

## Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

im Mount Everest Museum in Darjeeling, dort wo all die Schlafsäcke, Sauerstoffgeräte, Eispickel und Kompassen ausgestellt sind, die bei den Erstbesteigungen des Mount Everest eine Rolle gespielt haben, hängt eine Wandtafel mit 33 „personal qualities“ für das Aufwachsen von Kindern. Genannt werden u.a.:

- Lust nach Abenteuern nachgeben und nachgehen dürfen,
- mit kreativem Weitblick überraschen,
- scharfsinnig denken lernen,
- sich selbst verwirklichen dürfen,
- sich und andere Menschen begeistern können,
- Verantwortung übernehmen.

Welch glückliches Land, das es seinen Kindern erlaubt, nach diesen Prinzipien aufzuwachsen und sich zu entwickeln. Man möchte hinzufügen, dass dort deshalb auch keine Psychotherapeuten benötigt werden. In Deutschland, einem der reichsten Länder der Welt, finden Kinder gegenwärtig eine völlig andere Lebenssituation vor:

Bei Erhebungen im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen wurden 13% der Kinder als psychisch auffällig diagnostiziert; nur 16% dieser Kinder waren jedoch innerhalb des vorausgegangenen Jahres einem Arzt oder einem Psychotherapeuten vorgestellt worden. Stressauslösende Faktoren prägen zunehmend die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen, während gleichzeitig Bewältigungsmöglichkeiten in Form von sozialen Unterstützungsnetzwerken, sinnstiftenden Bezügen, sozialen Kompetenzen und Möglichkeiten des Probehandelns abnehmen. Die Folge sind vermehrt auftretende stressbedingte psychosomatische Beschwerden. Die Symptome werden oft medikamentös behandelt, der psychische Hintergrund bleibt unbeachtet. Diese bedrohliche Entwicklung wird durch Reduzierung von Beratungs- und Therapieangeboten verstärkt.

Beispiele der sich hieraus ergebenden Misere: 83% der psychisch kranken und behandlungsbedürftigen Kinder und Jugend-

lichen werden in Deutschland in keiner Weise psychotherapeutisch versorgt (Wittchen, 2000).

In fast allen Bundesländern werden die öffentlichen Zuschüsse für die Finanzierung von Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Familien gekürzt. Leistungsbeschränkungen und Stellenschließungen sind die Folge. Hier wird ein niedrighschwelliches Angebot gefährdet, für dessen Klientel der Weg in eine psychotherapeutische Praxis psychologisch oft eine unüberwindliche Hürde darstellt.

In der Fernsehsendung „Report Mainz“ am 26.07.2004 stellte P. Lehndorfer, BPTK-Vorstand, fest: „Nach meinen Berechnungen entfallen auf einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland ca. 130 – 140 kranke Kinder und Jugendliche. Dies bedeutet, dass ca. 50% der Kinder und Jugendlichen unbehandelt bleiben, weil sie keinen Behandlungsplatz finden können.“

Es stünde unserem Lande gut an, würde das seelische Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen eine höhere Priorität im öffentlichen Gesundheitswesen genießen. Volkswirtschaftlich zahlte sich dies aus: Die frühzeitige Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen erspart viel menschliches Leid sowie Kosten für die Behebung der Spätfolgen.

Zum Inhalt dieser Ausgabe:

Der in der letzten Ausgabe begonnene Abdruck eines Überblicks von **Peter Fonagy** und **Antony Roth** über den aktuellen Stand der psychotherapeutischen Ergebnisforschung wird hier fortgesetzt.

**Inge Frohburg** plädiert für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV. Der Anspruch, diese Therapieform als weiteres kassenfinanziertes psychotherapeutisches Richtlinienverfahren anzuerkennen, wird mit Argumenten zur Zweckmäßigkeit, zur medizinischen Notwendigkeit und zur Wirtschaftlichkeit ihrer sozialrechtlichen Anerkennung begründet. **Georg Alpers** und **Heiner Vo-**



**gel** befassen sich in ihrem Beitrag mit den Auswirkungen der Neufassung der Studienabschlüsse (Bachelor- und Masterstudiengänge) auf die Psychotherapieausbildung. **Thomas Smola-Glück** rezensiert das Buch von Meinolf Peters: *Klinische Entwicklungspsychologie des Alters – Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie* (2004).

Die Beiträge von **Reinold Neef** und **Walta Reuther-Dommer**, **Manfred Thielen** und **Rainer Mannheim-Rouzeaud** gehen ganz grundsätzlich und kritisch der Bedeutung, dem Sinn und der Funktion des Begriffs der Qualitätssicherung in der Psychotherapie auf den Grund. Abgerundet wird dieses wichtige Thema durch eine gemeinsame Erwiderung von **Matthias Richard** und **Heiner Vogel**.

Wie gewohnt, finden Sie unter der Rubrik „Recht: Aktuell“ von **Hartmut Gerlach** wieder interessante rechtliche Probleme aus dem Berufsalltag erläutert. Es schließt sich daran die bewährte Rubrik „Aktuelles aus der Forschung“ an, diesmal zeichnet dafür **Barbara Ripper** verantwortlich.

Noch ein Hinweis in eigener Sache: Leider konnten wir aus Platzmangel nicht alle Leserbriefveröffentlichungen. Wir bitten dafür um Verständnis.

*Karl-Wilhelm Hofmann (NRW)  
für den Redaktionsbeirat des  
Psychotherapeutenjournals*

# Inhalt

<b>Editorial</b> .....	297
<b>Artikel</b> .....	300
<i>Fonagy, P. &amp; Roth, A.</i> <b>Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen, Teil II</b> .....	300
Die Autoren stellen die Ergebnisse einer Übersichtsarbeit zur Effektivität psychotherapeutischer/psychosozialer Interventionen bei den wichtigsten psychischen Störungen bzw. Störungsgruppen vor (hier in Teil II: Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch). 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 I dieses Artikels wurde in Heft 3/04 veröffentlicht.	
<i>Alpers, G. &amp; Vogel H.</i> <b>Bachelor oder Master, wer wird Psychotherapeut?</b> <b>Was die Neufassung der Studienabschlüsse für die Psychotherapieausbildung bedeutet</b> .....	315
Im Zuge der Schaffung eines einheitlichen europäischen Hochschulraumes wird es in den nächsten Jahren zur Einführung von Bachelor- und Master-Studiengängen in Psychologie kommen. Der Artikel charakterisiert die veränderten Studiengänge und regt zur Diskussion über kritische Punkte an, die bei der Reform aus Sicht der Psychotherapeuten beachtet werden sollten.	
<i>Frohburg, I.</i> <b>Argumente für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV</b> .....	320
Der Beitrag stellt ein inhaltlich differenziert begründetes Plädoyer für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen dar. Der Anspruch, diese Therapieform als weiteres psychotherapeutisches Richtlinien-Verfahren anzuerkennen, wird mit Argumenten zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und zur Wirtschaftlichkeit ihrer sozialrechtlichen Anerkennung begründet.	
<b>Recht: Aktuell</b> .....	327
<i>Gerlach, H.</i>	
<b>Aktuelles aus der Forschung</b> .....	331
<i>Ripper, B.</i> <i>Thielen, M. &amp; Lecher, T.</i>	
<b>Buchrezension</b> .....	335
<i>Smola-Glück, T.</i> Peters, Meinolf (2004). Klinische Entwicklungspsychologie des Alters – Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie	
<b>Zur Diskussion</b> .....	336
<b>Qualitätssicherung in der Psychotherapie</b> <b>Beiträge und Stellungnahmen zu den Artikeln von Richard, M. und Vogel, H. in Ausgabe 2/2004</b>	
<i>Neefs, R. &amp; Reuther-Dommer, W.</i> In der Zange: Qualitätssicherung zwischen Kostenkontrolle und Therapieentwicklung .....	336
<i>Thielen, M.</i> Verbessert eine „Systematische Verlaufsbeobachtung“ die interne Qualitätssicherung ambulanter Psychotherapie? ...	337
<i>Mannheim-Rouzeaud, R.</i> Qualitätssicherung auf Abwegen – Wie Machtansprüche an Stelle psychologischen Wissens sich auszubreiten suchen	340
<i>Richard, M. &amp; Vogel, H.</i> Erwiderung auf die Stellungnahmen von R. Neefs & W. Reuther-Dommer, M. Thielen und R. Mannheim-Rouzeaud ...	343

<b>Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern</b> .....	346
Bundespsychotherapeutenkammer .....	346
Baden-Württemberg .....	354
Bayern .....	358
Berlin .....	362
Bremen .....	366
Hamburg .....	370
Hessen .....	374
Niedersachsen .....	380
Nordrhein-Westfalen .....	384
Rheinland-Pfalz .....	390
Schleswig-Holstein .....	394
<b>Leserbriefe</b> .....	398
<b>Kleinanzeigen</b> .....	405
<b>Kontakt Daten der Kammern</b> .....	407
<b>Inserentenverzeichnis</b> .....	407
<b>Impressum</b> .....	408

## Aktuelle Neuerscheinungen

**Jetzt in 9. Auflage!**



Das Praxishandbuch bietet Hilfestellung, um in vertretbarer Zeit und auf direktem Wege einen **Bericht zum Psychotherapieantrag** anzufertigen, der dem Gutachter die Befürwortung ermöglicht. Auf mehr als 50 Seiten werden zahlreiche Fallbeispiele dargestellt.

„Berichte an den Gutachter“ versteht sich u.a. auch als Repetitorium und Überblick über die derzeit akzeptierten analytischen Fachbegriffe. Auch in der 9. Auflage stellt es eine wertvolle Praxishilfe zur Berichterstellung dar.

**Fachstimmen zur Voraufgabe:**

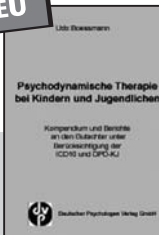
„Das Buch dürfte für alle, die mit dieser Materie noch nicht vertraut sind, eine Hilfestellung sein. Aber auch der Erfahrene wird es mit Gewinn lesen.“  
(Deutsches Ärzteblatt, Heft 10, 9. März 2001)

Boessmann, Udo

**Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Berichte an den Gutachter schnell und sicher schreiben**

9. Auflage 2004, 192 Seiten, Broschur, ISBN 3-931589-36-6, 30,- EUR für BDP-Mitglieder, 40,- EUR für Nicht-Mitglieder

**NEU**



Der neue Ratgeber von Dr. Udo Boessmann führt anschaulich in die theoretischen Grundlagen und praktischen Anwendungsformen tiefenpsychologisch und psychoanalytisch fundierter **Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen** ein. Dargestellt wird zudem eine systematische Vorgehensweise, mit der in sieben Schritten ein Bericht zum Psychotherapieantrag angefertigt werden kann.

Boessmann, Udo

**Psychodynamische Therapie bei Kindern und Jugendlichen Kompendium und Berichte an den Gutachter**

2004, 232 Seiten, Broschur, ISBN 3-931589-65-X, 29,80 EUR für BDP-Mitglieder, 39,80 EUR für Nicht-Mitglieder

**Zu beziehen über Ihre Buchhandlung oder direkt beim Verlag.**



Deutscher Psychologen Verlag GmbH · Oberer Lindweg 2 · 53129 Bonn  
Tel. 0228 - 98731-18 · Fax 0228 - 641023 · verlag@psychologenverlag.de · www.psychologenverlag.de

141401

# Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen\*

Peter Fonagy<sup>1</sup> und Anthony Roth<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Freud Memorial Professor of Psychoanalysis, University College, London  
Chief Executive, The Anna Freud Centre, London

<sup>2</sup> 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 hauptsächlich

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.

Bitte beachten Sie: Die Literatur zu beiden Teilen des Artikels finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter „www.psychotherapeutenjournal.de“.

## 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

1. Einleitung . . . . .	301	9.2.2. Erkenntnisse für die Zukunft . . . . .	304	11.4. Das ideale Ergebnisforschungsprogramm . . . . .	311
8. Essstörungen . . . . .	301	10. Substanzmissbrauch . . . . .	305	11.5. Pragmatische Studien . . . . .	312
8.1. Anorexia nervosa . . . . .	301	10.1. Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch . . . . .	305	11.6. Klinische Leitlinien . . . . .	312
8.1.1. Der Status quo . . . . .	301	10.1.1. Der Status quo . . . . .	305	11.7. Das Gehirn und der Geist . . . . .	313
8.1.2. Erkenntnisse für die Zukunft . . . . .	302	10.1.2. Erkenntnisse für die Zukunft . . . . .	306	11.8. Wissenschaft und Wissenschaftlichkeit . . . . .	314
8.2. Bulimia nervosa . . . . .	302	10.2. Kokain . . . . .	307		
8.2.1. Der Status quo . . . . .	302	10.2.1. Der Status quo . . . . .	307		
8.2.2. Erkenntnisse für die Zukunft . . . . .	303	10.2.2. Erkenntnisse für die Zukunft . . . . .	308		
9. Persönlichkeitsstörungen . . . . .	303	11. Diskussion . . . . .	308		
9.1. Psychodynamische Therapie . . . . .	303	11.1. Evidenz für evidenzbasierte Praxis . . . . .	308		
9.1.1. Der Status quo . . . . .	303	11.2. Das Fehlen von Evidenz oder Evidenz für Unwirksamkeit . . . . .	308		
9.1.2. Erkenntnisse für die Zukunft . . . . .	304	11.3. Die Tragweite der Aufgabe . . . . .	310		
9.2. Kognitive und dialektische Verhaltenstherapie . . . . .	304				
9.2.1. Der Status quo . . . . .	304				

\* 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 psychologisch-psychotherapeutischer 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.

## 8. Essstörungen

### 8.1. Anorexia nervosa

#### 8.1.1. Der Status quo

Anorexie ist eine schwere chronische Erkrankung mit einer Mortalitätsrate von etwa 6%. Es liegen ausgezeichnete, groß angelegte Verlaufsergebnisstudien vor, deren Ergebnisse eine Herausforderung für uns



## 23. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

**Organisation:** Prof. Dr. Jürgen Hoyer und Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen

**05.-07. Mai 2005 in Dresden**

### Hauptvorträge:

Prof. Dr. Ulrike Ehlert • Prof. Dr. Klaus Grawe • Prof. Dr. Clemens Kirschbaum  
• Prof. Dr. Uwe Koch und Dr. Holger Schulz • Prof. Dr. Jürgen Margraf

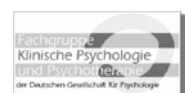
### Ausgewählte Themen der über 70 Workshops (vollständiges Programm auf der Homepage):

Traumakonfrontation • Online-Therapie • Ressourcenorientierung • DBT • Neuropsychotherapie •  
Achtsamkeitsbasierte KVT • Komplizierte Trauer • Persönlichkeitsstörungen • u.v.a.m.

### Kongressfest im Lichthof des Sächsischen Finanzministeriums

<http://www.psychologie.tu-dresden.de/workshopkongress2005>

Kongress-Sekretariat (Evelyn Alvarenga) Tel: 0351/463-369 53 / 84 (Fax), [alvarenga@klipsy.tu-dresden.de](mailto:alvarenga@klipsy.tu-dresden.de)  
Klinische Psychologie und Psychotherapie, Chemnitzer Straße 46, 01187 Dresden





darstellen und die bisher keine Behandlung der Wahl für die Erkrankung ermitteln konnten (Kachele, 1999; Kachele, Kordy, Richard & TR-EAT Research Group, 2001).

Die Anzahl der vorliegenden Vergleichstudien ist gering, und die Wiederherstellung eines angemessenen Ernährungsregimes ist dem Großteil der Therapien gemein. Familientherapien dominieren bei kontrollierten Studien die Literatur, und es gibt einige Hinweise darauf, dass die Wahrscheinlichkeit eines guten Ergebnisses etwas größer ist, wenn die Eltern getrennt von dem Jugendlichen behandelt werden (Eisler et al., 2000). In einer der besser kontrollierten Studien (Dare, Eisler, Russell, Treasure & Dodge, 2001) wurden bei Familientherapie, psychodynamischer Fokalthherapie und einer Form von kognitiv-analytischer Therapie jeweils größere Verbesserungen beobachtet als unter der Standardbehandlung. Keine der Gruppen erzielte jedoch ein besonders gutes Ergebnis.

Kognitive Therapien und kognitiv-analytische Therapien bewirken nachweislich gewisse Behandlungseffekte, doch diese scheinen derzeit etwas geringer auszufallen als unter Familientherapie oder psychodynamischer Fokalthherapie. Die Rückfallraten sind anscheinend bei allen Behandlungen hoch, schwanken jedoch von Studie zu Studie erheblich (Pike, 1998).

## 8.1.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Wichtige Fragen harren noch einer Klärung, wie z. B. die Festlegung der Indikationen für eine kostenintensive stationäre Einweisung. Zentrale Vorbedingungen für eine Behandlung, wie z. B. fokussierte Methoden zum Aufbau einer Veränderungsmotivation, müssen bestimmt und erforscht werden (Field, Woodside, Kaplan, Olmstead & Carter, 2001). Hierfür sind Untersuchungen an weniger stark betroffenen Populationen aus weniger spezialisierten Settings erforderlich. *Die Ergebnisse aus multizentrischen Verlaufsstudien verdeutlichen, dass eine stationäre Behandlung der Erkrankung nicht notwendig sein muss. Das System für die Durchführung von Familientherapien – die für jüngere Menschen mit dieser Erkrankung eindeutig relevant sind – wird neu über-*

*dacht werden müssen, vielleicht in Richtung des multisystemischen Therapierahmens, bei dem der Therapeut mit der Familie zu Hause arbeitet statt in einem klinischen Setting, womit das Ziel verfolgt wird, das Vertrauen der Familie wiederherzustellen, den Patienten stützen und mit ihm seine Krankheit bewältigen zu können.*

## 8.2. Bulimia nervosa

### 8.2.1. Der Status quo

Die Literatur über Bulimia nervosa ist etwas umfangreicher. Diese Essstörung zeigt im ersten Jahr einen raschen Besserungsverlauf, gefolgt von einer allmählicheren Problemreduzierung. In meta-analytischen Studien, die in beachtlicher Anzahl vorliegen, wurden für KVT bei Therapieende signifikante Effektgrößen festgestellt (Lewandowski, Gebing, Anthony & O'Brien, 1997), die jedoch in der Regel in der Nachbeobachtung erheblich abnehmen. Die Wirksamkeit von KVT ist vergleichbar mit oder besser als die anderer Therapien, insbesondere im Hinblick auf Depressionen (Hay & Bacaltchuk, 2001). Im Zusammenhang mit Antidepressiva zeigt sich, dass mit Kombinationsbehandlungen größere Effektstärken erzielt werden als mit Antidepressiva allein sowie leicht bessere Werte als mit rein psychologischen Therapien (Bacaltchuk, Hay & Trefiglio, 2001; Bacaltchuk et al., 2000; Whittal, Agras & Gould, 1999). In ausschließlich medikamentös behandelten Studienarmen sind deutlich höhere Schwundraten zu beobachten.

Die Exposition mit Reaktionsverhinderung (ERP) scheint keine Verstärkung des Effekts von KVT zu bewirken (Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh & Joyce, 1998), ist als alleinige Therapie nicht besonders wirksam (Wilson, Eldredge, Smith & Niles, 1991; Wilson, Rossiter, Kleifield & Lindholm, 1986) und kann unter Umständen sogar schädlich sein (Agras, Schneider, Arnow, Raeburn & Telch, 1989). KVT umfasst eine Reihe verschiedener Komponenten (Eduktion, Selbstbeobachtung, dysfunktionale Einstellungen, Kontrolle über das Essverhalten usw.). In einigen Studien erreichte KVT bessere Ergebnisse als eine supportive psychodynamische

Therapie (Agras et al., 1989; Walsh et al., 1997), doch interessanterweise verbesserte in ersterer dieser Studien eine aktive Medikation die Ergebnisse der KVT, nicht aber die Ergebnisse der psychodynamischen Psychotherapie. Psychodynamische Therapien sind oft wirksamer als eine alleinige Ernährungstherapie (Bachar, Latzer, Kreitler & Berry, 1999).

KVT ist einer Ernährungsberatung überlegen (Hsu et al., 2001), besitzt jedoch keine wesentliche Überlegenheit gegenüber IPT (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson & Kraemer, 2000; Fairburn et al., 1991; Fairburn, Jones, Peveler, Hope & O'Connor, 1993). Mit KVT wird zwar ein schnelleres Ansprechen erzielt, doch IPT scheint diesen Rückstand nach etwa einem Jahr „aufzuholen“, wohingegen sich die durch KVT erzielten Behandlungsergebnisse eventuell leicht verschlechtern (Agras et al., 2000).

Selbsthilfe ist in jüngerer Zeit in den Blickpunkt erheblichen Interesses gerückt. Die Wirksamkeit von Selbsthilfe scheint besonders groß, wenn sie zumindest mit einem gewissen Maß an Therapeutenbetreuung kombiniert wird: Nur wenige Teilnehmer bringen das Programm ohne derartige Unterstützung zu Ende und die meisten nehmen während der Behandlung oder Nachbeobachtung zusätzliche Therapien in Anspruch (Carter & Fairburn, 1998). Eine Beratung von Angesicht zu Angesicht scheint mit einem signifikanten Nutzen verbunden zu sein (Palmer, Birchall, McGrain & Sullivan, 2002).

Im Zusammenhang hiermit stehen auch Versuche zur Etablierung gestufter Betreuungsansätze, bei denen Patienten, die auf eine bestimmte Behandlung nicht ansprechen, auf eine Therapie einer höheren Intensitätsstufe umgesetzt werden. So wurden z. B. in einer Studie (Agras et al., 2000) Patienten, die nicht auf KVT ansprachen, zwischen IPT und Fluoxetin randomisiert. Die Schwundrate war hoch (40%) und die Remissionsrate niedrig (bei IPT 16%, bei Medikation 10%). Ein Therapiewechsel stellt bei Bulimie unter Umständen eine weniger effektive Strategie für den Umgang mit Behandlungsresistenzen dar als eine Verlängerung des jeweiligen Therapieprogramms (Eldredge et al., 1997).

### 8.2.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Strukturierte Behandlungen scheinen, wie in vielen anderen Bereichen, auch bei Bulimie größere Hilfe zu bieten als unstrukturierte, supportive Therapien. Bei Bulimie sind – mehr als dies bei vielen anderen Erkrankungen der Fall ist – eine Reihe von Behandlungen untersucht und für mäßig erfolgreich befunden worden. *Hier besteht die Auf- und Herausforderung, integrierte Therapien zu entwickeln, die Merkmale von KVT und interpersonellen und vielleicht sogar dynamischen Therapien miteinander verbinden.*

Die Evidenz für Kombinationsbehandlungen (Medikation und Psychotherapie) ist begrenzt, aber orientierungsspezifische Wechselwirkungen und Besserungsraten deuten darauf hin, dass bei KVT und interpersonellen Therapien möglicherweise unterschiedliche therapeutische Prozesse zum Tragen kommen: der eine ausgerichtet auf Fragen rund um Essen, Diät, Körpergröße und Figur, der andere verbunden mit den affektiven Störungen und den (möglicherweise häufig traumabedingten) tiefen Sorgen über Beziehungen und Selbstwertgefühl, die Auslöser bulimischer Episoden sein können. *Die Entwicklung integrativer Techniken rund um derartig komplexe multidimensionale Formulierungen der Erkrankung, die auch stärker die bekannten epidemiologischen Verbindungen mit berücksichtigen, sollte wahrscheinlich eine konsequentere Förderung erfahren.*

## 9. Persönlichkeitsstörungen

Die Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen gestaltet sich nach wie vor schwierig. Dieser Umstand hat zweifellos die Therapieforschung sowohl im pharmakologischen als auch im psychotherapeutischen Bereich behindert. Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen beträgt in epidemiologischen Studien etwa 10% und kann bei Vorhandensein von Achse-I-Störungen erheblich höher liegen (Samuels et al., 2002; Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001).

In einer begrenzten Anzahl von Studien wurde der abschwächende Einfluss von

Persönlichkeitsstörungen auf die Behandlung von Achse-I-Störungen direkt untersucht, und die meisten, wenn auch nicht alle dieser Studien deuten auf eine reduzierte Behandlungswirksamkeit hin (Reich & Vasile, 1993; Shea, Widiger & Klein, 1992; Tyrer, Merson, Onyett & Johnson, 1994; Tyrer, Seivewright, Ferguson, Murphy & Johnson, 1993). So wurde beispielsweise festgestellt, dass ERP zur Behandlung von Zwangsstörungen bei 90% der Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen und bei 7% der Patienten mit PS funktioniert (Jenike, 1990; Jenike, Baer, Minichiello, Schwartz & Carey, 1986; Minichiello, Baer & Jenike, 1987). *Obwohl therapieresistenten Patienten häufig besondere Sorge und Aufmerksamkeit gilt, scheint die Herstellung einer Verbindung zwischen der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen einerseits und therapieresistenten Patienten mit Achse-I-Störungen andererseits erstaunlicherweise bisher keine produktive Arbeitsrichtung gewesen zu sein.*

Die aktuelle Forschung zur psychotherapeutischen Behandlung von Persönlichkeitsstörungen konzentriert sich derzeit auf verschiedene Ansätze der psychodynamischen Therapie sowie der dialektischen und kognitiven Verhaltenstherapie.

### 9.1. Psychodynamische Therapie

#### 9.1.1. Der Status quo

Im Bereich der Persönlichkeitsstörungen war die psychodynamische Forschung – im Vergleich zu den meisten anderen Gebieten – besonders aktiv. Fünf Ansätze wurden bisher einer Evaluation unterzogen.

1. **Therapeutische Gemeinschaften (TG)**, bei denen das Umfeld (Setting) eine wesentliche Komponente der Therapie darstellt, haben teilweise Unterstützung durch eine Meta-Analyse recht heterogener Studien erhalten (Lee, Manning & Rawlings, 1999). Eine Berichtserie aus dem Cassel Hospital deutet auf eine Überlegenheit der TG-Therapie gegenüber ambulanter Behandlung hin (Chiesa, Fonagy & Holmes, im Druck; Chiesa, Fonagy, Holmes, Drahorad & Harrison-Hall, 2002), wobei aber insbesondere bei Patienten mit

Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ein sechsmonatiger Aufenthalt in der TG effektiver war als eine zwölfmonatige Verweildauer (Chiesa & Fonagy, 2000).

2. Eine sechsmonatige Behandlung in einer psychoanalytisch orientierten Tagesklinik erwies sich in einer Studie als besonders vorteilhaft bei ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen und als weniger nutzbringend bei BPS (Karterud et al., 1992), und ein 12-Wochen-Programm schien eine verstärkte Inanspruchnahme von Leistungen zur Folge zu haben (Dick & Woof, 1986). Obwohl diese Studien den Schluss nahe legen könnten, dass kurze Tagesklinikprogramme bei BPS nicht effektiv sind, wurde in einer kanadischen Studie mit Wartelisten-Kontrollgruppe ein signifikanter Behandlungseffekt für eine viermonatige Therapie festgestellt (Piper, Rosie, Azim & Joyce, 1993). Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) wurde die Effektivität einer psychoanalytisch informierten teilstationären Behandlung mit umfangreicher Einzel- und Gruppentherapiebetreuung für Patienten mit BPS untersucht: Mit einer 18-monatigen Behandlung wurden Verbesserungen bei Suizidalität, Selbstschädigung und selbst berichteten Messgrößen erzielt, und die Stabilität der Behandlungserfolge und der Kostenersparnis nahm im Laufe der Zeit zu (Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2003). *Wenngleich die Ergebnisse eindrucksvoll sind, bleibt ohne Dismantling-Studien unklar, welcher Aspekt dieser und anderer ähnlich komplexer Interventionen zur Gewährleistung eines positiven Behandlungsergebnisses erforderlich ist.*

3. Aus Australien wird über eine ambulante interpersonelle psychodynamische Therapie mit Wartelisten-Kontrollgruppe berichtet (Meares, Stevenson & Comerford, 1999; Stevenson & Meares, 1992; Stevenson & Meares, 1999). Die Therapie, mit zwei Sitzungen pro Woche durchgeführt, erzielte dauerhafte Effekte und führte zu einer erheblichen Ersparnis bei den Gesundheitskosten. Besonders bemerkenswert waren die niedrigen Drop-out-Raten. *Eine Replizierung dieser Ergebnisse in anderen Settings scheint der wünschenswerteste nächste Schritt.*

4. Studien zu einer übertragungsfokussierten Psychotherapie (Clarkin, Kernberg & Yeomans, 1999) mit zwei Therapiesitzungen pro Woche werden in Kürze die ersten Vergleiche zwischen psychodynamischen Therapien und anderen spezifischen Behandlungsmodalitäten (KVT in den Niederlanden und DBT in den USA) liefern. Bisher liegen jedoch nur Ergebnisse aus Prä-Post-Therapie-Studien vor. Diese deuten darauf hin, dass mit einer zwölfmonatigen Behandlung eine recht gute Reduzierung von selbstschädigendem Verhalten, Suizidalität und der Inanspruchnahme von Therapieleistungen erreicht wird (Clarkin, 2001). *Weitere Nachweise für die Übertragbarkeit dieses gut manualisierten Ansatzes erscheinen höchst wünschenswert.*

5. Die kognitiv-analytische Therapie ist eine zeitlich begrenzte integrative Therapie. In einer Studie, in der 27 BPS-Patienten mit 24 wöchentlichen kognitiv-analytischen Therapiesitzungen behandelt wurden, erfüllte mehr als die Hälfte der Probanden sechs Monate nach Therapieende die diagnostischen Kriterien nicht mehr (Ryle & Golyukina, 2000; siehe auch Wildgoose, Clarke & Waller, 2001). Die Signifikanz dieser Ergebnisse wird durch naturalistische longitudinale BPS-Nachbeobachtungen jüngerer Datums geschmälert, denen zufolge ein ähnlicher Anteil der Patienten die Kriterien zwölf Monate nach der Diagnose nicht mehr erfüllt (Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk, 2003). *Dies unterstreicht die zentrale Bedeutung der RCT-Methodik bei der Evaluierung von Behandlungsergebnissen selbst im Fall von Erkrankungen, bei denen ursprünglich eine Immunität gegen Spontanremissionen angenommen wurde.*

### 9.1.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen und dramatische Persönlichkeitsstörungen (Cluster B) im Speziellen sind insofern ungewöhnlich, als sie Gegenstand beachtlicher psychoanalytisch orientierter Forschung geworden sind. Überdies wurden einige viel versprechende Ergebnisse erzielt, die mit den Outcomes anderer Therapien mindestens vergleichbar sind. Wichtig ist zu beachten, dass bisher keine psychodynamische Therapie wirksam war,

die nicht die klassischen Parameter der durchgeführten Behandlung erheblich verändert hätte. Dies spiegelt Wallersteins (Wallerstein, 1986) bemerkenswert ausführliche Beschreibung von 42 Behandlungen in der ursprünglichen Menninger-Psychotherapiestudie wider. *Künftige Anstrengungen zur Weiterentwicklung psychoanalytischer Behandlungen sollten das Ziel verfolgen, das psychoanalytische Modell des Geistes in Verbindung mit den umfangreichen psychodynamischen klinischen Erfahrungen, die sich im Laufe eines Jahrhunderts angesammelt haben, dazu zu nutzen, innovative Behandlungsmodelle zu entwickeln, die therapeutische Hilfe für Klientengruppen (wie z. B. BPS-Patienten) bieten, denen mit anderen Ansätzen derzeit nur unzureichend geholfen werden kann.*

## 9.2. Kognitive Verhaltenstherapie und dialektische Verhaltenstherapie

### 9.2.1. Der Status quo

Beim kognitiven Ansatz für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen liegt das Hauptaugenmerk auf einer Änderung zentraler Überzeugungen (statt dysfunktionaler Gedanken) und auf der Aufrechterhaltung eines kooperativen therapeutischen Bündnisses. Davidson und Tyrer (Davidson & Tyrer, 1996) haben eine 14–17 Sitzungen umfassende kognitive Therapie mittels Einzelfallmethodik untersucht. Obwohl die Ergebnisse viel versprechend erscheinen, wurde nur über drei Fälle ausführlich berichtet. In zwei anderen Studien (Blum, Pfohl, John, Monahan & Black, 2002; Evans et al., 1999) zeigte sich eine Reduzierung der depressiven Symptomatik, nicht aber der suizidalen Handlungen. Eine multizentrische Studie (Tyrer, im Druck) stellte bei Patienten mit selbstschädigendem Verhalten nur geringe Unterschiede zwischen KVT und der Standardtherapie fest, jedoch mit der Ausnahme, dass unter KVT eine Verlängerung des Abstands bis zur nächsten selbstschädigenden Handlung sowie gewisse Evidenz für eine verbesserte Kosteneffizienz zu verzeichnen war (Byford, im Druck).

Die dialektische Verhaltenstherapie (DBT) ist eine adaptierte Form der kognitiven The-

rapie, die ursprünglich speziell für parasuizidale Borderline-Patienten konzipiert wurde. DBT verringert Studien zufolge in einem ambulanten Setting Selbstschädigung, Suizidalität, Therapieabbrüche und die Inanspruchnahme von Therapieleistungen (Linehan, 1993; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991; Linehan, Heard & Armstrong, 1993). Im Rahmen eines niederländischen Projekts wurden DBT und Standardtherapie über zwölf Monate verglichen (van den Bosch, Verheul, Schippers & van den Brink, 2002; Verheul et al., 2003). DBT bewirkte zwar keine Reduzierung suizidalen Verhaltens, erzielte aber eine stärkere Reduktion von Hochrisikoverhalten wie z. B. Selbstverletzungen sowie eine höhere Haltequote. In zwei klein angelegten Studien aus Seattle (Linehan et al., 2002; Linehan et al., 1999) wurde die Nützlichkeit von DBT bei Substanzmissbrauch, einschließlich Heroinabhängigkeit, belegt. In der zweiten Studie erwies sich eine umfassende Validierungstherapie (eine Komponente von DBT) als fast ebenso wirksam wie eine vollständige DBT, allerdings mit schlechteren Ergebnissen in Bezug auf die Aufrechterhaltung der Behandlungserfolge. In drei unkontrollierten Studien wurde festgestellt, dass DBT eine effektive Begleittherapie zu einer stationären Behandlung darstellt (Barley et al., 1993; Bohus et al., 2000; Low, Jones, Duggan, Power & MacLeod, 2001).

Insgesamt können mit DBT recht erfolgreich Selbstverletzungen, selbstschädigende Handlungen sowie Parasuizid reduziert werden. Die durch DBT erzielte Senkung der Gesundheitskosten ist in erster Linie auf eine Reduzierung der stationären Aufenthalte zurückzuführen. Es liegt bisher jedoch keine starke Evidenz vor, dass DBT das Problem der Persönlichkeitsstörung an sich angeht. *Angesichts der allgemeinen Adaptation des DBT-Modells durch die für PS zuständigen Leistungsträger in vielen Ländern scheinen direkte Vergleiche mit psychodynamischen Behandlungen erforderlich.*

### 9.2.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Wir haben in der Pharmakotherapie gelernt, wie wichtig die Verabreichung einer „therapeutischen Dosis“ ist. Zu den störungs-



übergreifenden Vorteilen der kognitiven und behavioralen Therapien gehört die relativ „niedrige Dosis“ (geringe Anzahl von Behandlungssitzungen), mit der man höchst wünschenswerte Effekte erzielen kann, die in der Nachbeobachtung aufrechterhalten werden. Bei einer Prüfung der Literatur über psychotherapeutische Behandlungen für Persönlichkeitsstörungen, insbesondere für die dramatischeren Arten von PS, ist eine erstaunliche Zurückhaltung seitens der klinischen Innovatoren zu beobachten, diesen Vorteil gegenüber alternativen, längerfristigen Behandlungsplänen aufzugeben. Dabei liegen gute Beweise vor, dass Therapien von nicht wenigstens 12 Monaten Dauer unzureichend sein könnten und dass in den meisten Fällen die Therapie mit den Klienten unabhängig von der spezifizierten Behandlungsdauer fortgesetzt wird. *Bei künftigen Implementierungen von KVT und DBT könnte sehr gut eine Erhöhung der therapeutischen Dosis erforderlich sein, um eine klinische Effektivität in Größenordnungen zu erzielen, die für Persönlichkeitsstörungen relevant sind. Es werden umfassendere Behandlungspläne für eine langfristige KVT benötigt, wie sie beispielsweise für die schema-fokussierte Therapie bereits zur Verfügung stehen.*

Direkte Vergleiche zwischen verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Therapieformen sind in Arbeit, doch es wäre erstaunlich, wenn ausreichend große Unterschiede festgestellt würden, um eine klare Antwort auf die Frage zu geben, welcher dieser Behandlungsformen der Vorzug zu geben ist. Mir scheint es sehr viel angemessener, die Entscheidung darüber, welche Behandlung – aus einer Auswahl evidenzbasierter Ansätze – im jeweiligen Setting durchgeführt wird, vor Ort auf der Grundlage pragmatischer Überlegungen zu treffen, zu denen z. B. der Kompetenzmix der verfügbaren Mitarbeiter, insbesondere der leitenden Aufsichtskräfte, die Form der Leistung sowie regionale pragmatische Studien zur beobachteten Effektivität der verfügbaren Therapieansätze gehören. Die Unterschiede zwischen der Wirksamkeit in einer Studie und der Effektivität in der Praxis können enorm sein, und die Variabilität im Hinblick auf die beobachtete Effektivität einer bestimmten Methode stellt oft ein großes

Rätsel für alle Beteiligten dar, einschließlich derer, die für die Leistung verantwortlich sind. Ein besseres Verständnis dieses Unterschieds scheint erforderlich. *Zu wissen, warum eine angeblich wirksame Behandlung in einem bestimmten Setting hinter den Erwartungen zurückbleibt, würde uns letztlich bei der Entwicklung therapeutisch noch wirkungsvollerer Leistungen weit mehr helfen als weitere Studien, in denen wahrscheinlich bereits recht wirksame Alternativen miteinander verglichen werden. Dies wäre ein legitimer Forschungsschwerpunkt. Welche von zwei Behandlung wirksamer sein könnte, ist weniger interessant und relevant als die Frage, warum eine Behandlung nicht wirkt, wenn sie es eigentlich sollte!*

## 10. Substanzmissbrauch

### 10.1 Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch

#### 10.1.1. Der Status quo

Eine Übersicht über die Behandlungsergebnisse bei Alkoholmissbrauch gestaltet sich schwierig, da die meisten Studien zwar ein bestimmtes Hauptmodell (z. B. Training sozialer Fertigkeiten oder Aversionstherapie) verfolgen, jedoch große Unterschiede in den Einzelheiten der Implementierung bestehen (Miller & Wilbourne, 2002). Viele der Therapieansätze, wie z. B. der 12-Schritte-Ansatz der Anonymen Alkoholiker oder die Motivationsförderung im Rahmen der motivierenden Gesprächsführung, beinhalten keine traditionellen Modelle der Leistungserbringung. Die motivierende Gesprächsführung konzentriert sich in einem direktiven, aber kooperativen Beratungsstil auf die Bereitschaft der Patienten, sich mit ihrem Trinken auseinander zu setzen. Die normalerweise bei RCTs angewendeten Ausschlusskriterien bedeuten in der Regel einen unverhältnismäßig hohen Ausschluss geringverdienender Minderheitsgruppen und von Personen mit einer Vorgeschichte schwerer psychiatrischer Störungen oder schweren Substanzmissbrauchs (Humphreys & Weisner, 2000).

Meta-Analysen geben widersprüchliche Hinweise auf den relativen Wert von Kurz-



INSTITUT FÜR  
PSYCHOLOGISCHE THERAPIE  
WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG: PROF. DR. KLAUS GRAWÉ

### Fortbildung für Psychotherapeuten

#### Einführung in die Allgemeine Psychotherapie nach Grawe

- **Theoretische Grundlagen, Fallkonzeption & Therapieplanung**  
Prof. K. Grawe, Dr. M. Grawe-Gerber, lic.phil. B. Heiniger Haldimann  
20./21. Januar 2005, Zürich & 17./18. März 2005, Zürich
- **Beziehungsgestaltung**  
Dr. M. Grosse Holforth  
28./29. April 2005, Zürich
- **Ressourcenaktivierung**  
Dr. D. Regli, Dr. D. Gassmann  
16./17. Juni 2005, Zürich

Institut für Psychologische Therapie  
Grossmünsterplatz 1, CH-8001 Zürich  
Tel: +41 (0)1 251 24 40  
E-Mail: ifpt@tiscalinet.ch

### Fortbildung für Psychotherapeuten



Tagesworkshops (8 U-Std.):

- **Borderline-Störungen: Konzepte für Niedergelassene**, Hans Gunia
  - **Wut und Hass**, Dr. Kromat-Häckel
  - **Die Last mit der Lust - Sexuelle Funktionsstörungen in der psychotherapeutischen Praxis**, Dr.phil. B. M. Schroer
  - **Umgang mit extremen Emotionen in der Psychotherapie**, Dr. Claas Lammers
  - **Psychologische Behandlung bei Sexualdelinquenz**, Prof. Peter Fiedler
  - **Posttraumatische Belastungsstörung**  
Dr. E. Nyberg
  - **Einsatz von Biofeedback in der psychotherapeutischen Praxis**, Prof. Harald Rau
- Curriculare Fortbildung
- **Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie** (48 U-Std.), Dr. V. Sipos & Prof. U. Schweiger
  - **Schema-Therapie nach Jeffrey Young** (24 U-Std.), Prof. Heinrich Berbalk
  - **Spezielle Psychotraumatologie** (144 U-Std.)

APV - Gesellschaft für Angewandte  
Psychologie und Verhaltensmedizin mbH  
staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut



Salzstraße 52, 48 143 Münster  
Tel. 0251/44010  
www.apv-muenster.de

zeit- versus Langzeitinterventionen. Moyer et al. (Moyer, Finney, Swearingen & Vergun, 2002) haben geringe Effektstärken (0,3 nach drei Monaten, 0,13 nach einem Jahr) festgestellt. Vergleiche von Kurz- und Langzeitbehandlungen ergaben erstaunlicherweise Effektstärken von null. Nach Beobachtungen von Monahan und Finney (Monahan & Finney, 1996) führten intensivere Behandlungen zu höheren Abstinenzraten. Miller und Wilbourne (Miller & Wilbourne, 2002) ermittelten anhand der „Box-Score-Methode“ (einem qualitativen Review-Verfahren) folgende Wirksamkeitsreihenfolge: Kurzinterventionen vor Motivationsförderung vor Training sozialer Kompetenz vor netzwerkorientierten Ansätzen.

Im Allgemeinen scheinen Therapien wirksamer zu sein, die eine Kompetenztrainingskomponente beinhalten und die Selbstwirksamkeit der Person im Hinblick auf das Management ihres Trinkens unterstützen. Im Gegensatz dazu haben rein edukative oder konfrontative Verfahren, Milieutherapie, Entspannung und unspezifische Beratung sich nicht als hilfreich erwiesen. Der Verlauf der Besserung ist langsam. In dem Jahr nach einer Behandlungsepisode bleibt nur jeder Vierte dauernd abstinent und jeder Zehnte trinkt mäßig ohne Probleme. Nichtsdestotrotz wurde über 361 Studien hinweg eine Verringerung alkoholbedingter Probleme um 60% beobachtet.

Von den verschiedenen Medikationen berechtigt nur der Opiatantagonist Naltrexon als Begleitbehandlung zu psychologischen Therapieprogrammen zu Hoffnungen (Kranzler & Van Kirk, 2001; Srisurapanont & Jarusuraisin, 2002; Streeton & Whelan, 2001). Einige Studien deuten darauf hin, dass Unterschiede zwischen verschiedenen Therapien bei gleichzeitiger Gabe von Naltrexon kleiner werden (O'Malley et al., 1996; O'Malley et al., 1992). Im Fall stärkerer Abhängigkeitsgrade besitzt das Medikament jedoch anscheinend nur begrenzten Nutzen, was eine Förderung der Therapieannahme oder eine Verlängerung der Zeit bis zum Rückfall anbetrifft (Krystal, Cramer, Krol, Kirk & Rosenheck, 2001).

Bei den spezifischen Therapien scheint die Aversionstherapie tatsächlich zu höheren

Abstinenzraten zu führen, jedoch wird dieser Behandlungserfolg nicht über ein Jahr aufrechterhalten (Smith, Frawley & Polissar, 1997). Einige klassische, aber in jüngerer Zeit nicht replizierte Studien bestätigen den Wert eines Trainings sozialer Fertigkeiten als Mittel der Rückfallprävention (Mattick & Jarvis, 1993). Netzwerkorientierte Ansätze, bei denen ein breites Spektrum von Interventionen kombiniert wird, kamen hauptsächlich vor Jahrzehnten zum Einsatz. Möglicherweise war damals der Optimismus bezüglich Veränderungen des Netzwerkverhaltens noch größer. Heutzutage findet die Technik bei Obdachlosen (z. B. Smith, Meyers & Delaney, 1998) und im Familienkontext (Meyers, Miller, Hill & Tonigan, 1999; Miller, Meyers & Tonigan, 1999) Anwendung. Die Effekte sind gering, gewährleisten aber eine Teilnahme an den Behandlungsprogrammen.

Psychotherapie ist seit einigen Jahrzehnten keine Behandlung der Wahl in diesem Bereich. Eine kleine Studie jüngerer Datums von Sandahl et al. (Sandahl, Herlitz, Ahlin & Rönneberg, 1998) deutet darauf hin, dass nach einer stationären Behandlung sowohl KVT als auch eine psychodynamische Therapie von Nutzen sein kann, wobei tendenziell unter den Patienten der psychodynamischen Gruppe eine stärkere Aufrechterhaltung der Behandlungserfolge zu verzeichnen war.

Es liegen Untersuchungen zu Paartherapien vor. Die Evidenz ist widersprüchlich in Bezug darauf, ob durch Paartherapie der Nutzen anderer Behandlungen gesteigert wird (McCrary, Epstein & Hirsch, 1999; O'Farrell, Choquette & Cutter, 1998; O'Farrell, Choquette, Cutter, Brown & McCourt, 1993). Die Evidenz für eine Überlegenheit der Paartherapie gegenüber Einzelberatungen ist schwach.

Die motivierende Gesprächsführung ist in vielleicht an die 107 Studien untersucht worden, von denen 29 als echte Untersuchungen des Ansatzes gelten (Dunn, Deroo & Rivara, 2001). Die Effektstärken sind positiv, insbesondere wenn die Therapie als planvolle Ergänzung zu einer längeren Behandlung eingesetzt wird. Sie scheint einen besonderen Platz in der Behandlung leichter bis moderater Trinker zu

haben (Sellman, Sullivan, Dore, Adamson & MacEwan, 2001).

In einer groß angelegten, ehrgeizigen Studie (Project Match, 1997) wurden in einer Stichprobe von über 1.700 Patienten drei Therapien verglichen. Die stationäre bzw. intensive teilstationäre Behandlung erzielte eine überlegene Abstinenzrate gegenüber der ambulanten Behandlung (35% versus 20%), obwohl in der ersten Gruppe eine größere Krankheitsschwere vorlag. Die ambulante Behandlung war bei einer Anschlusstherapie mit 12-Schritte-Programm effektiver als bei Folgebehandlungen mit KVT oder Motivationsförderung.

### 10.1.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Alkoholabhängigkeit und -missbrauch sind für die meisten westlichen Gesellschaften ein bedeutendes Problem der öffentlichen Gesundheit und eng verknüpft mit ernstesten Risikofaktoren wie häuslicher und anderer Gewalt, Kriminalität und Suizid. Die aktuellen Behandlungsprogramme sind in der Regel kostspielig und, wie wir gesehen haben, in ihrer Effektivität stark begrenzt. Es liegen einige paradoxe Ergebnisse vor, die schlecht zu den Erkenntnissen aus anderen Problembereichen passen. So ziehen beispielsweise Klienten mit Bewältigungskompetenzdefiziten keinen größeren Nutzen aus KVT (Kadden, Litt, Cooney & Busher, 1992), und mit KVT behandelte Patienten erreichen teilweise schlechtere Ergebnisse als Patienten, die stärker sozial orientierte Therapien erhalten (Project Match, 1997). In Großbritannien läuft derzeit eine große multizentrische Studie, die das Ziel verfolgt, geeignete Zuordnungen zwischen bestimmten Behandlungen und Klienten zu ermitteln. Diese Zuordnungen werden sich jedoch mit recht hoher Wahrscheinlichkeit noch nicht einmal in Westeuropa einfach über Kulturen hinweg verallgemeinern lassen.

Die Meta-Analysen zeigen, dass Kurzinterventionen selbst im Vergleich zu teuren Langzeitbehandlungen erstaunlich leistungsstark sind. Jedoch ist weder klar, wer am wahrscheinlichsten von Kurzinterventionen profitiert, noch warum Personen mit starker Ärgerlichkeit (in der „Project Match“-Studie) eher von Motivationsförderung als von KVT profitieren

ten. Möglicherweise ist die Dosis-Wirkungskurve bei dieser Gruppe umgekehrt und weniger ist in diesem Fall – paradoxerweise – mehr. Das Modell für die Erbringung psychotherapeutischer Interventionen ist vielleicht zu stark von impliziten und expliziten medizinischen Überlegungen beeinflusst, die schlecht zu der Mehrzahl der mit Alkoholproblemen vorstellig werdenden Patienten passen. Das Modell der Anonymen Alkoholiker mag wie ein rein krankheitsbasiertes Modell erscheinen. Doch wenn man sich den Referenzrahmen der AA genauer ansieht, könnte man denken, dass es eine seltsame Art von Krankheitsmodell ist, das keinen Platz für Ärzte, Krankenhäuser oder Medikamente hat – das AA-Modell ist in Wirklichkeit eine äußerst starke, bindungsbasierte spirituelle Perspektive. *Es könnte durchaus sinnvoller sein, wenn künftige Forschung sich auf Möglichkeiten zur Förderung oder sogar Nachahmung dieses komplexen Modells konzentrierte statt auf eine Modifizierung von Verfahren, die sich bei anderen Erkrankungen bewährt haben, jedoch nachweislich schlecht zu den Problemen von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch passen.*

## 10.2. Kokain

### 10.2.1. Der Status quo

Eine Rückfallprävention ist verschiedenen Studien zufolge einer interpersonellen Psychotherapie überlegen (Carroll, Rounsaville & Gawin, 1991; Carroll, Rounsaville, Gordon et al., 1994; Carroll, Rounsaville, Nich et al., 1994), besitzt jedoch keine Überlegenheit gegenüber dem 12-Schritte-Modell (Wells, Peterson, Gainey, Hawkins & Catalano, 1994). Die Nützlichkeit von Psychotherapie wurde sehr genau in der „Collaborative Cocaine Study“ des National Institute on Drug Abuse (Crits-Christoph et al., 1997; Crits-Christoph et al., 1999) untersucht, in der 487 Patienten zwischen vier Behandlungen randomisiert wurden: dem 12-Schritte-Modell allein, 12-Schritte plus KVT, 12-Schritte plus supportiv-expressiver Psychotherapie oder 12-Schritte plus zusätzlicher, auf Abstinenz abzielender Drogenberatung. Alle Behandlungen wurden über sechs Monate angeboten und umfassten maximal 36 Einzelsitzungen kombiniert mit 24 Gruppensitzungen. Die

Schwundraten waren extrem hoch, und nur 28% der Probanden brachten die Behandlung zu Ende. Sowohl KVT als auch die supportiv-expressive Psychotherapie hatte einen höheren Klientenverlust zu verzeichnen als die Drogenberatung. Im Wesentlichen bewirkten alle Einzeltherapien eine Verringerung des positiven Effekts der Gruppenberatung. Die größte Wirksamkeit wurde bei jener Therapie festgestellt, für die die kürzeste Fachausbildung erforderlich war. Die Studie lieferte keine Bestätigung früherer Ergebnisse aus einer Untersuchung mit Opiatabhängigen (Woody, McLellan, Luborsky & O'Brien, 1987). Bereits in der Auswahlphase der Studie wurden fast 400 der anfänglich 870 Teilnehmer verloren. Es wurde keine Wechselwirkung festgestellt, die Hinweise auf ein mögliches Ansprechen bestimmter Untergruppen von Patienten auf Psychotherapie gegeben hätte.

In einer anderen groß angelegten Studie wurde kein Unterschied zwischen wöchentlicher Einzelberatung, wöchentlicher Einzelberatung plus Gruppentreffen und einem intensiven Gruppenprogramm an drei Tagen in der Woche beobachtet (Gottheil, Weinstein, Sterling, Lundy & Serota, 1998). Auch hier zeigt sich wieder ein klares Fehlen des erwarteten Dosis-Wirkungseffekts.

Im Gegensatz dazu scheint ein netzwerkorientierter Ansatz, bei dem Klienten für negative Urinestestergebnisse Geldgutscheine erhalten, über eine einjährige Nachbeobachtung hinweg recht gute Wirksamkeit zu erzielen (Higgins, Badger & Budney, 2000; Higgins, Wong, Badger, Ogden & Dantona, 2000). Testergebnisunabhängige Gutscheine bewirken keine Verbesserung der Abstinenz. In einer Studie mit 120 Teilnehmern unter Methadon-Substitutionstherapie wurde ein Vergleich zwischen Kontingenzmanagement, KVT-basierter Rückfallprävention, Kontingenzmanagement plus KVT und nur Methadon angestellt (Rawson et al., 2002). In der 17. Woche betrug die Abstinenz bei Kontingenzmanagement ohne KVT 60%, bei KVT 40%, bei KVT plus Kontingenzmanagement 47% und in der Kontrollgruppe 23%. Beim 52-Wochen-Follow-up erreichte KVT weitere Verbesserungen,

## 11. DVT- Jahrestagung 14.-16. April '05 in Berlin

„CBASP – James P. McCullough spricht das erste Mal vor einer großen Fachöffentlichkeit in Deutschland“

### „Third Wave of Behavioral Therapies“

- James P. McCullough  
CBASP Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
- Heinrich Berbalk  
Schema-Therapie nach Jeffrey Young

### Workshops

CBASP • Schematherapie • Die therapeutische Arbeit an und mit Emotionen • Wiederbelebung von Emotionen • Verhaltenstherapie bei somatoformen Störungen • Biologische Grundlagen psychischer Störungen • ADHS – Training sozialer Kompetenz • Fallstricke in der Behandlung der Anorexia und Bulimia nervosa • Beziehungsfällen • Einführung in ein strukturiertes Supervisionsmodell • Selbstwert • Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangserkrankungen • Multimodale Kinder- und Jugendpsychotherapie bei aggressiven Verhaltensstörungen • Dialektisch-Behavioral Therapie (DBT) • Psychologische Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus • Verhaltenstherapie bei Zwangsgedanken und überwertigen Ideen • Verhaltenstherapeutische Interventionen bei Burn-out • Migränebewältigung und Persönlichkeitsstil • Behandlungswirksamkeit depressiver Patienten in der ambulanten Praxis • Elterntraining bei Eltern mit Kindern mit ADHS • Grundlage der Mehrphasigen Integrativen Traumatherapie (MITT) • Interaktionale Gruppenverhaltenstherapie • Zieloffene verhaltenstherapeutische Gruppen • Verhaltenstherapeutische Ansätze in der Behandlung somatoformer Störungen • Weisheitstraining zur Behandlung der Posttraumatischen Verbitterungsstörung • Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy • Verhaltenstherapie bei Erwachsenen mit ADHS • Psychoonkologie bei Kindern und Jugendlichen • Nutzen von systemischen Ansätzen für das Setting des Elterntrainings • Ressourcenaktivierung durch Video-Filme in der Kindertherapie und Elternarbeit • Das Konzept des gewaltlosen Widerstands und der elterlichen Präsenz nach Haim Omer • Psychohygiene für Verhaltenstherapeuten • Trainingsprogramm Freunde für Kinder

### DVT – Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie

Salzstraße 52, 48143 Münster  
Telefon 0251-44075

dvt@verhaltenstherapie.de  
www.verhaltenstherapie.de



wobei jedoch keine Hinweise auf additive Effekte bei gleichzeitigem Kontingenzmanagement vorlagen. Andere Studien deuten ebenfalls darauf hin, dass bei rückfallpräventiver KVT die Wirkung des Kontingenzmanagements am Behandlungsende reduziert ist, jedoch beim Follow-up nach einem Jahr Evidenz für einen signifikanten Nutzen der KVT vorliegt. *Derartige Ergebnisse unterstreichen, wie offensichtlich wünschenswert langfristige Nachbeobachtungen bei Studien im Bereich des Substanzmissbrauchs sind.*

### 10.2.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Es gibt auf diesem Gebiet Anzeichen, dass eine spezielle Kombination von Therapien – Kontingenzmanagement kombiniert mit KVT-basierter Rückfallprävention – ein effektives Mittel zur Lösung dieses komplexen Problems darstellen könnte. Die ersten Ergebnisse sind zweifellos beeindruckend, und für Psychotherapeuten stellt sich die herausfordernde Frage: Wie oft könnte sich eine direkte Übergabe der Psychotherapeutenhonorare an die Klienten auf der Grundlage eines Kontingenzmodells als hilfreiche Intervention erweisen? *Wir achten beim Design von Kontrollbehandlungen nur unzureichend auf Kostenähnlichkeit mit der experimentellen Intervention. Das Beharren auf der besten alternativ verfügbaren Behandlung als Kontrollgruppe der Wahl sperrt die Psychotherapieforschung in ein vorgegebenes, vielleicht (für diesen Bereich) übermäßig medikalisiertes Modell ein.* Die Ergebnisse von Psychotherapiestudien könnten sehr gut anders aussehen, wenn die Forschungsstellen auf einer Auswahl der Kontrollbehandlungen nach dem Kriterium der Kostenähnlichkeit bestünden. Wahlmöglichkeiten und eine Einbeziehung der Behandler sollten die Richtschnur bei der Festlegung von Kontrollbehandlungen bilden. Zumindest in Großbritannien wird zunehmend anerkannt, dass die Anregungen und Kritik der Therapeuten für ein angemessenes Studiendesign unerlässlich sind. Die Literatur zu Kokain verdeutlicht in gewisser Weise die unzutreffende Vermutung, Personen mit Substanzmissbrauchsproblemen „bräuchten unsere Hilfe“ eher in psychologischer als in physischer Weise.

## 11. Diskussion

### 11.1. Evidenz für evidenzbasierte Praxis

Die vorliegende Übersicht beruht auf dem, was nach derzeitiger Auffassung von Geldgebern und Forschern geeignete Evidenz darstellt (Clarke & Oxman, 1999). Die Kriterien, anhand derer entschieden wird, was als evidenzbasierte Praxis zählt, müssen selbst einer empirischen Untersuchung unterzogen werden. Ihre Spezifität (die Wahrscheinlichkeit, eine Behandlung fälschlicherweise als wirksam einzustufen) und ihre Sensitivität (das Risiko, eine wirksame Behandlung als unwirksam fehlzuklassifizieren) sollten einer Reihe anderer Kriterien der allgemeinen Gesundheit standhalten. Auf Evidenzkriterien sollten dieselben empirischen Standards Anwendung finden, die bei anderen klinischen Entscheidungsfindungen erwartet würden. Augenscheinvalidität – mit der wir es derzeit zu tun haben – ist eindeutig unzureichend. Behandlungen, die auf Grund bestimmter Kriterien als „evidenzbasiert“ klassifiziert werden, müssen von Behandlungen zu unterscheiden sein, die diese Kriterien in Bezug auf verschiedene gleichzeitig bestehende, unabhängige, aber relevante Merkmale nicht erfüllen, wie z. B. theoretische Kohärenz, Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit oder Akzeptabilität für Behandler/Patienten.

### 11.2. Das Fehlen von Evidenz oder Evidenz für Unwirksamkeit

Bei der derzeitigen Kategorisierung evidenzbasierter Psychotherapien werden zwei grundlegend verschiedene Gruppen von Behandlungen zusammengefasst: zum einen Therapien, die ausreichend untersucht und für eine Klientengruppe als unwirksam befunden wurden, und zum anderen Therapien, die überhaupt nicht untersucht worden sind. Diese Unterscheidung ist von Bedeutung, denn der Grund dafür, dass eine Behandlung keiner empirischen Prüfung unterzogen wird, hat häufig wenig mit ihrer wahrscheinlichen Wirksamkeit zu tun. Es hat oft weit mehr mit der intellektuellen Kultur zu tun, in der Forscher tätig sind, mit der Verfügbarkeit von Therapiemanualen und den Einschätzun-

gen von Fachkollegen bzw. dritten Geldgebern bezüglich des Werts der Behandlung (die sowohl für die Finanzierung als auch für die Veröffentlichung der Forschungsarbeit entscheidend sein können). Der britische psychodynamisch orientierte Psychiater Jeremy Holmes (2002) hat im BMJ mit großer Gewandtheit argumentiert, dass das Fehlen von Evidenz für psychoanalytische Behandlungen nicht mit Evidenz für die Unwirksamkeit verwechselt werden sollte. Seine Sorge war insbesondere, dass die kognitive Therapie eher auf Grund ihrer Forschungs- und Marketingstrategie als wegen ihrer intrinsischen Überlegenheit standardmäßig Annahme finden würde. Er führte folgende Argumente an:

1. Die Grundlagen der kognitiven Therapie seien weniger gut gesichert als häufig angenommen.
2. Der Einfluss von KVT auf den langfristigen Verlauf psychiatrischer Erkrankungen sei nicht gut belegt.
3. Zumindest in einer „Praxisstudie“ musste der KVT-Arm wegen schlechter Compliance einer problematischen Patientengruppe abgebrochen werden, wobei diese Patienten jedoch Paartherapie akzeptierten und hiervon profitierten (Leff et al., 2000).
4. Die Effektstärke von KVT werde durch Vergleiche mit Wartelisten-Kontrollgruppen übertrieben.
5. Es zeichne sich ein postkognitiver Verhaltenstherapieansatz ab (z. B. J. D. Teasdale et al., 2000; Young, 1999), der sich zunehmend auf psychodynamische Ideen stütze.

Ich sympathisiere zwar voll und ganz mit Jeremy Holmes' Blickwinkel, selbst wenn meine Arbeit mit Tony Roth zum Ziel seiner Kritik gehörte, doch es ist nur fair, die Unzulänglichkeiten seiner Darstellung aufzuzeigen. In einem Kommentar zu Holmes' Artikel schreibt Nick Tarrier (2002) mit Leidenschaft: „Holmes verlässt sich auf das vordergründig bestechende alte Sprichwort, dass das Fehlen von Evidenz keine Evidenz für das Fehlen [von Wirksamkeit] ist. [...] Ich hätte mehr Begeisterung für dieses Argument, wenn die traditionelle Psychotherapie neu wäre. Es gibt sie schon seit etwa 100 Jahren. Das Argument verliert deshalb ein wenig an Schlagkraft, wenn die späte Ankunft der Psychotherapie am Tisch der Wissenschaft durch die Drohung angestoßen wurde, ihr wegen des Fehlens von Evidenz den öffentlichen Geldhahn





*Wir sind eine moderne leistungsfähige Einrichtung, inmitten einer großflächigen Parkanlage im Stadtbezirk Berlin-Lichtenberg. Mit 597 stationären Betten, zehn Dialyseplätzen sowie zehn Fachabteilungen decken wir ein breites medizinisches Spektrum ab.*

**Evangelisches  
Krankenhaus  
Königin Elisabeth  
Herzberge gGmbH  
Personalabteilung  
Herzbergstraße 79  
10365 Berlin**

## **Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité**

Für den Funktionsbereich Gerontopsychiatrie und -psychotherapie unserer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie suchen wir zum 1.1.2005 oder früher, befristet für zunächst 2 Jahre, eine/n approbierte/n

### ***Psychologische/n Psychotherapeuten/-in als psychotherapeutische/n Leiter/in (mit einem Eintrag im Arztregister mit dem Fachkundenachweis für Verhaltenstherapie)***

Unsere Abteilung versorgt mit ca. 130 vollstationären Plätzen und 2 Tageskliniken im Rahmen der Pflichtversorgung den Berliner Bezirk Lichtenberg mit ca. 250.000 Einwohnern. Sie ist in die Funktionsbereiche Allgemeine Psychiatrie, Suchtmedizin und Gerontopsychiatrie mit jeweils 2 Stationen gegliedert. Zusätzlich gehört ein Behandlungszentrum für akut psychisch kranke erwachsene Menschen mit geistigen Behinderungen zu uns.

Wir arbeiten mit einem multidimensionalen Konzept, das störungsspezifisch-psychotherapeutische, soziotherapeutische und biologisch-psychiatrische Behandlungsmodalitäten umfaßt. Als Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses führen wir eine intensive Konsiliar-tätigkeit mit über 800 Konsilen pro Jahr durch.

Unser gerontopsychiatrischer Funktionsbereich ist gegliedert in die Schwerpunkte Altersdepressionen und Angsterkrankungen sowie psychologische und Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz. Deshalb ist es uns wichtig, daß Sie eingehende Erfahrungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Akutbehandlung von älteren Menschen mit diesen psychischen Erkrankungen haben.

Wir legen großen Wert auf eine fundierte und standardisierte neuropsychologische Diagnostik (z. B. CERAD-Batterie, SKT, SIDAM, DEMTECT, Behave-AD). Sie sollten diese in Theorie und Praxis gut kennen.

Unser bisheriges therapeutisches Angebot umfaßt störungsspezifische Psychotherapien, wie IPT-LL und VT bei Angsterkrankungen. Im Demenzbereich sollen psychotherapeutische Diagnostik und Techniken implementiert werden. Deren Einführung in die Arbeit des multi-professionellen Teams zählt zu Ihren Aufgaben.

Der Aufbau einer Gedächtnissprechstunde ist geplant, an dem Sie federführend beteiligt wären.

Wir wünschen uns, daß Sie eine kompetente, aufgeschlossene und souverän handelnde Persönlichkeit sind, die eigenverantwortlich und kollegial in multidisziplinären Teams arbeitet und gut motivieren und anleiten kann. Daß Sie sich für die Weiterentwicklung von therapeutischen Konzepten in unserer Abteilung engagiert einsetzen und uns sehr gut nach außen repräsentieren.

Dazu gehört auch, unsere Mitarbeit im Geriatriisch-Gerontopsychiatrischen Verbundsystem der Region konstruktiv fortzusetzen. Ebenfalls sollte bei Ihnen die Bereitschaft vorhanden sein, sich zeitgemäße Methoden des Personalmanagements und der Gesundheitsökonomie anzueignen.

Wir bieten Ihnen eine verantwortungsvolle, interessante und selbständige Tätigkeit in einem kollegialen Team, intensive interne und externe Weiterbildung sowie externe Supervision. Eine umfangreiche wissenschaftliche Bibliothek mit der Möglichkeit zur Nutzung moderner Informationstechnologien ist auf dem Krankenhausgelände vorhanden.

Wir erwarten von Ihnen, daß Sie unserem Leitbild folgen. Als Evangelisches Diakoniewerk Königin Elisabeth begreifen wir uns als heilende und helfende Dienstgemeinschaft. Für uns steht der Mensch in seiner Einheit von Körper, Geist und Seele im Mittelpunkt. Das heißt, wir gehen von einem Menschenbild aus, das durch ethisch-christliche Wertvorstellungen begründet ist.

Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte innerhalb der nächsten 14 Tage nach Erscheinen der Anzeige an nebenstehende Adresse.

zuzudrehen“ (S. 292). Tom Sensky und Jan Scott (Sensky & Scott, 2002) waren ähnlich empört, sowohl über Holmes' selektive Berücksichtigung der Evidenz als auch über seine Behauptungen, einige kognitive Therapeuten begännen, Aspekte ihrer Disziplin in Frage zu stellen. Die Botschaft aus dem KVT-Lager lautet: Wenn psychodynamisch orientierte Therapeuten das Thema evidenzbasierter Praxis angehen wollen, müssen sie mehr tun, als Nörgeleien vorzubringen und sich an den allgemeinen Bemühungen um die Erhebung von Daten zu beteiligen.

Psychodynamisch orientierte Behandler befinden sich natürlich im Nachteil und nicht einfach nur deswegen, weil sie spät an den Start gegangen sind (immerhin finden viele neue Behandlungen noch einen Platz am Tisch der evidenzbasierten Praxis). Es bestehen tief gehende Inkompatibilitäten zwischen der Psychoanalyse und der modernen Naturwissenschaft. So hat Paul Whittle (2000) auf die grundlegende Inkompatibilität aufmerksam gemacht, die zwischen einem Ansatz besteht, der Lücken in Selbsterzählungen zu schließen versucht, und der Verpflichtung der kognitiven Psychologie zu einer minimalen Ausschmückung von Beobachtungen, einer Art Wittgensteinschen kognitiven Askese. Die Herstellung eines Sinnes rund um Lebenserzählungen ist grundlegend für das Wesen des Menschen. Deshalb ist es unvorstellbar, dass die Psychoanalyse (oder ein ihr sehr ähnlicher Prozess) jemals nicht zu den Ansätzen gehören könnte, die von Menschen mit psychischen Problemen gewünscht werden. Jedoch wird Erfolg in diesem Kontext in Form von Redegewandtheit (oder Sinnhaftigkeit) gemessen, die sich weder auf ein Symptom noch ein Leiden reduzieren lässt. Psychoanalytische Erklärungen stützen sich überdies auf die persönliche Geschichte des Klienten, doch die Rahmenbedingungen sind von der Verhaltensgenetik in Verruf gebracht worden. Die kognitive Verhaltenstherapie ist zwar ebenfalls auf der situationsbezogenen sozialen Lerntheorie begründet, hat sich jedoch effektiver von einer naiven situationsbezogenen Position gelöst. Zu allem Übel herrscht innerhalb der Psychoanalyse eine Tradition, Nichteingeweihte mit Verachtung zu betrachten, was die meis-

ten aufgeschlossenen Forscher abschreckt. Die Einbindung psychoanalytisch orientierter Behandler in Forschungsprogramme stellt ein wünschenswertes Ziel dar.

Psychoanalytiker sind mehr denn je zuvor, aber noch immer nicht voll und ganz der systematischen Erhebung von Daten verpflichtet, die lang gehegte Ideen potenziell in Frage stellen und widerlegen sowie bestätigen können. Hierbei gilt es um jeden Preis die Gefahr zu vermeiden, dass Forschungsarbeiten selektiv nur dann Annahme finden, wenn sie bisher vertretene Ansichten bestätigen. Dies könnte ein schlechteres Ergebnis bedeuten als eine pauschale Ablehnung des gesamten Unterfangens der Evidenzsuche, denn dies würde eine Immunisierung gegen die Ergebnisse und ihre Folgen bedeuten, während gleichzeitig die Illusion geschaffen wird, an dem tugendhaften Kreislauf des Explorierens, Untersuchens, Veränderns und erneuten Explorierens von Ideen teilzunehmen.

### 11.3. Die Tragweite der Aufgabe

Der Großteil der britischen Arbeiten zu evidenzbasierten Behandlungen stützt sich einzig und allein auf randomisierte kontrollierte Studien (RCTs). Dieser Studientyp wird im Bereich der psychotherapeutischen Behandlungen auf Grund seiner geringen externen Validität bzw. Generalisierbarkeit oft als ungeeignet erachtet (Anon, 1992). Kurz gesagt lautet die Behauptung, RCTs seien für die klinische Praxis nicht relevant – ein heiß diskutiertes Thema im Bereich der Psychotherapie (Hoagwood, Hibbs, Brent & Jensen, 1995) und der Psychiatrieforschung (Olfson, 1999). Es gibt eine Reihe von Gründen, die ausreichend publik gemacht worden sind und auf die ich hier aus Zeitgründen nicht näher eingehen kann, warum die externe Validität randomisierter Studien in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung gering sein kann: 1. die Nichtrepräsentativität der teilnehmenden Ärzte und Therapeuten, 2. die Nichtrepräsentativität der Teilnehmer, die zwecks Maximierung der Homogenität selektiv rekrutiert werden, 3. der mögliche Einsatz atypischer Behandlungen, die auf eine Einzelerkrankung ausgelegt sind, und 4. die Beschränkung der Ergebnismessung auf das Symptom, das im Mittelpunkt der

Studie steht und leicht messbar ist, aber praktisch irrelevante Dimensionen darstellt (Fonagy, 1999).

Die RCTs decken nur eine begrenzte Anzahl von Behandlungen ab, und es bleiben zahlreiche Behandlungen in Bezug auf eine Vielzahl von Störungen unbewertet. Da es mindestens 200 psychische Erkrankungen des Kindes und des Erwachsenen und hunderte von verschiedenen Interventionsformen gibt, zum Großteil mit zahlreichen Komponenten und vielen charakteristischen Durchführungsmustern, ist es unvorstellbar, dass eine Matrix aus Therapietypen und Erkrankungstypen je durch geeignete Studien gefüllt werden könnte (Goldfried & Wolfe, 1996). Dies ist keine triviale Angelegenheit. In Studien zur Bestimmung der erfolgsentscheidenden Komponente eines Behandlungsprogramms wird häufig festgestellt, dass anscheinend die meisten Schichten der Zwiebel entfernt werden können und die Wirkung noch immer gegeben ist. Da Ergebnisstudien nur selten zu einer Bestimmung der effektiven Behandlungselemente oder des zur Besserung führenden Veränderungsprozesses beitragen, wird jetzt von vielen traditionellen einflussreichen Befürwortern von Ergebnisuntersuchungen die Forderung nach weniger statt nach mehr Ergebnisstudien laut. Alan Kazdin (1998) empfahl beispielsweise eine so genannte „Dismantling“-Strategie, bei der nacheinander einzelne potenzielle Veränderungskomponenten entfernt werden, bis die wirklich wirksame Komponente gefunden ist. Einige Autoren haben die Ansicht geäußert, dass Meta-Analysen eine direkte Lösung für dieses Problem darstellen könnten (z. B. Borkovec & Ruscio, 2001), doch dies ist durchaus keine einfache Aufgabe. So wurde in einer Meta-Analyse jüngerer Datums von Wilson McDermut und Kollegen (McDermut et al., 2001) die Wirksamkeit von Gruppentherapie bei Depression bestätigt und eine durchschnittliche Effektstärke von 1,06 festgestellt. In den Gruppenbehandlungen der verschiedenen Studien wurden jedoch viele unterschiedliche Strategien gelehrt (Selbstkontrolltechniken, Problemlösekompetenzen, Entspannungsfähigkeiten, Disputation negativer Denkweisen). Wurde also mit dem Lehren einer Fertigkeit wirklich ein depressions-

bedingtes Defizit angegangen? Durch Zuordnung der Patienten zu Behandlungen, die auf ihre individuellen Defizite abgestimmt waren, wurde keine Vergrößerung der Effektstärke erreicht, und selbst in den Aufmerksamkeits-Kontrollgruppen war eine Reduktion der Symptome zu beobachten. In keiner der von McDermut et al. analysierten Studien wurde auch nur einer der elf von Yalom (1995) beschriebenen therapeutischen Faktoren von Gruppentherapien diskutiert. Wir wissen schlicht und ergreifend nicht, welcher Aspekt von Gruppenbehandlungen diese bei Depressionen so wirksam macht.

Neben diesen recht gut publik gemachten Problemen stellt sich auch die Frage, ob manualisierte Behandlungen bzw. Behandlungspakete bei unserer Suche nach wirksamen Interventionen die geeignete Analyseebene sind. So wurde z. B. in einer Studie von Olfson und Kollegen (Olfson, Mechanic, Boyer & Hansell, 1998) bei der Nachbeobachtung schizophrener, aus der Klinik entlassener Patienten festgestellt,

dass Patienten, die vor der Entlassung Kontakt zu dem für die ambulante Versorgung zuständigen Therapeuten hatten, eine bessere Symptomreduktion erzielten als jene, die keine Verbindung zum ambulanten Betreuungspersonal gehabt hatten. Ähnliche, scheinbar geringfügige Prozessparameter der Versorgung können unter Umständen weit entscheidender für das Ergebnis sein als ganze Behandlungspakete. Es ist schwer vorstellbar, dass jemals eine ausreichende Anzahl von RCTs zur Bewertung aller derartigen – potenziell zentralen – Versorgungsparameter durchgeführt werden könnte. *Die evidenzbasierte Praxis muss über den aktuellen Datenbestand hinaus blicken und sich praxisbasierte Evidenz ansehen, um eine umfassende Etablierung evidenzbasierter Praxis zu erzielen.*

#### 11.4. Das ideale Ergebnisforschungsprogramm

Das ideale Ergebnisforschungsprogramm wurde vor mehr als vier Jahren von Alan Kazdin vorgestellt, doch da es von uns ver-

langen würde, unseren gesamten Ansatz in Bezug auf Ergebnisstudien und evidenzbasierte Praxis zu überdenken, wird es wohl nie implementiert werden. 1. Im Wesentlichen schlägt Kazdin vor, dass am Anfang der Therapieforschung eine Ermittlung der zentralen Dysfunktionen, die mit der jeweiligen Störung verbunden sind, stehen sollte sowie der empirische Nachweis dieser Dysfunktionen in einem beträchtlichen Prozentsatz der klinischen Gruppe. 2. Weiterhin muss eine konzeptuelle Verbindung zwischen der beabsichtigten Behandlungsmethode und dem der Störung mutmaßlich zugrunde liegenden dysfunktionalen Mechanismus hergestellt werden. 3. Erst wenn dies geschehen ist, kann die Manualisierung beginnen, gefolgt von 4. der Sammlung der Evidenzhierarchie, welche die Grundlage systematischer Reviews bildet. 5. Prozess-Ergebnis-Studien können dann zur Bestimmung der zentralen Behandlungskomponenten und der notwendigen Behandlungsdauer implementiert werden. Zur Bestätigung der korrelationalen Ergebnisse der Prozess-Er-

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



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


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

**EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag**

18.-20.02. + 19.03.05 Berlin  
 03.-05.03. + 15.04.05 Köln  
 11.-13.03. + 30.04.05 München  
 05.-07.05. + 04.06.05 Bremen  
 26.-28.05. + 08.07.05 Bad Mergentheim  
 27.-29.05. + 18.06.05 Bad Segeberg/Hamburg  
 23.-25.06. + 23.09.05 Nürnberg  
 30.06.-02.07. + 16.09.05 Köln

<b>Info und Anmeldung:</b>	<b>EMDR-Institut</b>
D - 51427 Bergisch Gladbach	Junkersgut 5a
Telefon: +49 - (0)22 04 - 2 58 66	www.EMDR-Institut.de
Telefax: +49 - (0)22 04 - 96 31 82	info@EMDR-Institut.de

**EMDR-Institut Deutschland**  
 autorisierter Partner des EMDR-Institutes von Francine Shapiro PhD, USA

  
 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. Workshop 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

gebnis-Studien sind experimentelle Untersuchungen der mutmaßlichen Prozesse und Mechanismen erforderlich. Abschließend müssen noch die Grenzbedingungen für die Behandlung in Bezug auf Patienten- und Situationsaspekte bestimmt werden, welche die Effektivität der Therapie fördern oder untergraben können. Dies ist ganz offensichtlich eine grundlegend andere Herangehensweise als der normalerweise verfolgte Ansatz, bei dem die Bewertung einer bestimmten Behandlung den Ausgangspunkt bildet. Die Bestimmung zentraler psychologischer Prozesse erfolgt derzeit bestenfalls post hoc. Kein Wunder, dass es zu viele verschiedene Behandlungsmodalitäten gibt. Kein Wunder, dass wir so wenig darüber wissen, warum Behandlungen funktionieren. Eine Umkehr dieses Prozesses wäre eine bemerkenswerte Errungenschaft im wissenschaftlichen Vorgehen.

### 11.5. Pragmatische Studien

Die Antwort auf die Kontroverse um Wirksamkeits- und Effektivitätsstudien im Bereich der Psychotherapie könnte in so genannten „pragmatischen“ bzw. Praxisstudien liegen. Für diese wenig aufwändigen Studien ist neben einer laufenden Ergebnismessung eine experimentelle Komponente erforderlich, die unter anderem durch eine Randomisierung zwischen alternativen Betreuungsmethoden erreicht wird. Wichtig ist, dass in diesen Studien nicht-spezifische Betreuungsaspekte kontrolliert werden und dennoch Fragen von direkter Relevanz für die Behandler gestellt und beantwortet werden können. Die an der Studie teilnehmenden Patienten spiegeln natürlicherweise die klinische Population wider, und die Ausschlusskriterien sind auf ein Minimum beschränkt. Die Vergleichsbehandlungen werden der Routinepraxis gegenübergestellt, die in der Regel Kombinationsbehandlungen und auf das individuelle Ansprechen der Patienten eingestellte Therapien durchführt. In pragmatischen Studien werden nur minimale Einschränkungen in der Behandlung auferlegt. Das einzige größere Opfer bei der internen Validität ist der Verlust der Blindheit bei der Bewertung. Allerdings bietet Blindheit, die bei psychotherapeutischen Behandlungen wahrscheinlich sowieso nicht

in vollem Umfang gegeben ist, möglicherweise nur geringe Vorteile, was die Objektivität der Ergebnisbewertung anbelangt. Doppelblindheit bringt selbst bei einer pharmakologischen Routineversorgung unrealistische Beschränkungen mit sich, und Abweichungen vom Standardvorgehen gefährden die Validität und Generalisierbarkeit von Kostendaten, die zu einer Beurteilung der Kosteneffizienz herangezogen werden. Die Geheimhaltung der Gruppenzuteilung (d. h. die Verhinderung der vorherigen Kenntnis, welcher Gruppe ein Patient im Fall einer Rekrutierung zugewiesen wird, die eine wichtige Ursache verzerrter Patientenauswahl darstellt) ist in diesem Kontext leicht zu erreichen. Die Einzigartigkeit derartiger Studien liegt in der Relevanz der Fragen, die Behandler zu ihrer Routinepraxis stellen können. Im Idealfall sollte die treibende Kraft hinter der Suche nach Evidenz wirkliche Ungewissheit über das klinische Ergebnis sein. Im Bereich der evidenzbasierten Praxis ist klinische Neugier jedoch bedauerlicherweise nur selten der Motivator.

Pragmatische Studien könnten eine zentrale zusätzliche Informationsquelle für die evidenzbasierte Praxis darstellen. Zusammen mit strengeren RCTs (von besonderer Relevanz für neue Behandlungen) und einer wohl überlegten Nutzung von Beobachtungsdaten liefern sie eine ausreichende Fülle an Evidenz, um signifikante Fortschritte bei den Standards der psychischen Gesundheitsversorgung erreichen zu können. Die Entwicklung und Unterstützung einer fachgebietsweiten Methodik für pragmatische Studien stellt eine wichtige zusätzliche Aufgabe für Initiativen dar, die sich die Förderung der evidenzbasierten Psychotherapiepraxis zum Ziel gesetzt haben.

### 11.6. Klinische Leitlinien

Das Schließen der Lücke zwischen Praxis und Evidenz bringt uns zu einem weiteren Quantensprung in der Differenziertheit, mit der Evidenz für psychotherapeutische und psychologische Interventionen betrachtet wird. Es wird zunehmend anerkannt, dass Evidenz nicht für sich selbst spricht und nur dann nutzbringend angewendet werden kann, wenn sie durch eine Gruppe unvor-

ingenommener Experten geprüft und integriert wird, zu der auch Personen gehören, deren Kompetenz in ihrer Eigenschaft als Therapeuten und Betreuer liegt. Klinische Leitlinien, die Evidenz und Erfahrungen von vorderster Front integrieren und deren Erarbeitung durch multidisziplinäre Gremien erfolgt, die auf Grund ihrer Zusammensetzung umfassende Kenntnis von den Beschränkungen der klinischen Alltagspraxis besitzen, sind ein entscheidender Schritt, der in der Vergangenheit nur allzu oft versäumt wurde, als Evidenz einzig und allein aus dem Erfahrungskontext der Verwaltung interpretiert wurde.

