können, intensiv diskutiert. Über die Ergebnisse wird im nächsten PTJ berichtet werden.

Es gab personelle Veränderungen in unserer Geschäftsstelle und in der Senatsverwaltung. Seit 01.06.2004 ist Frau Engert nach dem Ausscheiden von Herrn Dr. Lecher die Gesundheitsreferentin. Frau Rathmann-Kessel hat innerhalb der Senatsver-

waltung eine Projektleitung übernommen und Frau Meseberg ist nun unsere zuständige Ansprechpartnerin.

Die **Umsetzung der Fortbildungsordnung** ist gut angelaufen. Von der Geschäftsstelle und von den verantwortlichen Ehrenamtlichen sind viele Anfragen im Vorfeld beantwortet worden, so dass es nur einen Bruchteil von beratungsintensiven Beantragungen gibt. Die beiden **Beiräte** haben engagiert ihre Arbeit aufgenommen. Mit Stand von Ende Juni wurden bei über 400 Anträgen weniger als zehn Ablehnungen ausgesprochen (gegen die Widerspruch zulässig ist). Ob und wie Fortbildungen anerkannt werden, die im Zeitraum 01.01. bis 30.06.04 durchgeführt worden sind, ist in Anbetracht der Fülle sich stellender Fragen noch nicht abschließend von der Delegiertenversammlung entschieden worden.

*Für den Vorstand
Gisela Borgmann*

Wichtige Ergebnisse des 3. Deutschen Psychotherapeutentages für die Berliner

Im Verlauf des 3. Deutschen Psychotherapeutentages sicherte der Vorstand der BPTK zu, sich für die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) besonders einzusetzen, nachdem Herr Hentze (NRW) das sehr schleppende Anerkennungsverfahren zu diesem wissenschaftlich anerkannten Verfahren kritisiert hatte. In diesem Zusammenhang sind die neuen Anhörungsrechte der BPTK vor dem GBA von großer Bedeutung.

Weiterer Beratungsbedarf entstand durch die Entscheidung des Vorstands der BPTK, Werner Wilk zum Vorstandsbeauftragten für Notfallpsychotherapie zu ernennen. Die Präsidentin der Berliner Psychotherapeutenkammer, Gisela Borgmann, machte auf mögliche unerwünschte Interessenkonflik-

te aufmerksam. Wilk sei Inhaber eines privatwirtschaftlichen Unternehmens für notfallpsychologische Dienste.

Mit Sorge sehen die Berliner Delegierten die Entscheidung, den Beitrag für die BPTK zu erhöhen. Statt bisher 30 Euro wird jede Landeskammer zukünftig 39 Euro pro Mitglied an die BPTK abführen müssen. Zwar ist das Aufgabengebiet der BPTK äußerst umfangreich und der Nutzen einer Vertretung auf Bundesebene ist unstrittig. Dennoch wies der Berliner Vorstand in den Diskussionen immer wieder auf die besonders schwierige Finanzlage unseres Stadtstaates und in deren Folge auch unserer Mitglieder hin. Berlin hat sich daher bei diesem Antrag der Stimme enthalten. Im Anschluss daran hat Berlin – mit Unter-

stützung von Delegierten aus Hessen und NRW – den Antrag gestellt, dass der Länderrat prüfen soll, ob es eine Art ‚Länderfinanzausgleich‘ zwischen „armen“ und „reichen“ Ländern geben könne. Der Antrag wurde von den Delegierten einstimmig angenommen.

Da das EU-Recht nicht ohne Auswirkungen für die psychotherapeutische Berufsausübung bleiben wird, ist es notwendig, sich damit auseinanderzusetzen. Heinrich Bertram, Vizepräsident der Berliner Kammer, führte in einem informativen Beitrag in das Thema ein. Unter großer Zustimmung der Delegierten wurden Heinrich Bertram und Prof. Rainer Richter, Präsident der Hamburger Kammer, zu Vorstandbeauftragten für Europafragen ernannt.

Das Servicetelefon der Berliner Psychotherapeutenkammer

Seit August 2004 ist dienstags von 14 bis 16 Uhr unter der Telefonnummer 030-

88714020 das ‚**Servicetelefon**‘ der Berliner Psychotherapeutenkammer erreichbar.

Das Servicetelefon soll den Weg zum geeigneten psychotherapeutischen Angebot er-

leichtern und Kammermitglieder bei der Suche nach einem speziellen Psychotherapieangebot für ihre Patienten unterstützen. Im Frühjahr hatte die Kammer allen Mitgliedern einen Fragebogen zugeschickt und um ausführliche Auskunft zu ihren beruflichen Kompetenzen gebeten. Dank des hohen Rücklaufs verfügen wir in unserer Datenbank nun über berufsbezogene Informationen der Psychotherapeutischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutischen Praxen sowie der Berliner Beratungsstellen, Institutionen und Kliniken. Auf der Basis dieser Informationen kann das Servicetelefon gezielte Hinweise bei der Suche nach einem/r Psychotherapeuten/in bieten.

Anlass für dieses Projekt waren die vielen Anrufe bei der Kammer und die Anfragen anderer Stellen wie Patientengruppen, Selbsthilfeorganisationen, Ärzte oder Apotheker. Diese Erfahrung steht etwas im Gegensatz zu der aus der Praxis, dass viele Menschen, die schon längst den Weg zur Psychotherapeutin gefunden haben, erst einmal auf eine Warteliste gesetzt werden müssen. Aber wir wurden von denjenigen Stellen, die einen nahen Umgang mit den Suchenden haben, eines Besseren belehrt: Eine Vielzahl von Menschen empfinden die Suche nach einer Psychotherapie als äußerst schwierig. Die Anrufer haben oft die Erwartung

nach einer kurzen Problemschilderung den ‚richtigen‘ Psychotherapeuten genannt zu bekommen. Dazu müssen wir klarstellen, dass eine Krankheitsdiagnose oder der Ausschluss von psychischen Störungen unzweifelhaft eine heilberufliche Tätigkeit darstellt, für die psychotherapeutische Kompetenzen unerlässlich sind. Das kann niemals in fünf Minuten und schon gar nicht telefonisch geleistet werden.

Der Bedarf nach einer seriösen Auskunft, die ihre Grenzen kennt, ist im Bereich der Psychotherapie hoch. Weder die Selbstdiagnostik von Patienten noch die Diagnostik von überweisenden Stellen kann die fachliche Diagnostik beim/bei der Psychotherapeuten/in ersetzen. Hinzu kommt, dass nach unserer bisherigen Erfahrung viele Anfragen an einer ausschließlichen Störungsspezifität orientiert sind, die oft an Wesentlichem (Komorbidität, Beziehungs- und Prozessdynamik) vorbei geht.

Servicetelefon

der Psychotherapeutenkammer Berlin
Tel.: 030 – 8871 4020
Sprechzeit: Di. 14 – 16 Uhr

Approbierte Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind gut und breit gefächert ausgebildet,

um alle Störungen zu behandeln. Es gibt aber einen realen Bedarf, der bedient werden sollte. Unser Mitgliederfragebogen bietet die Möglichkeit, auf besondere Kompetenzen oder Schwerpunkte aufmerksam zu machen und erleichtert so bestimmten Patientengruppen den Zugang zum Psychotherapeuten. Denken Sie beispielsweise an einen Traumatisierten oder an das Opfer eines sexuellen Missbrauchs – beiden Gruppen könnten unnötige Telefongespräche erspart bleiben.

Dementsprechend ist das Servicetelefon konzipiert: Die Gesundheitsreferentin stellt telefonisch Informationen über Psychotherapie zur Verfügung und nennt geeignete Adressen für den nächsten Schritt, sowohl von Beratungsstellen als auch von psychotherapeutischen Praxen. Das Servicetelefon bietet Hilfe, um leichter zum psychotherapeutischen Experten zu kommen, um dort die geeigneten Schritte in die Wege zu leiten. Bei der Auskunftserteilung werden – bei Bedarf – die im Fragebogen angegebenen Kompetenzen berücksichtigt. Wenn die Anfrage außerhalb einer erfassten „Kategorie“ liegt oder keine besondere erfragt wird, werden Adressen im lokalen Umfeld des Anrufers genannt. Darunter fallen auch diejenigen Kollegen, die keine besonderen Kompetenzen benannt haben.

Muster-Fortbildungsordnung vom 3. Deutschen Psychotherapeutentag verabschiedet – die Landeskammern haben die Verantwortung für die Fortbildungsinhalte

Am 15. Mai 2004 haben die Delegierten der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) mit großer Mehrheit eine Muster-Fortbildungsordnung verabschiedet (MFO). Nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (§ 95 d SGB V) sind die in der kassenärztlichen Versorgung tätigen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verpflichtet, den Nachweis ihrer regelmäßigen Fortbildung zu erbringen. Psychotherapeuten, die zum 30.6.2004 zugelassen sind, müssen ihre Fortbildungen erstmals bis zum 30.6.2009 nachweisen. Aufgrund dieser Gesetzeslage und der Tatsache, dass einige Landeskammern wie Berlin, Bayern, Hessen u.a. bereits Fortbildungsordnungen verabschiedet haben, war die Verabschie-

dung einer Muster-Fortbildungsordnung auf Bundesebene sinnvoll und notwendig. Erfreulicherweise orientiert sie sich an der Berliner Fortbildungsordnung.

Auf Antrag von vorwiegend bayerischen Delegierten wurde die MFO an einem wichtigen Punkt verändert. Die im Entwurf vorgesehene Höchstgrenze in bestimmten Fortbildungskategorien wurde aufgehoben. Es wurde eine Fassung verabschiedet, die es dem Einzelnen ermöglicht, sein Fortbildungsprogramm nach den jeweils individuellen Bedürfnissen zusammenzustellen. Dabei stand der liberale Grundsatz im Vordergrund, so viel Vorschrift wie nötig und so wenig Vorgabe wie möglich. Im Unterschied zur MFO sind in der Berliner Fortbil-

dungsordnung Höchstgrenzen an Fortbildungseinheiten pro Kategorie festgelegt.

Sowohl in der Bundeskommission zur Erarbeitung der Musterfortbildungsordnung als auch im Vorfeld des 3. Psychotherapeutentages kam es zu unterschiedlichen Auffassungen bei der Auslegung des § 6 „Anerkennung von Fortbildungsinhalten“ (MFO). Nach welchen Kriterien wird die „Wissenschaftlichkeit“ der Fortbildungsinhalte bestimmt? Wer hat die Kompetenz und Verantwortung zu überprüfen, dass sie dem „aktuellen Stand der Wissenschaft“ entsprechen?

Nach einem ausführlichen Rechtsgutachten des renommierten Frankfurter Fach-

anwaltes Prof. Dr. Plagemann, das zur Vorbereitung der DV von den Landesvorständen von Berlin und Hessen eingeholt worden war, ist dies eindeutig **Aufgabe und Kompetenz der Landeskammern**.

„Die vom wissenschaftlichen Beirat gem. § 11 PsychThG abzugebende Stellungnahme darüber, ob ein bestimmtes Verfahren wissenschaftlich anerkannt ist, bezieht sich ausschließlich auf die Verwaltungsentscheidungen, die nach dem PsychThG zu ergehen haben. Die Stellungnahmen des wissenschaftlichen Beirats sind also nicht geeignet, die Fortbildungsinhalte gem. § 95d Abs. 1 Satz 2 SGB V zu definieren. Die vom wissenschaftlichen Beirat ... abgegebenen Stellungnahmen beschreiben auch nicht den in § 95d Abs. 1 Satz 2 SGB V bezeichneten „aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse“. Dies ergibt sich schon aus dem Wortlaut des § 11 PsychThG. Danach hat sich das Gutachten ausschließlich zur Frage zu äußern, ob ein bestimmtes Verfahren wissenschaftlich anerkannt ist, soweit diese Frage nach dem PsychThG Voraussetzung für eine Behördenentscheidung ist. 95d Abs. 1 Satz 2 SGB V betrifft nicht Behördenentscheidungen nach dem PsychThG und bezieht nach seinem Wortlaut auch Entscheidungen eines Beirates, die nach Maßgaben des PsychThG getroffen wurden, nicht mit ein. **Daraus folgt:** Es ist Aufgabe der Kammern, ... zu ermitteln, wieweit eine bestimmte Fortbildung dem ... „aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Psychotherapie“ entspricht.“

Plagemann führt weiter aus, dass auch dem Gemeinsamen Bundesausschuss keine Definitionsmacht über die Fortbildungsinhalte zukommt. „§ 95d Abs. 1 Satz 2 SGB V verweist für die Fortbildungsinhalte nicht auf die **Anerkennung** wissenschaftlicher Erkenntnisse durch den gemeinsamen Bundesausschuss oder den wissenschaftlichen Beirat gem. § 11 PsychThG. Der Fortbildungsinhalt wird nicht auf Verfahren begrenzt, für die der Leistungserbringer eine Abrechnungsgenehmigung, eine Zulassung, eine Approbation oder sonstige Weiterbildungsqualifikation inne hat“ (Hervorh. d. Verf.).

Aus dem Plagemann-Gutachten folgt eindeutig, dass es in der Kompetenz der Landeskammern liegt, Fortbildungsinhalte

nach dem „aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Psychotherapie“ anzuerkennen.

Mit der Verabschiedung einer Fortbildungsordnung, der Bildung von Beiräten und einem Procedere der Umsetzung der Ordnung wird diese Verantwortung von den Berliner Kammergremien bereits wahrgenommen. In der Berliner Fortbildungsordnung werden unter „4.1 Standards anzuerkennender Psychotherapieverfahren“ Kriterien für wissenschaftlich anerkannte und begründete Verfahren ausgeführt. Diese Kriterien ermöglichen eine große wissenschaftliche Verfahrensvielfalt, in denen sich die Berliner Kammermitglieder fortbilden können.

Das Gutachten von Plagemann erweitert die prinzipielle Stellungnahme des Justizars der BPTK Dr. Stellpflug zur Fortbildungspflicht. Anders als Plagemann unterscheidet Stellpflug bei der Fortbildungspflicht einen berufs- und einen sozialrechtlichen Teil. Für den sozialrechtlichen Teil kommt er zu folgender Einschätzung:

„Die sozialrechtliche Fortbildungspflicht umfasst danach inhaltlich nur solche Fachkenntnisse, die ‚zur Erhaltung und Fortentwicklung der zur Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich sind‘. Fortbildungsinhalte, die keine Berührungspunkte zur Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung haben, können damit nicht zum Nachweis der sozialrechtlichen Fortbildungspflicht herangezogen werden“. Neben der Wissenschaftlichkeit der Inhalte muss die sozialrechtlich anerkennende Fortbildung Berührungspunkte zu der Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung haben. Die berufsrechtliche Fortbildung unterliegt, so Stellpflug, hingegen keiner Einschränkung.

Plagemann macht in seinem Gutachten auch wesentliche Ausführungen zu den von Stellpflug erwähnten Berührungspunkten zur vertragspsychotherapeutischen Berufsausübung:

„Der Fortbildungsinhalt muss ... etwas mit der Berufsausübung zu tun haben. Hier geht es nicht nur um den Erhalt der dazu erforderlichen Fachkenntnisse sondern auch um deren ‚Fortentwicklung‘. Danach müssen die Leistungen hinsichtlich ihrer Qualität und Wirksamkeit nicht nur dem allge-

mein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, sondern auch ‚den medizinischen Fortschritt ... berücksichtigen‘. Dieser medizinische (gemeint ist damit auch der psychotherapeutische!) Fortschritt kann sich nun innerhalb eines so genannten Richtlinien-Verfahrens (i. S. § 92 Abs. 6a SGB V) oder außerhalb entwickeln und u. U. „von außen“ auf das Verfahren einwirken, für das der Psychotherapeut eine Abrechnungsgenehmigung hat. Zur Berufsausübung i. S. des § 95d Abs. 1 Satz 1 SGB V gehört auch die kritische Überprüfung, ob das Verfahren, für welches eine Abrechnungsgenehmigung vorliegt, nun auch tatsächlich geeignet ist zur Behandlung im entsprechenden Einzelfall. Dazu gehören Fachkenntnisse über andere Verfahren, sofern sie – wenn auch mittelbar – geeignet sind, die eigene Berufsausübung einer kritischen Überprüfung zu unterziehen. Das kann auch dadurch geschehen, dass die Kenntnisse anderer Verfahren z. B. die Indikation für die Anwendung eines Richtlinien-Verfahrens schärfer fasst oder auch begrenzt. Andere Verfahren sind auch geeignet, die Handhabung des bisher verwandten Verfahrens zu überprüfen und ggf. zu modifizieren oder – in Form der Selbsterfahrung – die Berufsausübung zu stabilisieren oder zu verbessern.“

Die juristischen Stellungnahmen von Plagemann und Stellpflug stellen eindeutig klar, dass die Landeskammern die Kompetenz und Verantwortung haben, die Wissenschaftlichkeit von Fortbildungsinhalten zu bewerten. Mit der Verabschiedung der Muster-Fortbildungsordnung der BPTK wurden politische Rahmenbedingungen für die Landeskammern geschaffen, insbesondere für die Kammern, die bisher noch keine Fortbildungsordnung verabschiedet haben.

Redaktionsteam

M. Henkel-Gessat, G. Borgmann,
Dr. W. Knobbe, Dr. Th. Lecher,
Ch. Stößlein, Dr. M. Thielen.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Psychotherapeuten in der Bremer KV: Position aufgewertet

*Gespräch mit Hans Nadolny, Mitglied im Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung**

Hans Nadolny, wir möchten das Interview mit der Situation von vor 6 Jahren beginnen, als ein Teil der Kollegen aus dem Delegationsverfahren, der andere Teil aus dem Erstattungsverfahren kommend Mitglieder der KVHB wurden. Bei der ersten Wahl wurden zwei Psychotherapeuten, du und Klaus Sievers, Mitglied der Vertreterversammlung und du wurdest anschließend in den Vorstand der KV gewählt. Wie siehst du das rückschauend?

H. Nadolny: Wir alle erinnern uns ja noch an den Zustand vor 1999. Es war eine schwierige Zeit für die Kostenerstatter aufgrund der Sozialgerichtsurteile, die die IKK/BKK-Regelungen hinfällig machten. Für die Kollegen im Delegationsverfahren war die Situation ja juristisch auch sehr problematisch. Diesen Zustand hatte der Gesetzgeber durch das Psychotherapeutengesetz und das Integrationsmodell zu verändern versucht. Die Integration war für einige Verbände ein sehr schwierig zu schluckendes Modell. Andere fanden es sehr gut. Rückblickend würde ich sagen, dass es besonders für die ärztlichen Kollegen in den KVen sehr schwierig war, eine andere Berufsgruppe zu akzeptieren, die auf einmal in die Einflussosphäre ihrer Organisation „einbrach“ und dort Rechte beanspruchte.

Ja, welche Rechte konkret meinst du?

H. Nadolny: Ja, der Gesetzgeber hat im SGB V definiert, was „Integration“ heißt. Es ging auch um die Einflussnahme der Psychologischen Psychotherapeuten auf die Politik bzw. auf die internen Strukturen der KVen. Es wurde ein beratender Fachausschuss „Psychotherapie“ etabliert, der häl-



Hans Nadolny

tig mit ärztlichen Kollegen sowie Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besetzt war. Es ging dann um die Besetzung der Zulassungsausschüsse, weiter auch besonders noch mal in der Folge um solche Ausschüsse, wie den HVM-Ausschuss, die von uns als wichtig erachtet wurden. Für mich in Bremen war es am Anfang besonders schwierig, überhaupt gedanklich in diese Strukturen hineinzufinden und bewerten zu können, welche Ausschüsse und welche Gremien für unseren Berufsstand bedeutsam waren. Ich glaube, es ist uns allen sehr schwer gefallen, weil wir wenig Erfahrung hatten. In Bremen als Stadtstaat war es ja so, dass die Atmosphäre in der Anfangszeit ein wenig angespannt war, aber sich dann relativ schnell entkrampfte, weil man aufgrund der kurzen Wege gut miteinander ins Gespräch kam. Man muss rückblickend sagen, dass sich der KV-Vor-

stand hier in Bremen immer große Mühe gegeben hat, den Psychotherapeuten den Einstieg in die KV leicht zu machen. Auch die Arbeit im Zulassungsausschuss war – mit einigen Ausnahmen – relativ konfliktfrei und sehr sachorientiert, ohne die Auswüchse und Misslichkeiten, die es in anderen KVen gegeben hat. Das zeigt sich rückblickend u.a. daran, dass die KV gegen keinen Beschluss des Zulassungsausschusses Widerspruch eingelegt hat, und die Widersprüche insgesamt gering waren. Die Besetzung der Gremien Fachausschuss – Zulassungsausschuss – Berufungsausschuss wurde einvernehmlich zwischen den großen Berufsverbänden geregelt.

Vielleicht können wir jetzt zur Vertreterversammlung kommen. Könntest du zur Atmosphäre etwas sagen, wie hat sie sich dann entwickelt?

H. Nadolny: Wir haben ja seinerzeit sowohl für die Kammerwahl als auch für die Vertreterversammlungswahl eine Friedenswahlliste aufgestellt – über die Berufsverbände hinweg. Meine Erinnerung an die erste Sitzung war auch so, dass die KV Bremen sich bemüht hat, die Vorgaben des Gesetzes sachlich neutral umzusetzen. Wir wurden ordnungsgemäß willkommen geheißen, waren anwesend und sind erst mal sehr still gewesen, haben versucht uns zu orientieren und zuzuhören, um überhaupt eine Position in dem Machtgefüge, die eine Vertreterversammlung darstellt, für uns zu definieren.

* Das Interview führten Hans-Otto Platte und Amir Babai, Mitglieder des Kammervorstandes der PK HB.

Welche Ziele verfolgt ihr, auch über deine Wahl in den KV-Vorstand?

H. Nadolny: Für die Vertreterversammlung der KV Bremen hatten wir zu diesem Zeitpunkt kein politisches Programm. Das große Ziel war natürlich die Interessenvertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der KV. Im Mittelpunkt stand die Finanzierung und Bezahlung psychotherapeutischer Leistungen. Das hat eine Menge Verhandlungen seinerzeit gekostet, klar zu definieren, was kommt in den Topf „Psychotherapie“ der Kassenärztlichen Vereinigung. Hintergründig liefen ja auch schon Prozesse hinsichtlich der Honorarfrage. Das 10-Pfennig-Urteil war ja damals noch nicht vorhanden. Von daher war es für uns immer wichtig, in der Vertreterversammlung und für mich nachher im Vorstand der KV den ärztlichen Kollegen die Besonderheit der psychotherapeutischen Leistungserbringung zu erklären. Dies war zugegebenermaßen ein ganz schwieriges Unterfangen, denn es ist für die somatisch tätigen Fachärzte besonders schwierig zu verstehen, was es heißt, zeitgebundene Leistungen zu erbringen. Die Vermittlung dieser Besonderheit ist uns nur bedingt gelungen. Es gab dann immer unwilliges Abwinken oder „Ja, ja, ihr!“, aber im Laufe der Jahre „Steter Tropfen höhlt den Stein“ ist doch Einiges rübergekommen.

Wie war die Zusammenarbeit mit den psychotherapeutisch tätigen ärztlichen Kollegen?