Die Forschung – mit ihrer Ausrichtung auf ausgewählte Patientenpopulationen – kann Therapeuten natürlich nicht sagen, wie sie einzelne Patienten behandeln sollen. Die Therapeuten müssen der Forschungsdatenbank, mit einem bestimmten Klienten im Hinterkopf, spezifische Fragen stellen. Wie aber stellt man dieser massiven Ansammlung von Daten derartige Fragen, und – die noch größere Herausforderung – wie erhält man aussagekräftige Antworten? Für diese komplexe Aufgabe sind weit größere Fertigkeiten erforderlich als für die Erstellung einer systematischen Übersichtsarbeit. Vielerorts besteht die Hoffnung, dass klinische Leitlinien immer besser die Rolle der Übersetzung der Forschung in die Praxis übernehmen können und werden. Die Kontroverse, die dieses Thema umgibt, geht über den Rahmen der vorliegenden Arbeit hinaus. Es ist vielleicht ausreichend zu sagen, dass wir uns nicht vorstellen können, dass Leitlinien, wie ausgereift auch immer, klinische Kompetenz und Erfahrung je ersetzen können werden, genauso wenig wie die Straßenverkehrsordnung geschicktes Fahren ersetzen kann. In künftigen Studien sollte vielleicht auch die Kompetenz untersucht werden, mit der Therapeuten bestimmte Behandlungen umsetzen, und in welcher Beziehung dieser Faktor zum Patienten-Outcome steht.

Im Zusammenhang mit der fehlenden Umsetzung von Leitlinien in klinisches Verhalten (Chilvers, Harrison, Sipos & Barley, 2002; Higgitt & Fonagy, 2002) ist es hilfreich, zwischen „Diffusion“, „Disseminierung“ und „Implementierung“ zu unterscheiden (Palmer & Fenner, 1999). Dies



sind zusammenhängende Phasen eines Prozesses, die durch zunehmende Aktivität gekennzeichnet sind. Die Veröffentlichung in einem Artikel einer Fachzeitschrift (Diffusion) ist eine passive Form der Kommunikation, willkürlich, ungezielt und unkontrolliert (anscheinend ungenügend, um nennenswerte Veränderungen in der klinischen Praxis zu bewirken). Die Entwicklung und Verbreitung von Praxisleitlinien, Übersichten usw. ist ein aktiverer Vorgang und an ein bestimmtes Zielpublikum gerichtet (Disseminierung). Die Implementierung ist nochmals aktiver, mit Sanktionen und Anreizen, Überwachung und einer Anpassung an regionale Erfordernisse. Die Methoden für die Umsetzung von Leitlinien in die Praxis reichen vom Einsatz schriftlicher Materialien über edukative Bemühungen durch Produktbefürworter, finanzielle Anreize und patientenvermittelte Interventionen bis hin zu Erinnerungssystemen. Ungeachtet von Problemen im Zusammenhang mit der Aktualität von Leitlinien besteht die sehr reale Frage, inwieweit Leitlinien wirklich Anwendung finden. Auf einer vor kurzem in Australien durchgeführten Konferenz zur Prüfung des Schicksals von 14 Leitlinien wurde festgestellt, dass keine der Leitlinien gut umgesetzt worden war. Merkliche Effekte waren umso wahrscheinlicher, je kürzer die Leitlinien waren. Die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Implementierung war bei Einleitung auf lokaler Ebene am höchsten.

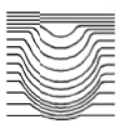
### 11.7. Das Gehirn und der Geist

Die Frage lautet nicht: „Ist Psychotherapie zu Zeiten von Prozac noch relevant?“, sondern: Wie können wir ihr vor einem Hintergrund zunehmend fragmentierter sozialer Unterstützungssysteme wirklich Gewicht verleihen und wie können wir sie effizient dort einsetzen, wo die aktuelle Pharmakotherapie nicht ausreicht? Medikamente und Psychotherapie wirken beide so, wie sie wirken, weil sie einen Einfluss auf das Funktionieren des Gehirns haben. Wie könnte es auch anders sein, wo doch das Gehirn das Organ des Geistes ist? Erkrankungen des Geistes sind eindeutig Erkrankungen des Gehirns. Das Ergebnis von Psychotherapien sollte deshalb ebenso leicht (oder leichter) in Form von Gehirnfunktion wie in Form von Verhalten oder subjektiver Berichte zu messen sein.

Doch das Gehirn ist nicht die letzte Grenze unseres Wissens über den Geist. Gefühle lassen sich auf grobe Weise durch Medikamente verändern, ohne dass dabei die Erfahrung der psychischen Erkrankung oder die medikamenteninduzierte Veränderung einen Sinn erhält. In der Psychotherapie kristallisiert sich das Prinzip der psychologischen Verursachung: dass es in vielen Fällen wohl am hilfreichsten ist, psychische Störungen aus einer psychologischen Perspektive zu sehen, als das Produkt spezifischer Überzeugungen, Wünsche und Gefühle. Ohne ein psychologi-

sches Verständnis von psychischen Störungen wäre es unmöglich, die offenkundigen sozialen Wege zu verstehen, die zu psychischen Störungen führen: Armut, Arbeitslosigkeit, Inzest, Obdachlosigkeit, seelische Verzweiflung ob der Gewalt und Herzlosigkeit Missbrauch betreibender Eltern, die fast grenzenlosen Möglichkeiten, die Menschen finden, um sich gegenseitig Leid zuzufügen – all diese Schändlichkeiten beeinflussen die Erwartungen, die Menschen an andere haben, das Vertrauen, das sie zu fühlen in der Lage sind, ihren Ärger darüber, wie man mit ihnen umgeht, die komplexen Mechanismen, die wir alle entwickeln, um in dem sozialen Kontext zurechtzukommen, den uns das Schicksal in die Wiege gelegt hat. Ein Abwenden von der Psychotherapie könnte bedeuten, dass wir unsere Ohren vor derartigen Qualen verschließen. Psychotherapeuten haben die Prävalenz und Langzeitfolgen von Kindesmisshandlungen an die Öffentlichkeit gebracht. Es sind die Gefühle, Wünsche, Überzeugungen, Gedanken und Sehnsüchte im Gefolge der Verzweiflung, um deren Verarbeitung willen die Psychotherapie bewahrt werden muss.

Schwere soziale Benachteiligung erhöht das Risiko einer psychischen Erkrankung um ein Vielfaches. Dass es sich hierbei eher um einen psychologischen als um einen rein physischen Vorgang handelt, wird durch die prädiktive Kraft relativer statt ab-



## Fortbildungsstelle

Psychotherapeutisches  
Zentrum

Qualifizierung · Fortbildung · Training

- **Ressourcenorientierte Verhaltenstherapie**
- **Interpersonelle Therapie der Depression**
- **Qualitätsmanagement in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung**
- **Akkreditierte Fortbildungen Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg**

Christian-Belser-Str. 79a

70597 Stuttgart

Fon 0711 6781 421

info@fortbildungsstelle-online.de

**DGSS e.V.**  
www.dgss.org

Curriculum der Schmerzgesellschaften

**DGPSF e.V.**  
www.dgpsf.de

Theorie: 80 Stunden (in 5 Blöcken à 2 Tagen)

# Schmerz-Psychotherapie

Berlin - Bad Salzuflen - Bochum - Hamburg - Mainz - München

**DMKG e.V.**  
www.dmkg.de

Alle Termine und Informationen für 2005 unter  
**www.schmerzpsychotherapie.info**

**DGS e.V.**  
www.stk-ev.de

soluter Mittellosigkeit bestätigt. Je weiter unten im Sozialgefüge, umso größer ist das Elend, unabhängig vom tatsächlichen materiellen Besitz des Einzelnen. Es ist die gefühlte Benachteiligung, die psychologische Gifte ist. Natürlich kann man in diesem – und jedem anderen – Fall argumentieren, die Erfahrung von Deprivation sei ein Gehirnzustand, doch die logische Schlussfolgerung aus diesem Argument wurde bereits in Huxleys Roman *Schöne neue Welt* angedeutet. Niemand würde ernsthaft nahe legen, die geeignetste moralische Möglichkeit zur Lösung der riesigen, durch soziale Benachteiligung aufgeworfenen Probleme könnte die medikamentöse Unterdrückung des Elends sozialer Ausgrenzung sein!

Doch die Heimat der Psychotherapie, die geistige Welt der Überzeugungen, Wünsche und Gefühle – eine Zeit lang von zentraler Bedeutung für die Psychiatrie des 20. Jahrhunderts – ist ein zerbrechliches Wesen. Die Aufrechterhaltung der kausalen Bedeutung von Sinn ist durch ein starkes menschliches Bedürfnis nach Konkretheit und Einfachheit gefährdet, das von der Physik und Biologie der Hirnforschung bedient wird. Nur ein psychologischer Fortschrittsgegner würde den enormen Nutzen ignorieren, den wir aus der Hirnforschung gezogen haben. Doch wir wären ebenso irreführt, wenn wir ihre Kosten bestritten. Die Hirnforschung hat Auswirkungen auf unsere Kultur. Die von ihr gelieferten Antworten haben – nach Übersetzung in überschwängliche mediale Kurzbotschaften – das Ethos untergraben, nach psychologischem Sinn in der Art und Weise zu suchen, wie Therapeuten mit Klienten arbeiten. Der natürliche Wunsch des Menschen, eine Erzählung, eine Geschichte rund um die eigenen Erfahrungen zu erschaffen, hat unter wirtschaftlichem und politischem Druck einer tief greifenden Respektlosigkeit gegenüber dem Geistigen Platz gemacht, die weniger aus einer Desillusionierung über die Wirksamkeit der Psychotherapie hervorgegangen ist als vielmehr aus dem Reduktionismus gewisser biologischer Psychiater. Die Vereinigten Staaten haben in den vergangenen 15 Jahren einen verheerenden Rückgang im Interesse an der Psyche erlebt. Viele amerikanische

Health Maintenance Organisations (die Protektionisten der Gewinnspannen der Versicherungsgesellschaften) bewilligen heute entweder gar keine Psychotherapie oder höchstens ein halbes Dutzend Sitzungen. Wie zu erwarten – und zeitgleich mit der biologischen Revolution in der Psychiatrie – sind die Ausgaben für die psychische Gesundheitsversorgung in den USA real um einen Faktor von 50% gesunken.

Psychotherapie ist für eine ganzheitliche psychische Gesundheitsversorgung von entscheidender Bedeutung. Wir können uns nicht leisten, sie aufzugeben, wenn wir den Betroffenen eine sinnvolle und respektvolle Betreuung anbieten wollen. Meine Besorgnis gilt hier dem Risiko irreparabler, wenngleich unbeabsichtigter Schäden an einer Perspektive, die in der Psychiatrie bewahrt, was an unserer Spezies einzigartig ist – dass wir ineinander das Vorhandensein eines Geistes erkennen, das Vorhandensein von Gefühlen, Wünschen und Überzeugungen als Motivatoren von Verhalten, sei es adaptiv oder maladaptiv. Ein Abwenden von der psychologischen Therapie, von der Wahrheit der Bedeutung des Geistes, birgt das Risiko apokalyptischer kultureller und sozialer Veränderungen, die unvermeidbar sind, wenn wir persönliche Erfahrungen verspotten und anfangen, uns über die Gefühle, Gedanken und Wünsche unserer Mitmenschen lustig zu machen.

### **11.8. Wissenschaft und Wissenschaftlichkeit**

Abschließend noch ein Wort zu Wissenschaft und Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapieforschung. Wir alle haben ein Bedürfnis nach Sicherheit, wir erleben Unbehagen bei Nichtwissen und riskieren bei Unkenntnis einen ängstlichen Rückzug in Pseudowissen (so bezeichnend für die Anfangsjahre der Medizin). Ein wissenschaftlicher Ansatz ist offenkundig unglaublich hilfreich gewesen und hat viele Millionen Menschenleben gerettet. Hiergegen zu argumentieren, wäre nicht nur ungehobelt, sondern eindeutig unmoralisch und destruktiv. Doch für eine mechanische Lesart von Evidenz zu argumentieren, wie es einige klinische Psychologen getan haben

(Chambless & Hollon, 1998; Chambless et al., 1996), birgt ein ebenso großes Schadensrisiko.

Die im Rahmen der vorliegenden Initiative zusammengetragene Forschungsevidenz muss sorgfältig abgewogen werden. Es sind verschiedene Evaluierungskanäle erforderlich, und diese müssen offen gehalten und aktiv gepflegt werden. Kein Therapeut, der etwas auf sich hält, wird sein Vorgehen über Nacht ändern. Er wäre töricht, wenn er dies täte. Evidenz muss gelesen und evaluiert werden, sie muss in den Kontext dessen gesetzt werden, was möglich ist, wünschenswert wäre und zu den gegebenen Möglichkeiten passt. Es gilt zu bedenken, dass zumindest auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit, wahrscheinlich aber auch in den meisten anderen Bereichen klinischer Behandlung, die Behandlungsmethode lediglich für einen – verglichen mit der Art des Problems des Patienten – vergleichsweise kleinen Anteil der Varianz des Erfolgs verantwortlich ist (Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton, 1995; Weisz, Weiss, Morton, Granger & Han, 1992), diese Varianz aber durchaus mit der Kompetenz des behandelnden Therapeuten in Zusammenhang stehen könnte. Letztere Form der Varianz muss sorgsam gehütet und bewahrt werden, nicht nur, weil hier die Kunst der Medizin liegt, sondern auch, weil durch Untersuchungen genau dieser Variabilität künftig bedeutende Fortschritte in der Gesundheitsversorgung erzielt werden könnten – vorausgesetzt, wir können diese einer empirischen Prüfung unterziehen.

Die **Literatur** zu beiden Teilen des Artikels finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter „[www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de)“.

*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](mailto:p.fonagy@ucl.ac.uk)  
[a.roth@ucl.ac.uk](mailto:a.roth@ucl.ac.uk)

# Bachelor oder Master, wer wird Psychotherapeut?

## Was die Neufassung der Studienabschlüsse für die Psychotherapieausbildung bedeutet<sup>1</sup>

Georg W. Alpers\* & Heiner Vogel\*\*

\* Institut für Psychologie der Universität Würzburg  
Lehrstuhl für Psychologie I: Biologische Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie

\*\* Institut für Medizinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Würzburg

**Zusammenfassung:** Die meisten Psychotherapeuten haben bisher einen Diplomstudiengang abgeschlossen. Im Zuge der Schaffung eines einheitlichen europäischen Hochschulraumes wird es in den nächsten Jahren auf breiter Front zur Einführung von Bachelor- und Master-Studiengängen in Psychologie kommen. Der Artikel charakterisiert diese Abschlüsse und berichtet, was die Abschlüsse im amerikanischen Bildungssystem bedeuten, was die politischen Leitlinien für die Einführung sind und wie die neuen Studiengänge bei den ersten Modellen in Deutschland umgesetzt werden.

Die besondere Situation der klinischen Psychologie wird erläutert, und es werden die Implikationen der Reform für die Zugangsvoraussetzungen zur Psychotherapieausbildung skizziert. Das Ziel des Artikels ist es, zur Diskussion über kritische Punkte anzuregen, die bei der Reform aus Sicht der Psychotherapeuten beachtet werden sollten.

Fast alle Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben einen Diplomstudiengang abgeschlossen (Psychologie, Sozialpädagogik oder Äquivalentes). In Zukunft werden für die Psychotherapie-Ausbildung neue Voraussetzungen gelten. Der Abschied vom Diplom wurde vor fünf Jahren eingeleitet, als die Regierungen der EU-Staaten in Bologna beschlossen haben, ei-

nen einheitlichen europäischen Hochschulraum zu bilden, der mehr Internationalität und damit mehr Austausch zwischen den Ländern ermöglichen sollte. Dieser so genannte Bologna-Prozess soll bis zum Jahr 2010 abgeschlossen sein und europaweit einheitliche Studienabschlüsse mit sich bringen. Während einige andere europäische Länder bei der Umsetzung zögern, scheint die deutsche Bildungspolitik entschlossen zu sein, diese Ziele umzusetzen.

Aus deutscher Sicht sind damit vor allem die Hoffnung auf mehr Konkurrenzfähigkeit bei der Anwerbung ausländischer Studierender und auf bessere internationale Konkurrenzfähigkeit der deutschen Hochschulabsolventen verbunden (KMK, 12.6.2003). Daneben sollen mehrere strukturelle Probleme verbessert werden, die nichts mit Internationalität zu tun haben. So hat jüngst eine internationale Studie darauf hingewiesen, dass in Deutschland noch nicht genügend Akademiker ausgebildet werden (OECD, 2004). Ein anderes Problem ist – wie in vielen Studienfächern – auch in der Psychologie die hohe Zahl der Studienabbrecher, die die Hochschule ohne Abschluss verlassen (Schorr, 2003). Des Weiteren sind diejenigen, die einen Abschluss erwerben, im internationalen Vergleich recht alt (Wissenschaftsrat, 2000). Als Lösungsmöglichkeit wird daher von politischer Seite die Einführung so genannter konsekutiver Bachelor- und Master-Studiengänge gesehen, wobei bereits der Bachelor zur Berufstätigkeit befähigen soll. Auf der Basis des novellierten Hochschul-

rahmengesetzes (HRG) existieren seit 1999 „Strukturvorgaben für die Einführung von Bachelor-/Bakkalaureus- und Master-/Magisterstudiengängen“ (KMK, 10.10.2003).

Obwohl wir uns also mitten in einem Umwälzungsprozess befinden, scheint die (psychotherapeutische) Fachöffentlichkeit bislang noch kein ausgeprägtes Interesse an der Diskussion über die Gestaltung der neuen Studiengänge zu zeigen. Wir erkennen aber gerade für die angewandten Disziplinen wie die Psychotherapie viel Diskussionsstoff. Für diese ist es beispielsweise essentiell, abzuklären, wie die Zulassungsvoraussetzungen für die Fachausbildungen zu definieren sind.

## Bachelor- und Master-Plan

Der Hintergrund der anstehenden Veränderungen ist das im Hochschulrahmengesetz (HRG) formulierte Internationalitätsgebot, das die internationale Zusammenarbeit auch unter Berücksichtigung ausländischer Studierender fordert (§ 2 Abs. 5). Das neue HRG regelt auch die Details der neuen B.A./M.A.-Studiengänge (siehe § 19). Demnach soll der B.A. (Bachelor of Arts oder Bakkalaureus Artium bzw. B.Sc. Bachelor

<sup>1</sup> Eine Liste mit im Internet verfügbaren Informationen und Dokumenten zum Thema findet sich auf <http://www.psychscience.de>. Wir danken Prof. Dr. H.-J. Schwartz und Prof. Dr. P. Pauli für wertvolle Anregungen zu einer früheren Version des Manuskripts.

of Sciences) nach 3-4 Jahren Studienzeit erworben werden, der M.A. (Master of Arts oder Magister Artium bzw. M.Sc.) nach 1-2 weiteren Jahren. Baut ein M.Sc.-Studiengang direkt auf einen B.A.-Studiengang auf, so wird diese Abfolge konsekutiv bezeichnet. Die Gesamtdauer konsekutiver Studiengänge darf 5 Jahre nicht überschreiten (was selbstverständlich die Psychotherapieausbildung nicht mit einschließt). So wie bereits heute die Bezeichnungen der Doktorgrade innerhalb des Faches Psychologie uneinheitlich sind, wird bei den neuen Studienabschlüssen das „Arts“ bei sozialwissenschaftlichen Studiengängen dominieren und das „Sciences“ bei den naturwissenschaftlichen (KMK, 10.10.03). Bereits der Bachelor soll formal berufsqualifizierend sein und „damit für die Mehrzahl der Studierenden zu einer ersten Berufseinführung“ führen (KMK, 10.10.2003).

So klar diese gesetzlichen Rahmenbedingungen erscheinen, es liegt laut Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) weder auf Seiten der Politik noch auf Seiten der Psychologen eine einheitliche Linie vor, wie die anstehenden Veränderungen in der Psychologie umgesetzt werden sollen. Die Fristen, die manche Bundesländer als Zielvorgabe für die Einführung der B.A./M.A. Studiengänge anvisieren, sind aber knapp bemessen (NRW und Baden-Württemberg: 2007 mit entsprechender Vorbereitungszeit; Schneider, im Druck). Laut einer aktuellen Statistik der Bundesbildungsministerin (BMBF, 27.9.2004) haben bislang bereits 5.500 Studierende oder drei Prozent aller Absolventen mit einem Bachelor oder Master abgeschlossen.

Eine von Krämer (2004) durchgeführte informelle Befragung der zuständigen Länderministerien zeigt, dass die Pläne zur Umsetzung keineswegs bundesweit koordiniert gestaltet werden. Interessant ist, dass bei dieser Befragung der Eindruck entstand, der Psychologie werde aufgrund des Psychotherapeutengesetzes eine wie auch immer geartete Sonderrolle eingeräumt, was bei Studiengängen mit staatlicher Abschlussprüfung, beispielsweise bei der Medizin, geplant ist. Nach offizieller Auskunft der Länderministerien ist dies jedoch wenig wahrscheinlich (Schneider, im Druck).

Es gibt auf Seiten anderer Berufsgruppen deutliche Abgrenzungsbemühungen gegenüber dem Bachelor als Regelabschluss. Die Deutsche Dekane- und Abteilungsleiterkonferenz der Architekten und verwandte Berufsgruppen setzt sich beispielsweise entschieden dafür ein, dass bei einer Einführung der neuen konsekutiven Studiengänge der Master als Regelabschluss definiert wird und nur dieser als Voraussetzung für die Kammermitgliedschaft eines Absolventen gelten kann (Schäfer, 2003).

Während die politisch gewollten Veränderungen in der Diskussion an den psychologischen Instituten noch nicht auf breiter Basis aufgegriffen werden, sondern zumeist kaum beachtet werden, fallen manche Reaktionen der Praxis auf die neuen Studienabschlüsse unerwartet enthusiastisch aus. So berichtet Krämer (2004) von einem Experiment mit Personalberatern, bei dem einem Psychologen mit B.A. mit kürzerer Studiendauer offenbar mehr Internationalität zugetraut wurde als einem Diplompsychologen mit denselben Bewerbungsunterlagen. Sollte dies nur ein positives Vorurteil aufgrund der internationalen Bezeichnung des Abschlusses sein, so würde sich dieser Effekt schnell abnutzen.

### Die Angloamerikanische Tradition

Master und Bachelor sind die üblichen Studienabschlüsse im angloamerikanischen Universitätssystem. Da eines der Ziele ihrer Einführung in Deutschland eine verbesserte Internationalisierung ist, werden die neuen Studienabschlüsse sicherlich auch Ähnlichkeiten mit den angloamerikanischen „Originalen“ haben. Somit erscheint es sinnvoll, sich zunächst mit Beispielen für das angloamerikanische System vertraut zu machen. Hier wird vor allem auf die maßgeblichen Informationen Bezug genommen, welche die American Psychological Association auf ihren Internetseiten zur Verfügung stellt (APA).

Unabhängig von der Diskussion um die B.A./M.A.-Abschlüsse ist zunächst festzustellen, dass in den USA eine eigenverantwortliche psychotherapeutische Tätigkeiten

in der Regel einen Doktorgrad voraussetzt (dort „Ph.D.“), da die therapeutische Zulassung im Rahmen eines Promotionsstudienganges klinische Psychologie erworben wird. Eine Ausnahme von dieser Regel ist ein praxisbezogener Promotions-Abschluss von Instituten, die unseren Fachhochschulen ähneln („Psy.D.“, Doctor of Psychology).

Wer in den USA einen Master erwirbt, kann in verantwortlicher Position beispielsweise Testungen und Beratungen durchführen, psychotherapeutische Tätigkeiten im engeren Sinne werden jedoch in der Regel nur unter Supervision der promovierten (d.h. impliziert, der zur Heilkunde zugelassenen) Kollegen erfolgen. Hier kann man Ähnlichkeiten zu den nicht approbierten deutschen Diplompsychologen erkennen.

Vor dem Hintergrund der deutschen Debatten dürfte es Manchen erstaunen, dass ein US-Bachelor mit dem Hauptfach Psychologie *nicht* zu einer psychologischen Berufstätigkeit qualifiziert; ohne weitere akademische Studienabschlüsse sind auch die Karriereoptionen stark eingeschränkt. Daher bewerben sich die meisten (die Quote liegt bei ca. 70%) für so genannte Graduate Studies, d.h. Promotionsprogramme oder Master Studiengänge. Ähnlich zu unserem bisherigen Grundstudium werden auch in den USA beim ersten Studienabschnitt relevante Nachbarggebiete unterrichtet, dieses Grundstudium bezieht dort jedoch auch allgemeinbildende Komponenten ein, wie sie hierzulande in der gymnasialen Oberstufe abgedeckt werden. Aus berufspolitischer Perspektive ist besonders relevant, dass B.A.-Absolventen mit dem Hauptfach Psychologie (das ist nicht gleichzusetzen mit einem Abschluss in Psychologie!), sollten sie sich bereits für eine Berufstätigkeit entscheiden, nicht als Psychologen bezeichnet werden und daher in vielen Fällen nicht unter der Supervision von Psychologen (Ph.D. oder M.A.) tätig sind, sondern auch von Personen anderer Berufsgruppen angeleitet werden. Neben der Möglichkeit, das Studium mit einem Abschluss (obgleich nicht als Psychologe) zu beenden, besteht ein weiterer Unterschied zwischen U.S.-Bachelor und dem deutschen Vordiplom darin, dass mit dem US-Bachelor sehr unterschiedliche Studienfächer weiterverfolgt werden können,



während das Vordiplom in Psychologie nur zum Hauptstudium in Psychologie qualifiziert.

## Wer wird Psychologischer Psychotherapeut?<sup>2</sup>

Während – wie oben beschrieben – die Psychotherapieausbildung in den USA in einen Studiengang integriert ist, ist dies in den meisten europäischen Ländern nicht der Fall. Selbst in verschiedenen Ländern, in denen bereits ein B.A./M.A.-System existiert, sind die Zugangsvoraussetzungen bislang sehr unterschiedlich (Schröder, 2004). Während in Griechenland beispielsweise ein B.A. genügt, wird in Finnland ein M.A. gefordert, in beiden Fällen aber im Zusammenhang mit einem bestimmten Umfang an Berufspraxis. In Großbritannien können sowohl ein B.A. als auch ein M.A. in die universitäre, postgraduale Psychotherapieausbildung führen (siehe USA).

In Deutschland werden die Voraussetzungen für den Zugang zu einer Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten im Psychotherapeuten-Gesetz (PsychThG) festgelegt. Dort heißt es bislang, dass „eine im Inland an einer Universität oder gleichstehenden Hochschule bestandene Abschlussprüfung im Studiengang Psychologie“ erforderlich ist (§ 5 Abs. 2). Bislang stand nicht in Frage, dass damit das Diplom gemeint war (der Begriff Diplom wird aber nur in Bezug auf äquivalente Abschlüsse des europäischen Auslandes verwendet). Wenn es in Zukunft mehrere Abschlüsse geben sollte, ist klarzustellen, welcher Abschluss dann den Zugang zur Ausbildung eröffnet. Wenn man in Betracht zieht, dass die Studieninhalte des Bachelor-Studienganges nur das Ziel der „Vermittlung von transferfähigem Basiswissen zusammen mit der Entwicklung von Schlüsselqualifikationen“ haben soll (Wissenschaftsrat, 2000), so steht außer Frage, dass der Bachelor-Studiengang noch keine adäquate Vertiefung in klinischer Psychologie leisten kann. In diesem Zusammenhang sei an die zusätzliche Anforderung des PsychThG erinnert, dass die qualifizierende Hochschulabschlussprüfung „das Fach Klinische Psychologie“ beinhalten muss. Da dies auch für die psychologi-

schen Ausbildungsteilnehmer in der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapieausbildung gilt (§ 5 Ziffer 2a PsychThG), dürfte auch für diese Ausbildung – im Interesse der Gleichbehandlung aller Ausbildungsteilnehmer – ein Master-Abschluss die notwendige Voraussetzung sein.

Unabhängig von der Frage nach den angemessenen Voraussetzungen der Psychotherapie-Ausbildung scheint es wichtig, klar zu definieren, für welche andere Formen der Berufsausübung im klinisch-psychologischen Anwendungsbereich ein B.A. in Psychologie berufsqualifizierend sein kann. Ohne klare Abgrenzungen ist zu befürchten, dass Bestrebungen zur Kostenersparnis im Gesundheitswesen dazu führen könnten, dass ausschließlich B.A.-Absolventen mit niedrigeren Gehaltsansprüchen als M.A.-Absolventen die Positionen bisheriger Diplom-Psychologen einnehmen werden, aber wegen ihrer geringeren Qualifikation anderen Berufsgruppen, z.B. im Range eines medizinischen Assistenzberufes, untergeordnet werden. Die Eigenständigkeit des Berufsstandes, die jüngst durch das Psychotherapeutengesetz gestärkt wurde, könnte insgesamt darunter leiden.

Bereits heute gibt es vereinzelt Fachhochschulabschlüsse im Hauptfach Psychologie, die dann entsprechende Zusatzsignierungen haben (z.B. „Dipl.-Wirtschaftspsych. (FH)“ in Lüneburg). Man kann davon ausgehen, dass in Zukunft anwendungsspezifische Masterstudiengänge an den Fachhochschulen verstärkt eingeführt werden. An einer privaten FH in Iserlohn gibt es bereits B.A.- (6 Semester) und M.A.-Studiengänge (plus 3 Semester) in „Business Psychology“, bei denen die Abschlüsse ohne den früher üblichen Zusatz „FH“ verliehen werden.

Die allgegenwärtige Forderung nach kurzen Studienzeiten und der Anspruch der Berufsqualifizierung könnte zu einer noch stärkeren Spezialisierung der Studiengänge führen (Beispiele für bereits akkreditierte B.A.s anderer Fachdisziplinen sind z.B. der „B.A. Event Management“ der FH Bad Honnef).

Eine Konzentration auf spezifische Anwendungsgebiete gab es bereits bisher an ei-

nigen wenigen Fachhochschulen (z.B. Reha-Psychologie, HS Magdeburg-Stendal), dieser Trend findet sich ebenso bei den B.A./M.A.-Abschlüssen der Universitäten (Umsetzungs-Beispiele siehe unten). Formal werden die genannten Diplom-Abschlüsse der FH's bislang eher der Sozialpädagogik gleichgestellt, sie ermöglichen damit den Zugang zur KJP-Ausbildung.

Da die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bereits jetzt mehrere grundständige Studienabschlüsse zulässt (Psychologie, Pädagogik und auch FH-Abschlüsse für Sozialpädagogik) und sehr heterogene Voraussetzungen integrieren muss, könnte die weitere Aufgliederung in Teildisziplinen-M.A. zu einer sehr unübersichtlichen Situation führen. Neben der Problematik, die dies für die Zulassungsvoraussetzungen bedeutet, bringt dies auch Schwierigkeiten für die einheitliche Ausgestaltung der Psychotherapieausbildung mit sich.

Entsprechend der US-amerikanischen Tradition empfiehlt der Wissenschaftsrat (2000) einen direkten Einstieg vom Bachelor in einen Promotionsstudiengang zu ermöglichen, wofür auch die bildungspolitischen Rahmenbedingungen gegeben sind (BMBF und KMK, 6.12.2001). Für die Promovierenden in klinischer Psychologie müsste dann allerdings zusätzlich der direkte Zugang zur Therapieausbildung ermöglicht werden. Bislang sehen die Formulierungen des Psychotherapeuten-Gesetzes nicht vor, dass die Psychotherapieausbildung Teil eines Promotions- oder M.A.-Studiiums sein kann. Eine Integration von Psychotherapieausbildung in einen Graduiertenstudium könnte jedoch helfen, die zu langen Gesamtausbildungszeiten (vom späten deutschen Abitur über B.A., M.A., gegebenenfalls Promotion bis hin zur postgradualen Approbation) zu straffen.

2 Die Voraussetzungen zur Psychotherapieausbildung sind in analoger Weise auch für die Kinder-/Jugendlichenpsychotherapie zu diskutieren, jedoch mit der zusätzlichen Komplexität, die sich daraus ergibt, dass auch Absolventen anderer Studiengänge Zugang haben.

### Umsetzungsbeispiele in der Psychologie

Seit dem vergangenen Jahr gibt es in Deutschland erste Umsetzungsbeispiele des B.A./M.A.-Konzepts für Psychologen.

In Konstanz haben zum Wintersemester 20% der Psychologiestudenten in einem konsekutiven Studiengang begonnen, der sich jedoch – außer dem formal berufsqualifizierenden ersten Abschluss – nicht radikal vom bisherigen Diplom-Studiengang unterscheidet (Universität Konstanz, 2004).

An der Universität Bochum beginnen bereits ca. 50% der Erstsemester in einem der neuen Bachelor-Studiengänge für Psychologie (Ruhr-Universität Bochum, 2003). Wo es früher einen Diplom-Studiengang Psychologie gab, werden nunmehr fünf zusätzliche Studienabschlüsse angeboten. Bereits der 6-semesterige Bachelor-Abschluss (mit zwei möglichen Spezialisierungen) ist nach offizieller Sprachregelung „berufsqualifizierend“. Mögliche Vertiefungsfächer des allgemeinen 4-semesterigen „M.Sc. Psychologie“ sind „Organisationsberatung“ oder „kognitive Neurowissenschaften“, eine Variante ohne (einschränkende) Vertiefungsangabe gibt es nicht. Eine Besonderheit ist der auf zwei (sic!) Semester gestraffte Masterstudiengang Klinische Psychologie, der explizit konzipiert wurde, um auf die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten vorzubereiten. Es wird nicht festgestellt, ob ein „allgemeingültiger“ M.Sc. ebenfalls zu diesem Ziel führen kann.

Ein weiteres Beispiel für die Umsetzung der neuen Studiengänge im Fach Psychologie kann an der nach der deutschen Wiedervereinigung neu gegründeten Universität Erfurt beobachtet werden. Neben dem spezialisierten B.A.-Studiengang „Lehr/Lern- und Trainingspsychologie“ wurde auch ein relativ kleiner M.A.-Studiengang eingeführt, in den pro Jahr nur 10 Studenten aufgenommen werden. Dort werden die Zugangsvoraussetzungen zunächst recht allgemein formuliert („gute Absolventen fachlich einschlägiger BA-/MA- und Diplomstudiengänge“ (Universität Erfurt, 2002), was im Detail aber anhand genauer Credit Point Summen (die europaweit gültige

„Währung“ für erbrachte Studienleistungen) nachvollziehbar gemacht wird. Interessant ist, dass dort explizit darauf hingewiesen wird, dass FH-Absolventen in der Regel nicht berücksichtigt werden können, weil sie nicht über die erforderlichen Erfahrungen in Forschungsmethoden verfügten.

### Das „Europäische Diplom“

Das Europäische Diplom in Psychologie (EDP) ist ein Vorschlag von Psychologenv Verbänden mehrerer Länder der Europäischen Union, der ebenfalls eine stärkere Internationalisierung der Qualifikationen unterstützen will, aber inhaltlich zunächst unabhängig von der Diskussion um B.A./M.A. oder Hochschuldiplom zu sehen ist (siehe Bamberg, 2004). Weil der Begriff in dieser Debatte aber gelegentlich genannt wird, soll kurz erläutert werden, wofür es sich handelt.

Das EDP soll die unterschiedlichen Curricula und Abschlüsse der Einzelstaaten berücksichtigen und damit vor allem die Möglichkeiten zur Mobilität von Psychologen und Klienten fördern (EuroPsy2 Project Group, 2003). Das EDP setzt zwar eine akademische Ausbildung nach den jeweiligen nationalen Regelungen voraus, verlangt aber darüber hinaus Berufserfahrung. Weil es daneben auch die Übereinstimmung mit ethischen Richtlinien fordert, soll der Titel nur zeitlich befristet vergeben und regelmäßig erneuert werden.

Für die zugrunde liegenden Studiengänge, die in zwei Abschnitte gegliedert sind (z.B. B.A./M.A.), werden Mindestanforderungen definiert. Dabei soll nur der zweite Abschnitt berufsqualifizierend sein. Der Absolvent soll aber auch dann erst das EDP erhalten, wenn er ein Jahr unter Supervision tätig war.

Auch wenn die EDP-Initiative einen interessanten Ansatz der Internationalisierung darstellt, so ist damit doch etwas ganz anderes gemeint als ein Studienabschluss. Die Betonung der kontinuierlichen Berufsqualifizierung ist zwar generell sachgerecht, ob dem EDP aber eine Zukunft beschieden ist, dürfte davon abhängen, ob es wirklich noch einen Bedarf für unspezifische

Zusatzbezeichnungen zusätzlich zu B.A., M.A., Dr. und Psychologischem Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gibt.

### Fazit und Ausblick

Obwohl die Reform der deutschen Studienabschlüsse Missstände angeht (lange Studienzeiten, mangelnde Internationalität, kein Abschluss bei Studienabbruch nach Vordiplom und ungenügende Berufsqualifizierung), die im Fach Psychologie nicht durchweg als dramatisch angesehen werden und auch innerhalb der Diplomstudiengänge behoben werden könnten, wird sich die Psychologie den beschlossenen Reformen kaum entziehen können. Gerade in der Psychologie wird ein großer Bedarf an qualifizierten Studienabgängern gesehen. Da hierzulande aber bereits jetzt die große Mehrzahl der Schüler mit Hochschulzugangsberechtigung ein Studium beginnt, ist das Potential für Studierende bereits jetzt nahezu ausgeschöpft (OECD, 2004), eine Anwerbung internationaler Studierender könnte jedoch zur Zielerreichung beitragen.

Die Implementierung von B.A./M.A.-Studiengängen scheint aber nicht automatisch zum Ziel der größeren Internationalisierung zu führen. In internationalen Umfragen wird die alleinige Ausrichtung der bisherigen Umsetzung auf europäische Standards bemängelt, da sie den bisher gut etablierten Austausch mit den USA eher erschwere als erleichtere (F.A.Z., 13.10.2004; Schultz, 2004). Bislang scheint die Anerkennung der neuen deutschen Abschlüsse selbst durch die britischen Behörden nicht gewährleistet zu sein (F.A.Z., 13.10.2004; Piterek, 2003). Solche Ungereimtheiten weisen auf einen hohen Abstimmungsbedarf im Veränderungsprozess hin. Sich nur an den internationalen Bezeichnungen nicht aber an den Inhalten zu orientieren, ist nicht sinnvoll.

Aus Sicht der Psychotherapeuten ist bei der Umsetzung der Reform besonders darauf zu achten, dass eine hinreichend große Zahl von (klinischen) MA-Studienplätzen zur Verfügung stehen muss, so dass genügend Bewerber die Voraussetzungen für eine therapeutische Ausbildung erwerben

können. Nur dann können genug Therapeuten ausgebildet werden, um den vorhandenen Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen abdecken zu können. Das bedeutet zunächst, dass die Bedarfswahlen gegenüber den Hochschulen und Akkreditierungsagenturen (s.u.) kommuniziert werden müssen.

Genügend Studienplätze sind die eine Seite der Medaille, die Attraktivität des Studiums für Abiturienten die andere. In diesem Zusammenhang wird bei der Umsetzung der neuen Studiengänge ein besonderes Augenmerk darauf zu richten sein, dass die neuen konsekutiven B.A./M.A.-Studiengänge tatsächlich gebührenfrei bleiben. Dies entspräche zwar der ursprünglichen Planung (KMK, 25.5.2000), ist aber im Gesetz nicht gesichert. Es heißt dort nur, dass das Studium bis zu einem ersten berufsqualifizierenden Abschluss gebührenfrei sein muss. Auch muss im zweiten berufsqualifizierenden Abschnitt die Möglichkeit gegeben sein, eine Förderung gemäß BAFöG zu beziehen. Oben wurde aus inhaltlichen Gesichtspunkten für den Erhalt des Gesamtzusammenhangs plädiert, dass die B.A./M.A.-Studiengänge in Psychologie als konsekutive Studiengänge angelegt werden. Praktische Auswirkungen hat dies auch auf die Finanzierung des Studiums, die damit eng verbunden ist. Die für Abiturienten bedrohliche Aussicht, nach einem B.A. ein kostenpflichtiges Zweitstudium (M.A.) anzuschließen, um sich für eine weitere kostenpflichtige Ausbildung zum Psychotherapeuten zu qualifizieren, könnte für potentielle künftige Kollegen eine unerwünschte Vorselektion darstellen.

Die Frage, ob eine zunehmende inhaltliche Spezialisierung in der Psychologie zweckmäßig ist, muss auch innerhalb der Psychologenschaft diskutiert werden. Hier

sind zumindest Zweifel angebracht, ob dann mit dem Beruf der Psychologin / des Psychologen künftig noch Vergleichbares gemeint sein wird. Des Weiteren ist fraglich, ob die sehr ausgeprägten Spezialisierungen bei den Master-Abschlüssen die notwendige Flexibilität am Arbeitsmarkt gewährleisten.

Wir plädieren dafür, schleunigst eine engagierte Diskussion mit der DGPs, den Hochschulen, den Ausbildungseinrichtungen, den Psychotherapeutenverbänden und den Kammern zu beginnen, damit vorhandene Spielräume genutzt werden können. Nur dann können sachgerechte Lösungen gefunden werden, die insbesondere auch die Bedürfnisse der zukünftigen Teilnehmer der Psychotherapieausbildung berücksichtigen. Inhaltliche Gesichtspunkte müssen von den Psychologen, den anderen Grundberufen und den Psychotherapeuten selbst in die Diskussion eingebracht werden, denn die so genannten Akkreditierungsagenturen, die für die Anerkennung von Studiengängen und die Überprüfung der Curricula zuständig sind, werden sich zunächst vor allem auf formale Kriterien stützen können.

Die Veränderung der Studienabschlüsse macht eine Revision der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten notwendig. Im Zuge dieser Revision könnte dann eventuell auch die oft kritisierte Redundanz der Ausbildungsinhalte sinnvoll reduziert werden (Vogel, Ruggaber & Kuhr, 2003). So könnte der Zugang zur Psychotherapieausbildung zwar für alle Absolventen psychologischer M.A.-Studiengänge offen sein, für Absolventen mit einem M.A. in klinischer Psychologie könnten aber spezifische Inhalte der Ausbildung erlassen werden.

Die neuen Studiengänge werden sich letztendlich am Erfolg des Psychologie-Diploms messen müssen. Der Diplom-Studiengang war während seiner sechzigjährigen Existenz sehr attraktiv, was sich in hohen Bewerberzahlen niedergeschlagen hat. Die meisten Absolventen hätten diesen Studiengang wieder gewählt (Schneider, im Druck), sie sahen sich in besonderem Maße durch wichtige berufsbezogene Kompetenzen auf den Beruf vorbereitet (Schaeper & Briedis, 2004) und von den ca. 45.000 Diplompsychologen waren weniger arbeitslos als unter den Absolventen anderer akademischer Fachrichtungen (Schneider, im Druck). So erstrebenswert es ist, die Zahl der Studienabbrecher zu verringern und die Zahl der jungen Hochschulabsolventen mit B.A. zu erhöhen, bleibt die Herausforderung, auch bei der Neuorganisation des Studiums die bisherigen hohen Standards des Psychologiestudiums zu erhalten und geeignete Kandidaten für die Ausbildung zum Psychotherapeuten auszubilden.

Die **Literatur** zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter „[www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de)“.

#### Dr. Georg W. Alpers

Institut für Psychologie  
(Biologische Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie)  
Julius-Maximilians Universität Würzburg  
Marcusstr. 9-11, 97070 Würzburg  
[alpers@psychologie.uni-wuerzburg.de](mailto:alpers@psychologie.uni-wuerzburg.de)

#### Dr. Heiner Vogel

Institut für Psychotherapie und  
Medizinische Psychologie  
der Universität Würzburg  
Klinikstr. 3, 97070 Würzburg  
[h.vogel@mail.uni-wuerzburg.de](mailto:h.vogel@mail.uni-wuerzburg.de)

## LANGEOOG 2005 05. – 11. Juni

### 34. Psychotherapiewoche

#### Leitthema:

„Um-Welten“

- Psychotherapie und Kontext



### 3. Psychotherapietage des Kindes- und Jugendalters

#### Leitthema:

„Sexualität im Kindes- und Jugendalter“

Programmanforderung: Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKN, Berliner Allee 20, 30175 Hannover,  
[www.aekn.de](http://www.aekn.de), Tel.: 0511/380 - 2496, Fax: 0511/380 - 2499, E-Mail: [katherine.ronje@aekn.de](mailto:katherine.ronje@aekn.de)

# Argumente für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Inge Frohburg

**Zusammenfassung:** Der Beitrag ist ein Plädoyer für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen. Der Anspruch, diese Therapieformen den Versicherten zusätzlich zu den bisherigen Richtlinien-Verfahren Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie als weiteres psychotherapeutisches Richtlinien-Verfahren zur Verfügung zu stellen, wird entsprechend den Anforderungen der Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmetho-

den (BUB-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses begründet. Dabei wird vorrangig aus der Sicht der empirischen Psychotherapieforschung auf die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie als Argument für den Nutzen und auf die verfahrensspezifische Indikation und Effektivität der Gesprächspsychotherapie als Argument für die medizinische Notwendigkeit ihrer Aufnahme in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen eingegangen. Ergänzend werden verschiedene mit ihrer Realisierung verbundene wirtschaftliche Aspekte benannt.

## 1. Ausgangslage und Problemstellung

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG hat in seinen Gutachten 1999 und 2002 festgestellt, dass es sich bei der Gesprächspsychotherapie um ein theoretisch fundiertes und praktisch wirksames Therapieverfahren handelt, und sie deshalb zur vertieften Ausbildung entsprechend dem in Deutschland zum 01.01.1999 in Kraft getretenen Psychotherapeuten-Gesetz empfohlen.

Die zuständigen Länderbehörden haben sich daraufhin im November 2002 auf die Anerkennung von Ausbildungsstätten nach § 6 Abs. 2 PsychThG zur vertieften Ausbildung in Gesprächspsychotherapie verständigt. Solche Ausbildungsstätten können ihre Tätigkeit jedoch praktisch nicht aufnehmen, weil bisher keine Refinanzierung von Ausbildungskosten durch die Behandlung gesetzlich Krankenversicherter möglich ist und weil den potentiellen Ausbildungsteilnehmer(inne)n keine wirtschaftlich gesicherte Berufsperspektive geboten werden

kann. Das hängt damit zusammen, dass der Gesprächspsychotherapie noch immer die sozialrechtliche Anerkennung und damit ihre Einbeziehung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fehlt.

Über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in diesen Leistungskatalog entscheidet ein u. a. von Ärzten und Krankenkassen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V gebildeter Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben nach §§ 2, 12, 27, 70, 92 und 135 SGB V prüft er den Nutzen von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen für die vertragsärztliche Versorgung. Am 20.04.2004 hat er entschieden, auch für die Bewertung psychotherapeutischer Verfahren die „Richtlinie des Bundesausschusses zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinie)“ anzuwenden. Entsprechend § 8 Abs. 2 die-

ser Richtlinie werden therapeutische Leistungen nach folgenden Kriterien geprüft:

1. Überprüfung ihres Nutzens auf der Basis von Unterlagen zum Nachweis der Wirksamkeit bei den beanspruchten Indikationen, zur Abwägung des Nutzens gegen die Risiken, zur Bewertung der erwünschten und unerwünschten Folgen und zum Nutzen im Vergleich zu anderen Methoden gleicher Zielsetzung,
2. Überprüfung ihrer medizinischen Notwendigkeit auf der Basis von Unterlagen zur Relevanz der medizinischen Problematik, zum Spontanverlauf der Erkrankung und zu therapeutischen Alternativen und
3. Überprüfung ihrer Wirtschaftlichkeit auf der Basis von Unterlagen zur Kostenschätzung und zur Kosten-Nutzen-Abwägung bei der Anwendung für den einzelnen Patienten bzw. in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten und im Vergleich zu anderen Methoden.

Mit Bezug auf diese Kriterien werden im folgenden Argumente aufgeführt, die dafür sprechen, die Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV einzubeziehen. Dabei geht es 1. *zum Nachweis des Nutzens* um ihre generelle und langfristige Wirksamkeit bei geringem Risiko- und Gefährdungspotential, 2. *zum Nachweis der medizinischen Notwendigkeit* um ihre methodenspezifische Indikation und Effektivität sowie um Aspekte des Bedarfs und 3. *zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit* um verschiedene mit der Realisierung von Gesprächspsychotherapien im Rahmen der kassenärztlichen Regelversorgung verbundene ökonomische Aspekte. Die Ausführungen können im vorgegebenen Rahmen



insgesamt nur kurz und kaleidoskopartig sein, ihnen zugrunde gelegte Literatur kann

nur ausschnittsweise genannt und inhaltlich nicht weiter ausgeführt werden.<sup>1</sup>

über die unmittelbar nach Abschluss der Therapie festgestellten positiven Veränderungen hinausgehend im Katamnesezeitraum weitere Verbesserungen eingetreten sind. Es kann demnach auf Grund der empirischen Befundlage auch längere Zeit nach einer Gesprächspsychotherapie mit prolongierten Veränderungsprozessen im krankheitswertigen Erleben und Verhalten der Patient(inn)en und damit mit zusätzlichen positiven Therapieeffekten i. S. von „Späteeffekten“ gerechnet werden.

## 2. Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie als Argument für ihren Nutzen in der GKV

Jede Diskussion um die Aufnahme eines Verfahrens in den Leistungskatalog der GKV erübrigt sich, wenn die Wirksamkeit dieses Verfahren nicht eindeutig nachgewiesen werden kann. Deshalb werden zunächst die empirisch gesicherten Befunde zu den Behandlungsergebnissen der Gesprächspsychotherapie kurz zusammengefasst.

### 2.1. Behandlungsergebnisse der Gesprächspsychotherapie

Die Effektivität der Gesprächspsychotherapie ist nach der ersten bereits vor 50 Jahren vorgelegten Studie (Rogers & Dymond, 1954) vielfach und verglichen mit den meisten anderen Psychotherapieverfahren relativ häufig untersucht worden. Die Ergebnisse einzelner vorwiegend gruppenstatistisch ausgewerteter empirischer Forschungsprojekte wurden in verschiedenen älteren (u.a. Grawe u.a., 1994) und auch neueren Meta-Analysen (Elliott, 2002, Elliott u.a., 2004) zusammengefasst. Darüber hinaus liegen Berichte über und Dokumentationen von individuellen gesprächspsychotherapeutischen Behandlungsverläufen und -ergebnissen aus der ambulanten Praxis vor (z.B. Behr u.a., 1994, Eckert u.a., 1997, Boeck-Singelmann u.a., 2003).

Mit Bezug auf diese umfangreichen Forschungsarbeiten sowie auf Grund jahrzehntelanger Anwendungserfahrungen und der damit verfügbaren klinischen Evidenz gilt heute als eindeutig belegt, dass Gesprächspsychotherapie ein effektives Psychotherapieverfahren mit einem relativ breiten Indikationsbereich ist. Zu ihrem Wirkungsspektrum gehören in erster Linie Besserungen der krankheitswertigen Symptomatik der Patient(inn)en, aber auch Veränderungen in ihrem störungsrelevanten Erleben und Verhalten sowie in der Ausprägung von klinisch bedeutsamen Persönlichkeitsmerkmalen.

Der *Gemeinsame Bundesausschuss* bewertet Wirksamkeitsstudien nach hierarchi-

sierten Evidenzstufen, die Interventions-effekte auf Grund von Einzelfallberichten, deskriptiven Darstellungen, Berichten von Expertenkomitees und Konsensus-Konferenzen u. ä. (Evidenzstufe IV), auf Grund prospektiver Interventionsstudien, Kohorten- oder Fallkontrollstudien oder von zeitlichen bzw. räumlichen Vergleichen (Evidenzstufen II und III) und schließlich auf Grund von randomisierten kontrollierten Studien nach international anerkannten Standards (Evidenzstufe I) ausweisen. Aus dem Bereich der Gesprächspsychotherapie liegen Wirksamkeitsstudien auf allen diesen Evidenzstufen vor.<sup>2</sup>

### 2.2. Langzeitwirkungen der Gesprächspsychotherapie

Zur Reflexion der Effektivität eines Psychotherapieverfahrens gehören nicht nur Angaben über die unmittelbar nach Abschluss der Therapie kontrollierten Veränderungen, sondern zusätzlich Aussagen über die Dauerhaftigkeit der Veränderungen.

Auch Langzeitwirkungen von Gesprächspsychotherapien sind mehrfach untersucht worden. In einer kürzlich veröffentlichten Literaturrecherche von Frohburg (2003a) ließen sich 40 Studien ermitteln, die Angaben von annähernd 2000 ehemaligen Patient(inn)en enthalten. Diese Studien belegen positive Langzeiteffekte mit unterschiedlichen Messkriterien und -instrumenten für Patient(inn)en aus unterschiedlichen nach ICD bzw. DSM klassifizierten Indikationsbereichen und unter unterschiedlichen Behandlungsbedingungen. Das bedeutet, dass die bei Therapieende registrierten Veränderungen in den krankheitswertigen psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen der Patient(inn)en in der Regel auch langfristig erhalten geblieben sind. In 20% der Studien handelt es sich dabei um über ein Jahr hinausgehende katamnestiche Beobachtungen.

In jeder zweiten dieser Katamneseuntersuchungen konnte zudem festgestellt werden, dass

### 2.3. Risiken und Gefährdungspotentiale der Gesprächspsychotherapie

Es ist grundsätzlich nicht davon auszugehen, dass (psychotherapeutische) Interventionen nur die beabsichtigten positiven Auswirkungen haben. Deshalb sind zur Bewertung der Wirksamkeit von Psychotherapieverfahren auch Angaben über vorhandene Risiken, über unerwünschte (Neben-)Wirkungen und Gefährdungspotentiale, also über mögliche Therapieschäden und Misserfolge erforderlich.

Unter „Therapieschäden“ versteht man im Allgemeinen therapieinduzierte dauerhaft schwerwiegende Verschlechterungen im Zustand der Patient(inn)en durch Symptomverstärkungen oder -verschiebungen, Dekompensationserscheinungen und/oder auch Krisen- und Suizidgeschehen. So definierte Therapieschäden werden

1 Die nachstehenden Ausführungen berücksichtigen inhaltlich die Antworten zu einem Fragenkatalog und Materialien zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Verfahren gemäß B I.3 der Psychotherapie-Richtlinien, die von den die Gesprächspsychotherapie in Deutschland vertretenden Fachgesellschaften Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) und Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) dem Gemeinsamen Bundesausschuss/Unterausschuss Psychotherapie im Oktober 2002 und in einem Nachtrag im März 2004 vorgelegt worden sind.

2 Der *Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie* hat ausschließlich Effektivitätsstudien zur Gesprächspsychotherapie berücksichtigt, die der Evidenzstufe I der BUB-Richtlinien entsprechen (Gutachten vom 30.09.1999 und Nachtrag vom 16.09.2002, Vergleich ausführlich in GwG, (Autor?/ Seiten?) 2002).

zumeist von „therapeutischen Misserfolgen“ wie Therapieabbrüchen oder ausbleibenden Verbesserungen abgegrenzt.

Nach klinischen Erfahrungen, die Eckert (1996) in Übereinstimmung mit vielen Kolleg(inn)en mitteilt, bestehen Behandlungsfehlschläge in Gesprächspsychotherapien nach jahrzehntelangen Beobachtungen an einer Psychiatrischen Universitätsklinik und Poliklinik ausschließlich darin, dass die Therapie nicht ausreichend geholfen hat. Er verweist ausdrücklich darauf, dass es in einem langen Beobachtungszeitraum nie vorgekommen ist, dass ein Patient psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen musste,

weil sich seine Symptomatik entsprechend verschlechtert hatte.

In einer Studie von Frohburg (2002) wurden über hundert langjährig erfahrene Gesprächspsychotherapeut(inn)en in Interviews bzw. über eine Fragebogen-Erhebung u.a. nach ihrer aus klinischen Erfahrungen begründeten Meinung über das Schadensrisiko ihres Therapieverfahrens befragt. Die Mehrheit schloss die Möglichkeit bzw. die Unvermeidbarkeit von Therapieschäden und Misserfolgen auch in der Gesprächspsychotherapie nicht aus, hielt sie jedoch für eher gering und vergleichsweise geringer als bei psychodynamischen und

verhaltenstherapeutischen Behandlungen. Als Begründung für das (relativ) niedrige Gefährdungspotential wurde die grundsätzliche Patientenzentrierung der Gesprächspsychotherapie genannt, die ihrerseits ein hohes Ausmaß an Individualisierung jeder einzelnen Therapie und per se weniger (nach empirischen Befunden risikobehaftete) Dominanz des Therapeuten bedeutet. Gesprächspsychotherapeutisch bedingte Schädigungen oder Misserfolge sind daher als Folge von Behandlungsfehlern, von unzureichender Beziehungskompetenz und von Grenzüberschreitungen, jedoch nicht als konzeptimmanente Gefährdungspotentiale zu interpretieren.<sup>3</sup>

### 3. Verfahrensspezifische Indikation und Effektivität der Gesprächspsychotherapie als Argument für ihre medizinische Notwendigkeit in der GKV<sup>4</sup>

Schlussfolgerungen über die Notwendigkeit eines Verfahrens können vor allem aus Vergleichen mit den Anwendungsbedingungen und den Effekten der bereits etablierten Psychotherapieverfahren abgeleitet werden. Entsprechende Informationen lassen sich aus der komparativen Psychotherapieforschung speziell zur verfahrensspezifischen Indikation und Effektivität, aus empirischen Hinweisen auf entsprechenden Bedarf sowie aus klinischen Erfahrungen von Psychotherapeut(inn)en gewinnen.

#### 3.1. Forschungsstand zur verfahrensspezifischen Indikation und Effektivität

Untersuchungen zur verfahrensspezifischen Indikation und Effektivität sind außerordentlich aufwändig und wegen der extremen Komplexität des Untersuchungsfeldes und der damit verbundenen verfahrenabhängig unterschiedlichen methodologischen Sichtweisen äußerst schwierig zu planen. Daher verwundert es nicht, dass die empirische Befundlage in diesem Forschungsbereich zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein einheitliches Bild ergibt. Die aktuelle Forschungssituation lässt sich wie folgt charakterisieren:

(1) Auswertungen von empirischen *Untersuchungen mit globalen quantitativen Ver-*

*gleichen der Effekte* von psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch und gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patient(inn)en haben ergeben, dass alle Verfahren in etwa gleichem Ausmaß wirksam sind. Im Hinblick auf die üblichen diagnostischen symptom- und syndromorientierten Klassifikationssysteme und auf die gängigen demografischen Daten und unter Verwendung von Gruppen-Mittelwerten und Effektstärken<sup>5</sup> ließen sich keine für die klinische Praxis wesentlichen verfahrenabhängigen Unterschiede und damit auch keine für die Gesprächspsychotherapie spezifischen Indikationen und Effekte ermitteln. Gegenwärtig gibt es keine gesicherten Erkenntnisse darüber, welches Psychotherapieverfahren bei Patient(inn)en mit bestimmten Störungen summa summarum „besser“ oder „am besten“ ist (u.a. Luborksy u.a., 1975: „Everybody has won, all must have prizes“).

Die vorliegenden komparativen Katamnestudien allerdings belegen auch bei Verwendung globaler Kriterien „Späteffekte“ als besonderes verfahrensspezifisches Charakteristikum gesprächspsychotherapeutisch behandelter Patient(inn)en und dokumentieren damit einen besonderen Vorteil in der Nachhaltigkeit gesprächspsychotherapeutisch induzierter Effekte im Vergleich zu denen aus psychodynamischen

und verhaltenstherapeutischen Behandlungen (Frohburg, 2003a).

(2) Auswertungen von empirischen *Untersuchungen mit differenzierten quantitativen und qualitativen Vergleichen der Effekte* von psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch und gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patient(inn)en führten zu unterschiedlichen Ergebnissen: In einigen Studien fanden sich keine Indikations- und Effektivitätsunterschiede (beispielsweise in den Meta-Analysen von

<sup>3</sup> Auf die Notwendigkeit, konzeptionelle und praxisnahe „Schwachstellenanalysen“ von Psychotherapien vorzunehmen sowie reale Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapien und nicht zuletzt Schädigungen durch Psychotherapien in stärkerem Maße zu reflektieren und in die empirische Forschung einzubeziehen, haben unter Mitarbeit von Vertretern verschiedener Therapieverfahren Märtens und Petzold (2002) eindringlich hingewiesen.

<sup>4</sup> Im Folgenden werden ausschließlich Argumente aus der Sicht der komparativen empirischen Psychotherapieforschung angeführt. Theoretische Erörterungen bleiben damit ausdrücklich unberücksichtigt.

<sup>5</sup> Auf die Problematik der aktuell häufig verwendeten und beliebten Effektstärken macht Kriz (2003) aufmerksam, indem er darauf hinweist, dass sie eigentlich ein Maß für die mathematisch-statistische Diskriminationsfähigkeit von Datenverteilungen und nicht für die Stärke bzw. das Ausmaß von therapeutischen Effekten sind.

Smith u.a., 1980, im Vanderbilt-Projekt von Strupp, 1993), in anderen Studien ließen sie sich eindeutig ermitteln.<sup>6</sup> So wurde gezeigt, dass unabhängig von bestimmten Diagnosen *Gesprächspsychotherapie unter indikativem Aspekt* besser als psychodynamische und verhaltenstherapeutische Verfahren geeignet ist für

- Patienten mit *wechselnden* somatischen Beschwerden
- Patienten mit *diffusen* Ängsten und Depressionen *ohne* identifizierbare Auslöser bzw. Verstärker und ohne erkennbaren inneren Konflikt
- Patienten mit geringem Selbstbewusstsein und sozialen Rückzugstendenzen
- Patienten mit ausgeprägtem Bedürfnis nach Autonomie, internaler Orientierung und hoher Reaktanzbereitschaft

(u.a. Zielke, 1979, Grawe u.a., 1990, Beutler u.a., 1991, Grawe, 1992, Sachse, 1999).

Andere Studien haben gezeigt, dass bei Vorliegen annähernd gleicher Besserungsindices *Gesprächspsychotherapie unter dem Wirkungaspekt* zu inhaltlich anderen Effekten führt als psychodynamische und verhaltenstherapeutische Verfahren:

- Im *Unterschied zur Verhaltenstherapie* bewirkt Gesprächspsychotherapie einen Anstieg der internalen Kontrollerwartungen ihrer Patient(inn)en. Gesprächspsychotherapeutisch behandelte Patient(inn)en orientieren sich zudem bei der Bewertung ihrer Veränderungen nicht nur an der Reduktion ihrer Symptomatik, sondern sie bringen ihre psychischen Störungen und deren Reduktion in stärkerem Maße als verhaltenstherapeutisch behandelte Patient(inn)en mit ihren (sozialen) Lebensbedingungen in Zusammenhang (u.a. Grawe & Plog, 1976, Sachse, 1999).
- Im *Unterschied zu psychodynamischen Psychotherapien* bewirkt Gesprächspsychotherapie, dass Veränderungen von den Patient(inn)en über verbesserte Kontakt- und Beziehungsfähigkeit definiert werden, während psychodynamisch behandelte Patient(inn)en sich gebessert fühlen, wenn sie an Einsicht, innerer Autonomie und äußerer Unabhängigkeit gewonnen

haben (vgl. Hamburger Kurztherapie-Vergleichsprojekt: u.a. Meyer, 1981, Meyer & Wirth, 1984, Eckert & Biermann-Ratjen, 1985).

Diese Ergebnisse belegen, dass die globale Frage nach dem störungsspezifisch erfolgsreicheren Psychotherapieverfahren sinnvollerweise zu ergänzen bzw. zu ersetzen ist durch die Frage nach weiteren indikationsrelevanten Kriterien und nach verfahrensabhängig unterschiedlichen Effekten. Die dazu bisher vorgelegten Forschungsergebnisse können jedoch für die klinische Praxis zunächst nur einen gewissen Hinweischarakter haben. Die Vielfalt der untersuchten Merkmale und z. T. auch die methodischen Unzulänglichkeiten einzelner Untersuchungen erlauben generell noch keine wirklich sicheren Aussagen über verfahrensspezifische Therapieindikationen bzw. -effekte.

(3) Der *Trend in der Psychotherapieforschung* geht seit längerem eindeutig in Richtung einer stärkeren Vernetzung von praetherapeutischen Daten, Therapieprozess- und Ergebnis-Daten (vgl. Grawe, 1981). Damit wird die berühmte, schon klassische „Kiesler-Frage“ wieder aufgegriffen: „Welcher Patient mit welcher Störung profitiert von welchem Verfahren bei welchem Therapeuten zu welchem Zeitpunkt in welcher Weise?“ (Kiesler, 1966). Diese differenzierte Sichtweise bestimmt u.a. das „*Allgemeine Modell von Psychotherapie*“ von Orlinsky und Howard, das als international akzeptierte Lehrmeinung Eingang in die gängigen Lehrbücher der Psychotherapie gefunden hat. Danach entscheiden über den Erfolg einer Psychotherapie vier Passungen, die Therapieverfahren und Störungsbild des Patienten sowie Person des Therapeuten und Person des Patienten berücksichtigen (u.a. Orlinsky & Howard, 1988, Orlinsky, 1994). Diese differenzierte Sichtweise bestimmt des weiteren *Modelle der adaptiven Indikation*. Danach werden Indikationsentscheidungen nicht nur selektiv vor Behandlungsbeginn zugunsten des einen oder anderen Verfahrens getroffen, sondern das therapeutische Vorgehen wird im Laufe der Behandlung regelgeleitet jeweils definierten störungs-, person- und situationspezifischen Konstellationen angepasst.

Beide Ansätze sind in der Gesprächspsychotherapie aufgegriffen und mit unterschiedlichen Akzentsetzungen in der Behandlungsmethodik sowohl konzeptionell als auch praktisch umgesetzt worden (Frohburg & Jacob, 1989, Schmidtchen, 2001, Frohburg, 2004, Eckert u.a., 2004).

Auf diesen Modellvorstellungen aufbauende empirische Untersuchungen werden die Zukunft der komparativen Psychotherapieforschung allerdings nur dann bestimmen können, wenn es gelingt, die Zusammenarbeit von Protagonisten unterschiedlicher Psychotherapieverfahren zu fördern und zugleich die für diese anspruchsvollen Forschungen notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen zu mobilisieren.

### 3.2. Verfahrensspezifische Inanspruchnahme-Bereitschaft der Patient(inn)en

Eine gute Möglichkeit zur Beantwortung der Frage nach der Verbesserung des Versorgungsangebotes besteht darin, klinische Evidenz zu nutzen und Auskünfte von solchen Patient(inn)en einzuholen, die bei Mehrfach-Behandlungen zunächst eines der Richtlinien-Verfahren und später dann

6 In diesem Zusammenhang ist die zwar ältere, aber immer noch richtungsweisende reichhaltige Vergleichsstudie von Grawe & Plog (1976) zur Behandlung von phobischen Patienten mit Verhaltenstherapie (speziell Flooding und Habituationstraining) und Gesprächspsychotherapie hervorzuheben. Im Ergebnis dieser Studie zeigte sich, dass beide Therapieformen im Vergleich zur Kontrollgruppe die phobischen Symptome in hoch signifikanter Weise reduzierten und gleichzeitig verfahrensabhängig qualitativ unterschiedlichen Wirkungen hervorbrachten: Gesprächspsychotherapeutisch behandelte Patient(inn)en sahen ihre Phobie bei Therapieende in stärkerem Maße in Zusammenhang mit ihren Lebensbedingungen und gewannen zusätzlich an Entscheidungs- und Wahlfreiheit; bei verhaltenstherapeutisch behandelten Patient(inn)en korrelierte die Veränderung der Befindlichkeit ausschließlich mit der Veränderung der phobischen Symptomatik. Und: Gesprächspsychotherapie erzielte ihre Wirkung vornehmlich bei den Patient(inn)en, die am Erkennen von Zusammenhängen zwischen ihrem Krankheitszustand und ihren persönlichen Lebensbedingungen interessiert waren, während Verhaltenstherapie besonders erfolgreich bei Patient(inn)en mit starken Phobien und ausgeprägtem Leidensdruck war.



eine Gesprächspsychotherapie absolviert haben. Von Interesse ist dabei insbesondere, ob die betroffenen Patient(inn)en die Gesprächspsychotherapien besser nutzen konnten als ihre vorangegangenen Psychotherapien und mit welchen Bedingungen sie das gegebenenfalls in Zusammenhang bringen. Aus solchen naturalistischen Studien können sich Hinweise ergeben auf besondere Stärken oder Vorzüge der Gesprächspsychotherapie und auf ihre Möglichkeiten, evtl. Lücken zu schließen oder Nachteile der bereits eingeführten Verfahren auszugleichen.

Dieser Weg ist in den Feldstudien von Frohburg (2003b) und Eckert u.a. (2004) gegangen worden. Die zusammenfassende Auswertung der Daten von insgesamt 40 Patient(inn)en mit Mehrfachbehandlungen ergab, dass diese (mit einer Ausnahme) ihre Gesprächspsychotherapien für sich persönlich nicht nur als effektiv, sondern zugleich im Verhältnis zur der vorangegangenen Richtlinien-Psychotherapie jeweils auch als effektiver und damit zufriedensstellender beurteilen. Das steht damit in Zusammenhang, dass sie die Zielsetzungen und die Prozessbedingungen der Gesprächspsychotherapie, nicht aber die der jeweiligen Richtlinien-Psychotherapie als zu ihnen passend, ihren Erwartungen, ihren Bedürfnissen und ihrer Person entsprechend aufgreifen und das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot in besonderer Weise annehmen und für sich nutzen konnten. Die Untersuchungsergebnisse belegen, dass sowohl die Behandlungsergebnisse als auch der Wechsel zu einem anderen Therapieverfahren von den „Passungen von Patient(in) und Therapeut(in)“ bestimmt werden, die in dem bereits erwähnten „Allgemeinen Modell der Psychotherapie“ von Orlinisky und Howard beschrieben sind. Gesprächspsychotherapie hat die Möglichkeit, „Passungen“ herzustellen, die von den bereits etablierten psychotherapeutischen Richtlinien-Verfahren nicht in gleicher Weise erreicht werden konnten.

In einer Studie über die Erwartungen von Patient(inn)en von Finke u.a. (1995) ergab sich ergänzend, dass sich etwa die Hälfte ein einsichts- und erlebnisorientiertes Vorgehen, die andere Hälfte eine stützende

auf direkte Verhaltensmodifikation gerichtete Psychotherapie wünscht.

Ihr breites nosologisch klassifiziertes Indikationsspektrum differenzierend und ihre verfahrensspezifischen Potenzen charakterisierend ist die Gesprächspsychotherapie als vergleichsweise effizientes Psychotherapieverfahren bei gegebener Psychotherapie-Indikation in besonderem Maße erfolgversprechend für Patient(inn)en, die im Zusammenhang mit vergleichbaren psychischen und/oder psychosomatischen Störungen

- an einer Fokussierung auf die störungsrelevanten Bedingungen ihrer aktuellen persönlichen Lebenssituation und an einer Stärkung ihrer selbstreflexiven Fähigkeiten interessiert sind oder
- krankheitswertige Schwierigkeiten in der Gestaltung von Beziehungen aufweisen, die durch das für die Gesprächspsychotherapie charakteristische Beziehungsangebot überwunden werden sollen.

Die Ergebnisse der beiden Studien bestätigen zugleich die bisherigen Ergebnisse aus empirischen Vergleichsstudien, nach denen eine Indikation für Gesprächspsychotherapie besonders bei solchen Patient(inn)en besteht,

- die einerseits nicht für ein systematisches Training und/oder systematische kognitive Analysen im Rahmen einer Verhaltenstherapie zu gewinnen sind und
- die andererseits für eine Psychoanalyse oder eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eine zu hohe „Abwehr“ haben.

Da persönliche Erwartungen an das Behandlungsangebot und die daraus abgeleitete individuelle Inanspruchnahme-Bereitschaft sowie Therapiemotivation bekanntlich in besonders engem Zusammenhang mit späteren Therapieergebnissen stehen, dürften diese empirischen Befunde zur verfahrensspezifischen Inanspruchnahme-Bereitschaft der Patient(inn)en von besonderer Bedeutung für die Entscheidung zur Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV sein.

### 3.3. Klinische Erfahrungen zur verfahrensspezifischen Leistungsfähigkeit der Gesprächspsychotherapie

Fragt man erfahrene Psychotherapeut(inn)en unterschiedlicher Provenienz nach ihren praktischen klinischen Erfahrungen zur verfahrensspezifischen Indikation und Effektivität der Gesprächspsychotherapie, so ergibt sich z.T. in Übereinstimmung mit empirischen Einzelbefunden, dass Gesprächspsychotherapie als das bevorzugte, am ehesten erfolgversprechende Verfahren gesehen wird

- bei ängstlich-selbstunsicheren, bei misstrauisch-kontaktabwehrenden sowie bei narzisstisch gestörten Patient(inn)en und bei solchen mit ausgeprägtem Autonomiebedürfnis,
- bei Störungen, bei denen die genannten Persönlichkeitsmerkmale eine besondere Rolle spielen, also ängstlich-vermeidende, paranoide, schizoide und narzisstische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F 60.6, 60.0-1, 60.8),
- bei bestimmten „Achse 1-Störungen“ wie generalisierten (chronifizierten) Angststörungen, bei mittelschweren bis schweren depressiven Störungen, schizophrenen Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen sowie bei diffusen Anpassungsstörungen vor allem in Form von Sinnkrisen, in konflikthaften Entscheidungssituationen und bei situations- und tätigkeitsunspezifischen Regulationsstörungen des affektiven Erlebens (ICD-10 F41.1, 32.1-2/33.1-2, 20, 43.1-2) und
- bei schwer gestörten Patient(inn)en mit wechselnden somatischen Beschwerden.

Zudem haben Untersuchungen gezeigt, dass indikationskompetente Überweiser(innen) bei gegebener Wahlmöglichkeit einem Viertel bis gar der Hälfte ihrer Patient(inn)en eine Gesprächspsychotherapie empfehlen würden (47% bei Eckert u.a., 1977, 30% bei Frohburg, 1995 bzw. 25% bei Blaser, 1977). Sie halten eine Gesprächspsychotherapie eher als eine psychoanalytische, tiefenpsychologisch orientierte oder verhaltenstherapeutische Behandlung geeignet für den



nicht unerheblichen Anteil ihrer Patient(inn)en, die weder eine umschriebene Symptomatik mit identifizierbaren Auslösern bzw. Verstärkern noch einen psychodynamisch erklärbaren inneren Konflikt aufweisen (Blaser, 1977).

Fasst man die Resultate der unter 3.1 bis 3.3 ausgeführten Argumentationslinien zur Frage nach der verfahrensspezifischen Indikation und Effektivität zusammen, dann ergibt sich aus dem Vergleich mit den Richtlinien-Verfahren übereinstimmend, dass die

Gesprächspsychotherapie ein eigenes Indikations- und Effektivitätsspektrum aufweist und damit ihren Anspruch auf Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV nach dem derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse gut begründen kann.

## 4. Wirtschaftliche Überlegungen als Argumente für die GKV

Um sicherzustellen, dass die Beitragspflichtigen der GKV nicht mit unnötig hohen Abgaben belastet werden, ist die Einführung eines neuen Verfahrens nicht nur hinsichtlich seines Nutzens und seiner Notwendigkeit, sondern auch in Bezug auf die entstehenden finanziellen Belastungen zu prüfen. Im Folgenden werden Angaben zur Kostenschätzung im Einzelfall (Therapiedauer), zu verfahrensspezifischen Kostendämpfungspotentialen und zur Kosten-Nutzen-Abwägung in Bezug auf die Gesamtheit der Versicherten (Folgekosten-Abschätzung) gemacht.

### 4.1. Kostenschätzung im Einzelfall (Therapiedauer)

Aus der Praxis der Gesprächspsychotherapie ließen sich für den ambulanten Bereich mittlere Behandlungszeiten von 25 bis 70 Stunden ermitteln, jeweils mit beträchtlichen Streuungen in Abhängigkeit von der Art der Störungen der Patient(inn)en (Zusammenstellungen u.a. in Biermann-Ratjen, 2003).<sup>7</sup> Ambulante Gesprächspsychotherapien wären damit in finanzieller Hinsicht kostengünstiger als Psychoanalysen und in etwa gleich aufwändig wie tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien und Verhaltenstherapien. Mit der Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV entstehen damit im einzelnen Behandlungsfall keine zusätzlichen Kosten.

### 4.2. Verfahrensspezifische Kostendämpfungspotentiale

#### **Kostendämpfung durch Vermeidung von Mehrfachbehandlungen, Therapieabbrüchen und Chronifizierungen**

Klinische Erfahrungen und empirische Effektivitätsstudien deuten darauf hin, dass die ökonomisch relevante Quote der

Behandlungsfehlschläge durch vorzeitigen Therapieabbruch bei ca. 20% und durch unzureichende Behandlungsergebnisse bei ca. 25% liegt (Grawe u.a., 1994, Lambert u.a., 2002). Zwischen 30% und 45% (Brockmann u.a., 2002, Frohburg, 2003b) aller ambulant behandelten GKV-Patient(inn)en haben bereits eine oder mehrere Psychotherapien absolviert und wechseln bei einem erneuten Behandlungsversuch den Therapeuten und/oder das Therapieverfahren. Ergänzend dazu teilen Schütte u.a. (2003) mit, dass in 11% der Fälle, in denen Patient(inn)en nicht in eine Psychotherapie aufgenommen wurden, die „persönliche Passung“ nicht gegeben war.

Es ist davon auszugehen, dass in allen Gruppen Patient(inn)en sind, denen auf Grund verbesserter „Passungen“ mit Gesprächspsychotherapie geholfen werden kann und dass dadurch die Häufigkeit von kostenintensiven Mehrfachbehandlungen, Therapieabbrüchen und evtl. Chronifizierungen durch auf Grund ungünstiger Erfahrungen nicht wieder aufgenommene Psychotherapien reduziert werden kann.

#### **Sicherung der Prozessqualität und Effektprädiktion aus Anfangskontakten zur Vermeidung von längeren Fehlbehandlungszeiten**

Seit langem ist bekannt, dass 1. die Prozessqualität von Gesprächspsychotherapien kontinuierlich über Ratings zu wesentlichen effektdeterminierenden Merkmalen (z.T. tonbandregistriert) kontrolliert und optimiert werden kann und dass sich 2. zu erwartende Erfolge bzw. Misserfolge einer Gesprächspsychotherapie aus Reaktionen der Patient(inn)en auf die spezifische geschäftspsychotherapeutische Situation bereits nach der ersten Therapiesitzung mittels verschiedener „Klienten-Erfahrungsbögen“ voraussagen lassen (Ausführungen

und Literaturhinweise u.a. in Biermann-Ratjen u.a., 2003).

Damit sind verlässliche Möglichkeiten zur Vermeidung von längerfristigen Fehlbehandlungen und den damit verbundenen finanziellen Fehlinvestitionen gegeben.

#### **Vermeidung von Misserfolgen und Schädigungen der Patient(inn)en durch fachgerechte Ausbildung und Supervision**

Um eine qualitätsgerechte Psychotherapie zu sichern und damit auch Misserfolge und Schädigungen der Patient(inn)en durch unzureichende Handlungskompetenzen der Therapeut(inn)en zu vermeiden, sind fundierte Ausbildungs- und Supervisionssysteme von essentieller Bedeutung.

Die *Ausbildung in Gesprächspsychotherapie* hat in Deutschland (West und Ost) eine etwa 40jährige Tradition. Sie erfolgte für angehende Diplom-Psychologen im

<sup>7</sup> Die kontrollierten Effektivitätsstudien, die dem Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie für sein Gutachten vorgelegt wurden, weisen im ambulanten Bereich bei Einzelbehandlungen zur Hälfte extrem kurze Therapiezeiten bis durchschnittlich 12 Stunden, zur Hälfte Therapiezeiten von 16 bis 45 Stunden aus. Forschungsuntersuchungen basieren oft auf Gesprächspsychotherapien mit einer durchschnittlichen Dauer bis zu (im Untersuchungsplan einheitlich festgelegten) 30 Stunden und sind damit für die Alltagspraxis und die Leistungspotenzen der Gesprächspsychotherapie nicht repräsentativ. In letzter Zeit hat insbesondere die Consumer-Report-Studie deutlich gemacht, dass 1. unter speziellen experimentellen Bedingungen durchgeführte Studien durch Felduntersuchungen in der Praxis ergänzt werden müssen und 2. Kurzzeittherapien mit einer Dauer von bis zu sechs Monaten (also ca. 20-25 Kontakten) aus der Sicht der Patienten deutlich weniger effektiv sind als längerfristige Psychotherapien (Seligman, 1995).

Rahmen der Klinischen Fachausbildung über die Psychologischen Universitätsinstitute und im Rahmen von postgradualen Aus- und Weiterbildungen insbesondere über die jeweiligen Fachgesellschaften. Entsprechende *Curricula* existieren seit langem und sind hinsichtlich ihrer Methodik und ihrer Ergebnisse mehrfach Gegenstand besonderer Ausbildungsforschungen gewesen (u. a. Birtsch & Tschelin, 1980, Frohburg, 1988). Die aktuellen Curricula entsprechen den vom Bundesministerium für Gesundheit erlassenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeut(inn)en (PsychTh-APrV) und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en (KJPsychTh-APrV) vom 18.12.1998 (GwG, 2003).

*Ausbildungsstätten* für Psychotherapeut(inn)en haben in mehreren Bundesländern Anträge auf staatliche Anerkennung zur vertieften Ausbildung in Gesprächspsychotherapie gestellt. Nach der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirates zur Zulassung der Gesprächspsychotherapie als Verfahren der vertieften Ausbildung wurden positive Vorbescheide erteilt, so dass kurzfristig entsprechende Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt werden können.

Auch *Ärzte* haben sich für Gesprächspsychotherapie nach den Ausbildungsrichtlinien der Fachgesellschaften qualifiziert. Nach den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern konnte Gesprächspsychotherapie als Zweitverfahren gewählt werden. Seit 2003 sieht die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer Facharzt-Weiterbildungen (Psychiatrie und Psychotherapie) vor, für die Gesprächspsychotherapie als psychotherapeutisches Schwerpunktverfahren gewählt werden kann.

In allen Bereichen und für alle Ausbildungssegmente stehen qualifizierte und erfahrene *Ausbilder(innen)* zur Verfügung.

Die Verpflichtung zur regelmäßigen kollegialen *Supervision* während der gesamten Dauer der Berufsausübung gehört seit Jahrzehnten zu den Regularien der die Gesprächspsychotherapie in Deutschland vertretenden Fachverbände und ist damit traditioneller Qualitätsstandard für die heilkundlich tätigen Gesprächspsychothera-

peut(inn)en. In konzeptioneller Hinsicht sind gerade von der Gesprächspsychotherapie wesentliche Impulse für das Verständnis und für die Praxis kompetenter Fallsupervision im gesamten psychotherapeutischen bzw. psychosozialen Bereich ausgegangen (Auckenthaler, 1995).

#### 4.3. Folgekosten-Abschätzung

Nach einer Stellungnahme, die vom Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität Köln zum zunehmenden Ausmaß der Kostensteigerung infolge Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als abrechnungsfähiges Verfahren erarbeitet wurde und die dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorliegt, entstehen durch die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im wesentlichen keine zusätzlichen Kosten:

Es gibt ca. 1300 gesprächspsychotherapeutisch fachkundige Psychotherapeut(in-

nen), die über eine Abrechnungsgenehmigung für psychotherapeutische Richtlinien-Verfahren verfügen und statt der Leistung in einem der bereits zugelassenen Verfahren künftig ggf. auch die Leistung „Gesprächspsychotherapie“ abrechnen können, ohne dass damit eine Leistungsmengenausweitung verbunden ist. Möglicherweise sind – wie aufgezeigt – sogar Einsparungen durch Vermeidung von Fehlbehandlungen zu erwarten.

Die Kosten der Besetzung freier Kassensitze für Psychotherapie zur Schließung von Versorgungslücken entstehen unabhängig vom ausgeübten Psychotherapie-Verfahren und damit auch bei Anwendung bereits anerkannter Verfahren in vergleichbarer Höhe.

Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV zumindest kostenneutral sein wird.

## 5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Es wurden Argumente dargestellt, die in Anwendung der gesetzlich vorgegebenen Kriterien eindeutig für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung sprechen: Ihr *Nutzen und ihre Zweckmäßigkeit* ergeben sich aus ihrer langjährigen Bewährung in der klinischen Praxis im In- und Ausland und aus vielen seit 50 Jahren erbrachten empirischen Effektivitätsnachweisen, ihre medizinische *Notwendigkeit* aus ihrem auf verschiedenen Ebenen nachgewiesenen verfahrensspezifischen Indikations- und Wirkungsspektrum sowie den therapie relevanten Bedürfnissen bzw. Erwartungen und der besonderen Inanspruchnahme-Bereitschaft der Patient(inn)en und ihre *Wirtschaftlichkeit* letztlich aus der individuell und summarisch kostengünstigen, mindestens kostenneutralen und wahrscheinlich kostensparenden Durchführbarkeit.

Die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV entspricht im Übrigen dem gesetzlichen Berücksichtigungsgebot der Vielfalt der Leistungserbringer gemäß § 2 Abs. 3 SGB V. Sie bedeutet eine *Erweiterung* und eine

*Verbesserung* des vertragsärztlichen Versorgungsangebotes. Durch die erweiterte Wahlmöglichkeit für Patient(inn)en, Therapeut(inn)en und Überweiser(innen) wird die Qualität der Versorgung verbessert und nicht nur deren Effektivität, sondern auch ihre Effizienz erhöht. Das wiederum entspricht sowohl den individuellen Bedürfnissen psychisch Kranker als auch den ökonomischen Interessen der Versicherten-gemeinschaft.

Die **Literatur** zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter „[www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de)“.

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

Psychologische Psychotherapeutin  
Gesprächspsychotherapeutin und  
Ausbilderin (GwG)  
Ehrenfelsstrasse 41, 10318 Berlin  
(bis 2003 Lehrstuhl für Psychotherapie  
am Institut für Psychologie der  
Humboldt-Universität zu Berlin)  
[inge.frohburg@rz.hu-berlin.de](mailto:inge.frohburg@rz.hu-berlin.de)

# Recht: Aktuell

## Praxistipps – Hinweise – Informationen

Hartmut Gerlach

### Teil 2

#### Datenschutz: „Übermitteln“ – der gefährlichste Vorgang

Sieben Phasen, so lernten wir im *1. Teil* (Psychotherapeutenjournal 3/2004 S. 236) dieses Beitrags, kennzeichnen den Umgang mit Daten: Erheben, Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren, Löschen und Nutzen. In diesem *Teil 2* wollen wir uns besonders der Phase „Übermitteln“ widmen. Gehört denn dazu auch, Sie werden sich erinnern, die im *Teil 1* erwähnte Einsicht in die Dokumentation des Psychotherapeuten? Denn hier werden doch dem die Einsicht begehrenden Patienten (Pat.) seine Daten übermittelt – oder? Nein – das ist nun gerade kein Übermitteln! Wird doch im § 3 Abs. 4 Nr. 3 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) das „Übermitteln“ definiert als „Bekanntgeben gespeicherter oder durch Datenverarbeitung gewonnener personenbezogener Daten an einen *Dritten* ...“. Der Betroffene, also der Patient, ist indessen kein Dritter im Sinne des BDSG. Ersetzen Sie nun den Begriff „personenbezogene Daten“ durch „Sozialdaten“, dann bewegen Sie sich unversehens im Sozialgesetzbuch X (§ 67 Abs. 6 Nr. 3 SGB X). Die Definitionen sind also deckungsgleich – mit einer Ausnahme, auf die schon hingewiesen wurde: Ein Übermitteln im Sinne des SGB X kann auch darin bestehen, nicht gespeicherte Sozialdaten Dritten bekannt zu geben. Sie haben also bspw. von einem Patienten „etwas“ mündlich erfahren. Diese Daten haben Sie weder notiert noch elektronisch gespeichert (Ihr Kopf gilt übrigens – noch nicht – als Datenträger im technischen Sinne!). Gleichwohl unterfällt dieses „etwas“ dem Datenschutz des SGB (und zumeist sowieso der Schweigepflicht). Seine Weitergabe – also das Übermitteln an Dritte – ist damit nur mit Einwil-

ligung des Patienten oder aufgrund eines speziellen Gesetzes zulässig.

#### Zwei Schranken versperren Ihnen den Weg ...

Den Klammersatz zuvor verstehen Sie nicht? Sie fragen: Unterfällt denn nicht *alles*, was ich im Rahmen einer Therapie erfahre, der Schweigepflicht? Wenn Sie sich die Überschrift des § 203 StGB ansehen, dann lesen Sie dort: „Verletzung von Privatgeheimnissen“, nicht (!) aber „Schweigepflicht“. Die Vorschrift erfasst eben nicht *jede* Verletzung der psychotherapeutischen Schweigepflicht aufgrund der jeweiligen Berufsordnung (BO); nur diese verwendet den Begriff „Schweigepflicht“, sie reicht also weiter als § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB. Denn der § 203 StGB hat nur dann Relevanz, wenn es sich um ein „Geheimnis“ handelt. Jenes setzt voraus, dass es nur einem beschränkten Personenkreis bekannt sein darf und der Betroffene nicht damit einverstanden ist, wenn es Ditt erfahren, und er muss ein Interesse an der Geheimhaltung haben (Meier (2003). Der rechtliche Schutz patientenbezogener Gesundheitsdaten. Karlsruhe, 394 Seiten). Das habe ich verstanden, so Ihr Einwand, aber – Sie werden langsam ungehalten – wo bleibt denn da das Datenschutzrecht? Antwort: Stellen Sie sich einfach zwei Schranken vor, die Ihnen den Weg, zum Beispiel für eine Übermittlung von Daten an Dritte, versperren. Wenn Sie sich dieses Bild immer vor Augen halten, so haben Sie die Grundaussagen des Datenschutzrechtes und der „Verletzung von Privatgeheimnissen“ verstanden, und – Sie können danach Ihr Handeln ausrichten.

Dieses Bild eines **Zwei-Schranken-Modells** beschreibt die Zulässigkeit eines Vorgangs im Rahmen des Datenschutzrechtes *und* im Rahmen des Strafrechts; es belegt die Unabhängigkeit beider Hürden. Weder werden die Übermittlungsbefugnisse der Daten-

schutzgesetze im Anwendungsbereich von § 203 StGB unanwendbar, noch wirkt eine Offenbarungsbefugnis i. S. des § 203 StGB zugleich als Erlaubnistatbestand im Sinne des Datenschutzrechtes. Dies schließt nicht aus, dass es Erlaubnisse für die Datenweitergabe gibt, die in beiden Bereichen legalisierend wirken, lediglich ein Automatismus in die eine oder andere Richtung besteht nicht (Meier, 2003, S. 31).

#### Wo und wie sind Sie tätig – danach richtet sich das anzuwendende Datenschutzrecht

Wenn Lernen auch Wiederholen und erneutes Durcharbeiten bedeutet, dann werden Sie verstehen, warum im *Teil 1* bereits Erarbeitetes nachfolgend noch einmal Erwähnung findet, nämlich:

Das Sozialgesetzbuch (SGB) und dessen Datenschutzbestimmungen finden für Sie dann Anwendung, wenn Sie niedergelassene/r (Ndl.) und zugelassene/r (Zul.) Therapeut/in (SGB V) sind und einen GKV-Patienten behandeln. Ebenso, wenn Sie in einem öffentlichen Krankenhaus (SGB V und Landeskrankenhausgesetz – LKHG), in einem Jugend- oder Sozialamt (SGB VIII, XII), in einer Rehabilitationseinrichtung (SGB IX), in einer Agentur für Arbeit angestellt oder verbeamtet oder in einer dafür zuständigen kommunalen Stelle (SGB II, III, XII) tätig sind. Zusätzlich gelten für Sie aber immer noch Bestimmungen des BDSG, insbesondere der § 28 Abs. 7, 8 BDSG, soweit Sie im Gesundheitsbereich wirken. Letztere Bestimmung erlaubt Ihnen als Therapeut das Erheben, Verarbeiten und Übermitteln „besonderer personenbezogener Daten“ (= Gesundheitsdaten!) zum Zwecke der Gesundheitsversorgung, denn Sie unterliegen ja dem § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB.

Sind Sie hingegen zwar niedergelassen, aber nicht zur GKV zugelassen und behan-

deln Sie deshalb nur Privatpatienten oder Sie sind nur in einem Privatkrankenhaus tätig, dann kommt namentlich das BDSG zum Zuge (siehe vor), es sei denn, Ihr Landeskrankenhausgesetz bestimmt etwas anderes. Aber auch dann, wenn Sie zwar niedergelassen und zugelassen sind, indes einen Privatpatienten behandeln, findet wiederum nur das BDSG Anwendung. Daneben – denken Sie an das Bild der zwei Schranken – der § 203 StGB.

Gleichsam als *basso continuo* schwingt für die zwei vorbezeichneten Varianten, soweit es Niedergelassene betrifft, i. Ü. immer das Heilberufe-Kammergesetz Ihres jeweiligen Bundeslandes mit. Zugegeben: Das ist alles etwas verwirrend, weil zum Teil ineinander greifend oder überschneidend, aber ich denke, zumindest die Grundstruktur hebt sich für Sie deutlich hervor. Auch die nachstehende Tabelle kann nur einen sehr groben Überblick vermitteln und

das Gesagte noch einmal zusammenfassen:

Wir wollen uns jetzt mit der größten Gruppe der Psychotherapeuten – berufssoziologisch gesprochen – näher befassen: Die Mehrheit der Psychotherapeuten – davon ist auszugehen – ist entweder selbständig in eigener Praxis tätig und zur GKV zugelassen, dann v. a. in Reha-Einrichtungen (Lueger, S. (2004) „Psychotherapie in der

Tätigkeit als/in	Anzuwendendes Datenschutzrecht		
PP/KJP (Ndl.+Zul.+ GKV-Pat.)	I., V., X. Buch SGB	§§ 1 II Nr. 3, 28 BDSG	Heilberufe-Kammergesetz
PP/KJP (Ndl.+Zul.+Priv.-Pat.)		§§ 1 II Nr. 3, 28 BDSG	Heilberufe-Kammergesetz
PP/KJP (Ndl.+Priv.-Pat.)		§§ 1 II Nr. 3 28 BDSG	Heilberufe-Kammergesetz
Öffentlichem Krankenhaus	I., V., X. Buch SGB	LKHG, BDSG <i>und/oder</i>	LandesdatenschutzG
Privatkrankenhaus		BDSG <i>oder</i>	LKHG
Kirchlichem Krankenhaus		BDSG <i>oder</i> LKHG <i>oder</i>	kircheninterne Bestimmung
Jugend- oder Sozialamt	I., VIII., X., XII. Buch SGB	BDSG, LDSG	
Reha-Einrichtung	I., IX., X. Buch SGB	BDSG, LDSG <i>und/oder</i>	LKHG
Agentur für Arbeit	I., III., X. Buch SGB	BDSG	

medizinischen Rehabilitation. Psychotherapeutenjournal, 3, 221-227), in Krankenhäusern und in Beratungsstellen angestellt oder auch verbeamtet. Für diese gelten damit weitgehend die zentralen Vorschriften des § 35 („Sozialgeheimnis“) SGB I in Vbd. mit §§ 67 ff. („Schutz der Sozialdaten“) SGB X. Diese Bestimmungen schauen wir uns jetzt näher an, v. a. die, die das „Übermitteln von Daten“ betreffen.

**Merke: „Übermitteln“ nur mit schriftlicher Einwilligung oder aufgrund Gesetzes zulässig**

Der Gesetzgeber hat die Übermittlung von personenbezogenen Daten/Sozialdaten als besonders gefährlichen Vorgang im Hinblick auf das Persönlichkeitsrecht des Betroffenen angesehen und sie deshalb detaillierter geregelt als z. B. deren Nutzung und Verarbeitung. Aus diesem Grunde hat er eigene Erlaubnisatbestände festgelegt (Meier, 2003, S. 231). Sie dürfen sich zunächst getrost die **Faustformel** merken: Das Übermitteln ist verboten, es sei denn der Patient hat schriftlich eingewilligt, oder ein besonderes Gesetz erlaubt es Ihnen oder zwingt Sie gar zum Übermitteln.

Das Übermitteln, aber auch das Erheben und Verwenden von Daten betrifft – egal, wo Sie tätig sind – alle Psychotherapeuten. Insofern sollten Sie das Folgende lesen und nicht überspringen, auch wenn Sie nicht in eigener Praxis, sondern bspw. in einem Jugendamt tätig sind. Denn die Grundprinzipien des Datenschutzes gelten in allen Bereichen, in denen Sie arbeiten.

Das Übermitteln von Sozialdaten setzt zunächst eine **Übermittlungsbefugnis** voraus. Im § 67 d SGB X finden sich deshalb Übermittlungsgrundsätze: Eine Übermittlung von Sozialdaten ist nur zulässig, soweit sich eine Übermittlungsbefugnis im SGB X oder in einem andern Gesetz findet. Denken Sie an die o. e. Faustformel; hier finden Sie sie in seriöse Gesetzesform gekleidet. Zugleich bestimmt diese Vorschrift, dass Sie (als Psychotherapeut/in!) grds. die Verantwortung für die Zulässigkeit der Übermittlung als übermittelnde Stelle tragen. Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Übermittlung auf einem Ersuchen des Empfängers beruht. Bei der Übermittlung von Sozialdaten kommen wegen § 67 d SGB X weder eine mutmaßliche Einwilli-

gung noch ein rechtfertigender Notstand zum Tragen, ebenso wenig eine Rechtfertigung als „Wahrnehmung berechtigter Interessen“ (Meier, 2003, S. 232). Eine Übermittlungsbefugnis ergibt sich vielmehr entweder, indem der Patient ausdrücklich einwilligt oder aber aus einem Gesetz. Bei der **Einwilligung** handelt es sich um eine rechtserhebliche Erklärung eigener Art. Mithin können diese auch **Minderjährige** abgeben, sofern sie über die genügende Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügen (Meier, 2003, S. 82 f.), spätestens dann, wenn diese das 15. Lebensjahr vollendet haben (§§ 36 Abs. 1 in Vbd. mit 33a SGB I).

Soweit Sie – als Schweigeverpflichteter (§ 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB) – nun zulässigerweise Daten an eine der in § 35 SGB I genannten Stellen weitergegeben haben, darf diese Stelle diese Daten nur unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 1 SGB X wiederum weitergeben („übermitteln“). Insbesondere dann, wenn es sich um besonders schutzwürdige Sozialdaten („besondere Daten“ – s. o.) handelt, die also die Gesundheit oder das Sexualleben betreffen.



### Therapeuten in eigener Praxis

Sie – als Psychotherapeut – haben bei der Übermittlung von besonders schutzwürdigen Sozialdaten also immer zu prüfen, liegen Übermittlungsbefugnis im Sinne des Datenschutzrechts als auch Offenbarungsbefugnis im Sinne des § 203 StGB vor. In der GKV wird dieser (Doppel-)Prüfung insoweit schon Rechnung getragen, als das entsprechende Formblatt (PTV 1: Antrag des Versicherten auf Psychotherapie) die schriftliche Einwilligung vom Pat. oder dessen Sorgeberechtigten einfordert.

### PTV 1: Auch 15jährige sollten mit unterschreiben

Ein Ratschlag für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Lassen Sie immer den 15jährigen und Ältere das Formblatt mit unterschreiben. Sie würdigen damit zugleich auch das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Jugendlichen und Sie sind mit den Unterschriften der Eltern *und* des Jugendlichen immer auf der sicheren Seite!

Der Patient darf z. B. einer Übermittlung des im verschlossenen Umschlag enthaltenen Berichts an den Gutachter durch die Krankenkasse (KK) zwar widersprechen (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X), dann aber wirkte er nicht im Verwaltungsverfahren mit. Die KK könnte damit ihrerseits die Leistung (Psychotherapie) versagen (§§ 60 ff., 66 SGB I – vgl. BSG-Urteil v. 17.2.2004 – B 1 KR 4/02 R).

Soeben, Sie werden es bemerkt haben, bewegten wir uns zwischen dem SGB X, überschrieben mit „Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz“, dem SGB I – „Allgemeiner Teil“ des SGB – und dem SGB V („Gesetzliche Krankenversiche-

rung“). Das I. und das X. Buch SGB wirken jeweils auf die einzelnen Bücher (II – IX, XII) des SGB ein, damit auch auf das V. Buch. Letzterem wollen wir uns nun widmen. Die Erhebung und Verwendung patientenbezogener Daten, unmittelbar erhoben vom Leistungsträgern (KK) beim Patienten, oder – mittelbar – über den Leistungserbringer (Psychotherapeuten/Ärzte usw.), sind in den §§ 284 ff. SGB V, und die Übermittlung von Leistungsdaten des Psychotherapeuten/Arzt im Verhältnis an die KVen/KK in den §§ 294 ff. SGB V geregelt. Dort tauchen, bspw. in §§ 284 Abs. 1 Sätze 2, 4, 294a Satz 1 SGB V, wie auch im § 67a SGB Abs. 3 Satz 1 SGB X der sog. Zweckbindungs- und der sog. Erforderlichkeitsgrundsatz – gleichfalls zentrale Leitbegriffe des Datenschutzrechts – auf.

Der **Zweckbindungsgrundsatz** meint, dass Sozialdaten nur zu dem Zweck verwendet werden dürfen, für den sie erhoben, gespeichert oder übermittelt wurden. Der Grundsatz wird ergänzt durch den sog. **Erforderlichkeitsgrundsatz**. Es dürfen nämlich nur insoweit und in dem Umfang Daten erhoben, gespeichert oder übermittelt werden, als sie für die Aufgabenerfüllung benötigt werden. Was bedeuten diese weiteren Grundsätze nun für Sie als Therapeut?

**Beispiel:** Zur Vorbereitung des Berichts an den Gutachter erheben Sie Sozialdaten beim Pat., die Sie auch *anderweitig* verwenden (Verstoß gegen die Zweckbindung) oder die Sie nicht für die durchzuführende Psychotherapie benötigen (Verstoß gegen den Erforderlichkeitsgrundsatz).

Die beiden vorgenannten Grundsätze korrelieren wiederum mit zwei weiteren Grundsätzen, nämlich mit dem der **Daten-**

**sparsamkeit** und dem der **Datenvermeidung**.

**Beispiel:** Sie wollen *alles* vom Patienten wissen, also auch Daten, die unter keinem Gesichtspunkt für die Therapie erforderlich sind, und speichern diese dennoch (Verstoß gegen die Datensparsamkeit und -vermeidung). Wenn auch nicht explizit in den §§ 67 ff. SGB X erwähnt, so müssen diese beiden Grundsätze des § 3a BDSG von Ihnen mit beachtet werden.

Bei den Abrechnungsvorschriften (§§ 294 ff. SGB V), denen Sie ja als Vertragspsychotherapeut permanent unterliegen, handelt es sich um gesetzliche Übermittlungsbefugnisse; hier benötigen Sie also keine schriftliche Einwilligung. Psychotherapeuten und andere Leistungserbringer sind danach verpflichtet, die von ihnen erbrachten Leistungen in den Abrechnungsunterlagen aufzuzeichnen (§ 294 SGB V) und an die KV im Wege elektronischer Datenübertragung zu übermitteln (§ 295 Abs. 4 SGB V). Von Seiten der Krankenkasse sind sie anonymisiert, jedoch psychotherapeuten-/arztbezogen zu speichern und zu verwenden. Die KV ihrerseits teilt der Krankenkasse die erforderlichen psychotherapeuten-/arztbezogenen Daten mit (im Einzelnen: § 295 Abs. 2 Satz 1 SGB V).

Soweit beim Vertragspsychotherapeuten eine **Plausibilitätsprüfung** stattzufinden hat (§ 106a Abs. 1 SGB V), kann die KV gem. § 295 Abs. 1a SGB V die **Vorlage der Befunde** vom Psychotherapeuten verlangen (vgl. schon die BSG-Urteile v. 19.11.1985 – 6 RKA 14/83 und 17.12.1998 – B 6 KA 63/98 B, welches die vorangegangenen Urteile des Sozialgerichts Saarbrücken und des LSG Saarland v. 1.4.1998 – L

## Weiterbildungscurriculum des Bundesfachverbandes Essstörungen e.V. (BFE) Spezialkenntnisse für die Arbeit mit essgestörten Menschen

Insgesamt 2 Module sowie ein Supervisionsangebot  
1. Modul 20.01. – 22.01.05 2. Modul 17.03. – 19.03.05

Ausführliche Informationen, auch zu den weiteren Modulen, erhalten Sie in der Geschäftsstelle des BFE Tel. 0561-713493

3 Ka 19/96 hinsichtlich der Pflicht zur Vorlage von ärztlichen Befunden ausdrücklich bestätigte). Das LSG, aber auch das BSG urteilten, die Pflicht zur Auskunftserteilung im Rahmen von Überprüfungen innerhalb des kassenärztlichen Versorgungssystems kollidiere nicht mit der ärztlichen Schweigepflicht. Als Rechtsgrundlage zur Vorlage seien zum einen die Befugnis der KV zu nennen, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen, zum andern die zur Überwachung der den Vertragsärzten obliegenden Pflicht zur Qualitätssicherung und die zur Erhebung von Versichertendaten im Rahmen von Wirtschaftlichkeits-, Qualitäts- und Plausibilitätsprüfungen. Ergänzend sei noch darauf hingewiesen, dass auch die Satzungen der KVen zumeist die Pflicht normiert haben, wonach der Vertragspsychotherapeut/-arzt auf Verlangen die erforderlichen Unterlagen vorzulegen habe. Auch § 46 BMV-Ä („Plausibilitätskontrollen“) ist einschlägig.

Im Zusammenhang mit der **Praxisgebühr** kam und kommt es immer wieder vor, dass der überweisende Hausarzt (§ 24 Abs. 3 Nr. 3 in Vbd. mit Abs. 6 Satz 2 BMV-Ä) vom behandelnden Psychotherapeuten Auskunft begehrt. Hier gilt Folgendes: Der aufgrund der Überweisung in Anspruch genommene Psychotherapeut hat den Hausarzt über die von ihm erhobenen Befunde und Behandlungsmaßnahmen zu unterrichten, soweit es für die *Weiterbehandlung* durch den überweisenden Arzt erforderlich ist. Eine Auskunftspflicht ist also schon dann zweifelhaft, wenn der Hausarzt den Pat. nicht gleichzeitig weiterbehandelt. Datenschutzrechtlich muss der Hausarzt aber zudem eine schriftliche Einwilligung des Pat. vorlegen, um diese Auskünfte verlangen zu können. Der Vorschrift zur Folge muss umgekehrt der Psychotherapeut/Facharzt den Pat. nach dessen Hausarzt fragen und diesem, mit schriftli-

cher Einwilligung des Pat., Behandlungsdaten und Befunde mitteilen (§ 73 Abs. 1b SGB V). Diese Regelung geht maßgeblich auf die politisch gewollte Stärkung des Hausarztes zurück; sie gilt zu Recht allgemein als missglückt (Meier, 2003, S. 256 f.).

Im *3. und letzten Teil* dieses Beitrags zum Datenschutzrecht (*Psychotherapeutenjournal* 1/2005) werden u. a. der Zugriff auf Patientendokumentationen/Patientenkarteien, die Auskunfts(Übermittlungs-)pflichten nach **§ 100 SGB X**, der von den Therapeuten zu beachtende **Datenschutz im Krankenhaus**, in **Reha-Einrichtungen**, im **Jugend- und Sozialamt**, und in **Beratungsstellen** behandelt, darüber hinaus Ihnen Vorschläge für ein **Sicherheitskonzept** (§ 9 BDSG) unter Mitarbeit von Henryk Gerlach (Mathematiker/Informatiker) unterbreitet.

(Fortsetzung und Schluss folgen im nächsten Heft)

## Ganz Recht

### Wissen Sie eigentlich, dass

- der BGH die Revision gegen das Urteil des OLG Hamm (*Psychotherapeutenjournal*, 2003, S. 29) verworfen hat, wonach die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einer **privaten Krankenkasse** nicht zu beanstanden seien, Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten **von der psychotherapeutischen Behandlung auszuschließen** und nur Ärzte zu akzeptieren? Eine Niederlage für die Psychotherapeuten also!
- sich nach einem neueren Urteil des BGH (NJW 2004, 237) **Ärzte mit Leitungsfunktionen in psychiatrischen Kliniken**

dann **strafbar** machen können, wenn sie einem erkennbar strafatgeneigten **Patienten Ausgang gewähren** und diesen den Ausgang zur **Begehung von Tötungs- und Körperverletzungsdelikten missbraucht**? Wissen die Ärzte nämlich, dass der Pat. nicht therapierbar ist und wegen seiner Neigung zu Straftaten die Möglichkeit des Missbrauchs besteht, dürfen sie ihn nicht offen unterbringen oder unbeaufsichtigten Ausgang gewähren. Soweit der Ausgang allerdings therapeutisch begründet und den Regeln der psychiatrischen Kunst entspricht, steht ihnen jedoch ein prognostischer Beurteilungsspielraum zu. In dessen Rahmen sind möglicherweise mehrere gleichermaßen als rechtlich vertretbare Entscheidungen möglich. Eine im Ergebnis dann falsche Prognose ist nur dann pflichtwidrig (und strafbar), wenn sie die Missbrauchsgefahr verneint hat, weil sie auf relevant unvollständiger Tatsachengrundlage oder unter unrichtiger Bewertung der festgestellten Tatsachen beruht.

- **Gewinne aus der Veräußerung freiberuflicher Praxen** grundsätzlich steuerlich begünstigt sind (siehe im Einzelnen *Psychotherapeutenjournal*, 2004, S. 238), dass aber die **Hinzugewinnung neuer Patienten** in jedem Fall **steuer-schädlich** ist, da eine Betriebsaufgabe dann tatsächlich nicht stattgefunden hat (OFD Berlin, Vfg. v. 15.8.2003-St 122-S2249-3/03)?

### RA Hartmut Gerlach

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

# Aktuelles aus der Forschung

## Frühkindliche Erinnerungen

Howe, Mark L. (2003). *Memories from the cradle. Current Directions in Psychological Research*. 12(2), 62-65.

Sind pränatale Erinnerungen und solche an die Geburt realistisch oder trifft eher die Behauptung zu, das persönliche Gedächtnis setze erst mit einem ausgeprägten Sprachverständnis, also mit etwa vier bis fünf Jahren ein? Mark Howe von der Universität Lakehead in Ontario (Kanada) weist beide Ansichten zurück. Gestützt auf Daten einer Längsschnittstudie zur Entwicklung des frühen Gedächtnisses und der Ausbildung des kognitiven Selbst stellt Howe die These auf, dass die Erinnerung von Erwachsenen an die persönliche Geschichte nur bis zum Alter von 18 – 24 Monaten zurückreichen kann, denn das persönliche Gedächtnis ist untrennbar an die Reifung des kognitiven Selbst geknüpft. Und das bildet sich erst mit etwa zwei Jahren aus. Zwar können Neugeborene etwa die Stimme ihrer Mutter wieder erkennen und Babys zeigen in Experimenten eine Gedächtnisleistung, die über eine Woche hinausgeht. Aber diese frühkindlichen Gedächtnisinhalte gehen im Laufe der Zeit wieder verloren. Die ältesten Erinnerungen an das eigene Tun und an persönliche Er-

lebnisse stammen aus dem beginnenden dritten Lebensjahr. Basis dieser autobiographischen Erinnerungen ist das kognitive Selbst, das sich in diesem Lebensabschnitt entwickelt. Erst jetzt bildet sich die Erkenntnis über das eigene Ich heraus, und das scheint überwiegend auf einem organischen Reifungsprozess zu beruhen. Eine autobiographische Erinnerung setzt ein Bewusstsein über sich selbst voraus, denn sonst könnte eine Handlung oder ein persönliches Erlebnis nicht als für die eigene Person relevant begriffen werden. Entscheidend dafür, ob und mit welcher Intensität man sich an etwas erinnert, ist – unabhängig vom Alter – die individuelle Bedeutung von Ereignissen. Die Untersuchungen von Howe an Kindern ab dem 15. Monat unterstreichen diese Überlegungen, die übrigens auch zeigen, dass die Sprachentwicklung für die Ausbildung des persönlichen Gedächtnisses keine Bedeutung hat.

**Kommentar:** Lobenswert ist der methodische Ansatz, sich mittels einer recht (zeit-)aufwendigen Längsschnittstudie der Frage zu widmen, ab welchem Zeitpunkt Gedächtnisinhalte tatsächlich entstehen und Biografisches bewusst erinnert wird. Die Ergebnisse der Studie scheinen experimen-

tell gut begründet und in sich kohärent zu sein. Für den therapeutischen Prozess lässt sich daraus eine gewisse Sicherheit gewinnen, dass PatientInnen sich potenziell ab dem Alter von ca. 2 Jahren erinnern können. Howes Ergebnisse stehen jedoch in gewissem Widerspruch zu Erfahrungsberichten und Untersuchungen der prä- und perinatalen Psychotherapie (z.B. Janus L., (2000). *Der Seelenraum des Ungeborenen. Düsseldorf, Zürich. Emerson, W., II. Behandlungstechniken und Forschungsergebnisse. In: Harms, Th. (2000). (Hrsg.). Auf die Welt gekommen. Berlin*), nach denen Erinnerungen bis in die pränatale Zeit zurückreichen können.

### Dr. Manfred Thielen

Vorstandsmitglied der Landespsychotherapeutenkammer Berlin  
Kurfürstendamm 184  
10707 Berlin  
ma.thielen@gmx.de

### Dr. Thomas Lecher

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

## Prospektive Studie zu den psychischen Folgen von Kindesmissbrauch

Spataro, J., Mullen, P.E., Burgess, P.M., Wells, D.L. & Moss, S.A. (2004). *Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective studying males and females. Br. J Psychiatry*, 184, 416-421.

Viele Forschungsbefunde weisen auf einen Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und Psychopathologien im Erwachsenenalter hin. Alle bisherigen Studien greifen jedoch auf retrospektive Berichte von psychisch erkrankten Patienten über ihre Kindheitserlebnisse

zurück. Dabei muss bei Patienten zusätzlich auch von einer Tendenz, vermehrt negative Kindheitserlebnisse zu erinnern, ausgegangen werden. In der vorliegenden Kohorten-Studie wurde der Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und daraus resultierenden psychischen Erkrankungen prospektiv überprüft. Dafür wurden aus den Unterlagen des Australischen Victorian Institute of Forensic Medicine 1.612 Kinder (1.327 Mädchen und 285 Jungen) mit Missbrauchserfahrungen im Alter unter 16 Jah-

ren ermittelt. Diese Daten wurden mit den Aufzeichnungen des Victorian Psychiatric Case Register verglichen. Zum Zeitpunkt des Vergleiches waren die jungen Frauen und Männer im Durchschnitt jeweils 28,4 und 21,3 Jahre alt. Das Psychiatrische Fallregister enthält beinahe alle Kontakte mit der öffentlichen Gesundheitsversorgung psychisch Erkrankter.

Die Forscher konnten zeigen, dass ein Missbrauch in der Kindheit in signifikantem Zusammenhang mit einer späteren Behand-

lung wegen einer psychischen Erkrankung, Persönlichkeitsstörung, Angststörung oder einer schweren affektiven Störung stand. Insgesamt nutzten 12,4% der Missbrauchsoffer und nur 3,6% der sonstigen Bevölkerung wegen psychischer Erkrankungen die Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung.

**Kommentar:** Wenngleich die Prävalenzzahlen für psychische Störungen nach Missbrauchserfahrungen deutlich niedriger sind als in anderen, meist retrospektiven Studien, so ist die Aussage dieser Längsschnittstudie, dass das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung bei dieser Personengruppe etwa 3-fach erhöht ist, methodisch wesentlich robuster und aus-

sagekräftiger. Die Auswirkungen eines sexuellen Missbrauchs in der Kindheit auf die psychische Entwicklung sind jedoch auch von anderen Faktoren abhängig. Offen bleibt, welche protektiven Faktoren (z.B. ein sicheres soziales Umfeld, stabile und fürsorgliche Kontaktpersonen) in welchem Umfang über die langfristigen Folgen von Missbrauchserfahrungen entscheiden.

## ADHS in der Kindheit als Prädiktor für Substanzmissbrauch im Jugendalter

*Molina, B.S.G. & Pelham, W.E. (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. Journal of Abnormal Psychology, 112(3), 497-507.*

Untersucht wurde, ob bei Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in der Kindheit ein erhöhtes Risiko besteht, Substanzen wie Tabak, Alkohol oder illegale Drogen wie Marihuana zu konsumieren. Um dies zu prüfen, wurden 142 Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren, von denen diagnostische Daten zu ADHS in der Kindheit vorlagen, untersucht und mit 100 Gleichaltrigen ohne ADHS in der Vorgeschichte verglichen.

Die Ergebnisse zeigten, dass Jugendliche mit ADHS in der Vorgeschichte signifikant mehr Alkohol, Tabak und illegalen Drogen konsumierten, als die Mitglieder der Vergleichsgruppe. Sie hatten auch früher mit dem Konsum von Tabak begonnen. Unter den Jugendliche mit ADHS erwies sich die Schwere der Aufmerksamkeitsstörung in der Kindheit als wesentlicher Prädiktor für den multiplen Gebrauch von Rauschmitteln. Überraschenderweise war das Ausmaß der Schwierigkeiten im sozialen Umgang in der Kindheit ein wesentlich schwächerer Faktor für die Vorhersage von Substanzmittelgebrauch. Jene Kinder, die auch als Jugendliche

noch ADHS-Symptome zeigten (72%), tranken mehr Alkohol, hatten mehr durch den Alkohol verursachte Probleme und rauchten mehr als die Jugendlichen in der Vergleichsgruppe.

**Kommentar:** Eine frühzeitige Diagnose und effektive Behandlung von Kindern (und auch von Jugendlichen) mit ADHS kann also nicht nur zur Stabilisierung der familiären und schulischen Situation der Patienten beitragen, sondern senkt möglicherweise auch das Risiko für spätere Folgeerkrankungen wie einen Substanzmissbrauch. Die Behandlung von Patienten mit ADHS hat daher auch einen besonderen präventiven Wert.

## Multidimensionale Familientherapie erfolgreich bei Drogenmissbrauch im Jugendalter

*Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA, Ungaro RA, Henderson CE. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. J Psychoactive Drugs, 36(1), 49-63.*

Wenn Jugendliche beginnen, Drogen zu nehmen, spielen protektive und Risikofaktoren auf individueller und familiärer Ebene sowie der Einfluss von Gleichaltrigen und die Bedingungen in der Schule eine entscheidende Rolle. An diesen Faktoren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung bei ganz unterschiedlichen Erkrankungen beitragen können, setzt die Multidimensionale Familientherapie (MDFT) an. Die Therapie erfolgt in mehreren Phasen. Während zu Beginn vor allem therapeutische Allianzen mit dem Jugendlichen, sei-

nen Eltern und anderen Familienangehörigen aufgebaut werden, erfolgt im Anschluss daran eine Reorganisation des täglichen Lebens des Teenagers. In den Sitzungen mit den Jugendlichen werden drogenbezogene Themen sowie Beziehungen zu Gleichaltrigen und Familienmitgliedern und schon erfolgte Kontakte mit dem Jugendstrafrecht bearbeitet. Generelles Ziel der Therapie ist die Entwicklung altersgemäßer Kompetenzen in den verschiedenen Bereichen des Alltags der Jugendlichen. Dabei werden auch die Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten trainiert. Mit den Eltern werden das Erziehungsverhalten und die Beziehung zu ihrem Kind bearbeitet und neue Strategien für den Umgang mit den Jugendlichen entwickelt. In der dritten Therapiephase liegt der Schwerpunkt auf der Generalisierung und Vertiefung der Veränderungen und der Übertragung der in der Therapie

entwickelten Ideen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen in den Alltag. Um die Wirksamkeit dieser Therapieform bei Substanzmissbrauch bei Jugendlichen zu prüfen, wurde sie mit einem bei dieser Diagnose üblichen Therapieverfahren verglichen. Dieses bestand aus einem Manual zu sozialem Training und kognitiver Verhaltenstherapie für Gruppen (peer group therapy, PGT). Beide Therapieformen wurden regelmäßig zwei Mal wöchentlich über 12 bis 16 Wochen durchgeführt. 80 Jugendliche nahmen an der Studie teil. Sie wurden zufällig den beiden Therapiegruppen zugeordnet, die hinsichtlich des Geschlechtes, des Alters und des Familieneinkommens parallelisiert waren. Neben demografischen Hintergrundinformationen wurden die individuellen verhaltensbezogenen Risikofaktoren, aber auch durch die Familie, durch Gleichaltrige und durch die Schule bedingte protektive und Risikofaktoren und



das Ausmaß des Drogenkonsums und der Delinquenz erfasst.

Im Vergleich zu PGT konnte der Drogenmissbrauch mit MDFT signifikant gesenkt werden, bei der Delinquenz zeigte sich ein Trend in diese Richtung. Auch in den Bereichen Individuum, Familie, Gleichaltrige und Schule und bei externalisierenden (aggressiven und delinquenten) Symptomen konnten sich die mittels MDFT therapierten Jugendlichen schneller und deutlicher verbessern als die mit PGT behandelten. Der Familienzusammenhalt als wichtiger protektiver Faktor stieg bei MDFT-Therapie schneller an als bei PGT. Die Beziehungen

zu einem devianten Freundeskreis nahmen bei MDFT im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant ab.

**Kommentar:** Diese methodisch sehr sorgfältig durchgeführte Studie zeigt, dass ein familienorientierter Ansatz in der Behandlung von jugendlichen Drogenabhängigen erfolgreicher sein kann als herkömmliche Therapieansätze. Die Behandlung orientiert sich an Methoden der Systemischen Therapie. Verhaltensprobleme in der Adoleszenz zählen zu den behandlungsresistentesten Störungen und stellen gleichzeitig einen starken Prädiktor für asoziales Verhalten im Erwachsenenalter dar.

Eine effektive Therapieform hat daher gleichzeitig auch entscheidenden präventiven Wert. Während die PGT eher an der Behandlung der individuellen Eigenschaften am Kontakt zu Gleichaltrigen angreift, werden mittels MDFT parallel mehrere potentielle Risikofaktoren bearbeitet. Dieses Konzept scheint für drogenabhängige Jugendliche ein sehr effektives Therapiemodell zu sein. Da die Jugendlichen weiterhin beobachtet werden (Untersuchungen 6 Monate und 12 Monate nach Therapieende wurden gerade durchgeführt), ist bald auch mit Ergebnissen zum langfristigen Effekt der Therapie zu rechnen.

## Selektive Wahrnehmung bei depressiven Patienten

Gotlib, I.H., Krasnoperova, E., Yue, D.N. & Joormann, J. (2004). *Attentional biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. J Abnorm Psychol, 113(1), 121-135.*

Als möglicher Einflussfaktor auf die Wirksamkeit der Behandlung wurde die selektive Wahrnehmung von mimischen Gesichtsausdrücken bei Depressionen untersucht. Dafür wurden mittels funktioneller Magnetresonanztomografie (fMRT) die neuronalen Reaktionen von depressiven Patienten, Patienten mit einer Angststörung

und gesunden Personen auf emotionale Stimuli verglichen. Gesichter mit glücklichen, traurigen oder wütenden Mienen wurden für 100 ms. präsentiert.

Im Unterschied zu den beiden anderen Gruppen zeigten depressive Patienten selektive Aufmerksamkeit für traurige Gesichter, nicht jedoch für wütende oder glückliche Gesichter. Diese selektive Aufmerksamkeit war bei den beiden anderen Gruppen nicht zu beobachten. Auch die Patienten mit Angststörungen zeigten keine selekti-

ve Aufmerksamkeit für wütende (also potentiell angstrelevante) Gesichter.

**Kommentar:** Die Studie gibt Hinweise auf spezifische pathopsychologische und hirneurophysiologische Zusammenhänge bei Depressionen. Die selektive Wahrnehmung trauriger Reize kann ein wichtiger Faktor bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression sein. Eine solche selektive Sicht der Realität ist in manchen Therapien ein Ansatzpunkt für die psychotherapeutische Intervention.

## Rauchen ist mehr als nur eine „unangenehme Angewohnheit“

Doll, R., Peto, R., Boreham, J. & Sutherland, I. (2004). *Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ, 328, 1519-1529.*

Als in den 1940-er Jahren deutlich wurde, dass sich durch Rauchen die Lungenkrebsrate erhöht, wurde 1951 eine prospektive Studie zur Todesrate bei Rauchern an 34.439 männlichen Ärzten ins Leben gerufen. Die ersten Ergebnisse wurden 1954 veröffentlicht und deuteten auf eine signifikant erhöhte Sterblichkeit unter Rauchern hin. Nach 50 Jahren wurde nun eine Aktualisierung der Ergebnisse der gleichen Kohorte veröffentlicht.

Zwischen 1900 und 1930 geborene Männer, die kontinuierlich geraucht hatten, starben durchschnittlich 10 Jahre früher als lebenslange Nichtraucher. Die Wahrscheinlichkeit, im mittleren Alter (also vor dem 70. Lebensjahr) zu sterben, war für Raucher doppelt so hoch wie für Nichtraucher und die Wahrscheinlichkeit vom 70. Lebensjahr bis zum 90. Lebensjahr zu überleben, war für Nichtraucher drei Mal so hoch wie für Raucher. Die gute Nachricht: Raucher, die im Alter von 60, 50, 40 oder 30 Jahren aufgehört hatten zu rauchen, konnten ihre Lebenserwartung um jeweils 3, 6, 9, oder 10 Jahre anheben – im Vergleich zu jenen die weiter rauchten.

**Kommentar:** Die lange Dauer der Studie ist beachtlich und ermöglicht über bisher vorliegende korrelative Daten hinaus auch Aussagen über die Auswirkungen des Rauchens. Die Ergebnisse zeigen das dramatische Ausmaß der durch Rauchen bedingten verfrühten Sterblichkeit. Daraus werden der hohe gesundheitspolitische Wert von Rauchentwöhnungsprogrammen und die Bedeutung von Präventionsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen ersichtlich. Dieser wichtige Ansatzpunkt psychotherapeutischer Interventionen hat daher eine besonders hohe gesellschaftliche Relevanz.

## Stereotypien und Vorstellungen über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung

Graf, J., Lauber, C., Nordt, C., Rüesch, P., Meyer, P.C. & Rössler, W. (2004). *Perceived stigmatization of mentally ill people and its consequences for the quality of life in a Swiss population. Journal of Nervous and Mental Disease, 192(8), 542-547.*

Die persönlich empfundene Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen wirkt sich negativ auf ihre Lebensqualität aus. Dies zeigten die Ergebnisse einer Studie des Forschungsbereiches für Klinische und Soziale Psychiatrie der Universität Zürich. Befragt wurden 280 Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen und eine repräsentative Stichprobe von 1.737 Personen aus der Schweizer Bevölkerung zu negativen Stereotypen gegenüber psychisch erkrankten Menschen.

Dabei berichteten die Patienten, sich von anderen Menschen vorrangig diskriminie-

rend behandelt zu fühlen, besonders in sozialen Beziehungen und bei der Arbeitssuche. Auch die gesunden befragten Personen bestätigten dieses negative Stereotyp. Diese Erwartung senkt jedoch auch die Bereitschaft, bei eigenen mentalen oder emotionalen Problemen schnell professionelle Hilfe zu suchen und zögert somit oft den Beginn einer Therapie hinaus. Die von den Patienten wahrgenommene Stigmatisierung hatte gleichzeitig einen signifikanten negativen Effekt auf ihre Lebensqualität.

**Kommentar:** In diese Studie flossen Resultate von Befragungen einer Schweizer Bevölkerung ein. Die Ergebnisse können aber sicherlich auch auf deutsche Verhältnisse übertragen werden. Die gezeigten Zusammenhänge zwischen Stigmatisierung, geringer Lebenszufriedenheit sowie verminderter Teilnahme am Arbeitsleben

und wenigen Sozialkontakten sind jedoch nur korrelativ und können daher nicht ohne weiteres kausal interpretiert werden. Trotzdem zeigt die Studie, dass nach wie vor Patienten mit psychischen Erkrankungen mit beachtlichen Stigmatisierungen zu kämpfen haben. Diese Faktoren spielen eine bedeutsame Rolle beim Aufsuchen professioneller Hilfe und stellen zudem einen möglichen Risikofaktor für komorbide Depressionen dar. Bedeutsam erscheint für die Therapie die (direkte oder indirekte) Förderung sozialer Kompetenzen und von Sozialkontakten, womit auch eine Verbesserung des Selbstwertgefühls erreicht werden kann. Eine Reduzierung der Stigmatisierung psychisch Erkrankter kann auf öffentlicher Ebene durch vermehrte Kontakte der Bevölkerung mit psychisch erkrankten Menschen gefördert werden.

## Verfahren zum Screening nach DSM-IV

Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. & Löwe, B. (2004). *Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“.* *Diagnostica, 50(4), 171-181.*

Die Autoren berichten von Ergebnissen aus Studien, die zeigen konnten, dass ein nicht zu vernachlässigender Anteil aller Patienten mit körperlichen Erkrankungen unter psychischen Störungen leidet (20% bis 35%). Entscheidend für eine effektive Behandlung ist aber eine zuverlässige Psychodiagnostik. In der Primärmedizin werden laut Studien jedoch nur 30 – 50% aller depressiven Störungen und etwa 15% aller Panikstörungen erkannt. Heute gelten Screeningverfahren als schnelles und günstiges Mittel zur Psychodiagnostik.

Der in Amerika 1999 entwickelte „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ basiert auf den Klassifikationskriterien des DSM-IV. Er erfasst acht psychische Störungen; für drei Störungen werden alle diagnostischen Kriterien nach DSM-IV abgefragt (Major Depression, Panikstörungen und Bulimia ner-

vosa). Der gesamte Fragebogen besteht aus 78 Items. Dabei wird der Grad der Zustimmung auf einer zwei- bis fünfstufigen Antwortskala angegeben. Er wird vom Patienten ausgefüllt und kann vom Untersucher in nur zwei Minuten ausgewertet werden.

In der vorliegenden Studie wurde die deutsche Version (PHQ-D) an 528 Patienten aus sieben Kliniken getestet und mit den Ergebnissen des Strukturierten Klinischen Interviews nach DSM-IV (SKID-I) verglichen. Dabei konnten gute Werte für Zuverlässigkeit (Reliabilität) und Gültigkeit (Validität) des PHQ-D gezeigt werden. Auffällig war die hohe Akzeptanz des Verfahrens durch Untersucher und Patienten. 72,7% der befragten Ärzte gingen davon aus, dass der Einsatz des PHQ-D positive Auswirkungen auf die Behandlung hat. Als besonders valide erwies sich der PHQ-D bei der Diagnostik depressiver Störungen, von Panikstörungen sowie der Bulimia nervosa. Mit dem Verfahren kann auch der Schweregrad von Depressivität und somatischer Symptomschwere zuverlässig er-

fasst werden. Beide Werte können auch zur Beurteilung des Therapieerfolges eingesetzt werden.

**Kommentar:** Der PHQ-D erscheint als wertvolles Screeningverfahren und mögliches Instrument für eine Eingangsdagnostik in ärztlichen Praxen. Er wäre auch als psychometrisches Minimalverfahren im Bereich der Psychotherapie geeignet. Das Verfahren zeichnet sich durch gute Akzeptanz durch die untersuchten Patienten und Behandler aus und erscheint zeit- und kostenökonomisch. Die Entwicklung eines vergleichbaren Verfahrens für die Diagnostik nach ICD-10 ist daher wünschenswert.

### Dr. Barbara Ripper

Referentin für  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
Landespsychotherapeutenkammer  
Baden-Württemberg  
Hauptstätter Str. 89  
70199 Stuttgart  
ripper@lpk-bw.de

# Buchrezension

## Klinische Entwicklungspsychologie des Alters – Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie

Meinolf Peters

Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), 2004; 290 S., 29,90 EUR

Buchtitel wie „Klinische Entwicklungspsychologie“ (Oerter et al., 1999) oder auch „Entwicklungspsychiatrie“ (Herpertz-Dahlmann et al., 2003) markieren einen Trend innerhalb der klinischen Forschung, Aspekten der Entwicklung wieder größere Bedeutung beizumessen. Für die Psychoanalyse waren die Beschäftigung mit diesen Fragen und eine sehr elaborierte Entwicklungstheorie bekanntermaßen schon seit Freuds Zeiten zentrale Merkmale. Schwerpunkt der Betrachtung war jedoch meist die (frühe) Kindheit und, spätestens mit der Adoleszenz, wenn nicht gar bereits mit dem ödipalen Geschehen, schien alles Wesentliche abgemacht. Natürlich kann die tiefgreifende Bedeutung der ersten Jahre nicht geleugnet werden, bilden sie doch den Hintergrund, vor dem sich die Konflikte des weiteren Lebens abspielen. Wie diese Konflikte im mittleren oder höheren Erwachsenenalter jedoch genau aussehen, beschäftigte nur wenige Psychoanalytiker explizit, der populärste unter ihnen war wohl E.H. Erikson.

Ein Verdienst M. Peters, Psychoanalytiker und Leiter der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik des höheren Lebensalters an der Rothaarklinik für Psychosomatische Medizin, besteht nun zweifellos darin, viele weniger verbreitete und verstreute Arbeiten gesammelt, in Beziehung auch zu nicht genuin psychoanalytischen Erkenntnissen gesetzt und vor allem durch einen reichen Fundus eigener praktischer Erfahrungen und Kenntnisse ergänzt und mit Vignetten illustriert zu haben.

Für die adäquate Behandlung älterer Patienten bedarf es nämlich nicht in erster Linie behandlingstechnischer Variationen, vielmehr müssen Berater und Therapeuten vertraut sein mit Kenntnissen aus Gerontopsychiatrie, Geriatrie und Gerontopsy-

chosomatik, sowie eben der Entwicklungspsychologie des höheren Lebensalters.

Auch dieser Lebensphase, so die These des Autors, liegt eine konflikthafte Struktur zu Grunde, die zu einem fortdauernden dynamischen Prozess führt. So gilt, dass etwa der Konflikt zwischen dem Wunsch zu wachsen und der Angst vor dem Scheitern, wenn er bewältigt wird, letztlich zu veränderten Selbstrepräsentanzen und neuem Gleichgewicht führt. Persistiert er jedoch, ergibt sich psychisches Leiden. Peters betont als Grundthese, dass „... Alter ein hohes Maß an Ambiguitätstoleranz verlangt und mit der Aufgabe konfrontiert, immer wieder erneut ein inneres Gleichgewicht herzustellen.“ (S. 97).

Einleitend stellt der Autor verschiedene philosophische, biologische und soziologische Perspektiven auf das Alter und deren Veränderung im Laufe der Zeit (vom „Defizitmodell“ bis hin zu den „neuen Alten“) dar und betont, welche große Bedeutung in der Arbeit mit diesem Personenkreis der Beachtung auch kohortenspezifischer Lebenserfahrungen (bspw. der „Kriegskinder“) zukommt.

Nach einem Abriss der klassischen Beiträge der Psychoanalyse wendet sich Peters dann im Herzstück des Buches den verschiedenen Entwicklungsaufgaben und daraus resultierenden Entwicklungskonflikten zu. Die Auseinandersetzung mit dem Thema Vergänglichkeit, mit Veränderungen in den Objektbeziehungen, in der Sexualität, aber etwa auch mit der Bedeutung des Überganges in den Ruhestand u. a. m. werden dargestellt und mit vielfältigem Material illustriert. Diese Kapitel haben neben psychoanalytischen, einmal eher philosophische, dann wieder mehr alltagspraktische Schwerpunktsetzungen. Da die

Therapeuten und Berater vielfach jünger als ihre Patienten sind, fehlen ihnen eigene Lebenserfahrungen aus diesem Abschnitt. Das Material dieser Kapitel kann helfen, solche Lücken zumindest intellektuell zu schließen. Für die emotionalen Folgen dieser oft ungewohnten Konstellation inkl. der resultierenden Gegenübertragungsreaktionen ist qualifizierte Supervision notwendig.

Nicht zufällig rücken bei Peters' Darstellungen neben anderen auch immer wieder Selbstwertaspekte in den Vordergrund, scheint doch die Auseinandersetzung mit den Kränkungen des Alters und die hieraus ggf. folgenden narzisstischen Probleme ein zentrales Moment: „Die Entwicklungsaufgabe besteht darin, hoch besetzte narzisstische Ziele, die auf Entfaltung und Selbsterweiterung abzielen, aufzugeben oder zu modifizieren, um sich mehr an den verbliebenen Möglichkeiten zu orientieren.“ (S. 145).

In einem kurzen abschließenden Kapitel befasst Peters sich mit den Folgerungen für die Praxis von Therapie und Beratung. Hier ergreift er konsequent Partei für eine Haltung, die den Therapeuten nicht nur als Übertragungs-, sondern eben auch als Entwicklungsobjekt betrachtet, das Patienten ein verändertes Beziehungserleben ermöglicht. Dann kann gelingen, was Radebold einmal so formulierte: Die Entwicklungsgeschichte dieser Patienten zu kennen und zu verstehen und sie in ihrer jetzigen psycho-bio-sozialen Situation zu behandeln. Hierzu leistet das vorliegende Buch einen fundierten und äußerst empfehlenswerten Beitrag.

Thomas Smola-Glück

Bismarckstr. 98  
63065 Offenbach/M.  
SmolaGlueck@aol.com

# Zur Diskussion

## Qualitätssicherung in der Psychotherapie

**Beiträge und Stellungnahmen zu den Artikeln von Heiner Vogel „Qualitätssicherung: ein Arbeitsprogramm im Spannungsfeld zwischen Förderung und Disziplinierung“ und Matthias Richard „Systematische Verlaufsbeobachtung in der ambulanten Psychotherapie“ im Psychotherapeutenjournal 2/04**

In der Rubrik „Zur Diskussion“ werden in unregelmäßigen Abständen besonders fundierte ausführliche Erwidern auf in der Zeitschrift erschienene Beiträge veröffentlicht.

## In der Zange: Qualitätssicherung zwischen Kostenkontrolle und Therapieentwicklung

Reinhold Neef & Walta Reuther-Dommer

Zur evidenzbasierten Medizin und ihrer durch den Wissenschaftlichen Beirat nomothetisch verankerten Bedeutung in der modernen Qualitätssicherung möchten wir deren grundlegende Problematik für die Psychotherapielandschaft bzw. die Frage, inwiefern evidenzbasierte Medizin in der medizinische Versorgung in gleicher Weise auch für die psychotherapeutische Versorgung Geltung haben kann, thematisieren.

Im Bereich der Psychotherapie existieren viele verschiedene Methoden und es gibt verschiedene Standpunkte zur Frage, wie Wirkung und Effekte von Psychotherapie wissenschaftlich erfasst und evaluiert werden können.

Evidenzbasierte Medizin als Wirksamkeits- und Sicherheitsüberprüfung wurde in der somatischen Medizin und in der Pharmakologie entwickelt und kann nicht eins zu eins auf jede Psychotherapie übertragen werden<sup>1</sup>. Sie und erscheint auch veraltet, z.B. haben in der Neuropsychologie inzwischen auch Einzelfallstudien einen wissenschaftlichen Wert.

Die geforderte Phase III erfordert letztlich nach Zufallsprinzipien ausgewählte standardisierte PsychotherapeutInnen, die an ebenso standardisierten Patienten streng

manualisierte Psychotherapietechniken verabreichen. In diesen „experimentellen“ Untersuchungsplänen werden Patienten nach dem Zufallsprinzip einer Behandlungsgruppe oder einer unbehandelten Kontrollgruppe bzw. Wartelisten- oder Placebo-Kontrollgruppen zugeteilt. Mittels Selbst- und Fremdbeurteilungen soll dann im Rahmen von Gruppenvergleichen die störungsspezifische Wirksamkeit psychotherapeutischer Techniken geklärt und die für jede Störungsform „effektivste“ therapeutische Intervention ermittelt werden (Neukom, 2003). Diesen „Goldstandard“ randomisierter kontrollierter Studien, die unter „Laborbedingungen“ exakt gemessene Wirksamkeit nachweisen, erbringt durchaus die moderne Verhaltenstherapie, die in den Universitäten angesiedelt ist und sich der Manualtreue und dem wissenschaftstheoretischen Paradigma des methodologischen Behaviorismus von jeher verpflichtet hat. Hier sind das Verfahren und das Wissenschaftsparadigma kompatibel. Aber die heuristischen Verfahren sind mit diesem Paradigma nicht zu bemessen, haben hier wenig Möglichkeit zur Abbildung bzw. zum Wissenschaftlichkeitsnachweis. Im quantitativen Forschungsparadigma der e-BM können Verhaltensänderungen gemessen, aber die für die humanistischen und psychodynamischen Verfahren wesentlichen psychischen Veränderungsprozesse

schlecht abgebildet werden. Dieser Nachweis der Wirksamkeit kann in diesem Vorgehen nicht ausreichend erbracht werden.

Darüber hinaus unterschlägt die Überbetonung der Phase III in der e-BM, dass die Konzeption der Störungsspezifität umstritten ist, da sie impliziert, dass es objektive Diagnosen von isolierbaren Störungen und Anwendungen von therapeutischen Methoden ohne den Einfluss der Person des Therapeuten gibt.

Ein Zeichen von Wissenschaftlichkeit ist unter anderem die Pluralität von Paradigmen zur Frage des Wissenschaftlichkeitsnachweises, in der die Untersuchungsme-

<sup>1</sup> Darüber hinaus besteht in der Forderung nach den Standards der e-BM für die Psychotherapien eine weitere Schiefelage zur Medizin: „Der deutsche Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) stellte in seinem Gutachten von 1999 klar, dass eine „Inventur des Evidenz-Bestandes“ der Medizin sehr ernüchternd gewirkt habe, dass die Bereiche gesicherten Wissens in der Medizin sehr viel kleiner und die Grauzonen sehr viel größer sind als erwartet. Gemäß einer Übersicht von 1992 zeigte sich, dass nur etwa 4% aller ambulant und stationär erbrachten Dienstleistungen dem Anspruch auf belastbare Evidenz genügen, 45% genügen einfacheren Evidenzkriterien, und für den Rest (rechnerisch 51%) gibt es heute keine wissenschaftliche Evidenz.“ (Kriz, Jürgen, 2003)



thoden mit der Erkenntnistheorie, dem Menschenbild, dem Wissenschaftsverständnis der jeweiligen Therapierichtung kompatibel sind. Wissenschaft bedeutet Methodenvielfalt bzw. eine plurale, vielfältige Forschungskultur. Wissenschaft ist auf vielfältige – durchaus auch strittige – Diskurse angewiesen. Evidenz-Basierung mittels eines einseitigen Wissenschaftsverständnisses würde zu einer erheblichen Verengung nicht nur des Wissenschaftsbegriffs in der Psychotherapie, sondern auch zu einer Zerstörung der Methodenvielfalt in der psychotherapeutischen Landschaft und zu einer Vereinseitigung führen.

Da „es jedoch immer unterschiedliche Lebensziele, Werte, Menschenbilder, Erfahrungen, kulturelle Gewohnheiten geben wird, wäre es ein großer Verlust, wenn im Gebiet der Psychotherapie unterschiedliche und kontroverse Auffassungen nicht nebeneinander bestehen bleiben könnten.“ (Neukom, 2003)

Der polarisierende Streit zwischen Hermeneutik vs. Positivismus, Qualitative vs. Quantitative Forschung, zwischen dem „medizinischen Modell“ und dem „kontextuellen Modell“ ist alt und emotional, aber sachlich nicht haltbar. Die Kernvorstellungen einer einzigen wissenschaftlichen Sichtweise als grundsätzliche Waagschale zur Bewertung der Güte würde bedeuten, das Spektrum an unterschiedlichen methodologischen Positionen innerhalb der Wissenschaft zu eliminieren. Die Frage, welche der Positionen die einzig wahre sei, ist eine Scheinfrage und lässt sich nur im Kontext von Machtfragen oder Verteilungskämpfen interpretieren. Klinisch-wissenschaftlicher und ökonomischer Kontext sind aber getrennt zu halten.

Durch die Ausschaltung hermeneutisch-qualitativer Zugänge bzw. die unzulässige Reduzierung des Wissenschaftlichen Beirates der Wissenschaftlichkeit auf kontrollierte und randomisierte Psychotherapie-

studien wird eine Psychotherapierichtung qualifiziert, während andere per Definitionsmacht disqualifiziert werden. Alte Spaltungsphänomene, die durch das Psychotherapeutengesetz überwunden werden können, drohen im Sinne der alten Therapieschulenkämpfe wieder aufzubrechen.

#### Reinhold Neef

Kinder- und Jugendlichen-  
psychotherapeut  
Gestalttherapie / Integrative Therapie  
Altkönigstr. 19  
60323 Frankfurt  
r.neef@gmx.de

#### Waltra Reuther-Dommer

Psychologische Psychotherapeutin  
Psychoanalytikerin DGPT  
Wilhelmstraße 12  
35392 Gießen  
Reuther-Dommer@web.de

## Verbessert eine „Systematische Verlaufsbeobachtung“ die interne Qualitätssicherung ambulanter Psychotherapie?

### Manfred Thielen

Die gegenwärtige berufspolitische Diskussion und die geplanten Maßnahmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Qualitätssicherung (QS) haben den § 135a SGB V „Verpflichtung zur Qualitätssicherung“ zur Grundlage. Danach müssen sich auch die Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutInnen an Maßnahmen zur Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements und zur Verbesserung der Ergebnisqualität beteiligen.

Nach Auskunft von Dr. Franziska Diel von der KBV wird der „Gemeinsame Bundesausschuss“ bis Ende des Jahres 2004 konkrete Anforderung eines konkreten praxis-internen Qualitätsmanagements veröffent-

lichen (Schäfer, 2004). Bisher gibt es noch keine offiziellen Zertifizierungen für dieses angekündigte Qualitätsmanagement, deshalb muss vor den vielfältigen QS-Angeboten privater Firmen nachdrücklich gewarnt werden.

Die in der QS-Diskussion gängigen Begriffe wie „Qualitätssicherung, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Qualitätsmanagement, Struktur- Prozess- Ergebnisqualität“ legen bei sehr vielen Kollegen die Vermutung nahe, dass es bisher keine bzw. nur wenig qualitätssichernde Maßnahmen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gäbe. Doch dem ist keineswegs so, denn in der Regel nehmen die KollegInnen an Supervisions-, Interventionsgruppen, Qua-

litätszirkeln, Fortbildungsmaßnahmen teil und schreiben Berichte an die Gutachter. Die psychotherapeutische Behandlungspraxis ist darüber hinaus sehr gut evaluiert.

Grundlegend muss zwischen externer und interner Qualitätssicherung unterschieden werden. Externe Qualitätssicherung bedeutet Qualitätskontrolle bzw. –vergleich durch den Auftraggeber oder Kostenträger. Interne Qualitätssicherung, häufig auch Qualitätsmanagement genannt, umfasst Maßnahmen und Bemühungen um Qualitätsverbesserung innerhalb einer Einrichtung z.B. einer ambulanten psychotherapeutischen Praxis (s. Vogel, 2004).

Seit vielen Jahren gibt es in psychotherapeutischen Expertenkreisen eine vielfältige und polare Auseinandersetzung um das Gutachterverfahren und die Dokumentationspflicht, die sich an der Schnittstelle von externer und interner Qualitätssicherung bewegen. Während von der einen Richtung, in der Regel tendenziell tiefenpsychologisch, psychoanalytisch, aber auch methodenvielfältig orientiert, das bisherige Gutachterverfahren (Rudolf et al., 2003) und die dazu gehörige Dokumentation (Piechotta & Meier, 2002) verteidigt wird, wird von der mehr verhaltenstherapeutisch orientierten Richtung (Vogel et al., 2002) der qualitätssichernde Charakter des Gutachterverfahrens in Frage gestellt bzw. verneint und eine verlaufsorientierte Sichtweise (Monitoring), Systematisierung und Standardisierung der Dokumentation (Lai-reiter, 2003) gefordert.

In diese Auseinandersetzung kann auch der Beitrag von Richard (2004) „Systematische Verlaufsbeobachtung (SVB) in der ambulanten Psychotherapie“ eingeordnet werden, der eindeutig die zweite Richtung unterstützt.

### **Systematische Verlaufsbeobachtung als „Therapiemonitoring“**

Richard knüpft an verwandte Modelle der Psychotherapieverlaufsbeobachtung, die z.T. das bisherige Gutachterverfahren in der Krankenkassen finanzierten Psychotherapie ersetzen wollen, an (z.B. das TK-Modell-Hessen, s. Fydrich et al., 2004). Gegen diese Modelle gibt es viele fundierte Einwände (s. Psychotherapeutenkammer Hessen, 2002), doch ich möchte mich auf das von Richard vorgeschlagene Modell zur „ergebnisorientierten internen Qualitätssicherung“ beschränken, das sich folgendermaßen zusammenfassen lässt:

Zu mehreren Zeitpunkten – möglichst jede Woche, mindestens alle vier Wochen – werden mittels Fragebögen Patientenanfragen während der Behandlung erhoben. Das Ziel ist es:

„Merkmale des Therapieverlaufes zu erfassen, die 2) in die laufende Behandlung zurückgemeldet werden, um sie 3) für ak-

tuelle Therapiegeschehen nutzbar zu machen.“ (Richard, 2004, S.128)

Der Autor meint, dass mit der Rückmeldung an den Therapeuten diesem die Möglichkeit gegeben wird, Risikoindikatoren herauszufiltern, die auf einen schlechten bzw. ineffektiven Behandlungsverlauf hinweisen und es ihm ermöglichen, geeignet Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

Konkret soll die systematische Verlaufsbeobachtung so aussehen, dass der Patient ca. 10-15 Minuten vor der Sitzung in die Praxis kommt und mit Hilfe eines Computers den Fragebogen ausfüllt. In dem Fragebogen werden zu verschiedenen Bereichen wie Symptombelastung, Interpersonelle Beziehungen, Soziale Rolle, Therapeutische Allianz, Selbstwirksamkeit u.a. Fragen gestellt. Für den Bereich der Selbstwirksamkeit z.B. wird gefragt:

- „Für meine gegenwärtigen Probleme kann ich Lösungen finden.“
- „Die Lösung meiner momentanen Probleme wird mir gelingen, wenn ich mich darum bemühe.“ (ebda., S. 129)

Die SVB soll dem Therapeuten den Vorteil bringen, über ein Instrument zu verfügen, das ihm prognostisch relevante Informationen zur Ergänzung des klinischen Eindrucks liefert und für die alltägliche Arbeit nützlich ist. Gegenüber dem Patienten soll Transparenz gezeigt und gegenüber den Kostenträgern kann die Ergebnisqualität dokumentiert werden.

Das Modell scheint in sich plausibel zu sein und nur Vorteile zu bringen, doch der erste Eindruck täuscht. Richard bleibt eine Antwort und den Nachweis auf die Frage schuldig, wieso die bisherigen QS-Maßnahmen – die Berichte an den Gutachter, die Teilnahme an Supervision bzw. Intervention u.a. – nicht ausreichend sind, um *Risikoindikatoren* der Behandlung deutlich zu machen.

In den Berichten an den Gutachter z.B. müssen auf der Basis einer ausführlichen Anamnese abgeleitete Ausführungen zur Diagnose, Differentialdiagnose, Therapiefähigkeit, Motivation, Änderungsbereitschaft des Patienten, Prognose, Behand-

lungsziele und bisherigen Verlauf gemacht werden. Der Gutachter hat in seiner Stellungnahme die Möglichkeiten, auf Risikoindikatoren, die der Psychotherapeut eventuell übersehen hat, hinzuweisen.

Nach einer empirischen Untersuchung von Rudolf und Schmutterer (2003) zum Gutachterverfahren in der tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Psychotherapie mit 452 Fällen stimmten bei positiven Antragstexten 83 % der Gutachter nach einer Kriterienliste zu, bei den fraglichen Berichten lag die Ablehnung bei 54 % und 35 % sprachen sich für eine eingeschränkte Befürwortung aus. Die hohe Übereinstimmung bei den Gutachtern verweist auf die relative Objektivität des Gutachterverfahrens. In der Regel werden Risikoindikatoren in den Berichten deutlich, Rudolf verweist auf ähnliche Ergebnisse auch bei verhaltenstherapeutischen Begutachtungen.

Über die unterschiedlichen Beantragungsschritte von Behandlungskontingenten wird die psychotherapeutische Behandlung von außen begutachtet, damit besteht die Möglichkeit auf Behandlungsmängel hinzuweisen bzw. auch die Behandlung bei mangelnder Effektivität zu beenden.

In der Kollegenschaft gibt es auch berechtigte Kritik an einzelnen Gutachtern, die problematische Entscheidungen nach nicht nachvollziehbaren Kriterien fällen. Aus diesem Grunde sollte es auch weiter verbessert und reformiert werden (s. Fliegenger, 2004; Berliner Kammerausschuss, 2004).

### **Supervision/Intervention als zentrale QS-Maßnahme**

Neben dieser qualitätssichernden Außenkontrolle spielt die regelmäßige Teilnahme des Behandlers an Supervision bzw. Intervention eine zentrale Rolle in der Qualitätssicherung. Der behandelnde Kollege stellt in diesem Rahmen seine Behandlungsfälle vor. Zum Einen wird in der Regel in der Supervision eine objektive Fallanalyse vorgenommen, d.h. Diagnose, Differentialdiagnose, Behandlungsziele, die Beziehungsdynamik, der Behandlungsverlauf u.a. werden einer kritischen Analyse und Reflektion unterzogen, zum Anderen wird sowohl

vom Supervisor als auch von den anderen teilnehmenden KollegInnen subjektiv auf den den Fall vorstellenden Kollegen reagiert. Der subjektive Faktor, die therapeutische Kompetenz und psychische Befindlichkeit des behandelnden Psychotherapeuten, wird ebenfalls reflektiert. In der psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierten Supervision stellen die „Gegenübertragungsgefühle“ des/r SupervisorIn und der TeilnehmerInnen einen wichtigen Indikator über die aktuelle Behandlungskompetenz des Behandlers dar. Auch in der Verhaltenstherapie wird zunehmend Gewicht auf die therapeutische Beziehung und damit auf die Beziehungsfähigkeit des Therapeuten gelegt (s. Grawe, 2004).

Risikoindikatoren einer psychotherapeutischen Behandlung, auf die Richard so großen Wert legt, werden in der Regel in der Supervision sichtbar. Ähnliches gilt für Interventionsgruppen, da sie nach denselben Prinzipien vorgehen, mit dem einzigen Unterschied, dass sie ohne Leiter stattfinden.

Viele Wirksamkeitsuntersuchungen in der Psychotherapie (s. Hubble et al., 2001) weisen auf die große Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Behandlungserfolg hin. Die Fähigkeit des Psychotherapeuten, die therapeutische Beziehung empathisch, produktiv und effektiv zu gestalten, stellt ein großes Potenzial des Therapeuten dar. Qualitätssicherung hat in erster Linie hier anzusetzen, deshalb muss es vor allem darum gehen, das therapeutische Potenzial und die eigene Psychohygiene der KollegInnen durch Supervision, Intervention und andere Fortbildungsmaßnahmen fortlaufend zu verbessern. Dies ist auch der beste Schutz gegen das Burn-out-Symptom bei Psychotherapeuten.

### **Einwirkung von Fragebögen auf die Therapeut-Patienten-Beziehung**

Aus meiner Sicht wirkt der Einsatz von Patientenfragebögen im fortlaufenden psychotherapeutischen Prozess auf die therapeutische Beziehung zurück. In allen psychotherapeutischen Verfahren ist der Patient im Sinne des Behandlungserfolges aufgefordert, sich so offen, transparent und

authentisch wie möglich in der Therapie zu zeigen. Natürlich hat der Patient auch Widerstände und Vermeidungstendenzen gegenüber der Behandlung, die im therapeutischen Prozess bearbeitet werden müssen. Der Patient soll in der Behandlung die Möglichkeit haben, auch seine Kritik, und Unzufriedenheit an der Behandlung oder am Therapeuten mitzuteilen. Das Medium sind das Wort und die nonverbalen Botschaften der PatientInnen. Wenn der Patient aber regelmäßig vor der Sitzung bzw. mindestens alle 4 Wochen einen Fragebogen per Computer ausfüllen soll, besteht dann nicht die Gefahr, dass das eigentliche Medium der Psychotherapie abgewertet wird? Der/die PatientIn könnte dem Ausfüllen des Fragebogens einen höheren Wert als seinen Mitteilungen in der Therapie geben. Er/Sie könnte seine eigentlichen Botschaften nicht mehr direkt in der Therapie, sondern mittels des Fragebogens geben. Das Ausfüllen des Fragebogens bekäme dann u.U. mehr Gewicht als die direkte Begegnung mit dem Psychotherapeuten.

Noch problematischer ist allerdings der Umstand, dass neben dem Therapeuten eine weitere kontrollierende Instanz in den therapeutischen Prozess eingeführt wird. Der Patient wird sich zu Recht fragen, was mit seinen Daten passiert, werden sie – wenn auch in anonymisierter Form – an die Krankenkasse weiter geleitet? Dies wird von Richard explizit nicht ausgeschlossen, sondern als Möglichkeit der Dokumentation der Ergebnisqualität sogar bejaht (Richard, 2004, S. 130).

Auf den therapeutischen Prozessverlauf kann sich das regelmäßige Ausfüllen von Fragebögen negativ auswirken, der Leistungsdruck des Patienten, kurzfristige Verbesserungen zu produzieren, wird stark erhöht. Die therapeutische Erfahrung zeigt, dass psychotherapeutische Prozesse nicht linear, sondern eher wellenförmig verlaufen, d.h. es kann durchaus während einer insgesamt positiv verlaufenden Behandlung zu Symptomverstärkungen, Krisen, partiellen Rückschritten kommen. Durch die Fragebögen und die implizierte Außenkontrolle wird der Erfolgsdruck sowohl auf den Patienten als auch auf den Psychotherapeuten erhöht, dieser Druck kann sich

kontraproduktiv auf den Behandlungserfolg auswirken. Druck erzeugt in der Regel Widerstand, gerade im therapeutischen Prozess ist er kontraproduktiv, da es um die Entwicklung von zunehmender Selbstakzeptanz, Abbau von innerem Stress und damit Druck geht.

### **Die Rückmeldung von Verlaufsdaten an die Kostenträger ist äußerst problematisch**

Richard betont als weiteren Vorzug seiner SVB die Möglichkeit gegenüber den Kostenträgern die Ergebnisqualität zu dokumentieren. Doch welchen Sinn macht die Rückmeldung über symptomatische Veränderungen während einer Behandlung? Zum Schutze des psychotherapeutischen Prozesses dürfen generell keine Verlaufsdaten an Fachfremde, z.B. Kostenträger, übermittelt werden. Verlaufsrückmeldungen über den Rückgang der Symptomschwere könnten bei Fachfremden gefährliche Assoziationen wecken. Aus der Psychotherapieforschung ist bekannt, dass Symptome in den ersten Wochen der psychotherapeutischen Behandlung häufig zurückgehen. Doch liegen den symptomatischen Störungen in der Regel Persönlichkeitsprobleme zugrunde, oder sie haben vielfältig eine komorbide Ausprägung. Die klinische Erfahrung zeigt, dass psychotherapeutische Veränderungen prozesshaft und nicht linear verlaufen. Nur auf den symptomatischen Verlauf zu achten, würde die vertiefende Arbeit an den strukturellen Persönlichkeitsmerkmalen außer Acht lassen und hätte u.U. fatale Fehleinschätzungen zur Folge. Es könnte nämlich angenommen werden, dass symptomatische Verbesserungen im frühen Therapiestadium ein baldiges Behandlungsende nahe legen würde. Diese kurzsichtige und inadäquate Schlussfolgerung könnte Kostenträger dazu verleiten, das notwendige Behandlungskontingent zu reduzieren. Solche aus Spargründen angestellten Überlegungen von Kostenträgern sind angesichts der chronischen ökonomischen Defizite der Krankenkassen sehr beliebt, obwohl aktuell durch Einsparungen bei den Ausgaben für Medikamente sogar ein Milliardenüberschuss vorhanden ist.

Aus diesen Überlegungen muss der Schluss gezogen werden, dass Behandlungsver-

laufsdaten nicht in die Hände von Fachfremden gehören. Im Gutachterverfahren ist eine klare Trennung zwischen der fachlichen Seite der Behandlung und ihrer Finanzierung gezogen. Die inhaltlichen Berichte gehen an den Gutachter und die Krankenkasse übernimmt die Kosten entsprechend seiner fachlichen Stellungnahme.

Dass die Kostenträger Interesse an Evaluation und Evidenzbasierung der von ihnen finanzierten Maßnahmen haben, ist nachvollziehbar. Doch liegen eine Vielzahl von Wirksamkeitsnachweisen für Psychotherapie vor. Evaluationen müssen im Rahmen von Forschungsprojekten stichprobenartig erhoben werden und dürfen nicht mit Maßnahmen der internen Qualitätssicherung bei jedem einzelnen Psychotherapeuten vermischt werden.

### **SVB und Dokumentationspflicht**

Eine ständige Verlaufsrückmeldung, möglichst über jede Sitzung, könnte beim Praktiker die Vorstellung nahe legen, dass sie seine Behandlungsdokumentation erleichtern könnte. Gegenwärtige gibt es für sozialrechtlich zugelassene oder ermäch-

tigte KollegInnen eine allgemeine Dokumentationspflicht, die nicht näher definiert ist. Nach den Recherchen der QS-Expertin B. Piechotta ist die Dokumentationspflicht im Wesentlichen durch die Berichte an die Gutachter erfüllt (Piechotta & Meier, 2002). Im dem Erstbericht werden die anamnestischen Daten, Befunde, Diagnosen, Verhaltensanalyse, Psychodynamik, Überlegungen zur Prognose und Indikation, Therapieziele und -planung detailliert geschildert. In den eventuellen Verlängerungsberichten werden der bisherige Behandlungsverlauf, ergänzende Daten, Veränderungen der Diagnose und die weitere Therapieplanung genau dargelegt und dokumentiert. Lediglich zwischen dem letzten Verlängerungsantrag und dem Behandlungsende besteht eine Lücke. Sie könnte durch einen zusammenfassenden Bericht, der den weiteren Behandlungsverlauf und die -ergebnisse dokumentiert, geschlossen werden

**Fazit:** Die gegenwärtige Praxis der ambulanten Psychotherapie erfüllt bereits hohe Standards der externen und der internen Qualitätssicherung. Neue Maßnahmen, insbesondere mit Hilfe psychometrischer

Verfahren, müssen den Nachweis, dass sie tatsächlich zu einer Verbesserung der Qualität führen, erst noch erbringen. Der Vorschlag von Richard einer „Systematischen Verlaufsbeobachtung“ ist ein erneuter Versuch, den Kollegen ein computererfasstes „Therapiemonitoring“ schmackhaft zu machen. Doch gegenüber der gegenwärtigen Praxis überwiegen die Nachteile, es macht eine fachfremde Außenkontrolle möglich, führt zu Fremdeinwirkungen in die therapeutische Beziehung, stellt einen erhöhten zeitlichen Aufwand für den Patienten und den Psychotherapeuten dar und ist einseitig an symptomatischen Veränderungen orientiert, ohne den Prozesscharakter von Psychotherapie angemessen zu berücksichtigen.

### **Dr. phil. Manfred Thielen**

Psychologischer Psychotherapeut  
Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Berlin, Ressort: Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung.  
Ambulante Praxis; ausgebildet in VT, TP, GT u. Körperpsychotherapie.  
Cosimaplatz 2, 12159 Berlin  
ma.thielen@gmx.de

## **Qualitätssicherung auf Abwegen**

### **Wie Machtansprüche an Stelle psychologischen Wissens sich auszubreiten suchen**

Rainer Mannheim-Rouzeaud

#### **Einleitung**

„Vor gut zehn Jahren konnte man Qualitätssicherung noch als Modewort apostrophieren, das zur Verzierung jeder Fachtagung geeignet war“. So beginnt Heiner Vogel seinen Artikel „Qualitätssicherung: ein Arbeitsprogramm im Spannungsfeld zwischen Förderung und Disziplinierung“ (Psychotherapeutenjournal 2/04), um dann aber die Kritik an diesem „Fantasiebegriff“ als überholt abzulegen. Auf diese Weise kommen die eigentlich wichtigen Fragen nicht mehr in den Blick:

- Aus welcher wissenschaftlichen Auffassung stammen die Begriffe, mit denen der Autor Qualität definiert? Sind diese Begriffe in der Psychotherapie tauglich?
- Was ist überhaupt Qualität?
- Gibt es Qualität nicht nur in Verbindung mit einer Sache, einem Gegenstand, einer Methode? Kann es daher eine Qualitätssicherung jenseits der unterschiedlichen wissenschaftlichen Auffassungen vom Seelischen überhaupt geben?

Der Autor vergisst nicht zu erwähnen, dass Psychotherapeuten schon immer von sich

aus an einer guten Qualität ihrer Arbeit interessiert waren. Warum also, etwas, das schon da ist, von außen mit einem Gesetz reglementieren wollen. Cui bono? Dieser Frage geht der Autor ebenfalls nicht nach.

#### **Persönlicher Exkurs**

Ich möchte die Frage noch einmal ganz anders, persönlich stellen: Was würden sich Psychotherapeuten wünschen, bäte man sie, Vorschläge zur Qualitätssicherung zu machen?



Da ich hier keine Zeit für eine empirische Untersuchung habe, will ich von mir persönlich sprechen: Für die Qualitätsverbesserung meiner Arbeit wünschte ich mir in erster Linie, mehr Zeit zur Verfügung zu haben. Nach einer Therapiestunde hätte ich gerne eine halbe (vergütete) Stunde, um mir Notizen aus der Sitzung zu machen, um den Fall nochmals durchzudenken, um dem Methodischen meiner Arbeit auch den erforderlichen Raum geben zu können. Diese methodische Arbeit wird aber nicht honoriert. Es wird offensichtlich erwartet, dass sie nebenher, rein gedanklich ablaufen könne.