H. Nadolny: Ich denke, dies ist uns gelungen. Wir haben uns im Vorfeld der Wahl zum Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung mit den ärztlichen Kollegen darauf geeinigt, dass ein Psychologischer Psychotherapeut in den Vorstand gewählt werden konnte. Geeinigt hat die ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten sicherlich auch der gemeinsame Kampf um einen vernünftigen Punktwert.

Wir würdest du die Vorstandsarbeit beschreiben?

H. Nadolny: Für mich war es wichtig, einerseits die psychotherapeutische Honorierung gegenüber den anderen Facharzt-

gruppen deutlich zu machen, und dann, nachdem im Jahre 2000, wenn ich mich recht erinnere, das erste Bundessozialgerichtsurteil, das sogenannte 10-Pfennig-Urteil gefällt wurde, darauf hinzuarbeiten, dass die KV die Vorgaben des Urteils umsetzt. Dies ist wie überall so nicht gelungen. Gleichwohl ist es uns gelungen, über die Jahre hinweg einen relativ guten Punktwert für alle Psychotherapeuten hinzubekommen.

Innerhalb der Legislaturperiode wurden der Vorstandsvorsitzende und sein Stellvertreter neu gewählt. Wie war in der Folgezeit die Zusammenarbeit mit dem neuen geschäftsführenden Vorstand und hat das für die Sache der Psychotherapie etwas bewirkt oder geändert?

H. Nadolny: Nun ja, der neue Vorstand hat nach dem Rücktritt des 1. Vorsitzenden und dessen Stellvertreter festgestellt, dass die finanzielle Lage der KV nicht so rosig war, wie es schien. Es gab größere finanzielle Probleme, die zu starken Einsparmaßnahmen führten. Das wurde auch vom gesamten Vorstand mitgetragen. Wir Psychotherapeuten, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, waren von den Einsparungsmaßnahmen nicht direkt betroffen, da ja der Bewertungsausschuss bei den alten Berechnungsformen einen festen Punktwert vorgegeben hatte, an dem nicht zu rütteln war. Die Zeche mussten dann eher die fachärztlichen Kollegen bezahlen, die zum Teil doch gravierende Honorareinbußen hinnehmen mussten. Insgesamt kann man sagen, dass der neue Vorstand deutlich offener für Psychotherapeuten und psychotherapeutische Fragen war. Es ging sehr viel interessierter zu und die Fragestellungen, die daraus erwachsen, wurden klarer diskutiert. Dies zeigt sich dann auch an der Umgehensweise nach dem neuen BSG-Urteil für die Jahre 2000 und folgende. Es ist hier ja gelungen, nach vielfältigen Gesprächen im Sommer dieses Jahres, eine Abschlagzahlung für die Kollegen zu erreichen, die sich zum Teil im fünfstelligen Eurobereich bewegt. Darüber hinaus beginnt die KV Bremen schon ab dem 1. Quartal, eine angemessene Punktwerthöhe für antragspflichtige Leistungen zu bezahlen, die sich in der Nähe von 5

Cent bewegt, um dann in der Zukunft nicht so viele Nachzahlungen tätigen zu müssen.

Neue Unruhe in die KV brachte das Gesundheitsmodernisierungsgesetz mit veränderten Vorgaben für die Organisationsstruktur der KV. In der Bremer KV gibt es nur noch zwei Vorstandsmitglieder. Die Vertreterversammlung wurde auf 20 Mitglieder reduziert. Wie siehst du die Vertretung der Psychotherapeuten einschließlich der ärztlichen Kollegen im Licht der neuen KV-Struktur?

H. Nadolny: Es ist uns gelungen, unsere Interessen gut und deutlich unterzubringen. Die neue Satzung der KV Bremen ist so gestaltet worden, dass die Psychotherapeuten ihre zwei Sitze in der Vertreterversammlung behalten und ein Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut im Hauptausschuss, d.h. in dem Ausschuss, der den Vorstand zukünftig zu kontrollieren hat, sitzen wird. Darüber hinaus ist der Beratende Fachausschuss Psychotherapie insgesamt wichtiger geworden und über das GMG stark aufgewertet worden. Auf der ärztlichen Leistungserbringenseite werden nur Ärzte vertreten sein, die überwiegend psychotherapeutisch tätig sein müssen. Durch den einen Sitz im Hauptausschuss, denke ich, wird es zukünftig weiterhin möglich sein, unsere Belange an den Vorstand heranzutragen.

Wir stehen jetzt wieder am Anfang einer neuen Legislaturperiode in der KV. Kannst du einen kurzen Ausblick auf die nächsten 6 Jahre geben, denn die Vertreterversammlung wird neuerdings für 6, nicht mehr wie früher für 4 Jahre gewählt?

H. Nadolny: Es fällt mir sehr schwer, Politik für 6 Jahre zu spezifizieren. Ich könnte es vielleicht für das nächste Jahr bzw. für die nächsten anderthalb Jahre. Wichtig wird für uns in Bremen sein, sehr darauf zu achten, dass ein Psychologischer Psychotherapeut bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut im HVM – Ausschuss tätig sein wird. Dieser Ausschuss wird in der Zukunft – bis 2006 – für uns bedeutsam

sein, wenn auch hier die Honorarverteilung im Einvernehmen mit den Kassen sicher härter umkämpft sein wird. Hier ist besonders an die Regelleistungsvolumina zu denken. Das wird uns bis zum 01.01. 2005 noch deutlich beschäftigen. Auf der Regionalebene ist dann schon sicher die Verteilung der Geldströme das Wesentliche und dabei ist darauf zu achten, dass die Psychotherapeuten, seien es ärztliche, psychologische oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht wiederum zu kurz kommen. Die Tendenz besteht trotz des Urteils des Bundessozialgerichtes weiterhin. Die große Politik wird sicher in Berlin,

in der KBV gemacht werden. Hier haben die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zukünftig in der Vertreterversammlung der KBV 6 Sitze von 60. Das ist sicherlich ein guter Prozentsatz und ist auch der Quantität unserer Berufsgruppe angemessen. Mit 6 Sitzen lässt sich dort zukünftig sicher eine interessante Interessenpolitik in Koalition mit bestimmten ärztlichen Gruppen gestalten.

Wie bewertest du die Politik der Verbände in Bremen gegenwärtig?

H. Nadolny: Ich könnte sie sicherlich als

sehr gut bezeichnen. Sie ist von einer hohen Sachlichkeit und Kollegialität geprägt. Alle sind sich sehr bewusst, dass die Interessen unseres Berufsstandes auch nur gemeinsam vertreten werden können. Das zeigt sich darin, dass es wiederum gelungen ist, für die anstehende KV-Wahl und für die Kammerwahl eine sogenannte Friedensliste zu stellen. Sicherlich wird es dadurch gelingen, in der Zukunft weiterhin die Interessen unseres Berufsstandes angemessen zu vertreten.

Psychotherapeutensuchdienst als gemeinsames Projekt der Kammern (Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein) in Planung

Eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vorstandsbeauftragten der Kammern – Bremen (Dipl.-Psych., Dipl. Soz.-Päd. Helmut Hendrys), Hamburg (Dipl.-Psych., Dr.-Ing. Peter Riedel), Niedersachsen (Dipl.-Psych. Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz) und Schleswig Holstein (Dipl.-Psych. Peter Koch), trafen sich zu einer ersten gemeinsamen Arbeitssitzung am 30. April diesen Jahres in der Psychotherapeutenkammer Hamburg. Die Sitzung war durch den dortigen Vorstandsbeauftragten Herrn Riedel, der in diesem Metier bereits über Erfahrungen verfügt, außerordentlich gut vorbereitet. Zunächst wurden die jeweiligen Interessen, Vorstellungen und Modelle eines möglichen gemeinsamen internetbasierten Patienteninformationssystems bzw. eines Psychotherapeutensuchdienstes besprochen und Grundsätze abgeklärt. Es wurde festgestellt, dass es bereits einige verschiedene Suchdienste gibt, die jedoch kammer-spezifisch, verbands-, verfahrensorientiert oder zum anderen kommerzielle Anbieter sind und zum weiteren noch die Ärzte- und Psychotherapeuten-Verzeichnisse in den Telefonbüchern und in den Gelben Seiten. Was auffiel war, dass ein standardisierter, an eindeutigen Qualitätsstandards orientierter

und zudem umfassender Suchdienst fehlt, der leicht zu aktualisieren ist und modernen Kommunikationsformen entspricht.

Was kann nun ein solcher Suchdienst leisten? Zum einen stellt es ein Angebot für die Patienten unter Ratsuchenden wie auch für Beratungsstellen, Kliniken etc. dar. Für Patienten ist dabei auch angedacht, ihnen einige Vorinformation zu Indikation und Durchführung einer Psychotherapie mit an die Hand zu geben, damit sich unnötige Telefonate reduzieren und die Patienten bereits besser informiert und gezielter in die Praxis kommen. Ein zweiter Bereich eines solchen Angebotes stellt natürlich eine Werbung für die Kammermitglieder dar. Der dritte Bereich eines solchen Informationsdienstes stellt weiterhin die Öffentlichkeitswirkung der Psychotherapeutenkammern und des Berufsstandes insgesamt dar. In den Gesprächen wurde deutlich, dass die Implementierung eines solchen Dienstes quasi eine Investition in die Zukunft darstellt und natürlich eine gewisse Zeit benötigt, wobei die technische Realisierung bis Mitte nächsten Jahres durchaus denkbar ist. Bis jedoch ein solcher Suchdienst als ein qualifiziertes An-

gebot für Patienten, Beratungsstellen, Kliniken, Verbände etc. etabliert und bekannt ist, wird es eine gewisse Zeit brauchen.

In der Arbeitsgruppe ist daran gedacht, diesen Dienst nicht nur für die freiberuflich arbeitenden KollegInnen aufzubauen, sondern ebenso die angestellten und verbeamteten KollegInnen mit aufzunehmen und eventuell Institutionen. Einen solchen Suchdienst – Informationsdienst gibt es bereits über die Kammer in Nordrhein Westfalen und Baden-Württemberg, (hier gibt es bereits auch erste Informationsgespräche und Erfahrungsaustausch). Als eine Vision sieht es die Arbeitsgruppe an, u.a. eine bundeseinheitliche Internet-Präsenz aufzubauen, in der über eine grafische Benutzerführung oder Eingabe von Regionaldaten auf die jeweilige Untermenge verzweigt wird. Dies spart Kosten und stärkt die Bedeutung des Dienstes.

Zum Schluss noch die Frage: Was kostet das alles? Die ersten Kalkulationen der Arbeitsgruppe lassen Kosten von wenigen Euro pro Mitglied im Jahr realistisch erscheinen und verringern sich dann nach der Implementierung in den Folgejahren weiter.

1. Forum für Angestellte und Beamten gut besucht

Die Bremer Kammer hatte am 30.6.04 zum 1. Angestellten- und Beamtenforum eingeladen, um den Austausch zwischen

Kammervorstand und den angestellten und beamteten Mitgliedern der Bremer Psychotherapeutenkammer zu intensivie-

ren und den Gedankenaustausch unter den Mitgliedern zu fördern. Zur Freude von Axel Janzen, der für die Angelegenheiten

der Angestellten und Beamten im Vorstand zuständig ist, wurde das Gesprächsangebot rege wahrgenommen, 25 Kolleginnen und Kollegen, die in Institutionen tätig sind, nahmen teil.

Als ersten Tagesordnungspunkt gab Axel Janzen einen Sachstandsbericht zur derzeitigen Diskussion innerhalb der Gewerkschaft ver.di zur Reform des BAT. Die Reformbemühungen fänden deshalb statt, weil es eine zunehmende Tendenz der öffentlichen Arbeitgeber gäbe, gleichsam aus dem BAT zu „flüchten“ und der Vertrag inzwischen zu kompliziert (geworden) sei. Die Bemühungen von ver.di streben zu einer stärkeren Leistungsbezogenheit, es soll eher ein Erfahrungszuschlag vereinbart, als die Altersstufenregelung beibehalten werden. Ebenfalls soll die Einbeziehung von Familienstand, Anzahl der Kinder etc. in Frage gestellt werden. Unter dem Strich soll aber zumindest Plus-Minus-Null stehen. Darüber hinaus sehe ver.di aber in den Tarifverhandlungen auch gute Chancen für Psychotherapeuten, den Fachärzten gleichgestellt zu werden, weil derzeit ein Führungskräfte-mangel wegen Fachärztemangel in Kliniken zu verzeichnen sei. Als neues Mitglied der ver.di-Bundesfachkommission PP/KJP versprach Axel Janzen, die Bremer Mitglieder über die weiteren Entwicklungen des Reformwerks auf dem Laufenden zu halten.

Der zweite Tagesordnungspunkt, Kammerbeiträge für Angestellte und Beamte' führte zu einer lebhaften Diskussion, wobei gleich zu Beginn deutlich wurde, dass in der Vergangenheit offensichtlich nicht immer der richtige „Ton“ zwischen Vorstand und einzelnen Mitgliedern gefunden wurde, wenn es um Widersprüche bzgl. der Beiträge ging.

Axel Janzen referierte kurz die Beitragsbemessungsmodelle anderer Kammern, wobei er darauf hinwies, dass es nur vereinzelt günstigere Beiträge für Angestellte gäbe. Darüber hinaus stelle sich die Frage der Bemessung erneut, wenn ein höchst-richterliches Urteil zur Beitragsordnung der Bremer Kammer (vermutlich) Anfang nächsten Jahres gesprochen werde. Der Präsident der Kammer, Karl Heinz Schrömgens, der ebenfalls an der Versammlung teilnahm, stellte aus Sicht des Vorstandes

dar, welche Vorteile angestellte und beamtete Kammermitglieder haben. Im Übrigen sei die von einzelnen Mitgliedern geäußerte Darstellung falsch, dass die Angestellten und Beamten überproportional zum Beitragsaufkommen der Bremer Kammer beitragen. Anhand von Zahlen belegte er, dass ihr Aufkommen exakt ihrem Anteil an der Mitgliedschaft entspricht.

An die Adresse des Vorstandes wurde der Wunsch geäußert, dieser möge doch zur Kenntnis nehmen, dass sich zumindest ein Teil der angestellten und beamteten Kammermitglieder ungerecht behandelt fühle. Von den beiden anwesenden Vorstandsmitgliedern wurde zugesagt, die Kritik und die Anregungen in den nächsten gemeinsamen Sitzungen und Versammlungen erneut zum Thema zu machen.

Im nächsten Tagesordnungspunkt beantworteten Karl Heinz Schrömgens und Axel Janzen Fragen zur Fortbildungsordnung und berichteten über den Stand der norddeutschen Kooperation auf diesem Gebiet.

Abschließend wurde mit den anwesenden Kolleginnen und Kollegen aus den Kliniken vereinbart, eine Arbeitsgruppe ‚Kliniken‘ ins Leben zu rufen, da die derzeit rasante Entwicklung in Bremen ein zügiges Reagieren nötig macht.

Die Anregung von Axel Janzen, dieses Forum zweimal jährlich durchzuführen, wurde von den Teilnehmern begrüßt. Das 2. Angestellten- und Beamtenforum soll am 3. November 2004 ebenfalls in den Räumlichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung stattfinden.

Bremer Beitragsregelung im Rechtsstreit

Zu einem Urteil des Bremer Verwaltungsgerichtes

Im März dieses Jahres erklärte die 6. Kammer des Bremer Verwaltungsgerichtes in einem gewagten Urteil die Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Bremen als verfassungswidrig, weil sie gegen den Gleichheitsgrundsatz nach Artikel 3 verstieße. Abhängig beschäftigte Mitglieder

hätten einen geringeren Nutzen von der Kammer als Niedergelassene.

Was war der Hintergrund? Ein Kollege, der in einer Einrichtung für Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen arbeitet, klagte gegen seine Beitragsveranlagung. (In Bremen wird der Beitrag einkommensabhängig erhoben, jedes Mitglied zahlt einen jährlich festgelegten Prozentsatz – z.Zt. 0,79 % – seines Bruttoeinkommens an die Kammer) Er führte an, er sei nur zu 60 % psychotherapeutisch tätig. Die restliche Arbeitszeit würde er andere Arbeiten, z.B. Stadtteil- und Koordinationsaufgaben verrichten. Zwar hielt das VG diese Argumentation für nicht zutreffend, jedoch beschäftigte sich das VG nicht mit diesem konkreten Fall, sondern glaubte, großes Recht schreiben zu müssen. Pikanterweise hatte eine Nachbarkammer am gleichen Gericht vor 2 J. in einem ähnlich gelagerten Fall bei der Bremer Ärztekammer genau entgegengesetzt entschieden. Ebenfalls urteilte in einem analogen Fall das Oberverwaltungsgericht in Düsseldorf zugunsten der dortigen Ärztekammer. Ein Justitiar einer anderen Heilberufskammer kommentierte dieses Urteil als „Amoklauf eines Gerichtes“. Das Bremer Urteil ist nicht rechtskräftig. Die Kammer hat Berufung eingelegt und sieht gute Chancen, mit ihrer Auffassung Recht zu bekommen. Denn würde dieses Urteil rechtskräftig, wären nicht nur die Beitragsordnung der Bremer Kammer, sondern die der meisten Psychotherapeuten- und Ärztekammern nichtig.

Bestärkt sieht sich die Kammer dadurch, dass ihr sehr viel Unterstützung von anderen Psychotherapeutenkammern, aber auch den Bremer Heilberufskammern, vor allem der Ärztekammer zugesagt wurde.

Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie:

Sorgerechte sorgfältig abklären!

Der Bremer Kammer wurde eine Beschwerde eines sorgeberechtigten Vaters vorgelegt, der getrennt von Mutter und Kind lebt. Er war von der das Kind behandelnden Psychotherapeutin nicht in den Prozess einbezogen worden.

Aus diesem Grund weisen wir darauf hin, dass in jedem Fall eine eindeutige Klärung herbeizuführen ist, wer das Sorgerecht hat. Hat es nur ein Elternteil, reicht seine Zustimmung zu einer Psychotherapie, haben es beide, müssen auch beide ihre Zustimmung erklären, wobei der eine den anderen bevollmächtigen kann, ihn zu vertreten. In akuten Fällen z.B. Suizidgefahr genügt die Zustimmung nur eines Elternteils zur Behandlung, der Psychotherapeut darf also mit der Behandlung beginnen, unterliegt allerdings der Verpflichtung, den anderen unverzüglich darüber zu informieren. Verweigert ein Elternteil die Zustimmung zur Therapie, so muss der Therapeut diese aussetzen, bis eine vormundschaftsgerichtliche Klärung herbeigeführt ist. Probatorische Sitzungen sind davon ausgenommen.

Ein solches Vorgehen entspricht zum einen dem Gebot einer gewissenhaften Berufsausübung, wie es unsere Berufsordnung fordert, zum anderen hilft es aber auch dem Behandler bzw. der Behandlerin, um sich vor eventuellen rechtlichen Auseinandersetzungen zu schützen. Zugleich dient es auch der Sicherung von Honoraransprüchen.

Bitte an alle Kammermitglieder:

Änderungen mitteilen!

Die Kammergeschäftsstelle wird immer wieder damit konfrontiert, dass Mitglieder Änderungen ihrer Daten, insbesondere Anschriftenänderungen, nicht mitteilen. Dies gilt auch für Änderungen in der Berufsausübung, z.B. Wechsel in die freiberufliche Tätigkeit oder Aufnahme einer institutionellen Tätigkeit. Ebenfalls zeigte sich, dass Mitglieder die Einrichtung einer Zweigpraxis, die nach der Berufsordnung anzeige- und genehmigungspflichtig ist, nicht anmeldeten. Die Verwaltungsarbeit wird dadurch erheblich erschwert. Zudem kann die Kammer ihrer Aufgabe nur unvollständig nachkommen, z.B. der Gesundheitsbehörde statistische Daten und Listen der Kammermitglieder zu übermitteln.

Im § 5, Abs. 2 des Bremer Heilberufsgesetz ist eindeutig die Pflicht der Kammermitglieder festgelegt, solche Änderungen „unverzüglich mitzuteilen“. Das Heilberufsgesetz eröffnet sogar die Möglichkeit, bei schuldhafter Nichterfüllung ein Zwangsgeld bis zu 500 € zu verhängen. Die Bremer Kammer möchte nur ungern einen solchen

Weg beschreiten müssen. Deshalb der Appell an dieser Stelle, alle Daten, die sich gegenüber der Ersterfassung verändert haben oder verändern werden, jeweils rasch der Kammergeschäftsstelle mitzuteilen.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit:

Amir Babai, Helmut Hendry, Axel Janzen, Hans-Otto-Platte, Gisela Ripke, Karl Heinz Schrömgens

Geschäftsstelle:

Psychotherapeutenkammer Bremen
Lüder-von-Bentheim-Str. 47
28209 Bremen
Tel. 0421/27 72 000
Fax 0421/27 72 002
verwaltung@Psychotherapeutenkammer-hb.de
www.psychotherapeutenkammer-hb.de
Geschäftszeiten:
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

das letzte Vierteljahr hat der Psychotherapeutenkammer Hamburg einige Erfolge, aber auch neue Aufgaben beschert. Zu den Erfolgen zählt ganz sicher die Veröffentlichung der Expertise über die psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die Resonanz in den Medien, aber auch bei den politisch Verantwortlichen, war überraschend hoch. In der Folge planen zwei Bürgerschaftsfraktionen zu diesem Thema Veranstaltungen, bzw. eine Anhörung in den zuständigen Ausschüssen der Hamburger Bürgerschaft.

Die Sparpolitik des neu gewählten Hamburger Senats beschert neue Aufgaben und Probleme. Eine Reihe von Einrichtungen der psychosozialen Beratung, Betreuung und Therapie müssen mit Mittelkürzungen und teilweise der Schließung rechnen. Dies betrifft nicht nur die Versorgung der Bevölkerung, sondern berührt auch unmittelbar die Situation vieler angestellter PsychotherapeutInnen. Im Bereich der Drogentherapie beabsichtigt der Senat auf Basis eines Gutachtens (FOGS) zum Hamburger Drogenhilfesystem erhebliche strukturelle Veränderungen herbeizuführen. Hier vor allem die

Verlagerung der Drogentherapie auf die sog. vorrangigen Leistungsträger und als Folge davon auf die ambulanten Behandler, zu denen auch die niedergelassenen PsychotherapeutInnen zählen. Im Gegenzug sind erhebliche Mittelkürzungen bei den Drogenhilfeeinrichtungen geplant. Die Kürzungen werden auch die psychosoziale Betreuung der Drogenabhängigen betreffen, die zukünftig nach dem Behördenwillen die Krankenkassen übernehmen sollen. Ein Ausweg und Alternative in diesem Bereich könnte in der Einführung von Integrierten Versorgungskonzepten liegen.

Der Vorstand

Fachkonferenz zur Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen

Die Hamburger Psychotherapeutenkammer stellte am 25. Mai 2004 im Rahmen einer Fachkonferenz im Warburg-Haus ihre Expertise über die gegenwärtige ambulante Versorgungssituation psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher in Hamburg vor. Die Expertise wurde im Auftrag der Kammer von der Gesundheitswissenschaftlerin Dr. med. Maria Albota erstellt.