Persönlich nehme ich mir die Freiheit, z. B. nach dem Erstgespräch, eine solche die Qualität sichernde Stunde einzuschieben, in der ich ein Gedächtnisprotokoll sowie erste Strukturüberlegungen niederschreibe. Diese Stunde wird von der KV jedoch als „Freistunde“ gewertet.

Das gleiche Problem zeigt sich in noch schärferer Form bei der Testdiagnostik sowie den Gutachterberichten: Die psychologischen Tests sind ein sehr gutes Mittel, den Patienten gleich zu Beginn von einer ganz anderen Seite als der seiner erzählten Geschichten kennen zu lernen. Insbesondere ein Intelligenztest sowie die TAT-Geschichten und der Rorschachtest sind hier aufschlussreich. Zwar dienen die Tests sehr der Qualität meiner Arbeit, aber der Zeitaufwand steht im keinen Verhältnis zur Honorierung. Das Gleiche gilt für die Gutachterberichte bei Verlängerungsanträgen. Diese könnten durchaus einen qualitätssichernden Charakter haben, würde man ihnen den entsprechenden zeitlichen (und zu honorierenden) Rahmen, den diese Arbeit benötigt, zubilligen. Dies ist aber – wie wir alle wissen – nicht der Fall. Es ist ein Skandal, dass der ausführliche Bericht des Therapeuten nur in gleicher Höhe vergütet wird, wie das Lesen und die paar Zeilen des Gutachters. Hier geschieht genau das Gegenteil von Qualitätssicherung.

Seltsamerweise – oder besser gesagt: ganz logischerweise – fragen die Damen und Herren „Qualitätssichere“ nicht die Psychotherapeuten, wie sie denn ihre Qualität fördern würden, sondern stülpen ein von außen kommendes System über die Psychotherapie. Dass es genug willfährige Hel-

fer unter den Psychotherapeuten gibt, die so etwas mitmachen, gar es noch gut finden, ist zu bedauern, aber es besagt nicht das Geringste über die Qualität der „Qualitätssicherung“. Rückrat war noch nie eine besondere Stärke unseres Berufsstandes.

### **Qualitätssicherung als agierte Zwangneurose**

Ich komme nochmals auf das Phänomen des ersten Satzes des Autors zurück, in dem er das Entscheidende („Modewort“, „Fantasiebegriff“) kurz erwähnt und dann ad acta legt. Kennen wir dieses Phänomen nicht hinreichend aus unseren Therapien? Zumindest die tiefenpsychologisch orientierten Kollegen müssten doch eine geschulte Wahrnehmung für dieses Phänomen haben: In den ersten, oft beiläufigen Bemerkungen eines Patienten steckt oft das ganze Problem. Es wird genannt und anschließend aufwendig verborgen, indem Nebenwege zu schwerwiegenden Bedeutungen erhoben werden. Das ist nichts anderes als eine neurotische Konstruktion, und in der Tat, bei dem, was uns da als Qualitätsmanagement und -sicherung zugemutet werden soll, handelt es sich um eine agierte Zwangneurose: ein Versuch, unfundierte Machtansprüche auszubreiten.

Die beiden Artikel „Qualitätssicherung: ein Arbeitsprogramm im Spannungsfeld zwischen Förderung und Disziplinierung“ und „Systematische Verlaufsbeobachtung in der ambulanten Psychotherapie“ stehen ja sichtlich in einem Zusammenhang, der erste Artikel als Repräsentant der Theorieseite, der zweite als Beispiel für eine praktische Umsetzung.

Zunächst ein Blick auf die Theorieseite, also den Artikel von Heiner Vogel: Der Autor geht nach eigener Darstellung von einer „kybernetischen Beschreibung des Qualitätsbegriffes“ (S. 122) aus, um dann die vorgestellten Definitionen mit den Begriffen „Ist-Werte“ und „Soll-Werte“ weiterzuführen. Ob seine Beschreibung tatsächlich eine kybernetische ist, will ich hier nicht untersuchen, es reicht aus festzustellen, dass die Vorgehensmodalitäten des Autors allenfalls für die Verhaltenstherapie Gültigkeit haben und einer (tiefen)psychologischen Betrachtungsweise nicht standhalten können. Denn die Einteilung in „Ist- und „Soll-Wer-

te“ ist eine Vorfestlegung, die dem, was seelisch geschieht, nicht gerecht wird. Schlimmer noch, blendet sie doch seelische Vorgänge und Wirksamkeiten einfach aus, als existierten sie gar nicht. Sie berücksichtigt in keiner Weise, dass erst in der Entwicklung der Therapie ein „Soll-Wert“ entsteht. Und auch der so genannte „Ist-Wert“ steht nicht am Anfang fest, sondern wird im Laufe dieser Entwicklung ständig – durch die Erinnerungen des Patienten – ergänzt. Psychologisch gesehen wird der Indem-Charakter<sup>1</sup> des Seelischen hier völlig übersehen. Die Auffassung vom Seelischen ist beim Autor eine behavioristisch verkürzte, was dann im Folgeartikel von Matthias Richard seine praktischen Konsequenzen zeitigt:

### **Gefährdung von Wirklichem**

Würde man die von Richard vorgeschlagene „Systematische Verlaufsbeobachtung“ in einer (tiefen)psychologisch orientierten Psychotherapie durchführen, dann wären Übertragungsprozesse gar nicht mehr wahrnehmbar, geschweige denn deutbar. Die Wahrnehmung der Übertragung, d. h. die (unbewusste) Wiederholung einer strukturellen Sicht- und Handlungsweise des Patienten in der Therapie und/oder an der Person des Therapeuten, ist aber ein entscheidendes Agens für wirkliche Veränderung – aus Einsicht (= selbst Gesehenem), im Gegensatz zur nur andresierten Veränderung.

Nur am Rande will ich hier die Simplität der Basisfragen an die Patienten kritisieren, aus denen der Autor dann theoretische Ableitungen folgert, die – im Verhältnis zum Basismaterial – nur noch abenteuerlich genannt werden können. Es ist schon erstaunlich, wie unbedarft oder rücksichtslos Grundlagen psychologischen Untersuchens übersehen werden können. Dass die Aussagen eines Menschen durchaus im Kontrast zu dem, was er meint, stehen können, ist bereits eine Erfahrung des Alltags, wird vom Autor aber gar nicht berücksichtigt. Diese (mindestens) Doppelheit des Seelischen sollte spätestens seit den Veröffentlichungen Paul Watzlawicks (1974) doch zum All-

1 Grundlegende Seherfahrung psychologischen Erfassens: Indem eine Seite entwickelt wird, wird eine andere Seite (unter Umständen gänzlich unbewußt) mitentwickelt / transportiert.

gemeingut psychologischen Untersuchens gehören, wenn schon nicht die Schriften Sigmund Freunds (1940 ff.) in dieser Hinsicht überzeugen konnten und zur Rezeption der Werke Wilhelm Salbers (1980) nicht vorgedrungen worden ist.

Noch gravierender aber: Ein oft typisches Therapiephänomen ist die deutliche Symptomverbesserung nach wenigen Sitzungen, was aber in aller Regel keineswegs der Therapie zuzurechnen ist, sondern Ausdruck des allgemeinpsychologischen Phänomens ist, das der Volksmund im Spruch „Neue Besen kehren gut“ oder schöner noch Hermann Hesse in seiner Formulierung „Jedem Anfang wohnt ein Zauber inne“ zum Ausdruck gebracht hat.

### **Mangel an Psychologie**

Hier offenbart sich bei den Autoren ein Mangel an psychologischem Wissen, der – und das kann nicht mehr verschwiegen werden – leider auch durch Psychotherapie-Zusatzbildungen nicht ausgeglichen werden kann. Sigmund Freud hat bereits auf diese Notwendigkeit, über seelisches Funktionieren Bescheid zu wissen, hingewiesen und hat aus diesem Grund die Traumanalyse so sehr betont. Denn in seiner Traumdeutung hatte er seine Allgemeine Psychologie entwickelt. Folgerichtig meinte er, nur der sollte Psychoanalyse betreiben, der einen Traum analysieren könne. Übertragen auf die heutige Zeit heißt das: Nur der sollte Psychotherapie betreiben (oder/und darüber schreiben), der z. B. einen Film oder einen Werbespot psychologisch untersuchen kann.

Wie unsinnig es ist, die Symptomreduzierung als hinreichendes Maß sinnvoller Psychotherapie definieren zu wollen, will ich nochmals an einem Beispiel aus meiner Praxis darstellen:

Ein Patient suchte mich auf wegen einer sehr ausgeprägten Hundephobie. Nun will es der Zufall, dass ich selber Halter eines sehr großen Schäferhundmischlings bin, der in den Therapiestunden gewöhnlich hinter meinem Sessel liegt. Ich will darauf verzichten, mir auszumalen, wie ein Verhaltenstherapeut nun die Psychotherapie gestaltet hätte, sondern nur das Symptom der Hundephobie weiter berichten. Dieses Pro-

blem löste nämlich mein Hund in der zweiten Stunde, indem er nicht, wie eigentlich üblich, auf seinem Platz liegen blieb, sondern den Patienten lebhaft begrüßte mit genau den Verhaltensmerkmalen („hochgestellte Ohren, erhobener Kopf“), die der Patient in der ersten Stunde sehr treffend als hundecharakteristisch und ihn so ängstigend beschrieben hatte (das sind nämlich die Merkmale der interessierten Begrüßung beim Hund). Der Patient erstarrte zunächst zwar, ließ es aber geschehen. Mit dem Begriff der „Desensibilisierung“ würde man dem, was da geschah, nur sehr unzureichend gerecht. Denn: In der nächsten, dritten Stunde streichelte der Patient von sich aus den Hund. Er machte also die Erfahrung, dass Hunde nicht nur „angstmachend“ (= sein Symptom<sup>2</sup>), sondern auch „zum-Streicheln-einladend“ sind.

Der ganze Vorgang war natürlich kein psychotherapeutischer, sondern nur die – zufällige – Einleitung einer Psychotherapie, in der danach die *Probleme* des Patienten, nicht seine Symptome (dieser Begriff passt besser zur Medizin als zur Psychotherapie) umfassend zur Sprache kamen, und genau darum geht es in einer Psychotherapie.

### **Zum Abschluss**

Qualitätssicherung ist nicht etwas, das direkt im Verlauf der Arbeit selbst erreicht oder überprüft werden kann. Wer das glaubt, hat die Methodengebundenheit von wissenschaftlich-fundierter Tätigkeiten nicht begriffen und benutzt einen Utopiebegriff<sup>3</sup>, wie ihn Paul Watzlawick anschaulich kritisiert hat. Die Qualität unserer Arbeit wird durch wissenschaftliches Studium und Psychotherapie-Zusatzbildung gesichert. Hier – insbesondere was die Kenntnis psychologischen Funktionierens angeht – gibt es in der Tat einiges zu verbessern, was aber nicht per Gesetz, sondern im Streit der Wissenschaften zu entwickeln ist. Auch äußere Bedingungen bestimmen die Qualität der Psychotherapie (gegenwärtig vor allem negativ) mit, wie Einbettung in fremde Strukturen (KV), formalisierte Vorgaben, die Weiterentwicklungen blockieren (Psychotherapie-Richtlinien), Bezahlung usw. Wer Qualität sichern möchte, findet hier genug Betätigungsfelder, in denen Verbesserungsbedarf besteht. Wer aber die Qua-

litätssicherung in den therapeutischen Verlauf verlagern will, gefährdet diesen selbst.

Eine 2. Variante, uns Psychotherapeuten mit Qualitätssicherung beglücken zu wollen, wird zur Zeit von verschiedensten neu gegründeten „Management“-Instituten praktiziert. So empfiehlt zur Zeit die KV Nordbaden – nicht ohne den Hinweis auf den Gesetzestext zu vergessen – in ihren diversen Rundschreiben die Kursangebote der „Management Akademie Baden-Württembergischer Ärzte e. V.“ Da reihen sich dann Windows- und Wordkurse neben so relevanten Kursangeboten wie „Das Telefon – die Visitenkarte der Praxis“ oder „Selbstsicheres Auftreten und wirkungsvolles Vortragen“. Mit der Qualität unserer Arbeit hat dies nichts, aber auch gar nichts zu tun, es sagt allerdings etwas über das Niveau der „Qualitätssicherer“ aus.

Um es noch einmal ganz deutlich zu sagen: Was uns hier angeboten wird, ist schlicht Firlefanz<sup>4</sup>, der uns – mit Hinweis auf den Gesetzestext – zwangsverkauft werden soll. Wir sollten nicht den Fehler machen, wie Richard, diesem Unsinn eigenen Firlefanz entgegenzusetzen. Einen unsinnigen Gesetzestext braucht man nicht willfährig zu erfüllen, hier reicht Aufklärung und gegebenenfalls ein deutliches Nein.

### **Rainer Mannheim-Rouzeaud**

Diplompsychologe  
Psychologischer Psychotherapeut  
Karlstraße 120  
76137 Karlsruhe  
info@r-mannheim.de

- 2 Symptom ist das, was der Patient feststellt, und zwar im doppelten Wortsinn; Symptome sind also das fest-Gestellte. Was der Patient fest-stellt, nimmt der Therapeut zur Kenntnis, aber die fest-Stellung (also die Fixierung) muß (sollte) er ja nicht mitmachen.
- 3 „Qualitätssicherung“ verspricht einen utopischen Zustand bei gleichzeitiger Ausblendung der tatsächlich für die Qualität entscheidenden Voraussetzungen.
- 4 Siehe hierzu z. B. die Aussagen von Dr. Franziska Diel, KBV, in „report psychologie“ Heft 6/04 S. 389ff. (Um die Relevanz des Qualitätsmanagements auch für die Einzelpraxis aufzuzeigen, bringt Frau Diel tatsächlich folgendes Beispiel: „...aber auch mit einer Putzfrau ist es wichtig, klare Absprachen zu treffen, wann und wo was geputzt werden muss und wie die Toilette gereinigt werden soll.“ S. 391, 1. Spalte.)

## Replik zu den Leserbriefen von Reinhold Neef und Walta Reuther-Dommer, von Rainer Mannheim-Rouzeaud sowie von Dr. Manfred Thielen

Matthias Richard & Heiner Vogel

Die AutorInnen kritisieren die Beiträge in Heft 2/2004 zur Qualitätssicherung. Sie sprechen eine Reihe von Punkten an, auf die wir im Folgenden jeweils etwas näher eingehen.

### **Supervision, Fortbildung und Qualitätszirkel als QS-Maßnahmen**

*Mannheim-Rouzeaud* und *Thielen* betonen zunächst, dass durch die psychotherapeutische Ausbildung sowie Teilnahme an Supervisionen, Fortbildungen und Qualitätszirkeln bereits ausreichend Qualitätssicherung geschehe. Diese Auffassung teilen wir, soweit sie sich auf die Struktur- und Prozessqualität beziehen. Eine routinisierte individualisierte (Teil-) Ergebnisevaluation als Voraussetzung für die Frage nach Ergebnisqualität ist mit jenen Maßnahmen jedoch nicht zu leisten. Mit Therapie(zwischen)ergebnissen beschäftigen sich natürlich auch die Supervision oder Qualitätszirkel, und dabei werden auch Risikoindikatoren und Einflussmöglichkeiten für den weiteren Verlauf diskutiert. Jedoch erfolgt dies in aller Regel nur für ausgewählte Fälle, und es fehlt zudem das Element der systematischen *Dokumentation der erzielten Behandlungsergebnisse*.

Ein Abschlussbericht – wie *Thielen* vorschlägt (und wie im Bundesausschuss schon seit Jahren diskutiert) – könnte ebenfalls eine zweckmäßige Maßnahme sein. Er sollte in seinem qualitätssichernden Effekt jedoch ebenso wie die in PTJ 2/04 vorgeschlagene systematische Verlaufsbeobachtung, wie das traditionelle Antrags- und Gutachterverfahren, das „TK-Modell zur Qualitätssicherung“ und die verschiedenen weiteren gegenwärtig vorgeschlagenen Modelle sorgfältig und kritisch – auch unter Einbeziehung der Patientenperspektive – evaluiert werden.

Der Verweis auf die wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweise von Psychotherapie als hinreichende QS-Maßnahme übersieht im Übrigen den Unterschied zwischen der Feststellung der Wirksamkeit „an sich“ und der Qualität der Umsetzung im Alltag. Um Letzteres geht es in der QS, hier haben die Wirksamkeitsnachweise nur sehr beschränkte Aussagekraft.

### **Störung des Therapieprozesses durch Fragebogenerhebungen**

Sowohl *Mannheim-Rouzeaud* als auch *Thielen* sprechen den Verlaufserhebungen einen negativen Einfluss auf den Therapieprozess zu. *Thielen* vermutet eine Abwertung des Therapiegesprächs, weil die Erhebungen evtl. zu großes Gewicht auf den Fragebogen legen. Möglich. Denkbar wäre es aber auch, dass die Patienten über den Bogen die Anregung erhalten, ein Gespräch über die therapeutische Beziehung zu beginnen, da der Bogen ja Interesse an diesem Thema signalisiert. Auch diese Frage (nach nachteiligen Effekten durch Fragebögen) kann und sollte Gegenstand von Begleitforschung sein.

### **Bewertung der Fragebogenergebnisse / Weiterleitung an die Kostenträger**

Herr *Thielen* setzt sich zu Recht dafür ein, die Angaben des Patienten *nicht* en detail an die Kostenträger weiterzuleiten – schon gar nicht während die Therapie läuft. Hier war die Darstellung im SVB-Artikel tatsächlich zu knapp. Die (mögliche) Information für die Kostenträger darf – schon aus Daten- und Persönlichkeitsschutzgründen – nur in anonymisierter und aggregierter Form geschehen (z.B. Zusammensetzung des Klientels, Mittelwerte von Fragebogenscores auf Therapeuten- wie Patientensicht etc...). Die Angaben aus der QS können also neben der ausschließlichen (!) für die

Therapeuten gedachten Monitoring-Funktion auch eine Berichts-Funktion gegenüber Dritten haben.

Dabei ist es wichtig zu betonen, dass den einzelnen Fragebogenwerten keine „Entscheidungsmacht“ über Fortsetzung oder Beendigung der Therapie zukommt, da eine solche Funktion die Validität der Fragebögen untergräbt. Zum Einen durch die leichte Fälschbarkeit der Angaben und zum Anderen auch aufgrund der Einseitigkeit der Perspektive. Hätten die Fragebögen diese Funktion, übten sie in der Tat einen großen Druck auf Patienten und Therapeuten aus, der der Sache nicht angemessen ist.

### **Zur Frage nach der Berechtigung von Qualitätssicherung (Cui bono?)**

Da die Therapeuten ihren Lebensunterhalt aus den Einzahlungen der Solidargemeinschaft beziehen, hat diese auch das Recht zu erwarten, dass die Gesundheitsleistungen auf hohem Niveau erbracht werden und dass dies auch nachprüfbar ist. In welcher Art und Weise dies und damit die Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen geschieht, ist allerdings im Detail noch offen. Wir plädieren dafür, sich an dieser Diskussion kritisch und engagiert zu beteiligen.

Die Bewertung der Fragebogenscores bei der Systematischen Verlaufsbeobachtung muss, wie im Übrigen bei allen anderen psychodiagnostischen Maßnahmen, dem Therapeuten vorbehalten bleiben, nur er wird sie im Kontext der Gesamtkonstellation sachgerecht interpretieren können. Die Therapeuten erhalten ein standardisiertes Maß über das Beschwerdeausmaß aus Patientenperspektive und können die Antworten in das aktuelle Therapiegeschehen



einordnen. Zusätzlich erhalten sie eine empirisch gestützte Einschätzung des bisherigen Verlaufs über den Vergleich mit Referenzverläufen.

### **Zur Frage, ob Therapieerfolg über symptomorientierte Fragebögen gemessen werden kann**

Die Ergebnisse von Fragebögen bieten ein – zugegebenermaßen – grobes Abbild der Befindlichkeit des Patienten. Natürlich wird diese während des therapeutischen Prozesses schwanken: das kann abhängig sein von therapeutischen Entwicklungen oder vom Alltagserleben des Patienten. Es dürften sich auch unterschiedliche Verläufe je nach Störung des Patienten ergeben. Beim Monitoring geht es darum, ein grobes Maß des Wohlbefindens und der Lebensqualität der Patienten zur Dokumentation und Anregung für den Therapeuten einzusetzen. Die Verbesserung des Wohlbefindens und der Lebensqualität ist ein übergreifendes Ziel aller Therapieformen, so dass hier auch nicht a priori ein Dissens gesehen werden muss.

Wir stimmen *Mannheim-Rouzeaud* zu, wenn er sagt, dass Symptomreduktion kein hinreichendes Maß für erfolgreiche Psychotherapie ist. Wenn es einem phobischen Patienten gelingt, das Angstsymptom stabil zu verlieren, wird sich das in einer Verbesserung seines Befindens niederschlagen. Ist damit jedoch sein eigentliches Problem nicht gelöst, wird er weiterhin unter Beschwerden leiden, die sich ebenfalls in den Fragebögen niederschlagen. Kurz: der Score mag fallen, aber nicht so weit wie bei jemandem, der keine Beschwerden hat. Es geht um *dauerhafte* Symptom- und Beschwerdenreduktion – und sie muss um die Perspektive des Therapeuten ergänzt werden, wenn es um die Gesamtbewertung der Therapie geht. Im Übrigen muss sich Herr *Mannheim-Rouzeaud* die Frage gefallen lassen, wie die von ihm anekdotisch erwähnte Therapie ohne seinen Hund gelaufen wäre, wenn es also nicht zu einer raschen Symptomreduktion gekommen wäre. Auch *S. Freud* befürwortete bei Phobien die Konfrontation (vgl. *Gesammelte Werke*, Band 12, S. 191), um zunächst die Symptome zu reduzieren, damit er des

analytischen Materials zur Problemlösung überhaupt habhaft werden konnte.

### **Zur Kritik an dem Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats nach § 12 PsychThG für die Anerkennung von Therapieverfahren**

Den Ausführungen von *Neef* und *Reuther-Dommer* im Zusammenhang mit ihrer Kritik an der überwertigen Bedeutung von randomisiert-kontrollierten Studien im Psychotherapiekontext können wir teilweise folgen. Auch die kategoriale Trennung von Therapieverfahren („Schulen“), wie sie in den Psychotherapierichtlinien seit beinahe 40 Jahren unverändert tradiert wird, scheint uns in der Wissenschaft wie in der Praxis überholt. Für den Kontext der Qualitätssicherung geht es aber zunächst darum, zu prüfen, ob die realisierte Therapie („Ist“) mit dem aus fachlicher Sicht angemessenen Vorgehen („Soll“) übereinstimmt bzw. ob sich Abweichungen gut begründen lassen. Und es geht darum, praktikable Verfahren zur routinisierten Umsetzung dieses Prüfprozesses zu entwickeln und zu erproben.

## **Zusammenfassung**

Wenn in den Kritiken der Autoren der Frust über gegenwärtige QS-Bemühungen Ausdruck findet, ist dies nachvollziehbar und verständlich. Wir teilen die Auffassung, dass es fragwürdig ist, eine Zertifizierung für gute Qualität in der Psychotherapie(praxis) zu erhalten, wenn die Praxis über eine zertifizierte Putzfrau und einen zertifizierten Ansagetext auf dem Anrufbeantworter verfügt. Dennoch hoffen wir auf die Möglichkeit eines fachlichen Diskurses über eine sachgerechte und praxistaugliche Qualitätssicherung. Ein Schwerpunkt der beiden Artikel in PTJ 2/04 lag auf der bislang fehlenden Ergebnisorientierung in der QS – dabei sollen Qualitätsmängel in den Rahmenbedingungen für Psychotherapie, wie sie von *Mannheim-Rouzeaud* zutreffend beschrieben werden, jedoch nicht übersehen werden.

Bei der ergebnisorientierten QS geht es um wichtige Punkte, die hier nochmals komprimiert werden sollen:

■ Es geht *gesellschaftlich* auch um das Recht der Beitragszahler, Näheres über die Effektivität der geleisteten Behandlungen, die schließlich von ihnen finanziert werden, zu erfahren – und dazu müssen auch Behandlungsergebnisse festgestellt werden. Dies gilt nicht nur für Psychotherapie, sondern für alle therapeutischen und ärztlichen Leistungen. Eine gute Ausbildung ist dafür zweifellos notwendig, aber nicht hinreichend. Die *ökonomische* Perspektive (Stichwort „Kostenexplosion“) spielt ebenfalls eine Rolle, jedoch ist die Erhebung der Ergebnisse einer Behandlung zunächst Grundlage, um sie mit den Kosten ins Verhältnis zu setzen.

■ Es geht *wissenschaftlich* um die Frage der Messung von Therapieerfolg unter Alltagsbedingungen und um die angemessene Dateninterpretation. Da Therapieerfolg im Alltag nicht multi-modal, multi-methodal und multi-perspektivisch erhoben werden kann wie in der Forschung, müssen machbare Kompromisse gesucht werden, die eine entsprechende Relativierung der erhobenen Informationen nach sich ziehen: Fragebögen erfassen natürlich nicht das ganze Bild einer Psychotherapie, daher sind sie *ungeeignet*, um ohne die therapeutische Perspektive über organisatorische Belange zu entscheiden, aber sie sind dazu *geeignet*, die therapeutische Perspektive zu ergänzen und den Verlauf sowie das Ergebnis (allerdings nicht umfassend) zu dokumentieren.



■ Es geht *berufspolitisch* um die Frage, wie mit diesen Informationen umgegangen werden soll. Sind die erhobenen Daten ein Mittel zur Sanktionierung oder ein Mittel zum Verbessern der Behandlung? Dienen sie zur Sanktionierung, verlieren sie ihren Wert für die Verbesserung der Qualität. Typisches Beispiel dafür ist das Benchmarking. Verfährt man hier nach der Pilzzüchter-Strategie (wer seinen Kopf rausstreckt, in diesem Falle also unter die Norm fällt, wird abgeschnitten), ist außer Angst und Reaktanz nichts erreicht. Der sinnvolle Umgang mit zusammenfassenden Daten liegt im *Vergleich zur Diskussion*, um von denjenigen mit guten Behandlungsergebnissen zu lernen, bzw. um zu überprüfen, ob man etwas von ihnen lernen kann.

Ob der Einsatz solcher Instrumente tatsächlich die Qualität der Behandlung und ihrer Ergebnisse erhöht, ist eine empirische Frage, die aber erst beantwortet werden kann, wenn solche Instrumente getestet und bewertet wurden. Daher fehlt logischerweise der Nachweis über die Wirksamkeit von vielen QS-Maßnahmen – schließlich wurden sie noch nicht unter Alltagsbedingungen eingesetzt und systematisch evaluiert. Deshalb soll an dieser Stelle der Aufruf zur Mitarbeit nochmals erneuert werden, damit die Diskussion nicht auf der theoretischen Ebene verhaftet bleibt, sondern mit tatsächlichen Erfahrungen geführt werden kann.

Die Literaturquellen, auf die sich die Autoren im Text beziehen, sind auf der Internetseite der Zeitschrift „[www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de)“ veröffentlicht.

#### Dr. Matthias Richard

Institut für Psychotherapie und  
Medizinische Psychologie  
der Universität Würzburg  
Klinikstr. 3  
97070 Würzburg  
richard@mail.uni-wuerzburg.de

#### Dr. Heiner Vogel

Institut für Psychotherapie und  
Medizinische Psychologie  
der Universität Würzburg  
Klinikstr. 3  
97070 Würzburg  
h.vogel@mail.uni-wuerzburg.de



14. Weltkongress der World Association  
for Dynamic Psychiatry WADP und  
XXVII. Internationales Symposium der  
Deutschen Akademie für Psychoanalyse  
(DAP)

### Trauma, Bindung und Persönlichkeit - Dynamische Aspekte

16.-19. März 2005  
Ökonomische Akademie Krakau,  
Polen

Kongress-Sprache englisch

Anmeldung:  
Deutsche Akademie für Psychoanalyse  
c/o Dipl.-Psych. Monika Dworschak  
Goethestr. 54, 80336 München  
Tel.: 089 / 53 96 74/75  
email [congress2005@dynpsych.de](mailto:congress2005@dynpsych.de)  
<http://www.wadp-congress.2005.de>

### Diagnostik und Therapie Fortbildung 2005

- **Supervisions-Ausbildung**
- **Psychotherap. Zusatzausbildungen**  
Hypnose, AT, Verhaltenstherapie  
Psychoanalyse
- **Aufmerksamkeit / Hyperaktivität**  
Diagnostik, Therapie, Elternarbeit
- **Neuropsycholog. Gedächtnistraining**
- **Kindertherapie**  
Hör- / Sprachentwicklungsstörungen, ADHS,  
Kinderhypnose, Kinder-AT, Verh.störungen
- **Führungstraining, Kommunikation**  
Rhetorik, Präsentation, Verhandlung  
Mitarbeiterführung, Konfliktmanagement
- **Weiterbildung Psychotherapie**  
Facharztausbildung, Zusatzbezeichnung

Universität Tübingen



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

## 4. Deutscher Psychotherapeutentag am 9. Oktober 2004 in Stuttgart

Auf dem 4. Deutschen Psychotherapeutentag, der diesmal in Stuttgart stattfand, standen insbesondere der Haushalt 2005, die Vorbereitung einer Muster-Berufsordnung und die Diskussion einer Muster-Weiterbildungsordnung auf der Tagesordnung. Erstmals konnten auch die Delegierten der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes begrüßt werden, die nach ihrer Gründung im Frühjahr der Bundespsychotherapeutenkammer beigetreten ist.

### Bericht des Vorstandes

Die Arbeit des Vorstandes der BPTK in den vergangenen sechs Monaten stellte der Präsident Detlev Kommer in seiner Präsentation dar.

Ein bundespolitisch vorrangiges Ziel ist die Einführung der Health Professional Card (HPC) auch für Psychotherapeuten. Dieser elektronische Berufsausweis soll zukünftig in der Gesundheitsversorgung den Zugang zu Patientendaten verbessern, um die Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen zu erhöhen. Im Gegensatz zu anderen verkammerten Berufen der Gesundheitsversorgung finden Psychotherapeuten gegenwärtig im §291 a SGB V keine Berücksichtigung. Die BPTK bereitet eine Stellungnahme zum Verwaltungsverfahrenvereinfachungsgesetz vor, um diesem Umstand abzuwehren. Psychotherapeuten müssen zukünftig über die Möglichkeit verfügen, die Funktionalitäten der HPC zu nutzen, um ihrer Sorgfaltspflicht als Therapeuten gerecht werden zu können und abzuklären, wie die gesamte gesundheitliche Situation eines Patienten ist.

Hinsichtlich des Präventionsgesetzes, das voraussichtlich Mitte 2005 in Kraft treten wird, sieht der Vorstand die Aufgaben der BPTK vor allem darin, auf eine stärkere Berücksichtigung psychologischer Aspekte in

edukativen Präventionsprogrammen hinzuwirken. Reine Informationsvermittlung ist nicht state of the art. Es muss auf den wichtigen Beitrag aufmerksam gemacht werden, den die Profession diesbezüglich leisten kann. Erste Schritte zur Positionierung gegenüber Vertretern des BMGS und der AOK wurden bereits anlässlich eines ersten Präventionsworkshops der BPTK im September unternommen.

Auch zum zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz hat die BPTK Stellung bezogen. Aus dem Umstand, dass die 18monatige praktische Arbeit der PPIA und JPIA gar nicht oder nicht hinreichend vergütet wird, ergibt sich eindeutig Handlungsbedarf. Die BPTK hat in diesem Kontext dazu aufgefordert, die Psychiatriepersonalverordnung von 1994 an das Psychotherapeutengesetz anzupassen.



Detlev Kommer

Für die Disease-Management-Programme, die im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zum Typ-II-Diabetes überarbeitet bzw. zum Asthma/COPD neu entwickelt wurden, hat die BPTK im Rahmen der Anhörungen des G-BA Änderungsvorschläge eingebracht, die sich für beide Krankheitsgruppen auf das obligatorische Screening mit dem PH-Q, die obligatorische Überwei-

sung an Psychotherapeuten bei komorbiden psychischen Störungen, auf die Qualitätsanforderungen an Schulungsprogramme und auf die Einbeziehung von Familienangehörigen bei Patienten im Kindes- und Jugendalter beziehen. Noch ist allerdings offen, inwieweit diese Stellungnahmen berücksichtigt werden.

Zunehmend kommen auch europäische Themen auf die BPTK zu, z.B. in Form von Fragen der Berufsqualifikation in den EG-Richtlinien, die eine Vernetzung auf europäischer Ebene notwendig machen.

Aber auch in anderen Bereichen wurde die Aufgabe der Interessenvertretung wahrgenommen, so z.B. durch Gespräche mit Bundestagsabgeordneten verschiedener Parteien und durch die Vernetzung mit anderen Interessenvertretern im Gesundheitswesen. Mit Berufsverbänden, Fachgesellschaften und Trägern von Ausbildungseinrichtungen konnten Kooperationen vereinbart werden.

### Haushalt 2005

Der Haushaltsplan 2005 auf der Grundlage des in Hannover auf dem 3. DPT für das kommende Jahr beschlossenen Beitrags pro Kammermitglied in Höhe von 39 € wurde, nach anfänglichen kontroversen Diskussionen, mit überwältigender Mehrheit angenommen. Zurückzuführen waren die Irritationen insbesondere auf den engen Zeitplan für die Arbeit von Vorstand und Finanzausschuss.

Ein weiteres Thema war die Höhe der Rücklagen, die für ein Haushaltsjahr vorzusehen sind. Der Vorstand betonte, dass der für 2005 vorgelegte Haushaltsplan auch für das Folgejahr 2006 keine Beitragserhöhung nach sich ziehen würde und darüber hinaus eine kontinuierliche Rück-



Hermann Schürmann

lagenbildung möglich sei. Andere Delegierte waren der Auffassung, dass eine höhere Rücklagenbildung als vom Vorstand vorgesehen erforderlich sei. Die Mitglieder des Finanzausschusses und des Vorstands sind sich einig, dass hier weitere Sachberatungen erforderlich sind – unter Umständen durch Hinzuziehung des Sachverständigen eines als sachkompetent ausgewiesenen externen Wirtschaftsprüfers. Weiter verpflichtete sich der Vorstand, dem Finanzausschuss im Laufe des ersten Halbjahres 2005 Aufschluss über die Haushaltsentwicklung zu geben.

### **Eckpunkte für eine Musterweiterbildungsordnung**

Die Weiterbildungskommission, bestehend aus Uta Cramer-Düncher, Martin Klett, Prof. Dietmar Schulte, Dr. Walter Ströhm und Ulrich Wirth, stellte der Delegiertenversammlung das Eckpunktepapier für die Weiterbildungsordnung der BPTK vor, das in dieser Ausgabe abgedruckt ist. Hauptziel der Kommission war es, von den Delegierten Rückmeldungen zu erhalten, um eine Muster-Weiterbildungsordnung entwickeln zu können.

Die berufliche Weiterbildungsmöglichkeit für Psychotherapeuten eröffnet Chancen, beinhaltet aber auch Risiken. So erlaubt sie einerseits die Erschließung neuer Kompetenzbereiche, Berufsfelder und Entwicklungsmöglichkeiten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sie ermöglicht den Erwerb von Zusatzbezeichnungen, kann aber andererseits,

so die Befürchtungen einiger Delegierter, auch eine Entwertung der Ausbildung bedeuten. Könnte dies nicht zur Folge haben, so würden die Bedenken formuliert, dass zukünftig nur noch spezialisierte Kollegen bestimmte Patientengruppen behandeln dürfen? Diesbezüglich konnte die Kommission klarstellen, dass keine Einschränkung, sondern eine Differenzierung angestrebt wird, mit dem Ziel einer Zusatzbezeichnung.

Der nächste Schritt in Richtung Musterweiterbildungsordnung wird nun die inhaltliche Beratung mit den Landeskammern sein und die sich daraus ergebenden Rückmeldung in die überarbeitete Musterweiterbildungsordnung einzubeziehen. Die Weiterbildungskommission soll insbesondere für die Kompetenzbereiche "Klinische Neuropsychologie" und "Zweit- oder Drittverfahren" Qualifikationskriterien für den Erwerb ankündigungsfähiger Zusatzbezeichnungen erarbeiten und den Kompetenzbereich Rehabilitationspsychologie näher prüfen. Die Ergebnisse sollen auf dem 5. DPT in München vorgelegt werden.

### **Musterberufsordnung**

Die einzelnen Landeskammern verfügen über Berufsordnungen, die zum Teil inhaltliche und sprachliche Übereinstimmungen aufweisen, zum Teil aber auch inhaltlich oder in Hinblick auf die Ausarbeitung der Grundregeln differieren. In einer Musterberufsordnung (MBO) muss eine für alle Kammern konsensfähig Ordnung gefunden werden, die auf breite Akzeptanz innerhalb der Profession stößt und nicht im Widerspruch zu den Berufsordnungen der Landeskammern steht.

Zur Vorbereitung der MBO wählte die Delegiertenversammlung vier Mitglieder einer Lenkungsgruppe, die durch den Justiziar der BPTK, Herrn Dr. Stellpflug, und ein Vorstandsmitglied ergänzt werden. In der Lenkungsgruppe werden mitarbeiten: Frau Inge Berns (Vertreterin der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; Kammer Niedersachsen), Frau Ellen Bruckmayer (Kammer Bayern), Herr Dirk Fiedler (Kammer Hessen) und Herr Bernhard Morsch (Vertreter der Angestelltenbelange; Kam-

mer Saarland). Von Seiten des Vorstands wird sich der Präsident Herr Detlev Kommer beteiligen.

Aufgabe der Lenkungsgruppe soll es sein,

- für vergleichbare Regelungen in den Länderberufsordnungen übereinstimmende Formulierungen zu finden,
- differierende Regelungen als Formulierungsalternativen in den Entwurf der MBO aufzunehmen,
- Stellungnahmen und Vorschläge von Landeskammern, Berufsverbänden und Fachgesellschaften den Delegierten strukturiert und transparent vorzutragen sowie
- den Delegierten neben dem Entwurf der MBO auch Regelungsalternativen vorzulegen.

### **Notfallpsychotherapie und -psychologie**

Wie Psychotherapeuten in Katastrophen- und Krisensituationen besonders gefordert sind und ihre Expertise benötigt wird, beschrieb Herr Wilk in einer Präsentation, bevor er seine Aufgaben als Vorstandsbeauftragter für Notfallpsychotherapie/Notfallpsychologie verdeutlichte. Zu diesen gehören neben der Vertretung der BPTK in Gesprächen mit dem Bundesinnenministerium zur Rahmenplanung für den Katastrophenschutz auch, gemeinsam mit einem Expertengremium Qualifikationsanforderungen und ein Fortbildungskurriculum für Psychologen und Psychotherapeuten in diesem Tätigkeitsfeld zu erarbeiten. Von Seiten der Delegierten wurde auf die Wichtigkeit der Notfallpsychotherapie gerade bei Kindern und Jugendlichen hingewiesen und auf den Mangel an Experten in diesem Bereich aufmerksam gemacht. Der Aufgabenbeschreibung des Vorstandsbeauftragten für Notfallpsychotherapie/Notfallpsychologie wurde mehrheitlich zugestimmt.

### **Resolutionen**

Zum Ende der Bundesdelegiertenversammlung wurden mehrere Resolutionen verabschiedet, die u.a. auf der Homepage der BPTK ([www.bptk.de](http://www.bptk.de)) einzusehen sind.



Die Weiterbildungskommission versteht diesen Entwurf als ein erstes, Chancen und Risiken einer Weiterbildungsordnung angeheendes Arbeitspapier, das als Grundlage für eine Diskussion unter den Delegierten, in der Mitgliedschaft und in den Gremien der Landeskammern dienen soll.

## Eckpunkte für eine Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer

### I. Rahmenbedingungen für eine Musterweiterbildungsordnung

#### I.1 Begriffsklärungen: Zum Verhältnis von Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Psychotherapie und deren berufsrechtliche Implikationen

Aufgrund der alleinigen Zuständigkeiten des Bundes für Regelungen der Berufswahl hat der Gesetzgeber des Psychotherapeutengesetzes die Qualifizierung zur Psychologischen Psychotherapeutin/zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als Ausbildung konzipiert, wengleich durch die Festlegung universitärer Eingangsvoraussetzungen diese postgraduale Qualifizierungsphase unter fachlichen Gesichtspunkten eher einer Weiterbildung analog zur Facharztqualifikation entspricht. Dementsprechend sollen nach den Vorgaben des Psychotherapeutengesetzes Psychologische Psychotherapeutinnen und –psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten im Rahmen ihrer Ausbildung ein breites Spektrum an Kenntnissen, Fertigkeiten und Erfahrungen erwerben, das sie nicht nur für die fachkompetente Behandlung von psychischen Störungen mit Krankheitswert, sondern ebenso für die Therapie von psychosomatischen und körperlichen Erkrankungen befähigen soll, sofern psychologisch-psychotherapeutische Interventionen nach dem Stand der Wissenschaft indiziert sind.

Fortbildungsmaßnahmen setzen dagegen Berufsqualifikationen voraus und dienen primär dem Ziel, bereits vorhandene berufliche Kompetenzen in Übereinstimmung mit dem Stand der wissenschaftlichen Weiterentwicklung zu aktualisieren oder ggf. in Übereinstimmung mit der Interessenlage des Berufsangehörigen weiter auszudifferenzieren. Im Bereich der Psychotherapie werden z.B. Zusatzqualifikationen für die Durchführung von Gruppenpsychotherapien traditionell als Fortbildungen konzipiert.

Der dazu erforderliche Wissens- und Kompetenzerwerb knüpft an bereits vorhandenen Qualifikationen an und differenziert diese weiter aus, ohne dazu institutionell verankerte neue Lernorte zu benötigen oder im Vergleich zur Ausbildung qualitativ grundsätzlich andersgeartete und in quantitativer Hinsicht umfangreichere Wissensgrundlagen für den Kompetenzerwerb vorzusetzen zu müssen.

Eine berufliche Weiterbildung setzt dagegen begrifflich den Erwerb von umfangreichem beruflichem Spezialwissen und spezifischen Interventionserfahrungen voraus, für die im Rahmen des Zielkorridors einer Ausbildung bestenfalls allgemeine Kenntnisse und Beobachtungserfahrungen vermittelt werden können und die deshalb vertiefende Anwendungserfahrungen an speziell geeigneten Institutionen mit einer ggf. indikationsspezifischen Klientel erforderlich machen.

Nach dem Berufsrecht der Heilberufe sind Weiterbildungsregelungen zudem mit einer Privi-

legierung der entsprechend qualifizierten Berufsangehörigen verbunden. Dabei sind zwei Arten der Privilegierung mit unterschiedlich weit reichenden Konsequenzen für die Betätigung der nicht weitergebildeten Berufsangehörigen zu unterscheiden, je nachdem, ob dabei Gebiete oder Teilgebiete voneinander abgegrenzt oder gebietsunabhängig Zusatzqualifikationen festgelegt werden.

Im Unterschied zum ärztlichen Weiterbildungsrecht werden in der Zahnmedizin keine Unterscheidungen von Gebieten oder Teilgebieten vorgenommen, weil die damit verbundenen Tätigkeitsbeschränkungen unter Ertragsgesichtspunkten unwirtschaftlich wären. Dies hat zur Folge, dass nicht weitergebildete Zahnärzte sich z.B. uneingeschränkt auch in der Oralchirurgie betätigen dürfen, obwohl die Oralchirurgie eine weiterbildungsrechtlich definierte Zusatzqualifikation für Zahnärzte darstellt. Die Privilegierung der weitergebildeten Zahnärzte besteht allerdings in der nur ihnen erlaubten Möglichkeit, in der Außendarstellung durch kammerrechtlich verankerte Zusatzbezeichnungen auf die im Rahmen der Weiterbildung erworbene Spezialqualifikation hinzuweisen und damit eine entsprechende Nachfrage für ihre Praxis erzeugen zu können. Die Privilegierung der Gebiets- oder Teilgebietsfachärzte reicht dagegen weiter, indem nur diese berechtigt sind, sich auf einem Gebiet oder Teilgebiet der Medizin betätigen zu dürfen und diese Tätigkeitsbeschränkung auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten tragfähig ist. Die Tätigkeitsbeschränkung ist berufs- wie sozialrechtlich exklusiv, d.h. dass Fachärzte sich nur auf dem Gebiet bzw. Teilgebiet betätigen dürfen, für das sie sich im Rahmen ihrer Weiterbildung qualifiziert haben.

Da Aus- wie Weiterbildungen bei den Heilberufen unmittelbar zu besonderen Rechten bei der Berufsausübung führen, unterliegen die jeweiligen Qualifizierungsbedingungen höheren Anforderungen an deren Qualität und öffentliche Kontrolle, als dies bei Fortbildungen der Fall ist. Dementsprechend höher ist auch die erforderliche Regeldichte bei der Aus- und Weiterbildung.

Auch vor dem Hintergrund der langen Qualifizierungszeit und des breiten Kompetenzerwerbs, der mit der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. –psychotherapeuten und zur Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. –psychotherapeuten einhergeht sowie der tendenziellen Einschränkung der Freiheit der Berufsausübung durch Weiterbildungsregelungen besteht Konsens in der Weiterbildungskommission, dass erhöhte Begründungsanforderungen an die fachliche Legitimation entsprechender Regelungsvorschläge unter Berücksichtigung der damit einhergehenden wirtschaftlichen Konsequenzen sowohl für potentiell weitergebildete wie auch nicht weitergebildete Berufsangehörige zu stellen sind. Dieser Standpunkt deckt sich im Übrigen mit den rechtlichen Anforderungen an die Normierung von Weiterbildungsregelungen durch akademische Heilberufe, wie sie von der gefestigten Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes und der Verwaltungsgerichtsbarkeit entwickelt worden sind.

#### I.2 Rechtliche Rahmenbedingungen für Weiterbildungsregelungen der Psychotherapeutenkammern

Nach dem heute noch maßgeblichen „Facharzturteil“ des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 1972 (BvR 518/62 und 308/64) unterliegen Weiterbildungsregelungen nicht der alleinigen Satzungsautonomie der Heilberufekammern. Mindestens die „statusbildenden“ Bestimmungen (dazu gehören die zugelassenen Fachrichtungen, die Mindestdauer der Weiterbildung, das Verfahren der Anerkennung und die Gründe für die Zurücknahme der Anerkennung) müssen durch den zuständigen Landesgesetzgeber im Heilberufe-Kammergesetz vorgegeben werden. Dies ergibt sich aus dem Demokratieprinzip, wonach nur die von der Verfassung legitimierten Gremien befugt sind, Einschränkungen der Grundrechte der Bürger (hier: Einschränkung der Freiheit der Berufsausübung) auf gesetzlicher Grundlage vorzunehmen. Maßgebliches Kriterium für den Erlass entsprechender landesgesetzlicher Regelungen hat nach der ständigen Rechtsprechung des BVerfG das öffentliche Interesse zu sein, eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch entsprechende Weiterbildungsregelungen sicherzustellen.

Auch in rechtlicher Hinsicht bedarf deshalb die Legitimation von Weiterbildungsregelungen des fachlichen Nachweises, dass insbesondere dadurch eine Verbesserung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung erreicht werden kann.

#### I.3 Kriterien für die Festlegung von Weiterbildungsregelungen

Auf der Grundlage der vorgenommenen Begriffsklärungen und einer Sichtung der berufsrechtlichen Implikationen kommt die Kommission zu folgenden Schlussfolgerungen, die bei der Festlegung von Weiterbildungsregelungen im Rahmen einer Musterweiterbildungsordnung zu beachten sind.

##### I.3.1 Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung als übergeordnetes Kriterium

Weiterbildungsgänge müssen einem gesellschaftlichen Bedarf entsprechen. Im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung ist dieser Bedarf unter präventiven, kurativen oder rehabilitativen Gesichtspunkten zu ermitteln. Die Bedarfsermittlung kann nur anhand wissenschaftlicher (epidemiologischer) Kriterien erfolgen und darf nicht an Anbieterinteressen von Weiterbildungsveranstaltern ausgerichtet sein. Ein Weiterbildungsbedarf ist gegeben, wenn

- die veränderungsbedürftige Problemlage (Störung, Erkrankung) eine große Verbreitung in der Bevölkerung aufweist;
- die Problemlage zu individuellem Leid und zu erheblichen gesamtgesellschaftlichen Problemfolgen beiträgt;
- die wissenschaftliche Weiterentwicklung zu neuen evidenzbasierten Anwendungsformen bei der psychologisch-psychotherapeutischen Bearbeitung von Problemlagen bzw. Krank-



heitszuständen geführt hat, die zu einer Besserung oder Beseitigung des veränderungsbedürftigen Ausgangszustands beitragen;

- dafür erforderliche Wissens- und Kompetenzerwerb unter Aspekten der Qualitätssicherung weder in die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin/zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/zum Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten integriert noch im Rahmen von Fortbildungsmaßnahmen angemessen ermöglicht werden kann.

### 1.3.2 Beachtung möglicher Rückwirkungen von Weiterbildungsregelungen auf die Berufsausübung der approbierten Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten

Die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin/zum Psychologischen Psychotherapeuten und zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist durch ein hohes Qualitätsniveau und durch einen breiten Kompetenzerwerb gekennzeichnet, der zu einer umfassenden Behandlung des Spektrums von psychischen Störungen mit Krankheitswert und von körperlichen Erkrankungen, bei denen Psychotherapie indiziert ist, befähigt. Dieses Kompetenzprofil ist im Rahmen von Weiterbildungsregelungen zu würdigen und darf nur dann eingeschränkt werden, wenn dafür zwingende Gründe vorliegen. Nach dem Stand der Wissenschaft ist eine Abgrenzung von Gebieten oder Teilgebieten in der Psychotherapie fachlich nicht vertretbar und ohne jede wirtschaftliche Grundlage. Berufsrechtlich können Zusatzqualifikationen im Bereich der Psychotherapie, die im Rahmen einer Weiterbildung erworben werden, deshalb wie bei den Zahnärzten nur zu ankündigungsfähigen Zusatzbezeichnungen führen, nicht aber zu Tätigkeitsbeschränkungen für nicht weitergebildete Berufsangehörige. Wo immer fachlich und unter Qualitätssicherungspunkten vertretbar, sollten im Übrigen aufgrund der geringeren Regelungsdichte und der damit einhergehenden größeren Freiheitsgrade bei der Durchführung Zusatzqualifikationen im Rahmen von Fortbildungsmaßnahmen anstelle von Weiterbildungsängen vermittelt werden.

### 1.3.3 Entwicklung von spezifischen Rahmenanforderungen und Durchführungsbestimmungen für Weiterbildungsgänge

Bezüglich der gesetzlich vorzulegenden Fachrichtungen und der sonstigen Rahmenbedingungen für die Weiterbildung ist sich die Kommission einig, dass die ärztliche Weiterbildung aufgrund der dort in der Regel vorgesehenen hauptberuflichen Weiterbildung im Rahmen von stationären Einrichtungen sowie deren Dauer kein adäquates Modell für die Qualifizierung von Psychotherapeuten darstellt. Stattdessen ist eine weitestgehend berufs begleitend geregelte Form der Weiterbildung auf curricularer Grundlage an dafür geeigneten Weiterbildungsstätten für Psychotherapeuten vorzusehen. Regularien über Umfang, Dauer, Befugnisse und Befugte sind ebenfalls noch zu erstellen. Entsprechende Vorschläge werden von der Kommission in den Entwurf für eine Musterweiterbildungsordnung noch eingearbeitet. Im Anschluss daran beabsichtigt die Kommission, Gespräche mit dem für die Kammergesetze zuständigen Koordinierungsgremium der Bundesländer (Arbeitsgemeinschaft der oberen Landesgesundheitsbehörden) zur Förderung der Akzeptanz professionsspezifischer Rahmenbedingungen für die Weiterbildung zu führen.

### 1.3.4 „Kompetenzbereich“ als Bezeichnung für den Weiterbildungsgegenstand

Die Bezeichnungen für eine Weiterbildungsqualifikation in den Heilberufen sind vielfältig und gelegentlich verwirrend. Unterschiedliche Dimensionen spielen dabei eine Rolle, die sich je nach dem mehr auf das Objekt heilberuflicher Tätigkeit (z.B. Köpersystem: Kardiologe), auf die Art der Tätigkeit (z.B. Radiologe) oder auf altersbezogene Tätigkeitsabgrenzungen (z.B. Kinderarzt) beziehen können. Um durch diese bestehenden Konnotationen nicht missverstanden zu werden und zugleich die fachspezifischen Charakteristika wiederzugeben, hat sich die Kommission für die Verwendung des Begriffs „Kompetenzbereich“ (Arbeitsstil) als Bezeichnung für die Differenzierung von Weiterbildungsqualifikationen in der Musterweiterbildungsordnung entschieden. Die innerhalb eines in der Musterweiterbildungsordnung festgelegten Kompetenzbereichs erworbene Qualifikation soll dann in Form einer Zusatzbezeichnung (z.B. – Klinische Neuropsychologie -) in der Öffentlichkeit ankündigungsfähig sein.

### 1.3.5 Anrechenbarkeit von Qualifikationsanteilen

Weiterbildungsrelevante Qualifikationsanteile, die regelhaft bereits im Rahmen der Ausbildung erworben wurden, sind – soweit sie den sonstigen Anforderungen an eine Weiterbildungsregelung und dem Stand der wissenschaftlichen Entwicklung innerhalb eines Kompetenzbereichs entsprechen – bereits bei der Festlegung von Mindestanforderungen für die Erlangung einer Zusatzqualifikation einzuarbeiten.

Darüber hinaus sind Regelungen für die begrenzte Anrechenbarkeit von Qualifikationsanteilen vorzusehen, die durch individuelle Schwerpunktsetzungen im Rahmen der Psychotherapieausbildung oder im Anschluss daran zu einem weiterbildungsrelevanten Kompetenzerwerb geführt haben. Genaue Regularien sind noch von der Kommission zu entwickeln und in die Musterweiterbildungsordnung einzuarbeiten. Besonderheiten eines Kompetenzbereiches sind dabei zu berücksichtigen.

### 1.3.6 Übergangsregelungen

Übergangsregelungen für die Anerkennung bereits erworbener Zusatzqualifikationen in einem durch die Musterweiterbildungsordnung festgelegten Kompetenzbereich haben sich an den Anforderungen (dem Anforderungsprofil) und den Möglichkeiten zur Anrechnung in dem jeweiligen Kompetenzbereich zu orientieren. Genauere Regularien sind von der Kommission noch zu erstellen und in die Musterweiterbildungsordnung einzuarbeiten.

### 1.3.7 Weiterbildung in Zweit- oder Drittverfahren

Unter Berücksichtigung des nach wie vor vorhandenen Interesses vieler Berufsangehöriger, nach der Psychotherapieausbildung eine weitere Qualifikation in einem anderen Psychotherapieverfahren zu erwerben, empfiehlt die Kommission weiter, eine solche „Zweitausbildung“, die im Hinblick auf die dabei zu beachtenden Qualifikationsanforderungen berufsrechtlich als Weiterbildung zu qualifizieren ist, ebenfalls in der Musterweiterbildungsordnung zu verankern. Die Anforderungen dafür sind jeweils festzulegen. Unter fachlichen Gesichtspunkten können dabei eine Reihe von den für eine Ausbildung geforderten Qualifikationsanteilen wie z.B. der Nachweis von praktischen Erfahrungen in besonderen institutionellen Kontexten als für den Kompe-

tenzerwerb unspezifisch vernachlässigt oder, falls erforderlich, als anrechnungsfähig definiert werden (z.B. verfahrensspezifische Qualifikationsanteile), weil diese bereits in der Ausbildung erworben worden sind. Vor der endgültigen Einarbeitung in die Musterweiterbildungsordnung sind die Fachgesellschaften dazu noch anzuhören.

### 1.3.8 Angestrebte sozialrechtliche Konsequenzen

Mit den berufsrechtlichen Weiterbildungsqualifizierungen werden sozialrechtliche Folgen (Eröffnung von Abrechnungsmöglichkeiten) angestrebt. Die Kommission betrachtet es als ihre Aufgabe, mit den sozialrechtlich zuständigen Institutionen und Gremien (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Beratender Fachausschuss Psychotherapie bei der KBV, Gemeinsamer Bundesausschuss, Bewertungsausschuss) Kontakt aufzunehmen und darauf hinzuwirken, dass die fachlich begründeten Weiterbildungsregelungen durch entsprechende sozialrechtliche Änderungen abgesichert und die angestrebten sozialrechtlichen Konsequenzen realisiert werden.

### 1.4 Vorgehen zur Ermittlung eines Weiterbildungsbedarfs

Zur Erbringung des Nachweises für einen Weiterbildungsbedarf hält die Kommission es für erforderlich, eine Bestandsaufnahme vorzunehmen, inwiefern bei der Kompetenzvermittlung im Rahmen der Psychotherapieausbildung strukturell bedingte fachliche Lücken vorliegen. Weiter sieht sie es als ihre Aufgabe an, wissenschaftliche Weiterentwicklungen zu sichten, die zu neuen evidenzbasierten Anwendungsformen bei der psychologisch-psychotherapeutischen Bearbeitung von Problemlagen bzw. Krankheitszuständen geführt haben. Als zusätzliche Voraussetzungen soll die Bedingung erfüllt sein, dass die Problemlagen oder Krankheitszustände hinsichtlich ihrer Prävalenz in der Bevölkerung für eine größere Gruppe von Patienten von Bedeutung sind und die dafür erforderlichen Zusatzqualifikationen im Rahmen der Psychotherapieausbildung aufgrund der Besonderheiten der dafür einschlägigen Wissens- und Kompetenzgrundlagen und des damit verbundenen Zeitaufwands für den Kompetenzerwerb nicht hinreichend vermittelt werden können. Zur Überprüfung dieses Nachweises ist die Kommission vor der Einrichtung, Weiterentwicklung und Umsetzung der Zusatzqualifikation im Rahmen der Musterweiterbildungsordnung gehalten, Experten für den jeweiligen Kompetenzbereich und die Fachgesellschaften anzuhören.

Die Kommission hat am 11. Mai 2004 Sachverständigenanhörungen zum wissenschaftlichen Status und zur Versorgungsrelevanz der Klinischen Neuropsychologie sowie zu strukturell bedingten Lücken hinsichtlich der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt.

Die Anhörungsergebnisse veranlassen die Kommission zu der Empfehlung, die Klinische Neuropsychologie und eine Zusatzqualifikation Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen im Sinne von Kompetenzbereichen im Rahmen der Musterweiterbildungsordnung zu verankern. Dies sollte ergänzt werden durch Weiterbildungsregelungen für Zweit- oder Drittverfahren.

Als vierter Bereich wird in der Kommission eine Weiterbildung im Kompetenzbereich Rehabilitationspsychologie diskutiert. Dazu ist eine wei-

tere Anhörung von Experten und von Fachgesellschaften geplant.

Im Folgenden werden die Eckpunkte für eine Weiterbildungsqualifikation in Klinischer Neuropsychologie, Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen und in einem Psychotherapieverfahren aufgeführt sowie Anhaltspunkte benannt, welche eine potentielle Weiterbildungsrelevanz der Rehabilitationspsychologie begründen sollen.

## II. Für die Musterweiterbildungsordnung vorgeschlagene Kompetenzbereiche

### II.1. Weiterbildung im Kompetenzbereich Klinische Neuropsychologie

Ziel ist die Qualifikation im Kompetenzbereich „Klinische Neuropsychologie“ durch den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für die neuropsychologische Behandlung hirngeschädigter Patienten. Dazu gehört die diagnostische Urteilsbildung, die Planung, Durchführung und Evaluation der Behandlung sowie die Erstellung von neuropsychologischen Gutachten. Eingangsvoraussetzung ist das Diplom in Psychologie oder gleichwertige Abschlüsse. Die Weiterbildung umfasst insgesamt 2300 Stunden.

1. Weiterbildungszeit: Zweijährige klinische Tätigkeit unter Anleitung eines zur Weiterbildung Befugten in einer anerkannten Einrichtung (Weiterbildungsstätte) im Umfang von 1800 Stunden.
2. Theorie: Mindestens 400 Unterrichtsstunden curriculare Vermittlung von neuropsychologischen Kenntnissen. Die Kammer entwickelt Qualitätskriterien für die Durchführung der Theorievermittlung.
3. Supervision: 100 Unterrichtsstunden fallbezogene Supervision durch anerkannte Supervisoren
4. Fünf Falldokumentationen
5. Die Anrechenbarkeit von Teilen der Ausbildung wird in der Musterweiterbildungsordnung festgelegt.
6. Bei der Weiterentwicklung und Umsetzung der Weiterbildung sind die Fachgesellschaften zu hören.

Begründung: Die spezifischen Wissensgrundlagen und das Kompetenzprofil der Neuropsychologie begründen einen Spezialisierungsgrad, der gegenwärtig deutlich über andere denkbare krankheitsspezifische Differenzierungen hinausgeht. Die kurativen und rehabilitativen Funktionen einer neuropsychologischen Behandlung sind hinreichend evidenzbasiert, um eine breite Anwendung in der stationären und ambulanten Versorgung legitimieren zu können.

Die komorbiden psychischen Störungen, die im Rahmen der neuropsychologischen Behandlung auftreten können, lassen es als sinnvoll erscheinen, dass die neuropsychologische Qualifizierung auf der Psychotherapieausbildung aufbaut.

Vor allem die ambulante Versorgung von Patienten mit Schlaganfällen, Hirnschädigungen nach Unfällen, Demenz und Parkinson ist derzeit nicht gewährleistet. Mit der Einführung der Weiterbildung sollen die Voraussetzungen für die notwendigen leistungsrechtlichen Konsequenzen geschaffen werden.

### II.2. Weiterbildung im Kompetenzbereich Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen für Psychologische Psychotherapeuten

Gegenstand der Weiterbildung ist die Vertiefung der Kenntnisse und Fertigkeiten zur Diagnostik und Therapie von psychischen und psychosomatischen Störungen sowie körperlichen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.

1. Sofern die Qualifizierung in dem Verfahren erfolgt, auf dessen Grundlage der Teilnehmer die Approbation erworben hat, umfasst die Weiterbildung
  - mindestens 200 Stunden vertiefte Theorie
  - die eigenständige Behandlung von mindestens fünf Patienten unterschiedlicher Altersgruppen im Umfang von mindestens 200 Stunden unter Supervision (im Verhältnis von einer Supervisionssitzung auf vier Behandlungsstunden),
    - i. für die analytische Psychotherapie im Umfang von mindestens 400 Stunden,
    - ii. für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Umfang von mindestens 300 Stunden,
  - für die analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 120 Stunden Selbsterfahrung.
2. Die Anrechenbarkeit von weiteren Qualifikationsanteilen wird in der Musterweiterbildungsordnung festgelegt.
3. Sofern die Vertiefung in einem anderen Verfahren erfolgt als im Rahmen der Schwerpunktausbildung zur Erlangung der Approbation, gelten die Weiterbildungsanforderungen für die Weiterbildung in einem Zusatzverfahren. Dabei müssen die Inhalte auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sein.

Begründung: Bislang gibt es in den Psychotherapievereinbarungen lediglich eine sozialrechtliche Regelung, die Psychologischen Psychotherapeuten die Abrechnung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ermöglicht. Angesichts des Umfangs des sich dynamisch weiterentwickelnden Spezialwissens über die besonderen Bedingungen der Behandlung von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen und angesichts der besonderen Versorgungsaufgabe, für diesen Personenkreis in ausreichendem Maße eine qualifizierte psychotherapeutische Behandlung sicherzustellen, erscheint eine berufsrechtliche Regelung – mit nachfolgender sozialrechtlicher Regelung – wünschenswert.

### II.3. Weiterbildung in Zweit- oder Drittverfahren

Gegenstand der Weiterbildung ist die Vermittlung und Vertiefung der theoretischen und praktischen Grundlagen des jeweiligen Psychotherapieverfahrens.

1. Die Verfahren müssen gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz wissenschaftlich anerkannt sein<sup>1</sup>.
2. Die Weiterbildung umfasst insgesamt mindestens 1010 Stunden<sup>1</sup>, für psychodynamische Verfahren mindestens 1070/1250 Stunden:
  - Mind. 400 Stunden Theorie
  - Mind. 450 Behandlungsstunden (mind. sechs Behandlungsfälle) bei Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen
  - Mind. 100 Stunden Supervision (im Verhältnis von einer Supervisionssitzung auf vier Behandlungsstunden)
  - Mind. 60 Stunden Selbsterfahrung, für psychodynamische Verfahren mind. 120/300 Stunden.

Begründung: Es entspricht der Tradition vieler Psychologische Psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie vieler Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, sich in mehreren Verfahren zu qualifizieren. Diese Kompetenzerweiterung sollte im Rahmen einer Weiterbildung erfolgen. Eine berufsrechtliche Regelung der Kammern ist prinzipiell anzustreben und den bisherigen sozialrechtlichen Regelungen vorzuziehen, da die Kammern Regelungen, die die Berufsausübung ihrer Mitglieder betreffen, in eigener Verantwortung bestimmen sollten. Es ist anzustreben, dass auch für Psychologische Psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten Weiterbildungszeugnisse an die Stelle rein sozialrechtlich definierter Fachkundenachweise treten.

Bei den Mindestumfängen hat sich die Kommission von dem Gedanken leiten lassen, dass psychotherapeutische Kompetenzen bereits in der Ausbildung erworben wurden. Von daher wurde der Umfang der Weiterbildung im Vergleich zur vertieften Ausbildung reduziert.

### Minderheitenvotum Uta Cramer-Düncher<sup>1</sup>

Die Weiterbildungsinhalte (Psychotherapieverfahren) müssen dem aktuellen Stand der psychotherapie-wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechen.

Begründung: Weiterbildung und Fortbildung betreffen die Berufsausübung. Die Regulierung der Berufsausübung wurde den Kammern vom Gesetzgeber übertragen. Kammern haben die Definitionsmacht, welche Verfahren unter welchen Voraussetzungen ausgeübt werden dürfen. Entgegen der Auffassung, die im Mehrheitsvotum vertreten wird, sind die Kammern an die für die Anerkennung von Ausbildungsstätten vom Beirat nach § 11 empfohlenen Verfahrensbewertungen nicht gebunden. Die Kammern sind frei, legitimiert und beauftragt, Inhalte der Fort- und Weiterbildung aus eigener Fachkompetenz festzulegen.

Die Weiterbildung umfasst insgesamt mindestens 660 Stunden.

- Mind. 250 Stunden Theorie
- Mind. 300 Behandlungsstunden bei Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen
- Mind. 50 Stunden Supervision
- Mind. 60 Stunden Selbsterfahrung

Begründung: PsychotherapeutInnen, die eine Weiterbildung in einem weiteren Verfahren machen, haben bereits in der vertieften Ausbildung von insgesamt 1270 Stunden umfassende psychotherapeutische Kompetenzen erworben. Sowohl im Umgang mit verschiedensten Patienten in unterschiedlichen Situationen als auch im Bereich theoretischer Kenntnisse kann angenommen werden, dass umfangreiche, über alle Verfahren gültige Kompetenzen am Ende der Ausbildung vorhanden sind. Eine Reduktion des Umfangs der vertieften Ausbildung um insgesamt lediglich 260 (= ca. 20 %) Stunden berücksichtigt die bereits vorliegenden Eingangsqualifikationen für die Weiterbildung völlig unzureichend.

<sup>1</sup> S. Minderheitenvotum

#### II.4. Weiterbildung im Kompetenzbereich Rehabilitationspsychologie

In der somatischen Rehabilitation wird zunehmend der Bedarf an psychologisch-psychotherapeutischen Interventionen gesehen. Die Rentenversicherungsträger überlegen, in Rehabilitationskliniken als Mindestbesetzung einen Psychologischen Psychotherapeuten vorzusehen.

Allerdings zeigen die Erfahrungen, dass das geforderte Kompetenzprofil nicht in allen Bereichen durch die bestehende Ausbildung abgedeckt wird. Die BfA hat deswegen ein Curriculum vor-

gelegt, mit dem bestehende Defizite behoben werden sollen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich nun die Frage, ob die Fortschritte in psychologisch/psychotherapeutischen Ansätzen bei somatischen Erkrankungen (z.B. Verhaltensmedizin) eine sinnvolle Ergänzung des Kompetenzprofils einer Psychologischen Psychotherapeutin/eines Psychologischen Psychotherapeuten bzw. einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten darstellen, die/der im stationären bzw. ambulanten Bereich der somatischen Rehabilitation arbeitet. Behandlungskonzepte lie-

gen für alle wichtigen Fachrichtungen vor, z.B.: Herzkreislauf-Erkrankungen, Onkologie, Orthopädie.

Durch eine Expertenbefragung will die Kommission sich Klarheit darüber verschaffen, ob die Anforderungen in der somatischen Rehabilitation sowie z.B. die verhaltensmedizinischen Wissensgrundlagen und Anwendungserfahrungen zu einem sinnvollen Kompetenzbereich in der Weiterbildung von Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kombiniert werden können.

### Ausschuss Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen der BPTK:

Am 2. Deutschen Psychotherapeutentag wurde der Ausschuss Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Bundespsychotherapeutenkammer von der Delegiertenversammlung eingesetzt und folgende Kolleginnen und Kollegen als Mitglieder gewählt: Prof. Dr. Michael Borg-Laufs, Sigrid Müller-Hoogen, Trudi Raymann und Marion Schwarz. Seitens des Vorstands wird der Ausschuss von Peter Lehndorfer betreut.

Dieser Ausschuss hat sich am 20.1.2004 konstituiert, Frau Sigrid Müller-Hoogen wurde zur Sprecherin des Ausschuss gewählt.

Der Ausschuss will sich u.a.

- mit den Fragen der Versorgung,
- der Bedarfsplanung und der Bedarfserhebung,
- der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements,
- der Weiterentwicklung weiterer Behandlungsverfahren,
- der Prävention, der Rehabilitation, der Bildung,
- dem Strafrecht sowie mit den Gesetzgebungen

im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie befassen.

Zur Bearbeitung KJP-relevanter Fragen sowie zum Austausch von Impulsen und

Informationen halten wir es für erforderlich, in eine sinnvolle Kooperation sowohl mit den Vertretern der Landeskammern als auch mit Vertretern in der gesamten psychosozialen Versorgung zu treten.



Schwerpunkte der Bearbeitung fanden in den ersten Sitzungen folgende Themen:

#### **Versorgungssituation**

Für die Versorgungssituation gehen wir von der Grundannahme aus, dass Kinder und Jugendliche einen Anspruch auf die Sicherstellung ihrer Psychosozialen Versorgung haben.

Dem Ausschuss erscheint es sinnvoll, in den Landeskammern Datenerhebungen zur qualitativen und quantitativen Versorgungslage im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durchzuführen. (Eventuell durch Meldebögen oder Fragebögen, durch KJP-Ausschüsse oder Gruppen.)

Durch das Psychotherapeutengesetz wurden erstmalig Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen der Bedarfsplanung unterworfen. Die Vorgaben der Bedarfsplanung führten dabei zur Festschreibung bestehender Unterversorgung. (Istzustand = Sollzustand.)

Man ging von der Annahme aus, dass die Anzahl der Leistungserbringer dem Bedarf entspricht. Zurzeit gibt es hierzu auch keine eigene Bedarfsplanung im Bereich KJP.

Aus diesem Grund erachten wir es für wichtig und sinnvoll, eine Erhebung zur Bedarfsplanung in der Versorgungssituation zu

beauftragen.

Dabei sollten sowohl Praxen und stationäre und teilstationäre Einrichtungen, als auch Erziehungs- und Suchtberatungsstellen sowie die psychotherapeutischen Angebote der Jugendhilfe erfasst werden.

#### **Verbesserung der Versorgung, Bedarfsplanung**

Der Ausschuss will Konzepte sammeln, die sich durch die neue Möglichkeit des GMG im Sinne des § 140 SGB V (integrierte Versorgung) und des § 95 (medizinische Versorgungszentren) ergeben, mit der Intention, daraus ein adäquates Gesamtversorgungskonzept für psychisch kranke Kinder und Jugendliche zu entwickeln.



Zur Weiterverfolgung der Thematik wird – unter Einbeziehung der Ergebnisse – eine Fachtagung auf Bundesebene erwogen, verknüpft mit der Entwicklung von Projekten zur Verbesserung der Versorgung.

Der Ausschuss sieht die Notwendigkeit, dass sich die Psychotherapeutenkammern an der Gesundheitsversorgungsforschung aktiv beteiligen und deren Weiterentwicklung unterstützen sollten.

Weiterhin scheint es uns wichtig und erforderlich, auf Bund, Länder und Kommunen Einfluss zu nehmen, um eine vernetzte Versorgung sicher zu stellen.

Unsere Zielsetzung ist hier eine eigene Bedarfsplanung für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu entwickeln und passgenaue zeitnahe psychosoziale Versorgung zu erreichen.

Die Sicherstellung der Versorgung durch Zulassungen in den Praxen sowie in stationären Bereichen sollte unter Berücksichtigung der Bevölkerungssituation (Stadt/Land, Ost/West) bedarfsgerecht sein.

### **Verbesserung psychotherapeutischer Angebote, Schließen von Abrechnungslücken**

Es soll eine optimierte Versorgung durch Sicherstellung und Ausbau psychotherapeutischer Angebote in Einrichtungen der Jugendhilfe als originärer Versorgungsbereich für Kinder, Jugendliche und Familien angestrebt werden.

Auch sollte für die Bevölkerung Transparenz geschaffen werden, damit deutlich wird, welche Leistung auf welchem Wege bei welchem zuständigen Behandler erreicht werden kann.

Der tatsächlichen alltäglichen Behandlungssituation in unseren Praxen wird durch

die geltenden Psychotherapievereinbarungen nicht ausreichend Rechnung getragen.

Bei der Diagnostik und Behandlung sind sowohl die individuellen Persönlichkeiten als auch die gesamten sozialen Beziehungsebenen der Kinder bzw. Jugendlichen zu berücksichtigen.

Diese Situation sollte durch das Schließen von Abrechnungslücken verbessert werden.

Wichtig wäre die Möglichkeit

- die Teilnahme der Bezugspersonen während der probatorischen Sitzungen abrechnen zu können
- während der Therapie Testleistungen durchzuführen, die sich aus der Altersentwicklung des Patienten als Notwendigkeit ergeben
- die vielfältige zeitaufwändige Beantwortung von Anfragen, z.B. durch Kindergärten, Schulen, Ämter, Gerichte, Logopäden und Ergotherapeuten, in Rechnung stellen zu können.

Ebenso entsprechen die Abrechnungspauschalen in stationären und teilstationären Einrichtungen nicht den Behandlungsnotwendigkeiten. Gemäß den Psychotherapievereinbarungen werden die Behandlungsmöglichkeit von Krankheit und Leiden nur an die Prognose zur Besserung geknüpft, nicht jedoch an die Linderung von Leiden und auch nicht an die Verhütung von Verschlechterung.

### **Prävention**

Der Ausschuss sieht es als seine Aufgabe an, sich für die Verbesserung der Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen und deren Familien einzusetzen, sowie für eine nachhaltige Verbesserung der Prävention und Versorgung im psychosozialen Bereich.

Zielsetzung von Prävention ist die Verhinderung der Entwicklung sozialer und emotionaler Störungen, Verhaltensauffälligkeiten sowie Störungen im Kindes- und Jugendalter mit Krankheitswert (z.B. ADHS, Entwicklungsstörungen, Suchterkrankungen) sowie die rechtzeitige Erkennung und Behandlung psychischer Erkrankung durch Vorschul- und Pubertätsdiagnostik analog der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen.

Als Zielgruppen der Prävention sehen wir als erstes die Kinder und Jugendlichen und ihre Familien. Als weitere Präventionspartner halten wir es für sinnvoll, Kindergärten und Schulen mit ihren pädagogischen Fachkräften sowie Jugendämter / Jugendhilfe, Polizei / Justiz, Jugendgerichtshilfe und Familiengerichte einzubeziehen.

Als Angebote sehen wir sowohl Information und Aufklärung zu Störungsbildern, Trainingsprogramme (z.B. bei Essstörungen, Ängsten, Schulproblemen, Konzentrationstraining, Training zur Erhöhung der sozialen Kompetenz und zur Konfliktbewältigung), als auch Fortbildung und Supervision.

Für eine optimale Prävention ist eine Vernetzung der verschiedenen Beteiligten aus Praxen, Institutionen der Jugendhilfe und stationären Einrichtungen erforderlich, sowie die Kooperation auf Behörden- und Ministeriumsebene (Sozialministerium/ Gesundheit/ Kultusministerium/ Jugend-Sport, Familienministerium) sinnvoll.

Es scheint uns notwendig, durch intensive Öffentlichkeitsarbeit darauf hin zu wirken, dass das Thema Prävention vermehrt in den Medien, in Broschüren, Zeitschriften, im Internet und in Filmen in Erscheinung tritt.

*Sigrid Müller-Hoogen*



## Kein Zeitdruck bei der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen

Die zum Teil sehr aggressiv formulierte Werbung einzelner Anbieter von Seminaren zur Einführung von Qualitätsmanagementsystemen (QM) in der ambulanten Praxis, hat bei einigen niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zu dem unzutreffenden Eindruck geführt, dass hier ein akuter Handlungsbedarf besteht. Zum Teil wird sogar fälschlich behauptet, dass eine gesetzliche Verpflichtung besteht, innerhalb kurzer Zeit ein zertifiziertes QM-System in der ambulanten Praxis einzuführen. Diese Darstellungen sind unzutreffend und offenkundig von wirtschaftlichen Interessen der Anbieter solcher Seminare geleitet.

Voraussichtlich ist von einer Übergangszeit von drei Jahren auszugehen, in der ein Qualitätsmanagementsystem in den ambulanten Praxen einzuführen ist. Es steht zu vermuten, dass auch danach Praxen, die zu diesem Zeitpunkt noch kein voll funktionsfähiges QM-System eingeführt haben, nicht mit Sanktionen rechnen müssen.

Vor diesem Hintergrund sollten Verträge und längerfristige Verpflichtungen bei kommerziellen Anbietern nicht vorschnell eingegangen werden.

Im Folgenden seien die aktuellen rechtlichen Bestimmungen zum einrichtungs-

internen Qualitätsmanagement sowie die derzeitigen Planungen zu deren Umsetzung im ambulanten Bereich kurz skizziert:

Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung hat mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG), welches zum 1.1.2004 in Kraft getreten ist, über eine Änderung in §135a Abs. 2 SGB V die Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements auch für den niedergelassenen Bereich verpflichtend festgeschrieben. In §136a Abs. 1 wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe zugewiesen, die Richtlinien zu den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und den grundsätzlichen Anforderungen an ein internes Qualitätsmanagement zu bestimmen. Die Kriterien für ein einrichtungsinternes QM werden derzeit in dem Unterausschuss "Qualitätsbeurteilung und -sicherung" des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) diskutiert. Voraussichtlich noch im Herbst 2004 wird eine entsprechende Richtlinien-Empfehlung an den G-BA in der Besetzung des Ausschusses für die Vertragsärztliche Versorgung weitergeleitet. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses werden erneut verschiedene Expertengremien einbezogen und u.a. die Stellungnahmen der BPTK und der BÄK eingeholt werden. Ein Beschluss des G-BA ist

trotz des engen Zeitplans noch bis Ende 2004 zu erwarten.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Beschäftigung mit dem Thema Qualitätsmanagement auf der Tagesordnung steht, jedoch für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen viel Zeit bleibt, um den Markt in Ruhe zu sondieren!

Die zentralen rechtlichen Grundlagen können auch unter [www.bptk.de](http://www.bptk.de) eingesehen werden.

### Nachrichten aus dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat auf seiner Sitzung am 11.11.04 die am 5.7.04 beschlossene Geschäftsordnung nochmals redaktionell überarbeitet. Die endgültige Fassung ist auf der Homepage der BPTK ([www.bptk.de](http://www.bptk.de)) einzusehen.

### Geschäftsstelle

Klosterstr. 64  
10179 Berlin  
Tel 030/27 87 85-0  
Fax 030/27 87 85-44  
Mo – Do 9.00 – 15.00 Uhr  
[info@bptk.de](mailto:info@bptk.de)  
[www.bptk.de](http://www.bptk.de)

**ES IST NICHT  
AUSZUHALTEN!**

### Komplexe Störungen der Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen

#### 3. Wissenschaftliche Fachtagung des bkj

04. – 06. März 2005 in Frankfurt am Main, Fachhochschule

u.a. mit: S. Grünewald, M. Huber, M. Papousek, H. Petzold, M. Schulte-Markwort, A. Streeck-Fischer, G. Hüther,  
Wissenschaftliche Leitung: Bruno Metzmacher  
Infos über: Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (bkj),  
Am Markt 8, 36251 Bad Hersfeld, 06621/ 170760, [www.bkj-ev.de](http://www.bkj-ev.de)



# Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein (wie immer) arbeitsreiches Jahr geht zu Ende. Es hat für unsere Berufsgruppen als bedeutsame Neuerung die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungsverpflichtung gebracht. Sie haben dazu im September per Post ein ausführliches Info-Paket erhalten. Mittlerweile trifft in der Geschäftsstelle täglich eine Vielzahl von Akkreditierungsanträgen für Fortbildungsveranstaltungen ein (bis Mitte September waren es bereits rund 300, zum Teil gleich ganze Aktenordner), und auch das Telefon steht nicht still. Der Informationsbedarf ist naturgemäß angesichts der neu eingeführten Regelungen sehr hoch, und auch die Bearbeitung der Anträge gestaltet sich bei den zwar erweiterten aber dennoch begrenzten personellen Ressourcen sehr zeit-

intensiv. Wir haben zu häufig gestellten Fragen hinsichtlich der Fortbildung unten noch einmal die wesentlichen Punkte erläutert.

In der letzten diesjährigen Vertreterversammlung am 27. November (siehe dazu Bericht auf der Homepage der Kammer) wurden u.a. die Weichen zur Gründung eines Versorgungswerks gestellt, so dass wir zuversichtlich sind, Ihnen im kommenden Herbst ein gutes Angebot zur Altersvorsorge machen zu können.

Wir planen, Sie zukünftig in einen Newsletter aktuell und zeitnah über die Arbeit der Kammer und über gesundheitspolitische Veränderungen auf dem Laufenden zu halten. Dafür bitten wir Sie, uns Ihre Email-

Adresse mitzuteilen. Diese können Sie entweder auf der Homepage der Kammer eingeben ([www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de) → Kontakt) oder Sie können sie per Email den Mitarbeitern in der Geschäftsstelle durchgeben.

Wir wünschen allen Kammermitgliedern einen guten Jahresabschluss (einschließlich vieler Fortbildungspunkte) und einen noch besseren Start ins neue Jahr.

Mit freundlichem Gruß aus Stuttgart,

*Ihr Kammervorstand:*

*Detlev Kommer,  
Dietrich Munz,  
Thomas Fydrich,  
Trudi Raymann,  
Mareke de Brito Santos-Dodt*

## Vorankündigung: 2. Landespsychotherapeutentag am 9. Juli 2005

Am Samstag, den 9. Juli 2005 wird im Haus der Wirtschaft in Stuttgart im nächsten Jahr der 2. Landespsychotherapeutentag Baden-Württemberg stattfinden, zu dem wir Sie herzlich einladen. Wir tragen der aktuellen Diskussion um die Stellung der Prävention im Gesundheitswesen Rechnung und haben daher das Thema „Förderung psychi-

scher Gesundheit – Prävention psychischer Störungen“ gewählt. Im öffentlichen Teil werden empirisch fundierte Ansatzpunkte und Perspektiven für eine effektive Prävention psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie bei Erwachsenen dargestellt. Der Beitrag und die Kompetenz der Profession der Psychotherapeuten zur För-

derung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung soll klar herausgestellt werden. Das Programm des Landespsychotherapeutentags wird thematisch abgerundet durch Workshops zu praxisbezogenen Projekten aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern sowie durch Informationsveranstaltungen zum Berufsrecht der Psychotherapeuten.

## Sozialministerium plant für 2005 Novellierung des Heilberufe-Kammergesetzes

Das Heilberufe-Kammergesetz (HBKG) stellt die Rechtsgrundlage der Arbeit der Kammern dar. Es regelt die Mitgliedschaft in der Kammer, die Aufgaben der Kammern und die Grundpflichten und -rechte der Kammermitglieder. Vor allem aber dient es als Grundlage für alle Ordnungen der Kammern. Während alle anderen Kammern

eine Weiterbildungsermächtigung im HBKG schon früher zuerkannt bekamen, ist der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK) bislang die Befugnis zur Planung und Durchführung der Weiterbildung noch ausdrücklich verwehrt (§ 32 Abs. 3 HBKG). Daher ist eine Novellierung des Gesetzes notwendig. In Gesprächen

mit den vier Heilberufekammern Baden-Württembergs (LPK, Landesapothekerkammer (LAK), Landesärztekammer (LÄK) und Landes Zahnärztekammer (LZÄK)) hat das Sozialministerium nun zugesagt, dem Landtag im kommenden Jahr eine Novellierung des HBKG vorzuschlagen. Wenn dann diese Rechtsgrundlage geschaffen ist,

wird die LPK auch eine eigene Weiterbildungsordnung (WBO) verabschieden. Die WBO ist nicht zu verwechseln mit der Fortbildungsordnung. Deren Rechtsgrundlage ist berufsrechtlich schon in § 30 Abs. 1 HBKG geregelt und sozialrechtlich in § 95 d SGB V. Wie nun die WBO im Detail aussehen wird, soll in Gesprächen mit Fachleuten und Mitgliedern der Kammer sowie in Koordination mit anderen Psychotherapeutenkammern ausgearbeitet werden. Angedacht sind zum Beispiel die Weiterbildung zum Neuropsychologen und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für schon approbierte Psychologische Psychotherapeuten. Weiterbildungen innerhalb der Psychologischen Heilkunde sollen sich generell an dem übergeordneten Kriterium einer Verbesserung der Versorgung im kurativen Bereich sowie in der Rehabilitation, Prävention und in der

Gesundheitsförderung orientieren. Rahmenvorgaben für die WBO der LPK werden auch von der Muster-WBO der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zu erwarten sein, an der bereits gearbeitet wird.

Eine wichtige Änderung des HBKG nimmt auch Bezug auf die so genannte *health professional card* (HPC). Sie ist nicht zu verwechseln mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK oder EPC = *electronic patient card*, § 291a SGB V). Die HPC wird dem Psychotherapeuten/Arzt als elektronischer Schlüssel dienen, um die Daten aus der/über die EPC lesen und nutzen zu können. Die Daten, die die HPC über die Person und die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Leistungserbringers enthalten muss, sollen seitens der Kammer autorisiert werden. Unklar ist

bisher aber noch, wer die HPC ausgeben soll: eine zentrale Bundesstelle oder die einzelnen Landeskammern. Jedenfalls müssen mit der Einführung der HPC die Praxen entsprechende zertifizierte Lesegeräte vorhalten. Deren Kosten sowie die der HPC haben zunächst die betroffenen Praxen und Einrichtungen zu tragen. Eine Refinanzierung durch die Krankenkassen ist allerdings vorgesehen. Die EPC soll zum 1.1.2006 eingeführt werden; Modellversuche soll es aber schon früher, u. a. auch in Baden-Württemberg geben. Weiterhin plant das Sozialministerium mit der Novellierung des HBKG eine „Verschlankung“ der Kammerstrukturen: Die Bezirkskammern der Ärzte und Zahnärzte sollen abgeschafft, die Berufsgerichte aller vier Kammern zusammengelegt werden. Gegen diese Vorschläge haben alle Kammern einhellig Widerspruch erhoben.

## Akkreditierung von Fortbildungen

Als Referent für den Bereich Fortbildung bearbeitet Dr. Jürgen Schmidt seit dem Sommer die eingehenden Anträge auf Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen. In diesem Zusammenhang häufig gestellte Fragen werden nachfolgend kurz beantwortet.

### Was bedeutet eigentlich Akkreditierung?

Darunter ist die vorherige Prüfung der Kammer zu verstehen, ob eine geplante Fortbildungsveranstaltung den Anerkennungskriterien der Fortbildungsordnung entspricht. Mit der Akkreditierung erfolgt die Bewertung mit Fortbildungspunkten. **Welche Fortbildungsveranstaltungen sollen akkreditiert werden?** Grundsätzlich alle psychotherapielevanten Veranstaltungen, die in Baden-Württemberg stattfinden: Tagungen, Kongresse, Workshops, Kurse, aber auch so genannte reflexive Veranstaltungen wie Einzel-, Gruppen- oder Teamsupervision, Interventionsgruppen, Qualitätszirkel oder Balintgruppen. **Wie kann die Akkreditierung beantragt werden?** Erforderlich ist dazu ein formgerechter Antrag des Veranstalters. Das dazu erforderliche Antragsformular kann von der Internetseite der Kammer herunter geladen werden. **Wer ist eigentlich Veranstalter, d.h. wer stellt den Antrag auf Akkreditierung?** Das

ist unterschiedlich. Grundsätzlich ist derjenige Veranstalter, der eine Fortbildungsveranstaltung (z.B. Vorträge, Tagungen, Kurse) anbietet. In der Regel sind das öffentlich-rechtliche und private Institute, Gesellschaften, Organisationen, Einrichtungen, es können aber auch Einzelpersonen sein. **Wie wird eine Interventionsgruppe akkreditiert?** Hier beantragt ein Gruppenmitglied stellvertretend für alle die Akkreditierung der Gruppe. Dem Antrag muss eine Liste mit Namen und Anschrift aller Gruppenteilnehmer beigelegt werden. **Wie wird ein Qualitätszirkel akkreditiert?** Hier beantragt der Moderator bzw. Qualitätszirkelleiter die Akkreditierung. Dem Antrag ist eine Liste der Gruppenteilnehmer, ein Nachweis über die KV-Anerkennung des Qualitätszirkels oder ein Nachweis der Moderatorenschulung beizufügen. **Wie geht das bei Supervision?** Nach der Fortbildungsordnung können auch Supervisionen für das eigene Fortbildungszertifikat angerechnet werden, wenn der Supervisor die Anerkennungskriterien erfüllt. Supervisoren, die in Baden-Württemberg tätig sind, können ihre Akkreditierung bei der Kammer beantragen (ebenfalls mit dem Antragsformular und den erforderlichen Nachweisen). Sie können dann im Falle der Akkreditierung ihren Supervi-

sandInnen die Teilnahme an (Einzel-, Gruppen- oder Team-) Supervisionen mit einem standardisierten Formular bescheinigen. **Was ist mit Selbsterfahrung?** Hier gilt sinngemäß dasselbe wie für Supervisionen. Deshalb sollten auch Selbsterfahrungsleiter ihre Akkreditierung bei der Kammer beantragen. **Wie lange dauert es eigentlich bis zum Bescheid, wenn ich als Veranstalter einen Akkreditierungsantrag stelle?** Da wir uns noch in der Einführungsphase befinden, müssen Sie leider mit recht langen Wartezeiten rechnen, die gegenwärtig durchschnittlich bei gut zwölf Wochen liegen. Wir bitten dafür um Ihr Verständnis. Die Akkreditierung sollte deshalb im Regelfall mindestens 3 Monate vor Veranstaltungstermin beantragt werden. **Darf ich nur an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen, die zuvor von der Kammer akkreditiert wurden?** Nein. Grundsätzlich können Sie natürlich auch Fortbildungsangebote wahrnehmen, die nicht schon vor ihrer Durchführung von der Kammer akkreditiert worden sind. Gerade in der Einführungsphase kann es verschiedene Gründe dafür geben. Damit Sie aber auch (nachträglich) Punkte für solche Fortbildungen erwerben können, sollten Sie sich unbedingt die Teilnahme durch den Veranstalter bescheinigen lassen und die Unter-

lagen über die Veranstaltung (z.B. Programm) aufheben. Diese Nachweise können Sie dann bei der Kammer einreichen und die Anerkennung beantragen (derzeit noch formlos, in naher Zukunft wird es auch hierfür ein Standardformular geben). **Wie ist es mit Anerkennungen bzw. Bescheinigungen durch andere Kammern? Werden solche Fortbildungen automatisch anerkannt?**

Grundsätzlich ist zu beachten, dass es gegenwärtig keinen generellen „Automatismus“ der gegenseitigen Anerkennung gibt. Maßgebend ist letztlich die eigene Fortbildungsordnung. Wenn die Kriterien erfüllt sind, dann werden diese Fortbildungen natürlich anerkannt. **Für welche Fortbildungen erhalte ich Fortbildungspunkte?** Grundsätzlich für alle Veranstaltungen, die den Anerkennungs-

kriterien der Fortbildungsordnung entsprechen. Das entscheidende Kriterium ist also die Anerkennungsfähigkeit der Fortbildungsmaßnahme – natürlich verbundenen mit der nachgewiesenen Teilnahme. **Wie lautet die Grundregel bei der Bepunktung?** 1 Punkt pro Fortbildungsstunde, wobei eine Fortbildungsstunde 45 Minuten reiner Fortbildungszeit entspricht.

## Ausschuss für Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen: Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

Die Hyperkinetische Störung in der Kindheit (ICD-10 F 90)<sup>1</sup> ist Ende der 60er Jahre in die standardisierten Klassifikationssysteme für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters aufgenommen worden. Diese „Diagnose“ wird seit etwa 10 Jahren leider inflationär verwendet. ADS/ADHS ist ein Störungsbild, das auf ein Zusammenwirken von bio-psycho-sozialen Einflüssen zurückgeht. Es handelt sich um ein komplexes Syndrom mit umschriebenen Leitsymptomen und verschiedenen Untergruppen. Zu den häufigsten Symptomen gehören motorische Unruhe, Störungen der Aufmerksamkeit, Hyperaktivität, Konzentrationsprobleme, ungesteuerte Impulsivität sowie Defizite in der Verhaltenskontrolle und mangelnde Frustrationstoleranz.

### Epidemiologie

Die Mehrzahl der neueren epidemiologischen Studien zur Prävalenz zeichnet ein nahezu übereinstimmendes Bild. Mindestens 1% bis max. 6% aller 5- bis 18-Jährigen sind betroffen und leiden behandlungsbedürftig an ADS/ADHS. Etwa zwei von drei Patienten sind männlichen Geschlechts.

### Diagnose

Die vergleichsweise große Streubreite der Häufigkeitsschätzungen zeugt von den fließenden Grenzen des Störungsbildes. Obwohl bereits Diagnoseleitlinien erarbeitet worden sind, die neben einer psychologischen und medizinisch-körperlichen Untersuchung immer auch die Exploration der Eltern und des Kindes, Informationen des Kindergartens oder der Schule sowie län-

gere Verhaltensbeobachtungen fordern, werden diese zumeist nicht umgesetzt. In der Praxis ist ADS/ADHS eine Sammel-diagnose, die ganz unterschiedliche Störungsbilder erfasst. Es handelt sich immer um Kinder mit umfassenden Verhaltens- und Entwicklungsstörungen. Darunter finden sich sowohl Kinder mit neurologischen Defiziten als auch Kinder, die ihre seelischen Schwierigkeiten motorisch ausdrücken. Daneben gibt es Kinder aus Multiproblemfamilien, die zum Indexpatient werden. Eltern betroffener Kinder stehen zweifellos immer unter besonderer Belastung.

Trotz intensiver Forschung gibt es bis heute keine in der Praxis handhabbaren neurologischen Diagnoseverfahren oder biochemischen Marker. Die Diagnose beruht hauptsächlich auf psychologischen Tests, Verhaltensbeobachtungen, Einschätzungen von Experten, Eltern und Lehrern, Checklisten und Fragebögen. Sie kann nur gestellt werden, wenn die Symptome in verschiedenen Lebensbereichen zu beobachten sind.

### Ätiologie

Grundlagenforschung und psychotherapeutische Erfahrungen weisen auf eine große Bandbreite möglicher Ursachen hin:

- prä- und perinatale Schädigung
- neurologische Unreife bei Frühgeburt
- minimale cerebrale Dysfunktionen
- Traumata
- Trennungs- und Verlusterfahrungen
- Bindungsstörung oder desorganisierte Bindung
- postpartale Depression der Mutter

- Suchtprobleme oder psychische Erkrankung der Eltern
- transgenerationale Übertragung elterlicher Konflikte.

Nach wie vor sind die Ursachen für das umschriebene, komplexe Verhaltensmuster nicht restlos geklärt. Die meisten Experten sind sich aber darin einig, dass bei vielen Kindern genetische und biologische Ursachen mitspielen, wenn sie überdurchschnittlich heftig auf äußere Reize reagieren. Unbestreitbar gibt es Kinder, die mit einer besonderen Vulnerabilität auf die Welt kommen und die möglicherweise besonders leicht dazu neigen, diese Verhaltensstörungen zu entwickeln. Aber ob es wirklich dazu kommt, hängt ebenso unbestreitbar von den familiären und sozialen Bedingungen ab, unter denen diese Kinder aufwachsen. Die verbreitete Modellvorstellung über ADS/ADHS als einer rein biochemischen Funktionsstörung oder eines nur genetisch bedingten Defizits ist nicht zutreffend.

Monokausale Erklärungen, dass die Störung des Kindes ausschließlich auf organische Veränderungen zurückgeht oder die Folge einer Stoffwechselstörung ist, finden bei vielen Eltern deshalb großen Anklang, weil diese Vorstellungen die Eltern von den mit der Störung verbundenen Schuldgefühlen

<sup>1</sup> geläufige Abkürzungen: Hyperkinetisches Syndrom – HKS; Aufmerksamkeits-Defizit-Störung – ADS; Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit Hyperaktivität – ADHS; Attention-Deficit-Hyperactive-Disorder – ADHD



entlasten. Zudem verspricht die Verordnung eines verhaltensändernden Medikaments schnelle und einfache Hilfe.

Das kindliche Gehirn ist ein sehr komplexes und anpassungsfähiges Organ. Es strukturiert und differenziert sich durch den Gebrauch, der von ihm gemacht wird und durch die Lebensbedingungen des Kindes: die Qualität seiner Beziehungen, seine Möglichkeiten die Welt zu erkunden, sich frei zu bewegen und soziale Kontakte zu pflegen. Die Zunahme von Kindern mit ADS/ADHS-Symptomatik kann als ein Indikator dafür angesehen werden, dass ihre Lebenswelt es ihnen erschwert, die Adaptionfähigkeit ihres Gehirns in einer Weise zu entwickeln, die ihnen eine altersgemäße Regulation und Steuerung von inneren und äußeren Reizen ermöglicht. Vor diesem Hintergrund lassen sich die Symptome des Kindes als misslingender Bewältigungsversuch verstehen.

### Therapie

Eine wirksame Behandlung dieser Störung bedarf in erster Linie einer kompetenten psychotherapeutischen Begleitung. Die Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter präferieren eine ambulante und auf mehreren Ebenen angesiedelte Behandlung. Die Behandlung umfasst neben einer Psychotherapie des Kindes unter Berücksichtigung möglicher komorbider Störungen die begleitende Aufklärung und Beratung der Eltern sowie eine an die individuelle Problematik angepasste Kombination weiterer Therapiebausteine wie Elternterapie, Familientherapie und Pharmakotherapie. Stationäre Behandlung kann bei einer Symptomatik von besonderem Schweregrad, bei zusätzlichen schweren Beeinträchtigungen, aber auch bei mangelnden Ressourcen oder besonders ungünstigen Lebensbedingungen in Familie, Kindergarten oder Schule notwendig sein.

Eine Behandlung allein mit aktivierenden Psychopharmaka kann keine tragfähige Strategie zur nachhaltigen Heilung mit dau-

erhaftem Erfolg sein. Die Indikation ist sorgfältig und gewissenhaft abzuwägen. Auf der einen Seite zeigen empirische Befunde, dass damit betroffenen Kindern und ihren Familien erstmals wieder ein normaler überschaubarer Alltag ermöglicht wird und sich Schulstress und soziale Ausgrenzung deutlich reduzieren. Auf der anderen Seite wirken diese Psychopharmaka nur bei einem Teil der Kinder. Zu bedenken ist auch, dass sie eine ganze Reihe von unerwünschten Nebenwirkungen wie Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, nervöse Ticks, Wachstumsverzögerungen oder Depressionen hervorrufen können. Einige Neurobiologen weisen warnend darauf hin, dass mögliche schädigende Spätfolgen auf das sich entwickelnde kindliche Gehirn nicht ausreichend erforscht sind. Im Handbuch Psychopharmaka werden Psychostimulanzien, zu denen Ritalin und ähnlich wirkende Medikamente gehören, aufgrund ihres möglichen Abhängigkeitspotentials als Risikomedikamente eingestuft.

### Bedarfsgerechte Versorgung

Bei einer auf 1 – 6% geschätzten Prävalenzrate ist in Baden-Württemberg von 20.000 – 120.000 behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen auszugehen. Selbst wenn man alle in der vertragsärztlichen Versorgung mit Kindern und Jugendlichen befassten Berufsgruppen berücksichtigt – ca. 500 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ca. 150 Kinder- und Jugendpsychiater, ca. 1.400 Kinder- und Jugendärzte – steht in Baden-Württemberg nur für einen kleinen Teil der behandlungsbedürftigen Kinder mit ADS/ADHS ein Therapieplatz zur Verfügung. Eine bedarfsgerechte Versorgung ist damit nicht gegeben. Dieser Mangel darf nicht durch eine Ausweitung der Verschreibung von Psychostimulanzien allein kompensiert werden.

Eine qualitativ gute und bedarfsgerechte Versorgung erfordert den wechselseitigen Respekt der verschiedenen Berufsgruppen und die enge fachliche Kooperation von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Pädagogen und Ärzten.

### Literatur

- Bandelow, B., Bleich, B. & Kropp, S. (2000). Handbuch Psychopharmaka. Göttingen: Hogrefe.
- Bovensiepen, G., Hopf, H. & Molitor, G. (Hrsg.) (2002). Unruhige und unaufmerksame Kinder: Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms, Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2002); Eckpunkte der Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Bonn 28. und 29. Oktober 2002.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Hrsg.) (2003). Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Dornes, M. (1999); Die Entstehung seelischer Erkrankungen: Risiko- und Schutzfaktoren. In: Suess, G.J. & Pfeifer, W.K. (Hrsg.); Frühe Hilfen. Gießen: Psychosozial-Verlag, (S. 25 – 64).
- Hüther, G. (2004); Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Göttingen: Vandenhoeck.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002); Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Psychologische Rundschau, 53, 159 – 169.
- Remtschmidt, H. & Matzejat, F. (2003); Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. Deutsches Ärzteblatt (PP), 100: A 1066 -1072 (Heft 16).

### Geschäftsstelle

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



# Mitteilungen der Bayerischen Landes-kammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

## Versorgungswerk – die nächste Folge: Informationsveranstaltungen für die Mitglieder

Im Oktober führte der Vorstand der Bayerischen Psychotherapeutenkammer vier Informationsveranstaltungen für die Mitglieder in verschiedenen Städten in ganz Bayern durch: Am 4.10. in Kempten, am 7.10. in München, am 14.10. in Nürnberg und am 15.10. in Würzburg. Viele KollegInnen (Kempten: 26, München: 204, Nürnberg: 132 und Würzburg: 78) nutzten diese Gelegenheit, um sich persönlich über die Themen Gründung eines Versorgungswerkes, Fortbildungsrichtlinie, Health Professional Card und weitere aktuelle politische Aktivitäten der Kammer zu informieren und um mit dem Vorstand darüber zu diskutieren.

Nach dem **einleitenden Vortrag** durch den Kammerpräsidenten *Nikolaus Melcop* („Mit der Kammer ist unsere berufliche Existenz sehr viel sicherer geworden und wir können uns endlich selbst um unsere Belange kümmern...“), informierte der Geschäftsführer *Alexander Hillers* die Mitglieder über die **Grundlagen** und die bisherige Historie zur Errichtung **des geplanten Versorgungswerkes in Bayern**. Er erläuterte Vor- und Nachteile des Systems und unterschiedlicher Gründungsmodelle.

Zur Umsetzungsalternative für ein **Versorgungswerk für die bayerischen Kammermitglieder** referierten leitende Mitarbeiter der Bayerischen Versorgungskammer (*Hr. Baader* bzw. *Hr. König*), die die Charakteristika von Versorgungswerken als berufsständische Versorgungssysteme auf gesetzlicher Grundlage (Alters-, Hinterbliebenen- und Berufsunfähigkeitsversorgung) vorstellten. Ferner zeigten sie den möglichen Weg zur Errichtung eines Versorgungswerkes für die Psychotherapeuten in Bayern auf.

Im Vortrag wurde deutlich, dass ein Versorgungswerk kostengünstiger arbeitet als private Versicherungen. Die Kosten werden umso geringer, je mehr Mitglieder dem Versorgungswerk angehören. Die Renditemöglichkeiten erhöhen sich auch, wenn größere Vermögenswerte angelegt werden können.

Für die Variante **„Anschluss an das PVW“** stellte *Fr. Sieker* die Details dieses bereits bestehenden Versorgungswerkes für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Niedersachsen vor, welches sie als Geschäftsführerin seit dem Jahr 2000 mit aufgebaut hat. Das PVW stand damit auch als Modell für die konkrete Ausgestaltung eines möglichen Versorgungswerkes für PP und KJP in Bayern.

Im PVW sind momentan aus Niedersachsen 750 Mitglieder organisiert. Bremen ist am 1. März 2004 per Staatsvertrag mit seinen Mitgliedern „dazugekommen“. *Fr. Sieker* berichtete, dass die Kammern von Rheinland-Pfalz, Hessen, Hamburg und Berlin bereits erklärt hätten, dass sie den Beitritt ihrer Mitglieder zum PVW ermöglichen wollen. Dazu sind noch verschiedene Rechtsvoraussetzungen zu schaffen. Das PVW hätte dann ca. 3.000 Mitglieder.

Mit Berichten über Details der Satzungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) und des PVW wird dargestellt, wie das PVW in rechtlicher und wirtschaftlicher Verbindung zur PKN steht. Seit Dezember 2003 besitzt das PVW eine sog. Teilrechtsfähigkeit, womit die Vermögensmassen getrennt verwaltet werden. Eine echte Trennung der Einrichtungen als unterschiedliche Rechtsträger (sog. Vollrechts-



*Blick in die Mitgliederinfo-Veranstaltung in München am 7. Oktober 2004.*

fähigkeit) wie dies vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz als Voraussetzung für die Mitgliedschaft von unseren bayerischen Kammermitgliedern im PVW verlangt wird, sei aber derzeit nicht zu erreichen. Dazu müsste erst das Heilberufekammergesetz in Niedersachsen geändert werden.

Nach den Vorträgen der ExpertInnen hatten die Anwesenden an allen Veranstaltungsorten ausgiebig Gelegenheit zu Fragen an die ReferentInnen und den Vorstand. Den Abschluss der Diskussionsrunde bildete jeweils zunächst die Frage an unsere Mitglieder, „ob“ die Berufskammer die Gründung eines Versorgungswerkes jetzt auf den Weg bringen solle und dann „wie“, d.h. in welcher Variante ggf. ein solches Versorgungswerk vorzugsweise zu gründen sei.

An allen Orten stimmten die KollegInnen **beinahe einstimmig für die Gründung eines Versorgungswerkes**.

**Mit überwältigender Mehrheit sprachen sich die Mitglieder dann für die Errichtung des Versorgungswerkes bei der Versorgungskammer Bayern aus.**



Die Mitglieder in München bei der Abstimmung zum Versorgungswerk

und Kammer zur Umsetzung der Nachweispflicht der Fortbildung für die GKV-zugelassenen Kolleg/innen gearbeitet.

Wir bitten Sie ausdrücklich: Nutzen Sie unsere Hotline, wenn Sie Fragen haben, aber schauen Sie erst in die **Homepage**, laden Sie sich die neuesten Formulare herunter und prüfen Sie, ob Ihre Frage nicht vielleicht schon bei den FAQ's dort beantwortet ist.

[www.psychotherapeutenkammer-bayern.de](http://www.psychotherapeutenkammer-bayern.de)

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

## KV Bayern: Psychotherapeut R. Bittner zum stellv. Vorsitzenden gewählt

Am Samstag, dem 16.10.04, trat die neu gewählte Vertreterversammlung der KVB zu ihrer ersten Sitzung zusammen. Auf der Basis der neuen Satzung musste u.a. der neue 2-köpfige Vorstand aus dem Kreis der 50 Delegierten gewählt werden. Es standen sich die großen Gruppen/Fraktionen der Fachärzte und der Hausärzte gegenüber. Zuvor war die Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin *Dr. Irmgard Pfaffinger* zur Vorsitzenden der Delegiertenversammlung gewählt worden. Als ihr Stellvertreter wurde der Allgemeinarzt *Dr. Werner Sitter* gewählt, der jedoch im Laufe der Versammlung sein Amt zurückgab. Nun bekleidet der hausärztliche Internist, *Dr. Wolf von Römer*, das Amt des stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung der KVB. Nun zur Wahl des Vorstandsvorsitzenden: *Dr. Axel Munte*, bisheriger Vorsitzender des Vorstandes der KVB, wurde in den dafür erforderlichen Wahlgängen in seinem Amt bestätigt.

Die Mitgliederinformationsveranstaltungen fanden ihre Fortsetzung mit Vorträgen und Präsentationen zu weiteren aktuellen Entwicklungen in der Kammer.

*Ellen Bruckmayer* bzw. *Heiner Vogel* zeigten den Sachstand der **Berufsordnung** auf, und informierten anschließend über die geplante Auftaktveranstaltung zur **Fortbildung Psychoonkologie** mit Schwerpunkt Brustkrebs.

Die **Fortbildungsrichtlinie** und die Punktevergabe in den verschiedenen Kategorien wurden anschließend von *Rainer Knappe* bzw. *Karin Tritt* erläutert. Viele Fragen konnten dazu beantwortet werden.

Der jeweilige Schlussvortrag an den Abenden war der Bericht von *Peter Lehdorfer* bzw. *Heiner Vogel* zum aktuellen **Stand der elektronischen Gesundheitskarte (PDC)** und zur **Health Professional Card (HPC)**. Am 1. Januar 2006 soll die PDC eingeführt werden und dann die heutige Versichertenkarte für die gesetzlich Versicherten ersetzen. Die PDC wird eine Ausweisfunktion (mit Lichtbild) sowie Erklärungs-, Dokumentations- und Speicherfunktionen beinhalten. Die verschlüsselten Daten der Versicherten sollen auf einem externen Server gespeichert werden. Der „Schlüssel“ zu den Daten auf der PDC wird die HPC sein, auf der differenzierte Berechtigungen für einen Zugriff gespeichert sein sollen. Die PsychotherapeutInnen werden

voraussichtlich Inhaber der HPC sein. Die Leistungserbringer unterliegen weiterhin der Schweigepflicht. Die Versicherten können entscheiden, ob und welche Daten auf ihrer Gesundheitskarte aufgenommen werden und wer darauf zugreifen darf.

Zum Abschluss der Informationsveranstaltungen bestand stets noch Gelegenheit zur **Diskussion**, was alle Beteiligten gerne genutzt haben.

## Fortbildungsrichtlinie: Das Neueste zur Umsetzung

Die ersten Erfahrungen mit der Umsetzung der Fortbildungsrichtlinie in Bayern und anderswo sind gemacht – sowohl auf Seiten der Mitglieder wie auch in den Verwaltungen der Kammern. Diese Erfahrungen erfordern Anpassungen: So wurden die **Formulare inzwischen verbessert**, hier danken wir den Mitgliedern für Rückmeldungen und auch für Rücksicht bzw. Verständnis, wenn's mal nicht so klappt wie gewünscht. Auch wurden manche Probleme erst in der Umsetzung deutlich, auf die die Kammer durch Anpassung der Richtlinie bzw. ausführlichere **Erläuterungen zu häufig auftauchenden Fragen** (neudeutsch: frequently asked questions oder FAQ's) reagierte.

Mit der **KV Bayerns** wird derzeit an der Abstimmung des Vorgehens zwischen KV



Für das Amt des Stellvertreters kandidierte *Dr. Wolfgang Hoppenthaler*. Er verfehlte bei den dazu durchgeführten Wahlgängen die für dieses Amt notwendige Mehrheit. Ein anderer Kandidat aus den Reihen der Hausärzte trat nicht zur Wahl an. Der Psychotherapeut *Rudolf Bittner* wurde vorgeschlagen und erklärte seine Bereitschaft zur Kandidatur. Er wurde nach mehreren Wahlgängen in das Amt des Stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes gewählt. Die Hausärzte versuchten in den Folgetagen, über öffentliche Beschwerden u.a. bei Ministerin Stewens das Wahlergebnis annullieren zu lassen. Das Schreiben an Ministerin Stewens wurde inzwischen wieder zurückgezogen.

Wir wünschen *Dr. Axel Munte* und *Rudolf Bittner* viel Erfolg in ihren Ämtern. Wir wünschen ihnen die notwendige Übersicht und Energie, um an der zukunftsorientierten Ausgestaltung der KVB in der Zeit des neuen GMG mitzuwirken, im Interesse aller Mitglieder.

## Psychotherapeutische Versorgung von Migrantinnen und Migranten

Bereits zweimal trafen sich *Peter Lehn-dorfer* und *Karin Tritt* vom Kammervorstand mit zwei Kolleginnen aus der *Fachstelle Migration und Gesundheit der Landeshauptstadt München* bzw. dem Psychologischen Dienst für Ausländer der Caritas. Themen waren u.a. die psychotherapeutische Versorgung von ausländischen Mitbürgerinnen und -bürgern in Bayern. Immerhin sind 23% der Münchner Migrantinnen und Migranten. In der ambulanten und stationären Versorgung tauchen immer wieder Probleme hinsichtlich der Sprache und der kulturellen Hintergründe auf. Deshalb ist es wünschenswert, eine Liste mit Psychotherapeuten zu erstellen, die die jeweiligen sprachlichen und kulturellen Kenntnisse erfasst. Im Rahmen der Umsetzung der Meldeordnung könnten entsprechende Parameter abgefragt werden.

Weitere Themenbereiche betrafen die Anerkennung von Ausbildungsanteilen aus dem europäischen bzw. außereuropäischen Ausland.

Ferner wurde thematisiert, dass in der Aus- und Fortbildung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das Thema „Migration“ einen nur sehr geringen Stellenwert einnimmt. Man kam überein, auf die Anbieter von Aus-/Fortbildungsveranstaltungen zugehen zu wollen. (Dies wurde durch den Vorstand erledigt)

Insgesamt haben die beiden ersten Treffen zu einer ersten Sensibilisierung für die speziellen Anliegen von Mitbürgerinnen und -bürgern mit anderem kulturellen und/oder sprachlichen Hintergrund geführt. Weitere Treffen wurden vereinbart.

## Kurzbericht:

Die **Gemeinsame Kommission mit der Bayerischen Landesärztekammer** beschäftigte sich weiter intensiv mit der wechselseitigen Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen für die Fortbildungszertifikate. Probleme werden hier noch insb. verwaltungstechnisch in der etwas unterschiedlichen Systematik der entsprechenden Richtlinien gesehen. Ziel ist für beide Seiten ein möglichst niedriger Verwaltungsaufwand. Weiterhin wurden in der Kommission u.a. Abstimmungen zu Fragen der neuen elektronischen Karten PDC und HPC, zu den Telefonbucheinträgen und zum Entwicklungsstand der Berufsordnungen vorgenommen.

## Delegiertenversammlung am 28. Oktober

Die zweite Delegiertenversammlung in diesem Jahr hatte wieder ein randvolles Programm, wenngleich sie auch zeigte, dass die Kammerarbeit inzwischen für alle Beteiligten Routine geworden ist. Diskussionen verliefen entspannter und konsensorientierter, Konflikte wurden besprochen, aber ohne dass dadurch der Zeitplan oder die Sache aus dem Blick geraten wäre.

Im **Bericht des Vorstandes** stellte *N. Melcop* als ersten Schwerpunkt die Weiterentwicklung der Kommunikation mit den Mitgliedern dar. Die Beratungstätigkeit von Seiten der Kammer hat sich weiter intensi-

viert, die Hotline ist nicht mehr wegzudenken und die Homepage wurde weiterentwickelt und wird zunehmend genutzt. Höhepunkt der letzten Monate waren die Mitgliederversammlungen (s. oben). Aus den Rückmeldungen der Kammermitglieder wird nicht nur Anerkennung der Kammerarbeit deutlich, sondern auch, dass die Mitglieder sich zunehmend als Teil einer solidarisches organisierten Berufsgruppe erleben.

Weiterhin berichtete er über personelle und EDV-technische Neuerungen in der Geschäftsstelle und wies auf das besondere Engagement der Geschäftsstellenmitarbeiter/innen mit vielen Überstunden insbesondere in den letzten Monaten.

Der zweite Teil des Berichts war der Umsetzung der Fortbildungsrichtlinie und der Berufsaufsicht sowie den Aktivitäten auf Bundesebene gewidmet. Dabei wies *N. Melcop* auf die besondere Notwendigkeit der Kooperation der Kammern auf Bundesebene, z.B. im Länderrat, hin.

Den dritten Teil bildete die Darstellung von gesundheitspolitischen Initiativen. Vor dem Hintergrund der bevorstehenden weitreichenden Umstrukturierungen im Gesundheitswesen forderte der Präsident im Ausblick auf die kommende Zeit zu einem besonders engagierten Einsatz für die Psychotherapie und die Psychotherapeut/innen in Bayern und bundesweit auf.

Nach den **Berichten der Ausschüsse** (siehe auch Kammer-Homepage) folgte das erste Hauptthema, die **Beratung des Berufsordnungsentwurfes**. Er war vom Ausschuss unter Leitung von *Ellen Bruckmayer* sorgfältig erarbeitet, sodann mit dem Vorstand und letztlich der Aufsichtsbehörde beraten worden. Die neuen Regelungen wurden nunmehr in der Kammerversammlung noch einzeln diskutiert und konsentiert, was angesichts der Bedeutung der Ordnung, die zukünftig eine justiziable Grundlage für die Berufsaufsicht durch die Kammer darstellt, ein wichtiger Erfolg ist. Nach etwa zwei Stunden Beratungszeit konnte dann der gesamte Entwurf zur Abstimmung gestellt werden und erhielt eine überwältigende Zustimmung. **Die verabschiedete Fassung finden Sie als Einlage in diesem PTJ.**





*Blick aus dem Deutschen Patentamt, in dem die 4. Delegiertenversammlung stattfand*

### **Psychotherapeutische Versorgung von forensischen PatientInnen**

Immer wieder taucht die Frage nach ambulanten Therapiemöglichkeiten für forensische Patienten oder für Straftäter auf, z.B. im Rahmen der Bewährungshilfe. In Absprache mit der Landesärztekammer werden wir versuchen, hier Vermittlungs-, Informations- und evtl. auch erforderliche Fortbildungsangebote zu schaffen.

→ Wir bitten alle KollegInnen, die sich für diese Thematik interessieren, sich in der Kammer zu melden. Dies könnte insbesondere für KollegInnen ohne Kassenzulassung interessant sein, weil die Abrechnung derartiger Therapien häufig nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversorgung erfolgt.

#### **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: 089 / 515555-25  
 Montag bis Donnerstag 9.00 – 15.30 Uhr,  
 Freitag 9.00 – 13.00 Uhr  
 info@ptk-bayern.de  
 www.psychotherapeutenkammer-bayern.de  
 Telefon-Hotline für Fragen zur Fortbildungsrichtlinie: 0180-1515555  
 (Mo + Mi 10.00 – 12.00 Uhr,  
 Do 8.00 – 10.00 + 12.00 – 15.00 Uhr)

Aufgrund notwendiger **Anpassungen der Fortbildungsrichtlinie** an die Musterfortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer wurde der Vorstand beauftragt, in Zusammenarbeit mit dem AFW-Ausschuss, diese in der nächsten Zeit vorzunehmen.

Das nächste wichtige Thema war der **Haushaltsplan für das Jahr 2005**. Die Vorlage basierte auf den Daten aus dem laufenden Geschäftsjahr und damit auf einem "normalen" Geschäftsbetrieb, sie wurde in enger Abstimmung mit dem Finanzausschuss erstellt. Alle Delegierten waren sich einig, dass die Vorlage eine solide Arbeitsgrundlage darstellt und so fand auch der Haushaltsentwurf eine breite Zustimmung. Ein Antrag auf Verminderung der Entschädigung für die Kammerfunktionäre wurde diskutiert, aber mit großer Mehrheit abgelehnt.

Da für das Jahr 2005 bereits eine Erhöhung der Bundesumlage beschlossen und auch der Haushalt der Kammer nach dem vorgesehenen Verbrauch eines Teils der Rücklagen aus der Gründungszeit gedeckt bleiben muss, war aus Sicht von Finanzausschuss und Vorstand eine **Beitrags-erhöhung** um ca. 50 € in den drei Beitragsgruppen unvermeidlich. Hier fand sich ebenfalls eine einhellige Zustimmung (vgl. neue Beitragsordnung in der Einlage).

Das weitere zentrale Thema der Delegiertenversammlung war das geplante **Versorgungswerk** für die Kammermitglieder. Nach dem Bericht über die Mitgliederversammlungen (s.o.) wurden von Geschäfts-

führer *A. Hillers* und *Hr. Baader* (Bayerische Versorgungskammer) noch einmal die Alternativen erläutert. Sodann ging es mit der Beratung relativ zügig: Einstimmig unterstützten die Delegierten den Vorschlag des Vorstandes (der ja auch bei den Mitgliederversammlungen eine breite Zustimmung gefunden hatte), ein Versorgungswerk unter dem „Dach“ der bayerischen Versorgungskammer zu errichten bzw. einen entsprechenden Vorschlag dem Gesetzgeber resp. dem zuständigen Ministerium zu unterbreiten.

Nach ausführlicher Erläuterung der geplanten Neuerungen im Zusammenhang mit der **Einführung der Gesundheitskarte** und der Health Professional Card durch *Peter Lehndorfer* wurde noch ein **Resolutionsentwurf im Kinder-/Jugendhilfebereich** beraten. Es geht um die aktuell in der Föderalismuskommission diskutierte Frage zur Gesetzgebungskompetenz in Bereich SGB VIII, die aus Sicht einiger Länder, u.a. von Bayern, vom Bund auf die Landeszuständigkeit übergehen soll. Für diesen Fall ist zu befürchten, dass Jugendhilfeleistungen zukünftig häufig in Abhängigkeit von der kommunalen Finanzlage gewährt werden. Die überwiegende Mehrheit der Delegierten unterstützte das Anliegen des Resolutionsentwurfs, der diese Entwicklung ablehnt. Da die Versammlung zu diesem fortgeschrittenen Zeitpunkt nicht mehr beschlussfähig war, war das Meinungsbild als Aufforderung an den Vorstand zu verstehen, eine entsprechende Stellungnahme der Kammer zu erarbeiten.



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach inzwischen dreijähriger Aufbauzeit kann die Kammer nun konkrete Ergebnisse vorweisen. Leider musste sie zur DV am 09.09.04 den Rücktritt der Präsidentin Gisela Borgmann hinnehmen, die den Vorstand und die Fraktionssprecher über ihre Absicht bereits im Mai unterrichtet hatte. Sie begründete ihre Entscheidung mit privaten Motiven. Die Mitglieder des Vorstandes bedauerten diese Entscheidung sehr, dankten für die ergebnisorientierte und konstruktive Arbeit. Der Vorstand setzt seine Arbeit selbstverständlich im Sinne der vor drei Jahren beschriebenen Programmatik fort. Vizepräsident Heinrich Bertram führt bis auf weiteres die Geschäfte des Präsidenten, längstens bis zur Neuwahl der Delegiertenversammlung im Sommer 2005 und der damit einhergehenden Wahl eines neuen Vorstandes.

Der **Landespsychotherapeutentag** am 30.09.04 war mit über 450 Teilnehmern, relevanten Vertretern aus der Politik und dem fachlichen Vortrag von Prof. Dr. Jürgen Kriz inhaltlich und in seiner Wahrnehmung in der politischen Landschaft ein voller Erfolg (s. dazu den nachfolgenden Bericht). Der Landespsychotherapeutentag bedarf noch einer intensiven Aufarbeitung. Die Ergebnisse werden auf der Homepage und im nächsten Berliner Rundbrief nachzulesen sein.

Die Veranstaltung „Psychotherapie in Berlin“ am 27.08.04 war gut besucht. Gisela Borgmann stellte die Ergebnisse der **Fragebogenerhebung** (Rücklauf 60%) vor. Zu den interessantesten Ergebnissen gehört die hohe Repräsentanz von Nicht-Richtlinienverfahren in der Stadt (besonders Gesprächspsychotherapie, systemische und Familientherapie) sowie die ungleiche Versorgung von Ost- und Westbezirken. Die Gesundheitsreferentin Frau Engert stellte die Arbeit des Service-

Telefons vor und beantwortete Fragen zu Datenschutz und Neutralität bei der Weitervermittlung von Adressen. (Der Fragebogen findet sich auf der Homepage, kann ausgefüllt und jederzeit an die Geschäftsstelle gesandt werden. Auch Änderungen können auf diesem Weg in die Datenbank aufgenommen werden.) Anschließend stellten einige Kammermitglieder in sechs Vorträgen den Kollegen ihre Arbeitsbereiche vor. Die Vorträge stießen auf reges Interesse, so dass wir eine solche Veranstaltung wiederholen werden. Wer seinen Arbeitsbereich in einem solchen Rahmen vorstellen möchte, wende sich bitte an die Geschäftsstelle.

Im August startete unsere **Imagekampagne**, die Flyer und Plakate sind fertig und haben positive Resonanz bei KollegInnen (auch anderer Länder) gefunden.

Gut Ding will Weile haben: Es ist zugesagt, dass das **Internet-Suchsystem** von KV Berlin und ÄK Berlin ab Oktober auf der Erstansichtsseite der PP und KJP das Richtlinienverfahren ausweist, und damit ein Äquivalent zur Darstellung der psychotherapeutisch tätigen Ärzte ist. Sprachliche Unschönheiten wie ‚nichtärztliche Psychotherapeuten‘ in den erläuternden Texten sind auf unsere Anregungen bereits vor längerer Zeit ersetzt worden.

Die Ausführungsvorschriften über die Hilfen zur Erziehung Vollzeitpflege (§33 SGB VIII) und zur teilstationären Familienpflege sind (endlich) verabschiedet.

Unsere Geduld in punkto **Versorgungswerk** ist längst überschritten: Die Änderung des Heilberufekammergesetzes scheitert an der SPD Fraktion. Nach diversen Gesprächen und Schriftverkehr – unermüdlich unterstützt durch unseren Kammerbeauftragten Alexander Malkowsky – mit politischen Entscheidungsträgern ist noch

keine definitive Lösung gefunden. Eine Klage, die lt. einer Rechtsexpertise gute Erfolgsaussichten hätte, würde die Sache jedoch nicht beschleunigen.

Am 23. Sept. fand in den Räumen der Kammer eine **Info-Veranstaltung rund um die Fortbildungsordnung** statt. Inge Brombacher, Christoph Stößlein und Frau Engert gaben den zahlreich erschienenen Kammermitgliedern kompetent Auskunft. Aufgrund des großen Interesses wird die Veranstaltung Anfang 2005 wiederholt werden. Das in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer und dem Behandlungszentrum für Folteropfer durchgeführte Curriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren“ wurde bisher viermal durchgeführt und ist für 2005 mit drei weiteren Durchgängen geplant. Aus dem Curriculum ist ein Buch entstanden, das Anfang 2005 im Springer-Verlag erscheinen wird.

Die von der Kammer eingesetzte Kommission zur **Psychotherapie im KJHG** hat ein ausführliches Papier erstellt. Der Kammer interne AK hat eine Stellungnahme zum Erhalt und zur Begründung von Psychotherapie im KJHG erarbeitet, die einstimmig von der DV angenommen wurde (s. Homepage). Die Situation ist sehr ernst. Erschwert wird die Situation durch einen Referentenentwurf zu den Berliner Ausführungsvorschriften des KJHG, der u.a. darauf abzielt, die ausdrückliche Erwähnung von Psychotherapie im Rahmen des SGB VIII zu streichen. Die Psychotherapeutenkammer hat mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass es ein Recht auf Psychotherapie im Rahmen des SGB VIII gibt. Hier wird die Kammer aktiv bleiben!

Für den Vorstand

*Heinrich Bertram*

## Bericht über den 1. Berliner Psychotherapeutentag

Mit über 450 TeilnehmerInnen war der 1. Landespsychotherapeutentag Berlin „Grenzen überwinden – Psychotherapeuten können mehr ...“ am 30. Sept. im Kaiserin-Friedrich-Haus ein voller Erfolg. Eröffnet wurde die sehr gut organisierte Veranstaltung von Heinrich Bertram, Vizepräsident der Berliner Psychotherapeutenkammer. Marga Henkel-Gessat (Vorstand) führte durchs Programm. Der Berliner Staatssekretär für Gesundheit, Dr. Herrmann Schulte Sasse, der Präsident der Berliner Ärztekammer, Dr. Günter Jonitz, sowie der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Detlef Kommer, sprachen Grußworte.

Auf besonders lebhaftes Interesse bei den Teilnehmern stieß der Leitvortrag von Prof. Dr. Jürgen Kriz, Professor für Psychotherapie und Klinische Psychologie an der Universität Osnabrück. Eine Kernaussage seines Vortrags lag darin, dass er für ein schulenübergreifendes Modell der Psychotherapieausbildung plädierte. Auf gleichberechtigter Basis sollen die verschiedenen Grundströmungen – verhaltenstherapeutischer, psychodynamischer, humanistischer und

systemischer Art – zu einer ganzheitlichen Psychotherapie integriert werden. Neben einer umfassenden theoretischen Ausbildung soll sich nach seiner Vorstellung die praktische Ausbildung nicht allein auf ein Verfahren stützen, sondern die Ausbildungskandidaten sollen neben Elementen der drei bereits im PsychThG genannten Verfahren solche aus der Systemischen Therapie, der Gesprächspsychotherapie und weiterer Verfahren erlernen.

Das anschließende Politische Podium diskutierte die Frage, ob und wenn ja welche Bestrebungen es im politischen Raum gibt, die strenge Orientierung an den so genannten Richtlinienverfahren aufzuweichen. Auf dem Podium stimmte man weitgehend der Auffassung von Horst Schmidbauer, dem gesundheitspolitischen Sprecher der SPD im Bundestag, zu, dass die Festschreibung auf diese Verfahren ein „Geburtsfehler“ des PsychThG sei. Politiker und Fachvertreter waren sich zudem darin einig, dass eine diesbezügliche Gesetzesänderung zwingend auf Vorgaben aus der Fachdisziplin angewiesen ist. Aufgegriffen wurde das

Thema noch einmal in der wiederum gut besuchten abendlichen Abschlussveranstaltung. Dort wurde sehr engagiert und kontrovers über Chancen und Risiken einer Erweiterung der ambulanten Richtlinienpsychotherapie diskutiert. Prof. Dr. Peter Fürstenau, Dr. Manfred Thielen (Vorstand) u.a. traten für ihre dringende Erweiterung ein – u.a. Methodenintegration, wie im stationären Bereich seit langem erfolgreich praktiziert. Anne Springer und Rolf Kromat-Häckel dagegen plädierten eher für die Aufrechterhaltung der gegenwärtigen Verfahrensorientierung.

Im Anschluss an die Mittagspause fanden jeweils parallele Workshops statt. Das Spektrum der Themen war am Tagungsmotto orientiert und sehr weit gespannt. Es ging z.B. um die „Integrierte Versorgung am Beispiel der Psychonkologie“, um „Berufsförderung und Dienstrecht“, um die „Früherkennung von Psychosen“, um den „Körper in der Psychotherapie“ und vieles mehr. Gemeinsam war allen Veranstaltungen, die fachliche Präzision der Vorträge und eine engagierte anschließende Diskussion.

## Bericht über die 10. Delegiertenversammlung

- Präsidentin zurückgetreten
- Neubesetzung von Präsidentenamt und Vorstandsnachwahl verschoben
- Ausschuss für Angestellte eingerichtet

Die Präsidentin der Kammer, Gisela Borgmann, gab den Delegierten offiziell ihren Entschluss bekannt, aus persönlichen Gründen ihr Amt niederzulegen, nachdem sie das drei Monate zuvor bereits allen Funktionären mitgeteilt hatte. Sie zog eine positive Bilanz der unter ihrer Führung geleisteten Aufbauarbeit der Kammer und dankte dem Vorstand und den Delegierten für die Unterstützung. Sie wurde mit großem Applaus von den Delegierten verabschiedet. Marga Henkel-Gessat vom Vorstand, Christian Zschüttig als Sprecher der Sitzungsleitung im Namen der Delegierten und die Sprecher der Gruppen bedauerten den Rücktritt, bedankten sich für ihr Engagement und wünschten ihr für ihre Zukunft alles Gute.

Bei der anschließenden Wahl zum Präsidenten erhielt Heinrich Bertram (es gab keine Gegenkandidaten) nicht die erforderliche Mehrheit der Delegiertenstimmen. Zuvor hatten die nicht am Vorstand beteiligten Gruppen (Liste Berliner Psychotherapeuten, Forum für Psychoanalyse und Psychotherapie) sowie die Liste der Analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die Wahl von H. Bertram von der Zusage abhängig gemacht, alle Fraktionen i.S. einer Kooptierung an der Vorstandsarbeit zu beteiligen. Diese Forderung wurde vom amtierenden Vorstand, der Listen Bündnis und Kontext als nicht satzungsgemäß abgelehnt. Der Vizepräsident Heinrich Bertram wird die Aufgaben des Präsidentenamtes bis auf weiteres kommissarisch wahrnehmen.

Die Delegierten schlossen sich mehrheitlich dem Antrag einer fraktionslosen Gruppe von Angestellten unter Leitung von

Heinz Hättig an, für die Anliegen der Angestellten einen eigenen Ausschuss einzurichten. Der Sprecher wird auf der nächsten DV gewählt.

Die DV beschloss weiterhin Resolutionen zur Sicherung der KJHG-Therapien und einen Protest gegen die Behandlung von Bürgerkriegsflüchtlingen durch die Senatsinnenverwaltung.

## Berliner Servicetelefon

Seit August 2004 ist das Servicetelefon dienstags (Tel.: 030-8871 4020) erreichbar. Die Sprechzeit von 14-16 Uhr ist aufgrund des großen Andrangs von Beginn an erweitert worden. In den ersten Wochen läutete das Telefon bis 19 Uhr. Zusätzlich wurden viele Anrufe außerhalb der Sprechzeit vom Sekretariat bzw. vom Anrufbeantworter entgegengenommen. Die enorme

Nachfrage hat zwar nachgelassen, doch die Zahl der Anrufe ist weiterhin sehr hoch. Darüber hinaus erreichen uns viele Anfragen per E-Mail oder über die zentrale Rufnummer. Sie werden kontinuierlich beantwortet.

Die meisten Anfragen nach psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten können entlang der Kriterien im Mitgliederfragebogen beantwortet werden (Wohn-

ortnähe, Zielgruppe, Arbeitsschwerpunkte, therapeutische Ansätze, Abrechnungsmodalitäten, Fremdsprachen, spezielle Zielgruppen, gutachterliche Tätigkeit). Viele Anrufer wollen wissen, woran man einen guten Psychotherapeuten erkennt, und kannten die probatorischen Sitzungen nicht.

Auch viele KollegInnen aus Institutionen rufen an, die Fragen zur Weiterbehandlung

ihrer Klienten haben, und Ärzte, die etwa spezielle Sprachkenntnisse erfragen. KollegInnen nutzen das Servicetelefon, um eine Supervision für sich zu suchen. Als wertvoll erweist sich die Rubrik „Besondere Angebote und Kompetenzen“. Besonders zu den schweren oder chronischen organischen Krankheiten kommen immer wieder Nachfragen nach PsychotherapeutInnen, die mit solchen Patienten Erfahrung haben.

## Dokumentation in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis

Eine aktuell gehaltene Dokumentation behandlungsrelevanter Patientendaten, des Behandlungsverlaufes, der in und außerhalb der Therapie erzielten Veränderungen des Patienten ist ein Qualitätsmerkmal jeder gut geführten psychotherapeutischen Praxis. Für die Mehrzahl der Kollegen gehört eine solche Dokumentation ebenso wie andere Aspekte eines professionellen Praxismanagements zum selbstverständlichen Teil ihrer alltäglichen Arbeit. Ihnen werden einige der im Folgenden genannten Aspekte als Selbstverständlichkeit erscheinen.

Für die Qualitätssicherung beim Thema Dokumentation ist zu unterscheiden,

1. welche Informationen dokumentiert werden sollen und
2. wie diese erhoben werden sollen bzw. können.

Der Ausschuss für Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung hält gewisse Mindeststandards, welche Informationen dokumentiert werden sollen, grundsätzlich für sinnvoll. Vor allem im Bereich Diagnostik sind verfahrensspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen.

Bei der Erhebung sind die verfahrensspezifischen Unterschiede zu berücksichtigen, die a) eine unterschiedliche Beurteilung der diagnostischen Nützlichkeit einer mündlichen Gewinnung von Informationen versus schriftlicher Befragung und Testung des Patienten betreffen, b) auf einer z.T. unterschiedlichen Einschätzung der Aussagekraft und Verwertbarkeit der auf die eine oder andere Weise gewonnenen Informa-

tionen beruhen sowie c) mögliche Auswirkungen der Art der Erhebung auf den verfahrensspezifischen Therapieprozess betreffen. Aus diesem Grund sollte, was den Weg der Informationsgewinnung betrifft, in zukünftigen QS- bzw. QM-Leitlinien weitgehend freie Hand gelassen werden.

### 1. Zur juristischen Dokumentationspflicht

Juristisch unterliegen alle diagnostischen und therapeutischen Schritte des praktizierenden Psychotherapeuten der Dokumentationspflicht. Davon rechtlich zu unterscheiden sind persönliche Aufzeichnungen des Therapeuten, die neben einer solchen Dokumentation geführt werden können. Der Therapeut ist verpflichtet, die Patientendokumentation 10 Jahre lang aufzubewahren. Unter definierten Umständen muss berechtigten Personen Einsicht gewährt werden. Die Klage eines Patienten gegen seinen Therapeuten oder gar der Suizid eines Patienten können zu einer gerichtlichen Untersuchung der Dokumentation führen. Bei juristischen Auseinandersetzungen käme es im Falle einer nicht lückenlosen Dokumentation zu einer Beweislastumkehr. Der Therapeut würde beweispflichtig und hätte seine Unschuld nachzuweisen.

Geeignete (das kann auch heißen: knappe) Aufzeichnungen nach jeder Therapiestunde können als Reflexion und Gedächtnisstütze qualitätssteigernd wirken und sind daher m. E. sinnvoll und wünschenswert. Die juristische Pflicht zur Dokumentation

bedeutet nicht das Verfassen seitenlanger Aufzeichnungen. Allerdings sollten alle wichtigen Vorgänge und Entwicklungen (u.a. spezielle Vereinbarungen, Vorkehrungen, wie z.B. die Mitteilung von Adressen bzw. Krisendiensten im Urlaubsfall), Warnungen und Empfehlungen des Therapeuten (z.B. zur somatischen Abklärung eines Kopfschmerzes), aber auch Weigerungen des Patienten (z.B. bestimmten Empfehlungen des Therapeuten zu folgen) in eine Patientendokumentation aufgenommen werden.

Bei kassenfinanzierten Therapien unter Anwendung des Gutachterverfahrens decken die Berichte an den Gutachter bereits einen großen Teil der juristischen Dokumentationspflicht ab. Zur lückenlosen Erfüllung der juristischen Dokumentationspflicht wäre allerdings die Erstellung von Erst- und Verlängerungsberichten an den Gutachter in folgenden Fällen bzw. Situationen zu ergänzen:

Therapien von erfahrenen Kollegen, die nach gültiger Regelung von der Vorabberichterstattung befreit sind, wären in der Zeit vor dem ersten Verlängerungsbericht u.U. noch undokumentiert und könnten das ggf. bei Therapieabbruch oder Beendigung der Therapie vor der 26. Sitzung bleiben. Diese Dokumentationslücke sollte vom Therapeuten zur eigenen Absicherung geschlossen werden. Zudem ist eine Dokumentation der Schlussphase einer Kassentherapie nach Genehmigung der letzten Verlängerung rechtlich nötig.



Vorgespräche: Auch das Nichtzustandekommen von Therapien ist zu dokumentieren. Jeder Psychotherapeut sollte sich zudem die Frage stellen, ob seine gesamte Behandlungspraxis dokumentarisch abgedeckt ist.

Eine i. S. eines sinnvollen QM zu erstellende Dokumentation sollte dazu beitragen, die Qualität der therapeutischen Arbeit zu befördern, ohne sie unnötig zu erschweren. Die Dokumentation stellt damit – unter Beachtung von Mindeststandards – einen Kompromiss zwischen einer maximal wünschenswerten und einer praktikablen Dokumentation dar.

## II. Zur fachlichen Dokumentation: Eingangsdokumentation<sup>1</sup>

Unter Eingangsdokumentation wird die Aufzeichnung relevanter Informationen zur Person des Patienten verstanden, die überwiegend zum Beginn der Therapie erhoben und über den gesamten Therapieprozess vervollständigt und aktualisiert wird.

Die Art der Erhebung ist in hohem Maße verfahrensspezifisch und sollte dem einzelnen Therapeuten überlassen werden. Je nach Therapieverfahren werden „Eingangsdaten“ mündlich oder per Fragebogen erhoben. Den therapeutischen Erstkontakt mit der Erfassung allzu vieler demographischer u.ä. Daten zu beginnen, könnte das Verhältnis zwischen Therapeut und Patient negativ beeinflussen. Manche Therapeuten lassen daher zu Beginn der Therapie Fragebögen zur Eingangsdokumentation ausfüllen. Therapeuten, die den Prozess der Datengewinnung für diagnostisch bedeutsam halten, ziehen es vor, Daten für die Eingangsdokumentation im offenen Gespräch zu gewinnen. Die Aufzeichnungen dienen später dazu, fehlende aber dennoch relevante Informationen nachträglich zu erfragen.

In eine angemessene Eingangsdokumentation gehören auch Informationen über frühere psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungen. Oft wird der Therapeut es vorziehen, sich zunächst ein ei-

genes Bild zu verschaffen. Es besteht auch die Möglichkeit, sich von Vorbehandlern Informationen zu besorgen.

## Verlaufsdokumentation

Die Art der Verlaufsdokumentationen ist nicht über für alle Verfahren gleichartig, sondern verfahrensspezifisch durchzuführen. Der wesentliche Verlauf des Therapieprozesses mit wichtigen Themen, Einsichten und Fortschritten des Patienten, Hindernissen und Rückschlägen sowie wichtigen äußeren Ereignissen, die auf den Therapieprozess einwirken, sollten aus der Verlaufsdokumentation hervorgehen.

Insbesondere die quantitative Therapieforchung und die vorliegenden Vorschlägen zur QS empfehlen die Verwendung von Patientenstundenbögen zur Einschätzung der therapeutischen Beziehung und des „Session-Outcome“. Das birgt – zumindest bei den psychodynamischen und humanistischen Therapieverfahren – die Gefahr, die Aufmerksamkeit und Bewertungen des Patienten vom eigentlichen und manchmal schwierigen Therapieprozess weg und eher auf Harmonie und oberflächlich-schnelle Lösungen und Erfolge hin zu orientieren. Zu einer erfolgreichen und effizienten Therapie gehören auch Konfrontationen und die Erarbeitung von zunächst unangenehmen und schmerzhaften Einsichten.

Aus der Verlaufsdokumentation sollen in jedem Falle alle wichtigen Vorgänge und Entwicklungen, spezielle Vereinbarungen und Vorkehrungen hervorgehen. Manche Therapeuten ziehen es vor, bestimmte persönliche Überlegungen (z.B. temporäre Arbeitshypothesen, Gegenübertragungsreaktionen) als persönliche Aufzeichnungen von der quasi offiziellen, justiziablen Verlaufsdokumentation getrennt zu halten.

Der praktischen Arbeit des Therapeuten dienliche Verlaufsaufzeichnungen (Stundenprotokolle etc.) sollte ihm ohne viel Mühe einen Überblick über den bisherigen Therapieverlauf ermöglichen. Nicht nur zu knappe, auch zu ausführliche Notizen können diesen praktischen Nutzen verringern,

wenn nämlich ein Überblick erst wieder mühsam erarbeitet werden muss.

## Abschlussdokumentation

Unabhängig von der juristischen Dokumentationspflicht wird in jedem Falle eine Abschlussdokumentation empfohlen. Aus ihr sollten wesentliche Informationen, wie Therapien, Datum der letzten Sitzung, Grund und Zustandekommen der Beendigung der Therapie (z.B. Abschluss versus Abbruch oder Pausieren in beidseitiger Übereinstimmung/auf einseitigen Entschluss des Patienten) und Gesamtdauer der Therapie hervorgehen. Sämtliche auf den Patienten bezogenen bzw. beziehbaren Daten (offizielle Patientendokumentationen und die zusätzlichen persönlichen Notizen), sind so aufzubewahren, dass Unbefugten kein Zugang zu diesen Informationen möglich ist. Gleiches gilt für die Akten abgeschlossener Behandlungsfälle. Nicht nur Gemeinschaftspraxen, sondern auch Einzelpraxen, die eine Reinigungskraft beschäftigen, sollten über verschließbare Aktenschranke verfügen. Dass auf Patienten bezogene, nicht mehr benötigte Aufzeichnungen und Notizen nicht in den Papierkorb, sondern in den Reißwolf gehören, sollte selbstverständlich sein.

## Redaktionsteam

M. Henkel-Gessat, H. Bertram, Dr. W. Knobbe, Dr. Th. Lecher, Ch. Stößlein, Dr. M. Thielen.

Beitrag lieferte: Bernd Fliegener (Dokumentation in der Psychotherapie)

## Geschäftsstelle

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

<sup>1</sup> Eine Checkliste zur Eingangsdokumentation finden Sie unter [www.psychotherapeutenkammer-berlin.de](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de) Ressort: Wissenschaft, Forschung, Qualitätssicherung



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

## Notstände in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

### Stellungnahme der Bremer Kammer löst Debatte aus

Psychisch kranke Kinder und Jugendliche unterversorgt, Notstand in Bremerhaven, dramatisch schlechte Behandlungsmöglichkeiten in Bremen Nord – diese Kernaussagen einer „Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer Bremen zur psychotherapeutischen Versorgung im Land Bremen“ lösten eine erste öffentliche Diskussion in Bremen über die psychotherapeutische Versorgungssituation bei Kindern und Jugendlichen aus. Die Kammer hatte diese Stellungnahme auf Bitte des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales erarbeitet.

Hintergrund bildete eine „Kleine Anfrage“ der CDU-Fraktion in der Bürgerschaft. Ihre gesundheitspolitische Sprecherin, Frau Dr. Rita Mohr-Lüllmann, hatte sich dieses Thema angenommen. Als die Antwort des Senats, in der ausführlich aus der Kammer-Stellungnahme zitiert wurde, es jedoch zu einer völlig anderen Bewertung kam, nämlich dass es keine Probleme in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen gebe, stellte der Kammervorstand seine Stellungnahme den Bürgerschaftsfraktionen und den regionalen Medien zur Verfügung. Die „Tageszeitung-Nord“ und der „Weserkurier“, die auflagenstärkste Tageszeitung in der Region, berichteten ausführlich. Ebenfalls griff die Fernsehsendung „buten und binnen“ von Radio Bremen dieses Thema auf. Fachleute und Betroffene unterstützten in Folge die Position der Kammer und lieferten weitere Informationen, welche die schlechte Versorgung von Kindern und Jugendlichen untermauerten.

### Wonach bestimmt sich der Bedarf?

Die Kammer hatte sich in ihrer Stellungnahme zunächst der Frage nach dem voraussichtlichen epidemiologischen Vorkommen von behandlungsbedürftigen psychischen Störungen zugewandt. Da Untersuchungen für Bremen nicht vorliegen, griff sie auf Untersuchungen zur Prävalenz (Bestand an kranken Personen zu einem definierten Beobachtungszeitpunkt) psychischer Auffälligkeiten im Kinder- und Jugendalter zurück. In der Literatur wird davon ausgegangen, dass ca. 8 % der Kinder und Jugendlichen aktuell behandlungsbedürftig sind. (s. Expertise der Psychotherapeutenkammer Hamburg) Bei ca. 90.000 Kindern und Jugendlichen in Bremen und ca. 20.000 Kindern und Jugendlichen in Bremerhaven ergibt dies für Bremen eine Zahl von **7.200** und für Bremerhaven von **1.600** psychisch behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen.

### Behandlerzahlen für den KiJu-Bereich

Die Kammer legte in ihrer Stellungnahme den Schwerpunkt auf die ambulanten Angebote durch niedergelassene Behandler. In der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen erfolgt – das sind ca. 90 % der Bevölkerung – stehen in Bremen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen insgesamt **75** Psychotherapeuten und psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte zur Verfügung. Diese gliedern sich auf in:

**37** Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten;

**20** Psychologische Psychotherapeuten mit einer Abrechnungsgenehmigung/Zusatzqualifikation für Kinder und Jugendliche bzw. einer Doppelapprobation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut;

**18** psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte mit einer Zusatzqualifikation für Kinder und Jugendliche.

Ein besonderer Notstand in der Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen besteht allerdings in **Bremen-Nord**, ein räumlich deutlich abgegrenztes Gebiet von Bremen-Stadt. Dort stehen lediglich **eine** Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und **eine** Psychologische Psychotherapeutin mit einer Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche zur Behandlung dieser Gruppe zur Verfügung.

In der vertragsärztlichen/bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen erfolgt, stehen in **Bremerhaven** für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen insgesamt **acht** Psychologische Psychotherapeuten mit einer Abrechnungsgenehmigung/Zusatzqualifikation für Kinder und Jugendliche, davon **einer** mit einer Doppelapprobation auch als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zur Verfügung.

Über die bisher aufgeführten Psychotherapeuten, die mit Kindern und Jugendlichen Lasten der GKV abrechnen können, gehören zur Mitgliedschaft in der Psychotherapeutenkammer Bremen weitere approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, von denen 22 einer Angestelltentätigkeit nachgehen. Weitere neun

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, davon einer in Bremerhaven, bieten ihre Leistungen freiberuflich für privatversicherte, beihilfeberechtigte und selbstzahlende Familien und ihre Kinder an.

### Soziale Selektion in der Versorgung

Die Behandlerzahlen sagen noch nichts über das tatsächliche Behandlungsangebot aus. Denn lediglich die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten behandeln ausschließlich Kinder und Jugendliche. Die oben erfassten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten behandeln zum Teil überwiegend auch psychisch erkrankte Erwachsene. Hinzu kommt, dass kinder- und jugendpsychotherapeutische Praxen in der Regel nicht in Vollzeitaktivität geführt werden. Häufig steht die zu behandelnde Altersgruppe am Vormittag nicht zur Verfügung. Der begrüßenswerte Ausbau der Ganztagschulen erschwert zunehmend

Terminfestlegungen für den frühen Nachmittag.

Die Kammer errechnete aus den Prävalenzzahlen und aus dem geschätzten tatsächlichen Behandlungsangebot, dass in der Stadtgemeinde Bremen lediglich 14 %, in der Stadtgemeinde Bremerhaven lediglich 4 % der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen tatsächlich einer Behandlung zugeführt werden. Scheinbar im Widerspruch dazu stehen die Wartezeiten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die bei analytisch arbeitenden Kolleginnen bei 3 bis 5 Monaten, bei verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kollegen bei mehr als 6 Monaten liegen. Zugleich sind rund ein Drittel der Patienten außerhalb Bremens ansässig. Schaut man allerdings auf die örtliche Lage der Praxen, dann zeigt sich eine Massierung der Praxissitze ähnlich wie im Erwachsenenbereich in den ausgesprochen bürgerlichen Stadtteilen. In Stadt-

teilen wie Gröpelingen, Walle, Huchting und dem Bremer Osten, in denen viele Geringverdienende und Sozialhilfeempfänger wohnen, haben sich kaum Psychotherapeuten niedergelassen. Die eh vorhandene Einstellungsferne zu psychotherapeutischen Behandlungsangeboten wird durch die räumliche Entfernung noch verstärkt. Dass führt dazu, dass häufig psychotherapeutische Angebote nicht nachgesucht werden.

Abschließend werden Sonderbedarfszulassungen im Rahmen der GKV-Versorgung insbesondere für die Bereiche Bremen-Nord und Bremerhaven gefordert, sowie Maßnahmen, die das Land Bremen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stellt. Hier sei insbesondere nicht der Abbau, sondern der Ausbau von Stellen in den Erziehungsberatungsstellen und im Schulpsychologischen Dienst notwendig. (Stellungnahme im Wortlaut: [www.psychotherapeutenkammer-hb.de](http://www.psychotherapeutenkammer-hb.de))

## Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten organisieren Vermittlung von Therapieplätzen

In Bremen haben die analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den zurückliegenden fünf Jahren einen Dienst zur Vermittlung von Psychotherapieplätzen aufgebaut. In diesem Vermittlungsdienst sind alle in Bremen tätigen Mitglieder des Verbandes der Analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) erfasst, zusätzlich noch psychoanalytisch mit Kindern und Jugendlichen arbeitende Ärzte sowie Kolleginnen und Kollegen aus dem Bremer Umland, die in diesem Verfahren arbeiten. In einem Round-Table-Gespräch mit dem Kammerpräsidenten Karl Heinz Schrömgens stellten die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen Brigitte Rippe, Hilke Schröder und Brigitte Thomae-Funk ihr Modell vor. Die wichtigsten Aussagen der drei Kolleginnen und Kollegen sind nachfolgend dokumentiert:

**Frau Rippe:** Die Ursprünge dieses Dienstes gehen darauf zurück, dass mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes das Delegationsverfahren wegfiel. Bis dahin waren uns Patienten fast ausschließlich von den delegierenden Ärzten zugewiesen worden. Nun wurde es erforderlich, den Zu-

gang der Patienten in unsere Praxen selbst zu organisieren. Dies stellte durchaus eine Herausforderung dar, zumal wir damit die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gewährleisten bzw. nach Möglichkeit verbessern wollten. Schnell zeigte sich, dass die Weitergabe unserer Behandlerliste an Kassen, Beratungsstellen etc. nicht ausreichte. Die Nachfragen in einzelnen Stadtteilen waren unterschiedlich, zudem ist die Dichte der Behandler in einzelnen Stadtgebieten deutlich höher als in anderen.

**Frau Thomae-Funk:** Heute haben wir alle analytisch mit Kindern und Jugendlichen arbeitenden Psychotherapeuten in unserer Liste zusammengefasst. Diese ist in vier Gruppen aufgegliedert. In jeder Gruppe stellt sich im monatlichen Wechsel ein Ansprechpartner für telefonische Beratung und Vermittlung zur Verfügung, so dass es in Bremen, damit ist jeweils die Stadtgemeinde Bremen gemeint, immer vier Ansprechpartner für Therapiesuchende gibt. Diese sind jeweils informiert, ob es freie Plätze unter den Behandlern in ihrer Gruppe gibt, nehmen Kontakt mit den

Ansprechpartnern der anderen Gruppe auf oder sprechen Kolleginnen und Kollegen direkt an. Bei der Zuweisung eines Patienten zu einem Therapeuten berücksichtigen wir nach Möglichkeit die Anfahrtswege.

**Frau Schröder:** Unser Erfahrungsaustausch in den Gruppen hat gezeigt, dass es sinnvoll ist, schon im ersten Telefonat möglichst genau nachzufragen, um welche Probleme es sich handelt. Damit wird z.B. auch geprüft, ob möglicherweise ein Angebot der verschiedenen Beratungsdienste in unserer Stadt passender für den Hilfesuchenden ist oder auch, ob ein direkter Kontakt mit einem Kinder- und Jugendpsychiater oder der Klinik ratsam erscheint.

**Frau Rippe:** Insgesamt lässt sich sagen, dass durch diese Vermittlungsarbeit der Blick für das gesamte Spektrum von Hilfe-einrichtungen, also Beratungsstellen, Angebote in Schulen, stationäre Einrichtungen, die kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz geschärft wurde. Teilweise hat sich auch die Zusammenarbeit mit diesen Einrichtungen intensivieren lassen.

**Frau Thomae-Funk:** Da oft freie Plätze nicht sofort zur Verfügung stehen, wird in dem telefonischen Interview ebenfalls versucht, die Dringlichkeit der Therapieanfrage zu erfassen. Falls ein Krisenintervention erforderlich ist, suchen die Vermittler entsprechend schnell, eine Kollegin dafür zu gewinnen. Wenn in den weniger dringlichen Fällen die Hilfesuchenden auf eine Warteliste kommen, wird eine nochmalige Nachfrage innerhalb von zwei bis 4 Wochen vereinbart. So erhalten wir auch einen Eindruck von der Therapiemotivation, die nach unseren Erfahrungen sehr unterschiedlich ist.

**Frau Schröder:** Was ebenfalls zügig angeboten wird, sind Termine für eine diagnostische Abklärung, denn – anders als zur Zeit des Delegationsverfahrens – kommen heute viele Patienten ohne eine Di-

agnose in unsere Praxen. Dem erheblichen Zeitaufwand, den die einzelnen Kolleginnen und Kollegen ehrenamtlich in den Vermittlungsdienst stecken, steht also auch eine persönliche Qualifizierung, z.B. ein Zuwachs an diagnostischer Kompetenz, gegenüber.

**Frau Thomae-Funk:** Die einzelnen Gruppen treffen sich zwei bis viermal im Jahr, um ihre Erfahrungen miteinander auszutauschen. Weiterhin gibt es zweimal im Jahr einen Stammtisch mit den Kinder- und Jugendlichenpsychiatern, um die Erfahrungen an dieser Schnittstelle nutzbar werden zu lassen. Eine vorläufige statistische Auswertung hat ergeben, dass zwischen 10 und 20 Anfragen im Monat pro Gruppe kommen, d.h. also zwischen 40 und 80 Anfragen für ganz Bremen und Umland. Dabei gibt es deutliche Spitzen in den

Monaten Februar/ März und September/ Oktober. Es zeigt sich z.B. auch eine deutliche Zunahme von Kurzzeittherapien. Auch über solche Veränderungen in unserem Aufgabengebiet und mögliche Gründe dafür findet in den Gruppen ein Austausch statt.

**Frau Rippe:** Die Wartezeiten auf einen analytischen Therapieplatz liegen heute zwischen drei und fünf Monaten. Kriseninterventionen können schon nach zwei bis vier Wochen vermittelt werden. Unserer Einschätzung nach hat sich der Vermittlungsdienst sehr bewährt. Er leistet einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Bedauerlich finden wir, dass diese Arbeit im Rahmen der GKV-Versorgung eine unbezahlte Mehrarbeit darstellt.

## Erste Erfahrungen mit Fortbildungsanträgen

Nachdem die Kammerversammlung im Mai die Fortbildungsordnung (FBO) zum 1.7.2004 beschlossen hatte, erstellte der Ausschuss für Fort- und Weiterbildung die notwendigen Formblätter für den organisatorischen Ablauf. Mit den anderen norddeutschen Kammern (NDS., HH., SH.) wurde eine Verbundlösung für eine gemeinsame Akkreditierungsstelle angestrebt, die zwar von allen vier PTK grundsätzlich begrüßt, aber wegen der unterschiedlichen Fortbildungsordnungen noch nicht realisiert werden konnte. Ziel ist, dass die Akkreditierungen so erfasst werden, dass die spätere Zertifizierung für die einzelnen Kammermitglieder daraus professionell abgerufen werden kann. Aus diesem Grunde ist der Rücklauf der Teilnehmerlisten nach Beendigung der Fortbildungsmaßnahme bzw. für reflexive Veranstaltungen spätestens nach jeweils einem Jahr unbedingt erforderlich, weil sonst dem einzelnen Kammermitglied die Fortbildungspunkte nicht auf seinem im Kammerbüro geführten Fortbildungskonto zugeschrieben werden können.

Von den bis zum 15. Oktober bei uns eingereichten 52 Anträgen sind 36 auf eine Interventionsgruppe mit Teilnehmern zwischen drei und sieben Teilnehmer bezo-

gen, acht Anträge wurden im Bereich Supervision, Selbsterfahrung und Qualitätszirkel gestellt. Außerdem wurden weitere sechs Anträge für allgemeine Fortbildungsveranstaltungen der Kategorie A bis C sowie zwei Anträge im Rahmen einer nachträglichen Zertifizierung von einem Fortbildungskongress im Ausland (Kategorie B) eingereicht. 51 der Anträge konnten positiv beschieden werden, lediglich ein Antrag wurde zurückgegeben, da er nicht das psychotherapeutische Berufsfeld zum Inhalt hatte.

Eine erste Bilanz nach 3 ½ Monaten ergibt, dass der weit überwiegende Anteil der eingereichten Anträge die Intervention mit 69 %, gefolgt von der Supervision, Selbsterfahrung und Qualitätszirkel mit 15 % zum Inhalt hat. Zusammen betreffen also 84 % der Anträge reflexive Veranstaltungen (Kategorie D), 16 % den Bereich der Kategorien A bis C. Diese Entwicklung überrascht uns nicht, da die reflexiven Veranstaltungen als ein Kernstück der psychotherapeutischen Fortbildung anzusehen sind. Diese Zahlen bestätigen auch die Feststellung, dass Kolleginnen und Kollegen, die im psychotherapeutischen Feld professionell arbeiten, sich immer schon regelmäßig fortgebildet haben.

Nach den ersten Erfahrungen mit den Fortbildungsanträgen sind wir überzeugt, dass die FBO inhaltlich unser Berufsfeld weit berücksichtigt und wir die gesetzlichen Aufgaben der Fortbildungsverpflichtung sowohl berufsrechtlich als auch sozialrechtlich nach dem Sozialgesetzbuch V damit erfüllen. Sie entspricht auch den Inhalten der Musterfortbildungsordnung der BPTK.

## Bremer Initiative Telematik: Gesundheitsakteure handeln gemeinsam

Am 19. Oktober unterzeichneten unter Federführung der Gesundheitssenatorin Karin Röpke die Bremer Leistungsträger und Leistungserbringer eine Kooperationsvereinbarung, um die Bremer Bewerbung als Testregion für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zu untermauern. Neben den beiden großen Bremer Krankenkassen AOK und HKK, denen zusammen 50 % der Versicherten in der Stadt Bremen angehören, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer gehörte auch die Psychotherapeutenkammer zu den Erstunterzeichnern der



Kooperationsvereinbarung „B.I.T – Bremer Initiative Telematik“. Mit den Modellregionen, die vom Bundesgesundheitsministerium ernannt werden, sollen die technisch-organisatorischen Lösungsszenarien auf Brauchbarkeit, Akzeptanz und generelle Einsatzfähigkeit geprüft werden. Bremen ist damit die erste Region, in der alle relevanten Partner im Gesundheitswesen für die Mitwirkung gewonnen werden konnten. Karl Heinz Schrömgens, der für die Psychotherapeutenkammer die Vereinbarung unterschrieb, betonte die Notwendigkeit, die besonderen Arbeitsbedingungen psychotherapeutischer Praxen zu berücksichtigen, insbesondere auch bei den Refinanzierungsmodellen für die Kosten, welche die Einführung dieser Karte den Praxen auferlegen wird.

## AG Kliniken konstituiert

Auf dem ersten ‚Angestellten- und Beamtenforum‘ hatte sich die ‚Arbeitsgruppe Kliniken‘ gebildet, die sich jetzt zum ersten Mal traf. Neben Axel Janzen als Vertreter des Kammervorstandes waren drei Kolleginnen aus den Bremer Kliniken ‚Mitte‘ und ‚Nord‘ erschienen. Eine Kollegin aus ‚Ost‘ hatte sich entschuldigt.

Als Auftakt für weitere Treffen wurde vereinbart, in einer Art ‚brainstorming‘ Themen und Fragestellungen für die weitere Entwicklung an Bremer Krankenhäusern zu erhalten. Sich daraus ergebende Arbeitsaufträge sollten so weit als möglich bis zur nächsten Sitzung der Arbeitsgruppe am 1.12.04 abgearbeitet werden.

Neben konkreten Begriffsbestimmungen innerhalb der Diskussion um DRG und DMP, ging es in erster Linie um die Suche nach Möglichkeiten, die Arbeit der PP und KJP an den Kliniken auch unter ökonomischen Gesichtspunkten darzustellen. Abschließend wurden strategische Überlegungen und inhaltliche Planungen vorgenommen, wie man die derzeitige Diskussion in Politik und Fachkreisen im Sinne der PP beeinflussen kann.

Dabei sollen auch die überregionalen Kontakte zur PK Niedersachsen, zur Bundes-

psychotherapeutenkammer und zu ver.di genutzt werden.

## Infos zum Versorgungswerk – Was, schon wieder eine Wahl?!

Die Erklärungsfrist zur Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft im PVW endete für die Bremer Kammermitglieder, die dem ‚Anfangsbestand‘ zugerechnet werden konnten, am 31.08.2004. Mit Stand 30.09.2004 waren 103 Kammermitglieder aus Bremen dem PVW beigetreten. Mit 23,09 % liegt diese Quote angesichts vieler meist altersbedingter Befreiungen höher als erwartet. Am 1.10.04 hatte das PVW zusammen mit den 770 niedersächsischen Mitgliedern insgesamt 873 Mitglieder.

## Gute Renditeerwartung

Für den Anspruch der PVW-Mitglieder auf Altersrente, Berufsunfähigkeitsabsicherung und Hinterbliebenenversorgung (Witwen- und Waisenrente) zeichnet sich schon jetzt eine gute Renditeerwirtschaftung ab, die sich durch den Beitritt weiterer Kammern noch verbessern wird. Die schon jetzt vergleichsweise geringen Verwaltungskosten werden sich durch den Mitgliederzuwachs noch weiter verringern

## Warum schon wieder eine Wahl?

Derzeit werden in der Geschäftsstelle des PVW die Vorbereitungen für die erste Wahl der Delegiertenversammlung des PVW getroffen. Die Notwendigkeit dieser Wahl ergibt sich durch den Beitritt der Psychotherapeutenkammer Bremen zum PVW durch Staatsvertrag zum 01.03.2004. Sitzungsgemäß hat die erste Wahl innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten des ersten Staatsvertrages zu erfolgen. Die Delegiertenversammlung ist das Selbstverwaltungsorgan des PVW. Aus ihrer Mitte werden die Mitglieder des obersten Entscheidungsgremium, dem Verwaltungsrat des PVW, gewählt. Aus dem Bremer Wahlkreis wählen die Bremer PVW-Mitglieder per Briefwahl ihren Delegierten für die Delegiertenversammlung. Die Versendung der Wahlunterlagen an alle Mit-

glieder des PVW wird zum 15. Februar 2005 erfolgen.