Die Expertise zeigt auf, dass die psychotherapeutische Versorgung der rund 50.000 psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen in der Hansestadt bei weitem nicht ausreicht. Nur die Hälfte der Betroffenen erhält professionelle Unterstützung, lediglich ein Fünftel bekommt die Chance auf eine erforderliche psychotherapeutische Behandlung. ExpertInnen und PraktikerInnen aus den verschiedensten Einrichtungen der Stadt waren sich einig: Es herrscht eine eklatante Unterversorgung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.



Auf dem Podium vertreten waren (v.l.n.r.) Frau Kloeber (Erziehungsberatungsstelle), Dr. Springer (Kinderarzt), Prof. Dr. Schulte-Markwort, (Leiter der Kinder- und Jugendpsychosomatik des Universitätsklinikums Eppendorf), Dipl.-Psych. Heike Peper (Moderation), Petra Rupp, (Vizepräsidentin), Prof. Dr. Rainer Richter, (Präsident), Dr. Maria Albota (Gesundheitswissenschaftlerin)

Zur Entstehung der Expertise

Ausgangspunkt der Expertise war die Tatsache, dass seit den 90er Jahren ein Anstieg der Prävalenz abklärungs- und behandlungsbedürftiger psychischer Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern und Jugendlichen beobachtet wird. Die Expertise der Psychotherapeutenkammer vergleicht auf der Grundlage wissenschaftlich anerkannter Prävalenzzahlen den tatsächlichen Bedarf mit dem tatsächlichen ambulanten Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche in Hamburg.

Ergebnisse der Expertise

Der Bedarf

Die Übertragung der wissenschaftlich anerkannten Prävalenzstudien auf die Hamburger Verhältnisse ergibt: Bei schätzungsweise 50.000 psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen in Hamburg (ca. 18% aller in HH lebenden Kinder und Jugendlichen) ist zumindest eine diagnostische Abklärung der Beschwerden und Symptome erforderlich.

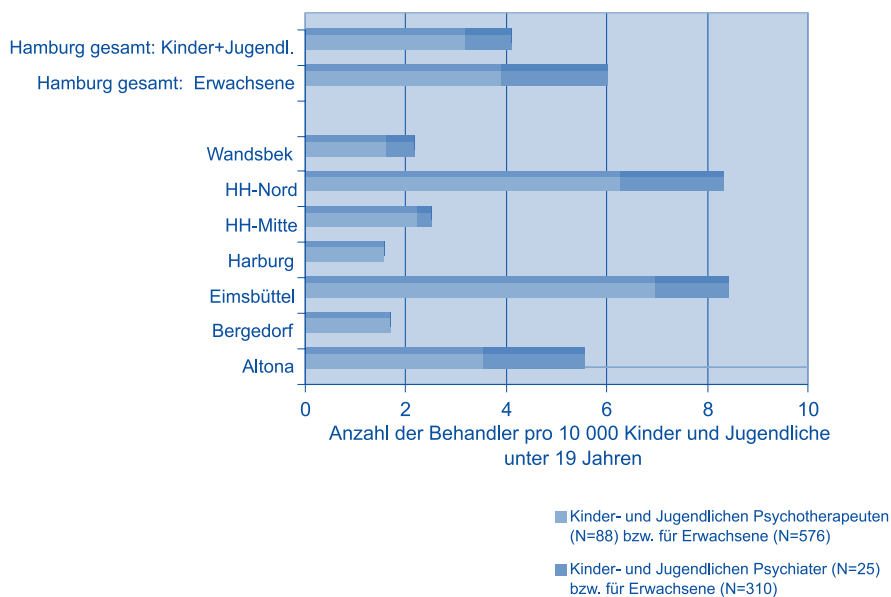
22.000 dieser jungen Menschen, das sind 8% der Kinder und Jugendlichen, leiden unter einer psychischen Erkrankung, die dringend einer psychotherapeutischen und/oder psychiatrischen Behandlung bedarf.

Das Angebot

Betrachtet man im Hinblick auf diese Zahlen das ambulante psychotherapeutische Versorgungsangebot in der Hansestadt, ergibt sich eine gravierende Unterversorgung. In Hamburg praktizieren derzeit 88 Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und Psychologische PsychotherapeutInnen sowie 23 Kinder- und JugendpsychiaterInnen und zwei psychotherapeutisch qualifizierte KinderärztInnen. Hamburgweit kommen etwa 40 niedergelassene PsychotherapeutInnen auf 100.000 Kinder und Jugendliche. Im Vergleich dazu behandeln im Erwachsenenbereich 60 PsychotherapeutInnen 100.000 Erwachsene.

Die Expertise gibt auch Auskunft über das Angebot staatlicher und privater Beratungseinrichtungen des komplementären Bereichs, die an der Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher beteiligt sind. Für ganz Hamburg gilt: Im Hinblick auf die Gesamtprävalenz von 50.000 psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen ergibt

Psychotherapeutendichte nach Bezirken



sich, dass nur 25.000 Kinder und Jugendliche in komplementären Einrichtung betreut oder psychotherapeutisch und psychiatrisch behandelt werden konnten.

Regionale Verteilung des Angebots

Die niedergelassenen BehandlerInnen haben ihre Praxen überwiegend in den innerstädtischen Bereichen wie Eimsbüttel und HH-Nord. Das bedeutet, dass Kinder aus weiter entfernten Stadtteilen wie Bergedorf, Harburg oder Wandsbek unzumutbar weite Fahrzeiten zur Therapeutin / zum Therapeuten zurücklegen müssen, weil in ihren Wohnvierteln die nötige Kapazität fehlt. Die Versorgungsdichte von niedergelassenen BehandlerInnen für diese Stadtteile liegt bei 19 BehandlerInnen pro 100.000 Kinder. Die regionale Verteilung der Beratungseinrichtungen des komplementären Bereichs entspricht der Verteilung im Niedergelassenenbereich. Während sich in innerstädtischen Gebieten das Angebot konzentriert, sind in den kinderreichen Außenbezirken wie Harburg, Wandsbek und Bergedorf nur wenige Einrichtungen vorhanden. In den Stadtteilen, in denen ein realer Versorgungsnotstand herrscht, leben überproportional viele Kinder.

Bedarfsplanungsvorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung (KV)

Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen legen seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes anhand des Bestan-

des im Jahre 1999 fest, wie viele Psychotherapeuten/innen und Psychiater/innen sozialrechtlich zugelassen werden. Dies ist keine „Bedarfsplanung“, da sie sich nicht an den tatsächlichen Bedarfen orientiert. Es kommen weder epidemiologische Angaben zur Morbidität, Prävalenz oder zum Chronifizierungsrisiko von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen noch die realen Arbeitszeitmodelle der TherapeutInnen zum Tragen. Dabei wird der Bereich der Erwachsenenpsychotherapie nicht getrennt von der Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie berechnet. Obwohl in Hamburg der tatsächliche Bedarf bei weitem nicht gedeckt ist, gilt nach Auffassung der KV die Stadt Hamburg als überversorgtes Gebiet.

Auswertung: Tatsächliche ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Hamburg

Von den 22.000 Kindern und Jugendlichen in Hamburg, bei denen eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung dringend notwendig ist, können nur 12.000 im erforderlichen Umfang versorgt werden, wie sich anhand von KVH- Daten aus dem Jahr 2002 nachweisen lässt. Etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen erhielt auch in der Vergangenheit überhaupt keine oder eine nicht angemessene Unterstützung. Das ist gerade in der Entwicklungsphase eines jungen Menschen nicht tragbar. Die Unterversorgung ist in

kinderreichen Stadtteilen, die gleichzeitig in ihrer Sozialstruktur am schwierigsten sind, am deutlichsten.

Zu der Unterversorgung kommt nicht selten eine Fehlversorgung hinzu. Aufgrund des Therapieplatzmangels können psychisch kranke Kinder und Jugendliche oftmals nur diagnostisch begutachtet werden. Die Therapiemaßnahmen beschränken sich häufig auf Psychopharmaka und Bewegungs- oder Beschäftigungstherapien.

Die mangelhafte Versorgung bedeutet neben dem Leid für die direkt betroffenen Kinder und Jugendlichen, auch für deren Familien, und einige Kindergärten und Schulen eine hohe Belastung.

Nicht zuletzt zieht dieses Versorgungsdefizit durch die Gefahr der Fehlentwicklung und Chronifizierung eine unangemessene finanzielle Belastung des gesamten Gesundheits- und Sozialsystems nach sich.

Forderungen der Psychotherapeutenkammer

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg fordert eine quantitative Erweiterung des psychotherapeutischen Angebots und dessen qualitative Verbesserung. Es ist unerlässlich, mindestens weiteren 25 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/innen die Kassenzulassung zu erteilen. Bestehende Behandlungsangebote im komplementären

Bereich, wie Beratungsstellen und Jugendhilfeeinrichtungen, dürften keinesfalls abgebaut werden, die Gesundheitspolitik muss im Gegenteil dazu angehalten werden, Möglichkeiten zu schaffen, durch die dieser Tätigkeitsbereich weiter ausgebaut werden kann. Aufgrund der geplanten Novellierung des SGB VIII ist zudem zu befürchten, dass Beratungsangebote zukünftig kostenpflichtig werden, was die Schwelle für Hilfe und Rat suchende Eltern mit geringem Einkommen entscheidend erhöht. Für eine bessere Versorgung wäre es von großem Nutzen, wenn approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den staatlich finanzierten Beratungsstellen zumindest Kurzbehandlungen anbieten könnten. Heute finden dort aus Kapazitätsgründen meist ausschließlich Diagnostik und Krisenintervention statt. Andererseits benötigen psychisch kranke Kinder und Jugendliche eben oftmals eine längere, kontinuierliche psychotherapeutische Behandlung. Für Therapien dieses Umfangs müssen die entsprechenden sozialrechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden.

Besonders wichtig ist es, eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung in den kinderreichen Bezirken wie Bergedorf, Harburg und Wandsbek sicherzustellen. In diesen Bezirken bedarf es auch dringend weiterer komplementärer Behandlungsangebote. Eine geplante Kinder- und Jugend-

psychiatrische Ambulanz in Harburg sollte beschleunigt verwirklicht und Wege der Realisierung eines zusätzlichen Angebots in Bergedorf gesucht werden.

Die in der Studie aufgezeichnete Situation macht deutlich, wie notwendig es ist, der Kassenärztlichen Vereinigung, den Krankenkassen sowie den GesundheitspolitikerInnen diesen Versorgungsnotstand detailliert vor Augen zu führen und die Mittel einzufordern, die nicht nur den Erhalt bestehender Versorgungsangebote garantieren, sondern darüber hinaus zum Aufbau und zur Verbesserung des unzureichenden Bestandes beitragen. Es gilt, die Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung sowie die Verantwortlichen der Gesundheitspolitik davon zu überzeugen, dass die Kosten für eine schnelle Lösung des Problems relativ gering sind im Hinblick auf den hohen Nutzen für das Wohl der Kinder und Jugendlichen und unserer künftigen Sozialgesellschaft.

Volkswirtschaftlich gesehen sind diese Maßnahmen eine lohnende Investition in die Zukunft, da chronische psychische Erkrankungen langfristig deutlich höhere Kosten verursachen. Menschlich gesehen würde eine bessere Versorgung das Leid vieler Eltern und Kinder lindern – sicher nicht zu viel verlangt von einer Stadt, die kinderfreundlich sein will.

(Michaela Reimers)

Der Mix macht's! Das Hamburger Fortbildungszertifikat

Die Eckpunkte der Fortbildungsordnung, die die Hamburger Kammerversammlung nach intensiver Diskussion im Juni verabschiedet hat, unterscheiden sich in ihren Anforderungen von denen anderer Landeskammern bzw. der Musterfortbildungsordnung der Bundeskammer.

Der wesentliche Unterschied besteht in dem Anspruch, dass eine Mischung von Kenntniserwerb und Reflexion nachgewiesen werden soll. Gefordert werden mindestens 100 Punkte (40%) aus der Kategorie Kenntniserwerb (incl. Selbststudium) und 75 Punkte (30%) aus der Kategorie Reflexion, 75 Punkte (30%) werden zur freien Wahl gestellt.

Wenn Hamburger Kammermitglieder ihre Fortbildung gemäß dieser Regelung erbrin-

gen, erhalten sie das „Hamburger Fortbildungszertifikat“. In anderen Fällen, in denen zwar die erforderlichen 250 Fortbildungspunkte erbracht werden, aber von dieser Struktur abgewichen wird, wird eine Fortbildungsbescheinigung ausgestellt.

Sowohl in der Diskussion im Ausschuss für Fort- und Weiterbildung als auch in der Kammerversammlung wurde das Interesse deutlich, eine Fortbildungsordnung zu installieren, die nicht nur den Vorgaben des GMG entspricht, sondern die weitergehende Qualitätsstandards setzt und den traditionell guten Fortbildungsstandard der Berufsgruppe nach außen dokumentiert.

Wäre Hamburg dem Vorschlag der Bundeskammer gefolgt, könnte die geforderte Fortbildung nur in einer Kategorie,

also entweder nur über Theorieerwerb oder nur über die Teilnahme an Interventionsgruppen oder Supervision erworben werden.

Psychotherapie ist eine junge Wissenschaft, in der fortlaufend neue Erkenntnisse entstehen, die für die praktische Ausübung des Berufs von Bedeutung sind. Sowohl der kontinuierliche Erwerb neuer Kenntnisse, als auch die fortlaufende Reflexion der therapeutischen Tätigkeit, erscheint nach Meinung der Hamburger Kammer für die Fortentwicklung des Berufsstandes unumgänglich.

Durch die Verabschiedung der Eckpunkte der Fortbildungsordnung in der Kammerversammlung kommt dieser Qualitätsstandard zum Ausdruck.

Was ist, was kann, was leistet das Konzept der Integrierten Versorgung?

In den vergangenen Monaten hat sich der Vorstand verstärkt mit dem Thema Integrierte Versorgung (I.V.) beschäftigt. In mehreren Gesprächen mit Vertretern von Krankenkassen wurde versucht, die Möglichkeiten für PP und KJP an Modellen der I.V. teilzunehmen, zu überprüfen.

Das bisherige Nebeneinander verschiedener Leistungssektoren im Gesundheitswesen - stationär, ambulant, Rehabilitation - hat in der Vergangenheit zu einem beträchtlichen Maß an Unter-, Über- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen beigetragen. Leidtragende sind die Patienten, aber auch das Gesundheitswesen, das mit unnötigen Kosten belastet wird.

Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber im GMG die Möglichkeit zur Realisierung von Modellen der I.V. und zur Überprüfung ihres Nutzens in der konkreten Versorgungssituation geschaffen. Es soll vor allem darum gehen, die unterschiedlichen Leistungsbereiche stärker zu vernetzen. Der Austausch von Informationen und eine systematische Abstimmung im Behandlungsgeschehen könnten so verbessert werden. Insbesondere an der Schnittstelle zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern als auch in der Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Leistungserbringern wie Krankengymnasten oder Psychotherapeuten soll kooperiert werden.

Für das Gelingen solcher Modelle sind vertragliche und finanzielle Spielräume notwendig und nicht minder wichtig die Bereitschaft zum Engagemant auf Seiten aller Beteiligten. Der Gesetzgeber hat Weichen gestellt. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz, genauer der Änderung der §§ 140 a ff SGB V, wurden neue Möglichkeiten zur Gestaltung integrierter Versorgungspartnerschaften eröffnet. Den Krankenkassen wurden Freiheiten in der Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern eingeräumt. Autonome Einzelverträge mit einzelnen Leistungsanbietern oder Anbietergemeinschaften sind jetzt potentiell möglich. Das ist insofern ein Novum, als bislang Integrationsverträge der Krankenkassen nur

mit Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen möglich waren.

Über die neuen Möglichkeiten der Vertragsgestaltung hinaus gibt es erstmals auch finanzielle Anreize, um die Integrierte Versorgung zu fördern: Ein Prozent der Gesamtvergütungen für Kassenärzte und Krankenhäuser – das sind rund 680 Mio. Euro im Jahr 2004 – stehen den Krankenkassen zur Finanzierung integrierter Versorgungsprojekte zur Verfügung.

Den Patienten bleibt es freigestellt, sich an solchen Konzepten zu beteiligen. Die Krankenkassen haben aber auch hier die Möglichkeit über finanzielle Anreize, wie z.B. die Befreiung von der Praxisgebühr, die Teilnahme zu fördern.

Welche Chancen bietet dieses neue Versorgungskonzept nun möglicherweise für PsychotherapeutInnen ?

Auch wenn die KVH auf Basis ihrer Bedarfsberechnungsmethoden eine psychotherapeutische Überversorgung für Hamburg behauptet, muß doch eher von einer Erhöhung des gesamten Bedarfs ausgegangen werden.: Die Unterversorgung mit niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurde durch die Studie der Psychotherapeutenkammer Hamburg jüngst belegt. Die DAK und die Techniker-Krankenkasse haben kürzlich ermittelt, dass die Zahl der psychischen Erkrankungen sprunghaft zugenommen hat. Psychische Ursachen werden als Grund für langwierige und kostenträchtige Krankheiten vermehrt erkannt. Es ist also zu überprüfen, ob die Vernetzung und Zusammenarbeit im Sinne der I.V. z. B. zwischen Hausärzten, Kinderärzten, Kliniken und Psychotherapeuten aus fachlicher Sicht Verbesserungen erbringt. Dabei könnten aufgrund der gesetzlichen Vorgaben auch KollegInnen in die Behandlung von Kassenpatienten einbezogen werden, die bisher keine Zulassung durch die KV haben. Voraussetzung ist aber auch dafür die Approbation und die Eintragung in das Arztregister.

Für einige Erkrankungen und Indikationen erscheint die Entwicklung von Behandlungskonzepten im Rahmen einer I.V. auf den ersten Blick denkbar. In einem Teil dieser Handlungsfelder sind bereits Disease-Management-Programme (DMP) gestartet worden, die ähnliche Zielsetzungen haben wie die I.V. In den Gesprächen mit den Kostenträgern ist deren besonderes Interesse an der Entwicklung von Integrierten Versorgungskonzepten in den Bereichen „Essstörungen“ und „Suchterkrankungen“ deutlich geworden. Auch der Bereich der psycho-onkologischen Versorgung scheint von Interesse.

Der Vorstand prüft weiterhin die Bedingungen für entsprechende Modelle unter Teilnahme von PPs und KJPs. Bis zum Herbst 2004 sind Treffen mit Fachleuten aller betroffenen Bereiche geplant, in denen die Vor- und Nachteile, sowie mögliche Bedingungen solcher Konzepte für einzelne Versorgungsbereiche gesichtet werden sollen. Ggf. könnten auf dieser Basis Rahmenkonzepte entwickelt und den Hamburger Krankenkassen vorgestellt werden. Wir werden darüber weiter informieren.

Terminhinweis: Allgemeine Kammerversammlung

Am Mittwoch, dem 29. September, um 20.00 Uhr, findet die diesjährige Allgemeine Kammerversammlung aller kammerzugehörigen Mitglieder im Hörsaal der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im UKE-Hamburg statt. Die Einladungen wurden bereits versandt.

Geschäftsstelle

Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 12.00 Uhr,
Mi 15.00 – 17.00 Uhr
Tel. 040/4210 1234
Fax 040/4128 5124
info@psychotherapeutenkammer-
hamburg.de
www.psychotherapeutenkammer-
hamburg.de

Bericht des Vorstandes

Präsident Jürgen Hardt sieht die Kammer auf gutem Wege

Die Strukturen der berufspolitischen Vertretung der Psychotherapeuten zu entwickeln und gesellschaftlich zu etablieren ist eine gewaltige Aufgabe. Insgesamt gesehen können die Psychotherapeuten in Hessen nach zwei Jahren Psychotherapeutenkammer stolz auf das Erreichte sein. Präsident Jürgen Hardt bei der Eröffnung der 8. Delegiertenversammlung am 19. Juni 2004:

„Die Ausschüsse haben ausgezeichnete Arbeit geleistet, nicht nur in Bezug auf die Arbeitsergebnisse. Eine Fortbildungsordnung liegt vor, eine Berufsordnung ist verabschiedet, der Ausschuss Qualitätssicherung hat verschiedene Papiere erstellt, Beschwerde und Schlichtung haben ihre Arbeit aufgenommen, die Arbeitsgruppe Versorgungswerk hat entscheidungsreife Alternativen vorgelegt, die Planung des Zweiten Hessischen Psychotherapeutentages, an dem die Ausschüsse Wissenschaft und Forschung und Psychotherapie in Institutionen beteiligt sind, ist gut vorangekommen. Den Satzungsausschuss und die Geschäftsstelle, die beide unauffällig ihre Arbeit tun, was ihre Qualität auszeichnet, will ich nicht unerwähnt lassen.

Aber nicht nur Arbeitsergebnisse zählen, sondern, was noch bedeutsamer ist, die Arbeit erfolgt in kollegialer Zusammenarbeit, ohne die Unterschiede zu verwischen. Das trifft auch für die Zusammenarbeit im gemeinsamen Beirat mit der Landesärztekammer zu. Schien am Anfang ein Profilierungszwang gegenüber Ärzten zu dominieren, so gelingt es zunehmend, dass sich die Mitglieder des Beirates beiden Berufsgruppen gemeinsamen Problemen zuwenden.

Den Vergleich mit anderen Landeskammern brauchen wir nicht zu scheuen. Wenn

mancher zu Beginn gemunkelt hatte, der große Vorstand könnte die Arbeit behindern, so können wir feststellen: Die Befürchtungen haben sich nicht bewahrheitet. Wir stehen in Bezug auf die Arbeitsergebnisse gut da. Es zeigt sich auch in anderen Kammern, dass Majorisierung in den Kammern keine Probleme löst. Zunehmend wird anerkannt, dass der Verschiedenheit in unseren Berufsgruppen Rechnung getragen werden muss. Mit einer Verrechnung über den kleinsten gemeinsamen Nenner können die Unterschiede nicht befriedet werden, sondern wesentliche Ressourcen gehen verloren.

Die Vision einer Gemeinschaft vieler Kulturen ist nicht Einförmigkeit, auch nicht Einsprachigkeit, denn das wäre das Ende von kultureller Vielfalt: sie besteht in der Kunst des Übersetzens, die immer auch Respekt vor dem Nichtsagbaren beinhaltet. Reiche Sprachen sind nie vollkommen ineinander übersetzbar, und formale Sprachen, wie die mathematische, gehen mit einem hohen Qualitätsverlust einher, der spätestens bei der Rückinterpretation der Ergebnisse in das Leben wieder eingeholt werden muss. Unser, von anderen angeblich belächelter, Versuch der Entwicklung einer kollegialen Kooperation im Beibehalten der Unterschiede, gewinnt so zunehmend Anerkennung und Respekt. Wie wir es z.B. auch auf Bundesebene erfahren können.“

Veränderte Strukturen im Vorstand

Der Vorstand arbeitet seit Anfang des Jahres nicht mehr in festen Ressorts, sondern einzelne Mitglieder des Vorstands betreuen budgetierte Projekte zu aktuellen Fragestellungen. Dadurch wurden begrenzte Zuständigkeiten und eine bessere Arbeitsverteilung ermöglicht. Insgesamt 14 solcher Projekte sind im Moment in Bearbeitung. Themen sind z.B.: Disease Management

Programme (DMPs), Prävention, Vorbereitung zur Gründung des Versorgungswerks, psychosomatische Versorgung in Hessen, Erhebung der Versorgungslage mit KJP-Therapie.