Der Vorstand der Bremer Kammer wird Frank Bodenstein für die Wahl des Bremer Delegierten vorschlagen. Herr Bodenstein war im Auftrag des Bremer Kammervorstandes bereits sehr früh ab Januar 2002 an der niedersächsischen Planung eines Versorgungswerkes, an Strukturplanung und Satzungsformulierung aktiv beteiligt und seit dem 1.3.04, gewählt von der Bremer Kammerversammlung, Mitglied im Verwaltungsrat des PVW. Weitere Infos zum PVW finden Sie unter [www.p-v-w.com](http://www.p-v-w.com).

## Hinweis aus der KV für psychotherapeutische Praxen

Seit zwei Quartalen ist in Bremen das sogenannte Scheinsplitting nicht mehr möglich. Damit können Leistungen für einen Patienten in einem Quartal nur noch komplett abgerechnet werden. Ist dies nicht möglich, weil z.B. der Bewilligungsbescheid der Krankenkasse für eine Psychotherapie noch nicht vorlegt, muss die Abrechnung dieser Leistungen auf das darauf folgende Quartal verschoben werden. Die KV bittet die psychotherapeutischen Leistungserbringer, dies bei der nächsten Quartalsabrechnung zu berücksichtigen.

### Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Frank Bodenstein, Axel Janzen, Hans-Otto Platte, Hilke Schröder, Karl Heinz Schrömgens

### Geschäftsstelle:

Psychotherapeutenkammer Bremen  
Lüder-von-Bentheim-Str. 47,  
28209 Bremen  
Fon: 0421 / 27 72 000  
Fax: 0421 / 27 72 002  
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  
[verwaltung@psychotherapeutenkammer-hb.de](mailto:verwaltung@psychotherapeutenkammer-hb.de)  
[www.psychotherapeutenkammer-hb.de](http://www.psychotherapeutenkammer-hb.de)



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

## Aus der Arbeit des Kammervorstandes

Was macht eigentlich der Kammervorstand? Eine Frage, die sich Kammermitglieder stellen und die wir nachfolgend ansatzweise und auf die einzelnen Themenkreise bezogen – mehr lässt der Platz nicht zu – ergänzend für all diejenigen, die nicht an der Allgemeinen Kammerversammlung am 29. September teilnehmen konnten, beantworten möchten.

## Psychisch auffällige Kinder und Jugendliche

Großen Raum in der Arbeit des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer Hamburg hat in der ersten Hälfte des Jahres die Aufarbeitung und Darstellung der Situation von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen eingenommen. Über den großen Erfolg, der mit der Expertise erzielt werden konnte, haben wir berichtet. Dieses Thema wird fortgesetzt. Am 21. Oktober fand eine Anhörung der SPD-Fraktion in der Hamburger Bürgerschaft zu diesem Thema statt, an dem die Kammer maßgeblich beteiligt war. Zu dem Themenkreis Bedarfszahlen und zugrunde liegenden Berechnungsmethoden der KVen wurde Kontakt zu verantwortlichen Politikern der Regierungsfraktion in Berlin aufgenommen. Eine Arbeitsgruppe befasst sich mit den Möglichkeiten der Integrieren Versorgung und anderer alternativer Versorgungskonzepte, mit dem Ziel, mehr Behandler/innen in das System zu integrieren. Schwerpunkte sind dabei die Bereiche „Essstörungen“ – einschließlich der aktuell viel diskutierten „zu dicken Kinder“ – und der ganze Bereich „Drogen & Sucht“. Es wird erörtert, im Rahmen der Lehrerfortbildung Lehrer im Erkennen von Störungen zu schulen und Verweisungswege aufzuzeigen

## Fortbildungsordnung

Ebenfalls sehr breiten Raum in der Arbeit der Kammer – hier vor allem auch des federführenden Fortbildungsausschusses – hat die inhaltliche und organisatorische Umsetzung der Fortbildungsordnung eingenommen. Seit Juli werden Fortbildungsveranstaltungen durch die Kammer akkreditiert. Der Fortbildungsausschuss hat die Funktion der Antragsprüfung übernommen. Im Zuge der praktischen Umsetzung sind viele Fragen aufgeworfen worden, die zwischenzeitlich zu einer Anpassung sowohl der Fortbildungsordnung als auch der Vordrucke zur Akkreditierung und des Verfahrens geführt haben. Einige Fragen sind aber immer noch in Diskussion – so z.B. die Frage der Abgrenzung von Fort- zu Weiterbildung. Mit den anderen Nordkammern und Berlin wird der Dialog über die Umsetzung der Fortbildungsordnungen fortgesetzt. Bis auf weiteres wird Hamburg die Akkreditierungen und auch Zertifizierungen für die Hamburger Kammermitglieder durchführen. Dabei haben sich die Nordkammern für die Erfassung der Veranstaltungsdaten zur Akkreditierung auf eine einheitliche Datenbankstruktur verständigt. Ab Oktober wird die Akkreditierung über die neu erstellte Homepage der Psychotherapeutenkammer Hamburg als web-basierte Anwendung möglich sein. Damit verbunden ist auch eine Fortbildungsdatenbank. Durch die einheitliche Datenstruktur wird der Datenaustausch mit den anderen Kammern auf der Ebene der Nordkammern ermöglicht. In diesem Zusammenhang sollen jetzt auch einheitlich strukturierte Mitgliedsnummern eingeführt werden, um die Weiterleitung von Fortbildungs-Punktekonten zu ermöglichen.

Supervisoren/innen und Ansprechpartner/innen von Interventionsgruppen sollten nicht vergessen, ihre Gruppen akkreditieren zu

lassen. Die entsprechenden Formulare können Sie der homepage: [www.ptk-hh.de](http://www.ptk-hh.de) entnehmen oder sich von der Geschäftsstelle zufaxen lassen.

## Neue Beitragsordnung

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg hatte, wie andere Psychotherapeutenkammern, seit dem Jahre 2003 eine große Zahl von Widersprüchen und Ermäßigungsanträgen bezogen auf die Beitragsbescheide zu bearbeiten. Die meisten Widersprüche und Ermäßigungsanträge konnten zufriedenstellend bearbeitet werden. Am Ende haben lediglich sechs Kammermitglieder vor dem Verwaltungsgericht Klage gegen die Beitragshöhe eingereicht. In der Konsequenz und unter Berücksichtigung der Hinweise des Gerichtes zur möglichen Gestaltung einer neuen Beitragsordnung wird für 2005 eine neue Beitragsordnung entwickelt. Diese Beitragsordnung soll sich stärker an der Beitragsordnung der Ärztekammer Hamburg anlehnen und gliedert den Beitrag in einen Grundbeitrag und einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag. Diese Umstellung hat leider zur Folge, dass die Einkommen der Mitglieder regelmäßig erhoben werden müssen, was zu einer erheblichen Mehrarbeit in der Geschäftsstelle führen wird. Durch eine anonyme Umfrage bei allen Kammermitgliedern wird im Oktober die Einkommenshöhe der Mitglieder erhoben, um einen Beitragssatz zu errechnen, der dem jetzigen Beitragsvolumen entspricht, also weder zu einer Minderung noch Mehrung des Beitragsaufkommens führen soll.

## Elektronische Gesundheitskarte und elektronischer Arztausweis (HPC)

Auch der Hamburger Vorstand diskutiert zur Zeit intensiv die im Zusammenhang mit der geplanten Einführung der Elektronischen

Gesundheitskarte und des Elektronischen Heilberufausweises stehenden inhaltlichen und administrativen Probleme. Genauere Ausführungen hierzu finden Sie weiter hinten im Text.

### **Versorgungswerk**

Nachdem zwischenzeitlich von der zuständigen Behörde (BWG) mitgeteilt worden war, dass in diesem Jahr nicht mehr mit dem Abschluss des Staatsvertrages mit Niedersachsen zu rechnen sei, wurde auf verschiedenen politischen Wegen interveniert. Im Ergebnis wurde nunmehr von der zuständigen Behördenleitung mitgeteilt, dass der Senat beabsichtige, den Staatsvertrag noch in diesem Jahr abzuschließen. Es bleibt abzuwarten, ob es gelingt, noch in diesem Jahr den Beitritt in das Versorgungswerk Niedersachsen zu bewerkstelligen. Beachten Sie hierzu bitte auch die aktuelle Meldung am Ende des Hamburg-Teils.

### **Kürzungen im Gesundheits- und Sozialbereich**

Der Hamburger Senat hat aus Haushaltsgründen im Gesundheits- und Sozialbereich deutliche Einsparmaßnahmen beschlossen, die insbesondere die Zuwendungen für Beratungsstellen betreffen. Primär betroffen sind die Beratungsstellen im KJHG-Bereich und im Bereich der Drogen- und Suchthilfe. Dazu kommen punktuelle Kürzungen bzw. Schließungen (Accept Beratungsstelle für Gefolterte und Verfolgte, Sozialtherapeutische JVA, Frauenhaus usw.). In der Konsequenz sind in vielen Einrichtungen Personalabbau und/oder Abgruppierungen zu befürchten. Auch der beschlossene Verkauf des LBK (Landesbetrieb Krankenhäuser) an den privaten Investor Asklepios wird Auswirkungen auf die Beschäftigten haben. Aus diesem Grund hatte der Kammervorstand im September die in Einrichtungen und Institutionen tätigen Kammermitglieder eingeladen, um sich über die Situation der dort angestellten Psychotherapeuten zu informieren.

### **Integrierte Versorgung (I.V.)**

Wie in der letzte Ausgabe des Psychotherapeutenjournals ausführlich berichtet wurde, können durch die Änderungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes ab

2004 Leistungserbringergruppen unter bestimmten Umständen außerhalb der Kassenärztlichen Versorgung mit den Kassen Verträge abschließen. Ein Ziel der I.V. ist die Schnittstellenproblematik zwischen stationärer und ambulanter Behandlung, aber auch zwischen Behandlergruppen effizienter zu gestalten. Natürlich versprechen sich die Kassen durch die Konzepte der Integrierten Versorgung auch einen Spareffekt.

Nach Vorgesprächen mit dem VdAK-Hamburg und intensiven Diskussionen im Vorstand wurde beschlossen, für die Bereiche Essstörungen und Drogen & Sucht und möglicherweise Psychoonkologie die Chancen für integrative Versorgungskonzepte zu prüfen. Die Kammer tritt hierbei nicht als Vertragspartner der Kassen auf, sondern das Ziel ist, Rahmenkonzepte zu erstellen, die dann von Behandlergruppen (Niedergelassene Psychotherapeuten/innen Ärzte/innen, Kliniken usw.) um die fachlichen Konzepte ergänzt werden müssen.

Im Bereich Drogen & Sucht stand dabei die Frage der Beschäftigungssicherung der in den Drogeneinrichtungen beschäftigten approbierten Kammermitglieder im Vordergrund. Inwieweit der Hamburger Senat bereit ist, sich für den Bereich der psychosozialen Beratung, die ja keine Kassenleistung ist, hier finanziell zu beteiligen, wird geprüft. Nachdem einzelne Träger aus dem Drogenbereich an die Kammer herangetreten sind, konnte ein erstes Grobkonzept erstellt werden, das als Grundlage für weitere Gespräche mit dem VdAK dienen soll.

Im Bereich Essstörungen fand ein erstes Treffen mit Vertreterinnen und Vertretern von Kliniken und Beratungsstellen statt. In einem nächsten Schritt müssen jetzt entsprechende Rahmenkonzepte erstellt werden.

Im Universitätsklinikum Eppendorf fand am 27.9.04 ein interner Workshop zum Thema „Integrierte Versorgung in der Psychoonkologie“ statt. PD Dr. phil Michael Kusch, Leiter der Abtl. Psychoonkologie für das Klinikum Herford, berichtete über das Integrierte Versorgungskonzept für Brustkrebs in NRW, das in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer NRW, den Vorständen der Krankenkassen und dem Ge-

sundheitsministerium erarbeitet wurde. In NRW sollen ca. 50 sog. „Brustzentren“ entstehen, deren Leistung zertifiziert werden und die den Patientinnen „Leitliniengestützte Behandlungspfade“ anbieten, die regelhaft wiederholt fragenbogengestützte psychosoziale Diagnostik und bei Bedarf entsprechende Unterstützungsangebote von Beratung, Krisenintervention bis Langzeitbehandlung anbieten.

In der anschließenden angeregten Diskussion wurde neben den Chancen auch die Befürchtung geäußert, dass das vorrangige Interesse der Kassen die Kostenersparnis sein könnte und sich dies entsprechend auf die Konzepte auswirken könne.

Eine Gruppe von interessierten Psychoonkologen/innen prüft mit Unterstützung der Kammer die Möglichkeit eines Integrierten Versorgungskonzepte für Hamburg.

Sobald die Grobkonzepte zur den verschiedenen Integrierten Versorgungskonzepten, die zunächst in einer kleinen arbeitsfähigen Gruppe erstellt werden müssen, vorliegen, werden alle Kammermitglieder informiert und interessierte Kollegen/innen zur Mitarbeit aufgerufen.

### **Prävention bekommt endlich eine Chance**

Mit dem Präventionsgesetz, das von der Bundesregierung für 2005 angekündigt wurde, wird Prävention als vierte Säule neben Behandlung, Rehabilitation und Pflege im Gesundheitssystem verankert. Damit erfährt sie endlich die dringend notwendige Aufwertung. Ausgestattet mit jährlich 250 Millionen Euro aus Mitteln von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern wird die Stiftung „Gesundheitsförderung und Prävention“ Modellprojekte in sozialen Lebenswelten fördern.

Wirkungsvolle Prävention orientiert sich an Risikogruppen. Sie zu definieren, Risikofaktoren zu identifizieren und Gesundheitsziele zu formulieren ist Aufgabe der verschiedenen Berufsgruppen, die an Prävention beteiligt sind – Medizin, Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Die Datenlage ist gut, Präventionsforschung gibt es seit



mehr als 30 Jahren. Präventionsprojekte allerdings führen bisher ein (finanzielles) Schattendasein. Und auch jetzt droht in Hamburg – trotz der Aufwertung des Präventionsgedankens – die Schließung zahlreicher psychosozialer Beratungsstellen. Neue Ideen und Konzepte für die Zusammenarbeit sind deshalb dringend gefragt; denn Prävention und Gesundheitsförderung sind nicht nur ein humanitäres Anliegen, sondern inzwischen auch eine volkswirtschaftliche Notwendigkeit.

Nach dem repräsentativ angelegten deutschen Gesundheitssurvey aus dem Jahr 1998 leiden 32% der Erwachsenenbevölkerung unter krankheitswertigen psychischen Störungen. Der Anteil wird bis heute eher gestiegen sein. Behandlung und Krankheitsfolgen verursachen erhebliche individuelle und gesamtgesellschaftliche Kosten. Allein 29,2 Prozent aller Fälle von Erwerbs- und Berufsunfähigkeit im Jahr 2002, das ergab eine Analyse von Zahlen der Rentenversicherer, sind verursacht durch psychische Erkrankungen. Dazu entstehen Folgekosten ganz anderer Art: Kinder psychisch Kranker leiden unter Schuldgefühlen, wissen nicht wohin mit ihren Fragen, weil das Problem tabuisiert wird, ziehen sich aus der sozialen Welt zurück und bleiben mit den Problemen allein – Belastungen mit oft weitreichendem Risiko.

### **Prävention muss früh im Lebensalter ansetzen**

Langzeitstudien (Felitti et al. 1998) zeigen, dass wiederholte Stresserfahrungen, insbesondere in den ersten drei Lebensjahren auch fünfzig Jahre später noch ernsthafte Erkrankungen verursachen. Andere Studien (Johnson 1999; Egle 2003) belegen, dass Vernachlässigung, traumatisierende Trennungen, körperliche, sexuelle und wiederholte emotionale Gewalt Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung nachhaltig belasten und zu schwerwiegenden Folgeschäden führen. Das können psychische Störungen sein bis hin zu Drogenmissbrauch und Suizidalität. Das können psychosomatische Erkrankungen sein. Es kann aber auch sein, dass die Jugendlichen eines Tages die Gewalt, die sie selber offen oder subtil erlitten haben, an die Gesellschaft zurückgeben. Kriminelle Karrie-

ren, Vandalismus und Rechtsradikalismus sind hier Stichworte.

In den letzten Jahren geriet eine neue Risikogruppe in den Blick: die Opfer von Katastrophen. Psychisches Leiden bis hin zur Berufsunfähigkeit bildet sich erst Monate später aus. Unmittelbar nach der traumatischen Erfahrung genügen zur Verarbeitung oft wenige psychotherapeutische Gespräche.

### **Die Rolle der Psychotherapie für die Prävention**

Wirkungsvolle Prävention muss die Persönlichkeitsförderung im Blick haben, wenn sie nachhaltig wirken will. Es gilt zum Beispiel, das Selbstwertgefühl zu stärken, ein realistisches Selbstbild aufzubauen und Kontakt- und Konfliktfähigkeit zu entwickeln. Die Psychotherapie hält klassische psychotherapeutische Interventionen und spezielle Techniken für eine qualifizierte Prävention bereit. Das Problem ist: Bisher spielen sie in der Aus- und Weiterbildung und in der Psychotherapie kaum eine Rolle. Ein anderes offenes Problem ist: wie können die Menschen erreicht und motiviert werden, mitzumachen? Da besteht Bedarf für Forschung und für eine stärkere Sensibilisierung bei allen Berufsgruppen. Beispielsweise kann der Hausarzt, der eine Familie begleitet, mit gezieltem Nachfragen psychosoziale Belastungen erkennen und frühzeitig eine psychotherapeutische Intervention anregen. Es ist zu hoffen, dass die Aufwertung des Präventionsgedanken und Honorierung von Prävention hier ein Umdenken einleitet und hilft, sie in unserer Gesellschaft zu etablieren. (Barbara Mannitz)

### **Elektronische Gesundheitskarte und elektronischer Arztausweis**

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) hat die Bundesregierung auch die Einführung der neuen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) als Ersatz für die bisherige Krankenversicherungskarte ab dem 1. Januar 2006 beschlossen. Mit der elektronischen Gesundheitskarte, die schrittweise eingeführt wird, wird die vernetzte Medizin für 80 Millionen Deutsche greif-

bar werden. Diese Karte wird nach Expertenmeinung den Medizinbetrieb hierzulande stärker verändern als alle bisherigen Reformen und gilt als Symbol für den endgültigen Einzug der Informationsgesellschaft ins Gesundheitswesen.

Deutschland verfügt über ein technologisch hoch entwickeltes Gesundheitswesen. Auf der anderen Seite gibt es gerade dort, wo es um die Gesundheit geht, Doppelarbeiten, Medienbrüche und nichtkompatible Dokumentationen. Die im Gesundheitswesen eingesetzten EDV-Systeme sind Insellösungen. Mit der Einführung der eGK – und damit der Telematik im Gesundheitswesen – wird eine bessere, transparentere und effizientere Patientenversorgung angestrebt. Das beste Beispiel ist das Rezept. Der Großteil der Rezepte wird bislang in der Arztpraxis elektronisch erstellt, dann aber wieder für den Patienten ausgedruckt. Der Patient geht mit seinem Papierrezept in die Apotheke. Dort nimmt der Apotheker das Rezept entgegen, es wird wieder eingescannt und an die Apothekenrechenzentren weitergeleitet. Schon wenn diese Medienbrüche beseitigt werden, führt dies zu einer erheblichen Effizienzsteigerung, denn die jährlich rund 700 Millionen Rezepte werden alle bis zu fünfmal angefasst und neu bearbeitet.

Das GMG bildet die rechtliche Grundlage für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Sie wird der Schlüssel sein, der alle Beteiligten – ca. 80 Mio. Versicherte, ca. 22.000 Apotheken, ca. 123.000 niedergelassene Ärzte, ca. 65.000 Zahnärzte, ca. 20.000 niedergelassene Psychotherapeuten, ca. 2.200 Krankenhäuser und rund 270 gesetzliche Krankenkassen – informationstechnisch verbindet. Neben einem verpflichtenden administrativen Teil, der auch die papierlose Übertragung eines Rezeptes (*eRezept*) beinhaltet, wird die neue elektronische Gesundheitskarte auch – auf Wunsch der Patienten – Gesundheitsdaten verfügbar machen. Hierzu zählen die Notfalldaten, die Behandlungsakte und der elektronische Arztbrief, die optional und nur mit Zustimmung des Patienten gespeichert und verwendet werden dürfen.

Mit der eGK und der dahinter stehenden Infrastruktur werden bislang getrennt liegende Gesundheitsdaten zusammenge-



führt. Damit verbessert sie vor allem die Notfallversorgung und die Arznei- und Therapiesicherheit.

Neben der Verbesserung der Behandlungsqualität wird die Stärkung der Patientenrechte mit der eGK angestrebt. Zukünftig kann ein Zugriff auf die Daten des Versicherten, die auf oder über die eGK gespeichert sind, nur durch die ausdrückliche Legitimation durch den Versicherten erfolgen, der dazu eine Reihe von PIN-Codes erhält, die den Zugriff zu den obligatorischen und den freiwilligen Daten des Versicherten selektiv erlauben. Damit entscheidet der Versicherte/Patient, welche Gesundheitsdaten der Behandler erhält und welche nicht. Dies nicht nur über die selektive PIN-Freigabe, sondern auch über die Möglichkeit, selber Daten auf der eGK zu speichern bzw. zu löschen. Darin liegt aus dem Blickwinkel des „mündigen Patienten“ einerseits ein Vorteil, andererseits kann sich aber kein Behandler darauf verlassen, dass die so erlangten Daten vollständig sind.

Zugriff auf die eGK – und damit letztendlich auch die Möglichkeit zur Teilhabe an der Heilbehandlung gesetzlich Versicherter – werden durch die Verzahnung der eGK mit dem elektronischen Heilberufsausweis (HBA) nach dem derzeitigen Stand der Entwicklung nur legitimierte Ärzte, Psychotherapeuten und Apotheker im Rahmen ihrer beruflichen Kompetenzen haben. Rein technisch erfüllt der HBA die Aufgabe des Schlüssels zu den Versichertendaten. Der HBA soll ab dem 4. Quartal 2005 über die zuständigen Heilberufekammern ausgegeben werden. Der Aufbau der notwendigen technischen Infrastrukturen läuft gerade an.

Die Umsetzung dieser Telematik – Konzeption wird phasenweise erfolgen. In der ers-

ten Phase wird die eGK nur die administrativen Funktionen der bisherigen Krankenversichertenkarte, ersetzen. Danach wird das elektronische Rezept als weitere Pflichtanwendung kommen.

Insider behaupten, es wird kein zweites „Toll-Collect“ werden.

## Allgemeine Kammerversammlung am 29. September

Die diesjährige allgemeine Versammlung der Kammermitglieder stand unter dem Schwerpunktthema „Versorgungswerk“, wobei der Bericht des Vorstandes über die Aktivitäten der vergangenen 12 Monate zusätzlich erheblichen Raum einnahm. Insbesondere die Ausführungen zum neuen Heilberufekammergesetz, zur neuen Beitrags- und Fortbildungsordnung und zu den Überlegungen zur Einführung integrativer Versorgungskonzepte führten zu Nachfragen und Diskussionen seitens der Kammermitglieder. Im anschließenden 2. Teil der Kammerversammlung erläuterte die Geschäftsführerin des Niedersächsischen Psychotherapeuten-Versorgungswerkes, Frau Sieker, die Konzeption des Versorgungswerkes und beantwortete zahlreiche Fragen zu Mitgliedschaft, Beiträgen und Auszahlungsmodalitäten. **Für Rückfragen erreichen Sie das Versorgungswerk unter Tel. 0511-783465 oder im Internet unter [www.p-v-w.com](http://www.p-v-w.com);**

eMail: [barbara.sieker@t-online.de](mailto:barbara.sieker@t-online.de)

## Aktuelle Meldung zum Versorgungswerk

Wie wir gerade noch rechtzeitig vor Redaktionsschluss erfahren haben, hat das

niedersächsische Landeskabinett dem Staatsvertrag über den Beitritt der PTK-Hamburg zum Versorgungswerk der PTK-Niedersachsen zugestimmt und den Vertrag dem Landtag zugeleitet. Aufgrund der in Niedersachsen bestehenden landesgesetzlichen Verfahrensvorschriften muss der Vertrag vor einer endgültigen Beschlussfassung noch von den zuständigen Landtagsausschüssen behandelt werden. Die dabei einzuhaltenden Fristen erlauben es nicht mehr, dass der Staatsvertrag noch im Jahr 2004 in Kraft treten kann. Insofern wird der Beitritt der PTK-Hamburg zum Versorgungswerk frühestens zum 1. Januar 2005, wahrscheinlich sogar erst zum 1. Februar 2005, erfolgen können. Der Hamburger Senat und die Hamburger Bürgerschaft werden voraussichtlich noch im Laufe des Jahres 2004 ihre Zustimmung erteilen.

## Neue Homepage der Kammer

Seit Anfang Oktober ist die neu gestaltete Homepage der Kammer unter [www.ptk-hh.de](http://www.ptk-hh.de) online. Derzeit wird noch an den Inhalten gearbeitet, die Formulare für die Fortbildungsakkreditierung stehen jedoch bereits jetzt zum Download zur Verfügung. In Kürze wird auch die Online-Akkreditierung über die neue Homepage möglich sein.

## Geschäftsstelle

Curschmannstraße 9  
20251 Hamburg  
Tel. 040 / 42101234  
Fax. 040 / 41285124  
Mo., Di., Do. 9.00 – 15.00 Uhr  
Mi. 9.00 – 17.00 Uhr  
Fr. 9.00 – 14.00 Uhr  
Info@ptk.hh.de  
[www.ptk-hh.de](http://www.ptk-hh.de)



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

## 2. Hessischer Psychotherapeutentag am 24. und 25. September 2004 in Gießen<sup>1</sup>

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Die Psychotherapie in der Versorgung gesetzlich Versicherter der nächsten Jahre wird evidenzbasiert sein oder sie wird nicht sein“ – so wurden wir vor einiger Zeit von einem Funktionärskollegen über die Alternative belehrt: Entweder psychotherapeutisches Handeln werde den Standards des Medizinsystems angepasst oder es werde im System der gesetzlichen Krankenversicherung untergehen. Der Zweite Hessische Psychotherapeutentag belehrte uns eines besseren: Rund 300 Psychotherapeuten debattierten über diese und andere aktuelle Fragen. Prof. Dr. Heiner Keupp aus München stellte in seinem Vortrag bei der Eröffnungsveranstaltung am Freitagabend verschiedene alternative Menschenbilder von Psychotherapeuten dar. Diese Menschenbilder haben wesentliche Auswirkungen auf psychotherapeutisches Handeln. Professor Dr. Franz Caspar ging am nächsten Vormittag direkt auf das Thema evidenzbasierte Psychotherapie ein und zeigte

Notwendigkeiten und Grenzen aber auch Forschungsalternativen auf.

Ich fand die Vorträge spannend und habe auch von vielen Kolleginnen und Kollegen ähnliche Rückmeldungen erhalten, haben sie doch zentrale Fragestellungen betrachtet:

Welche Position soll Psychotherapie im Gesundheitssystem der Zukunft einnehmen? Inwieweit und auf welche Weise sollen wir uns den wissenschaftlichen Standards der medizinischen – insbesondere pharmakotherapeutischen – Forschung anschließen? Soll alles, was nicht evidenzbasiert ist, „illegal“ sein und nicht den Regeln der Kunst entsprechen? Ein solches Vorgehen würde unsere methodische Vielfalt zerstören, würde uns „medizinähnlicher“ machen und uns damit der uns eigenen Ansätze und Stärken berauben, die wir als Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und Jugendlichenpsy-

chotherapeutInnen auf dem Hintergrund unserer Grundberufe haben. Ich weiß mich einig mit dem Präsidenten der Hessischen Psychotherapeutenkammer, Jürgen Hardt: Wir wenden uns nicht gegen evidenzbasierte Forschung und schon gar nicht gegen empirisch fundierte Verhaltenstherapie. Jedoch sind wir dagegen, Psychotherapie in ihrer Vielfalt zu reduzieren.

In der Vertretung dieser Überzeugungen hat uns der Zweite Hessische Psychotherapeutentag unterstützt und bestärkt. Wir hoffen, dass Ihnen, wenn Sie Gelegenheit hatten teilzunehmen, die Veranstaltung gefallen hat. Über den folgenden Bericht hinaus verweisen wir auf die Dokumentation und die Bildergalerie auf unseren Internetseiten und auf den Tagungsband, der im Jahr 2005 erscheinen wird.

*Dipl.-Psych. H. Bauer  
Vizepräsident der Kammer*

### Zur gesellschaftlichen Relevanz von Psychotherapie – Eröffnungsvortrag von Prof. Heiner Keupp – Menschenbildoptionen in der Psychotherapie

Prof. Dr. Heiner Keupp, Hochschullehrer für Sozial- und Gemeindepsychologie an der Universität München, hielt den Eröffnungsvortrag des Psychotherapeutentages mit dem Titel „Zwischen narzisstischem Konformismus und dem Versprechen unverrückbarer Ordnungen: Menschenbildoptionen der Psychotherapie“. Heiner Keupp bemängelte, dass der gesellschaftliche Kontext, in dem Psychotherapie stattfindet, in Ausbildung und Berufspraxis allenfalls als Feigenblatt vorkommt: „Psychotherapeuti-

sche Fachbücher sind nach ein paar Einleitungsbemerkungen ganz schnell bei dem, was man als das psychotherapeutisch-technische Kerngeschäft bezeichnen könnte. Wenn der Blick auf die kulturell-gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ausnahmsweise mal geworfen wird, sehe ich keine Konsequenzen, die daraus abgeleitet werden. [...] Man könnte von einer weiterverbreiteten Gesellschaftsvergesenheit der Psychotherapieszene sprechen.“

Die Identität von Patientinnen und Patienten, die in den Psychotherapiepraxen Unterstützung suchen, und auch ihr Leid entstehen aber vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Veränderung und Erosion:

<sup>1</sup> Im Jahr 2005 werden die Beiträge des 2. Hessischen Psychotherapeutentages als Tagungsband veröffentlicht werden. Nähere Angaben erhalten Sie über die Geschäftsstelle oder die Internetseite der Hessischen Psychotherapeutenkammer.

Keupp spricht (in Anlehnung an Bauman, 2000) von einer „fluiden Gesellschaft“, in der „Individualisierung, Pluralisierung, Globalisierung, Flexibilisierung und Mobilität den Grundriss der Gesellschaft qualitativ verändern“. Heiner Keupp: „Subjekte einer individualisierten und globalisierten Netzwerkgesellschaft können in ihren Identitätswürfen nicht mehr problemlos auf kulturell abgesicherte biographische Schnittmuster zurückgreifen.“ Die Folge ist eine „Enttraditionalisierung“ bzw. ein „disembedding“, wie Keupp dies nennt. Die Notwendigkeit gedanklicher, professioneller und auch physischer Mobilität und Flexibilität bestimmen und prägen die Lebensführung in so elementarer Weise, dass sie mehr und mehr auch die seelische Identität durchdringen.

Neben die Enttraditionalisierung tritt die Entwicklung einer globalen „Netzwerkgesellschaft“, in die (nach Castells, 2001) durch Kapitalverflechtungen und weltweit organisierte Produktionsprozesse gleichsam als Nebenprodukt „standardisierte“ kulturelle Codes und Werte einfließen. Keupp zitierte Castells (1991): Die Konsequenzen der Netzwerkgesellschaft „breiten sich über den gesamten Bereich der menschlichen Aktivität aus und transformieren die Art, wie wir produzieren, konsumieren, managen, organisieren, leben und sterben.“

Die Identität von Menschen verändert all das in elementarer Weise, verdeutlichte Heiner Keupp. Er unterschied in seinem Vortrag fünf Typen von „Identitätserzählungen“, erzählende Antworten auf die Frage: „Wer bin ich?“, die sich in psychosozialen Zusammenhängen identifizieren lassen:

„1. Der **proteische Typus**‘ sieht in der Erosion moderner Lebensgehäuse die große

Chance für den einzelnen, sich flexibel, kreativ, geschmeidig und mobil in immer neuen Gestalten verwirklichen könne. Er vertritt einen neoliberalen Freiheitsmythos.“ Flexibilität und Anpassungsfähigkeit sind seine zentralen Eigenschaften. Die Suche eines „persönlichen Kerns“ hat er längst aufgegeben zugunsten einer differenziert gestalteten Oberfläche.

„2. Der **fundamentalistische Typus**‘ lehnt all das ab, was für den ersten Typus als ‚Freiheitsgewinn‘ des Subjekts verbucht wird und verspricht die unverrückbaren Behausungen, in dem man sein gesichertes Identitätsfundament finden könne. Hier wird in Gestalt des Angebots von ‚unverrückbaren Ordnungen‘ ein Skript geboten, das sich jeder historisch-kulturellen Reflexivität entzieht.“ Beispiele in Psychologie und Psychoszene sind C.G. Jung und der Familienaufsteller Bert Hellinger: Hier gibt es auch in schwerer gesellschaftlicher See stabile Bezugspunkte, die Sicherheit und Eindeutigkeit bieten.

„3. Der **reflexiv-kommunitäre Typus**‘, für den der gegenwärtig wirksame Individualisierungsschub und ‚disembedding‘-Prozess Anlass für die Suche und Förderung von posttraditionellen Ligaturen darstellt, in denen Menschen sich selbstbestimmt vernetzen und darüber kollektive Handlungs- und Gestaltungsressourcen schaffen.“ Heiner Keupp erläutert diesen Typus mit einem Zitat von Charles Taylor (1993): „Von der Entdeckung meiner Identität zu sprechen bedeutet also nicht, dass ich Identität in der Isolation entwickle. Es bedeutet vielmehr, dass ich sie durch einen teils offenen, teils inneren Dialog mit anderen aushandele.“ Hinzu kommt bei diesem Typus, Individuen zur Handlung in sozialen Netzen zu befähigen. Heiner Keupp: „Das ist im wesentlichen mein eigener Diskurs und hat in der Gemeindepsychologie

mit guten Argumenten den paternalistisch-expertenorientierten Präventionsdiskurs abgelöst.“

„4. Der **Typus Selbstsorge**‘, der sich den heimlichen Fesseln der allgegenwärtigen ‚Pastoralen Mächte‘ entzieht und in Empowermentprozessen Eigensinn und Selbstbemächtigung zu entwickeln versucht.“ „Der Begriff „Selbstsorge“ meint, ‚auf sich selbst achten‘ oder ‚sich um sich selbst kümmern‘ (Foucault 1993), die ‚Sorgfalt, die man auf sich selbst verwendet‘ (ebd.) und dieser Begriff ‚steht für eine Haltung und das Verhalten eines Menschen, der es unternimmt, das eigene Leben zu gestalten, es nicht an fremden Normen und Vorstellungen zu orientieren, sondern ihm eine unverwechselbare eigene ästhetische Form zu geben‘ (Gussone & Schiepek 2000). Gerade dieses letzte Grundprinzip macht deutlich, dass die Chance zur Selbstsorge wesentlich von gesellschaftlich ermöglichten Ressourcen abhängt. Das ist in jedem Falle eine zukunftsfähige Aussage.“

„5. Der **Typus beschädigtes Leben**‘, der gegenüber allen vier auf positive Veränderungsmöglichkeiten setzenden Typen auf der provokanten Gegenposition beharrt: ‚Es gibt kein richtiges Leben im falschen‘.“ Dieses Zitat geht auf Adorno zurück. Gerade für Menschen in Helferberufen ist der **„Typus beschädigtes Leben“** unbequem, bietet es beim Individuum doch keine Veränderungsperspektive an. Heiner Keupp: „Er zielt damit auf eine Gesellschaft, die alles Lebendige nicht unter das Gesetz der Wahrheit, sondern der Ware zwingt. Unter diesen Bedingungen sind dann scheinbar gelingende Identität und Normalität vom Ansatz her ‚verkehrt‘.“ Und weiter: „Angesichts solcher Zustände ist die Rede vom ‚beschädigten Leben‘ ein unverzichtbarer Diskurs.“

## Das Verhältnis von Praxis, Profession und Wissenschaft

Das Verhältnis von Praxis, Profession und Wissenschaft stellt sich für Therapeuten verschiedener Schulen in sehr unterschiedlicher Weise dar. Weitere Diskrepanzen ergeben sich zwischen Praktikern und Forschern im Bereich der Psychotherapie. Die Diskussionen, die dieses Thema in das Publikum des Psychotherapeutentages tragen sollte, haben unter den Delegierten der Hessischen Psychotherapeutenkammer schon lange vorher begonnen: Der Ausschuss für Wissenschaft und Forschung, der den Samstagvormittag sowie einen der Themenschwerpunkte am Nachmittag vorbereitet hat, möchte einen Austausch anstoßen zwischen Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Therapieschulen wie auch zwischen Praxis und Wissenschaft – die Unterschiede würdigend, aber nicht verweisend.

### Prof. Franz Caspar: Evidenzbasierte Psychotherapie – Notwendigkeit und Grenzen

Prof. Dr. Franz Caspar ist Hochschullehrer für Klinische und Psychotherapie an der Universität Freiburg. Er vertrat in seinem Vortrag die Ansicht, dass sich die Wirksamkeit therapeutischer Methoden nur mit randomisierten klinischen Studien (RCT) sicher beurteilen lässt. Voraussetzung dabei ist, dass sowohl die Behandlung (etwa über Manuale) standardisiert ist wie auch die untersuchten Patienten hinsichtlich der Diagnose homogen sind.

Zugleich räumte Franz Caspar ein, dass diese Rahmenbedingungen der Standardisierung zugleich in der Regel die Übertragbarkeit auf die Behandlungspraxis beeinträchtigen dürften. Überdies stelle sich im Falle von Kontrollgruppen bei randomisierten klinischen Studien die Frage, ob die Annahme, diese erhielten „keine Behandlung“, regelmäßig zutrifft: Wenn Probanden einer solchen Kontrollgruppe unter psychischen Störungen leiden, werden sie in vielen Fällen nach Hilfsmöglichkeiten suchen, auch wenn sie der Kontrollgruppe einer klinischen Studie angehören. Wenn die Mitglieder der Kontrollgruppe solche Hilfs-

sangebote nicht aufsuchen, schließt sich andererseits die Frage an, ob sie hinsichtlich ihres Leidens mit der Experimentalgruppe gut übereinstimmen.

Zwar lässt sich die Übertragbarkeit der Ergebnisse klinischer Studien auf die Praxis durch die Entwicklung manualisierter Behandlungen grundsätzlich erhöhen. Dieses Vorgehen kommt aber schnell an seine praktischen Grenzen, wie Caspar in seinem Vortrag eindrucksvoll erläuterte: Chambless und Ollendick (2001) fanden 108 empirisch abgesicherte Manuale zur Behandlung von Erwachsenen und 37 weitere zur Behandlung von Kindern. Diese 145 Manuale deckten aber nur 51 von 397 Diagnose- und Problemgruppen ab. Selbst wenn die Manualisierung für weitere Störungsbilder zügig fortschreiten sollte, wäre es in der Praxis kaum vorstellbar, dass Therapeuten so viele Behandlungsmanuale beherrschen könnten, dass es in der alltäglichen Arbeit von Wert wäre.

Franz Caspar plädierte aber trotz der vielfältigen Einschränkungen bei der Übertragbarkeit empirischer Befunde auf die psychotherapeutische Praxis für ein Festhalten an einer empirisch orientierten Wirksamkeitsforschung: Wie er am Beispiel einer Studie über Stottertherapie (Baumeister et al., 2003) erläuterte, lassen sich Forschungsdesigns durchaus so planen, dass praxisrelevante Ergebnisse erzielt werden können: Indem mit Praktikern in regulären Praxen und in konkreten Arbeitsbedingungen realisierbare Fragestellungen verfolgt werden. Der Konflikt zwischen interner Validität („methodischer Sauberkeit“) und externer Validität („praktischer Relevanz“) lasse sich zwar nicht auflösen, aber doch minimieren.

Prof. Caspar insistierte, dass viele spezifische Fragen ohne das Einhalten methodischer Voraussetzungen nicht beantwortet werden können. Er forderte, dass Praktiker bestmöglich empirisch informiert sein sollten, räumte aber ein, dass die Forschung sich noch mächtig ins Zeug legen muss, wenn sie will, dass die Praxis umfassend evidenzbasiert sein soll.

### Prof. Michael Buchholz: Der Unterschied zwischen Profession und Wissenschaft in der Psychotherapie

Prof. Dr. Michael B. Buchholz ist Hochschullehrer am Soziologischen Seminar der Universität Göttingen. Er bezweifelte in seinem Vortrag, dass Psychotherapeuten ihrer Aufgabe gerecht werden, wenn sie nur Forschungsergebnisse anwenden oder umsetzen. Michael Buchholz: „Man kann sehen, dass therapeutisches Handeln von Wissenschaft nicht *determiniert* werden kann.“

Buchholz schlug in seinem Vortrag eine Unterscheidung zwischen empirischer Forschung einerseits und Profession andererseits vor, was „ein Nebeneinander beider gesellschaftlicher Funktionssysteme“ impliziert. In Buchholz' Perspektive sind praktisch arbeitende Psychotherapeuten nicht länger mäßig erfolgreiche Ausführungsorgane der Befunde empirischer Psychotherapieforschung. Ihr praktisches Handeln geht seelische Störungen vielmehr von einer professionellen Erfahrungsseite her an und ist in seiner Bedeutung empirisch-wissenschaftlichen Strategien *gleichberechtigt* und *nicht hierarchisch untergeordnet*.

Die Entstehung moderner anerkannter Berufe (bzw. Professionen) setzte historisch daran an, das professionelle Tun zu reflektieren und zu klären – um einerseits die eigene Grundlage des Handelns zu verstehen, zu sichern und auch an kommende Generationen weitergeben zu können. Dabei wurde Erfahrung gewöhnlich von Lehrern an Schüler weitergegeben, mündliche Traditionen spielten dabei eine große Rolle. Michael Buchholz: „Während es der empirischen Forschung auf person-unabhängiges *Wissen* ankommen musste, waren Professionen gebunden an die Ausbildung eines professionellen *Könnens*, das zwar auf wissenschaftlichem Wissen aufbaute, aber von diesem keineswegs *determiniert* werden konnte.“ Michael Buchholz weiter: „Damit geht die Unterscheidung zwischen Wissen und Erfahrung einher; Wissen ist lehrbar, Erfahrung nicht. [...] Empirische Forschung operiert im historischen Prozess zunehmend mit der Unter-



scheidung wahr / unwahr und muss deshalb ganze Fragenkomplexe [...] ausscheiden, nämlich solche Fragen, die nicht mit wahr oder unwahr beantwortet werden können. Professionen hingegen operieren mit einer anderen Grundunterscheidung: der von personbezogenem und sinnorientiertem Können oder Nicht-Können.“ Die „evidenzbasierte Medizin“ steht andererseits nach einer „Inventur des Evidenz-Bestands“ des „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“, aus der Buchholz zitierte, bestenfalls an Anfang. Denn dort heißt es, dass „nur etwa 4% aller ambulant und stationär erbrachten Dienstleistungen dem Anspruch auf belastbare Evidenz genügen, 45% genügen einfacheren Evidenzkriterien und für den ‚Rest‘ (rechnerisch 51%) gibt es heute keine wissenschaftliche Evidenz“ (SVR 1999, S. 79).

Dies bildet den Hintergrund, vor dem der Sachverständigenrat die Ergänzung durch eine „narrative based Medicine“ (NbM) für nötig hält. Buchholz zitiert: „In der NbM wird ärztliches Handeln als ein deutender Vorgang betrachtet, der narrative Fähigkeiten erfordert, um die ‚Geschichten‘ der Patienten und der Kliniker mit objektivierbaren medizinischen Befunden (z.B. Testergebnissen) zu verbinden. [...] Unter case expertise ist hierbei die Fähigkeit des Arztes zu verstehen, die Geschichten und die ‚Krankheitsskripte‘ [...] zu verstehen und zutreffend zu deuten.“ (SVR 1999, S. 67). Dies beschreibt nach Buchholz Ausführungen auch die typische Anforderung an die Arbeit professioneller Psychotherapeuten: Sie müssen in komplexen, vagen, instabilen und einzigartigen Situationen handeln und reagieren – und sind überdies Teil der Situation.

Michael Buchholz zog am Ende seiner Ausführungen die Konsequenz: „Fast alle Autoren bestätigen die Differenz zwischen Profession und empirischer Forschung. Kürzlich hat der Verhaltenstherapeut Marvin Goldfried (2000) als damaliger Präsident der SPR davon gesprochen, dass empirische Forscher und professionelle Psychotherapeuten in ‚differing social systems‘ leben und zugleich festgehalten, die derzeitige

empirische Forschung in der Psychotherapie sei ‚infant science‘. Ich bin der Meinung, die häufig gebrauchte Metapher, Profession und Forschung sollten eine ‚Ehe‘ eingehen, wird richtig, wenn keine Hierarchie impliziert ist.“ Zugleich forderte Buchholz, empirischen Forschung solle nicht eine immer weitergehende Manualisierung psychotherapeutischer Prozesse vorantreiben, sondern sich Prozessmodellen der Begegnung öffnen, in denen Professionelle kreative Freiräume behalten. Schließlich stehe womöglich in der Evaluation von Ausbildungsprozessen bei Psychotherapeuten eine weitere produktive Forschungsoption bereit, wie Buchholz seinen Vortrag beendete: „Mir scheint entscheidend zu sein bei der Ausbildung professioneller Psychotherapeuten, dass diese sich ein Ethos der Humanität aneignen, nicht nur eine Technologie der Änderung, dass sie sich engagieren über das empirische Wissen hinaus und ermutigt werden, eigene Erfahrungen bildend, nämlich theorie- und metaphernbildend, in ihre Gespräche einzubringen.“

### Panel zu den Vorträgen

Am Panel nahmen teil: **Prof. Dr. Michael B. Buchholz**, **Prof. Dr. Franz Caspar**, **Dr. Verena Vogelbach-Woerner** und **Elke Zwingmann**. Die Moderation hatte **Mathias Hebebrand**. Die Übereinstimmung der Referenten Franz Caspar und Michael Buchholz zeigte sich im folgenden Panel als erstaunlich groß: Beide schätzten die Reichweite kontrollierter empirischer Studien als für die Praxis begrenzt ein. Franz Caspar betonte aber ihre grundsätzliche Notwendigkeit stärker. Michael Buchholz spitzte dann doch zu, indem er den Verzicht auf randomisierte klinische Studien forderte: Sie seien als Messinstrument für die Prozesse im psychotherapeutischen Alltag ungeeignet. Überdies käme die Auswirkung kultureller Aspekte auf psychotherapeutische Settings in der Forschung systematisch zu kurz. Elke Zwingmann hatte die Lacher auf ihrer Seite, als sie Wissenschaftler und Praktiker als längst verheiratet und in eskalierendem Streit befangen sah. Sie wünschte sich eine „wilde Ehe“, die in respektvollem Abstand einen produktiven Diskurs entwickeln könnte.

## Foren zum Thema: Das Verhältnis von Praxis, Profession und Wissenschaft

### 1: Universitäre Ausbildung und Forschung im Spannungsverhältnis zur psychotherapeutischen Praxis

Es referierte **Prof. Dr. Inge Frohburg**. An der Diskussion nahmen teil **Christian Alte** und **Dr. Stephan Hau**. Inge Frohburg zog eine Bilanz ihrer Arbeit als Hochschullehrerin, Forscherin, Ausbilderin in Gesprächspsychotherapie und Psychotherapeutin. Sie zeigte dabei Probleme im Wissenschafts- und Forschungsbetrieb wie auch im Verhältnis zu Praktikern, die lediglich als Zielobjekt von Forschungstransfer gesehen werden, wie im „Förderschwerpunkt Psychotherapie“ des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nachzulesen sei. In der Diskussion zeigte sich Übereinstimmung in der Wahrnehmung von Defiziten. An die Kammerarbeit richteten sich Wünsche nach Hilfe beim Zugang zu aktuellem Fachwissen, nach Einflussnahme auf den Fragenkatalog des Instituts für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), das die Approbationsprüfungen für Psychotherapeuten konzipiert und nach verstärktem Diskurs der Therapieverfahren. Unsicherheiten von Erkenntnisprozessen seien ebenso auszuhalten wie Gegensätzlichkeiten von Praxis und Wissenschaft.

### 2: Therapieprozess aus systemischer und gestalttherapeutischer Perspektive

Es referierten und diskutierten **Birgit Gallenberger**, **Bernd Gerstner** und **Prof. Dr. Günther Schiepek**. Günther Schiepek stellte den hochaktuellen Ansatz des Integrierten Synergetischen Prozessmanagements (SPM) vor, der täglich den Therapieprozess erfasst und zurückmeldet. Der wissenschaftliche Referent für die Gestalttherapie **Bernd Fliegener** war kurzfristig verhindert, so dass dessen Perspektive entfallen musste. Die Praktiker – Birgit Gallenberger und Bernd Gerstner – betonten für die systemische bzw. gestalttheoretische Therapie die Bedeutung der Selbstorganisation, auf dem auch das SPM beruht.

### 3: Kinder- und Jugend-psychotherapie: Welche Forschung nützt uns?

Es referierten: **Prof. Dr. Silvia Schneider** (Leiterin der Abt. Kinder- und Jugendlichenpsychologie an der Universität Basel), **Heidi Staufenberg** (Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Frankfurt) und **Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff** (Evangelische Fachhochschule Freiburg). Das Forum wurde von **Prof. Dr. Fritz Mattejat** (Universität Marburg) in Abstimmung mit **Dr. Gisela Wiegand** (Kassel) moderiert. In der angeregten, teilweise kontroversen, aber immer konstruktiv geführten Diskussion wurde u.a. diskutiert: Interpretation der Forschungsergebnisse, Bedeutung und Nutzung von Manualen, Einbeziehung von Niedergelassenen in die Forschung.

### 4: Ein Blick ins Gehirn: Erforschung von Emotionen – Implikationen für die Psychotherapie

Es referierte **PD Dr. Rudolf Stark**. Es diskutierten **Else Döring**, **Dr. Michael Hübner** und **Dr. Walter Osborn**. Rudolf Stark, Universität Gießen, referierte zum Thema „Ein Blick ins Gehirn. Mögliche Implikationen bildgebender Verfahren auf die Psychotherapie“. Mit Blick aus verschiedenen Therapierichtungen nahmen Walter Osborn, Herborn, Else Döring, Frankfurt, und Michael Hübner, Butzbach, kommentierend zum Thema Stellung. Die sehr zahlreich erschienenen Zuhörer nutzten die Gelegenheit zu Nachfragen. Sie äußerten den Wunsch nach Fortsetzung des Themas aus neurophilosophischer Sicht.

### 5: Die Begegnung von Wissenschaft und Praxis im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung

Es referierte **Prof. Dr. Georg Bruns**. Es diskutierten **Ute Binder** und **Prof. Dr. Ulrich Stangier**. Georg Bruns referierte aus psychoanalytischer Sicht zum Thema „Die Begegnung von Wissenschaft und Praxis im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung“; dazu hielten Ulrich Stangier aus verhaltenstherapeutischer und Ute Binder aus gesprächspsychotherapeutischer Sicht Koreferate. Dies eröffnete einen klärenden

und konstruktiven Austausch über Gemeinsamkeiten und Unterschiede, der sich auf die Bedeutung der therapeutischen Beziehung und das Verständnis von Empathie konzentrierte.

### Psychotherapie in Institutionen Situation der Psychotherapie in Institutionen

#### Thomas Burkart: Situation der Psychotherapie in Institutionen – Übersetzungsarbeit in der stationären Psychotherapie

Thomas Burkart stellte als Leitender Psychologe einer Klinik dar, dass die Mitglieder verschiedener Berufsgruppen alltägliche Ereignisse je nach ihrem Zuständigkeitsbereich völlig unterschiedlich auffassen: Z.B. habe das Hinauszögern eines Patienten bei der Bezahlung seiner Rechnung für den Verwaltungsmitarbeiter eine andere Bedeutung als für den Bezugs-Psychotherapeuten oder eine scheinbar rein betriebswirtschaftliche Maßnahme, wie z.B. das Outsourcen des Verpflegungsbereiches, bekomme in der therapeutischen Arbeit mit essgestörten Patienten eine völlig andere Bedeutung. Hier müsse man sich im Team über die Vielschichtigkeit der Bedeutungen miteinander verständigen; „Übersetzungsarbeit“ sowie Verständigung im Team über die Vielschichtigkeit der Bedeutungen sei hier von großer Bedeutung.

**Dr. Christina Tophoven: Neue Vertrags- und Versorgungsformen – Chancen für PsychotherapeutInnen** – Folgend berichtete Christina Tophoven über die Chancen für Psychotherapeuten in Institutionen, die in den neuartigen Vertrags- und Versorgungsformen in der so genannten „Integrierten Versorgung“ liegen könnten.

#### Jens Ahäuser: Die Reform des BAT – ein Zwischenbericht zu den Verhandlungen

– Der Vertreter der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di berichtete, dass die Arbeitgeberseite bei der Reform des BAT von dem ursprünglichen Primat der Kostenneutralität abgerückt sei: Die öffentlichen Arbeitgeber hätten Vergütungsvorstellungen präsentiert, die durchweg um 30 % unter den bisherigen Gehältern lägen. Hier werde um Bestandsschutz zu kämpfen sein, was bei einer Aufkündigung des Flächentarifvertrages sehr schwer werden könne.

### Psychotherapie in Institutionen – ein Auslaufmodell?

#### Alfred Krieger: Sinn oder Unsinn einer nicht-heilkundlichen Psychotherapie

– Der Referent versuchte eine Positionsbestimmung für die Psychotherapie in Erziehungsberatungsstellen vorzunehmen, nachdem er extreme Positionen – „In Beratungsstellen kann es keine heilkundliche Tätigkeit geben“ versus „Alles, was ein PP / KJP in einer EB tut, ist Psychotherapie“ – diskutiert hatte.

#### Ralph Wohlfarth: Das Herausdrängen der Psychotherapie aus der Psychiatrie

– In 10 Thesen erläuterte Wohlfarth jene Tendenzen, die in den letzten Jahren immer stärker zu einem Herausdrängen der Psychotherapie aus der Psychiatrie geführt hätten. Im Publikum entzündete sich eine lebhaft diskutierte Diskussion an der Tatsache, dass dem Referenten von seinem Chefarzt nach drei Jahren willkürlich die Führung der Bezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut“ untersagt worden war.

#### Dr. Rainer Doubrawa: Psychotherapie und Klinische Psychologie in der Rehabilitationsklinik

– Doubrawa entwickelte Vorstellungen, welche Tätigkeiten jeweils primär in den Zuständigkeitsbereich einer der drei Berufsgruppen – „Psychologischer Psychotherapeut“, Diplom-Psychologe, Reha-Psychologe / FH – fallen sollten.

#### Dr. Gerhard Terporten: Psychologische PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PPiA) in Institutionen

– Der Referent stellte ein Vollzeit-Ausbildungskonzept für Psychologische Psychotherapeuten an seiner Klinik dar, welches eine besonders gute Verzahnung von praktischer und theoretischer Ausbildung ermögliche. Die PPiA erhalten in der dreijährigen Ausbildungszeit eine Entlohnung in Höhe des bisherigen AiP-Gehaltes und zahlen für die Ausbildung lediglich die vom Bundesland verlangte Ausbildungsabgabe.

Zum Abschluss zog Thomas Merz, der diesen Themenstrang moderierte, als Bilanz, dass es wichtig sei, die Tätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und PiA in den Einrichtungen abzusichern, neue Versorgungsmodelle zu konzipieren und

mit unterschiedlichen Vertragspartnern zu kontrahieren und einen Dialog mit den Nachbarberufen zu führen.

### **Zukunftsfragen:**

**Uta Cramer-Düncher**, Moderatorin dieses Themenkomplexes, stellte zu Beginn eine Reihe von Befunden vor, aus denen sich eine gravierende Steigerung der Häufigkeiten psychischer Erkrankungen in westlichen Gesellschaften ergibt. Die Gründe dafür wurden schon im Einführungsvortrag ausführlich dargelegt. Psychotherapie, so konstatierte Cramer-Düncher, ist gesellschaftlich notwendiger denn je und sie ist sogar volkswirtschaftlich sinnvoll. Nach einer Untersuchung beispielsweise bringt 1 Euro, der für stationäre Psychotherapie aufgewandt wird, im Gesundheitssystem 3,79 Euro Ersparnis. Doch was bedeutet diese Bilanz für die Zukunft der Psychotherapie? Wie Menschen im 21. Jahrhundert mit ihren besonderen Bindungs- und Beziehungsstilen erreicht werden können, wurde bisher jedenfalls kaum diskutiert.

**Werner Gross: Fit für Zukunft? – Überlegungen zur Psychotherapie 2020** – Passen unsere therapeutischen Methoden und Grundhaltungen zu den veränderten Individuen, mit denen wir es z.B. im Jahr 2020 zu tun haben werden? Und: Wie müssen wir uns auf neue Bedingungen für psychotherapeutisches Handeln einstellen? Werden die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Zukunft haben? Wird Psychotherapie als Regelleistung bestehen bleiben oder wird es zur Wahlleistung werden? Welche Tätigkeitsfelder könnten oder sollten wir uns erschließen? Die Antworten von Werner Gross waren provozierend, forderten z. T. zu Widerspruch heraus, konnten aber auch sehr nachdenklich machen.

**Ursula Lindauer: Screentherapie – Möglichkeiten und Grenzen von Psychotherapie im Internet** – Eine neue und ungewohnte Möglichkeit zukünftiger Psychotherapie oder Beratung stellte Ursula Lindauer vor. Seit 1999 erprobt sie mittels Videokonferenz die Bedingungen für Beratung oder auch Therapie per Internet. „Screentherapie“ nennt sie ihr privates Forschungsprojekt. Die faszinierende, z.T. auch wohl erschreckende Möglichkeit einer virtuellen psychotherapeutischen Praxis wurde skizziert, Parallelen und Unterschiede zur Begegnung zwischen Klient und Therapeut online und in der „klassischen“ Praxis, Möglichkeiten und Einschränkungen wurden dargestellt.

**Elvira Seelow: Würde Freud Onlinetherapie machen?** Elvira Seelow unternahm den Versuch, die Möglichkeiten von Online-Therapie aus psychoanalytischer Sicht einzuschätzen. Sie gab einen Überblick über die bisher vorsichtigen Versuche, abseits der unmittelbaren Begegnung psychotherapeutisch zu arbeiten: Gerade von psychoanalytischer Seite bestehen grundsätzliche Zweifel, ob Übertragungsprozesse ohne leibliches Miteinander von Psychotherapeut und Patient möglich sein bzw. ob und wie sie vom Therapeuten sinnvoll aufgegriffen werden können.

In der **Diskussion** prallten Pro und Kontra lebhaft aufeinander. Psychotherapie über das Internet galt den Skeptikern als möglicherweise gefährliche Zeitgeistmode ohne fundierte psychotherapeutische Implikation. Befürworter hielten dagegen, dass Angebote zur Lebenshilfe im Internet zunehmend nachgefragt würden, was die Psychotherapeuten perspektivisch immer mehr zwingt, dazu eine Position zu beziehen.

**Josef Kleinschnittger: Erfahrungen mit / und Überlegungen zur Sozialpsychotherapie** – In vielen psychotherapeutischen Arbeitsfeldern, so Josef Kleinschnittger, greife eine auf das Individuum beschränkte Psychotherapie zu kurz. Vor allem ging es ihm darum, den Menschen in seinen sozialen Bezügen zu begreifen und diese in der therapeutischen Arbeit sowie in der Supervision von Therapeuten und Familienhelfern einzubeziehen. Interessant war der Vergleich amerikanischer, deutscher und skandinavischer Ansätze psychosozialer Therapie.

**Beiträge zum Psychotherapeutentag:** Mitglieder der Vorbereitungsgruppe und der Ausschüsse Wissenschaft und Forschung und Psychotherapie in Institutionen.

### **Frohe Weihnachten und ein gutes Jahr 2005!**

Der Vorstand, die Geschäftsführung und die Mitarbeiter der Geschäftsstelle wünschen allen Mitgliedern der Hessischen Psychotherapeutenkammer ein gesegnetes Weihnachtsfest und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2005!

**Redaktion Hessische Kammerseiten:**  
Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier

### **Geschäftsstelle**

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

# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

## Liebe Kollegin, lieber Kollege!

Manche unserer Themen sind „Dauerbrenner“: Wir beschäftigen uns weiterhin intensiv mit den Möglichkeiten einer finanziellen Förderung von PP und KJP in Ausbildung, um Hürden für die Aufnahme einer Ausbildung zu senken. Eine dieser Möglichkeiten ist die Gründung einer Stiftung, zu der auf der letzten Sitzung der Kammerversammlung ein Experte der Nord/LB grundlegende Informationen zur Verfügung gestellt hat.

Letztlich dem gleichen Ziel – der Verbesserung der Situation der PP und KJP in Ausbildung – dienen die Bemühungen des Vorstands, durch Kooperationsvereinbarungen mit Landeskrankenhäusern bezahlte Praxisplätze im „Psychiatrischen Jahr“ zu sichern. Nach einer entsprechenden Vereinbarung mit dem LKH Königs-Lutter konnte jetzt eine ähnliche Vereinbarung mit dem LKH Osnabrück abgeschlossen werden, die von der Kammerversammlung aber nur mit einer Mehrheit von 1 Stimme gebilligt wurde. Gründe für die zahlreichen Gegenstimmen waren zum einen die Sorge, dass mit der vereinbarten Arbeit an einem Curriculum „Sexualtherapie“ einer erst noch zu entwickelnden Weiterbildungsordnung vorgegriffen wird, zum anderen die Befürchtung, dass die Einheitlichkeit von Psychotherapie zugunsten einer Fülle von „Spezialtherapien“ mit Einschränkungen für die Behandlungsberechtigung aufgegeben werden könnte. Der Vorstand teilt diese Befürchtungen nicht, nimmt aber die Sorge vieler Kammermitglieder zum Anlass, die Entwicklung einer Weiterbildungsordnung voranzutreiben und sich – und das ist das erkennbare Interesse aller Landeskammern und auch der Bundeskammer – weiterhin für eine im Rahmen der Approbation uneingeschränkte Behandlungsberechtigung einzusetzen.

Zentrales Thema der letzten Monate war die Arbeit an einer neuen Fortbildungs-

ordnung der PKN, zu der der Vorstand einen umfassenden Änderungsantrag vorgelegt hatte. Die Kammerversammlung hatte mit der Verabschiedung einer Ordnung im März Rechtssicherheit für die Mitglieder geschaffen, die ab 01.07.04 zur Fortbildung nach dem GMG verpflichtet sind. Da aber mittlerweile eine Musterfortbildungsordnung der BPTK vorlag, war die Frage zu diskutieren, ob und wie weit die niedersächsische Ordnung der Musterordnung entsprechen sollte. Mit großer Mehrheit hat sich die Kammerversammlung am 21.08.04 für eine solche Anpassung entschieden, die Voraussetzung ist für die Möglichkeit einheitlicher Bedingungen in allen Bundesländern. Um möglichst Klarheit und Transparenz herzustellen, was diese Ordnung für unsere Mitglieder bedeutet, und um Fragen zu dieser Ordnung direkt beantworten zu können, haben wir Informationsveranstaltungen in Braunschweig, Göttingen, Hannover, Lüneburg, Oldenburg, Osnabrück und Stade durchgeführt, auf denen wir zu unserer Freude knapp ein Viertel unserer Mitglieder getroffen haben. Wir haben von diesen Veranstaltungen auch eine Fülle von Fragen und Anregungen mitgenommen, die zu einem großen Teil in die Umsetzung der Regelungen Eingang finden werden.

Was diese Fortbildungsordnung für die nicht-niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen bedeutet bzw. bedeuten kann, wird von einem Mitglied der AG Angestellte/Beamte auf diesen Seiten in einem eigenen Abschnitt vorgestellt.

Eine administrative Konsequenz der Fortbildungsordnung ist, dass Veranstaltungen vorab akkreditiert werden sollen und können, um den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Sicherheit zu geben, dass der Besuch einer Veranstaltung auch auf die Verpflichtung zur Fortbildung angerechnet wird. Diese Akkreditierung erfolgt online über einen eigenen Menüpunkt auf unse-

rer homepage – dadurch sind Verwaltungsaufwand und -kosten auf ein Minimum reduziert worden. Wenn das Procedere sich im Alltag bewährt hat und weiter optimiert werden konnte, wird unser Geschäftsführer, Herr Mittelstaedt, nähere Erläuterungen dazu geben und außerdem über – dann vielleicht schon vorangeschrittene – Bestrebungen berichten können, das Procedere bundesweit abzustimmen.

Sie haben mittlerweile die ersten Unterlagen zur Wahl der neuen Kammerversammlung im Februar 2005 erhalten. Diese Kammerversammlung wird nach einer Änderung des Heilkammergesetzes erstmals für 5 Jahre gewählt. Wenn Sie dieses Heft in der Hand haben, wird die Aufstellung der Kandidaten bereits nahezu abgeschlossen sein. Wir möchten Sie dazu aufrufen, von Ihrem Wahlrecht Gebrauch zu machen und damit für eine Vertretung Ihrer Interessen in der nächsten Kammerversammlung zu sorgen.

Demnächst steht noch eine weitere Wahl an: Die erste Wahl zur Delegiertenversammlung des PVW. Darüber informiert Sie eine Notiz auf diesen Länderseiten.

Dem immer wichtiger werdenden Thema Qualitätssicherung ist eine Information über Handreichungen gewidmet, die der QS-Ausschuss gegenwärtig für die PKN-Mitglieder vorbereitet.

Und dann noch eine Bitte um Nachsicht in eigener Sache: Es war nämlich kein Test, mit wie viel Aufmerksamkeit Sie unsere Länderseiten lesen, sondern ein schlichtes Versehen, dass die „Anfragen zur Berufsordnung“ in den letzten beiden Heften des PTJ denselben Fall behandelten.

*Dr. Lothar Wittmann, Inge Berns,  
Gertrud Corman-Bergau, Werner  
Köthke, Prof. Dr. H.-J. Schwartz*



## „Nein – meine Suppe ess’ ich nicht!“

So ähnlich klingen in diesen Tagen Äußerungen einiger angestellter oder verbeamteter PP und KJP, wenn im Gespräch das Fortbildungszertifikat erwähnt wird. Das „schmeckt“ uns als Kammer natürlich überhaupt nicht – wir wollen uns deshalb diesem Thema aus verschiedenen Perspektiven nähern: Wir wollen

- Informationen bieten
- zur konstruktiven Diskussion darüber anregen

### Informationen

Einen Überblick über die wichtigsten Informationen zum Thema haben die Veranstaltungen in den verschiedenen Regionen Niedersachsens bereits geboten. Hier noch einmal die wesentlichen Aspekte in Kürze:

Vorgeschrieben ist der Nachweis eines Fortbildungszertifikats gegenüber den KVen für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen.

Auch für angestellte/verbeamtete PP und KJP ist nach unserer Berufsordnung Fortbildung verpflichtend, aber der Erwerb eines solchen Zertifikats ist freiwillig.

Die für das Zertifikat zu erwerbenden 250 Punkte in 5 Jahren können nach der Fortbildungsordnung über verschiedene Leistungen erworben werden. Die am 21.08.04 verabschiedete niedersächsische Fortbildungsordnung stimmt bzgl. der Punktwertung mit der Fortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer überein. Sie kann von der homepage der PKN ([www.pk-nds.de](http://www.pk-nds.de)) heruntergeladen werden.

### Bei welchen Veranstaltungen können Sie Fortbildungspunkte bekommen?

- Veranstaltungen, die auf Antrag der Veranstalter vor der Durchführung der Tagung o. ä. von der Akkreditierungsstelle der PKN anerkannt (akkreditiert) wurden.
- Veranstaltungen, die zuvor durch andere Kammern (andere Länderkammern, Ärztekammern) akkreditiert wurden.
- Veranstaltungen, deren Akkreditierung vor deren Durchführung durch Teilneh-

mer beantragt wurde. In diese Kategorie fallen z.B. Interventionen, für die es keinen Veranstalter im eigentlichen Sinne gibt, aber auch solche Veranstaltungen, deren Leiter nicht an einer Akkreditierung bei der PKN interessiert ist.

### Was tun, wenn die Veranstaltung nicht zuvor akkreditiert wurde?

Auch das ist kein Problem: In Einzelfällen können auch Teilnahmebescheinigungen von nicht-akkreditierten Veranstaltungen mit den entsprechenden Programmen eingereicht, geprüft und auf die spätere Zertifizierung mit angerechnet werden.

### Wer nimmt die Überprüfung bei der PKN vor?

Frau Einnolf (KJP) hat sich zur Verrichtung dieser umfangreichen Arbeit bereit erklärt.

Frau Derichs (PP und KJP) und Herr Hermann (PP) werden von ihr in unklaren Fällen zu Rate gezogen.

Die Anträge auf Akkreditierung werden auf der homepage der PKN online ausgefüllt und abgeschickt. Auf diese Weise sollen zusätzliche Papierberge in der Geschäftsstelle vermieden und Kosten reduziert werden.

### Buchung der Fortbildungspunkte

Die Punkteregistrierung erfolgt ebenfalls kosten- und aufwandreduziert: Bei PKN-akkreditierten Veranstaltungen müssen die Teilnehmer gar nichts tun: Die Geschäftsstelle der PKN führt Punktekonto, denen die erworbenen Punkte automatisch gutgeschrieben werden. Nur für andere Veranstaltungen müssen Bescheinigungen eingereicht werden.

Die Akkreditierung verursacht Arbeit und damit Kosten, die nach geltendem Recht denen angelastet werden müssen, die davon profitieren. Über die Höhe der Gebühren wird derzeit in der Kammerversammlung noch diskutiert. Bis zur Ver-

abschiedung einer differenzierten Gebührenordnung zur Akkreditierung wird die gültige Kostenordnung der PKN zugrunde gelegt.

### Diskussionsanregungen

Zurück zum in der Überschrift erwähnten „Speiseplan“:

- Sollen und wollen wir denn diese „Suppe“ essen?
- Sollen wir als angestellte / verbeamtete PP und KJP die Suppe auslöffeln, die der Gesetzgeber den niedergelassenen eingebrockt hat?
- Wozu sollen wir schon wieder Geld investieren bei der Kammer? Was bekommen wir denn dafür?
- Welche Gründe könnte es geben, dazu „ja“ zu sagen?

### Unsere Argumente:

- Unsere Berufsordnung hat sich die schon lange geltenden Vorschriften des HKG und ja auch die Forderung (der Therapieschulen und der Berufsverbände) zu eigen gemacht und fordert von allen approbierten PP und KJP berufsbegleitende Fortbildung. Gesetzlich den Fall, einem PP oder KJP wird etwas zur Last gelegt, womit sich die Schiedsstelle der PKN, das Berufsgericht oder – für Angestellte wahrscheinlicher – der Arbeitgeber (z.B. in einem Disziplinarverfahren) oder ein ordentliches Gericht zu befassen hat, kann die Vorlage eines Fortbildungszertifikats helfen, Vorwürfe abzuweisen.
- Vielleicht sagen Sie jetzt: „Das ist mir noch nie passiert.“ Woher nehmen Sie die Sicherheit, dass dies auch in Zukunft nicht der Fall sein wird?
- Sollten Sie sich nach einer neuen Tätigkeit umsehen, sich für eine neue Stelle bewerben oder auch sich niederlassen wollen, macht sich ein üppiges Punktekonto im Fortbildungssektor sicher auch nicht schlecht.
- Sollten Sie zu den Auserwählten gehören, die heutzutage noch eine gehaltliche Höhergruppierung auf Grund von Höherqualifizierung erhalten können, so können Sie dafür ganz bestimmt

auch die Zahl und die Qualität der von Ihnen besuchten Fortbildungsveranstaltungen ins Feld führen.

- Wenn Sie sich jetzt zurücklegen und denken: „Darum sollen sich die jüngeren Kolleginnen und Kollegen Gedanken machen!“, wer sagt Ihnen, dass nicht auch Ihr Arbeitsplatz durch unerwartete Umstrukturierungen plötzlich ganz anders aussehen oder gar weg-rationalisiert werden kann?
- Qualitätssicherung bekommt eine immer größere Bedeutung in unserem Berufsfeld. Institutionen müssen die Qualität ihrer Leistungen nachweisen. Ein PP / KJP mit vielen Zusatzqualifikationen, der sich zudem regelmäßig fortbildet, könnte in diesem Zusammenhang mehr zählen, als jemand ohne Zusatzqualifikation.
- Bei einem Vergleich von niedergelassenen und angestellten / verbeamteten PP und KJP könnte es heißen: Niedergelassene bilden sich fortlaufend weiter. Angestellte brauchen das nicht; sie

verdienen ihr Geld auch ohne solche Anstrengungen. Wollen wir wirklich Psychotherapeuten 2. Klasse werden?

- Und nicht zuletzt: Bitte überprüfen Sie einmal, in welchem Umfang Sie sich in den vergangenen 5 Jahren fortgebildet haben – Sie werden mit hoher Wahrscheinlichkeit feststellen, dass Sie das mit dem Zertifikat vorgegebene Soll immer schon erfüllt haben; geändert hat sich letztlich also nur die Art der Dokumentation.

### **Worum geht es beim Protest gegen die Akkreditierungsgebühren?**

Protestiert wird gelegentlich gegen die Kosten für eine Akkreditierung leiterloser Gruppen. Angenommen, eine Interventionsgruppe besteht aus 6 KollegInnen, die 1x in 5 Jahren ihre Gruppe akkreditieren lassen und dafür – nach gegenwärtig geltender Kostenordnung – 25.- € bezahlen, dann entfallen auf jedes Gruppenmitglied

0,83 € pro Jahr. Fazit: Ums Geld kann es eigentlich nicht gehen.

Vielleicht wird von einigen unserer Mitglieder das Kostenargument als willkommene Gelegenheit genutzt, sich gegen die Kammer aufzulehnen, die sie sowieso nicht wollten? Dann aber sollte nicht die Fortbildungsordnung als Kampfplatz für längst geschlagene Schlachten genutzt werden – sie gibt das (siehe oben) wirklich nicht her.

### **Zurück zur Metapher:**

Die Suppe steht auf dem Tisch. Das Fortbildungszertifikat könnte das Salz sein, das die Suppe geschmackvoll abrundet und ihre Qualität verbessert. Haben Sie Appetit bekommen oder hätten Sie Lust, sich bei den nächsten Wahlen zur Kammerversammlung als Mitglied des „Küchenteams“ zu bewerben? Sie hätten dann die Chance, die Würzmischung entsprechend den bis dahin gesammelten Erfahrungen zu modifizieren.

*Gaby Derichs*

## **Psychotherapieausbildung, praktischer Teil: Klagen berechtigt?**

Bundesweit sind viele Klagen über den praktischen Teil der Psychotherapieausbildung zu hören. Da die PPIA und KJPIA in Niedersachsen Kammermitglieder sind, haben wir auch die Interessen dieser Kolleginnen und Kollegen wahrzunehmen. Wir begrüßen daher, dass die Universität Hamburg (Prof. Dr. Uwe Koch) nun ein

Forschungsprojekt aufgelegt hat, das die Situation der PPIA und KJPIA in dieser Ausbildungsphase detailliert erkunden soll und damit auch eine Basis für weitere Initiativen zugunsten der Ausbildungsteilnehmer sein kann. Deshalb bitten wir alle diejenigen Mitglieder, die sich in diesem Teil der Ausbildung befinden oder ihn

gerade hinter sich haben, den von der Uni Hamburg entwickelten Fragebogen auszufüllen. Sie finden den Bogen, den Sie online ausfüllen oder ausdrucken und dann per Fax nach Hamburg schicken können, wenn Sie auf unseren Internet-Seiten einen link unter „Aktuelles“ (05.10.04) anklicken.

## **Das Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW) informiert:**

Derzeit werden in der Geschäftsstelle des PVW die Vorbereitungen für die erste Wahl der Delegiertenversammlung des PVW getroffen. Die Notwendigkeit dieser Wahl ergibt sich durch den Beitritt der Psychotherapeutenkammer Bremen zum PVW durch Staatsvertrag zum 01.03.2004. Satzungsgemäß hat die erste Wahl innerhalb eines Jahres nach

Inkrafttreten des ersten Staatsvertrages zu erfolgen. Der für die ordnungsgemäße Durchführung des Wahlvorganges zuständige Wahlausschuss setzt sich zusammen aus dem Wahlleiter als Vorsitzendem und seinem Stellvertreter, die nicht Mitglieder des PVW sein dürfen und drei Mitgliedern des PVW und ihren Stellvertreterinnen oder Stellvertretern als

Beisitzer. Herr Ministerialdirigent Heiß (stellvertretender Wahlleiter des Landes Niedersachsen) wird die Wahl der Delegiertenversammlung als Wahlleiter begleiten und für eine ordnungsgemäße Durchführung der Wahl Sorge tragen. Die Versendung der Wahlunterlagen an alle Mitglieder des PVW wird zum 15. Februar 2005 erfolgen.

## Qualitätssicherung in der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Der Qualitätssicherungsausschuss arbeitet an einem Leitfaden „Qualitätsrelevante Aspekte in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis – Empfehlungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen“, in dem die Vorgaben des § 135 a Abs. 2 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) praxisnah, ökonomisch und kostengünstig für die ambulante Praxis umgesetzt werden. Dieser soll den Kammermitgliedern über das Internet zur Verfügung gestellt werden. Mit der Beschreibung qualitätsrelevanter Aspekte in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis formuliert die PKN Empfehlungen für das vom Gesetzgeber geforderte interne Qualitätsmanagement (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) und für einrichtungsüber-

greifende Maßnahmen zur Ergebnisqualität. Anhand einer Checkliste „Was brauche ich für meine Praxis?“ kann die eigene Praxis (Ist-Zustand) mit den Empfehlungen verglichen und optimiert werden (Soll-Zustand). Eine Zertifizierung – die auch vom Gesetzgeber nicht gefordert ist – wird nicht angezielt. Die Empfehlungen sind jedoch so aufgebaut, dass sie sicherlich eine gute Basis für eine individuell gewünschte Zertifizierung darstellen.

Die PKN wird eine besondere Rolle bei der Unterstützung ihrer Mitglieder hinsichtlich der Ausfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben in der Qualitätssicherung spielen. Eine künftige Aufgabe des Ausschusses Qualitätssicherung könnte dabei sein, die Empfehlungen ständig zu aktualisieren (z. B. Qualitätsmanagement durch Vorschläge für

Formulare zu optimieren, Testverfahren zu ergänzen, über Software bspw. zur Prozess- und Ergebnisqualität zu informieren, Leitlinien für Therapien zusammenzutragen). Eine zentrale Aufgabe sieht die PKN auch in der Auswertung der Erfahrungen, die ihre Mitglieder mit der Qualitätssicherung machen, und diese in die Fortentwicklung einzubeziehen.

### Geschäftsstelle

Roscherstr. 12  
30161 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  
info@pk-nds.de  
www.pk-nds.de



## Schnelle und effektive Hilfe

**Christoph-Dornier-Klinik**  
Internationale Privatklinik für Psychotherapie  
bietet schnelle und effektive Hilfe bei:

- **Angststörungen**
- **Zwangsstörungen**
- **Magersucht**
- **Bulimie**
- **Depressionen**
- **Rückfallerkkrankungen**


Behandlungsansatz: intensive, evidenzbasierte **Einzeltherapie**  
**Kostenübernahmen:** Beihilfe, Privatversicherungen,  
GKV-Einzelfallentscheidungen, **Ausländische Versicherer**

Informationen: Fr. Jürgens, Telefon 0251/4810-102  
Leitende Ärztin: Dr. med. S. Nedjat

Christoph-Dornier-Klinik, Tibusstraße 7 – 11,  
48143 Münster,  
**www.c-d-k.com**

CHRISTOPH-DORNIER-KLINIK FÜR PSYCHOTHERAPIE

Parkland-Klinik in Zusammenarbeit mit dem Institut für Fort-  
und Weiterbildung in der Behandlung von Essstörungen Kassel


**Parkland-Klinik**  
Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

### Curriculum Essstörungen

2,5jährige fraktionierte Weiterbildung in der Behandlung von Essstörungen mit renommierten ExpertInnen. Das 150stündige Curriculum ist aufgeteilt in fünf separate Weiterbildungsblöcke. Jeder Block ist einzeln buchbar. Eine Zertifizierung geschieht durch die Ärzte- und Psychotherapeutenkammer Hessen.

**Kosten: € 305,- pro Kurs**

**Block I:** Kompaktkurs „Behandlung von Essstörungen“ (u. a. mit Priv. Doz. Dr. phil. Dipl. Psych. Günter Reich, Göttingen). Der Kompaktkurs vermittelt ein Grundwissen über die Behandlung von Essstörungen.

**Block II:** Adipositas und Binge-Eating-Disorder (u. a. mit Prof. Dr. Martina de Zwaan, Erlangen, und Dr. Ulrike Korsten-Reck, Freiburg) vom 26.01.-29.01.2005.

**Blöcke III bis V:** Trauma und Essstörungen/Anorexia nervosa/Bulimia nervosa/Familientherapie/besondere Therapieansätze/Leitlinien/Therapiemanuale/Prävention.

**Ort des Curriculums ist die**  
**Parkland-Klinik in Bad Wildungen.**  
Nähere Informationen:  
Weiterbildungssekretariat · Andrea Pflücker  
Im Kreuzfeld · 34537 Bad Wildungen, Telefon 05621-706-629

a.pfluecker@parkland-klinik.de · www.parkland-klinik.de



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

## Versorgung von Gewaltopfern: Großes Engagement von Niedergelassenen und Beratungsstellen

Im Mai informierte die Kammer in einem Mitglieder-Rundbrief über das Eckpunktepapier zum Thema „Häusliche Gewalt – die Rolle des Gesundheitswesens“ des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie und der Landesgesundheitskonferenz. Zur Unterstützung der Vernetzung bestehender Behandlungsangebote für Gewaltopfer durch die Kammer konnten interessierte PsychotherapeutInnen in Praxen und Institutionen das Eckpunktepapier und einen offenen Fragebogen anfordern. Gefragt wurde hier nach Patientengruppe sowie Art und Struktur des Behandlungsangebotes und nach wichtigen Fortbildungsthemen in diesem Bereich.