Öffentlichkeitsarbeit

Einen Arbeitsschwerpunkt im ersten Halbjahr bildete die Vorbereitung des 2. Hessischen Psychotherapeutentages, der am 24. und 25. September in Gießen stattgefunden hat.

Allgemein möchten wir Sie darauf hinweisen, dass aktuelle Informationen und Veranstaltungshinweise über die Homepage der Kammer abrufbar sind: www.psychotherapeutenkammer-hessen.de. Zwischen dem Schreiben der Texte für das PTJ und dessen Erscheinen liegen bis zu drei Monate. Vieles ist dann bereits überholt.

Gesundheitspolitik

Nach aus Sicht des Vorstandes erfolgreichen Gesprächen mit der TK zu deren Modellprojekt ist auf Seiten der Krankenkasse Stillstand eingetreten.

Die LPPKJP ist seit kurzem auch in dem gemeinsamen Ausschuss für Qualitätssicherung der Landesärztekammer und der KV-Hessen vertreten.

Psychotherapie in Institutionen

Der Kammer ist es gelungen, in eine Arbeitsgruppe des Landeskrankenhausausschusses aufgenommen zu werden, die sich mit der künftigen Gestaltung der psychosomatischen Versorgung in Hessen befasst. Es ist Ziel des Vorstandes, bei einer Novellierung des Krankenhausgesetzes zu erreichen, dass die beiden Berufsgruppen adäquat in die einschlägigen Regelungen einbezogen werden. Darüber hinaus strebt die Kammer einen Sitz im Landeskrankenhausausschuss an.

Der Vorstand hat unter großem Zeitdruck einen Fragebogen zur Versorgung psychosomatisch erkrankter Patienten versandt, um für Verhandlungen auf Daten zurückgreifen zu können. Die Auswertung werden Sie im nächsten PTJ und im Internet finden.

Fortbildung

Der Vorstand hat sich mit Fragen der Umsetzung der Fortbildungsordnung und der sozialrechtlichen Fortbildungsverpflichtung befasst. Im Zusammenhang mit begleitenden Stellungnahmen zur Musterfortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer sah es der Vorstand als notwendig an, gemeinsam mit der Landeskammer Berlin eine rechtsgutachtliche Stellungnahme zu beauftragen, die wesentlich

dazu beitrug, dass eine liberale Musterfortbildungsordnung verabschiedet wurde.

Beschwerdeangelegenheiten

Der Beschwerdeausschuss musste sich mit vier Beschwerden von Mitgliedern befassen. Diese richteten sich gegen die Qualität psychotherapeutischer Behandlung sowie gegen einen Verstoß gegen die Schweigepflicht. Die Beschwerde eines Arztes wurde abgewiesen: auf der Grundlage einer Vollmacht seiner Patientin verlangte er die Herausgabe von Berichten an den Gutachter.

Beschwerden gegen Mitgliedschaft

Der Vorstand hatte sich mit einer Reihe von Widerspruchsangelegenheiten zu befassen,

in denen Mitglieder die Auffassung vertraten, sie erfüllten nicht die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft bzw. bestimmte Teile ihrer Einkünfte seien der Beitragsbemessung nicht zugrunde zu legen. Der Vorstand entschied auf der Grundlage einer gutachtlichen Stellungnahme des Justitiars der Bundeskammer RA Stellpflug, den Begriff der Berufsausübung weit auszulegen und nur in den Fällen eine Mitgliedschaft zu verneinen, in denen Approbierte einer berufsfremden Tätigkeit nachgehen, die in keinem Zusammenhang mit der Ausbildung und den dabei erworbenen Fachkenntnissen steht. Die Einzelfallentscheidungen bergen naturgemäß das Risiko von Verwaltungsrechtsstreitigkeiten. In zwei Fällen wurde bereits Klage durch Mitglieder erhoben.

Bericht von der 8. Delegiertenversammlung der Hessischen Kammer für PP und KJP am 19.06.04 in Flörsheim

Im Zentrum der 8. DV stand die Entscheidung über ein **Kammerversorgungswerk**. Die Delegierten verzichteten einstimmig auf die Gründung eines eigenen hessischen Versorgungswerks und beschlossen einen Beitritt zum Versorgungswerk Niedersachsen (PKV) (siehe dazu näher im Abschnitt „Altersversorgung“ S. 274).

Dr. Walter Kindermann vom Hessischen Sozialministerium war als Gast auf der 8. DV anwesend und erläuterte das Prozedere: Zum Anschluss an das Psychotherapeutenversorgungswerk Niedersachsen muss zwischen Hessen und Niedersachsen ein Staatsvertrag geschlossen werden, der wie ein Gesetz eingebracht und verabschiedet werden muss. Dr. Kindermann sagte hierfür die Unterstützung des Sozialministeriums zu.

Einige Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hessen hatten Gerichtsverfahren zur Aufnahme in das Versorgungswerk der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen an-

gestellt (**EHV-Klage**). Die Delegierten appellierten mehrheitlich an die Klageführer, ihre Klagen **zurückzunehmen**.

Kontrovers wurden die „**Internetkosten**“ diskutiert, die höher ausgefallen sind als erwartet und als unangemessen angesehen wurden. Die DV stellte fest, dass das Finanzcontrolling verbessert und strukturelle Probleme ausgeräumt werden müssen. Die bisherige Internetkommission wurde aufgelöst. Die Verantwortung für die Inhalte wurde dem Präsidenten, für die Technik einem Webmaster übertragen.

Weitere Themen der DV waren die **Berufs-** sowie die **Fortbildungsordnung**. Erstere wurde nach Diskussion an den Ausschuss zurück überwiesen zur weiteren Abstimmung mit Arno Goßmann vom Hessischen Sozialministerium, der ebenfalls als Gast anwesend war. Der Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung wurde aufgefordert, die **Fortbildungsordnung** durch eine Übergangsregelung zu ergänzen.

Der **Jahresabschluss 2003** wurde in der von einem Wirtschaftsprüfer ohne Beanstandung testierten Form festgestellt, der Jahresüberschuss der Rücklage zugeführt und der Vorstand entlastet. Ein Nachtragshaushalt wurde mit geringfügigen Veränderungen einstimmig beschlossen.

Einstimmig wurde weiterhin eine Resolution des Vorstands zur Sicherung der psychotherapeutischen Versorgung und den Erhalt des Erstzugangsrechts bei **Hausarztmodellen** unterstützt (siehe „Resolution des Vorstands“ S. 274).

Abschließend wurde die Bundespsychotherapeutenkammer per Antrag aufgefordert, sich in Abstimmung mit der Bundesärztekammer in die Diskussion um die **Rückführungsfähigkeit von Ausländern** einzuschalten, die zur Ausreise verpflichtet sind. Gutachten und Stellungnahmen sollen den Aspekt der psychischen Gesundheit stärker berücksichtigen.

Alfred Krieger

Resolution des Vorstands der LPPKJP zur Sicherung der psychotherapeutischen Versorgung auch bei Hausarztmodellen¹

Die Förderung einer hausarztzentrierten Versorgung erscheint schon länger vielen Gesundheitspolitikern nicht nur als gesundheitspolitischer Fortschritt, sondern v. a. auch als ein Weg aus der Finanzmisere des Gesundheitssystems. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden erste Weichen gestellt und Instrumente geschaffen, um dies konkret umsetzen zu können. Sowohl die gesetzlichen Krankenkassen als auch die privaten Krankenversicherungen denken bereits intensiv darüber nach, ob Hausarztmodelle, in denen sich Patienten fest einschreiben, zu Kostensenkungen und damit zu Wettbewerbsvorteilen führen. Die Möglichkeit, Patienten mit einer Beitragsreduktion zu ködern oder ihnen die ungeliebte Praxisgebühr zu erlassen oder zu erstatten, wird öffentlich von Kassenvertretern erwogen.

Ob damit die organmedizinische Versorgung gefördert oder beeinträchtigt wird, sei dahingestellt. Für die psychotherapeutische Versorgung stellen Hausarztmodelle allerdings auf jeden Fall durch den mit ihnen verbundenen Verlust des Erstzugangsrechts zum Psychotherapeuten einen deutlichen Rückschritt hinter die Errungenschaften des Psychotherapeutengesetzes und eine ernsthafte Behinderung oder sogar Gefährdung der noch in weiten Landstrichen unzureichenden Versorgung dar.

Ein eingeschriebener Patient müsste sich mit seinem Therapiewunsch zuerst an den Hausarzt wenden. Hierbei besteht

einerseits die Gefahr, dass der psychodiagnostisch nicht ausreichend vorgebildete Hausarzt die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung nicht erkennt, die Überweisung verweigert oder gar einen ungeeigneten eigenen Behandlungsversuch unternimmt. Eine weitere Gefahr besteht darin, dass viele Patienten ihrem Hausarzt, der oft die ganze Familie seit Jahren kennt, aus Scham weder ihren Therapiewunsch, noch ihre psychische Problematik im Detail mitteilen möchten oder können und dann lieber auf die notwendige Behandlung verzichten.

Zahlreiche Untersuchungen beweisen, dass bereits heute psychisch beeinträchtigte Patienten, jahrelang unzureichend oder gar falsch versorgt und behandelt, durch das Gesundheitssystem von Arzt zu Arzt irren, bis endlich ihre psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit erkannt wird und sie eine entsprechende Behandlung erhalten. Zu diesem Zeitpunkt sind aber wegen der entstandenen Chronifizierung ihrer Erkrankung auch psychotherapeutische Heilungschancen schlechter. Zumindes wird der notwendige Behandlungsaufwand deutlich vergrößert. Somit muss man neue, zusätzliche Hürden, die vor einer psychotherapeutischen Behandlung aufgebaut werden könnten, nicht nur als ethisch fragwürdig, sondern auch als ökonomisch unsinnig bewerten.

Hinzu kommt, dass Patienten auch nach Aufnahme einer Psychotherapie aufgrund des Überweisungsvorbehaltes der Hausärz-

te für die Dauer der Behandlung gezwungen wären, sich jedes Quartal eine neue Überweisung für ihren Psychotherapeuten zu besorgen und dies unter Umständen immer wieder aufs Neue zu begründen. Es steht zu befürchten, dass Hausärzte in Unkenntnis typischer psychotherapeutischer Behandlungsverläufe – die nie geradlinig verlaufen und oft mit Krisen verbunden sind – Psychotherapien vorzeitig beenden könnten, weil sie keine Überweisungen mehr ausstellen. Die Möglichkeit eines derartigen schweren Eingriffs in Patientenrechte, Behandlungsverläufe und in die Behandlungsautonomie der Psychotherapeuten sogar bei gutachtlich bereits geprüften und von der Kasse bewilligten Psychotherapien ist unakzeptabel!

Wir fordern daher die Akteure im Gesundheitssystem auf, sich für den dringend notwendigen Erhalt des Erstzugangs zu Psychotherapeuten auch bei Hausarztmodellen einzusetzen. Die angemessenste Lösung dieses Problems wäre, die im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens angedachte und von den Psychotherapeuten einhellig geforderte Schaffung eines eigenen erstzugangsberechtigten psychotherapeutischen Versorgungsbereichs neben denen der Haus- und Fachärzte.

¹ Leicht gekürzte Fassung. Vollständig im Internet unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Altersversorgung

Beitritt beschlossen zum Psychotherapeutenversorgungswerk Niedersachsen

In den Delegiertenversammlungen am 19. Juni 2004 und am 21. Juli 2004 hat die hessische Psychotherapeutenkammer entscheidende Beschlüsse zur Versorgung ihrer Mitglieder sowie deren Angehörigen im Alter und bei Berufsunfähigkeit gefasst.

Wie an verschiedenen Stellen berichtet wurde im Sommer 2003 eine Arbeitsgruppe (Manfred Burkart, Vorsitz; Dr. Friedhelm Jung; Tilo Sillwedel; Hans Bauer, cooptiert) eingerichtet, die die Aufgabe hatte, sich in die komplizierte Materie einzuarbeiten und für die Delegiertenversammlung entscheidungsreife Beschlüsse vorzubereiten. Nachdem erkannt wurde, dass eine Eigen-gründung in Hessen wegen einer zu ge-

ringen zu erwartenden Mitgliederzahl ökonomisch nicht sinnvoll sei, kristallisierten sich zwei Möglichkeiten heraus:

- Eine Gründung zusammen mit Bayern, Baden-Württemberg oder eventuell dem Saarland,
- oder ein Beitritt zum bestehenden Psychotherapeutenversorgungswerk in Niedersachsen.

In der Folge wurde jedoch deutlich, dass die erste Variante mit einigen Unwägbarkeiten behaftet war, die eine Gründung auf 2006 verzögert oder sogar ganz unmöglich gemacht hätten.

Die Entscheidung fiel deswegen für einen Beitritt zum von der Kammer Niedersachsen gegründeten Versorgungswerk. Die Rechtssituation dieses Versorgungswerkes ist die Teilrechtsfähigkeit. Die Mitsprachemöglichkeit für die Vertretung der hessischen Kolleginnen und Kollegen findet über eine Beteiligung am Verwaltungsrat statt. Das zu Grunde gelegte versicherungsmathematische Modell ist das individuelle Anwartschaftsdeckungsverfahren. Das heißt, Anwartschaften werden

durch die individuelle Beitragsleistung begründet. Das Modell ist vergleichbar mit privater Lebensversicherung oder privater Rentenversicherung. Versorgungswerke können gegenüber diesen Anbietern günstiger sein, weil sie weder Akquisitionskosten haben, noch steuerpflichtig sind oder Gewinne erwirtschaften müssen. Überzeugt hat das Psychotherapeutenversorgungswerk die Delegierten auch wegen durchdachter Satzungsregelungen. Zum Beispiel ist das Alter für den Beginn des Rentenbezugs auf 60 Jahre festgelegt, kann aber mit oder ohne weitere Beitragszahlungen und entsprechender Erhöhungen der monatlichen Rentenzahlungen auf bis zu 65 Jahre hinausgezögert werden.

Wer als hessisches Kammermitglied zum Zeitpunkt des Beitrittes (in Kraft treten des Staatsvertrages) Mitglied der Kammer ist, wird zwar Pflichtmitglied des Versorgungswerkes, kann aber die Mitgliedschaft durch einfache Erklärung innerhalb eines halben Jahres beenden. Die Hessische Psychotherapeutenkammer wird zusammen mit dem Psychotherapeutenversorgungswerk Informationen bereitstellen und auch individuell beraten, ob sich eine Mitgliedschaft im Einzelfall lohnt (weitere Informationen unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de oder auf der Homepage des Psychotherapeutenversorgungswerkes unter www.p-v-w.com).

Hans Bauer

Vizepräsident der LPPKJP Hessen

Fortbildungsordnung in Kraft

Seit dem 01.04.2004 ist die Fortbildungsordnung in Kraft. Es können Fortbildungsveranstaltungen zur Akkreditierung eingereicht werden, die ab dem 01.07.2004 stattfinden. In den vergangenen Wochen gingen hierzu zahlreiche Anfragen an die Geschäftsstelle. Auf einige können wir an dieser Stelle eingehen, andere bedürfen der weiteren Klärung und Abstimmung mit Landesärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung Hessen und weiteren Institutionen.

Die hessische Fortbildungsordnung stimmt in Bezug auf Inhalte und Kriterien mit den in der Zwischenzeit von der Bundespsychotherapeutenkammer verabschiedeten Empfehlungen der Muster-Fortbildungsordnung weitgehend überein. Mit der komplexen Thematik befasst sich auf Landesebene der Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Akkreditierungs- und Zertifizierungskommission (AZK).

Akkreditierung bezeichnet den Vorgang der Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme durch die Kammer. Veranstalter erhalten damit eine Vorabbestätigung, dass diese Fortbildungsveranstaltung bei ordnungsgemäßer Durchführung den inhaltlichen Voraussetzungen zur Vergabe von Fortbildungspunkten entspricht.

Zertifizierung bezeichnet den Vorgang der Anerkennung von Teilnahmebescheinigungen über akkreditierte Fortbildungen durch

die Kammer. Als Mitglied der Kammer reichen Sie Ihre Bescheinigungen akkreditierter Fortbildungen ein und beantragen die Berücksichtigung für das Zertifikat.

Regularien zu Akkreditierung und Zertifizierung

- Jedes Kammermitglied kann Bescheinigungen über **Fortbildungen vom 01.01. – 30.06.2004** zur Zertifizierung einreichen, obwohl die Fortbildungsordnung erst zum 01.04.2004 in Kraft trat.
- Die hessische Fortbildungsordnung sieht die **gegenseitige Anerkennung** von Veranstaltungen zwischen der Kammer und anderen Psychotherapeuten- und Ärztekammern vor, sofern deren Kriterien den Standards der hessischen Kammer entsprechen und die Inhalte für die psychotherapeutische Tätigkeit relevant sind. Daher können hessische Kammermitglieder auch Bescheinigungen über Fortbildungen, die von der Landesärztekammer oder anderen Psychotherapeutenkammern bestätigt, d.h. akkreditiert sind, zur Zertifizierung einreichen.
- Bei Teilnahme an **Veranstaltungen im Ausland** wird empfohlen, die Unterlagen (Programm, Teilnahmebescheinigung etc.) zeitnah bei der Kammer zur Prüfung einzureichen.
- Von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen **anerkannte Qualitätszirkel** müssen nicht bei der Kammer zur Akkre-

ditierung eingereicht werden. Die Moderatoren sollen Teilnahmebescheinigungen künftig auch an die psychotherapeutischen QZ-Mitglieder ausgeben. Diese können bei der Kammer zur Zertifizierung eingereicht werden.

- **Supervisoren, Selbsterfahrungsleiter und Interventionsgruppen** werden nicht für eine Einzelveranstaltung oder Veranstaltungsreihe, sondern für einen Zeitraum von vorerst zwei Jahren akkreditiert. Bewährt sich dieses Vorgehen, so ist geplant, diesen Zeitraum auf 5 Jahre zu verändern.
- Veranstalter, die **sowohl bei der hessischen als auch bei anderen Kammern** ihre Angebote zur Akkreditierung eingereicht haben, müssen wegen der gegenseitigen Anerkennung **nur einen der Anträge aufrechterhalten**. Ärztliche und psychotherapeutische Teilnehmer erhalten dann gleichlautende Bescheinigungen und werden informiert, dass diese von der jeweils zuständigen Kammer für das Fortbildungszertifikat gegenseitig anerkannt und akzeptiert werden. Selbstverständlich können die Anbieter ihren **Antrag auf eigenständige Akkreditierung bei der LPPKJPH** aufrechterhalten, sofern sie sich von diesem Vorgehen Vorteile versprechen (höhere Punktzahl, bessere Akquisitionsmöglichkeit).
- Wenn im Rahmen von theoretischer Wissensvermittlung oder bei (curricula-

ren) Fortbildungsreihen **Supervision** oder **Selbsterfahrung** angeboten wird (ggf. auch über einen oder mehrere Tage), handelt es sich dennoch um Fortbildung aus dem Bereich 1 (Workshop, Seminar, Kurs) und es muss ein entsprechender Antrag auf Akkreditierung gestellt werden. Dabei ist der Veranstalter als wissenschaftlicher Leiter und der jeweilige Supervisor als Referent einzutragen.

- Bescheinigungen über anerkannte Fortbildungsmaßnahmen sollen von den Mitgliedern gesammelt und jeweils bis möglichst **Ende März des Folgejahres** bei der Kammer **eingereicht** werden.

Gebühren

Sowohl die Akkreditierung als auch zukünftig die Zertifizierung sind **kostenpflichtig**. Diese grundsätzliche politische Entscheidung hat die Delegiertenversammlung der hessischen Kammer mit nur einer Gegenstimme getroffen. Die Prüfung von Unterlagen sowie die Erstellung von Zertifikaten

ist mit hohem personellem Verwaltungsaufwand verbunden.

Interne Organisation

Die Kammer wird ein Datensystem zur Erfassung der von jedem Kammermitglied erworbenen Fortbildungseinheiten („elektronisches Punktekonto“) einrichten. Auf einem Punktekonto werden die jeweiligen Fortbildungspunkte gutgeschrieben. Die Geschäftsstelle kann damit schnell registrieren, ob die jeweilige Mindestpunktzahl – in Hessen gemäß der Fortbildungsordnung 250 Punkte – erreicht und somit die Voraussetzungen für das Zertifikat erfüllt sind.

Weitere Informationen zur Fortbildungsordnung

Ausführliche Informationen erhalten Sie über die Geschäftsstelle oder unter www.psychotherapeutenkammer-hessen.de.

Hans Uwe Rose

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegin: Frau Dipl.-Psychologin Regine Legutke aus Butzbach, geb. 25.02.1950, gest. 08.07.2004.

Redaktion Hessenseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier

Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/7249387
Fax 0611/7249523
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

wir berichten über Themen, die uns in der Arbeit als Vorstand der PKN beschäftigt haben:

Sachverständigenliste

Wir hatten in Heft 1/04 des Psychotherapeutenjournals über die Kooperation mit dem Niedersächsischen Landeskrankenhauses Königslutter berichtet. Die Forensik-Kommission, die aus Mitgliedern der PKN und Mitarbeitern dieses Landeskrankenhauses besteht, hat jetzt als erstes Arbeitsergebnis Kriterien erarbeitet für die Aufnahme von Experten in eine „Sachverständigenliste für psychologisch-forensische Begutachtungen zu Schuldfähigkeit / Prognose (PKN)“. Mit dieser Liste, in die sich PP und entsprechend qualifizierte Diplom-Psychologen eintragen lassen können, trägt die PKN zur Sicherung der Qualität forensischer Begutachtung bei; zugleich ist damit eine Basis geschaffen für die Beantwortung zahlreicher Anfragen nach kompetenten Sachverständigen. Die Kriterienliste können Sie auf unserer homepage unter dem Menüpunkt „Satzungen“ abrufen.

Diese Kriterienliste ist als Übergangslösung zu verstehen: In Kooperation mit dem Niedersächsischen Landeskrankenhaus Königslutter ist darüber hinaus ein Curriculum „Psychologisch-Forensische Begutachtung“ in Vorbereitung, das zur Anerkennung als Sachverständige(r) für diesen Bereich führen soll.

Umsetzung der Fortbildungsordnung

Viel Raum hat die Arbeit an der administrativen Umsetzung der Fortbildungsordnung eingenommen. Während wir die Vorbereitungen getroffen haben, dass Fortbildungsveranstaltungen akkreditiert werden können und damit Sicherheit geschaffen werden kann, welche Veranstal-

tungen den Anforderungen der Fortbildungsordnung entsprechen und daher auf die Fortbildungsverpflichtung nach dem GMG angerechnet werden können, haben wir gleichzeitig mit den anderen „Nordkammern“ weiterhin an einem möglichst einheitlichen Vorgehen bei Akkreditierung und Zertifizierung gearbeitet.

Die erforderlichen Antragsformulare finden Sie im Internet (s. auch unten den gesonderten Hinweis auf Formulare im Internet); Sie können diese natürlich auch bei der Geschäftsstelle der PKN anfordern.

Psychotherapeutensuchdienst

Die gemeinsame Arbeit mit den Psychotherapeutenkammern Schleswig-Holstein, Hamburg und Bremen an einem Psychotherapeuten-Suchdienst, der sowohl nidergelassene wie angestellte PP und KJP umfassen soll, wurde fortgesetzt. Mit einer Realisierung ist im kommenden Frühjahr zu rechnen.

Bachelor / Master und die Folgen

Ein Thema, das uns noch länger beschäftigen wird, ist die Umstellung des Diplom-Studiengangs Psychologie auf Bachelor- und Master-Studiengänge. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Studienreform mit dem Bachelor-Grad einen ersten berufsqualifizierenden Abschluss schafft und nur für einen – kleineren – Teil der Studierenden aufbauende Master-Studiengänge vorgesehen sind, müssen wir dafür Sorge tragen, dass dennoch eine hinreichende Zahl von Psychologie-Studenten Gelegenheit erhält, einen „Klinischen Master“ als Voraussetzung für eine Ausbildung zum PP (oder KJP – dafür gelten ja aber auch andere Bedingungen) zu erwerben. Für den 23.11.04 hat die PKN daher Vertreter der beteiligten Ministerien (Sozialministerium und Ministerium für Wissen-

schaft und Kultur), Vertreter der niedersächsischen Hochschulen mit einem Studiengang Psychologie und die niedersächsische Akkreditierungsagentur ZEvA zu einer Klausurtagung eingeladen, auf der Lösungen für dieses Problem erörtert und vorbereitet werden sollen.

Kooperationsverträge zur Sicherung bezahlter Ausbildungsplätze

Nach dem Abschluss eines Kooperationsvertrages mit dem niedersächsischen Landeskrankenhaus Königslutter setzen wir unsere Bemühungen – wie es scheint: durchaus mit Erfolg – fort, auch mit anderen Landeskrankenhäusern Vereinbarungen über Kooperationen in Ausbildungsfragen abzuschließen, Vereinbarungen, die zugleich bezahlte Ausbildungsstellen für angehende PP und KJP im „Psychiatrischen Jahr“ sicherstellen.

Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit

Auf Initiative des Vorstands der PKN hat das niedersächsische Sozialministerium eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die sich mit der Formulierung eines Gesundheitsziels „Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit“ und möglichen Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels beschäftigt. Organisiert und moderiert wird diese Arbeitsgruppe, in der Frau Berns und Herr Schwartz als Vorstandsmitglieder der PKN mitarbeiten, von der Landesvereinigung Gesundheit, auf deren homepage (www.gesundheit-nds.de) nähere Informationen zur Arbeit an Gesundheitszielen in Niedersachsen zu finden sind.

Datenschutz

Der Datenschutzbeauftragte unseres Bundeslandes hat zusammen mit den Heilberufekammern eine „Datenschutz-

Checkliste“ erarbeitet, Sie können an Hand dieser Liste ihre eigene Praxis darauf hin überprüfen, ob bzw. wie weit diese den datenschutzrechtlichen Bestimmungen entspricht und somit dafür sorgen, dass Sie datenschutzrechtlich „auf der sicheren Seite“ sind. Die Checkliste ist auf unseren Internetseiten unter dem Menüpunkt „Satzungen“ zu finden.

3. Deutscher Psychotherapeutentag

Am 15.05.04 war die PKN Gastgeber des 3. Deutschen Psychotherapeutentages, also der Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer. Der Geschäftsführer und die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle waren in erheblichem Umfang in die organisatorischen Vorbereitungen und in die Verantwortung für den Ablauf des Tages eingebunden; sie haben durch ihren Einsatz wesentlich zum Gelingen dieser Veranstaltung bei-

getragen – ein herzliches Dankeschön dafür auch von dieser Stelle!

Staatsvertrag mit Bremen gefeiert

Am 28.04.04 wurde in der „ständigen Vertretung“ das Ergebnis einer aufwändigen, erfolgreichen Arbeit mit einem kleinen Festakt besiegelt: der Beitritt der Bremer Psychotherapeutenkammer zum PVW und die Schließung des dazu erforderlichen Staatsvertrags zwischen Niedersachsen und Bremen. Von Seiten der PKN nahmen daran die „Väter“ des PVW und auch dieses Beitritts, Werner Köthke und Dr. Lothar Wittmann, teil.

Gespräche vor Ort

Wenn Sie dieses Heft erhalten haben, haben Sie bereits Gelegenheit gehabt, sich in Gesprächen vor Ort von Vorstandsmitgliedern oder Mitgliedern des Ausschusses Aus-, Fort- und Weiterbildung detaillierter

über die neue Fortbildungsordnung der PKN und die Verpflichtung zur Fortbildung nach dem GKV-Modernisierungsgesetz informieren zu lassen und Ihre Fragen „loszuwerden“. Wir haben Sie dabei auch schon über Änderungen der Fortbildungsordnung informieren können, die die Kammerversammlung am 21.08.04 vor allem zur Anpassung an die Rahmenordnung der BPTK verabschiedet hat. Wir hoffen, dass Sie diese Gelegenheit haben nutzen können – wenn nicht, können Sie wenigstens die aktuelle Fassung der Fortbildungsordnung auf unseren Internetseiten unter dem Punkt „Satzungen“ nachlesen. Aber selbstverständlich bleiben wir auch nach diesen Veranstaltungen weiterhin zu diesem Thema für Sie Gesprächsbereit.

Dr. Lothar Wittmann, Inge Berns, Gertrud Corman-Bergau, Werner Köthke, Prof. Dr. H.-J. Schwartz

Formulare, Vordrucke, Listen, Hinweise, Ordnungen ...

Ein erheblicher Teil der Aufgaben der PKN ist damit verbunden, dass Informationen von den Mitgliedern erhoben werden (müssen) oder Anträge von Mitgliedern zu bearbeiten sind. Dafür sind normalerweise Formulare entwickelt worden, die sowohl dem Mitglied wie auch der PKN die Arbeit erleichtern sollen. Diese Formulare wurden und werden Ihnen, soweit Pflichtaufgaben der Kammer berührt sind, zugeschickt, Sie finden sie aber – ebenso wie andere regelmäßig benötigte Hinweise und Listen – in jedem Fall auch auf den Internet-Seiten der PKN (www.pk-nds.de), wenn Sie den Menüpunkt „Satzungen“ anklicken.

Gegenwärtig können Sie dort herunter laden:

- Meldung:
 - Meldebogen zur Anmeldung bei der PKN gemäß Meldeordnung
 - Formular für Änderungsmitteilungen
- Beitrag:
 - Antrag auf Beitragsermäßigung
 - Bescheinigung des Arbeitgebers, die dem Antrag auf Beitragsermäßigung beizufügen ist
 - Einzugsermächtigung
- Qualitätszirkel:
 - Protokoll der Sitzung eines QZ
 - Bescheinigung über die Teilnahme an einem QZ

- Fortbildung:
 - Antrag zur Akkreditierung einer Veranstaltung (für Veranstalter)
 - Erläuterungen zum Akkreditierungsantrag
 - Bescheinigung der Teilnahme an einer akkreditierten Fortbildungsveranstaltung
- Kriterien für die Eintragung in die „Sachverständigenliste Schuldfähigkeit / Prognose (PKN)“
- Datenschutz:
 - Checkliste
 - Patientenmerkblatt

Und natürlich finden Sie auf dieser Internet-Seite auch alle Ordnungen – also auch die, auf die sich die Formulare beziehen.

Anfragen zur Berufsordnung der PKN

In dieser Rubrik veröffentlicht die PKN in lockerer Folge Anfragen zur Berufsordnung und Stellungnahmen der Mitglieder des Ausschusses „Berufsordnung und Berufsethik“ der PKN. Die Mitglieder des Ausschus-

ses würden es begrüßen, wenn ihre Kommentare auch andere Kammermitglieder zu einem Gedankenaustausch über die Auslegung der Paragraphen der Berufsordnung anregen würden, etwa in Form eines Brie-

fes an die Geschäftsstelle oder eines Leserbriefes an das „Psychotherapeutenjournal“.

Die Anfrage eines Kammermitglieds lautet sinngemäß:

Sein Freund befinde sich bei einer Psychotherapeutin, ebenfalls Kammermitglied der PKN, in Behandlung und klage bei ihm darüber, dass diese ihm immer, wenn er über seine Rückenschmerzen spreche, nahe lege, einen von ihr vertriebenen Massagesessel zu erwerben. Das Kammermitglied bittet um Auskunft, ob dieses Verhalten mit der BO zu vereinbaren sei und was er seinem Freund raten könne.

Mitglieder des Ausschuss BoBe sehen hier neben der Frage, ob die Psychotherapeutin mit ihrem Vorgehen gegen die BO verstößt auch die Frage, wie das vom Patienten angesprochene Kammermitglied unter kollegialen und berufsethischen Gesichtspunkten mit der Klage seines Freundes umgehen kann.

Zur ersten Frage, ob bei der Psychotherapeutin ein Verstoß gegen die BO vorliegt, ziehen die Kommentatoren die Paragraphen 1 (2); 5 (1), (2), (3), (4); 6 (1), (2), (3) und 12 (1), (2), (3) heran.

Zunächst und vor allen Dingen sehen die Kommentatoren einen Verstoß gegen den

§ 12 Abstinenz

(1) Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen haben ihre Beziehungen zu ihren Patientinnen und Patienten professionell zu gestalten und die besondere Verantwortung und ihren besonderen Einfluss gegenüber ihren Patientinnen und Patienten als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten jederzeit angemessen zu berücksichtigen.

(2) Sie dürfen die Vertrauensbeziehung zu Patientinnen und Patienten nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse oder Interessen ausnutzen oder versuchen, aus den Kontakten Vorteile zu ziehen. Für ihre Arbeit steht ihnen ausschließlich das vereinbarte Honorar zu.

(3) Sie dürfen im Zusammenhang mit der Ausübung ihres Berufs keine Waren verkaufen oder gewerbliche Dienstleistungen erbringen.

Das Abstinenzgebot dient dem Schutz der psychotherapeutischen Beziehung zwi-

schen Therapeut und Patient, die dann hilfreich ist, wenn sie vom Patienten als verlässlich, vertrauenswürdig, Sicherheit und Halt bietend erfahren wird. Diese Erfahrung stellt sich dann ein, wenn der Therapeut einen klaren psychotherapeutischen Rahmen gestaltet und dem Patienten nichts anderes verkauft als seine professionelle psychotherapeutische Hilfe.

Im vorliegenden Fall verstößt die behandelnde Psychotherapeutin gegen § 12 (2) und (3). Mit dem Verkaufsangebot verlässt sie den Rahmen psychotherapeutischer Tätigkeit. Möglicherweise enthält sie dem Patienten vor – was ihre Aufgabe wäre – sich auf der psychotherapeutischen Ebene mit seinem Problem Rückenschmerz auseinander zu setzen. Sie benutzt die psychotherapeutische Situation dafür, dem Patienten als Lösung für seine Probleme ihr Produkt anzubieten und versucht mehrfach, es ihm zu verkaufen. Ihre Handlungsweise stellt eine Ausnutzung der psychotherapeutischen Situation zur Befriedigung eigener Bedürfnisse und Interessen dar und den Versuch, aus ihr persönliche Vorteile zu ziehen, die nicht im psychotherapeutischen Behandlungsvertrag gründen.

Die Kommentatoren sehen jedoch auch die allgemeinen Grundsätze der Berufsausübung berührt, wie sie in den Paragraphen 1, 5 und 6 formuliert sind.

§ 1 Berufsaufgaben

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben dazu beizutragen, psychische Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen und psychisches Leiden zu lindern bzw. ihre Patientinnen und Patienten dazu zu befähigen. Zu diesem Zweck wenden sie unter Berücksichtigung des aktuellen wissenschaftlichen Standards reflektiert psychotherapeutische Methoden an. Ihre Aufgabe umfasst die Diagnostik und Indikationsstellung, die Entscheidung für das angemessene Therapieangebot und die Durchführung der Therapie sowie rehabilitativer, kurativer und präventiver Maßnahmen.

Der Verkauf von Waren ist keine psychotherapeutische Methode. Die Psychotherapeutin, die dem Patienten eine psychotherapeutische Behandlung angeboten hat,

verstößt mit dem Verkaufsangebot gegen ihre Berufsaufgabe.

Einige Kommentatoren sehen auch vergleichbare Störungsquellen im Angebot individueller Gesundheitsleistungen.

§ 5 Allgemeine Pflichten

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und sich des ihnen im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauens würdig zu erweisen.

(2) Sie haben die Würde, die Integrität und das Selbstbestimmungsrecht der Pat. zu wahren. Insbesondere haben sie darauf zu achten, dass sie diese nicht durch die vielfältigen Einflussmöglichkeiten, die ihnen bei der Ausübung ihrer Tätigkeit zu Gebote stehen, verletzen.

(3) Sie haben ihr diagnostisches und psychotherapeutisches Wissen reflektiert einzusetzen, insbesondere mögliche Folgen für die Pat. und andere zu reflektieren und Schaden zu vermeiden.

(4) Sie dürfen weder das Vertrauen, die Unwissenheit, die Leichtgläubigkeit oder die Hilflosigkeit von Pat. ausnutzen ...

Im vorliegenden Fall werden Würde, Integrität und Selbstbestimmungsrecht (§ 5 (2)) des Patienten nicht gewahrt, der vertragsgemäß psychotherapeutische Dienstleistungen und keinen Warenverkauf erwartet. Mit dem Wechsel der Rolle von der Therapeutin zur Warenverkäuferin wendet die Therapeutin keine psychotherapeutische Methode unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Standards an (§ 1 (2), § 5 (3)). Schlussendlich wird hier das Vertrauen, evtl. die Leichtgläubigkeit und Hilflosigkeit des Patienten ausgenutzt (§ 5 (1) und (4)).

Damit stört die Therapeutin die psychotherapeutische Beziehung und verstößt gegen die aufgeführten Paragraphen der BO.

§ 6 Sorgfaltspflicht

(1) Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist der somatische und

psychosoziale Befund unter differenzialdiagnostischen Gesichtspunkten zu klären. Vorliegende fachärztliche oder andere Befundberichte sind dabei zu berücksichtigen.

Wäre die Psychotherapeutin der Meinung, dass in diesem Falle eine psychotherapeutische Intervention nicht erforderlich bzw. nicht hilfreich sei, so entspräche es den Geboten der Sorgfaltspflicht, dem Patienten diese Information zukommen zu lassen und ihm gegebenenfalls zur differentialdiagnostischen Abklärung zu empfehlen, einen Facharzt aufzusuchen.

Zur Frage, wie der angesprochene Psychotherapeut unter kollegialen und berufsethischen Gesichtspunkten mit der Klage seines Freundes umgehen kann, gibt es in der BO keine eindeutige Antwort. Er gerät in eine Situation von berufsethischer Relevanz, da die Interessen seines Freundes, das Ansehen des Berufsstandes, möglicher Drittfinanzierer und die Verpflichtung zur Kollegialität möglicherweise konfliktieren. Er hat also eine persönliche Regelung zu finden.

So ist denkbar, dass er

- seinen Freund über die Berufsordnungsvorschriften informiert, die auch für des-

sen Psychotherapeutin verbindlich sind und damit die Möglichkeit eröffnet, dass der Patient die Angelegenheit mit seiner Psychotherapeutin selbst regelt,

- den Freund darüber informiert, dass dieser die Kammer informieren und die Schlichtungsstelle anrufen kann,
- das kollegiale Gespräch mit der behandelnden Psychotherapeutin sucht,
- die Kammer informiert,
- eine ihm andere angemessene Vorgehensweise wählt.

Entscheidet sich der Psychotherapeut dafür, die Kammer zu informieren, so stellt dies keinen Verstoß gegen die Pflicht zur Kollegialität dar, wie § 17 (4) der Berufsordnung ausdrücklich festhält:

§ 17 Verhalten gegenüber anderen Kammermitgliedern

(4) Psychotherapeuten verletzen ihre Pflicht zur Kollegialität nicht, wenn sie die Psychotherapeutenkammer auf einen möglichen Verstoß eines Kollegen hinweisen.

Um Missverständnissen vorzubeugen sei ausdrücklich gesagt, dass der § 17 (4) keine Verpflichtung darstellt, mögliche Verstöße von Kollegen der Kammer zu melden.

Er dient der offiziellen Wertung solchen Vorgehens, wenn sich ein Kammermitglied dazu entschließt. Es soll ihn vor Vorwürfen anderer aufgrund seiner Entscheidung schützen. Der Passus wurde ganz bewusst auch zum Schutz der Patienten und des Ansehens des Berufsstandes eingefügt, um ein Mittel gegen die Tabuisierung und das Verschweigen schwerer Verstöße zu haben. Nach Ansicht der Kommentatoren handelt es sich in dem geschilderten Fall, sollte er sich in der Überprüfung objektivieren lassen, um einen schweren Verstoß gegen die Berufsordnung, was der Psychotherapeutin möglicherweise noch nicht bewusst ist und ihr unbedingt mitgeteilt werden sollte.

*Inge Berns,
Gerlinde Büren-Lützenkirchen,
Gaby Derichs,
Frauke Werther,
Eckard Winter*

Geschäftsstelle

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
info@pk-nds.de
lwww.pk-nds.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Informationen zum Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Nach Ablauf der Antragsfrist für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen zur Entscheidung über eine Mitgliedschaft im Versorgungswerk am 21. Juni 2004 kann das Versorgungswerk ein über den anfänglichen Erwartungen liegendes Interesse an einer Mitgliedschaft vermelden.

Der Verwaltungsrat des Versorgungswerkes war anfänglich von ca. 750 Gründungsmitgliedern ausgegangen. Diese Zahl ist

bereits deutlich übertroffen worden. Der Vorsitzende des Verwaltungsrates, Karl-Wilhelm Hofmann, teilt mit, dass per Stand 19. Juli 2004 864 Mitglieder registriert worden sind. Derzeit sind allerdings noch nicht alle Anträge abschließend bearbeitet worden. Die Geschäftsstelle rechnet damit, dass sich die Gesamtzahl der Gründungsmitglieder auf ca. 1.000 belaufen wird.

Erwartungsgemäß hatten sich zahlreiche Kollegen in den Tagen vor Ablauf der An-

tragsfrist im Versorgungswerk gemeldet, um noch letzte Fragen hinsichtlich einer Mitgliedschaft und/oder Beitragspflicht zu klären. Teilweise ist es hierbei zu Telefonengpässen gekommen, so dass unter Umständen einige Interessenten nicht sofort durchgekommen sind. Der Verwaltungsrat und die Geschäftsstelle bitten insoweit um Verständnis, dass nicht alle Anfragen aufgrund des großen Andranges sofort beantwortet werden konnten.

Ergebnisse der 11. Kammerversammlung

Am 16. Juli fand in Dortmund die 11. Kammerversammlung statt. Vor Eintritt in die Tagesordnung gedachten die Delegierten zweier nach schwerer Krankheit verstorbener Kollgeginen.

Frau *Karin Flamm* hat sich über Jahrzehnte in beispielloser Weise in vielen Funktionen für die Anerkennung der Psychologischen Psychotherapeuten engagiert und wesentlich zur Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes beigetragen. Frau *Ortrud Girbig-Loew* wurde aufgrund ihrer Kenntnisse und ihres Einsatzes als analytische Kinder- und Jugendlichen-therapeutin als Mitglied in den Ausschuss Berufsordnung gewählt. Trotz ihrer schweren Krankheit hat sie bis zuletzt engagiert am Entwurf der Berufsordnung mitgewirkt.

Fortbildungsordnung folgt dem bundesweiten Standard

Die Fortbildungsordnung NRW wurde bei 2 Enthaltungen einstimmig verabschiedet, nach vorausgegangener Diskussion und

Abstimmung einer Reihe von Änderungsanträgen.

Intensiv diskutiert wurde insbesondere die Frage, unter welchen Voraussetzungen bereits von anderen deutschen Heilberufskammern akkreditierte Fortbildungsveranstaltungen anerkannt werden (vgl. § 6). Beschlossen wurde, dass diese anerkannt werden können, wenn sie den Kriterien der Musterfortbildung der BPTK genügen. Der Wegfall eines solchen Referenzkriteriums hätte nicht nur die eigenen Maßstäbe außer Kraft gesetzt, sondern wäre auch der Zielsetzung des 2. Deutschen Psychotherapeutentags zuwidergelaufen, die Kriterien der Musterfortbildungsordnung in den Landesordnungen umzusetzen.

Die Kammer hat nun die neue Zuständigkeit, Fortbildungsveranstaltungen von Veranstaltern zu akkreditieren und die Teilnahme von Psychotherapeuten an der beruflichen Fortbildung zu zertifizieren.

Durch die Bezugnahme auf die Anforderungskriterien für Fortbildungsmaßnahmen

in der Musterfortbildungsordnung hat sich die Kammerversammlung klar dafür ausgesprochen, einem einheitlichen Beurteilungsmaßstab zu folgen, der im Falle von Abweichungen der Anforderungskriterien zwischen den Ländern und anderen Heilberufskammern eine Vergleichsmöglichkeit gewährleistet. Die Fortbildungsordnung, die keiner Genehmigung durch das zuständige Ministerium bedarf, ist in der vorliegenden Ausgabe des PT-Journals als Beilage angefügt. Sie tritt zum Zeitpunkt dieser Veröffentlichung in Kraft. Nähere Informationen zum Stand der verwaltungsmäßigen Umsetzung der Fortbildungsordnung werden über unsere homepage und die Mitgliederrundschreiben bekannt gegeben.

Berufsordnung zur Genehmigung ans Ministerium geleitet

Die Kammerversammlung beriet weiterhin die Berufsordnung, die nach längerer Aussprache mit überzeugender Mehrheit verabschiedet wurde. Die Berufsordnung liegt nun dem Gesundheitsministerium als Aufsichtsbehörde der PTK NRW zur Genehmigung vor.

Qualitätssicherung und Leitlinien: Podiumsdiskussion auf dem 2. Landespsychotherapeutentag in Dortmund

Bietet Qualitätssicherung eine Garantie für Qualität?

Insgesamt 451 Teilnehmer fanden sich zu den Vorträgen, einer Podiumsdiskussion und den Workshops auf dem 2. Landespsychotherapeutentag der PTK NRW ein, der am 10. Juli 2004 in Dortmund stattfand.

Unter der Moderation der Präsidentin der PTK NRW, Monika Konitzer, diskutierten Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens die Frage, ob Leitlinien und Qualitätssicherung für die Psychotherapie Wegweiser sind oder Einschränkungen bedeuten. In der teils kontrovers geführten Diskussion, an der sich im weiteren Verlauf das Publikum beteiligte, kamen sehr unterschiedliche Schwerpunktsetzungen zum Verständnis der Bedeutung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Rolle von Leitlinien zum Tragen.