Bis Ende September kamen ausführliche Rückmeldungen von 22 institutionellen Betreuungseinrichtungen und 22 niedergelassenen psychotherapeutischen Praxen. Bei den Institutionen überwogen sehr deutlich die Frauenberatungsstellen und Frau-

enzentren. Rückmeldungen von Kliniken waren dagegen selten. Die überwiegende Mehrzahl der Behandlungsangebote in den Institutionen bezieht sich auf jugendliche und erwachsene weibliche Gewaltopfer. Eher selten werden Behandlungsangebote speziell für Täter und kindliche Gewaltopfer genannt. Bei den niedergelassenen Praxen finden sich vergleichsweise etwas mehr Therapieangebote für gewaltbetroffene Kinder und Jugendliche. Einige Praxen bieten auch Tätern eine Behandlung an oder die Einbeziehung in ein familientherapeutisches Therapieangebot. Alle in diesem Feld engagierten PsychotherapeutInnen und Institutionen kooperieren mit örtlichen psychosozialen oder sonstigen involvierten Einrichtungen wie Frauenhäuser, Kliniken, Jugendämter, Schulen und auch der Polizei.

Viele schickten ausführliches Informationsmaterial über ihre Einrichtung und die spe-

ziellen Behandlungsansätze. Hingewiesen wurde auf Versorgungsengpässe mit dem knappen Psychotherapieangebot.

Der Wunsch nach Fortbildungsangeboten ist sehr ausgeprägt. Hier stehen Fragen nach den Entstehungsfaktoren von häuslicher Gewalt, den Interaktionsformen und der Psychodynamik in gewalttätigen Familien, nach speziellen Behandlungsmethoden für Täter und der rechtlichen Situation der Opfer im Vordergrund.

Die der Kammer zur Verfügung gestellten Informationen sind von größter Wichtigkeit für die Realisierung weiterer Handlungsansätze in diesem Versorgungssektor wie bei der Planung zukünftiger Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen. Für ihr Engagement sei allen Kolleginnen und Kollegen, aber auch den Institutionen, recht herzlich gedankt.

## Umsetzung der NRW-Handlungsempfehlungen „Häusliche Gewalt“

Zur Bereitstellung von qualifizierten Informationsmaterialien wie Leitfäden für die Diagnostik und Behandlung von Gewalt Betroffenen hat sich aus Vertretern der Heilberufskammern NRW und der Koordinationsstelle „Frauen und Gesundheit NRW“ eine Arbeitsgruppe gebildet. Im Auf-

trag der Landesregierung wird ein Leitfaden „Gewalt und gesundheitliche Versorgung“ für die Ärzteschaft erstellt. Hausärzte und klinische Notfallambulanzen sind in der Regel die Anlaufstellen zur Primärversorgung. Hier ist den Opfern mit größter Sensibilität zu begegnen. Gleichzeitig ist ein

differenzierter Befund zu erheben und zu dokumentieren. Dazu ist eine multiprofessionelle Kooperation unbedingt erforderlich, denn es gilt, die Chronifizierung psychischer Störungen zu verhindern, indem eine fachlich kompetente Indikation für den Behandlungsbedarf gestellt wird.

## Tagungsbericht: Europäischer Kongress „Gewalt im Leben von Frauen und Männern“

Zu dem eintägigen Kongress am 23. 09. 2004 der Universität Osnabrück kamen über 500 TeilnehmerInnen. Die Veranstaltung stand unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Vorgestellt und diskutiert wurden die Ergebnisse und Konsequenzen dreier bundesweiter Studien, die im

Rahmen des 1999 von der Bundesregierung vorgelegten Aktionsplans „Gewalt gegen Frauen“ durchgeführt wurden (s. Publikationen BMFSFJ <http://www.bmfsfj.de>).

Beziehungsprobleme gewalttätig zu lösen ist eine Handlungsentscheidung, die man auch anders treffen kann, war ein Leitsatz

des Einleitungsreferates von Prof. Carol Hagemann-White. Beziehungsgewalt ist Ausdruck von Dominanzstreben und Macht ausübung. Sie äußert sich in der Hierarchie von Männern gegenüber Frauen und Erwachsenen gegenüber Kindern. Gewalt in der Erziehung ist oft ein Zeichen von Überforderung, was Hilfe statt Strafe erfordert.



Gesellschaftlich legitimierte Gewalt findet sich immer noch im Lebensalltag von Jungen und Männern beim körperlichen Kräftemessen und Durchsetzen unter Gleichaltrigen. Sätze wie „ein richtiger Mann hat Frauen und Kinder im Griff“, „müsse stark und mutig sein“, sind auch heute noch positiv besetzt. Friedliche Konfliktlösefähigkeiten stehen in unserer wettbewerbsbesessenen Gesellschaft häufig im Widerspruch mit der Durchsetzung von Macht und Rang. Das Ziel sozialer Befriedung und Gewaltfreiheit sollte aber auch hier in den Vordergrund rücken. Eine ideologische Diskussion darüber wird noch zu selten geführt. In der Geschlechterbeziehung müssen mehr Kompetenzen erworben werden, um Ärger, Wut und aggressive Impulse äußern zu können, sie konstruktiv umzuwandeln, ohne sich und den anderen zu schädigen. Aktuelle Studienergebnisse zeigen, dass besonders psychische Gewalt langwierige und komplexe seelische Beeinträchtigungen verursachen kann. Zur Verhinderung psychischer Gewalt sind bisher kaum angemessene Interventionsformen gefunden worden. Auch ist hier eine genaue inhaltliche Definition des Gewaltbegriffs schwierig.

Prof. Ursula Müller fasste die wesentlichen Ergebnisse der ersten bundesweiten Prävalenzstudie über Gewalterfahrungen bei Frauen zusammen. Datenbasis war eine repräsentative Befragung von ca. 10.000 Frauen im Alter von 16 bis 85 Jahren. Physisch gewalttätige Übergriffe erlebten 37 % aller Frauen. Von 40 % wurden körperliche und/oder sexuelle Gewalterfahrungen angegeben. Bei 42 % fanden sich Angaben über verschiedene Formen psychischer

Gewalt. Dabei waren Beziehungspartner mit großem Abstand die am häufigsten genannte Tätergruppe. Risikoträchtige Situationen waren Trennungs- bzw. Scheidungsphasen der Partner. Das direkte oder indirekte Erleben körperlicher und sexueller Gewalt in der Herkunftsfamilie ist zentraler Risikofaktor dafür, später selbst Gewaltopfer zu werden. Gewalterfahrungen führen zu psychischen Fehlentwicklungen, anhaltenden psychischen Störungen und schweren psychischen Erkrankungen. Notwendig ist intensivere Aufklärung über psychotherapeutische Hilfen: Die Kenntnisse über die psychopathologisierende Bedeutung von Gewalterfahrungen und über psychosoziale Hilfseinrichtungen sind bei den Betroffenen noch zu gering; erster Ansprechpartner sind immer noch die engsten Freundinnen, allenfalls der Hausarzt. Erfreulich ist, dass polizeiliche Interventionen bei Gewaltübergriffen etwas an Schrecken verloren haben, was Auswirkungen des Gewaltschutzgesetzes und der verstärkten Aufklärung der Ordnungsorgane sind.

Mittlerweile rückt auch das männliche Geschlecht als Opfer häuslicher Gewalt in den Betrachtungsfokus. Die Ergebnisse der ersten deutschen Pilotstudie „Gewalt gegen Männer“ wurden von Dr. Ralf Puchert vorgestellt. Über die Hälfte der befragten Männer äußerte, als Kinder oder Jugendliche in der elterlichen Erziehung oder durch Gleichaltrige körperliche Gewalt erfahren zu haben. Opfer krimineller Handlungen durch Überfall, Raub oder Diebstahl ist jeder fünfte Mann. Circa 17 % der Befragten erlitten körperliche Verletzungen. Während Kindheit und Jugend

waren ca. 8 % der Befragten davon betroffen. Gewalterfahrungen in Partnerbeziehungen gab ein Viertel der befragten Männer an, wobei vor allem psychische Gewalt mit sozialer Kontrolle in Folge partnerschaftlicher Eifersucht im Vordergrund stand. Vergleichsweise selten nehmen männliche Gewaltopfer Hilfsangebote an, da sie ihre Opfererfahrungen tabuisieren. Bei Offenbarung wird in der Gesellschaft das weibliche Gewaltopfer meist bemitleidet, während das männliche Gewaltopfer sich eher der Lächerlichkeit preisgibt.

Außer dass Ursachen und Folgekosten von häuslicher Gewalt und die Wirksamkeit der Behandlungsmöglichkeiten zukünftige zentrale Forschungsfragen sind, betonten die anschließenden Diskussionen und Statements folgende Handlungsziele: Dringlichst zu vermeiden sind Tabuisierung und Bagatellisierung von Gewalterfahrungen mit latenter Beschuldigung des Opfers. Frauenhäuser haben sich als ein wirksames Mittel für den Opferschutz erwiesen; Behandlungs- und Betreuungsangebote müssen aber noch niedrigschwelliger sein durch aufsuchende Beratung und mobile Krisenintervention. Die Täter sollten in die Behandlung bzw. Betreuung einbezogen werden. Der Schutz vor Gewalterfahrungen insbesondere in Kindheit und Jugend ist zu verstärken, durch Öffentlichkeitsarbeit sowie eine dichte Vernetzung der Hilfesysteme. Durch entsprechende Fortbildungen sollten allen beteiligten Berufsgruppen für den Risikofaktor Gewalt sensibilisiert werden.

Angelika Enzian nahm für die Kammer am Kongress teil.

## Fortbildungssaison 2004 erfolgreich abgeschlossen: Erste Evaluation

Die Fortbildungsveranstaltungen der Kammer fanden sehr großes Interesse. Die Nachfrage nach Kursplätzen überstieg das Angebot. Alle Veranstaltungen einschließlich des 2. Landespsychotherapeutentages wurden durch Teilnehmerfragebögen evaluiert. Der Rücklauf der Evaluationsbögen lag insgesamt bei über 90 %. Eine erste überblicksartige Auswertung von knapp 500 Evaluationsbögen lieferte Hinweise auf positive und negative Kritik.

Das durchschnittliche Gesamturteil der Zufriedenheit lag bei allen Kursen zwischen den Noten 1 und 2. Das galt in abgeschwächter Tendenz auch für den 2. Landespsychotherapeutentag. Das Thema dieser Tagung und die große Teilnehmerzahl mit ihren naturgemäß unterschiedlichen Interessenlagen bedingte eine größere Streubreite der Urteile. Extremurteile waren hier häufiger als bei den thematisch enger gebundenen Kursen (Brustkrebs, ADHS, Rechtsfragen).

Informationsgehalt und inhaltliche Konzeption der Kurse werden in der Regel gut bis sehr gut benotet. Recht hoch war die Zufriedenheit mit den ReferentInnen und der didaktischen Präsentation. Extremurteile in diesem Bereich werden hier im Hinblick auf die weiteren Kursplanungen besonders beachtet. Der Nutzen für die eigene Tätigkeit wird bei den Kursen höher eingeschätzt als beim Landespsychotherapeutentag, was auf eine größere Selbstselektion der Teil-

nehmerInnen bei den Kursen nicht verwunderlich ist. Sehr häufig wurde der Wunsch geäußert, die Präsentationen der ReferentInnen als Hand-outs zur Verfügung zu stellen. Durchgängig kritisch angemerkt wurde bei fast allen Veranstaltungen eine geringe Möglichkeit zur aktiven Beteiligung. In diesem Zusammenhang wünschten sich viele TeilnehmerInnen, dass die praktische Umsetzung der angesprochenen Inhalte konkret demonstriert werden sollte und auch geübt werden könne. Wichtig waren auch kritische Anmerkungen zur technischen Durchführung und Organisation, zu den Veranstaltungsorten und den Räumlichkeiten.

Für die zahlreichen engagierten Kommentare und Kritiken, die in die Planung zukünftiger Veranstaltungen Eingang finden werden, danken wir allen TeilnehmerInnen. Die gute Resonanz auf das Fortbildungs-

angebot 2004 der PTK NRW lag sicherlich in erster Linie darin, dass bei der Planung dieser Veranstaltungsreihe darauf Wert gelegt wurde, Themenvorschläge der Kammermitglieder und Ausschüsse einzubezie-

hen. Bei der Planung des Fortbildungsangebotes 2005 wird diese gute Zusammenarbeit fortgesetzt. Anregungen und Vorschläge zu Fortbildungsthemen sind stets willkommen.

## Suchdienst „Akkreditierte Fortbildungen“ online

Die Psychotherapeutenkammer NRW bietet ihren Mitgliedern auf der Kammerhomepage in Kürze einen zusätzlichen Service. Unter „Aktuelles“/„Akkreditierte Fortbildungen“ finden Sie einen Suchdienst, über den alle Interessierten nach akkreditierten Fortbildungsangeboten (§ 95d Sozialgesetzbuch V) in **NRW** suchen können. Die Fortbildungsveranstaltungen sind nach den Kriterien „Veranstaltungsort“, „Veranstaltungsmonat“ und „Veranstaltungskategorie“ gelistet und kön-

nen so ganz gezielt abgefragt werden. Als Suchergebnis wird je nach Eingabe jeweils eine Auflistung aller in Frage kommenden Veranstaltungen angezeigt. Für jede Veranstaltung lassen sich wiederum detaillierte Informationen mit Angaben zum Veranstaltungsinhalt, dem Veranstaltungsort, dem Veranstaltungsdatum sowie der jeweiligen Dauer, den anrechenbaren Fortbildungspunkten, den anfallenden Kosten, den Anmeldebedingungen und gegebenenfalls besonderen Hinweisen abrufen.

## TK-Modellvorhaben „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ Gemeinsame Erklärung der PTK NRW und der Techniker Krankenkasse

Am 15. 09. 2004 hat die KWVL mit der Techniker Krankenkasse einen Vertrag über ein Modellvorhaben zur Qualitätssicherung für die ambulante Psychotherapie geschlossen.

Das Projekt hat zum Ziel, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der psychotherapeutischen Versorgung weiter zu verbessern. Die inhaltliche Grundidee des Vorhabens wurzelt in den Forderungen des Sachverständigenrats, die im Rahmen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen bereits 2001 erhoben wurden: Erfassung der Ergebnisqualität von Behandlungsverfahren, Einbeziehung der PatientInnen in die Qualitätsbeurteilung, Ausbau und Evaluation von Qualitätssicherungsprojekten unter Alltagsbedingungen. Die gesetzlichen Grundlagen für solche Projekte sind § 63 und § 135a SGB V.

Das Modellprojekt der TK erfasst alle Richtlinienverfahren der Erwachsenenpsychotherapie. Es ist auf dreieinhalb Jahre angelegt und soll eine Alternative zum herkömmlichen Gutachterverfahren als Qualitätssicherungsinstrument in der Psychotherapie erproben. Einbezogen werden TK-

Versicherte, die im Projektzeitraum eine Psychotherapie beginnen. Die Dokumentationen von Diagnose und Therapie durch psychologische und ärztliche TherapeutInnen werden flankiert durch direkte psychometrische Erhebungen bei den PatientInnen. Sie füllen zu Beginn, während und zum Abschluss der Therapie psychometrische Selbstbeurteilungsbögen aus. Die Messergebnisse werden in einer Datenstelle erfasst und von dort an die TherapeutInnen weitergegeben. Sie sind in der Interventionsgruppe die Basis für ein modifiziertes Antrags- und Bewilligungsverfahren bei Aufnahme und Verlängerung der Psychotherapie. Ca. 400 TherapeutInnen und 2000 PatientInnen sollen in das freiwillige Projekt einbezogen werden, wovon eine Hälfte die Kontrollgruppe bildet, bei der weiter mit dem bisherigen Gutachterverfahren gearbeitet wird.

In den Gremien der Psychotherapeutenkammer NRW wurde das Modellvorhaben ausführlich diskutiert. Aufgrund einer Stellungnahme des Ausschusses Qualitätssicherung wurden in einer Veranstaltung am 6. 11. 2003 Studiendesign und Evaluationsplan mit einem Projektautor, Prof.

Thomas Fydrich, und dem Projektleiter der TK, Andreas Nagel, diskutiert. Dabei kamen sowohl methodische Fragen wie auch das Thema zur Sprache, wie eine Einschränkung der Therapiefreiheit durch vorgegebene Untersuchungs- und Dokumentationsmethoden vermieden und eine ausreichende Berücksichtigung der Spezifika unterschiedlicher Therapieverfahren erreicht werden kann. Wichtig war allen VertreterInnen der Psychotherapeutenkammer, dass die erhobenen Daten nicht zu einer Auslese sog. schlechter Risiken auf Patientenseite oder zum direkten Vergleich von TherapeutInnen verwendet werden sollten. Die Kammerversammlung beauftragte daher nach erneuter Beratung den Vorstand, für den Fall eines Vertragsabschlusses in Westfalen eine gemeinsame Erklärung mit der Techniker Krankenkasse anzustreben, in der wesentliche Prinzipien der Durchführung und Auswertung der Studie zur Wahrung notwendiger Interessen von PatientInnen und PsychotherapeutInnen festgehalten sind.

Im Verlauf dieses Prozesses wurden weitere Bedenken der PsychotherapeutInnen konstruktiv aufgegriffen und entsprechende Ver-

besserungsvorschläge in das Untersuchungsdesign integriert. Die nachfolgende Erklärung

(siehe Kasten) wurde von der Techniker Krankenkasse und der Psychotherapeuten-

kammer NRW konsentiert und wird von der KWVL als Vertragspartner mitgetragen.

### **Gemeinsame Erklärung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen und der Techniker Krankenkasse zum TK-Modellvorhaben „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“**

**Düsseldorf, Hamburg, 17. September 2004**

- 1) Die Beteiligten gehen davon aus, dass die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit psychotherapeutischer Behandlungen durch zahlreiche Studien belegt ist. Hingegen liegen nur wenige empirische Aussagen über die Ergebnis- und Verlaufsqualität ambulanter Psychotherapien in der Gesetzlichen Krankenversicherung vor. Das Modellprojekt der Techniker Krankenkasse Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie untersucht psychotherapeutische Behandlungen durch niedergelassene Psychotherapeuten unter den Bedingungen der Regelversorgung. Es findet ein Vergleich von Behandlungen nach dem herkömmlichen Gutachterverfahren mit solchen nach einem modifizierten Qualitätsmonitoring-Verfahren (QM) statt. Im Untersuchungsfokus stehen die Wirkungen und Beiträge des modifizierten QM-Verfahrens für die interne und externe Qualitätssicherung der Behandlung im Vergleich zum herkömmlichen Qualitätssicherungsverfahren, dem Gutachterverfahren.
- 2) Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen begrüßt die Initiative der TK, mit dem Modellprojekt erstmals den Versuch zu unternehmen, im ambulanten Bereich der Verpflichtung nach § 135 SGB V nachzukommen, Maßnahmen zur Verbesserung der Ergebnisqualität zu erproben. Der Kern des Modellprojektes ist ein modernes Feedbacksystem, das die Patientenperspektive in den Mittelpunkt stellt und ein breites Spektrum an Dimensionen berücksichtigt: Symptomveränderungen, interpersonelles Verhalten, eine störungsspezifische Bewertung, die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Niedergelassenen Psychotherapeuten wird damit die Möglichkeit geboten, psychometrische Verfahren systematisch behandlungsbegleitend einzusetzen und Erfahrungen zu sammeln, ob die zeitnah rückgemeldeten Informationen für die Therapieplanung und -durchführung hilfreich sind.
- 3) Zur Klärung von Umsetzungsfragen, zur Kontrolle des Datenschutzes, zur Organisation von Studienforen werden regionale Projektbeiräte eingesetzt mit je einem Vertreter des Beratenden Fachausschusses, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Techniker Krankenkasse, einem Vertreter des Wissenschaftlichen Beirates und einem Vertreter der Psychotherapeuten- und Ärztekammer.
- 4) Zur Begleitung der Arbeit der Evaluatoren wird ein wissenschaftlicher Beirat eingesetzt. Der wissenschaftliche Beirat gibt ggf. Empfehlungen zur Feinjustierung der Auswertungsstrategie und überprüft die Korrektheit der Auswertung und die Plausibilität der Ergebnisinterpretationen. Der Beirat wird paritätisch mit Vertretern der Richtlinienverfahren – auf Vorschlag der Beratenden Fachausschüsse – besetzt. Die TK hat Interesse an dem wissenschaftlichen Diskurs und stellt den anonymisierten Rohdatensatz auf Vorschlag und mit Zustimmung der Beratenden Fachausschüsse interessierten und ausgewiesenen Psychotherapieforschern zur Verfügung.
- 5) Die Evaluation des Projekts wird auf der Basis psychometrischer Erhebungen (inkl. 1-Jahres Katamnese) und klinischer Befunde vorgenommen sowie auf der Basis von Befragungen der beteiligten Patienten, Therapeuten und Gutachter.
- 6) Der Evaluationsplan enthält verschiedene Strategien zur Maximierung der Generalisierbarkeit bzw. der Verallgemeinerbarkeit der Untersuchungsergebnisse, indem drei verschiedene Kontrollgruppen gebildet werden. Bei der Ergebnisinterpretation und möglichen allgemeingültigen Schlussfolgerungen auf die psychotherapeutische Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird die Selektion der Therapeuten und Patienten und der Aspekt der Freiwilligkeit der Teilnahme entsprechend berücksichtigt.
- 7) Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, die Techniker Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe legen Wert auf folgende Feststellungen:
  - a) Die sorgfältige Einhaltung des Datenschutzes hat oberste Priorität und wird vom Projektbeirat überprüft. Die Auswertungsstelle (Trust Center), der Evaluator und die TK operieren ausschließlich mit verschlüsselten und anonymisierten Daten.
  - b) Der Datensatz wird nicht für ein „benchmarking“, d.h. für einen Vergleich der beteiligten Behandler mit einer Referenzgröße, ausgewertet. Eine gezielte Steuerung oder Risikoauslese ausgewählter Patienten war und ist kein Ziel des Projektes.
  - c) Die teilnehmenden Behandler werden in der Ausübung der jeweiligen psychotherapeutischen Verfahren durch das Modellvorhaben begleitet und unterstützt und in ihrer „Therapiefreiheit“ nicht eingeschränkt.
  - d) Die Transparenz der Datenauswertung und die Qualität der Dateninterpretation wird auch durch die Mitwirkung fachlich qualifizierter Personen in den regionalen Projektbeiräten und in dem wissenschaftlichen Beirat gewährleistet, die ein breites Spektrum theoretischer und klinischer Interessen repräsentieren.
  - e) Die Beteiligten stimmen darin überein, dass Fachtagungen und Konferenzen zu dem Projekt grundsätzlich unter der Beteiligung eines breiten Spektrums von Interessengruppen erfolgen sollten.
- 8) Bei der Bewertung des Projekts ist hervorzuheben, dass es sich um eine

räumlich-zeitlich begrenzte modellhafte Erprobung eines neuen Verfahrens der Qualitätssicherung handelt. Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien könnte nur der Gemeinsame Bundesausschuss vornehmen. Eine derart breit angelegte Studie unter Einbezug aller Richtlinienverfahren, durch-

geführt unter Alltagsbedingungen, fehlt bisher in der Versorgungsforschung und wird als geeignet angesehen, die im SGB V geforderte „Sicherung der Qualität der Leistungserbringung“ im Bereich der Psychotherapie exemplarisch zu belegen. Das Projekt trägt dazu bei, praktikable Möglichkeiten einer behand-

lungsbegleitenden Qualitätssicherung empirisch fundiert zu entwickeln. Das TK-Modellvorhaben „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ liegt in diesem Sinne im Interesse aller Beteiligten, der Psychotherapeuten ebenso wie der Patienten und der Kostenträger.

## Kurzmeldungen

### Behandlung von Essstörungen

Im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW wird von Prof. Dr. Hagemann-White in Kooperation mit der „Landesfachstelle Ess-Störungen“ auf Basis einer Fragebogenaktion eine Expertise zum gegenwärtigen Stand der Hilfen bei Essstörungen erstellt. Am 30. September 2004 fand bei der Landesregierung ein Arbeitstreffen mit Experten und Akteuren des Gesundheitswesens statt, an dem auch die Kammer beteiligt war. Von den AutorInnen der Studie wurde der Arbeitsstand der Untersuchung dargestellt. Unter Berücksichtigung erwarteter Ergebnisse wurden Anregungen und Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungspraxis und den Umsetzungswegen diskutiert, die in der Endfassung der Studie bei den Schlussfolgerungen berücksichtigt werden sollen. Die Ergebnisse der Untersuchung erwarten wir mit Spannung.

### „Psychotherapeutische Praxen-Suchdienst NRW“ erfolgreich

Seit einiger Zeit ist auf der Homepage der PTK NRW der „Psychotherapeutische Praxen-Suchdienst NRW“ verfügbar. Bisher haben sich ca. 1.900 ambulant praktizierende Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen aus allen Teilen NRWs in die Datenbank eingetragen lassen. Der Eintrag ist freiwillig; das

Antragsformular kann von der Homepage heruntergeladen werden.

Der Suchdienst-Benutzer erfährt nicht nur Namen und Ort, sondern ein genaues Praxisprofil mit Behandlungsschwerpunkten und zusätzlichen Therapiequalifikationen. Der Suchdienst wird rege nachgefragt. Insbesondere Institutionen nutzen diese Informationsmöglichkeit, um Patienten zügig an die ambulante Praxen zu überweisen.

Zur Datenerfassung und Darstellung der Behandlungsmethoden sind Verbesserungsvorschläge eingegangen, die bei der Überarbeitung der Datenbank und des Ausgabeprogramms berücksichtigt werden.

### Anerkennung Fortbildungsveranstaltungen

Anträge und Informationen zur Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen sind bei der Geschäftsstelle erhältlich. Die Formulare können auch über die Homepage der Kammer abgerufen werden. Bitte beachten Sie die verlängerten Zeiten der telefonischen Mitgliederberatung.

### Berufsordnung

Die im Juli verabschiedete Berufsordnung (BO) wurde dem Ministerium zur Genehmigung vorgelegt. Notwendige Änderun-

gen sollen bis zur Kammerversammlung am 12. 11. 2004 eingearbeitet werden. Bei Redaktionsschluss ist davon auszugehen, dass bis Ende des Jahres eine genehmigte Berufsordnung vorliegt.

## Beratung am Telefon

### Beratung durch Rechtsanwalt

**Mi.:** 14.00-15.00 Uhr  
Telefon 0211 / 52 28 47 0

### Mitgliederberatung durch den Vorstand

**Mo:** 12.30-14.00 Uhr;  
17.30-18.00 Uhr

**Di:** 12.30-14.00 Uhr;  
18.30-20.00 Uhr

**Fr:** 11.00-12.00 Uhr;  
12.30-14.00 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

## Zum Vormerken

### Maßregelvollzug Fachtagung der PTK NRW am 24. Februar 2005, Universitäts-Campus Essen „Wie viel Krankenhaus braucht der Maßregelvollzug?“

Der Maßregelvollzug ist umstritten. Im Maßregelvollzug werden psychisch kranke Straftäter gesichert untergebracht und behan-

delt. Die Öffentlichkeit reagiert mit Entsetzen, Faszination und Voyeurismus auf die Täter und ihre Taten. In Nordrhein-Westfa-

len wird der Maßregelvollzug in sieben psychiatrischen Krankenhäusern durchgeführt. Dort werden über 2000 forensische Pati-



enten behandelt. In den letzten Jahren sind die Anstalten sicherheitstechnisch mit Mauern und Stacheldraht hochgerüstet worden.

Doch was geschieht hinter diesen Mauern? Medikamente gegen Pädophilie und Psychopathie gibt es nicht. Wer behandelt eigentlich persönlichkeitsgestörte Sexualstraftäter? Auf der Grundlage welcher Konzepte? Werden dafür Krankenhäuser, Ge-

fängnisse oder etwas ganz anderes gebraucht?

Auf diese und andere Fragen werden zukunftsweisende Antworten gesucht.

Mit Beiträgen von: *Klaus Elsner*, Essen; *Peter Fiedler*, Heidelberg; *Michael Hilgers*, Aachen; *Norbert Leygraf*, Essen; *Helmut Pollähne*, Bremen.

**Geschäftsstelle**

Willstätterstr. 10  
40549 Düsseldorf  
Tel. 0211 522847-0  
Fax 0211 522847-15  
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr  
Fr 8.30 – 14.30 Uhr  
info@ptk-nrw.de  
www.ptk-nrw.de

**Bekanntmachung**

Die Kammerversammlung hat am 12. 11. 04 die folgenden Änderungen der Fortbildungsordnung vom 16. 7. 04 beschlossen. In Anlage 2 „Kategorien von Fortbildungsveranstaltungen und deren Bewertung“ wird bei Kategorie C und D in

der Spalte „Punktzahl“ die Bestimmung „1 Zusatzpunkt für mindestens vierstündige Veranstaltung“ jeweils ersetzt durch „1 **Zusatzpunkt pro Veranstaltung bis zu 4 Stunden**“. Diese Änderung ermöglicht die Förderung der aktiven Beteiligung an

Fortbildungsmaßnahmen und entspricht zudem einer Harmonisierung mit den Richtlinien der Bundesärztekammer für die Punktebewertung. Die geänderte Fassung der Anlage 2 der Fortbildungsordnung ist im Kasten abgedruckt.

**Anlage 2 der Fortbildungsordnung der PTK NRW**

**Kategorien von Fortbildungsveranstaltungen und deren Bewertung**

Fortbildungsbereich (§ 3)	Kategorie	Kategorie	Punktzahl	Bewertungsrahmen	Nachweis
I	A	Vortrag und Diskussion	1 Punkt pro Fortbildungsstunde	Max. 8 Punkte pro Tag	Teilnahmebescheinigung
I	B	Kongresse/ Tagungen/Symposien im In- und Ausland	Wenn kein Einzelnachweis entsprechend Kategorie A bzw. C erfolgt: 3 Punkte pro 1/2 Tag bzw. 6 Punkte pro Tag		Teilnahmebescheinigung
II	C	Seminar, Workshop, Kurs	1 Punkt pro Fortbildungsstunde 1 Zusatzpunkt pro Veranstaltung bis zu 4 Stunden	Maximal 2 Zusatzpunkte pro Tag	Teilnahmebescheinigung
III	D	Reflexive Veranstaltungen Qualitätszirkel/ Supervision/ Intervision/Balintgruppe/Selbsterfahrung/ Interaktionsbezogene Fallarbeit/ Kasuistisch-technisches Seminar	1 Punkt pro Fortbildungsstunde 1 Zusatzpunkt pro Veranstaltung bis zu 4 Stunden	Maximal 2 Zusatzpunkte pro Tag	Teilnahmebestätigung mit Angaben zu Zeit, Ort, Thema und Anzahl der Teilnehmer
I	E	Strukturierte interaktive Fortbildung mittels Internet/ CD-ROM/ Printmedien mit nachgewiesener Qualifizierung und Auswertung des Lernerfolgs in Schriftform. Die hierfür anrechenbaren Medien und Inhalte müssen vorab von der Psychotherapeutenkammer anerkannt werden.	1 Punkt pro Übungseinheit		Bescheinigung der Psychotherapeutenkammer über die Anerkennung des Mediums + Nachweis des Lernerfolgs
I	F	Selbststudium durch Fachliteratur/ Lehrmittel		Höchstens 50 Punkte in fünf Jahren	Selbsterklärung
I	G	Autoren Referenten Qualitätszirkelmoderatoren	1 Punkt pro Beitrag  1 Punkt pro Beitrag/Poster/Vortrag zusätzlich zu den Punkten der Teilnehmer		Literatur-, Programm-Nachweis
I	H	Hospitationen in psychotherapie relevanten Einrichtungen/ Fallkonferenzen/ (interdisziplinäre) Kolloquien/ Klinikkonferenzen	1 Punkt pro Stunde maximal 8 Punkte pro Tag		Bescheinigung der Einrichtung

Nordrhein-Westfalen

# Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein gut gefülltes und lebhaftes Jahr liegt hinter uns. Die neue Fortbildungsordnung, die Einführung des neuen Weiterbildungsganges Psychodiabetologie sind nur einige Themen, die uns fast das ganze Jahr begleitet haben und auch 2005 ihren Stellenwert haben werden.

Was wir dagegen noch nicht umsetzen konnten, ist der Anschluss an das Psychotherapeutenversorgungswerk. Der dazu notwendige und von allen Seiten erwar-

tete Staatsvertrag zwischen Rheinland-Pfalz und Niedersachsen hat bisher noch nicht alle parlamentarischen Hürden genommen. Eine Entscheidung steht noch aus. Deshalb werden wir das Thema Altersvorsorge auch im kommenden Jahr weiter im Blick behalten. Sobald Konkretes feststeht, werden wir Sie darüber informieren.

Insgesamt gesehen, ist 2004 jedoch viel Neues auf den Weg gebracht worden. Gerne hätten wir Sie deshalb auch über

weitere Beschlüsse zur Weiterbildungsordnung und die Modifizierung der Fortbildungsordnung unterrichtet. Leider haben diese aber nicht die satzungsmäßige Mehrheit in der Vertreterversammlung gefunden.

Vorstand und Geschäftsführung wünschen Ihnen frohe Weihnachten und für das kommende Jahr beruflich wie persönlich alles Gute, Gesundheit und viel Erfolg.

## Ein Jahr Berufsordnung der LPK Rheinland-Pfalz

### Rückblick

Als die Berufsordnung Rheinland-Pfalz vierzehn Tage nach ihrer Veröffentlichung im Psychotherapeuten-Journal 04/03 im Dezember 2003 in Kraft trat – rund ein Jahr nach der niedersächsischen und fast gleichzeitig mit der Bremer Berufsordnung – lagen der Kammer aus den Jahren 2002 und 2003 rund 25 Beschwerden vor, die als Anträge auf berufsordnungsrechtliche Überprüfung bezeichnet oder so auszulegen waren. Die – bis heute nicht unumstrittene – Frage, ob ohne Berufsordnung überhaupt eine berufsordnungsrechtliche Überprüfung oder Ahndung möglich sei, wurde – der wohl überwiegenden Meinung entsprechend – positiv beantwortet für die Fälle, in denen ein Verstoß gegen höherrangiges Recht (also ein Gesetz) vorlag, vor allem ein Verstoß gegen das Psychotherapeutengesetz, das Heilberufsgesetz des Landes oder das Strafgesetzbuch. Außerdem war zu entscheiden, ob die Kammer in anderen Fällen „wenigstens“ Ermahnungen, dringende Bitten und ähnliches aussprechen könne. Auch dies wurde bejaht unter Hinweis auf die den Kammern durch die Heilberufsgesetze generell übertragene Aufsichtsfunktion.

Die Bearbeitung solcher Fälle in der Zeit vor In-Kraft-Treten der Berufsordnung hatte – insbesondere aus heutiger Sicht – den Vorteil, dass Erfahrungen gesammelt werden konnten: mit den nicht immer zweifelsfreien Vorgaben des Heilberufsgesetzes des Landes, mit der Bewertung der Glaubwürdigkeit des Vorbringens der Beteiligten, mit der „Spruchpraxis“ anderer Heilberufskammern. Vor allem konnten diese Erfahrungen bereits in die Formulierung des Entwurfs der Berufsordnung einfließen.

### Tätigkeitsfeld

Berufsordnungsrechtliche Fragen sind nicht nur anhand von Beschwerden zu beantworten. Viel häufiger waren von Anfang an berufsordnungsrechtliche Anfragen von Mitgliedern, vereinzelt auch von Patienten. Auch hier erwies sich als Vorteil, dass sich die Kammer diesem Fragenkreis schon kurz nach ihrer Gründung intensiv gewidmet und Erfahrungen gesammelt hatte.

### Statistik

Nach In-Kraft-Treten der Berufsordnung nahm die Zahl der Beschwerden nicht zu:

2003: 20 Beschwerden;  
2004 (Stand Sept.): 12 Beschwerden;  
dagegen stieg die Zahl der berufsrechtlichen Anfragen von Mitgliedern (und Patienten):  
2003: 12 Beschwerden;  
2004 (Stand Sept.): 42 Beschwerden.

Von Anfang an ergab sich eine Häufung von Fragen und Beschwerden in drei Bereichen:

- Honorarstreitigkeiten,
- (angebliche) Schweigepflichtverletzungen und Werbung.
- Erst mit weitem Abstand folgt das Thema Behandlungsfehler.

Innerhalb der Honorarstreitigkeiten gibt es wiederum zwei Schwerpunkte: Ausfallhonorar und (falsche, unvollständige oder missverständliche) Honorarvereinbarungen und Rechnungen. Bei den (angeblichen) Schweigepflichtverletzungen stehen im Vordergrund Beschwerden von (Ex-) Ehepartnern ohne und mit Kinder(n). Letztere Fälle bedürfen besonderer Sorgfalt.

Bei den Fragen und (Kollegen-) Beschwerden zur Werbung stehen sich traditionell „strenge“ Regelungen, z.B. in der alten ärztlichen Musterberufsordnung, und die höchstrichterlichen liberalen Entscheidungen der letzten Jahre krass gegenüber.

### Probleme

Ein häufiges Problem bei der Beurteilung berufsordnungsrechtlicher Beschwerden ist die Beweisbarkeit. In der Regel widersprechen sich die Aussagen von Patienten und Behandlern. Zeugen gibt es kaum. Ausgenommen sind die (Ehe-) Partner in der (fehlgeschlagenen) Paartherapie. Da stellt sich aber die – unten erörterte – Frage der Glaubwürdigkeit. Verschwiegen sei nicht, dass sich Therapeuten gelegentlich auf fehlende oder lückenhafte Dokumentation berufen. Wer so argumentiert, setzt sich allerdings automatisch dem berufsrechtlichen Vorwurf des Verstoßes gegen das Dokumentationsgebot aus. Die erwähnten häufigen Honorarstreitigkeiten ließen sich deutlich reduzieren, wenn zum einen (auch zu späteren Beweis Zwecken) schriftliche Honorarvereinbarungen zur Regel würden, die dann aber auch von beiden

Seiten unterschrieben und ausgetauscht werden müssen. Zum anderen ließen sich Honorarstreitigkeiten reduzieren, wenn Rechnungen immer korrekt, d.h. nach den Vorgaben der GOP gestellt würden.

### Ethikkommissionen

Ein weiteres heikles Problem stellt die Glaubwürdigkeit der Beteiligten dar. Dies gilt zum einen dann, wenn die Therapie im Dissens endet und auf beiden Seiten Emotionen ins Spiel kommen. Zum anderen sind Zweifel an den Aussagen angebracht, wenn es um rechtliche oder finanzielle Vorteile von Patienten geht und Therapeuten als „Werkzeug“ benutzt werden, um die eigene Position (auch vor Gericht) zu stärken. Dies gilt insbesondere für die Fälle (angeblich) falscher Begutachtung in Sorgerechtsstreitigkeiten.

Ein weiteres Problem ist die Beteiligung von Ethikkommissionen durch forschende Kammermitglieder. Hier sind Lösungen noch zu erarbeiten.

Auch die Geltung des Abstinenzgebotes nach Behandlungsende wirft schwierige

Fragen auf, die in den bisher genehmigten Berufsordnungen auch unterschiedlich beantwortet werden.

Schließlich sei noch ein generelles Rechtsproblem erwähnt: Die Verjährung von Berufsordnungsverstößen. Hier sind die Regelungen der Länder unterschiedlich. Dies gilt sowohl für die Dauer der Verjährungsfrist als auch für deren Unterbrechung durch die Aufnahme von Ermittlungen der Kammer (analog zu § 78 c Strafgesetzbuch).

### Ausblick

Resümierend kann festgehalten werden, dass berufsordnungsrechtliche Fragen auch in Zukunft Psychotherapeuten und Juristen beschäftigen werden. Dies vor allem dort, wo die Fragen und die Antworten anderer Art sind als in anderen Heilberufskammern, somit deren Lösungen nicht unesehen übernommen werden können. Die Antworten auf diese Fragen sollten auch in Zukunft beiden Psychotherapiebeteiligten nützen: den Therapeuten und den Patienten.

## Umsatzsteuernummer nicht vergessen

Zum Thema Umsatzsteuer bzw. Rechnungsgestaltung haben uns kürzlich diverse Anfragen erreicht. Deshalb informieren wir an dieser Stelle nochmals über verschiedene Punkte. Auf jeden Fall enthalten sein müssen das Ausstellungsdatum der Rechnung sowie die fortlaufende Rechnungsnummer. Auch die vom Finanzamt erteilte Steuernummer oder die vom

Bundesamt für Finanzen erteilte Umsatzsteuer-Identifikationsnummer muss auf der Rechnung immer angegeben werden. Während das Fehlen dieser Angabe früher ohne Konsequenzen blieb, wird inzwischen jeder, der auf die Angabe verzichtet, vom Vorsteuerabzug ausgeschlossen. Auch Rechnungen, die per Email erstellt werden, müssen die Umsatzsteuer-

nummer enthalten. Allerdings besteht, wenn die Angabe vergessen wurde, immer noch die Möglichkeit, die Rechnung entsprechend zu berichtigen.

Neben diesen allgemeinen Angaben bestehen natürlich nach wie vor auch die in der GOP festgelegten Grundsätze der Rechnungslegung.

## Praxisgebühr gilt als Betriebseinnahme

Für die meisten Praxen ist es inzwischen zur Routine geworden: Die Praxisgebühr wird einmal im Quartal erhoben, der Umgang damit ist mittlerweile nichts Besonderes mehr. Allerdings, und dies war mit der Einführung der Gebühr nicht für alle Beteiligten transparent, gibt es in steuerrechtlicher Hinsicht einen wichtigen Punkt zu beachten.

Steuerlich gesehen wird die Praxisgebühr als Betriebseinnahme behandelt. Darauf hat das Bundesfinanzministerium (BMF) bereits hingewiesen.

Während man zunächst davon ausging, dass die Praxisgebühr als durchlaufender Posten zu behandeln ist, hat das BMF klargestellt, dass die Praxisgebühr bei Psychotherapeu-

ten (wie auch bei Ärzten und Zahnärzten) als Betriebseinnahme gilt. Hintergrund ist, dass die Gebühr mit zum Vergütungsanspruch des Behandelnden gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zählt.

### Kein Ausfallrisiko

Die Psychotherapeuten tragen dabei kein Ausfallrisiko. Falls ein Versicherter die Praxis-

gebührt trotz Mahnung nicht bezahlt, übernehmen es die Krankenkassen, das Geld einzutreiben.

Daher muss die eingenommene Praxisgebühr in der jeweiligen Gewinnermittlung verbucht werden. Die zeitliche

Erfassung dieser Betriebseinnahme richtet sich nach den allgemeinen Gewinnermittlungsgrundsätzen. Bei Praxen mit Einnahme-Überschuss-Rechnung gilt das Prinzip der Erfassung im Zeitpunkt des Zuflusses der Zahlung, bei der Gewinnermittlung durch Betriebsvermö-

gensvergleich wird die Betriebseinnahme im Zeitpunkt der Entstehung des Anspruchs auf die Einnahmen erfasst werden. Worauf es noch ankommt: Die Praxen sollen die Einnahmen vollständig, richtig, geordnet und zeitnah (regelmäßig täglich) aufzeichnen.

## Pflicht zur Fortbildung gilt für alle

An wen richtet sich die Fortbildung bzw. müssen auch angestellte Psychotherapeuten ihrer Fortbildung nachkommen und die vorgegebene Punktzahl erreichen? Dies ist eine der Fragen, die in den vergangenen Wochen häufig an die Geschäftsstelle gerichtet wurden.

### Berufsrechtliche Gründe

Jede(r) Therapeut(in) muss sich schon allein aus berufsrechtlichen Gründen fortbilden. Das regelt u. a. § 2 der Fortbildungsordnung. Danach ist jedes Kammermitglied, das seinen Beruf ausübt, auch zur Fortbildung verpflichtet.

Die Kammer prüft nach einem Jahr, ob Mitglieder ihrer Verpflichtung zur Fortbildung nachgekommen sind und wird – falls dies nicht so ist – entsprechend darauf hinweisen. Dann besteht im Folgejahr immer noch die Möglichkeit, Punkte auszugleichen. Denn natürlich wird berücksichtigt, dass es manchmal sehr arbeitsreiche Pha-

sen gibt, in denen eben nicht so viel an Fortbildung möglich ist.

Die Kammer nimmt den Nachweis der Fortbildung u. a. deshalb sehr ernst, weil wir damit auch nach außen dokumentieren, in welchem hohem Umfang Psychotherapeuten sich an qualitätssichernden Maßnahmen beteiligen.

Der Aspekt der Qualitätssicherung und des Patientenschutzes ist letztendlich Hintergrund dafür, dass im Heilberufsgesetz die Fortbildung als berufsrechtliche Verpflichtung festgeschrieben ist. Dementsprechend handelt es sich um eine Verletzung der Berufspflicht, falls jemand gar nicht oder nur sehr unzureichend Fortbildung betreibt. Dies kann ein Berufsordnungsverfahren nach sich ziehen.

Auch für den Angestelltenbereich hat dies weiterreichende Konsequenzen. Sollte beispielsweise ein angestellter Psychothera-

peut in einer Klinik seiner Fortbildungsverpflichtung, die nach §§ 137 ff. SGB V besteht, nicht oder nur unzureichend nachkommen, kann dies Auswirkung auf die Zahlungen der Krankenkassen haben.

Grundsätzlich sollte es aber keine Schwierigkeiten bereiten, die Fortbildung so zu gestalten, dass pro Kalenderjahr 50 Punkte nachgewiesen werden können. Durch Qualitätszirkel und Interventionsgruppen lässt sich ein Teil bereits abdecken.

### Aktueller Veranstaltungskalender

Der Kontakt zu verschiedenen Veranstaltern zeigt, dass das Fortbildungsangebot breit gefächert ist. Darüber hinaus plant die Kammer, künftig selbst Veranstaltungen anzubieten. Zudem bieten wir auf unseren neu gestalteten Internetseiten seit einigen Wochen einen Veranstaltungskalender an, der von uns teils täglich auf den neuesten Stand gebracht wird.

## Wahlen zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung

In den letzten Monaten fanden bundesweit Wahlen zu den Vertreterversammlungen der KVen statt. Damit verbunden ist eine Strukturreform der KV-Organen, wie sie im GKV-Modernisierungsgesetz vorgeschrieben ist. Die Vertreterversammlungen und die Vorstände werden verkleinert, was die Professionalität der Selbstverwaltungseinrichtungen stärken soll. In den beiden Ländern Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg mit bisher jeweils 4 KVen werden diese zu jeweils einer KV zusammengelegt.

Die Wahlen in Rheinland-Pfalz fanden Ende Juni/Anfang Juli statt. Von den 40 Sitzen der Vertreterversammlung standen 3 Sitze für die Vertreter der Psychotherapeuten (Psychologische Psychotherapeuten und

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) zur Verfügung, die getrennt von den ärztlichen Vertretern zu wählen waren. Dabei errang die Liste „Die Psychotherapeuten“, eine gemeinsame Liste verschiedener Verbände, 83% der Stimmen. Gewählt wurden Hans-Jochen Weidhaas, Dr. Annelie Scharfenstein und Dieter Best. Die drei Vertreter sind auch Mitglieder der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer. Frau Dr. Scharfenstein und Herr Best sind außerdem Mitglieder des Vorstandes unserer Kammer.

Am 11.09. fand die konstituierende Sitzung der neuen KV statt. Dabei wurden die Vorsitzenden der Vertreterversammlung und

die Mitglieder eines Vertragsausschusses gewählt, der die Aufgabe hatte, die Bewerbung für die Vorstandsämter zu organisieren und die Verträge auszuarbeiten.

In einer weiteren Sitzung am 13.10. sollten die Arbeit des Vertragsausschusses diskutiert und die Kriterien für die Bewerber festgelegt werden. Stattdessen wurde von einer Mehrheitsgruppierung kurzfristig und überraschend die Wahl des neuen Vorstandes auf die Tagesordnung gesetzt. Unter zumindest anzweifelbaren Bedingungen (z. B. fehlende Geschäftsordnung) wurden dann trotz Protest die Wahlen, die bis nachts drei Uhr dauerten, durchgeführt. Einige Vertreter, die nicht mit der Wahl ge-



rechnet hatten, konnten wegen Verpflichtungen am nächsten Tag an den Wahlen nicht teilnehmen, was nun zu einer Anfechtung der Wahl, auch durch unsere psychotherapeutischen Vertreter, geführt hat. Mit ein Grund für die Anfechtung sind die mit einer kleinen Mehrheit beschlossenen Vorstandsgehälter von 180.000 bis 240.000 € für jedes der 4 Vorstandsmitglieder. Sofern sich diese Gehälter durchsetzen sollten, muss mit deutlich höheren Verwaltungskosten gerechnet werden. Dabei hätte die Zusammenlegung der KVen zu einer Minderung der Verwaltungskosten führen sollen. Unsere drei psychotherapeutischen Vertreter sind von den niedergelassenen Psychotherapeuten gewählt worden, um ihre Interessen in der neuen KV zu vertreten. Sie demonstrieren mit ihrer Klage, dass sie weder mit der Art der Vorstandswahl noch mit Gehaltsvorstellungen einverstanden sind, die das übliche Maß weit übersteigen.

An diesen Seiten arbeiteten mit: Dieter Best, Birgit Heinrich, Barbara Kaleta, Dr. jur. Günter Müller

In dieser Ausgabe ist die geänderte Weiterbildungsordnung als Einhefter abgedruckt.

### **Wir gedenken unserer verstorbenen Mitglieder:**

Dipl.-Psych. Ute Kropf  
Uwe-Beyer-Str. 22  
55128 Mainz  
geb. am 10.10.1964  
gest. am 27.04.2004

Dipl.-Soz. Ludwig Werum  
Schulstr. 66  
55124 Mainz  
geb. am 09.09.1961  
gest. am 22.09.2004

### **Geschäftsstelle**

Landespsychotherapeutenkammer  
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



Arbeitsgemeinschaft für  
Verhaltensmodifikation e.V.

**Zusatzqualifizierung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie \***  
im Rahmen der PT-Richtlinie (VT)  
Würzburg - Bamberg - München  
(Frühjahr 2005)

**Zusatzqualifizierung Gruppentherapie\***  
im Rahmen der PT-Richtlinie (VT)  
Bamberg - Würzburg (Frühjahr 2005)

**„Nachqualifizierung“ \***  
im Rahmen der  
Übergangsbestimmungen des PTG  
140/280 Stunden Theorie - Bamberg -  
Würzburg (Frühjahr 2005)

**Fortbildung in Psychologischer Schmerztherapie \***  
80 Stunden mit Abschlusszertifikat  
anerkannt von DGSS und DDPSF  
Einstieg jederzeit möglich

**Fortbildung in Psychoonkologie \***  
80 Stunden - Bamberg - Würzburg  
(Frühjahr 2005)

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

Arbeitsgemeinschaft für  
Verhaltensmodifikation  
Deutschland e. V. (AVM-D)  
Bundesgeschäftsstelle - Dr.-Haas-  
Straße 4 96047 Bamberg  
Fon (09 51) 2 08 52 11 Neu  
Fax (09 51) 2 08 52 15 Neu  
e-mail: info@avm-d.de  
internet: www.avm-d.de

**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



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

## Liebe Kollegin, lieber Kollege,

als erstes möchten wir Ihnen gern unsere neue Mitarbeiterin Frau Mildner vorstellen, die uns zukünftig in der Geschäftsstelle tatkräftig unterstützt und für Frau Bajorat eingestellt wurde, die Ihre Arbeit aus persönlichen Gründen leider nicht fortsetzen konnte.



Petra Mildner

Verwaltungsangestellte; geboren in Frankfurt am Main, 1 Kind, Ausbildung zur Sekretärin, 6 Semester Wirtschaftspädagogik, langjährige Tätigkeiten in verschiedenen Wirtschaftsbereichen in Frankfurt am Main, Zusatzausbildung im Bereich Web-Design/Content-Management.

## Mitgliedsbeitrag

Nach dem Vorbild der meisten anderen berufsständischen Landeskammern, die in ihren Anfangsjahren einen einheitlichen Mitgliedsbeitrag erhoben haben, hat auch die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein in ihrer Gründungsphase einen einheitlichen Jahres-Beitrag von ihren Mitgliedern erhoben. Der wesentliche Vorteil dieser Beitragsregelung liegt in dem vereinfachten und damit kostengünstigen Verwaltungsaufwand, den ein einheitlicher Beitrag mit sich bringt. Zudem erschien der PKS und auch anderen Kammern diese Regelung als gerecht, da im Rahmen der sogenannten Härtefallregelung in der jeweiligen Beitragssatzung dennoch eine Berücksichtigung individueller Situationen ermöglicht wurde. Einige Kammermitglieder und das Schleswig-Holsteinische Verwaltungsgericht sehen das aber anders.

Ca. 30 Mitglieder der PKS hatten gegen die Erhebung eines Einheitsbeitrags in der Gründungsphase (2002/2003) der Kammer Klage erhoben. Das Schleswig-Holsteinische Verwaltungsgericht hat nach mündlicher Verhandlung im August vier dieser Klagen stattgegeben und die Erhebung eines Einheitsbeitrages bei diesen Mitgliedern für rechtswidrig erklärt.

In seiner Begründung vertritt das Schleswig-Holsteinische Verwaltungsgericht die Auf-

fassung, dass nicht alle approbierten Psychotherapeuten hinsichtlich des Kammerbeitrages gleich zu behandeln sind. Es müsse aufgrund des unterschiedlichen Nutzens der Kammer eine Differenzierung in der Beitragssatzung vorgenommen werden. Das Gericht gibt allerdings keinerlei Hinweise, wie dieser Nutzen zu messen wäre und nach welchem Modus eine angemessene Differenzierung des Beitrags vorgenommen werden müsste, um gerichtsfest zu sein. Hierbei sei ein breiter Ermessensspielraum der Kammer gegeben und das Gericht werde sich dann später gegebenenfalls erneut mit der Angemessenheit einer neuen Regelung beschäftigen.

Diese Argumentation des Verwaltungsgerichts ist für die Psychotherapeutenkammer nur schwer nachvollziehbar, da auch in anderen Bundesländern ein einheitlicher Kammerbeitrag erhoben wird und selbst die Anwaltskammer Schleswig-Holstein einen Einheitsbeitrag hat. Hinzu kommt, dass gerade in der Anfangs-/Gründungsphase einer Kammer sich der Nutzungsgrad empirisch noch gar nicht feststellen lässt und somit eine Differenzierung ohne angemessenes Kriterium höchst fragwürdig wäre.

Der Vorstand der PKS hat sich daher unter Abwägung verschiedener Rechtsmei-

nungen und nach Abstimmung mit anderen Landeskammern dazu entschlossen, gegen die ergangenen Urteile Berufung einzulegen.

### **Was bedeutet diese Entscheidung für die bereits ergangenen Beitragsbescheide?**

Zunächst muss festgehalten werden, dass die ergangenen Urteile durch die Anrufung des Berufungsgerichts nicht rechtskräftig geworden sind. Der Vorstand der PKS hat die Hoffnung, dass das Oberverwaltungsgericht nach Abwägung aller Sachargumente zu einer raschen Entscheidung kommen wird, die entweder den Einheitsbeitrag speziell in der Gründungsphase für rechtmäßig erklärt oder aber deutliche Orientierungshilfen für eine angemessene Differenzierung in der Beitragsgestaltung für die Kammer aufzeigt.

Alle anderen bereits ergangenen Beitragsbescheide, die inzwischen rechtskräftig geworden sind, sind allerdings unabhängig von den bereits ergangenen Urteilen und auch vom Ausgang einer Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts. Lediglich für die noch offenen Klagen und für eine eventuell neu zu beschließende Beitragssatzung hat das Urteil somit eine Bedeutung.

## Brief zur Eingruppierung der angestellten Mitglieder

In einer Umfrage der PKS<sup>H</sup> zur Eingruppierung der im öffentlichen Dienst angestellten Mitglieder hatte sich gezeigt, dass lediglich 31 % der befragten Psychologischen PsychotherapeutInnen nach BAT Ib und lediglich 40 % der angestellten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) entsprechend BAT III vergütet werden. Die meisten PP und KJP werden schlechter und somit unzureichend bezahlt.

Diese Eingruppierungssituation der angestellten Psychotherapeuten steht in einem eklatanten Missverhältnis zu anderen akademischen Berufen. Aufgrund dieser sowohl für die PP als auch für die KJP vollkommen unbefriedigenden Situation hat sich der Vorstand der PKS<sup>H</sup> mit einem Brief an die zuständigen Tarifpartner gewandt, um auf diese Situation hinzuweisen und eine angemessene Vergütung der Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und Jugendlichen PsychotherapeutInnen im öffentlichen Dienst Schleswig-Holsteins zu fordern.

Dieser Brief wird hier in Auszügen wieder gegeben:

*„Mit dem Psychotherapeutengesetz wurden im Jahr 1999 die Berufe der/des Psychologischen Psychotherapeutin/-en und der/des Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutin/-en neu geschaffen. Es wurden hohe Anforderungen für die akademische Ausbildung dieser neuen Berufe vorgegeben. So müssen Diplom-Psychologen nach dem Diplom an einer Hochschule nach dem Psychotherapeutengesetz eine mindestens dreijährige Vollzeitausbildung absolvieren, um als Psychologischer Psychotherapeut tätig sein zu dürfen. Die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten führt über das Fachhochschulstudium der Sozialpädagogik oder das Hochschulstudium der Pädagogik ebenfalls in eine mindestens dreijährigen Vollzeitausbildung.“*

*Diese hohe Qualifikation der Kollegen im Angestelltenverhältnis spiegelt sich jedoch nach einer jüngsten Umfrage der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein noch nicht in der Vergütung der im öffent-*

*lichen Dienst angestellten Psychotherapeuten wider.*

*Das abgeschlossene Hochschulstudium der Psychologie und die anschließende dreijährige Ausbildung zum Psychotherapeuten entspricht der ärztlichen Weiterbildung zum Facharzt. Entsprechend der fachärztlichen Vergütung ist daher auch für die Psychotherapeuten eine Eingruppierung entsprechend BAT I b zu fordern. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die Sozialpädagogik studiert haben, müssten zumindest entsprechend BAT III vergütet werden.*

*An der Umfrage der Psychotherapeutenkammer zur aktuellen Eingruppierung der angestellten Psychotherapeuten beteiligten sich 156 Kolleginnen und Kollegen. Bei der Auswertung der Antworten zeigt sich, dass bei den Psychologischen Psychotherapeuten nur 31,3 % entsprechend BAT I b eingestuft sind und damit angemessen vergütet werden.*

*Mit 63,6% wird der überwiegende Teil der Kollegen entsprechend BAT II a (bzw. KAT, AVR o.ä.) bezahlt und 4,0% sogar nur analog BAT IV vergütet.*

*Bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die vor ihrer Psychotherapie-Ausbildung ein Sozialpädagogik-Studium absolviert haben, werden nur 40,0 % mit BAT III vergütet. Der überwiegende Teil von 60% wird nur gemäß BAT IV bezahlt.*

*Die genannten Eingruppierungen stehen in einem eklatanten Missverhältnis zu denen anderer akademischer Berufe und bedürfen einer dringenden Überprüfung.“*

Da derzeit auch auf Bundesebene über neue Eingruppierungssysteme im öffentlichen Dienst diskutiert wird, haben wir die Bundespsychotherapeutenkammer gebeten, entsprechend unserem Schreiben auch auf Bundesebene tätig zu werden.

## Punktwertverfall bei den ambulanten psychotherapeutischen Leistungen

Der bereits seit mehreren Quartalen andauernde Punktwertverfall bei den ambu-

lantem antragsfreien Psychotherapieleistungen hat die PKS<sup>H</sup> veranlasst, in einem Gespräch mit den Kassen und der Kassenärztlichen Vereinigung auf die Gefährdung des Sicherstellungsauftrags im Bereich der ambulanten Psychotherapie hinsichtlich der probatorischen Sitzungen und der Krisenintervention hinzuweisen und auch vor einer dadurch bedingten möglichen Zunahme der Chronifizierung psychischer Störungen zu warnen. An dem Gespräch, zu dem das Sozialministerium eingeladen hatte, nahmen von Seiten der Kassen lediglich der VdAK und die AOK-SH teil. Der BKK Landesverband, die IKK und die LKK hatten kurzfristig ihre Teilnahme abgesagt.

Das Gespräch fand in einer freundlichen Atmosphäre statt. Die PKS<sup>H</sup> konnte deutlich machen, dass probatorische Sitzungen für eine verantwortungsvolle Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieplanung unverzichtbar sind und nur durch eine angemessene Bezahlung dieser Leistungen auch die Möglichkeit von kurzfristigen Kriseninterventionen geboten werden kann. Der Vertreter des Sozialministeriums richtete am Ende des Treffens den eindringlichen Appell an alle Beteiligten, zu einer einvernehmlichen Lösung beizutragen und mögliche Schritte hierzu jeweils im eigenen Haus zu prüfen. Es wurden weitere Gespräche mit den Vertragsparteien zu dieser Problematik vereinbart.

## Versorgungswerk

Der Vorstand der PKS<sup>H</sup> hat sich auch in den letzten Monaten intensiv mit dem Thema Versorgungswerk beschäftigt. Unter anderem wurde eine Satzung für das zu gründende Versorgungswerk erarbeitet und ein versicherungs-mathematisches Gutachten in Auftrag gegeben. Für die Mitglieder der Kammerversammlung wurde hierzu eine Informationsveranstaltung im Oktober durchgeführt. Experten unterschiedlicher Couleur berichteten dabei über Vor- und Nachteile von Versorgungswerken, bedeutsame Aspekte in der Gründungsphase und über pro und kontra der Gründung eines eigenen Versorgungswerks. Alle Beteiligten kamen zu dem Schluss, dass ein Versorgungswerk eine sichere und rentable Möglichkeit der Alters-

Invaliditäts- und Hinterbliebenenvorsorge bietet und sich auch für eine so kleine Kammer wie die PKSH rechnet.

Die Kammerversammlung hat am 29. Oktober sich dieser Ansicht angeschlossen und die Gründung eines eigenen Versorgungswerks der PKSH beschlossen. Gleichzeitig wurde der Vorstand beauftragt, mit anderen Versorgungswerken Verhandlungen über einen sogenannten Geschäftsbesorgungsvertrag aufzunehmen, um hierüber die Verwaltungskosten des Versorgungswerks zu minimieren.

Für unsere Mitglieder bedeuten diese Beschlüsse, dass bereits im Jahr 2005 über das neue Versorgungswerk der PKSH die Möglichkeit einer gesicherten Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung angeboten werden kann.

## Meldebogen

Der im Juni versandte Meldebogen zur Erfassung der soziodemographischen Angaben wurde inzwischen von ca. 90 % unserer Mitglieder zurückgesandt. Der Vorstand der PKSH bedankt sich an dieser Stelle nochmals ausdrücklich für die zumeist zügige Bearbeitung. Wer den Meldebogen noch nicht zurückgesandt hat, möge dies bitte schnellstmöglich nachholen, damit die Kammer ihren gesetzlichen Aufgaben nachkommen kann. Es sei nochmals betont, dass die vollständige Bearbeitung des Meldebogens erforderlich ist, um die Mitgliederdatei der Kammer auf einen aktuellen Stand zu bringen.

## Die Schlichtungskommission – was ist denn das?

Die Mitglieder der Schlichtungskommission der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein haben ein ruhiges Leben. Seit der Besetzung der Kommission im Herbst 2003 ist sie bislang nicht einmal angerufen worden. Nun mag das Verhältnis der Kammermitglieder untereinander und zu Patienten und Auftraggebern so gut sein, daß Streitigkeiten gar nicht erst entstehen, die es zu schlichten gilt, wahrscheinlich ist aber die Existenz und die Aufgabe der Schlichtungskommission vielen noch unbekannt.

## Was also macht die Schlichtungskommission?

Das Heilberufegesetz sieht als eine der wesentlichen Aufgaben der Kammer an, auf ein „gedeihliches Verhältnis der Kammermitglieder untereinander und zu Dritten“ hinzuwirken. Zu diesem Zweck hat die Kammer eine Schlichtungskommission vorzuhalten. Sie soll immer dann tätig werden, wenn das Verhältnis der Kammermitglieder untereinander und zu Dritten gestört ist und daraus Streitigkeiten resultieren.

Hierzu zählen Auseinandersetzungen von Kammermitgliedern wegen vertraglicher Ansprüche oder wettbewerbsrechtlicher Verstöße einerseits und Streitigkeiten mit Patienten über Behandlungen und Abrechnungen andererseits.

Aufgabe der Schlichtungskommission ist es dann, den Streit beizulegen. Dazu soll zwischen den Parteien eine Einigung vermittelt werden.

Darüber hinaus kann mit Zustimmung der Beteiligten die Schlichtungskommission einen Schiedsspruch verkünden, der einer gerichtlichen Entscheidung entspreche.

Die Schlichtungskommission ist damit gleichzeitig Schiedsgericht. Es ist aber kein staatliches Gericht. Kein Richter sitzt ihr vor, es gibt keine öffentlichen Verhandlungen und keine Verwaltungsmühlen, die langsam mahlen.

Die Schlichtungskommission ist besetzt mit 3 Personen. Den Vorsitz führt ein Rechtsanwalt, der für die Einhaltung der Verfahrensordnung und des materiellen Rechtes sorgt. Gleichberechtigt beteiligt sind 2 Kammermitglieder, die ihre fachlichen Kenntnisse bei der Problemlösung einsetzen. So kann vielfach – das zeigt die Erfahrung anderer Schlichtungskommissionen – die Einholung aufwendiger Sachverständigen-gutachten vermieden werden.

## Wie wird die Schlichtungskommission aktiv?

Jeder, ob Kammermitglied oder Patient, kann die Schlichtungskommission beauftragen, ein Schlichtungsverfahren durch-

zuführen. Dies geschieht in der Regel schriftlich unter Mitteilung des Sachverhaltes, der dem Streit der Beteiligten zugrunde liegt.

Der Betroffene, über den die Beschwerde geführt wird, erhält sodann Gelegenheit, sich zu den Vorwürfen zu äußern.

Wenn nicht bereits in diesem Verfahren eine Streitbeilegung zwischen den Beteiligten erreicht werden kann, wird eine mündliche Verhandlung durchgeführt. Im Rahmen dieser Verhandlung wird der Sachverhalt erörtert und ein Weg aufgezeigt, zueinander zu kommen. Ein Zwang, den Vorschlägen der Kommissionsmitglieder zu folgen, besteht nicht.

Gelingt auf diese Weise eine Einigung, ist das Verfahren zu Ende.

Können sich die Parteien nicht einigen, sind sie aber bereit, sich den Entscheidungen der Kommission zu unterwerfen, so ergeht ein Schiedsspruch. Er ist für die Beteiligten verbindlich und steht einem Gerichtsurteil gleich.

Weitere Instanzen im schiedsrichterlichen Verfahren gibt es nicht. Nur in extremen Ausnahmefällen lässt die Zivilprozessordnung zu, den Schiedsspruch eines Schiedsgerichtes durch staatliche Gerichte kontrollieren zu lassen. Langjährige und kostspielige Verfahren vor staatlichen Gerichten würden damit vermieden werden.

Das Verfahren vor der Schlichtungskommission ist damit ein hervorragendes Angebot der Psychotherapeutenkammer, um ihren Mitgliedern und den Patienten ein einfaches, schnelles Verfahren an die Hand zu geben, Streitigkeiten auszuräumen.

Grund genug, bei jeder Auseinandersetzung, die nur mit Hilfe Dritter gelöst werden kann, die Schlichtungskommission der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein anzurufen.

**Rechtsanwalt Andreas Kühnelt**  
Vorsitzender der Schlichtungskommission



## Umsatzsteuer bei Psychotherapeuten

### Ein wichtiger – ergänzender – Hinweis

An vielen Stellen in Mitteilungsorganen der Berufs- und Fachverbände, aber auch im Psychotherapeutenjournal (siehe 2/2004, Seite 137), wurde bereits auf die umsatzsteuerbare und umsatzsteuerpflichtige Leistung von Psychotherapeuten/innen hingewiesen. Im folgenden Abschnitt soll informiert werden über eine Regelung des Umsatzsteuergesetzes (UStG), die in allen vorangegangenen Hinweisen gänzlich unerwähnt blieb, uns Psychotherapeuten/innen jedoch einen beträchtlichen Teil unserer Honorareinnahmen kosten kann oder aber nicht.

Es ist vollkommen richtig, grundsätzlich ist eine medizinische oder psychotherapeutische Betreuung von Personen durch das Diagnostizieren und Behandeln von Krankheiten oder anderen Gesundheitsstörungen gem. § 4 Nr. 14 UStG generell Steuerbefreit. Nicht befreit und somit umsatzsteuerpflichtig (Regelsteuersatz 16%) sind Leistungen aus gutachterlicher und beratender Tätigkeit sowie aus Supervision und Coaching. Beispielhaft sind hier zu nennen: Gutachten bzgl. der Fahrtüchtigkeit, Gutachten über den Gesundheitszustand als Grundlage für Versicherungsabschlüsse, Psychologische Tauglichkeitstests (die sich ausschließlich auf Berufsfindung erstrecken), forensische Gutachten, Gutachten über die Minderung der Erwerbsfähigkeit in Sozialversicherungsangelegenheiten. Dies bedeutet, dass bei dem zurzeit geltendem Umsatzsteuersatz von 16% ein nicht unbeträchtlicher Teil vom Honorar beispielsweise für eine Supervision an das Finanzamt abgeführt werden muss. Werden diese Grundsätze nicht beachtet, so drohen unter Umständen summiert auf mehrere Jahre rückwirkend erhebliche Steuernachzahlungen, die im Einzelfall existenzbedrohend sein können.

Für viele Psychotherapeuten/innen könnte hier jedoch die Regelung „Besteuerung der Kleinunternehmer“ gemäß § 19 Abs. 1 UStG Abhilfe schaffen. In dieser Vorschrift wird geregelt, wann die geschuldete Umsatzsteuer nicht erhoben wird. Ein Unter-

nehmer ist Kleinunternehmer und geschuldete Umsatzsteuer wird nicht erhoben, wenn der Gesamtumsatz nach § 19 Abs. 3 UStG im vorangegangenen Kalenderjahr 17.500 Euro nicht überstiegen hat und im laufenden Kalenderjahr voraussichtlich 50.000 Euro nicht übersteigen wird. Als Gesamtumsatz im Sinne dieser Regelung gilt die Summe aller ausgeführten Umsätze abzüglich der steuerfreien Umsätze gemäß § 4 UStG. Im Klartext heißt das, man trennt die umsatzsteuerpflichtigen Umsätze (Honorare für Gutachten, Beratung, Supervision, Coaching etc.) von den umsatzsteuerfreien Umsätzen (Honorare für heilkundliche Tätigkeit). Zweckmäßigerweise führt man zwei Aufstellungen je nach Einnahme- bzw. Umsatzart. Anhand dieser Aufstellungen kann man zunächst selbst, der Steuerberater und letztendlich das Finanzamt bei der Umsatzsteuererklärung die Umsatzgrenze prüfen. Nur wenn die Tätigkeiten des Psychotherapeuten als Gutachter, Berater, Supervisor etc. allein einen Umsatz erzielen, der über den genannten Umsatzgrenzen liegt, wird die Umsatzsteuer erhoben. Und nur dann muss bei der Rechnungstellung die Umsatzsteuer bzw. der erhobene Umsatzsteuersatz auch ausgewiesen werden.

Unterliegt man der Umsatzsteuer, sollte man bei Honorarverhandlungen stets berücksichtigen, dass ein Teil vom vereinbarten und später erhaltenen Entgelt an den Fiskus abzuführen ist. Selbstverständlich finden für Kollegen und Kolleginnen, die nicht mehr unter den Passus des Kleinunternehmers fallen, die Regelungen des Vorsteuerabzuges Anwendung (Umsatzsteuer aus Eingangsrechnungen). Aber, da die gutachterliche oder beratende Tätigkeit ebenso Supervision und Coaching in der Regel nicht mit viel Materialeinkauf und -verbrauch oder Inanspruchnahme fremder Dienstleistungen einhergeht, wird über den Vorsteuerabzug sicherlich wenig gegenzurechnen sein. So fließt meist die erhobene Umsatzsteuer in fast ganzer Höhe an das Finanzamt. Es ist also jedem, für den die Kleinunternehmer-Regelung nicht mehr gilt, zu raten, seine Honorarforderungen entsprechend anzupassen.

Will man als Kleinunternehmer/in gelten, ist es auf jeden Fall zu vermeiden, in einer

Ausgangsrechnung die Umsatzsteuer auszuweisen. Der Ausweis bedeutet automatisch, dass zur Umsatzsteuerpflicht optiert wurde. Ein Wunsch, Umsatzsteuer auszuweisen, wird gelegentlich von Auftraggebern geäußert. Dieses hat den Zweck, dass der Rechnungsempfänger (Auftraggeber) dann – allein zu seinem Vorteil – Vorsteuer ziehen kann. Derartige Ansinnen werden gelegentlich von Krankenkassen im Rahmen der Durchführung von Präventionskursen sowie von großen Firmen (Eignungsprüfung, Gutachten, Coaching) geäußert.

Es empfiehlt sich, generell bei einer Rechnung als Kleinunternehmer/in daraufhinzuweisen, dass gemäß § 19 Abs. 1 UStG keine Umsatzsteuer ausgewiesen ist.

Wir verweisen auf jeden Fall darauf, dass bei evtl. Unsicherheiten und Fragestellungen in diesem Problembereich eine sachkundige Stelle (z.B. Steuerberater, Finanzamt) befragt werden sollte.

*Heiko Borchers*

## Fortbildung

Auf der Homepage unserer Kammer finden Sie ab sofort die akkreditierten Veranstaltungen und Supervisoren. An dieser Stelle sei angemerkt, dass wir die Anerkennung als Supervisor von 1 Jahr auf 5 Jahre verlängert haben, um eine einheitliche Regelung mit den Nordkammern zu praktizieren.

*Mit freundlichen kollegialen Grüßen  
Dr. Oswald Rogner  
Dr. Angelika Nierobisch  
Lea Webert  
Heiko Borchers  
Peter Koch*

### Geschäftsstelle

Walkerdamm 17  
24103 Kiel  
Tel. 0431 / 661199-0  
Fax 0431 / 661199-5  
Mo, Mi, Fr 9 – 13 Uhr  
Di, Do 9 – 16 Uhr  
info@pksh.de  
www.pksh.de

# Leserbriefe

Die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe zu kürzen. Als Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht die der Redaktion wiedergeben.

## Rubrik „Aktuelles aus der Forschung“

Sehr geehrte Frau Dr. Ripper,

hier eine kleine Rückmeldung zu obiger Rubrik, die ich mit besonderem Gewinn lese. In meinem Praxisalltag in kinderpsychiatrischer Klinik und heilpädagogischem Heim ist mir ein eigenes Sichten des zunehmend unübersichtlichen Zeitschriftenmarktes unmöglich. Umso mehr begrüße ich die breit gefächerte Präsentation und orientierende Kommentierung neuer For-

schung in Ihrem Journal und freue mich, dass diese Rubrik inzwischen sogar mehr Raum einnimmt (oder ist dies Zufall?). Im letzten Heft besonders interessant fand ich auch die Gewichtung von nicht erwartungsgemäßem outcome wie bei der Traumaforschung mit Flüchtlingen.

*Besten Dank und weiter so,  
mit kollegialen Grüßen,  
Dipl.-Psych. Matthias Seidl  
Langmannskamp 32  
45276 Essen*

## Kritische Thesen Zur Legaldefinition von Psychotherapie

Der deutsche Gesetzgeber hat vor über 6 Jahren, nach mehr als zwanzigjähriger Diskussion über 6 Legislaturperioden hinweg, ein Gesetz geschaffen, in dem er in Deutschland den Titelschutz Psychotherapeut eingeführt hat, auf Druck und im Interesse der Berufsgruppe der Psychologen. Und in diesem Gesetz wird auf merkwürdig zirkuläre Art eine Legaldefinition des Begriffs Psychotherapie vorgenommen: „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.“

Das Gesetz „definiert“ also den Begriff Psychotherapie,

- indem es ihn an die „Krankheitswertigkeit“ von Störungen koppelt,
- fordert, dass die Tätigkeit mittels eines „Verfahrens“ vorgenommen wird,
- das „wissenschaftlich anerkannt“ sein muss.

Mit dieser Legaldefinition wurden in Deutschland von einem Tag auf den anderen alle möglichen psychotherapeutischen Vorgehensweisen und Ansätze, die in der fachlichen und wissenschaftlichen

Diskussion, in der Praxis in anderen Ländern sowieso, aber auch in der stationären Praxis in Deutschland selbst, seit Jahren Anerkennung genießen, zu „Nicht-Psychotherapie“ erklärt. Gestalttherapie, Familientherapie, Körperpsychotherapie, Psychodrama, Systemische Therapie, Paartherapie, Tanztherapie, Integrative Therapie, Hypnotherapie, NLP u.a. gelten nach dieser Legaldefinition nicht als wissenschaftlich anerkannte „Psychotherapie“.

Die in Deutschland ambulant praktizierenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen sich aufgrund des Psychotherapeutengesetzes und aufgrund der Vorgaben der Krankenkassen bemühen, ihre Tätigkeit einem der drei sozialrechtlich anerkannten „Verfahren“ (Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie) zu- und unterzuordnen.

Den Versuch, wortklaubend zwischen „Psychotherapie im Sinne des Gesetzes“ und „Psychotherapie als solche“ bzw. „Psychotherapie außerhalb des Gesetzes“ bzw. „Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz“ zu unterscheiden, halte ich für eine gefährliche Illusion, da einerseits in der Diskussion über den Psychotherapiebegriff inzwischen immer wieder (z. B. auch auf den Homepages der Psychotherapeuten-

kammern) die Legaldefinition herangezogen wird, andererseits die Ausbildungsinstitute sich an der gesetzlichen Grundlage orientieren und nur solche „Verfahren“ anbieten, die berufsrechtlich und sozialrechtlich anerkannt sind.

Zur Kritik der Legaldefinition stelle ich folgende Thesen auf:

**Psychotherapie befasst sich nicht (nur) mit „Krankheiten“.** Psychotherapie befasst sich mit subjektiven Leidenszuständen oder Störungen des Denkens, Fühlens oder Handelns sowie innerpsychischen und sozialen Problemen. Diese Probleme und Störungen *können*, aber *müssen nicht* den Status einer Krankheit oder einer Krankheitswertigkeit erreichen, um eine Veränderung mit Hilfe eines Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin anzustreben. Die Beschränkung von Psychotherapie auf „krankheitswertige Störungen“ ist zwar im Sinne eines über Versichertengelder finanzierten Krankheitssystems sicherlich verständlich, entspricht aber weder dem internationalen Sprachgebrauch noch der Praxis von Psychotherapie. Die (Um-) Definition von Problemen und Leidenszuständen zu „Krankheiten“ sichert den deutschen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zwar die Möglichkeit, mit Krankenkassen abzurechnen, heftet allerdings

den Nachfragern nach Psychotherapie das Etikett des psychisch Kranken an.

**Psychotherapie ist keine „Behandlung“.** Psychotherapie ist eine gemeinsame Arbeit mit dem Ziel der Veränderung eines Problems oder eines Leidenszustands. Psychotherapie als „Behandlung“ zu konzipieren, entspricht allenfalls dem ärztlichen Denken, aber nicht der Beziehungsrealität in einer Psychotherapie. Die Beziehung zwischen Psychotherapeut(in) und Nachfrager(in) nach Psychotherapie entspricht nicht dem Arzt-Patient-Verhältnis. Deshalb sollte der Begriff Patient durch den Begriff Klient abgelöst werden, wie es in vielen Bereichen der Fachdiskussion bereits üblich ist. Und die Bezeichnung Behandlung sollte durch Dienstleistung abgelöst werden, um fehlleitenden Konnotationen sowohl von Klienten als auch der Öffentlichkeit entgegenzuwirken. Die Bezeichnung „Behandlung“ erweckt Assoziationen von Behandelt-werden, also passiv sein, der/die Behandelte ist nicht mehr Subjekt und Auftraggeber/in, sondern Objekt von Diagnose und Expertenwissen, die Verantwortung für „Behandlungsfehler“ liegt beim Psychotherapeuten bzw. bei der Psychotherapeutin. Die Bezeichnung „Dienstleistung“ stellt klar, dass der Psychotherapeut/ die Psychotherapeutin nach fachlichen/professionellen Standards einen Beitrag leistet

und insofern für „Handlungsfehler“ (nicht aber „Behandlungsfehler“) zur Rechenschaft gezogen werden kann, dass aber die Verantwortung für die Umsetzung und damit für den Erfolg von Psychotherapie beim Klienten bleibt.

**Psychotherapie arbeitet nicht mit „Verfahren“.** Psychotherapie ist ein gemeinsamer Prozess, der sich durch die Interaktion von Psychotherapeut(in) und Klient(in) gestaltet. Der Psychotherapeut/ die Psychotherapeutin bringt in diesen Prozess sein/ihr Wissen über Zusammenhänge psychischer Störungen (Störungswissen) und verschiedene Techniken zur Veränderung der innerpsychischen Probleme (Veränderungswissen) ein. Der/die Klient(in) entscheidet darüber, was er/sie annehmen und umsetzen kann und will. Die Zusammenfassung des Störungsmodells und des Veränderungsmodells zu einem „Verfahren“ entspricht einem technischen Verständnis, in dem für die *gemeinsame* Verantwortung für den Prozess der Psychotherapie kein Platz ist. Die psychotherapeutische Praxisforschung hat wiederholt ergeben, dass mit zunehmender Praxiserfahrung sich die Psychotherapeut(inn)en von den einengenden Vorgaben ihrer „Verfahren“, die sie in der Ausbildung gelernt haben, lösen und die Techniken und Methoden so einsetzen, wie es die Erfordernisse des Einzelfalles sinnvoll erscheinen lassen.

**Die „Wissenschaftlichkeit“ eines Verfahrens ergibt sich nicht aus der „Anerkennung“ durch einen „wissenschaftlichen Beirat“.** Ob ein Verfahren, ein Ansatz, ein Theoriegebäude, eine Praxeologie „wissenschaftlich“ anerkannt ist, ergibt sich daraus, ob es in Lehrbüchern, in Fachveröffentlichungen publiziert und diskutiert wird, ob seine Grundannahmen rationalen Diskursen zugänglich sind und ob eine Diskussion in wissenschaftlichen Institutionen und Publikationsorganen stattfindet. Die vom Gesetz vorgegebene Konstruktion, einen „wissenschaftlichen Beirat“, der sich aus Vertretern bereits anerkannter Verfahren zusammensetzt, mit der Prüfung noch nicht anerkannter Verfahren zu beauftragen – und dies in einer sozialrechtlichen Situation, bei der die Anerkennung neuer Verfahren gravierende Auswirkungen auf die Marktsituation der bereits anerkannten Verfahren hat -, ist eine völlig unangemessene Idee, deren Absurdität vielleicht dann ins Auge fällt, wenn man in einer leicht verfremdeten Metapher fragt: Wie wäre es, wenn ein Beirat, zusammengesetzt aus Vertretern von Opel, Mercedes und VW, darüber beschließen sollten, welche anderen Autoproduzenten auf dem deutschen Markt zugelassen werden sollten?

Alfred Köth  
Damaschkeanger 37  
60488 Frankfurt-Praunheim  
Alfred.koeth@gmx.de

## Leserbrief zum Artikel: „Recht fragwürdig – Hilfe bei Gutachterantrag“ von RA Hartmut Gerlach im Psychotherapeutenjournal 2/2004

Da fragt man sich doch, wieso sich der Landesverband B-W durch solch einen Rechtsanwalt vertreten lässt, der offenbar nur einseitig, oberflächlich und parteiisch recherchiert. Und der sich bei einem Arbeitgeber verdingt, wo er anscheinend eine nicht unbedeutende Anzahl ihrer Vertreter als unfähig einstuft.