Zeit für eine qualitativ hochstehende ausführliche Diagnostik sei wegen struktureller Einschränkungen der Versorgungssituation in der Praxis rar, meinte Prof. Dr. Martin Hautzinger vom Lehrstuhl Klinische Psychologie, Universität Tübingen, in der Podiumsdiskussion. Eine genaue Diagnostik sei aber eine notwendige Voraussetzung für eine sichere Entscheidungsfindung zur Indikation einer psychotherapeutischen Behandlung. Qualitätskontrolle müsse so flexibel sein, dass sie dem individuellen Verlauf einer Psychotherapie folgen kann, fordert Martin Hautzinger. Starre Vorgaben wie etwa die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Therapiesitzungen seien kontraproduktiv, weil nicht notwendigerweise in jedem Einzelfall derselben Diagnose erforderlich. Kein Forschungsergebnis beweise zudem eindeutig, dass bei einem bestimmten Störungsbild stets eine Therapie bestimmter Dauer indiziert sei. Schematisch angewendete Leitlinien behinderten ein individuelles Vorgehen, andererseits könnten sie als Minimalstandard dafür dienen, was bei einem Patienten mit dem entsprechenden Störungsbild an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erforderlich wäre.



Podiumsdiskussion auf dem 2. Landespsychotherapeutentag (von links: Prof. Dr. Martin Hautzinger, Dr. Torsten Hecke, Monika Konitzer, Helga Kühn-Mengel, Christoph Rupprecht, Dr. Stephan Hau, Dr. Kurt Ludewig) Foto: Gebhard Hentschel

Dr. Torsten Hecke von der Techniker Krankenkasse, Fachreferat Versorgungsmanagement, betonte, dass Leitlinien auch der Professionalisierung des psychotherapeutischen Berufsstandes dienen. Sie ermöglichen eine Außendarstellung. Wenn der Patient in das Einblick habe, was eine Profession mache, bestehe die Chance, dass sich seine Motivation zur Mitarbeit in der Behandlung erhöhe. Allerdings dürften Leitlinien nicht über das Ziel hinausschießen und als negativ besetzte Normierung gesehen werden. Nach wie vor brauche die Therapie „Spielräume“. Nach Torsten Hecke ermöglichen Leitlinien eine bessere Verteilung von Ressourcen, von der man sich eine höhere Effektivität der Versorgung erhofft.

Leitlinien führen zu mehr Transparenz der Behandlungsmöglichkeiten, stellte Helga Kühn-Mengel, MdB, Patientenbeauftragte der Bundesregierung, in den Vordergrund. Sie hält die Qualitätsdebatte deshalb für erforderlich, weil die Patienten zu wenig über die Gesundheitsleistungen wissen und zunehmend mehr Mitwirkung fordern, aber gleichzeitig Fachkompetenz erwarten. Qualitätssicherung sei ein Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen und solle helfen, finanzielle Ressourcen von schlechter Arbeit hin zu qualitativ hoch stehenden Leistungsangeboten zu verschieben. Behandlungsempfehlungen der DMPs dürften nicht als Kochbuchversorgung verstanden werden. Frau Kühn-Mengel erwartet von den integrierten Versorgungs-

modellen, dass sie auch zu einer Verbesserung der Honorierung beteiligter Psychotherapeuten führen.

Wegen der Zunahme psychotherapeutischen Leistungsbedarfs vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Entwicklungen wird Qualitätssicherung nach Meinung von Christoph Rupprecht von der AOK Rheinland eines der Hauptthemen in der zukünftigen gesundheitspolitischen Debatte sein. Auch er betonte, dass Leitlinien keine Gesetze seien, sondern eine Orientierung zur Erleichterung einer Entscheidungsfindung im Behandlungsfall ermöglichen. Begründete Abweichungen von starren Vorgaben müssen im Sinne eines Best Practice möglich sein.

Beiträge aus dem Publikum hoben durchweg die gute Arbeit der psychotherapeutischen Praxen hervor, die im Zuge der Qualitätssicherungsdebatte zu wenig wahrgenommen und nicht ausreichend nach außen dargestellt werde. Beklagt wurde, dass diagnostische Leistungen und probatorische Sitzungen nicht gewürdigt würden und unterbewertet seien. Gefordert wurde, mehr PPs und vor allem mehr KJPs zuzulassen, um die Versorgung bei frühen psychischen Störungen zu verbessern. Psychotherapie müsse zudem gerecht honoriert werden. Außerdem würden Patienten von Ärzten häufig gar nicht oder zu spät in die Psychotherapie vermittelt, was die Behandlung verzögere und erschwere.

Die Diskussion der Fachleute aus Praxis, Wissenschaft und Gesundheitspolitik machte deutlich, dass Ziele und Nutzen von Qualitätssicherungsmaßnahmen und Leitlinien noch sehr unterschiedlich gesehen werden. Verständlich ist, dass seitens der Leistungserbringer eher Aspekte von Kontrolle und Mehrarbeit befürchtet wer-

den als eine Arbeitserleichterung, wie die Befürworter der Qualitätssicherung betonen. Hier spiegelt sich wahrscheinlich auf beiden Seiten die noch nicht ausreichende Erfahrung im Umgang mit den diskutierten Instrumenten wider. Klar ist, wenn seitens der Gesundheitspolitik nur der Kostenspareffekt dieser Maßnahme he-

rausgestellt wird, dies auf der Seite der Leistungserbringer Widerstand erzeugt. Ein erster konstruktiver Schritt wäre damit getan, Praktiker und Patienten verstärkt in die Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und Leitlinien einzubinden. Qualität bleibt das Erreichte im Verhältnis zum Machbaren bezogen auf das Erwünschte.

Prävention von Essstörungen: Projektergebnisse auf dem 2. Landespsychotherapeutentag vorgestellt

Essstörungen sind auf dem Vormarsch. Gewöhnlich sind Angststörungen und Depressionen noch die häufigste Ursache für Fehlzeiten infolge psychischer Erkrankungen. Essstörungen betreffen schon längst nicht mehr nur das weibliche Geschlecht. Wie im Workshop 3 mit dem Titel „Durch dick und dünn“ von Prof. Dr. H. J. Henning und Dipl. Psych. Birgit Erdwien dargestellt wurde, verzeichnen Hausärzte, Psychotherapeuten, Beratungsstellen und die Ernährungsberatung deutliche Zuwachsraten der Inanspruchnahme durch Patienten mit Essstörungen. Die Verbreitung von Essstörungen unter 12-15jährigen Schülern beiderlei Geschlechts scheint höher als bisher angenommen: 18 % der befragten Mädchen

weisen das Risiko einer ernsthaften Essstörung auf. Auch bei den Jungen muss mit 6% Essgestörten gerechnet werden. Dies fanden die Referenten Henning und Erdwien in einer Befragung von 452 Mädchen und 267 Jungen im Rahmen der Evaluation eines Präventionsprogramms für Essstörungen in niedersächsischen Schulen. Klare Indizien für ein äußerst auffälliges Essverhalten, welches mit hoher Wahrscheinlichkeit die Symptomatik einer klinisch-manifesten Anorexie oder Bulimie andeutet, waren bei 8,3% der befragten Mädchen und bei 5,7% der befragten Jungen zu finden. Ziel des Präventionsprojektes war u. a. die Stärkung des Selbstwertgefühls

von Schülern und Schülerinnen in dieser kritischen Lebensphase, denn Selbstwertprobleme nehmen erheblich Einfluss auf die Essstörung. Darüber hinaus sollten die Kommunikationsfähigkeit und die Mitteilungsbereitschaft gefördert werden, um die Hemmschwelle für ein Gespräch über persönliche Probleme mit Angehörigen, Freunden und professionellen Helfern zu senken. Nach Meinung der Referenten war das Präventionsprojekt in dieser Beziehung sehr erfolgreich. Ableiten lässt sich aus den Ergebnissen, dass ein hoher Bedarf an professioneller psychotherapeutischer Hilfe gerade bei den ersten Anzeichen von Essstörungen besteht.

Primärversorgung nur in Kooperationsmodellen von Psychotherapeut und Hausarzt wirksam

Die Alarmzeichen aus den Fehlzeitenreports der Krankenkassen AOK, TK und DAK sind eindeutig: Psychische Störungen als Ursache der Arbeitsunfähigkeit nehmen zu. An erster Stelle stehen hier Depressionen und Angststörungen. Akute Depressionen liegen an der Spitze psychischer Krankheiten, wegen derer Patienten in hausärztlichen Praxen vorstellig werden. Von den insgesamt 10 % der an Depressionen leidenden Bevölkerung bleiben 69 % ohne medikamentöse Therapie und 43 % ohne jegliche fachliche Hilfe. Selbst diejenigen Patienten, die in Hausarztpraxen als „depressiv“ erkrankt erkannt wurden, blieben zu 38 % ohne Behandlung. Auf diese Befunde und die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Robert-Koch-Institut, Heft 21) bezog sich Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, in der Pressekonferenz anlässlich des 2. Landespsychotherapeutentags.

Die sichere Früherkennung der ersten, meist nur schwer deutbaren Anzeichen psychischer Störungen ist für eine effektive Behandlung unabdingbar. Eine rechtzeitige psychotherapeutische Primärversorgung vermindert entscheidend das Chronifizierungsrisiko. Wirksame psychotherapeutische Behandlungsmethoden stehen bereits zur Verfügung, was die neuesten Ergebnisse der Therapieforschung von Martin Hautzinger, Mitinitiator des „Bündnisses gegen Depression“, zeigen.

Bei der Diskussion über die Rolle des Hausarztes in der Gesundheitsversorgung werden hausarztzentrierte Modelle zur Erstdiagnostik und Primärbehandlung favorisiert. Solche Modelle sind aber dringend zu überdenken, wenn man die geringe Rate richtig erkannter psychischer Störungen berücksichtigt und zudem häufig keine Behandlung nach neuesten Stand der Forschung



Monika Konitzer, Präsidentin der PTK NRW, und Dr. Leonard Hansen, Vorstandsvorsitzender KV Nordrhein auf dem 2. Landespsychotherapeutentag. Foto: Gebhard Hentschel

stattfindet, weil kaum eine spezifische Diagnostik oder Weiterverweisung erfolgt. Wenn der Hausarzt heute als alleiniger „Gatekeeper“ fungieren soll, würde dies ei-

ner Fehlversorgung wohl kaum abhelfen. Hausärzte müssen selbstverständlich mit dem Psychotherapeuten kooperieren und an diese verweisen. Dazu müssten Voraussetzungen geschaffen werden. „Um die Versorgungsqualität nicht nur zu sichern, sondern auch zu erhöhen, muss in die Erarbeitung und Evaluation von Versorgungsleitlinien und Modellen psychotherapeutischer Sachverstand hinzugezogen werden“, so Monika Konitzer. „Gleiches gilt bei der Entwicklung von Screening-Methoden und Kooperationsmodellen. Hier darf es nicht nur bei lokalen Bündnissen gegen Depression bleiben“, hob Monika Konitzer hervor. „Außerdem müssen Psychotherapeuten zukünftig die Möglichkeit erhalten, auch zusätzlich zur Antragspsychotherapie Kurzinterventionen und niedrigschwellige Leistungen anzubieten und abzurechnen.“



Mitgliederberatung auf dem 2. Landespsychotherapeutentag. Foto: Gebhard Hentschel

Kurzmeldungen

„Häusliche Gewalt – die Rolle des Gesundheitswesens“

Die Broschüre zum Eckpunktepapier des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie und der Gesundheitskonferenz NRW zum Umgang mit häuslicher Gewalt ist jetzt auch im Internet abrufbar unter www.mgsff.nrw.de. Die gemeinsamen Empfehlungen wurden unter Beteiligung der PTK NRW verabschiedet.

Hohe Akzeptanz – Fortbildungsangebote 2004

Die von der Kammer angebotenen Fortbildungen finden großes Interesse bei den Kammerangehörigen. Besondere Erwähnung verdient hier die Veranstaltung „Psychoonkologische Basiskompetenz – Brustkrebs“. Die Anzahl der angemeldeten TeilnehmerInnen für beide Termine übertraf alle Erwartungen. Daher hat sich die Kammer entschlossen, einen weiteren Termin im Dezember anzubieten, um allen an dieser Thematik Interessierten ein weiteres Angebot zu machen.

Auch der 2. Landespsychotherapeutentag mit Vorträgen, Podiumsdiskussion und Workshops stieß auf reges Interesse.

Vormerken: Termin Kammerwahl 2005

Die Legislaturperiode der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen endet am 29. September 2005. Nach der in der Wahlordnung (vergl. § 1 Satz 1 u. 3) festgelegten Zeittafel hat der Vorstand den Wahltag auf den 4. Juli 2005 festgelegt. Über Einzelheiten des Wahlverfahrens wird rechtzeitig auch an dieser Stelle informiert.

Amtliche Mitteilungen

Gemäß § 23 Abs. 3 i.V.m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern in der Fassung der Verordnung vom 11. Juli 1996 gibt der Hauptwahlleiter bekannt:

Hans-Ulrich Schlünder, Wahlkreis Arnsberg PP, Vorschlag „Qualität durch Methodenvielfalt“ hat am 8.6.2004 den Verzicht auf seinen Sitz in der Kammerversammlung erklärt. Nachgerückt ist Maren Becker.

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211 522847-0
Fax 0211 522847-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Beratung am Telefon

Beratung durch Rechtsanwalt

Mi.: 14.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Mitgliederberatung durch den Vorstand

Mo: 12.30-13.30 Uhr;
17.30-18.00 Uhr
Di: 12.30-13.30 Uhr;
18.30-19.30 Uhr
Fr: 11.00-12.00 Uhr;
12.30-13.30 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 27

Sprechstunde der Präsidentin

Mo: 12.00-13.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Beratung von Angestellten für Angestellte:

Mi: 13.00-14.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Die nächste Sitzung der Vertreterversammlung findet am

Samstag, den 13. November 2004,
10.00 Uhr
im Bürgerhaus Hechtsheim,
Am Heuerggrund 6,
55129 Mainz-Hechtsheim

statt. **Die Sitzung ist öffentlich. Der Vorstand lädt alle Mitglieder hierzu ein.**

Die Geschäftsstelle hat in den vergangenen Wochen viele Anrufe und Schreiben erhalten, in denen Kritik geäußert wurde. Gerade zu den Themen Beitrags-

und Fortbildungsordnung kamen viele Reaktionen. Sie haben die Möglichkeit, Anliegen, die aus Ihrer Sicht dringlich in der nächsten Vertreterversammlung behandelt werden sollten, an ein Mitglied der Vertreterversammlung oder natürlich die Geschäftsstelle weiterzuleiten. In der Hauptsatzung ist geregelt, dass jedes Mitglied der Vertreterversammlung Anträge in die Vertreterversammlung einbringen darf. Anträge, die spätestens 20 Tage vor der Vertreterversammlung mit Begründung dem Vorstand vorliegen, müssen in die Tagesordnung aufgenommen werden. Bei später vorgelegten Anträgen entscheidet die Vertreterversammlung. Da die politische

Kammerarbeit u. a. von der Mitwirkung der Mitglieder lebt, wollen wir an dieser Stelle nochmals zu einer entsprechenden Beteiligung ermuntern. Wer will, dass seine/ihre Ideen gehört werden, sollte diese den gewählten Vertretern mitteilen. Wenn Sie die Vertreterversammlung besuchen, bekommen Sie einen guten Überblick über die aktuellen berufspolitischen Aufgaben der Kammer und auch ein unmittelbares Bild von der Arbeit Ihrer Vertreterinnen und Vertreter.

Die vorläufige Tagesordnung für die Vertreterversammlung wird rechtzeitig auch auf den Internetseiten der LPK mitgeteilt.

Versorgungswerk: Neueste Entwicklungen

Nachdem die Vertreterversammlung der LPK im Januar 2004 einstimmig beschlossen hatte, auf Grund der auf absehbare Zeit nicht ausreichenden Mitgliederzahl hierfür kein eigenes Versorgungswerk zu gründen, sondern sich dem 2002 in Niedersachsen gegründeten Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW) anzuschließen, wurden direkt Anfang Februar unser Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit sowie in Niedersachsen das federführende Wirtschaftsministerium sowie das Sozialministerium als Partner informiert. Gemeinsam mit der Kammer wurde der Entwurf eines Staatsvertrages abgestimmt. Parallel dazu wurde den Ministerpräsidenten aus Niedersachsen und Rheinland-Pfalz der Antrag unserer Kammer auf Anschluss an das PVW über die Ministerien zur Zustimmung zugeleitet. Nachdem beide Seiten uneingeschränkt zugestimmt hatten, konnten die Ministerien den Entwurf des Staatsvertrages der Staatskanzlei mit der Bitte um Beratung und Beschlussfassung zum schnellstmöglichen Zeitpunkt in den Parlamenten vorlegen.

Weiterer Zeitplan

Wir sind bei Redaktionsschluss im Juli davon ausgegangen, dass der rheinland-pfälzische Landtag direkt nach der Sommerpause den Staatsvertrag als Beschlussvorlage in den Sitzungsplan aufnimmt. In Niedersachsen wurde ebenso zu einem frühen Zeitpunkt damit gerechnet, da bereits in diesem Jahr der Staatsvertrag mit Bremen behandelt wurde, so dass dort kein erheblicher weiterer Beratungsbedarf mehr besteht.

Auswirkungen des Datums der Bekanntmachung

Die Kammer wird sich dafür einsetzen, dass die Verabschiedung des Staatsvertrages frühestmöglich erfolgt, denn dies hat erhebliche finanzielle Auswirkungen auf die Mitglieder. Ab dem Zeitpunkt, an dem der Staatsvertrag nach der Verabschiedung veröffentlicht ist, besteht die Möglichkeit des Antrags auf Mitgliedschaft im PVW und somit auch noch der Zahlung von **Versicherungsbeiträgen für das ganze Jahr**

2004. Dies bedeutet die Sicherung einer Rente mit dem größtmöglichen Beitragsjahresanteil, der für die Mitglieder erzielbar ist.

Mitgliedschaft im PVW – wen betrifft dies?

Hier sind zunächst zwei Fallgruppen zu unterscheiden:

1. diejenigen, die zum Zeitpunkt des Inkraft-Tretens des Staatsvertrages bereits Mitglieder der Kammer sind:

Grundsätzlich haben alle Mitglieder der LPK RLP die Chance, dem PVW beizutreten. Sie müssen dies aber nicht. Die Satzung des PVW sieht vor, dass jedes Kammermitglied über seine Mitgliedschaft innerhalb eines halben Jahres frei entscheiden kann. Damit jeder auf Grund seiner Situation zu einer individuellen Entscheidung gelangen kann, wird das PVW alle Kammermitglieder anschreiben und allgemeine Informationen herausgeben. Nachfragen wegen z. B. Rentabilitätsberechnungen etc. werden

selbstverständlich dann auch auf den Einzelfall abgestellt beantwortet. Wer innerhalb des halben Jahres die Mitgliedschaft im PVW nicht gekündigt hat, bleibt automatisch Mitglied.

2. diejenigen, die erst nach In-Kraft-Treten des Staatsvertrages Mitglied der LPK RLP werden

Die neuen Mitglieder der LPK RLP sind *grundsätzlich* auch verpflichtet, Mitglied des PVW zu werden. Dies bedeutet aber auch, dass es Ausnahmen von dieser Regel gibt: Wer auf Grund seiner jetzigen

Berufstätigkeit Pflichtmitglied in der gesetzlichen Rentenversicherung ist, muss nicht automatisch einem berufsständischen Versorgungswerk angeschlossen sein, da er ja seine Erwerbsunfähigkeits-, Alters- und Hinterbliebenensicherung bereits hierüber erhält. Im Gegenteil hat der Gesetzgeber seit 1995 unterbunden, dass diejenigen, die sich Vorteile von einem Versorgungswerk gegenüber der Rentenversicherung ausrechnen, sich von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen können. Gemäß § 6 Sozialgesetzbuch (SGB) VI ist das nur noch den Berufsgruppen erlaubt, die bereits vor 1995 ein Versorgungswerk ge-

gründet hatten wie z. B. den Ärzten. Wer gesetzlich rentenversichert ist, kann sich aber freiwillig noch Zusatzversichern. Alle freiberuflich Tätigen, d. h., auch die, die sowohl im Angestelltenverhältnis als auch noch niedergelassen arbeiten, sind Pflichtmitglied im PVW.

Die Höhe der Beiträge richtet sich danach, ob man Pflichtmitglied oder freiwilliges Mitglied ist, welche Staffellung aus den Beitragsgruppen man wählt etc. Näheres erfahren Sie aus den Broschüren bzw. über die Webseite des PVW (<http://www.psychotherapeutenversorgungswerk.de>).

Großes Interesse für Weiterbildung Psychodiabetologie

Auf große und bundesweite Resonanz stößt nach wie vor der neue Weiterbildungsgang „Psychodiabetologie“, der von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) nach den Vorgaben unserer Weiterbildungsordnung konzipiert wurde. Das Ausbildungsinstitut der DDG in Bernkastel-Kues hat deshalb auch eine Weiterbildungsermächtigung durch die Kammer erhalten. Ende Juni fand das erste Seminar dieser Reihe im Cusanus-Krankenhaus in Bernkastel-Kues statt, an dem 13 Kolleginnen und Kollegen teilnahmen. Einige kommen aus Rheinland-Pfalz, aber auch aus Berlin und Niedersachsen waren Teilnehmer angereist. Denn die Weiterbildung zum Psychodiabetologen bietet Psychotherapeuten erstmalig in Deutschland die Möglichkeit, über die Grundlagen in der psychotherapeutischen Ausbildung hinaus Kompetenzen in einer *von der Kammer* anerkannten Zusatzqualifikation zu erwerben, die speziell auf die Behandlung von Diabetes-Patienten zugeschnitten sind.

Im Vorstand unserer Kammer wird diese neue Weiterbildungsmöglichkeit als sehr wichtig eingestuft. Vorstandsmitglied Jürgen Kammler-Kaerlein, der im Median-Reha-Zentrum in Bernkastel arbeitet, hat sich ebenfalls für diese Weiterbildung entschieden.

Große Themenfülle

Positive Reaktionen gab es von den Teilnehmern des ersten Seminars. Sehr zufrieden mit dem Ablauf war Dr. Detlef Dusi, leitender Psychotherapeut im Median-Re-



ha-Zentrum. „Ganz klasse gemacht“, schätzte er ein. Vor allem vom Weiterbildungsteam um Dr. Bertil Oser aus der Diabetologischen Schwerpunkteinrichtung am Cusanus-Krankenhaus habe er einen sehr guten Eindruck gewonnen. Auch der Preis sei in Ordnung, denn mit 210 EUR pro Seminar sei diese Weiterbildung längst nicht so teuer wie andere. Von der großen Themenfülle des Seminars war auch die Osnabrücker Psychotherapeutin Elisabeth Hermes sehr angetan, zumal die Referenten auch auf spezielle medizinisch-diabetologische Fragestellungen eingegangen seien. Die weitere Spezialisierung von Psychotherapeuten ist sehr wichtig, findet die Osnabrückerin.

Grundsätzlich werden die Weiterbildungsteilnehmer an verschiedenen Orten in Deutschland geschult, auch wenn der Sitz der Weiterbildungsstätte Bernkastel ist. Wegen der jeweiligen Referenten wird es Veranstaltungen in Norddeutschland und in Bad Mergentheim geben.

Als Leiterin des Weiterbildungsganges hat die Landespsychotherapeutenkammer Dipl.-Psych. Elvira Schmidt aus der Klinik Niederrhein in Bad Neuenahr zur Weiterbildung ermächtigt. Diese sorgt gemeinsam mit Dr. Bertil Oser dafür, dass die in der Weiterbildungsordnung definierten Weiterbildungsinhalte adäquat umgesetzt werden. Dazu gehört die Auswahl geeigneter

Referenten, Supervisoren und Einrichtungen zur Hospitation. Darüber hinaus überprüfen sie, ob ein Weiterbildungsteilnehmer nach erfolgter Ausbildung alle geforderten Voraussetzungen erfüllt, um die Zusatzbezeichnung „Psychodiabetologe/Psychodiabetologin“ zu führen.

Beide verfügen über viele Jahre Berufserfahrung in einer Diabeteseinrichtung. Als Mitglieder im Verein für Diabetes und Psychologie der Deutschen Diabetes Gesellschaft engagieren sie sich für die Weiterentwicklung diabetesspezifischer psychologischer Therapieangebote und diabetologischen Fachwissens sowie für die Fortbildung von Ärzten,

Psychotherapeuten, Psychologen, Diabetesberaterinnen und –assistentinnen. In den externen Weiterbildungsveranstaltungen referieren erfahrene Psychodiabetologen und Fachärzte für Diabetologie. Für dieses Jahr sind noch einige Wochenendseminare geplant. Themen sind u. a. Begleit- und Folgeerkrankungen von Diabetes-Patienten sowie Qualitätssicherung und Erwachsenenbildung. Auch ein Praxisseminar zur Fallvorstellung wird speziell für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen angeboten. Eine Veranstaltung ist bereits ausgebucht, bei entsprechendem Bedarf werden jedoch Wiederholungstermine angeboten. Die Termine für 2005 werden im November sowohl auf

den Internetseiten der DDG als auch auf unserer Homepage veröffentlicht. Weitere Informationen dazu gibt es auch bei der Leiterin des Weiterbildungsganges und im Regionalen Ausbildungszentrum Rheinland-Pfalz.

Dipl.-Psych. Elvira Schmidt
Klinik Niederrhein
Hochstrasse 13-19
53474 Bad Neuenahr
Tel. 0 26 41 – 7 51 24 03

Dr. Bertil Oser
Karl-Binz-Weg 12
54470 Bernkastel-Kues
Tel. 0 65 31 – 91 51 00

Aus den Ausschüssen: Mitglieder für die Arbeit in den Ausschüssen der Kammer gesucht

1. Gemeinsamer Beirat

Der Gemeinsame Beirat ist eine durch das Heilberufsgesetz geschaffene gemeinsame Einrichtung von Landespsychotherapeutenkammer und Landesärztekammer. Sie ist paritätisch mit jeweils 4 Vertretern jeder Kammer besetzt und soll die beiden Kammern in allen Fragen, die diese gemeinsam betreffen, beraten. Insbesondere nennt das Gesetz die Weiter- und Fortbildung, also ein Gebiet, das uns noch vielfach beschäftigen wird. Ein Mitglied des Gemeinsamen Beirates hat wegen berufli-

cher Überbelastung seinen Sitz in diesem Gremium zur Verfügung gestellt.

Der Vorstand ruft deshalb alle interessierten Mitglieder auf, sich bei ihm oder der Geschäftsstelle zu melden, damit die Vertreterversammlung den vakanten Sitz so schnell wie möglich nachbesetzen kann.

2. Ausschuss Berufsordnung und Ethik

Bereits seit über einem Jahr ist in diesem Ausschuss ein Sitz vakant. Ursprünglich

hatte diesen ein Mitglied aus dem Bereich der Erziehungsberatungsstellen inne. Der Ausschuss besteht aus drei Mitgliedern. Die Vertreterversammlung hat beschlossen, diesen möglichst auch jetzt wieder mit einem angestellten Mitglied zu besetzen, um alle Aspekte der Berufstätigkeiten von Psychotherapeuten sachkundig in die Arbeit des Ausschusses einbringen zu können.

Auch hier wendet sich der Vorstand mit der Bitte an alle Mitglieder, die Interesse an einer Mitarbeit haben, dies dem Vorstand selbst oder der Geschäftsstelle mitzuteilen.

Psychotherapeuten in Erziehungsberatungsstellen – Was kann die Kammer für sie tun?

Am 10. März dieses Jahres fand auf Einladung der Landespsychotherapeutenkammer ein erstes Gespräch zwischen Vertretern der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungs- und Familienberatungsstellen (LAG) und dem Vorstand der LPK Rheinland-Pfalz statt. Ziel dieses Zusammentreffens war außer dem beidseitigen Kennlernen der fachliche Austausch zum Thema „Psychotherapie in Erziehungsberatungsstellen“. Es entspann sich eine teils kontroverse Diskussion aus den unterschied-

lichen Blickwinkeln, wobei unbestritten war, dass psychotherapeutische Methoden in der Erziehungsberatung angewendet werden. Unterschiedliche Positionen wurden da deutlich, wo es um die Approbation zur Ausübung einer Tätigkeit im Sinne der Heilkunden in den Erziehungsberatungsstellen ging. Einerseits sind viele Symptome, mit denen Kinder und Jugendliche in den Beratungsstellen vorgestellt werden, mit den Kriterien des ICD-10 der WHO zu erfassen und die entsprechenden Diagnosen und In-

terventionen sind somit als heilkundliche Tätigkeiten einzustufen, die einer Approbation bedürfen. Andererseits ist die gesetzliche Grundlage der Arbeit in den Erziehungsberatungsstellen das KJHG (§§ 27 und 28 ff), die auch die Bewältigung nicht-heilkundlicher Probleme, wie soziale Konflikte, zum Gegenstand hat. Erziehungsberatung bedeutet nicht per se die Ausübung heilkundlicher Psychotherapie. Gleichwohl sind jedoch psychotherapeutische Kompetenzen unabdingbar, um eine angemessene

ne Versorgung der Ratsuchenden zu gewährleisten. Approbierte Fachkräfte (PPs und KJPs) könnten als neue Heilberufe die multidisziplinären Teams, die Tradition in der Erziehungsberatung haben, erweitern und u. U. neue Finanzierungsmöglichkeiten eröffnen. Welche Positionen der Gesetzgeber und die Träger zukünftig beziehen werden, ist noch nicht abzusehen. Das Gespräch wurde von beiden Seiten als sinnvoll und konstruktiv bewertet. Ein weiterer Austausch wurde angedacht. Zwischenzeitlich hat auch auf Bundesebene ein Gedankenaustausch zwischen der BPTk und der bke stattgefunden, der regelmäßig fortgesetzt werden soll.

Druckfehlerteufel in der Fortbildungsordnung:

Im Abdruck der „Anlage 1 zur Fortbildungsordnung“ im Psychotherapeutenjournal 1/2004 hat sich ein Fehler eingeschlichen. Fälschlicherweise wird bei Punkt 7 **Zertifizierte Qualitätszirkel** als maximale Punktzahl 60 FE in 3 Jahren angegeben.

Richtig ist jedoch, dass in 3 Jahren wie auch bei Supervision und Intervention eine maximale Punktzahl von 72 FE in 3 Jahren möglich ist.

An diesen Seiten arbeiteten mit: *Dieter Best, Birgit Heinrich, Barbara Kaleta, Alfred Kappauf, Gabriele Kunz, Elvira Schmidt*

Geschäftsstelle

Landespsychotherapeutenkammer
Rheinland-Pfalz
Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Mo-Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr
Tel. 06131 / 5703813
Fax 06131 / 5700663
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Ihr Rechtsberater zum aktuellen Thema:



Mobbing im Arbeitsverhältnis

Von Dr. Norbert Kollmer
3., neu bearbeitete Auflage 2003
XX, 295 Seiten. Kartonierte € 34,-
ISBN 3-8114-1812-2
(Praxis Arbeitsrecht)

Mobbing am Arbeitsplatz gehört in vielen Betrieben mittlerweile zur täglichen Praxis. Die Folgen des Mobbing sind bekannt: Verschlechterung des Betriebsklimas bis hin zu zum Teil schweren Gesundheitsstörungen bei den Betroffenen. Für die Firmen selbst bedeutet Mobbing oft einen erheblichen Kostenfaktor.

Mittlerweile liegen wegweisende Entscheidungen aus der Arbeitsgerichtsbarkeit zum Thema Mobbing vor.

Der bewährte Rechtsratgeber *Mobbing im Arbeitsverhältnis* zeigt praxisnah die aktuellen Entwicklungen auf:

- Auswirkungen der neuen Rechtsprechung auf die betriebliche Praxis
- Konkrete Handlungspflichten für Arbeitgeber zur Unterbindung von Mobbing
- Fragen der Beweislast
- Mitbestimmungsrechte des Betriebsrats
- Fragen des Arbeitsschutzes
- Schadensersatz- und Unterlassungsansprüche, Recht auf Gegendarstellung

Checklisten, einschlägige Rechtsvorschriften sowie wichtige Adressen im Anhang runden das Werk ab.

C. F. Müller, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg
Kundenbetreuung München: Bestell-Tel. 089/54852-8178, Fax 089/54852-8137
E-Mail: kundenbetreuung@hjr-verlag.de



C.F. Müller
www.cfmüller-verlag.de



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

in unseren heutigen Mitteilungen aus der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein berichten wir über die Ergebnisse einer Befragung unserer Mitglieder zur tariflichen Eingruppierung der angestellten Kolleginnen und Kollegen und zu den Auswirkungen des Punktwertverfalls bei den probatorischen Sitzungen im Rahmen der ambulanten Psychotherapie. Wir berichten über die jüngsten Beschlüsse der Kammerversammlung zur Gründung eines Versorgungswerks für die Mitglieder der Kammer. Und wir informieren über den aktuellen Stand der Umsetzung der seit dem 1. Juli 2004 geltenden Fortbildungsordnung der PKS.

Neben diesen wichtigen Grundsatzbeschlüssen zur Verabschiedung einer Fortbildungsordnung und zur Errichtung eines Versorgungswerkes wurde auf der letzten Kammerversammlung das Thema „Nordkammer“ ausführlich diskutiert. Von einem Mitglied der Kammerversammlung wurde der Antrag gestellt, die vier norddeutschen Psychotherapeutenkammern, Niedersachsen, Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein, zusammenzulegen und den Vorstand zu beauftragen, alles dafür Notwendige in die Wege zu leiten. Als Begründung für diesen Antrag wurde auf mögliche Synergieeffekte, Einsparmöglichkeiten und eine mögliche Verbesserung des Service hingewiesen. Als Beleg hierfür wurden dem Vorstand 340 Postkarten von Schleswig-Holsteiner Kammermitgliedern überreicht, die sich für eine derartige Zusammenlegung der Nordkammern aussprechen.

In der Kammerversammlung bestand Einigkeit darüber, alle Anregungen für mögliche Einspareffekte zu prüfen und dabei auch einen möglichen Zusammenschluss der Nordkammern mit einzubeziehen und fundierte Informationen über Auswirkungen, Vor- und Nachteile zu sammeln. Es wurde in der Diskussion aber auch deutlich, dass nicht per se von tatsächlichen Einspareffekten ausgegangen werden kann. So würden erheblich mehr Fahrt- und Reisekosten entstehen, da in den unterschiedlichen Gremien der Regionalbezug nicht gänzlich aufgegeben werden könnte. Auch eine Ausweitung der Kammerversammlungen und eine Vergrößerung der geschäftsführenden Verwaltung wäre notwendig. Welche Kosten dadurch entstehen und welche Einspareffekte dem gegenüberstünden, kann nur anhand von Erfahrungen und konkreten Berechnungen ermittelt werden.

Ein Beispiel für die Ermittlung konkreter Einspareffekte wird derzeit von den Nordkammern im Rahmen der Umsetzung der Fortbildungsordnungen praktiziert. Mit der Planung einer gemeinsamen Akkreditierungs- und Zertifizierungsstelle wird versucht, Synergie- und Einspareffekte zu nutzen und umzusetzen und dadurch die einzelnen Landeshaushalte nach Möglichkeit zu entlasten. Ob es dabei aber tatsächlich zu Einsparungen kommt, wird erst die Zukunft zeigen.

In der Diskussion wurde auch deutlich, dass der Zusammenlegung mehrerer Län-

derkammern ein sehr aufwändiges und langwieriges gesetzgeberisches Verfahren vorausgehen müsste, in dem zunächst die Heilberufegesetze aller beteiligten Länder vereinheitlicht werden. Auch wären wechselseitige Staatsverträge hierzu erforderlich. Dass derartige Staatsverträge in einzelnen Tätigkeitsfeldern möglich sind, zeigt der per Staatsvertrag geregelte Anschluss Bremens an das Versorgungswerk Niedersachsen. Allerdings handelt es sich dabei um einen relativ kleinen, überschaubaren Bereich der Zusammenarbeit. Ob dies auch auf andere Tätigkeitsfelder übertragen werden kann und inwieweit sich daraus messbare Einspareffekte ergeben, muss sich allerdings erst noch zeigen.

Der Kammerversammlung erschien es jedenfalls mehrheitlich zu vordergründig, zu glauben, dass bloße Größe per se Kosten- und Nutzenvorteile schaffe. Solche Vorteile gilt es zunächst genau zu prüfen, bevor Entscheidungen über Zusammenschlüsse getroffen werden können.

Die Kammerversammlung lehnte daher mit großer Mehrheit den o.a. Antrag ab und unterstützte den vom Vorstand eingeschlagenen Weg der Ausweitung der Kooperationen mit den anderen Nordkammern auf einzelne konkrete Tätigkeitsfelder. Hierdurch lassen sich vorhandene Synergien nutzen und realistische Einspareffekte ermitteln.

Informationen über ein berufsständisches Versorgungswerk

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein hat sich in den

vergangenen Monaten intensiv und ausführlich über berufsständische Versor-

gungswerke und deren mögliche Vor- und Nachteile für unsere Mitglieder informiert.

Dabei wurden Informationen anderer Psychotherapeutenkammern, der Arbeitsgemeinschaft Berufständischer Versorgungseinrichtungen (ABV) und anderer schleswig-holsteinischer Versorgungswerke eingeholt. Hierbei kamen Juristen, Finanzexperte, Verwaltungsfachleute und Steuerberater zu Wort. Der Vorstand hat die Entscheidungen wie auch die Entscheidungskriterien anderer Psychotherapeutenkammern zu diesem Thema durchgearbeitet. Die Ergebnisse wurden der Kammerversammlung dargestellt.

Auf diesem Hintergrund hat die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein am 28. Mai 2004 folgende Beschlüsse gefasst:

„Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein befürwortet grundsätzlich die Gründung eines eigenen oder den Anschluss an ein bestehendes Versorgungswerk für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.“

„Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein wird von der Kammerversammlung beauftragt, die Gründung eines Versorgungswerkes vorzubereiten und alles dafür Notwendige in die Wege zu leiten.“

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein wird diese Beschlüsse der Kammerversammlung zügig umsetzen und Vorschläge zu einer kostengünstigen Umsetzung erarbeiten.

Damit sich alle unsere Mitglieder informieren können, werden die wesentlichen Fakten hier noch einmal zusammengefasst:

Es lassen sich drei Säulen der Altersversorgung unterscheiden. Zur ersten Säule gehört die gesetzliche Rentenversicherung, wie sie für Angestellte und Arbeiter durch die BfA und LVA gegeben ist. Zur zweiten Säule zählen fakultative Zusatzsysteme, wie z.B. betriebliche Rentenversicherungen als freiwillige Leistungen eines Arbeitgebers. Schließlich gibt es als dritte Säule die Eigenvorsorge, die jede/jeder z.B. über eine Lebensversicherung als freiwillige Zukunftsbasisicherung wählen kann.

Ein berufsständisches Versorgungswerk gehört zur ersten Säule der Altersversorgung und ist somit vergleichbar mit der gesetzlichen Rentenversicherung. Das Versorgungswerk dient der Versorgung des Mitglieds im Alter, im Falle der Invalidität und der Hinterbliebenenversorgung.

Ein berufsständisches Versorgungswerk ist grundsätzlich eine Pflichtversicherung für alle Kammermitglieder. Versorgungswerke sind länderspezifische Einrichtungen. Alle Berufsangehörige innerhalb eines Bundeslandes werden in das Versorgungswerk aufgenommen. Anders als bei privaten Lebensversicherungen ist dafür keine vorherige Gesundheitsprüfung erforderlich, und es gibt auch keine höheren Beiträge bei erhöhtem gesundheitlichem Risiko.

Wer bei der Einrichtung eines Versorgungswerkes eine ausreichende Altersvorsorge bereits getroffen hat, kann sich während einer festgelegten Übergangszeit (zumeist sechs Monate) von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk befreien lassen. Dieses Befreiungsrecht von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk kann jedes Pflichtmitglied des sogenannten Anfangsbestandes für sich, ohne Angabe von Gründen, in Anspruch nehmen. Nach dieser Übergangszeit besteht diese Möglichkeit dann allerdings nicht mehr.

Für Angestellte, Beamte und Angehörige anderer Versorgungswerke wird es Sonderregeln geben. Diese Personengruppen, die einer anderen Pflichtvorsorgeeinrichtung angehören (z.B. der BfA), von der eine Befreiung per Gesetz ausgeschlossen wurde, können sich auch nach dieser Übergangszeit von der Mitgliedschaft bzw. der Beitragspflicht zu ihrem neuen berufsständischen Versorgungswerk befreien lassen. Sie können sich allerdings über das Versorgungswerk eine freiwillige, zusätzliche Altersversorgung schaffen und dabei die Höhe ihrer Absicherung selbst bestimmen.

Berufsständische Versorgungswerke sind sicher und haben erfahrungsgemäß eine bessere Rendite als die gesetzliche Rentenversicherung. Die Risiken bei der Invaliditätsabsicherung innerhalb einer relativ homogenen Berufsgruppe sind besser kalkulierbar als bei inhomogen zusammengesetz-

ten Berufsgruppen. Zudem arbeiten Versorgungswerke in der Regel nach dem Prinzip der Kapitaldeckung, d.h. das eingezahlte Geld wird sicher und gewinnbringend angelegt und es werden Rücklagen gebildet, so dass die Versicherungsleistungen durch das vorhandene Kapital gedeckt sind. Die gesetzliche Rentenversicherung funktioniert dagegen im Rahmen des Umlageverfahrens nach dem sogenannten Generationenvertrag, bei dem die Jüngeren aktuell durch ihre Beiträge die Renten der Älteren bezahlen. Dies bedeutet, dass die derzeitigen Finanzierungsprobleme wie sie in der gesetzlichen Rentenversicherung auftreten, bei einem Versorgungswerk nicht auftreten können.

Ein Versorgungswerk ist grundsätzlich demokratisch aufgebaut. Es gibt eine Vertreterversammlung, die die Arbeit des Verwaltungsrates überwacht. Der Verwaltungsrat besteht im Allgemeinen aus drei bis fünf Mitgliedern. Er führt die Geschäfte des Versorgungswerks. Er setzt sich zusammen aus BerufskollegInnen und externen Fachleuten (Jurist, Finanzexperte). Die Rechtsaufsicht über das Versorgungswerk hat das zuständige Landes-Finanzministerium. Das Versicherungsaufsichtsgesetz bildet die rechtliche Grundlage für die fachgerechte Verwendung der anvertrauten Gelder.

Das Versorgungswerk bietet Angestellten die Möglichkeit einer freiwilligen Zusatzversorgung und bedeutet für Freiberufler eine zukunftsichere Pflichtvorsorge. Die Mitglieder des Versorgungswerks können dabei ihre gewünschten Vorsorgeleistungen innerhalb eines durch Satzung vorgegebenen Rahmens selbst bestimmen. Auf der Basis eines versicherungsmathematischen Gutachtens werden lediglich die Mindest- und Höchstbeiträge festgelegt, innerhalb deren das Mitglied die gewünschte Absicherung für sich frei wählen kann. Dies beinhaltet auch einmalige oder wiederholte Sonderzahlungen, die dazu beitragen, die Rentenanwartschaft des Mitglieds zu verbessern.

Die reguläre Altersrente beginnt auch im Versorgungswerk in der Regel mit 65 Jahren. Wer bereits mit 60 Jahren in Rente gehen und entsprechende Abschläge in Kauf nehmen will, kann sich dazu selbst,

ohne dass besondere Voraussetzungen vorliegen müssten, entscheiden. Wer von sich aus bis zum 68. Lebensjahr bei seinem Rentenbeginn warten will, erhält einen Aufschlag auf die reguläre Rente.

Versorgungswerke zahlen im Vergleich zur gesetzlichen Rentenversicherung und im Vergleich zu privatwirtschaftlichen Rentenversicherungen in der Regel eine höhere Altersrente. Dies liegt unter anderem daran, dass Versorgungswerke mit einem schlanken Verwaltungsapparat auskommen. Der Verwaltungskostenanteil privater Rentenversicherer verschlingt im Allgemeinen ca. 7% bis 8 % der Beiträge. Die Verwaltungskosten von berufsständischen Versorgungswerken betragen demgegenüber zwischen 2% und 3%, da keine Aufwendungen für Werbung, Vertrieb und einen aufwendigen Außendienst anfallen. Diese Einsparungen können direkt an die Mitglieder weitergegeben werden. Hinzu kommt, dass Hinterbliebenenrenten ohne Mehrbeitrag eingeschlossen sind und bei Berufsunfähigkeit kein Verweis auf andere Berufe erfolgt.

Ein Versorgungswerk bietet gleiche Beiträge für weibliche und männliche Mitglieder, der sogenannte Unisex-Tarif. Dies gibt es bei privaten Rentenversicherern bislang nicht.

Über die Anlage der Beiträge des Versorgungswerks entscheidet der sogenannte Verwaltungsrat (s.o.). Die Geldanlage hat sich an dem Versicherungsaufsichtsgesetz zu orientieren. Ziel ist die Ertragsvermehrung bei gleichzeitiger Risikovermeidung durch Kapitalstreuung und Anlage in festverzinsliche Papiere.

Wenn man die aktuelle politische Diskussion zu den staatlichen Sozialleistungen und zur Rentenversicherung verfolgt, lässt sich unschwer eine Tendenz zur Pflichtversicherung und Veränderung des bestehenden gesetzlichen Rentensystems erkennen. Ein berufsständisches Versorgungswerk würde hier einen Schutz davor geben, in einen allgemeinen Rententopf mit vielschichtiger Versicherungsrisikodiversifizierung zwangsweise eingebunden zu werden. Alle Anzeichen deuten darauf hin, dass es für die Errichtung eines Versorgungswerkes der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein nur noch ein sehr knappes Zeit-

fenster geben wird. Die Kammerversammlung wird daher voraussichtlich noch in diesem Jahr über die Gründung eines Versorgungswerkes entscheiden, so dass ab 2005 auch die Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein diese Möglichkeit der Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung nutzen können.

Angemessene Vergütung aller Approbierten gefordert

Im April dieses Jahres führte die Kammer bei ihren Mitgliedern eine Datenerhebung zum Angestelltenverhältnis und zur niedergelassenen Tätigkeit durch.

Insgesamt beteiligten sich 323 Mitglieder an dieser freiwilligen Erhebung.

An dieser Stelle noch einmal herzlichen Dank für die rege Beteiligung.

Erhebung bei den Angestellten

Die Ausgangsfragestellung bei den Angestellten war, ob die Eingruppierung der KollegInnen dem neuen Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten inzwischen angemessen vorgenommen wird. Das abgeschlossene Hochschulstudium der Psychologen und die 3-jährige Ausbildung entspricht der ärztlichen Weiterbildung zum Facharzt, womit eine Eingruppierung entsprechend BAT I b zu fordern ist. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die Sozialpädagogik studiert haben, müssten zumindest entsprechend BAT III vergütet werden.

Stichprobe

156 angestellte Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beteiligten sich an der Erhebung. Aufgrund unvollständiger Antworten konnten 8 der Bögen nicht berücksichtigt werden so dass N= 148 in die Auswertung einging. Davon waren 104 Psychologische Psychotherapeuten und 44 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Ergebnisse

Erfreulicherweise haben 120 der Angestellten eine unbefristete Stelle und nur 18 der Befragten haben eine befristete Stelle. Weniger erfreulich sind die Eingruppierungen dieser Stellen

Bei der Auswertung der Antworten der befragten Angestellten, zeigt sich, dass bei den Psychologen nur 31,3 % der Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend BAT I b abgemessen eingestuft sind.

Mit 63,6% wird der überwiegende Teil der Kollegen entsprechend BAT II a (bzw. KAT, AVR o.ä.) bezahlt und 4,04% sogar nur analog BAT IV vergütet.

Bei den Sozialpädagogen werden nur 40,0% mit BAT III vergütet. Der überwiegende Teil von 60% muss sich mit BAT IV zufrieden geben.

Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit liegt bei 30,7 Stunden. Frauen arbeiten im Durchschnitt 27,2 Stunden und Männer 36,32 Stunden. Setzt man diese durchschnittliche Arbeitszeit in Beziehung zu dem durchschnittlichen Einkommen, dann verdienen Frauen mit 21,81 Euro pro Stunde 10% weniger als die Männer mit 23,61 Euro pro Stunde.

Fazit

Die genannten Eingruppierungen stehen im eklatanten Missverhältnis zu anderen akademischen Berufen.

Die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein hat sich aufgrund der Ergebnisse an die zuständigen Stellen, wie beispielsweise das Finanzministerium gewandt und eine angemessene Vergütung der Angestellten gefordert.

Erhebung bei den Niedergelassenen

Stichprobe

Der Fragebogen wurde von 167 niedergelassenen TherapeutInnen zurückgesandt. 39 Fragebögen konnten aufgrund uneindeutiger oder unvollständiger Anga-

ben nicht zugeordnet werden, so dass schließlich N=128 vollständig ausgefüllte Fragebögen in die Auswertung aufgenommen werden konnten. Davon waren 113 Psychologische PsychotherapeutInnen (PP) und 15 Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP).

Ergebnisse

Die durchschnittliche Anzahl der wöchentlichen Therapiesitzungen beträgt insgesamt 25,2 Stunden. Männliche Therapeuten arbeiten im Mittel 27,5 Stunden in der Woche, weibliche 24,1 Stunden. Der Anteil antragsfreier Leistungen (probatorische Sitzungen und Krisenintervention) im Verhältnis zu den genehmigungspflichtigen Leistungen beträgt über alle TherapeutInnen gesehen 18,9 %. Zusätzlich zu diesen wöchentlichen Therapiesitzungen werden im Schnitt 10,7 Stunden wöchentliche Arbeitszeit für Dokumentation, Berichte, Praxismanagement usw. aufgebracht.

Neben der durchschnittlichen Arbeitszeit über alle Quartale hinweg wurde nach der tatsächlich im Quartal 1/2003 erbrachten Anzahl von probatorischen Sitzungen und Kriseninterventionen gefragt. Von allen befragten TherapeutInnen wurden im Quartal 1/2003 insgesamt 3.265 probatorische Sitzungen und 1.026 Kriseninterventionen durchgeführt; dies entspricht pro Therapeut im Schnitt 6,3 Stunden Probatorik in der Woche und 2,0 Stunden für Kriseninterventionen.

Gefragt nach der zukünftig angebotenen Anzahl von probatorischen Sitzungen und Kriseninterventionen bei einem Punktwert für diese Leistungen auf der Basis 2. Halbjahr 2003, zeigt sich, dass sowohl bei den probatorischen Sitzungen als auch bei den Kriseninterventionen diese Leistungen im Vergleich zum 1. Quartal 2003 zukünftig um 63,6 % reduziert werden, bei den probatorischen Leistungen auf insgesamt 1.190 Sitzungen im Quartal und bei den Kriseninterventionen auf 374 Sitzungen im Quartal, was 2,3 bzw. 0,7 Sitzungen pro Therapeut in der Woche entspricht.

Es wurde ebenfalls danach gefragt, welche Auswirkungen ein Mindestpunktwert von 3,5 bis 4 Cent für diese antragsfreien Leistungen hätte. Dabei zeigte sich ein zu erwartender Anstieg von zukünftig 8,0 % mehr probatorische Leistungen im Vergleich zum 1. Quartal 2003 (von 6,3 auf 6,8 Sitzungen Probatorik in der Woche) und von 42,8 % mehr Kriseninterventionen, was im Schnitt einen Anstieg von 2,0 auf 2,8 Sitzungen pro Therapeut in der Woche entspricht.

Fazit

Die Auswertung der erhobenen Daten zeigt, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer drastischen Reduzierung ihres Leistungsspektrums bei den antragsfreien Leistungen reagieren. Bleibt es bei den aktuellen Punktwerten, werden laut Angaben der niedergelassenen Psychotherapeuten antragsfreie Leistungen um durchschnittlich 63,6 % reduziert. Probatorische Sitzungen zur Indikationsstellung, Diagnostik und akute Kriseninterventionen werden somit in die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie verlagert, was einerseits zwangsläufig zu einer Ausweitung der Therapiedauer (mehr Langzeittherapien) bei gleich bleibender oder sogar rückläufiger Fallzahl führen wird und andererseits mit vermehrten Therapieabbrüchen aufgrund von vorliegender Indikationsstellung und verspäteter Diagnostik gerechnet werden muß. Langfristig besteht die Gefahr, dass der Sicherstellungsauftrag im Bereich der ambulanten Psychotherapie nicht mehr gewährleistet werden kann und die Chronifizierung psychischer Störungen zunehmen sowie die Behandlung von der ambulanten in die finanziell aufwendigere stationäre Versorgung verlagert wird.

Die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein wird sich aufgrund dessen für einen Mindestpunktwert gegenüber der kasernenärztlichen Vereinigung einsetzen.

Fortbildung

Die verabschiedete Fortbildungsordnung der PKSH ist zum 1.7. in Kraft getreten und zahlreiche Kollegen und Institute haben ihre Unterlagen zur Akkreditierung eingereicht.

Nachdem die Nordkammern im Vorfeld ihre Fortbildungsordnungen soweit wie möglich aufeinander abgestimmt haben, beginnt nun die Prüfung der Möglichkeit einer gemeinsamen Akkreditierung und Zertifizierung, um Synergieeffekte zu nutzen. Am 3. September werden sich die Nordkammern zu einem nächsten Treffen zusammenfinden.

Viele Kollegen haben noch Fragen zu den Kategorien, deshalb sei an dieser Stelle noch einmal festgehalten, dass die Kategorien der Fortbildung frei gewählt werden können. Einzig das Selbststudium von Literatur ist auf 50 Stunden begrenzt. Es ist jedem freigestellt seine weiteren 200 Punkte über Supervision, Workshops oder Interaktive Fortbildung durch Online-Medien u.s.w. nachzuweisen.

Für die Angestellten sei an dieser Stelle noch einmal erwähnt, dass der Erwerb des Fortbildungszertifikates freiwillig ist. Es besteht keine Verpflichtung, 250 Std. nach 5 Jahren gegenüber der KV nachzuweisen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

*Dr. Oswald Rogner
Dr. Angelika Nierobisch
Lea Webert
Heiko Borchers
Peter Koch*

Geschäftsstelle

Schleswig-Holstein
Walkerdamm 17
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Do 9.00 – 14.00 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Praxiskauf/-verkauf

Psych. Psychotherapeutin
sucht dringend
KV Sitz in Freiburg (TP + PA)
Chiffre PTPJ 040301

Praxis und
KV-Sitz in Wesel
abzugeben.
Tel. 01 73 / 7 06 56 23

KV-Sitz München Stadt
PP (TP Erw.)
Verkauf 2004.
Tel. 0 89 / 9 10 29 93

**KV-Sitz bei Freiburg
Doppelzulassung PP und KJP**
Sehr gut gehende Praxis seit 25 Jahren
Verkauf zum 01.10.2005
Tel. 0 76 41 / 4 27 61

KV-Sitz (VT) in Berlin von PP gesucht,
Übernahme bis spätestens August 05,
langfristige Absprache zu sehr guten
Konditionen möglich.
Tel.: 01 79 / 9 46 20 58 oder
0 30 / 76 68 63 25

Psychologische Psychotherapeutin (VT)
sucht **KV-Sitz** im Raum Trier oder
Cochem-Zell, alternativ auch Interesse
an Job-Sharing.
Tel.: 0 65 45 / 91 21 56

Suche KV-Sitz (TP erw. später auch Ki.
Ju) im Raum Augsburg/München.
Wechsel im Laufe eines Jahres möglich.
Ggf. Tausch mit Praxengemeinschaft
nördlich von Hamburg.
Tel.: 0 40 / 55 24 02 82

Psycholog. Psychotherapeut
(m TP u. PA) **sucht KV-Sitz** in
Mainz/Wiesbaden/Eltville
Chiffre PTPJ 040304

Angehende PP (VT) sucht KV-Sitz
(Einzel o.i. Gemeinschaft) Anf. 2006
Raum GÖ, BS, KS, Hi, H.
Tel.: 05 51 / 8 29 09

PP-KV-Sitz (VT)
Suche Main-Kinzig-Kreis
Biete Kreis OF
Sommer 2005 od. früher
Chiffre: PTPJ 040305

Praxiskauf/-verkauf

KV-Sitz f. psychol. Psychoth. (VT)
in Berlin od. Potsdam **gesucht**.
Tel.: 0 30 / 80 49 61 44 od.
01 78 / 6 97 18 26

Psych. Psychotherapeutin (VT) sucht
KV-Sitz-HH, Kauf oder Tausch.
Biete Kreis Steinburg.
Tel.: 0 40 / 8 81 12 68

**PP (w, VT) sucht KV-Sitz im Großraum
Frankfurt/M.** (auch DA, WI, MTK, ...),
alternativ auch Jobsharing oder
Entlastungsassistenz.
Tel.: 0 69 / 43 05 19 64

KV-Sitz (VT, Erw. u. Ki+Ju)
im Bereich KV Pfalz, Rheinhessen,
Hessen von PP (w) zu kaufen gesucht.
Auch Interesse an Job-Sharing.
Tel.: 0 63 22 / 79 11 04

Psych. Psychotherapeutin
sucht bundesweit
KV-Sitz zur Übernahme.
Chiffre PTPJ 040307

**PP (w TP Erw.) sucht KV-Sitz im Raum
Wiesbaden, Mainz, Bingen, Wörrstadt.**
Einstieg auch über Jobsharing.
Chiffre PTPJ 040308

PP (w.) sucht KV-Sitz
im Raum Kaiserslautern/Kusel/Pirmasens
zu kaufen.
Einstieg auch über Jobsharing.
Tel. 0 63 74 / 35 71

KJP-KV-Sitz – Kauf oder Tausch
Biete: Münster
Suche: Großraum Nürnberg
Chiffre PTPJ 040309

Landkreis Heilbronn
Psychologische Psychotherapeutin sucht
KV-Sitz (VT KLP und Erwachsene) zur
Übernahme
Tel. 0 17 26 37 81 35

**PP (m.) sucht KV-Sitz in Berlin od.
Jobsharing** (Fachkunde TP/ Arzt- Reg.-
Eintrag/ PA-WB/ Qualif. KiJu u. zu
ernährende Fam. vorhanden)
CHIFFRE PTPJ 040311

Praxistausch/-verkauf

Psychologischer Psychoanalytiker
sucht KV-Sitz in Stuttgart,
auch als Tausch mit Tübingen.
Chiffre PTPJ 040303

PP sucht KV-Sitz HH
Tausch oder Abgabe
KV-Sitz Rhein-Main-Gebiet
Chiffre PTPJ 040302

Kauf oder Tausch
suche PP-KV-Sitz (TP) in Nord- oder
Mitteldeutschland, biete PP-KV-Sitz (TP)
in Aalen/Württemberg
Tel: 0 73 61 / 96 08 66

Hamburg:
KV-Sitz Psychol. Psychotherapeut/-in
in Praxengemeinschaft
Zum 1.7.2005 abzugeben
Tel.: 0 40 / 58 12 50

Praxisvermietung

Regensburg-Stadt:
Suche Kollegen/In zum Teilen
von Praxisräumen,
baldmöglichst oder ab Nov. 04.
Tel.: 09 41 / 9 46 84 66

Zwei ruhige, sonnige **Praxisräume**
(mit Küche, Bad insg. 74 qm) in Berlin
Nähe Hermannplatz zu vermieten.
Tel.: 0 30 / 69 56 81 84

**Ihre Chiffre-Zuschriften senden
Sie bitte in einem zweiten
geschlossenen Umschlag an
den Verlag:**

Verlagsgruppe
Hüthig Jehle Rehm GmbH
Anzeigen PTJ
Chiffre Nr. _____
Im Weiher 10
69121 Heidelberg

Praxisräume zu vermieten, z.Z. Di-Do
ganztäg., in GesundheitsPsychologischer
Praxis Berlin, geeignet f. Er-wachs.-u. Ki-
Therapien u. Gruppen, Pankow, Nähe U u.
S Schönhauser Allee,
Fon: 0 30 / 4 76 86 72,
Email: norber.wagner@t-online.de.

Praxisvermietung

Praxengemeinschaft, Hamburg/Hoheluft-West, Loft, ruhige Lage, helle Räume und großer Gruppenraum, kleiner Garten, sucht neue/n Teilhaber/in mögl. mit Kassenzulassung.
Tel.: 0 40 / 45 90 61 oder 0 40 / 4 90 41 97

Praxisgesuche

Psycholog. Psychotherapeutin (KV-Zul. in TP) sucht in Lübeck neue Praxisräume/ auch Praxengem.

Tel.: 04 51 - 8 89 56 11

Raum Bodensee/Ulm

KV-Sitz gesucht

von PPCVT mit langj. Berufserfahrung

Tel.: 0 86 41 / 59 89 24

Jobsharing

Suche Job-Sharing, Praxisübernahme oder Mitarbeit in **München Stadt und Land** (PP, KJP, VT)
Tel.: 0 89 / 95 50 18

PP (VT, Erw./KJ) sucht Jobsharing oder Praxismitarbeit in **Baden-Württemberg**.

Tel. 0 74 73 / 2 74 54 70

Mönchengladbach

Jobsharing-Angebot für PP zentrale Lage in Bahnhofsnähe

T. 01 73 / 5 17 00 78

Psychologische Psychotherapeutin (Schwerpunkt TP) sucht Jobsharing-Angebot oder Anstellung in psychotherapeutischer Praxis in Bremen.

Chiffre: PTPJ 040306

Raum Münster: Psychologische Psychotherapeutin (VT, Approb. & Arztreg.) sucht Job-Sharing ca. 10 - 15 Stunden.

Tel. 02 51 / 2 10 19 94

Stuttgart

Biete Jobsharing für PP mit Approbation in TP. Ideal für Wiedereinsteigerin od. Berufsanfängerin.

Tel. 01 73 / 8 62 45 11

e-mail: j.v.m. @tesionmail.de

Jobsharing

Kinder- u. Jugendlichenpsychoth. **sucht Jobsharingmöglichkeit** im Raum Nürnberg – Neumarkt-Bamberg-Ansbach
Chiffre PTPJ 040310

Stellenangebote

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/ in mit Zulassungsvoraussetzung für eine Gemeinschaftspraxis mit multiprofessionellem Team in **Cuxhaven** gesucht
Tel: 04721-393650 Fax: 04721-393651

Dienstleistungen

Dienstleistungen für psychologische Praxen: zuverlässige und qualifizierte Hilfen bietet

Tel.: 06421/871740
E-Mail: psydienst@web.de

Verschiedenes

PP und Yogalehrer (QZ-Moderator) sucht und bietet schulenübergreifenden kollegialen Austausch zum Thema „**Spiritualität** in der Therapie“. Bei Interesse Gründung eines QZ zu diesem Thema möglich.
phone: 0 63 51 / 39 80 10
mail: volkerertel@freenet.de

Kollegiale Interventionsgruppe (Psychol. Psychotherap., Fachärztin f. Psychiatrie u. Psychoth.) in Bremen sucht weitere Mitglieder.
Treffen freitags von 8.30–10.00 jeden letzten Freitag im Monat.
Tel./Fax: 04 21 / 4 98 97 26

Veranstaltungen/Workshop

workshop: Umgang mit dem Trauma
Sa.: 2.10.2004 – Universität Wuppertal
Referenten: G. Bliersbach, Dr. T. Grüttner
Programm: Torka, Tel.: 0202/444085
gisela.wolff@12move.de

Anzeigenschluss für die nächste Ausgabe ist der 24.11.2004.
Ausgabe 4/04 erscheint am 20.12.04.

Aus- und Weiterbildung

Kinder- und Jugendlichen-PT
18.-25.8.04 (Teil III), 20-27.11.04 (I)
Tiefenpsy. fundierte Theorie
8.-11.10.04 u. 21-24.1.05 (80 Std.)
15.-19.11.2004 (40 Std.)
www.sueddeutsche-akademie.de

Aus- und Weiterbildung

Der Körper in der Psychotherapie Einjährige Fortbildung

Sept. 04/8 Wochenenden/Berlin/1.740,- €
Info: Dr. Th. Busch Tel.: 030/24533845
Institut für Körperpsychotherapie. Berlin

Norddeutsches Institut für Verhaltenstherapie (NIVT), staatlich anerkannte Ausbildungsstätte, Schwerpunkt VT

zertifizierte Workshopseminare zur Weiterbildung

Für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Informationen hierzu:

www.nivt.de, Stichwort: Workshopangebot, E-Mail: sekretariat@nivt.de
NIVT, Bredenstr. 11, 28195 Bremen,
Tel.: 04 21 - 2 01 02 96

FAMILIEN- UND SYSTEMTHERAPIE

(3 JAHRE) Start: 12.03.2005

SYSTEMISCHE BERATUNG

(2 JAHRE) Start: 23.04.2005

Die Ausbildungen sind vom DGSF anerkannt.

RIFS

Rheinisches Institut für Familien- und Systemtherapie e.V.
Sandbüchel 24
51427 Belgisch Gladbach

Tel. / Fax: 02204/21929

E-Mail: rifs@rifs.de - www.rifs.de

Somatic Experiencing® 3jährige Traumtherapie Weiterbildung

Beginn 07.11.2004 bis 12.11.2004

Infos unter: BAPt Berufsverband akademischer PsychotherapeutInnen e.V.
Oberheidkamper Str. 45a
51469 Berg. Gladbach

Tel.: 07 00 60 02 00 20

E-Mail: info@baptev.de

Internet: www.baptev.de

Milton Erickson Institut Berlin

Tel & Fax: 030 / 781 77 95
Internet: www.mei-berlin.de

Prozess-Moderation (nach A. Mindell)
Dr. Max Schupbach
12. - 14. November 2004, 445 €

Klinische Hypnose (MEG), Fortbildung
Beginn: 08. - 09. Januar 2005, 220 €

Energetische Trauma- u. Psychotherapie
Dr. Fred Gallo: New Energy Psychology
Fr 14. - So 16. Januar 2005, 465 €

System-Aufstellungen, Fortbildung
Beginn: 20. - 23. Januar 2005, 540 €

Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstr. 64
10179 Berlin
Mo – Do 9.00 – 15.00 Uhr
Tel. 030/27 87 85-0
Fax 030/278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Baden-Württemberg

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

Bayern

St.-Paul-Str. 9, 80336 München
(Post: Postfach 151506
80049 München)
Tel. 089/515555-0
Fax 089/515555-25
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-bayern.de
www.psychotherapeutenkammer-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

Lüder-von-Bentheim-Str. 47
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@psychotherapeutenkammer-hb.de
www.psychotherapeutenkammer-hb.de

Hamburg

Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Tel. 040/4210 1234
Fax 040/4128 5124
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 12.00 Uhr,
Mi 15.00 – 17.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-hamburg.de
www.psychotherapeutenkammer-hamburg.de

Hessen

Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/7249387
Fax 0611/7249523
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Niedersachsen

Roscherstr. 12
39161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do 9.00 – 12.00, 13.30 – 15.00 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr

Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi – Fr 9.00 – 12.00
Mo – Do 13.00 – 13.30 Uhr
info@pk-nds.de
www.pk-nds.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Schleswig-Holstein

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Do 9.00 – 14.00 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Inserentenverzeichnis

Alfred-Adler-Institut	München	218
AVM	Bamberg	211
CPO Hanser Service	Berlin	213
DGVT-Verlag	Tübingen	215
Kanzlei Düsing	Münster	243
Evangelischer Entwicklungsdienst	Bonn	209
Ergosoft	Hassloch	2.US
Fortbildungsstelle Psychotherap. Zentrum	Stuttgart	235
GNP-Akademie	Würzburg	215
Hogrefe Verlag	Göttingen	207
Integra Hof	Hof	244
Psychoholic	Bonn	203
Reha-Klinik Birkenbuck	Marzell	211
Sitefeed	Frankfurt am Main	227
Wittgensteiner Kliniken	Bad Berleburg	205

Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal“ publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Das „Psychotherapeutenjournal“ ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet. Leserbriefe und andere Beiträge zu kammer-spezifischen Themen werden nicht im redaktionellen Teil der Zeitschrift abgedruckt. Sie werden von den jeweiligen Länderkammern selbst bearbeitet und können ggf. auf ihren Mitteilungsseiten veröffentlicht werden.

Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische 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, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat

Detlev Kommer (Baden-Württemberg), Siegfried Schmieder (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Gisela Borgmann (Berlin), Anne Springer (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Prof. Dr. Rainer Richter (Hamburg), Harry Askitis (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Dieter Best (Rheinland-Pfalz), Dr. Angelika Nierobisch (Schleswig-Holstein), Peter Koch (Schleswig-Holstein).

Anschrift Redaktion

Dr. Barbara Ripper
Landespsychotherapeutenkammer B-W
Hauptstätter Str. 89
70178 Stuttgart
Tel. 0711/674470-40
Fax 0711/674470-15
ripper@psychotherapeutenkammer-b-w.de

Verlag

R. v. Decker, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg

Annette Kerstein, Tel. 06221/489-318; Fax: 06221/489-529,
annette.kerstein@hjr-verlag.de

Anzeigen

Tanja Schott, Tel. 06221/489-154, Fax: 06221/489-323, tanja.schott@hjr-verlag.de

Satz

Strassner ComputerSatz
69181 Leimen

Druck

Druckhaus Darmstadt GmbH
64295 Darmstadt

Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 34,- (inkl. Versandkosten)

Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Manuskripte

Redaktionsschluss der Ausgabe 4/2004 ist der 17. September 2004, für Ausgabe 1/2005 der 30. Dezember 2004. Manuskripte sind elektronisch (Diskette; Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (tif-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 10 Seiten (zweizeiliger Abstand incl. Abbildungen und Tabellen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist

eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- a) Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
- b) das Recht zur Veröffentlichung einer Mikro-, 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;
- e) das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte im In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für die Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.