Zur Sache: Bei der Hinterfragung der Tatsache, dass viele Kollegen den Bericht an den Gutachter schreiben lassen, unterscheidet er nur verschiedene Unfähigkeitsstufen. Ich zitiere sinngemäß:

- a) weil der Therapeut unfähig ist, seine Therapie in Worte zu fassen und die Indikation zu begründen,
- b) weil der Therapeut unfähig ist, einen bestimmten Patienten mit einem Richtlinienverfahren zu behandeln und weiterhin unfähig ist, seine berufliche Unfähigkeit zumindest in zulässige Worte zu packen,
- c) weil der Therapeut unfähig ist, zu erkennen, ob ein bestimmter Patient überhaupt eine Berechtigung hat, auf Krankenkassenkosten von ihm behandelt zu werden und ebenso unfähig ist, eine eventuelle Befindlichkeitsstörung in eine legitime Krankenbehandlung umzuetikettieren,
- d) weil der Therapeut unfähig ist, überhaupt seinen Lebensunterhalt zu bestreiten, er um jeden Patienten, der irgendwie (wahrscheinlich trotz seines schlechten Rufes) den Weg zu ihm findet, kämpfen muß und er zudem noch unfähig ist, diesen Patienten legitim zu behandeln.

Weitere Varianten (der Unfähigkeiten) unseres Berufsstandes sind denkbar, sollen aber (vorerst) unerörtert bleiben.“

Diese Belichtung des „Problembewusstseins“ ist irgendwie schon lächerlich absurd und bedarf einer zumindest knappen Belehrung. Zum einen hätte er bei seinen Recherchen mal einen kurzen Blick in das fundierte Werk eines gemeinsamen Kollegen werfen können: „Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie“ (dgvv-Verlag 2000) vom Volljuristen und Psychotherapeuten Dr. Hans-Ulrich Köhlke. Dort stehen z.B. Gründe, dass für viele das Schreiben der Berichte eine Quälerei darstellt – Motivation genug, sich von dieser Qual zu befreien. Und Qual korreliert nicht immer zwangsläufig hochsignifikant mit Unfähigkeit! Zum anderen erzählen wir Psychotherapeuten unseren Patienten nicht umsonst jeden Tag, sie sollten sich von allem befreien, was sie deprimiert oder übermässig erschöpft. Wer setzt sich schon gerne am Ende eines langen Patiententages oder auch am Wochenende hin, um stundenlang diese Berichte zu schreiben. Ich kann ein Auto nicht immer nur Vollgas fahren, irgendwann ist der Tank leer und ich muß nachtanken. Ich sehe es geradezu als Vorbildfunktion für die Patienten an, mir selbst meine freie Zeit so einzuteilen, daß

ich mich regenerieren kann. Für mich zählt der Bericht an den Gutachter nicht dazu. Also bleiben mir nur zwei Möglichkeiten: Entweder ich lasse den Bericht durch einen Helfer schreiben oder ich Sorge dafür, daß ich gar keine Berichte schreiben muß. Letzteres führt dann zu den auf S. 126 im selben Journal von Dr. Dr. Heiner Vogel beschriebenen Effekten: „...dürfte den bereits heute feststellbaren Trend verstärken, dass viele PsychotherapeutInnen sich auf kurzfristige erfolgreich zu behandelnde Patientinnen konzentrieren. Dies könnte dazu beitragen, dass chronifizierte PatientInnen sowie solche mit Mehrfachdiagnosen oder Persönlichkeitsstörungen zunehmend häufiger unterversorgt bleiben.“

Zuletzt noch eine juristische Kritik: Entweder ist RA Gerlach so unfähig, wie er es vielen unserer Kollegen unterstellt, oder er hat heimlich noch einen Job bei der Lobby der kleinen Gruppe der (Ober-)Gutachter. Anders ist nicht zu erklären, warum er nur die große Gruppe der Berichteschreiber rechtlich verwarnt, nicht aber die kleine Gruppe der Gutachter. So sehe ich es als

Unterlassung an, wenn nicht auch mal – und das halte ich für die Mehrheit viel interessanter – die rechtlichen Konsequenzen für die Gutachter unter die Lupe genommen werden. M.E. machen diese sich nämlich bereits seit Jahren strafrechtlich schuldig, weil sie ihrer (auch nach analoger Rechtsauffassung von RA Gerlach) illegalen Gutachtertätigkeit bereits seit Jahrzehnten nachgehen, wohingegen die „Ghostwriter“ erst vor vergleichsweise kurzer Zeit auftraten. Das Gebot der §§ 278, 279 StGB und daraus resultierend §§ 263, 266 StGB, festgehalten im BGH Urteil und von RA Gerlach zitiert (NJW 1979, 1248) gilt natürlich genauso für die Gutachter, die „ohne sich ein eigenes Bild zu machen, die Angaben Dritter ungeprüft übernehmen, ohne wichtige Befunde selbst zu erheben.“ Warum prangert Gerlach das nicht an?

*Mit kollegialen Grüßen und Bitte um  
Stellungnahme, auch durch RA  
Gerlach,  
Holger Jordan, Dipl.-Psych.  
Myslenice 6  
D-58515 Lüdenscheid*

## Entgegnung auf den Leserbrief von Holger Jordan zum Artikel: „Recht fragwürdig – Hilfe bei Gutachterantrag“

### Rhetorische Kunstgriffe ...

sind im Diskurs erlaubt. Erlaubt ist aber auch, diese aufzudecken und die Argumente des Gegners auf ihren Kern zurück zu führen. Holger Jordan bedient sich in seinem Leserbrief eines Kunstgriffs. Er schreibt nämlich, ich stufte „eine nicht unbedeutende Anzahl (von Therapeuten) als unfähig“ ein. Und „...bei der Hinterfragung der Tatsache, dass viele Kollegen den Bericht an den Gutachter schreiben lassen“, würde ich „nur verschiedene Unfähigkeitsstufen“ unterscheiden. Mit seiner Behauptung – darin besteht der rhetorische Kunstgriff – will er die Psychotherapeuten/innen auf seine Seite ziehen, die ihre Berichte von Dritten schreiben lassen. Die Empörung, die er damit bei diesen auszulösen hofft, soll, warum auch immer, ihnen den Blick darauf verstellen, worauf es mir in meinem Artikel nun wirklich ankam: Wenn Berichte an den Gutachter von oder mit-

hilfe von Dritten geschrieben werden, bewegen sich Therapeut und Berichtshelfer nämlich im „grauen Bereich“, der leicht Rotfärbung annehmen könnte ...

Die von Holger Jordan insinuierte Einschätzung, ich betrachtete eine nicht unbedeutende Anzahl von Therapeuten als unfähig, ist so wenig mein Thema und auch nicht meine Meinung, wie ich über deren Motive spekulieren möchte, einen Berichtshelfer zu beauftragen. Jordan spricht selbst von der „Qual“ des Schreibens von Berichten. Jene kann viele Ursachen haben: Überlastung, Zeitmangel, mangelnde Übung im Schreiben solcher Berichte, Unsicherheiten hinsichtlich der Diagnose, auch Überforderung, usw. I. Ü. wird es nur wenige Therapeuten geben, die mit Freude Berichte schreiben; vielmehr dürfte die Qual vorherrschend sein. Kann es aber deshalb ohne weiteres erlaubt sein, „sich von dieser Qual zu befreien“, wie es Jo-

dan im Einzelnen begründet? Man möge seine Begründung genau lesen („Wer setzt sich schon gerne ... hin, um stundenlang diese Berichte zu schreiben ... Entweder ich lasse den Bericht durch einen Helfer schreiben, oder ich Sorge dafür, dass ich gar keine Berichte schreiben muss ...“)


Mein Artikel zielte allein darauf ab, Therapeuten auf die o. e. mögliche Rotfärbung, sprich: strafrechtliche Relevanz hinzuweisen. Solche Warnungen, nicht Verwarnungen wie Holger Jordan schreibt (der Unterschied ist bedeutsam), gehören zu den Pflichten eines Justizars einer Kammer bzw. eines Rechtsanwalts. Er hat eine Beratungs- und Belehrungspflicht, er hat den Mitgliedern der Kammer den „sichersten Weg“ zu raten, um sie vor möglichen Schädigungen zu bewahren (BGH-Urteil v. 31.10.1985 – WM 1986, 199). Vor Gefahren wollte ich warnen, daher der Artikel. Und der Zufall will es, dass im „Deutschen



Ärzteblatt/PP/Heft 7, Juli 2004, S. 308 („Eine Frage der Ehre!“) just zur gleichen Zeit auf die nämlichen Gefahren (eines Abrechnungsbetruges) aufmerksam gemacht wird.

Jordan beklagt weiter, ich schonte die kleine Gruppe der (Ober-)Gutachter. Dabei spricht er von deren „illegaler Gutachter-tätigkeit seit Jahrzehnten“, die sich kein eigenes Bild vom Patienten machten und die Angaben Dritter damit ungeprüft übernehmen, ohne wichtige Befunde selbst zu erheben. Was soll daran illegal sein, wenn es doch in der PTV so geregelt ist? In einem kürzlich veröffentlichten Urteil des Bundessozialgerichts (17.02.2004 – B 1 KR 4/02 R) im Hinblick auf das Gutachterverfahren heißt es: „... Die im Laufe des Verfahrens geäußerten Bedenken der Klägerin gegen die Ausgestaltung des Gutachterverfahrens vermögen die Sachaufklärungspflicht der Krankenkasse nicht in Frage zu stellen. (Die Bedenken) zielen darauf, dass es wesentlich von den Darlegungen des behandelnden Therapeuten abhängt, ob die Leistung vom Gutachter befürwortet wird. Abgesehen davon, dass die Erwägungen des Therapeuten auch daraufhin überprüft werden können, ob sie durch entsprechende Fakten untermauert sind, trifft dieser Einwand nicht eine denkbare Schwäche des Gutachterverfahrens, sondern ein möglicherweise zu beanstandendes Handeln einzelner Therapeuten (l. d. U.) und ist schon deshalb nicht geeignet, die Überprüfungsbefugnis der Krankenkasse generell in Zweifel zu ziehen. Vielmehr gäbe das angebliche Problem allenfalls Anlass zu einer weitergehenden Kontrolle – etwa im Sinne einer persönlichen Vorstellung des Versicherten beim Gutachter ...“. Das BSG verlangt also keineswegs die persönliche Vorstellung des Patienten, lässt sie aber durchaus zu.

*RA Hartmut Gerlach  
Justiziar der  
Landespsychotherapeutenkammer  
Baden-Württemberg  
gerlach@lpk-bw.de*

<b>Akademie bei Herbert König &amp; Gerhard Müller</b> Semmelstraße 36/38 97070 Würzburg Tel.: 0931 – 46079033, Fax: 0931 – 46079034 akademie@neuropsychologie.de http://www.neuropsychologie.de		 <p><b>KÖNIG &amp; MÜLLER</b></p>
26.02.2005	Würzburg (Kursnr. FB050226A) **	
<b>Alltagsorientierte Therapie bei Gedächtnisstörungen nach Hirnschädigung</b> Dr. Uwe Schuri, Dipl.-Psych., Städt. Krankenhaus München-Bogenhausen, München 160,00 Euro* / GNP-Mitglied: 145,00 Euro*, 8 Std.; FE-Punkte beantragt		
26.02.2005	Marburg (Kursnr. FB050226B) **	
<b>Neuropsychologie bei Alkoholabhängigkeit</b> Dipl.-Psych. Barbara Brokate, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Bremen, & Dr. Armin Scheurich, Dipl.-Psych., Psychiatrische Klinik, Universitätsklinikum, Mainz 160,00 Euro* / GNP-Mitglied: 145,00 Euro*, 8 Std.; FE-Punkte beantragt		
04. – 05.03.2005	Leipzig (Kursnr. FB050304A) *	
<b>Einführung in die Neurolinguistik: Aphasische und nichtaphasische Sprachstörungen</b> Dr. Thomas Guthke, Dipl.-Psych., Frank Regenbrecht, Klinischer Linguist / BKL, Tagesklinik für kognitive Neurologie, Universitätsklinikum, Leipzig, Evelyn Ferstl., Ph. D. & Sonja Kotz, Ph. D., Max-Planck-Institut für neuropsychologische Forschung, Leipzig 280,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 16 Std.; FE-Punkte beantragt		
11. – 12.03.2005	Würzburg (Kursnr. FB050311A) **	
<b>Die Neuropsychologische Begutachtung - Grundkurs</b> Dr. Hans Wilhelm, Dipl.-Psych., Universität Essen & Dr. Rupert Roschmann, Dipl.-Psych., Klinikum Ingolstadt; 280,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 16 Std.; FE-Punkte beantragt		
18. – 19.03.2005	Würzburg (Kursnr. FB050318A) *	
<b>Entwicklungsneuropsychologie</b> Dr. Hans Mayer, Dipl.-Psych., Epilepsiezentrum Kork & Dipl.-Psych. Bernd Schweisthal, Fachkrankenhaus Neckargemünd; 280,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 16 Std.; FE-Punkte beantragt		
01. – 02.04.2005	Würzburg (Kursnr. FB050401A) *	
<b>Klinische Pharmakopsychologie Auswirkungen chemischer und natürlicher Stoffe auf die Bewertung neuropsychologischer Testergebnisse</b> Dr. Joachim P. Leonard, Dipl.-Psych., Eppstein 280,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 16 Std.; FE-Punkte beantragt		
22. – 23.04.2005	Jesteburg (Kursnr. FB050422A) *	
<b>Demenz – Grundlagenwissen und Vertiefung</b> Prof. Dr. med. Wolfgang Meins, Dipl.-Psych., Praxis, Hamburg 280,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 16 Std.; FE-Punkte beantragt		
29. – 30.04.2005	Berlin (Kursnr. FB050429A) ***	
<b>Schwere internistische und neurologische Erkrankungen und deren neuropsychologische Folgen</b> Dr. med. F.-K. von Wedel-Parlow, Dipl.-Psych., DRK-Therapiezentrum Middelburg, Klinik für Geriatrie und Neurologie, Süsel 280,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 16 Std.; FE-Punkte beantragt		
29.04.2005	Würzburg (Kursnr. FB050429B) ***	
<b>HKS, ADHS, ADS für PsychologInnen</b> Dr. Sven Bölte, Dipl.-Psych., Klinikum der Johann Wolfgang von Goethe-Universität, Frankfurt/Main; 160,00 Euro* / GNP-Mitglied: 145,00 Euro*, 8 Std.; FE-Punkte beantragt		
30.04.2005	Würzburg (Kursnr. FB050430A) ***	
<b>Neuropsychologie Autistischer Störungen</b> Dr. Sven Bölte, Dipl.-Psych., Klinikum der Johann Wolfgang von Goethe-Universität, Frankfurt/Main; 190,00 Euro* / GNP-Mitglied: 170,00 Euro*, 10 Std.; FE-Punkte beantragt		
18.02.2005	Berlin (Kursnr. FB050218B) *	
<b>Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs A: Auf dem Weg zum Kortex</b>		
19.02.2005	Berlin (Kursnr. FB050219A) *	
<b>Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs B: Makroskopische Gliederung des Gehirns</b>		
11.03.2005	Berlin (Kursnr. FB050311B) *	
<b>Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs C: Lateralisierung und Lokalisation</b>		
12.03.2005	Berlin (Kursnr. FB050312A) *	
<b>Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs D: Neuropsychologische Syndrome und Klinische Bilder (1)</b>		
18.03.2005	Berlin (Kursnr. FB050318B) *	
<b>Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs E: Neuropsychologische Syndrome und Klinische Bilder (2)</b>		
19.03.2005	Berlin (Kursnr. FB050319A) *	
<b>Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs F: Neuropsychologische Rehabilitation</b> Dr. Heinz Häting, Dipl.-Psych., Epilepsie Zentrum Berlin am KEH, jeweils 8 Std.; je FE-Punkte: 8 1 Modul: 150,00 Euro* / 2 Module: 290,00 Euro* / 3 Module: 425,00 Euro* 4 Module: 565,00 Euro* / 5 Module: 705,00 Euro* / 6 Module: 830,00 Euro* Die Module FB050218B, FB050219A, FB050311B, FB050312A, FB050318B und FB050319A können in allen Kombinationen gebucht werden. Bitte Preisrabatt bei mehreren Modulen beachten!		
Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an!		*Kosten incl. Mehrwertsteuer

# GMG

## **GMG – alles auf einer Scheibe!**



### **Gesundheitsgesetze** Das GMG und alle geänderten Vorschriften

2004. CD-ROM mit Booklet.  
€ 39,- (zzgl. ca. 3-4 Updates  
pro Jahr zu je € 25,-)  
ISBN 3-87081-347-4

Die CD-ROM Gesundheitsgesetze enthält **die Bestimmungen der Gesundheitsreform 2004.**

Neben dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden sämtliche geänderten Vorschriften aufgenommen, soweit sie im Gesundheitswesen relevant sind.

Der Export von Textpassagen in eigene Druckdokumente ermöglicht Ihnen ein sekundenschnelles Zitieren. Eine Vielzahl von Suchmöglichkeiten – von der Volltextrecherche über die detaillierte Suche bis zur Anzeige der Suchergebnisse zur weiteren Feinselektion – sind so benutzerfreundlich, dass Sie das GMG schnell im Griff haben. Die CD-ROM ist in Kooperation mit MedizinRecht.de entstanden.

60706417

Economica, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH  
Kundenbetreuung München, Emmy-Noether-Straße 2, 80992 München  
Bestell-Tel. 089/54852-8178, Fax 089/54852-8137  
E-Mail: [kundenbetreuung@hjr-verlag.de](mailto:kundenbetreuung@hjr-verlag.de)

**Economica**  
[www.economica-verlag.de](http://www.economica-verlag.de)

# Wirtschaftliche Ziele erreichen Sie nur mit Menschen

Wer sich wirtschaftliche Ziele setzt, kann sie nur mit seinen Mitarbeitern erreichen. Das setzt psychologische Kenntnisse voraus, die nicht allein aus Erfahrung zu gewinnen sind.

Die Zeitschrift *Wirtschaftspsychologie aktuell* bietet Informationen und Anregungen für die Arbeit mit Menschen.

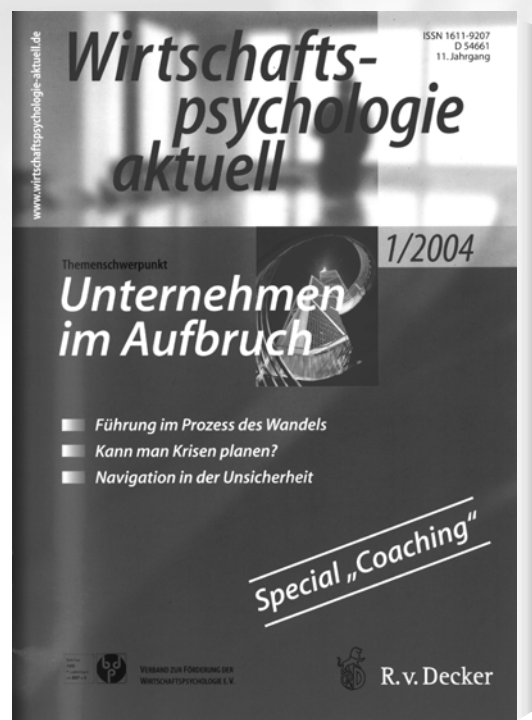
*Wirtschaftspsychologie aktuell* betrachtet quartalsweise praxisnah das Wirtschaftsgeschehen vom psychologischen Standpunkt aus.

## Nutzen Sie unser Schnupperabo:

- Bestellen Sie 2 Ausgaben für € 36,- (inkl. Versand)
- Oder abonnieren Sie die *Wirtschaftspsychologie aktuell*:  
4 Ausgaben im Jahr für € 72,- (inkl. Versand)

Zusätzliche Informationen, Auszüge aus Artikeln, nützliche Links, Hinweise auf Veranstaltungen und vieles mehr finden Sie unter:

[www.wirtschaftspsychologie-aktuell.de](http://www.wirtschaftspsychologie-aktuell.de)



## BESTELLCOUPON

Firma/Abteilung

Name/Vorname

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Datum

1. Unterschrift

**Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH**  
**Abonnementservice**  
**Frau Anna Kozyra**  
**Justus-von-Liebig-Str. 1**  
**D-86899 Landsberg**

Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg  
Abonnementservice: Tel.: 08191/125-641, Fax: 08191/125-103  
E-Mail: [aboservice@hjr-verlag.de](mailto:aboservice@hjr-verlag.de); [www.wirtschaftspsychologie-aktuell.de](http://www.wirtschaftspsychologie-aktuell.de)

Fix per Fax: 08191/125-103

- Ja, ich bestelle die *Wirtschaftspsychologie aktuell*.  
Der Abonnementspreis für vier Ausgaben pro Jahr beträgt € 72,- Inland (€ 75,- Ausland) jeweils inkl. Versandkosten. Bei Vorlage der Immatrikulationsbescheinigung zahlen Schüler und Studenten € 34,-
- Ich möchte die *Wirtschaftspsychologie aktuell* näher kennen lernen.  
Senden Sie mir ein „Schnupperabonnement“ mit 2 Ausgaben. Der Bezugspreis beträgt € 36,- (€ 37,50 Ausland; € 21,50 Schüler und Studenten) jeweils inkl. Versandkosten.

Verlagshinweis für Deutschland: Die Preise sind gültig für 2004/2005. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn ich es nicht acht Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich kündige. Das Schnupperabonnement geht in ein reguläres Abonnement über, wenn es nicht spätestens zwei Wochen nach Erhalt des letzten Heftes gekündigt wird. Mir ist bekannt, dass ich die Bestellung schriftlich durch Mitteilung an die Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Abonnementservice, Frau Anna Kozyra, Justus-von-Liebig-Str. 1, D-86899 Landsberg, [aboservice@hjr-verlag.de](mailto:aboservice@hjr-verlag.de), Fax: 08191/125-103, widerrufen kann.

Datum

2. Unterschrift

(Es können nur Bestellungen mit zwei Unterschriften bearbeitet werden.)



**R. v. Decker**  
[www.rvdecker-verlag.de](http://www.rvdecker-verlag.de)

# „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 Ansichtsberechnung 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 Hütthig Jehle Rehm GmbH, Emmy-Noether-Str. 2, 80992 München) zurückschicke.

.....  
Datum/Unterschrift



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



**Praxiskauf/-verkauf**

**KV Sitz** in den Bereichen der KVen **Pfalz, Rheinhessen, Nordbaden, Hessen** von PP (VT, Erw, Ki + Ju) zum Kauf **gesucht**.  
Auch Interesse an Job-Sharing

Tel 01 73 / 3 00 99 50

Psychologische Psychotherapeutin (VT) **sucht KV-Sitz im Raum Bremen** (+60 km), alternativ auch Interesse an **Job-Sharing**.

Tel. 04 21 / 5 97 70 99

**AKJPin** sucht KV-Sitz in **Berlin** oder **Potsdam**. Auch Interesse an Jobsharing oder Entlastungsassistenz.

Tel. 0 30 / 21 80 21 52

**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

Psychologische Psychotherapeutin sucht KV-Sitz im Großraum Frankfurt, bevorzugt MTK

Chiffre: 040401

Angehende PP (VT) mit Zusatzausbildung sucht KV-Sitz (Einzel od. in Gemeinschaft, auch Jobsharing oder Entlastungsassistenz) Ende 2005:  
Raum SZ, BS, HI, H, GÖ, WOB, Harz.  
Tel. 05341/9009390

PPin (TP u. PA) sucht KV-Sitz-Übernahme oder Job-Sharing in **Freiburg** und Umgebung  
Tel. 01 60 / 6 36 19 41

**Psych. Psychotherapeut (VT) sucht**  
2005/2006  
KV-Sitz im Großraum **Bonn/Köln**  
Chiffre: PTPJ 04 04 05

PP (VT, N) sucht **KV-Sitz in Bayern oder Baden-Württemberg**; alternativ **Job-Sharing** in Südost-Bayern oder München.  
Fon: 0 80 31 / 7 04 76  
e-mail: psychologische\_psychotherapeutin@yahoo.de

**Praxiskauf/-verkauf**

Psychologische Psychotherapeutin (VT) sucht **KV-Sitz im Raum Giessen/Mittelhessen**, alternativ auch Interesse an Job-Sharing.

Tel.: 0 64 04 / 66 56 36

PP (VT/Erw.) sucht KV-Sitz im **Großraum Nürnberg** zu kaufen oder tauschen (ab Sommer 2005).  
Biete KV-Sitz im **Kreis Aachen**.

Tel.: 01 60 / 98 68 23 29

Psycholog. Psychotherapeutin (VT) sucht **bundesweit**

KV-Sitz zur Übernahme

Chiffre: PTPJ 04 04 07

**HAMBURG** KV-Sitz Psychol. Psychotherapeut/-in in Praxisgemeinschaft Zum 1.7.2005 abzugeben.

Tel.: 0 40 / 58 12 50

Verkauf: PP KV-Sitz (TP)

Nahbereich München (13 Zug- bzw. 18 S-Bahnlinien ab Hbf.) f. Q1/05.

Tel. 0 81 31 / 66 88 93

**Praxistausch/-verkauf**

Tausche KV-Sitz (PP u. KJP) in Bonn mit KV-Sitz in Berlin

Chiffre: PTPJ 04 04 06

**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

**Praxisvermietung****Schönwalde/OH**

Biete schöne Räume für Praxisgemeinschaft mit psycholog. oder ärztlichen Psychotherapeuten im ländlichen Zentralort (Zulassung wünschenswert)  
Tel 0 45 28 / 14 68

**Nürnberg Erlenstegen**

Freundlicher Raum (ca. 40 qm) in bestehender Praxisgemeinschaft zu vermieten.

Tel. 09 11 / 5 81 57 88

**MANNHEIM:** in Praxengemeinschaft ist ein Raum an Psychol. Psychotherapeuten/in mit KV-Zulassung zu vermieten

Tel. 06 21 / 3 36 56 24 oder 41 49 43

**Berlin-Wilmersdorf:** schöne Praxisräume für Einzel- und Gruppentherapie sowie Wochenendseminare bis 25 Personen stunden- oder tageweise.

Tel.: 0 30 / 81 49 79 89

**Anzeigenschluss für die nächste Ausgabe ist der 3.3.2005.  
Ausgabe 1/05 erscheint am 25.3.05.**

**Praxisgesuche**

Psycholog. Psychotherapeutin (VT; Erw. Zus.KJP) **sucht KV-Sitz** im Ruhrgebiet/Münsterland oder Job-Sharing

Tel. 01 72 / 2 78 58 52

Psycholog. Psychotherapeutin (PP) sucht Raum in Praxisgem. o. neue Praxisräume in **Nürnberg**.

Tel.: 09 11 / 26 63 40

**Regensburg Stadt**

KV-Sitz (TP) oder Job-Sharing gesucht

Tel. 09 41 / 56 38 39

Raum Ulm/Neu-Ulm;  
suche KV-Sitz oder Jobsharing (PP, TP, ERW, KJP). Mit langjähriger Berufserfahrung  
Te. 07 31 / 1 40 53 77

**Jobsharing****RHEINSIEGKREIS**

Biete Jobsharing für Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutin mit Approbation in VT

Tel. 0 22 25 / 1 68 94

**Psycholog. Psychotherapeutin**

(VT; Approb., Schwerpunkt Sucht) sucht Job-Sharing od. Anstellung 10-15 Std., auch Praxisvertretung,  
**München Stadt und Land**  
Chiffre: PTPJ 04 04 02

**Jobsharing PP Bonn tp,**

10-15 Std.  
ab 1.4.2005  
spätere Praxisübernahme möglich

Tel. 02 28 / 35 97 67

Psychologischer Psychotherapeut (VT, KVT; Arztreg.) sucht Jobsharing-Angebot in Schleswig-Holstein, HH

Chiffre: PTPJ 04 04 03

**PPin (VT)**

sucht Jobsharing in Hamburg und Schleswig-Holstein

Tel. 0 40 / 34 99 42 65

Psychol. Psychotherapeutin (VT) sucht Jobsharing, Praxisübernahme oder Mitarbeit im Raum Heilbronn/Ansbach/Schwäbisch Gmünd/Bad Mergentheim.

Tel. 07 91 / 9 46 65 35

Kinder- und Jugendpsychotherapeutin sucht Jobsharing-Möglichkeit in Praxis od. Anstellung im Raum NRW

Chiffre PTPJ 04 04 04

**Raum Duisburg**  
Psycholog. Psychotherapeut (VT) sucht Jobsharing

Chiffre: PTPJ 04 04 08

**Hamburg**  
**Psychologische Psychotherapeutin** (VT, APPROB. + ARZTREG.) sucht Jobsharing oder Praxismitarbeit

Tel: 0 40 / 23 55 43 28

PP (VT, Erw.) sucht Praxismitarbeit als Entlastungsassistentin in Frankfurt/M.

Tel.: 0 69 / 95 29 44 29

**Stellenangebote****Berlin-Mitte**

VerhaltenstherapeutIn, teamfähig und lösungsorientiert arbeitend, für interdisziplinäre Therapieeinrichtung/Tagesklinik chron. Schmerzpatienten gesucht.

[www.ruecken-zentrum.de](http://www.ruecken-zentrum.de)

Tel. 0 30 / 25 89 95 00  
(Dipl.-Psych. Kerstin Hafenbrack)

**Ihre Kleinanzeigen können****Sie jetzt auch schnell****und einfach****online buchen!**

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

**Dienstleistungen**

Dienstleistungen für psychologische Praxen: zuverlässige und qualifizierte Hilfen bietet

Tel.: 0 64 21 / 87 17 40  
E-Mail: psydienst@web.de

Kompetente und zuverlässige Unterstützung für psychotherapeutische Praxen

Tel. 0 53 71 / 6 18 34 86

E-Mail: drreisch@onlinehome.de

**Fort- und Weiterbildung****Zusatzbez. Psychotherapie**

5–8 Blöcke ab 25.5.05

Kinder- u. Jugendlichen PT (KV Berechtigung) 5.–12.2.05 (I), 23.–30.4.05 (II) 25.6.–2.7.05 (III)

Gruppen-PT (KV) Theorie: 26.2.–3.3.2005

Neuer Punktwert ab 1.4.05: 745 Punkte

Tel. 0 83 34 / 98 63-73, Fax: -74

[www.sueddeutsche-akademie.de](http://www.sueddeutsche-akademie.de)

**So einfach und schnell buchen Sie Ihre Kleinanzeige:**

**Formular auf [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de)**

**ausfüllen und absenden!**

**Verschiedenes****PsyCom**

Das Verwaltungsprogramm für die psychotherapeutische Praxis

**Kontakt/Demo:** PSS GmbH,

79100 Freiburg, Schwimmbadstr. 22

Tel. 07 61 / 40 11 99 74

Fax 07 61 / 7 88 44

[support@pss-psycom.de](mailto:support@pss-psycom.de)

**Veranstaltungen/Workshop****Attention please!****ADHS-Fachtagung für Therapeuten und Pädagogen**

Wirkungsvolle Methoden im Umgang mit AD(H)S in Familie und Schule, in Gruppen und im Einzelsetting

4./5. Februar in Berlin

Fon: 0 30 / 81 49 79 89

Fax: 0 30 / 81 49 82 00

[www.problemlosgelassen.de/attention-please](http://www.problemlosgelassen.de/attention-please)

**Aus- und Weiterbildung****Dr. Manfred Prior: Kompakteinführung „Erickson'sche Ansätze“ der Hypnose und Psychotherapie“**

18.–20. April 2005 (Mo – Mi) und 22. – 24.

April 2005 (Fr – So) 290 €

Beide Seminare sind identisch

Nähere Informationen zu diesen und anderen Seminaren und Anmeldung:

**MEG-Regionalstelle Frankfurt**

**Tel.: 06192/910240**

**[www.meg-frankfurt.de](http://www.meg-frankfurt.de)**

Staatl. anerkannte Ausbildung in Tiefenpsychologie/Psychoanalyse (Schwerpunkt Alfred Adler) für Abschluß PP und KJP  
Orte: Bad Kissingen, Meiningen, München  
Telos Institut, Tel. 0 89 / 15 28 55 Fax 0 89 / 15 98 20 44, [www.telosinstitut.de](http://www.telosinstitut.de)

**Systemisches Institut Nordrhein S.IN.N**

Berufsbegleitende Weiterbildung in Systemischer Beratung, Beginn Sept. 2005

Weitere Informationen:

Geschäftsstelle

Prof. Dr. Alexander Trost

An der Siep 44,

41238 Mönchengladbach

Tel.: 0 21 66 / 85 98 00, Fax 0 21 66 / 85 91 56

E-Mail: [sinnr@t-online.de](mailto:sinnr@t-online.de)

## 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  
info@lpk-bw.de  
www.lpk-bw.de

### Bayern

St.-Paul-Str. 9, 80336 München  
(Post: Postfach 151506  
80049 München)  
Tel. 089/515555-0  
Fax 089/515555-25  
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr  
Fr 9.00 – 13.00 Uhr  
info@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 9.00 – 15.00 Uhr,  
Mi 9.00 – 17.00 Uhr  
info@ptk-hh.de  
www.ptk-hh.de

### Hessen

Gutenbergplatz 3  
65187 Wiesbaden  
Tel. 0611/7249387  
Fax 0611/7249523  
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr  
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de  
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

### Niedersachsen

Roscherstr. 12  
30161 Hannover  
Tel. 0511/850304-30  
Fax 0511/850304-44  
Mo, Mi, Do 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

Akademie für ärztliche Fortbildung	Hannover	319
APV	Münster	305
Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation	Bamberg	393
Berufsverband der Kinder- und Jugendpsychol.	Bad Hersfeld	353
Bundes Fachverband Ess-Störungen	Kassel	329
DAP	München	345
Deutsche Gesellschaft für psych. Schmerztherapie	Darmstadt	313
DGVT	Tübingen	311
DVT	Münster	307
EMDR-Institut	Bergisch-Gladbach	311
Ergosoft	Hassloch	2.US
Fortbildungsstelle Psychotherapeutisches Zentrum	Stuttgart	313
GNP-Akademie	Würzburg	401
IFPT	CH-Zürich	305
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie	Dresden	301
KEH	Berlin	309
Christoph-Dornier-Klinik	Münster	383
Psychoholic	Bonn	393
Deutscher Psychologen Verlag	Bonn	299
Westpress	Hamm	383
WIT	Tübingen	345

## 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), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Anne Springer (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Prof. Dr. Rainer Richter (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@lpk-bw.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

Claudia Kampmann-Schröder,  
Tel. 06221/437-042, Fax: 06221/437-109,  
cks-marketing @t-online.de

### Satz

Strassner ComputerSatz  
69181 Leimen

### Druck

Druckhaus Darmstadt GmbH  
64295 Darmstadt

### Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)  
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)  
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 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 1/2005 ist der 31. Dezember 2004, für Ausgabe 2/2005 der 24. März 2005. 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:

- Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikro- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung –, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung;
- 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.





# Rechtsvorschriften der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

## Zunächst finden Sie:

Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten und für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Bayerns

## Auf Seite 4 finden Sie:

Beitragsordnung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (BeiO) gültig ab 1.1.2005

---

## Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten Bayerns vom 28.10.2004

Die Delegiertenversammlung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat aufgrund des Art. 65 in Verbindung mit Art. 20 des Heilberufe-Kammergesetzes in der Fassung vom 6. Februar 2002 (GVBl. S. 42) folgende Berufsordnung beschlossen:

### A. Präambel

Diese Berufsordnung regelt die Berufsausübung der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten [im Folgenden Psychotherapeut (PP/ KJP) genannt] (\*) in Bayern. Die Bestimmungen gelten für alle Angehörigen dieser Berufe, sofern nichts anderes vermerkt ist.

Die im Rahmen des Heilberufe-Kammergesetzes beschlossene Berufsordnung stellt die Überzeugung der bayerischen Psychotherapeuten (PP/ KJP) zu ihrem Verhalten gegenüber den Patienten, den Kollegen, den anderen Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar. Ziel der Berufsordnung ist es,

- das Vertrauen zwischen Patient und den Psychotherapeuten (PP/ KJP) zu erhalten und zu fördern
- den Schutz der Patienten zu sichern
- die freie Berufsausübung für die beiden Berufsgruppen zu schützen
- das Ansehen des Berufsstandes zu wahren und zu fördern
- den Standesfrieden zu erhalten
- die Qualität der psychotherapeutischen Tätigkeit sicherzustellen und zu fördern
- berufswürdiges Verhalten zu fördern, gewissenhafte Ausübung der psychotherapeutischen Tätigkeit sicherzustellen und berufswürdiges Verhalten zu verhindern.

### B. Regeln zur Berufsausübung

#### I. Grundsätze

##### § 1 Berufsaufgaben

(1) Die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichen-

psychotherapeuten sind ihrer Natur nach freie Berufe und kein Gewerbe.

(2) Berufsaufgabe ist es, Psychotherapie im Rahmen der Gesetze und nach den Regeln der Psychotherapie in den Bereichen Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation auszuüben.

##### § 2 Allgemeine Berufspflichten

(1) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) ist bei der Ausübung seiner Tätigkeit verpflichtet, die Würde des Patienten zu achten, unabhängig insbesondere von Religion, Nationalität, Geschlecht, sexueller Orientierung, Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung. Er darf weder sein eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl des Patienten stellen.

(2) Bei der Planung und Durchführung von Psychotherapiestudien sind die international anerkannten ethischen Prinzipien einzuhalten, insbesondere

- die Autonomie der Patienten zu respektieren,
- Schaden zu vermeiden und
- Nutzen zu vermehren

(3) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) hat bei seinem öffentlichen Auftreten alles zu unterlassen, was dem Ansehen des Berufsstandes schadet. Er hat darauf zu achten, dass sein öffentliches Auftreten unter Verwendung der Berufsbezeichnung nicht mit der Ausübung von Psychotherapie gleichgesetzt wird. Wird er unter Verwendung der Berufsbezeichnung in der Öffentlichkeit tätig, müssen die fachlichen Äußerungen sachlich informierend und wissenschaftlich fundiert sein. Sowohl irreführende Heilungsversprechen als auch unsachliche Vergleiche von Methoden sind untersagt. Im übrigen gilt § 15.

(4) Psychotherapie muss persönlich und eigenverantwortlich erbracht werden und kann grundsätzlich nicht delegiert werden. Werden diagnostische Teilaufgaben delegiert, so bleibt die Gesamtverantwortung beim delegierenden Psychotherapeuten (PP/ KJP). Der Psychotherapeut (PP/ KJP) darf individuelle psychotherapeutische Behandlungen nicht ausschließlich brieflich, in Zeitungen oder Zeitschriften und auch nicht ausschließlich über Kommunikationsmedien

oder Computerkommunikationsnetze durchführen.

(5) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) hat Kollegen, Ärzte oder Angehörige für die Psychotherapie in Betracht kommender Fachberufe im Gesundheitswesen hinzuzuziehen, wenn weitere diagnostische und therapeutische Fähigkeiten erforderlich sind.

(6) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) ist verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften unterrichtet zu halten.

(7) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) hat auf Anfragen der Kammer, welche diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben, insbesondere bei der Berufsaufsicht an ihn stellt, in angemessener Frist zu antworten.

(8) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) ist verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern.

##### § 3 Notfalldienst

(1) Der niedergelassene Psychotherapeut (PP/ KJP) ist verpflichtet, an einem eingerichteten Notfalldienst teilzunehmen. Auf Antrag eines Psychotherapeuten (PP/ KJP) kann aus schwerwiegenden Gründen eine Befreiung vom Notfalldienst ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden. Dies gilt insbesondere:

- wenn er wegen körperlicher Behinderung hierzu nicht in der Lage ist,
- wenn ihm aufgrund besonders belastender familiärer Pflichten die Teilnahme nicht zuzumuten ist,
- wenn er an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung teilnimmt,
- für Psychotherapeut (PP/ KJP) über 65 Jahre,
- für Psychotherapeutinnen (PP/ KJP) ab Bekanntgabe der Schwangerschaft bis 24 Monate nach der Entbindung; darüber hinaus für einen weiteren Zeitraum von zwölf Monaten, soweit nicht die Versorgung des Kindes an-

\* Mit der männlichen Form ist auch die weibliche Form mit umfasst

derweitig sichergestellt ist. Letzteres gilt auch für männliche Psychotherapeuten (PP/ KJP) vom Tag der Geburt des Kindes an.

(2) Für die Entscheidung über den Antrag nach Absatz 1 Satz 2 ist die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (im Folgenden Kammer genannt) zuständig, soweit sie selbst einen Notfalldienst eingerichtet hat. Satz 1 gilt auch, wenn der Notfalldienst von einem anderen Träger eingerichtet wurde, der Antragsteller aber mit diesem Träger selbst in keinerlei mittelbarer oder unmittelbarer Rechtsbeziehung steht.

(3) Die Einrichtung eines Notfalldienstes entbindet den behandelnden Psychotherapeuten (PP/ KJP) nicht von seiner Verpflichtung, für die Betreuung seiner Patienten in dem Umfang Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.

(4) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) hat sich auch für den Notfalldienst fortzubilden, wenn er nicht auf Dauer von der Teilnahme am Notfalldienst befreit ist.

## § 4 Abstinenz

(1) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) darf die Vertrauensbeziehung zu seinen Patienten nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse oder Interessen ausnutzen oder versuchen, aus den Kontakten (persönliche oder wirtschaftliche) Vorteile zu ziehen. Er darf keine Geschenke annehmen, deren Wert den einer kleinen Aufmerksamkeit übersteigen. Er darf nicht direkt oder indirekt Nutznießer größerer Schenkungen, Erbschaften, Erbverträge oder Vermächtnisse von Patienten oder diesen nahe stehenden Personen werden und hat diese Zuwendungen abzulehnen.

(2) Eine Berufsausübung nach den Regeln der Psychotherapie verbietet insbesondere sexuelle Kontakte zwischen Psychotherapeut (PP/ KJP) und ihren Patienten.

(3) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) darf im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufes keine Waren verkaufen oder gewerbliche Dienstleistungen erbringen. Ebenso darf er vom Patienten keine Dienstleistungen fordern oder annehmen.

(4) Das Abstinenzgebot gilt auch gegenüber Personen, die dem Patienten nahe stehen.

(5) Die Abstinenzverpflichtung gilt auch für die Zeit nach der Therapie, solange noch eine Behandlungsnotwendigkeit oder eine Abhängigkeitsbeziehung des Patienten zum Psychotherapeuten (PP/ KJP) gegeben ist.

## § 5 Fortbildung

(1) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) ist verpflichtet, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung seiner zur Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.

(2) Die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen nach Absatz 1 ist gegenüber der Kammer auf Verlangen in geeigneter Form nachzuweisen.

## § 6 Berufsbezeichnungsführung

(1) Psychotherapeuten (PP/ KJP) führen die gesetzlichen Berufsbezeichnungen.

(2) Akademische Grade dürfen im Zusammenhang mit der Berufsausübung nur geführt werden, soweit diese mit dem ausgeübten Beruf in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Andere akademische Grade, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem ausgeübten Beruf stehen, dürfen nur mit einem Zusatz geführt werden, der die Fakultät, in welcher der Grad oder Titel erworben wurde, erkennen lässt.

(3) Titelführungen sowie Führungen ausländischer Grade, Hochschultitel und Hochschul-tätigkeitsbezeichnungen aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.

## II. Pflichten gegenüber Patienten

### § 7 Behandlungsgrundsätze und Sorgfaltspflichten

(1) Jede psychotherapeutische Behandlung hat unter Wahrung der Rechte der Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Der Psychotherapeut (PP/ KJP) darf weder das Vertrauen, die Unwissenheit, Leichtgläubigkeit, wirtschaftliche Notlage oder Hilflosigkeit von Patienten ausnutzen, noch unangemessene Versprechungen oder Entmutigungen in Bezug auf das Behandlungsergebnis machen.

(2) Patienten sind vor einer aktiven Teilnahme an Psychotherapiestudien sorgfältig über deren Inhalte, Rahmenbedingungen, mögliche Belastungen und Risiken aufzuklären. Diese Informationen und die Zustimmung zur Teilnahme an der Studie müssen vor Beginn der Durchführung schriftlich niedergelegt sein.

(3) Fehlt das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Patient und dem Psychotherapeuten (PP/ KJP), darf ein Behandlungsvertrag nicht eingegangen werden. Wenn das Vertrauensverhältnis erheblich gestört ist oder verloren geht, muss das Behandlungsverhältnis beendet werden.

### § 8 Aufklärungspflicht

Die erforderliche Aufklärung des Patienten vor Beginn der Behandlung hat im persönlichen Gespräch individuell und im erforderlichen Umfang zu erfolgen. Die Behandlung setzt seine nachfolgende Einwilligung voraus.

### § 9 Schweigepflicht

(1) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Psychotherapeut (PP/ KJP) anvertraut oder in Bezug auf den Patienten bekannt geworden ist, zu schweigen. Die Verschwiegenheitspflicht gilt auch nach Beendigung der Psychotherapie und über den Tod des Patienten hinaus. Sie umfasst zudem schriftliche Mitteilungen des Patienten, Aufzeichnungen über Patienten, Untersuchungsbefunde und Mitteilungen von Dritten.

(2) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben davon unberührt. Gefährdet ein Patient sich selbst oder andere, so hat der Psychotherapeut (PP/ KJP) unter Abwägung zwischen Schweigepflicht und Fürsorgepflicht angemessen auf die Abwehr der Gefahr hinzuwirken.

(3) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) hat seine Mitarbeiter und auch die Personen, die zur Vor-

bereitung auf den Beruf an der psychotherapeutischen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.

(4) Im Rahmen fachlicher Beratung, Intervention und Supervision dürfen Informationen über Patientinnen und Patienten sowie Dritte nur in hinreichend anonymisierter Form verwendet werden, soweit nicht eine Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt.

### § 10 Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

(1) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) hat Psycho-diagnostik, Psychotherapie, Beratung und weiterführende Empfehlungen in erforderlichem Umfang und in nachvollziehbarer Weise zu dokumentieren.

(2) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) hat dem Patienten auf dessen Verlangen grundsätzlich in die ihn betreffenden Behandlungsunterlagen Einsicht zu gewähren; ausgenommen sind diejenigen Teile, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen des Psychotherapeuten (PP/ KJP) enthalten. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.

(3) Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften die Pflicht zu einer längeren Aufbewahrung besteht.

(4) Nach Aufgabe der Praxis und für den Fall eigenen gesundheitlichen Unvermögens hat der Psychotherapeut (PP/ KJP) seine Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde gemäß Absatz 3 aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, dass sie in gehörige Obhut gegeben werden. Der Psychotherapeut (PP/ KJP), dem bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe Aufzeichnungen über Patienten in Obhut gegeben werden, muss diese Aufzeichnungen unter Verschluss halten und darf sie nur mit Einwilligung des Patienten einsehen oder weitergeben.

(5) Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.

### § 11 Honorar und Vergütungsabsprachen

(1) Die Honorarforderung muss angemessen sein. Soweit nicht andere öffentlich-rechtliche Vergütungsregelungen maßgeblich sind, ist die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) anzuwenden. Der Psychotherapeut (PP/ KJP) darf die Sätze der GOP nicht in unlauterer Weise unterschreiten oder sittenwidrig überhöhte Honorarvereinbarungen treffen.

(2) Bei Abschluss einer Honorarvereinbarung hat der Psychotherapeut (PP/ KJP) auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen. In Fällen wirtschaftlicher Härte darf der Psychotherapeut (PP/ KJP) ganz oder teilweise auf seinen Honoraranspruch verzichten.

(3) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) darf ein Entgelt für Zuweisungen von Patienten weder zahlen noch annehmen.

## C. Ausübung des Berufs in unterschiedlichen Berufsfeldern

### I. Ausübung in eigener Praxis

#### § 12 Niederlassung und Bezeichnung für Praxis

(1) Die selbstständige Ausübung des Berufs in eigener Praxis ist an den Ort der Niederlassung gebunden. Die Niederlassung ist der Kammer nach den Vorschriften der Meldeordnung anzuzeigen. Die Durchführung bestimmter Therapiemaßnahmen kann auch außerhalb der Praxisräumlichkeiten oder in besonderen Behandlungsräumen stattfinden, soweit dies indiziert ist. Die besonderen Behandlungsräume sind der Kammer anzuzeigen und können durch ein Hinweisschild mit Angabe der erbrachten Leistung, Praxisbezeichnung samt Anschrift und Telefonnummer gekennzeichnet werden.

(2) Die Praxis ist durch ein Praxisschild zu kennzeichnen. Dabei ist der Name, die Berufsbezeichnung und ein Hinweis auf Erreichbarkeit (Sprechzeiten oder Telefonnummer) anzugeben. Weitere Angaben sind nach Maßgabe des § 15 möglich. Aus wichtigem Grund kann die Kammer auf Antrag Ausnahmen von Satz 1 und Satz 2 zulassen.

(3) Die Kammer kann zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung die Führung einer Zweitpraxis genehmigen. Soweit bei Inkrafttreten eine solche Zweitpraxis eingerichtet ist, wird diese von dieser Regelung nicht erfasst.

#### § 13 Zusammenschlüsse zur gemeinsamen Berufsausübung

(1) Anstelle der Niederlassung nach § 12 darf sich der Psychotherapeut (PP/ KJP) zur selbstständigen Ausübung seines Berufes mit Kollegen, Ärzten oder Angehörigen für die Psychotherapie in Betracht kommender Fachberufe im Gesundheitswesen zusammenschließen. Die Kammer kann aus wichtigem Grund Ausnahmen von den Beschränkungen nach Satz 1 zulassen.

(2) Für die Berufsausübungsgemeinschaft dürfen die Psychotherapeuten (PP/ KJP) nur Gesellschaftsformen wählen, welche die eigenverantwortliche, selbstständige und freiberufliche Berufsausübung wahren. Solche Gesellschaftsformen sind die Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (§§ 705 ff. BGB) für die Gemeinschaftspraxis und die Partnerschaftsgesellschaft für die Partnerschaft von Psychotherapeuten (PP/ KJP). Es dürfen sich nur Psychotherapeuten (PP/ KJP) zusammenschließen, welche ihren Beruf ausüben. Sie dürfen nur einer Berufsausübungsgemeinschaft angehören; dies gilt nicht für die Kooperation mit einem Krankenhaus, einer Beratungsstelle oder vergleichbaren Einrichtungen.

(3) Die Berufsausübungsgemeinschaft ist nur zulässig an einem gemeinsamen Praxissitz.

(4) Bei allen Formen gemeinsamer Berufsausübung muss die freie Wahl des Psychotherapeuten (PP/ KJP) gewährleistet bleiben.

(5) Der Zusammenschluss zu einer Berufsausübungsgemeinschaft ist der Kammer anzuzeigen.

#### § 14 Anforderungen an Praxen

Psychotherapeutische Praxen müssen bedarfsgerecht ausgestattet sein, Räumlichkeiten müssen den Regeln der psychotherapeutischen Behandlung genügen und vom privaten Lebensbereich getrennt sein.

#### § 15 Erlaubte Information und berufswidrige Werbung

(1) Werbung hat sich auf sachgerechte und angemessene Information zu beschränken. Eine dem beruflichen Selbstverständnis der beiden Berufe zuwiderlaufende Werbung ist unzulässig.

(2) Berufswidrige Werbung ist untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine nach Inhalt oder Form anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Der Psychotherapeut (PP/ KJP) darf eine solche Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden.

### II. Andere Formen der Berufsausübung

#### § 16

(1) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) als vorgesetzte Person darf nachgeordneten Kollegen keine Weisungen erteilen, die mit der Berufsordnung nicht vereinbar sind.

(2) Der Psychotherapeut (PP/ KJP) in einem privatrechtlichen Beschäftigungsverhältnis oder öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis darf berufsbezogene fachliche Weisungen von vorgesetzten Kollegen, die mit dieser Berufsordnung nicht vereinbar sind, oder deren Befolgung der Psychotherapeut (PP/ KJP) selbst nicht verantworten kann, nicht befolgen. Weisungen für das Vorgehen bei einer psychotherapeutischen Behandlung darf er nur von Kollegen oder ärztlichen Psychotherapeuten als Vorgesetzten annehmen, die selbst die Berechtigung zur eigenverantwortlichen Durchführung von Psychotherapien haben.

(3) Sofern Weisungsbefugnis besteht, ist der Empfänger dieser Weisungen dadurch nicht von seiner psychotherapeutischen Verantwortung entbunden.

(4) Übt der Psychotherapeut (PP/ KJP) seinen Beruf in einem Beschäftigungs- oder Dienstverhältnis und daneben in eigener Praxis aus, so

hat im Fall auftretender Konflikte das Wohl des Patienten Vorrang.

### III. Weitere Berufsfelder

#### § 17 Ausbildung, Lehre und Supervision

(1) Der in der Ausbildung tätige Psychotherapeut (PP/ KJP) soll darauf hinwirken, dass unter Beachtung der Grundsätze der Berufsordnung die wesentlichen Bedingungen des Ausbildungsverhältnisses zu dessen Beginn schriftlich festgelegt werden.

(2) Zeugnisse und Teilnahmebescheinigungen für Psychotherapeuten (PP/ KJP) und in Ausbildung befindliche Personen sollen innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung, bei Ausscheiden unverzüglich, ausgestellt werden.

#### § 18 Gutachtenerstellung und Bescheinigungen

(1) Bei der Ausstellung psychotherapeutischer Gutachten und Bescheinigungen hat der Psychotherapeut (PP/ KJP) mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine psychotherapeutische Überzeugung auszudrücken. Gutachten und Bescheinigungen, zu deren Ausstellung der Psychotherapeut (PP/ KJP) verpflichtet ist oder die auszustellen er übernommen hat, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben.

(2) Ein Auftrag zur Begutachtung eigener Patienten im Rahmen eines Gerichtsverfahrens ist grundsätzlich abzulehnen. Eine gutachterliche Stellungnahme ist nur dann möglich, wenn der Psychotherapeut (PP/ KJP) den Patienten auf mögliche Risiken einer sachverständigen Äußerung als sachverständiger Zeuge hingewiesen hat und der Patient auf dieser Grundlage den Psychotherapeuten (PP/ KJP) von der Schweigepflicht entbunden hat.

### D. Schlussvorschriften

#### § 19 Berufsrechtsvorbehalt

Vorschriften dieser Berufsordnung, die das Partnerschaftsgesellschaftsgesetz (Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe [PartGG] vom 25.7.1994 – BGBl. I S. 1744) einschränken, sind vorrangig aufgrund von § 1 Abs. 3 PartGG.

#### § 20 Inkrafttreten

Diese Berufsordnung tritt nach der Veröffentlichung im Bayerischen Staatsanzeiger am 01.01.2005 in Kraft.

München, den 28. Oktober 2004

Dr. Nikolaus Melcop  
Präsident

In der 4. Delegiertenversammlung am 28. Oktober 2004 wurde eine Änderung der Beitragsordnung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeu-

ten vom 18. September 2003 beschlossen. Eine Änderung erfolgte hierbei nur hinsichtlich des § 2 Abs. 2 BeiO. Die geänderte Beitragsordnung wurde inzwischen vom zuständigen Ministerium genehmigt.

Im regionalen Teil des PTJ werden auch hierzu die Hintergründe erläutert.

Die genehmigte Version finden Sie dann auch auf unserer Homepage.

## Beitragsordnung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (BeiO) vom 18. September 2003, geändert durch den Beschluss vom 28.10.2004

### § 1 Beitragspflicht

(1) Die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erhebt zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben Beiträge von ihren Mitgliedern.

(2) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag. Beitragsjahr ist das Kalenderjahr.

(3) Beitragspflichtig sind alle Personen, die am 1. Februar oder zu einem späteren Zeitpunkt des Beitragsjahres Pflichtmitglied der Kammer sind oder werden.

(4) Ist das Mitglied für das Beitragsjahr von der Berufsvertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eines anderen Landes der Bundesrepublik Deutschland zum Beitrag veranlagt worden oder hat es den Beitrag bereits dort entrichtet, entfällt die Beitragspflicht.

(5) Im Fall der Erteilung der Berufszulassung entsteht die Beitragspflicht am Ersten des darauf folgenden Monats. Sie endet im Fall des vollziehbaren Ruhens oder der Beendigung der Berufszulassung, mit dem Tod oder im Fall des Art. 4 Abs. 4 in Verbindung mit Art. 65 HKaG mit Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Ereignis eintritt.

### § 2 Beitragsfestsetzung und Fälligkeit

(1) Die Beitragsfestsetzung erfolgt durch Beitragsbescheid.

- (2) Der Beitrag beträgt für Mitglieder,
- a) die selbständig tätig sind, 350,- € (Beitragsgruppe A)
  - b) die sich in einem Beschäftigungs- oder Dienstverhältnis befinden, 310,- € (Beitragsgruppe B)
  - c) die sowohl selbständig als auch in einem Beschäftigungs- oder Dienstverhältnis tätig sind, 330,- € (Beitragsgruppe C).

(3) Mitglieder, die berufsfremd tätig oder nicht berufstätig sind, entrichten einen Mindestbeitrag von 60,- €.

(4) Ist für die Beitragsfestsetzung eine Erklärung des Mitglieds zur Einstufung in die Beitrags-

gruppe gemäß Absatz 2 oder Absatz 3 erforderlich und kommt das Mitglied innerhalb von 4 Wochen dieser Aufforderung zur Erklärung nicht nach, erfolgt die Einstufung in die Beitragsgruppe A.

(5) Der Beitrag wird einen Monat nach Zugang des Beitragsbescheides zur Zahlung fällig.

### § 3 Stundung, Ermäßigung und Erlass

(1) Auf schriftlichen Antrag kann der festgesetzte Beitrag zur Vermeidung unzumutbarer Härten gestundet oder ermäßigt werden.

(2) Der Beitrag kann gestundet oder höchstens bis zur Höhe des Mindestbeitrags (60,- €) ermäßigt werden bei:

- a) vorübergehender Unterbrechung der Berufstätigkeit von mindestens drei Monaten z.B. wegen Arbeitslosigkeit, Mutterschutz oder Elternzeit und aus gesundheitlichen Gründen,
- b) Vorliegen besonderer wirtschaftlicher Notlage,
- c) Teilzeittätigkeit,
- d) Pflichtmitgliedschaft in einer Berufsvertretung eines anderen freien Berufs.

(3) Im Fall des Absatzes 2 Buchst. d) genügt für darauf folgende Beitragsjahre ein einmaliger Nachweis.

(4) Im Fall besonders schwerwiegender wirtschaftlich-sozialer Notlage kann der Beitrag erlassen werden.

### § 4 Erklärungs- und Nachweispflicht

(1) Alle für die Beitragsfestsetzung bzw. Bearbeitung von Widersprüchen oder Anträgen auf Stundung, Ermäßigung oder Erlass des Beitrags erforderlichen Angaben sind vom Mitglied wahrheitsgemäß zu machen.

(2) In den Fällen des § 3 sind die erforderlichen Nachweise (z.B. Steuerbescheid, Bescheinigung eines Steuerberaters, Nachweis des Arbeitgebers) dem Antrag beizufügen.

(3) Kommt das Mitglied seiner Erklärungs- und Nachweispflicht nicht nach oder liegen Gründe für die Annahme vor, dass die Angaben unrichtig sind, wird der Beitrag gemäß § 2 Abs. 4 festgesetzt.

### § 5 Rechtsbehelf

(1) Gegen den Beitragsbescheid kann das Mitglied Widerspruch innerhalb eines Monats nach Zugang schriftlich oder zur Niederschrift bei der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einlegen.

(2) Gegen den Widerspruchsbescheid ist Klage innerhalb eines Monats nach Zustellung des Bescheides beim zuständigen Verwaltungsgericht zulässig.

(3) Widerspruch und Klage haben keine aufschiebende Wirkung (§ 80 Abs. 2 Nr. 1 VwGO).

### § 6 Beitreibung

(1) Rückständige Beiträge werden zweimal mit monatlicher Zahlungsfrist angemahnt.

(2) Die zweite Mahnung erfolgt frühestens 5 Wochen nach Absendung der ersten Mahnung und wird zugestellt. Für die zweite Mahnung wird eine Gebühr von 20,- € festgesetzt.

(3) Kommt das Mitglied nach der zweiten Mahnung innerhalb eines Monats (Abs. 1) seiner Zahlungspflicht nicht oder nicht vollständig nach, wird der Beitrag zusammen mit den hierdurch entstehenden Auslagen nach Art. 40 HKaG beigetrieben.

### § 7 Zuständigkeit

(1) Der Vollzug der Beitragsordnung obliegt der Geschäftsführung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

(2) Über Widersprüche und Anträge auf Stundung, Ermäßigung, oder Erlass entscheidet der Vorstand. Die Entscheidung ergeht schriftlich und ist zu begründen.

### § 8 Schlussbestimmungen

Diese Beitragsordnung tritt nach Bekanntmachung im Bayerischen Staatsanzeiger am 1. Januar 2005 in Kraft.



## Satzung der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg hat in ihrer Sitzung vom 15. September 2004 aufgrund § 5 Absatz 6 des Gesetzes über die Hamburgische Kammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und zur Änderung anderer Gesetze (HmbPKG) in der Fassung vom 18.07.01 (HmbGVBL. Nr. 26, S. 208-214), zuletzt geändert am 13. November 2002 (HmbGVBL. 276f) die nachfolgende Satzung beschlossen.

### Präambel

Die Tätigkeit der Psychotherapeutenkammer Hamburg (Kammer) soll gemäß der gesellschaftlichen Aufgabe ihrer Angehörigen dem Gesamtinteresse des Berufsstandes nach innen und dem Gebot einer sachlichen Darstellung nach außen genügen. Dabei sind die Einheit und die gemeinsamen Interessen der Kammerangehörigen ohne Ansehen ihrer Grundberufe, ihrer psychotherapeutischen Verfahrensausrichtungen und Verbandszugehörigkeit Leitlinie des Handelns. Die Organe der Kammer sollen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben die Gemeinsamkeiten und Unterschiede aller zur Approbation führenden psychotherapeutischen Verfahren berücksichtigen und die Weiterentwicklung des Berufes in Theorie und Praxis fördern.

### § 1

#### Rechtsstellung, Sitz, Dienstsiegel

(1) Die Kammer vertritt die Belange des Berufsstandes der Hamburgischen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten).

(2) Sie hat ihren Sitz in Hamburg.

(3) Sie ist Körperschaft des Öffentlichen Rechts und führt ein Dienstsiegel.

### § 2

#### Aufgaben der Kammer

(1) Die Kammer überwacht die Berufspflichten ihrer Mitglieder.

(2) Sie ist um die Erhaltung und Entwicklung des hohen Qualifikationsniveaus der Berufsausübung der Kammermitglieder bemüht. Sie kann Qualifikationssicherungsmaßnahmen, berufliche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Zusatzqualifikationen organisieren und bescheinigen.

(3) Sie fördert die Kooperation zwischen Kammermitgliedern und Angehörigen anderer Heilberufe.

(4) Sie kann zusammen mit anderen Heilberufskammern einen Beirat zur gemeinsamen Erörterung der berufsübergreifenden Angelegenheiten bilden, insbesondere im Bereich der Fort- und Weiterbildung.

(5) Sie wirkt auf ein gedeihliches berufliches Verhältnis der Kammermitglieder untereinander hin. Sie schlichtet Streitigkeiten zwischen Kammermitgliedern sowie zwischen Kammermitgliedern und Dritten, die aus der Berufsausübung entstanden sind.

(6) Auf Verlangen der zuständigen Behörden und Gerichte erstattet die Kammer in allen den Beruf und das Fachgebiet der Kammermitglieder betreffenden Fragen Fachgutachten und benennt Sachverständige. Darüber hinaus kann die Kammer in Fragen von besonderer Bedeutung auch in allen sonstigen den Beruf und das Fachgebiet der Kammermitglieder betreffenden Fragen Fachgutachten für Dritte erstellen und Sachverständige benennen. Hierüber entscheidet der Vorstand im Einzelfall auf Antrag.

(7) Sie wirkt auf eine angemessene und ausreichende psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung hin und unterstützt Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation.

(8) Sie fördert Forschung und Innovation in der Psychotherapie sowie deren Weiterentwicklung auf wissenschaftlicher Grundlage mit dem Ziel der Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung.

(9) Sie führt die Eignungsprüfung gemäß § 2 Absatz 2 Psychotherapeutengesetz vom 16.06.1998 durch.

(10) Sie fördert die Zusammenarbeit der Kammermitglieder mit Patientenvertretungen und Selbsthilfeeinrichtungen.

(11) Weitere Aufgaben ergeben sich aus § 5 HmbPKG.

### § 3

#### Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft regelt §2 HmbPKG.

(2) Die Mitgliedschaft endet durch Rücknahme, Verzicht auf oder Widerruf der Approbation bzw. der Erlaubnis zur Berufsausübung, sowie in den Fällen, in denen das Kammermitglied nachweist, den Beruf nur noch gelegentlich auszuüben.

(3) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ihren Beruf nicht ausüben, aber dazu berechtigt sind, können als freiwilliges Mitglied der Kammer angehören. Über die freiwillige Mitgliedschaft entscheidet der Vorstand.

(4) Die Kammer führt ein Verzeichnis aller Kammermitglieder gemäß §3 HmbPKG.

### § 4

#### Rechte und Pflichten der Kammermitglieder

(1) Die Kammermitglieder sind nach Maßgabe des § 12 HmbPKG und der Wahlordnung der Kammer bei der Wahl zur Kammerversammlung wahlberechtigt.

(2) Die Kammer berät und unterstützt die Kammermitglieder in beruflichen Angelegenheiten. Sie vermittelt bei Streitigkeiten zwischen Kammermitgliedern untereinander sowie zwischen Kammermitgliedern und Dritten. Sie organisiert und bietet Fortbildungsveranstaltungen an. Sie übersendet kostenlos von der Kammer herausgegebene Mitteilungen.

(3) Die Pflichten der Kammermitglieder ergeben sich aus § 21 HmbPKG sowie aus den Kammersatzungen.

### § 5

#### Organe

Organe der Kammer sind die Kammerversammlung und der Vorstand.

### § 6

#### Allgemeine Mitgliederversammlung

Einmal im Jahr ist eine Allgemeine Mitgliederversammlung gemäß §16 Absatz 2 HmbPKG einzuberufen.

#### Kammerversammlung

### § 7

#### Aufgaben der Kammerversammlung

- (1) Der Kammerversammlung obliegt
  1. die Beschlussfassung über Satzungen, insbesondere die
    - a) Kammersatzung,
    - b) Haushalts- und Kassenordnung,
    - c) Beitragsordnung,
    - d) Gebührenordnung,
    - e) Berufsordnung,
    - f) Fort- und Weiterbildungsordnung,
    - g) Wahlordnung,
    - h) Satzung für die Ethikkommission,
    - i) Schlichtungsordnung.
  2. die Beschlussfassung über ihre Geschäftsordnung
  3. die Bildung der Ausschüsse,
  4. die Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern der Kammer in Gremien, z.B. in zu gründende Beiräte sowie in die Bundespsychotherapeutenkammer.
  5. die Errichtung von Versorgungseinrichtungen und sonstigen Einrichtungen,
  6. die Wahl des Vorstandes,
  7. die Feststellung des Haushaltsplans,
  8. die Entlastung des Vorstandes,
  9. die Verabschiedung von Entschlüssen, mit denen die gemeinsamen beruflichen Belange der Kammerangehörigen gewahrt werden sollen,
  10. die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und entsprechenden Empfehlungen,
  11. die Beschlussfassung über Aufwandsentschädigungen für Organ- und Ausschussmitglieder,
  12. die Beschlussfassung über alle sonstigen Angelegenheiten, die über die laufende Geschäftsführung hinausgehen.

### § 8

#### Ausschüsse der Kammerversammlung

- (1) Die Kammerversammlung bildet ständige Ausschüsse für
  1. Schlichtungsangelegenheiten,
  2. Rechnungsprüfung,
  3. Haushalt,
  4. Fort- und Weiterbildung,
  5. Ethik.
- (2) Zur Entlastung und Unterstützung der Arbeit der Organe der Kammer kann die Kammerversammlung weitere nicht ständige Ausschüsse bilden, insbesondere für
  1. Berufsordnung
  2. Versorgungs- und Alterssicherung,
  3. Honorarangelegenheiten,
  4. Qualitätssicherung.
- (3) Die Größe der Ausschüsse wird durch die Kammerversammlung festgelegt.

## § 9

### Zusammensetzung der Ausschüsse, Vorsitz, Entsendung in Gremien

(1) Die Mitglieder der Ausschüsse werden von der Kammerversammlung gewählt. Sie kann auch Personen berufen, die weder der Kammer noch der Kammerversammlung angehören („Experten“).

(2) Die in der Kammerversammlung vertretene Berufsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kann in jeden Ausschuss ein Kammerversammlungsmitglied entsenden.

(3) Soweit Gruppen bestehen, sind diese bei der Bildung der Ausschüsse angemessen zu berücksichtigen.

(4) Aus seiner Mitte wählt jeder Ausschuss ein vorsitzendes und ein stellvertretendes Mitglied, die beider Kammerversammlung angehören müssen.

(5) Für die Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern der Kammer in Gremien gemäß § 5 Absatz 3 HmbPKG gelten die Absätze 1 und 3 entsprechend.

## § 10

### Zusammenarbeit der Ausschüsse mit der Kammerversammlung und dem Vorstand

(1) Die Ausschüsse bereiten die Beratung und die Beschlüsse der Kammerversammlung und auf dessen Wunsch auch des Vorstandes vor. Sie können hierzu Sachverständige hinzuziehen.

(2) Der Vorstand ist über alle Sitzungen der Ausschüsse unter Mitteilung des Termins und der Tagesordnung rechtzeitig zu unterrichten. Die Vorstandsmitglieder können an den Sitzungen beratend teilnehmen.

## § 11

### Einberufung der Kammerversammlung

(1) Nach Bekanntgabe des Wahlergebnisses ist die neu gewählte Kammerversammlung von der bisherigen Präsidentin bzw. dem bisherigen Präsidenten oder deren bzw. dessen ständiger Vertretung binnen drei Monaten einzuberufen. Die bisherige Kammerversammlung darf nicht mehr zusammentreten.

(2) Die Präsidentin bzw. der Präsident der Kammer oder ihre bzw. seine ständige Vertretung beruft schriftlich unter Angabe von Ort, Zeit und Tagesordnung jährlich mindestens viermal Sitzungen der Kammerversammlung mit einer Ladungsfrist von vier Wochen ein.

(3) Zur Fristwahrung genügt die Aufgabe der Einladung per Post, E-Mail oder Fax.

(4) Eine Sitzung der Kammerversammlung ist ferner auf Verlangen der Aufsichtsbehörde oder eines Drittels der Mitglieder der Kammerversammlung einzuberufen.

## § 12

### Tagesordnung der Kammerversammlung

(1) Anträge der Mitglieder der Kammerversammlung sind auf die Tagesordnung zu setzen. Wird eine Kammerversammlung nach § 15 Absatz 2 HmbPKG einberufen, sind auch die Tagesordnungspunkte aufzunehmen, die die Aufsichtsbehörde benannt hat.

(2) Jedes Mitglied der Kammerversammlung kann Anträge zur Tagesordnung stellen.

(3) Anträge zur Tagesordnung, die nicht auf der versandten Einladung stehen, können mit Zustimmung der Mehrheit der Mitglieder der Kammerversammlung in die Tagesordnung aufgenommen werden.

(4) Anträge zur Änderung der Kammersatzung, anderer Satzungen und Geschäftsordnungen müssen in der versandten Tagesordnung enthalten sein.

(5) Eine Änderung der Reihenfolge der Tagesordnungspunkte bedarf der Zustimmung der einfachen Mehrheit der anwesenden Mitglieder der Kammerversammlung.

## § 13

### Öffentlichkeit

(1) Die Kammerversammlung ist für Kammermitglieder öffentlich.

(2) Auch weiteren Personen kann auf Beschluss der Kammerversammlung die Anwesenheit gestattet werden. Die Kammerversammlung kann Rederecht erteilen und Anhörungen vornehmen.

(3) Auf Beschluss der Kammerversammlung kann die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden

## § 14

### Beschlussfassung der Kammerversammlung

(1) Die Kammerversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens zwei Drittel ihrer Mitglieder anwesend sind. Die Präsidentin bzw. der Präsident oder ihre bzw. seine ständige Vertretung stellt die Beschlussfähigkeit fest.

(2) Die Präsidentin bzw. der Präsident oder ihre bzw. seine ständige Vertretung stellt die Anträge zur Abstimmung. Anträge, die auf Abänderung des Hauptantrages zielen, werden zunächst abgestimmt. Geschäftsordnungsanträge gehen der Abstimmung über Abänderungsanträge und Hauptanträge vor.

(3) Es wird offen durch Handzeichen abgestimmt. Eine geheime Abstimmung erfolgt, wenn ein Mitglied der Kammerversammlung dies beantragt.

(4) Soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, entscheidet die einfache Mehrheit. Ein Antrag gilt mit einfacher Stimmenmehrheit als angenommen, wenn die Anzahl der Ja-Stimmen die der Nein-Stimmen übersteigt. Bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. Stimmenthaltungen bleiben dabei unberücksichtigt.

(5) Beschlüsse können auch im schriftlichen Verfahren herbeigeführt werden, sofern nicht mindestens drei Kammerversammlungsmitglieder widersprechen. Die vorstehenden Absätze gelten sinngemäß.

## § 15

### Gruppenbildung

(1) Mindestens drei Mitglieder der Kammerversammlung können sich zu einer Gruppe zusammenschließen. Jedes Mitglied der Kammerversammlung kann nur einer Gruppe angehören.

(2) Die Bildung einer Gruppe, ihre Bezeichnung, die Namen der bzw. des Vorsitzenden und deren bzw. dessen stellvertretenden Gruppenmitgliedes und der übrigen Gruppenmitglieder so-

wie Änderungen und Auflösung sind der Präsidentin bzw. dem Präsidenten des unverzüglich anzuzeigen.

(3) Der Gruppenstatus wird mit der Anzeige nach Absatz 2 wirksam.

## § 16

### Rechte und Pflichten der Gruppen

(1) Die Gruppen können Anträge im eigenen Namen stellen.

(2) Eine Gruppe kann bis spätestens 48 Stunden vor Beginn der Kammerversammlung verlangen, dass ein von ihr bestimmter Gegenstand auf die Tagesordnung der Sitzung der Kammerversammlung genommen wird.

## Vorstand der Kammer

## § 17

### Vorstand und dessen Wahl

(1) Der Vorstand besteht aus

1. der Präsidentin bzw. dem Präsidenten,
2. ihrer bzw. seiner ständigen Vertretung (Vizepräsidentin bzw. Vizepräsident)
3. drei Beisitzerinnen bzw. Beisitzern.

Ihm muss mindestens eine ausschließlich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Approbierte bzw. ein ausschließlich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Approbierter angehören.

(2) Die Präsidentin bzw. der Präsident oder ihre bzw. seine ständige Vertretung werden auf Vorschlag aus der Mitte der Kammerversammlung in getrennten Wahlgängen geheim gewählt. Die Beisitzerinnen bzw. Beisitzer können in einem Wahlgang gewählt werden.

(3) Gewählt ist als Präsidentin bzw. Präsident oder als ihre bzw. seine ständige Vertretung, wer die Stimmen der Mehrheit der Mitglieder der Kammerversammlung erhält. Wird diese Mehrheit im ersten Wahlgang von keiner Bewerberin bzw. keinem Bewerber erreicht, so ist gewählt, wer in einem weiteren Wahlgang die Mehrheit der Stimmen erhält. Bei Stimmengleichheit findet eine Stichwahl unter den beiden bestplatzierten Bewerberinnen und Bewerbern statt.

(4) Die drei Beisitzer werden nach dem in Absatz 3 beschriebenen Verfahren gewählt. Werden sie in einem Wahlgang gewählt, hat jedes Mitglied der Kammerversammlung drei Stimmen, die nicht kumuliert werden können. Gewählt sind die drei Bewerberinnen und Bewerber mit den meisten Stimmen. Führt dieses Verfahren infolge von Stimmengleichheit zu mehr als drei Gewählten, findet zwischen den Gewählten ein erneuter Wahlgang statt. Bei erneuter Stimmengleichheit entscheidet das Los.

(5) Ist nach Durchführung der Wahl festzustellen, dass kein Mitglied gewählt wurde, das Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist, so ist an Stelle der Beisitzerin bzw. des Beisitzers mit der geringsten Stimmenzahl eine Person zu wählen, die diese Voraussetzung erfüllt.

## § 18

### Aufgaben des Vorstandes

Neben den Aufgaben nach § 18 HmbPKG obliegt dem Vorstand

1. die Beschlussfassung über die Organisationsstruktur der Verwaltung,
2. die Wahrnehmung der Aufgaben der Kammer in berufsrechtlichen Verfahren,

3. die Entscheidung über Widersprüche in Selbstverwaltungsangelegenheiten,
4. die Vorbereitung der Beratungen der Kammerversammlung und die Ausführung der von ihr gefassten Beschlüsse,
5. das Führen der laufenden Geschäfte,
6. die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
7. die Ernennung von Beauftragten.

**§ 19  
Einberufung des Vorstandes,  
Sitzungsleitung**

(1) Die Präsidentin bzw. der Präsident und im Verhinderungsfall ihre bzw. seine ständige Vertretung beruft die Sitzung des Vorstandes nach Bedarf unter Angabe von Ort, Zeit und Tagesordnung mit einer Frist von mindestens vierzehn Tagen ein und leitet sie.

(2) Auf Verlangen mindestens zweier Vorstandsmitglieder ist der Vorstand unverzüglich einzuberufen.

(3) Vor Eintritt in die Tagesordnung kann der Vorstand mit Mehrheit die Beratung weiterer Tagesordnungspunkte oder die Umstellung der Tagesordnung beschließen.

(4) Der Vorstand kann zur Beratung Sachverständige hinzuziehen.

(5) Der Vorstand kann sich eine ergänzende Geschäftsordnung geben, in der unter anderem Regelungen über die Beratung im Vorstand aufzunehmen sind.

**§ 20  
Beschlussfassung des Vorstandes**

(1) Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn mindestens drei seiner Mitglieder anwesend sind.

(2) Beschlüsse können auch im schriftlichen Verfahren herbeigeführt werden, sofern nicht mindestens ein Vorstandsmitglied widerspricht.

**§ 21  
Niederschriften**

(1) Über die Sitzungen der Kammerversammlung, der Ausschüsse und die Sitzungen des Vorstandes werden Niederschriften gefertigt, die von der Präsidentin bzw. dem Präsidenten oder ihrer bzw. seiner ständigen Vertretung

oder der bzw. dem Ausschussvorsitzenden oder ihrer bzw. seiner ständigen Vertretung zu unterzeichnen sind.

(2) Die Niederschriften über die Sitzungen der Kammerversammlung, der Ausschüsse und der Vorstandssitzungen werden, soweit sie nicht personenbezogene Inhalte betreffen, allen Mitgliedern der Kammerversammlung zugeleitet.

**Schlussbestimmung, Inkrafttreten**

**§ 22  
Schlussbestimmung**

Die Änderung dieser Kammersatzung bedarf einer 2/3 – Mehrheit der Mitglieder der Kammerversammlung.

**§ 23  
In-Kraft-Treten**

Diese Satzung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Kammer in Kraft. Bis dahin findet der vom Errichtungsausschuss beschlossene Satzungsentwurf Anwendung.

## Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz (Kammer) hat am 31. Januar 2004 auf der Grundlage der §§ 3 Abs. 1 Nr. 6, 14 Abs. 4 Nr. 5, 24 – 34 sowie 38 a und b des Heilberufsgesetzes vom 20.10.1978 (GVBL. S. 649) zuletzt geändert am 14. Juni 2004 (GVBL. S. 332-333), die folgende Weiterbildungsordnung beschlossen, die durch Schreiben des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit vom 17. Februar 2004, AZ: 624-1-01 723-17.4, genehmigt worden ist.

Am 13. November 2004 wurde eine Änderung beschlossen, die durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit am 22. November 2004 auf der Grundlage der Bestimmungen des Heilberufsgesetzes vom 20.10.1978 (GVBL. S. 649) in der Fassung vom 14. Juni 2004 (GVBL. S. 332-333) genehmigt wurde. (AZ: 624-1-01 723 17.4).

### § 1

#### Ziel und Struktur der Weiterbildung

(1) Ziel der Weiterbildung ist der geregelte Erwerb eingehender und besonderer Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für definierte psychotherapeutische Tätigkeiten nach Abschluss der Berufsausbildung. Ziel der Weiterbildung ist auch die Sicherung der Qualität psychotherapeutischer Berufsausübung. Die Weiterbildung erfolgt im Rahmen mehrjähriger Berufstätigkeit unter Anleitung zur Weiterbildung befugter Psychologischer Psychotherapeutinnen/ Psychologischer Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Weiterbildungsinhalte und Weiterbildungsinhalte sind Mindestzeiten und Mindestinhalte.

(2) Die Weiterbildung erfolgt nach Maßgabe dieser Weiterbildungsordnung zur Qualifizierung in Bereichen (Zusatzbezeichnungen).

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

### § 2

#### Bereiche (Zusatzbezeichnungen)

In folgenden Bereichen können sich Kammermitglieder zur Erlangung des Rechts zum Führen einer Zusatzbezeichnung weiterbilden:

1. Neuropsychologie
2. Psychodiabetologie
3. Spezielle Schmerzpsychotherapie
4. Psychoanalyse
5. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
6. Verhaltenstherapie.

### § 3

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

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

Ausübung des Berufs einer Psychologischen Psychotherapeutin/eines Psychologischen Psychotherapeuten oder einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten begonnen werden.

(2) Hat eine Psychologische Psychotherapeutin/ ein Psychologischer Psychotherapeut oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Tätigkeitszeiten und/oder Tätigkeitsmerkmale während seiner Berufsausbildung nachgewiesen, die den Anforderungen dieser Weiterbildungsordnung genügen, so sind diese auf die Weiterbildung anzurechnen.

(3) Die Weiterbildung muss gründlich und umfassend sein. Sie umfasst insbesondere die Vertiefung der Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Vorbeugung, Verhütung, Erkennung und Behandlung seelischer Krankheiten und Leiden einschließlich der Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Umwelt, die Begutachtung, die notwendigen Maßnahmen der Rehabilitation und die Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

(4) Dauer und Inhalt der Weiterbildung richten sich nach den Bestimmungen der Anlage 1 zu dieser Weiterbildungsordnung. Die dort angegebenen Weiterbildungsinhalte dürfen nicht unterschritten werden. Eine Unterbrechung der Weiterbildung infolge Krankheit, Schwangerschaft, Sonderurlaub, Wehrdienst und ähnlichem kann grundsätzlich nicht auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden, es sei denn, die Unterbrechung dauerte weniger als 6 Wochen im Jahr.

(5) Die Weiterbildung erstreckt sich auf die Vermittlung und den Erwerb von eingehenden und besonderen Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in den für das jeweilige Weiterbildungsziel in der Anlage 1 der Weiterbildungsordnung festgelegten Tätigkeitsbereichen und in dem dort festgelegten Umfang.

(6) Die Weiterbildung in den Bereichen soll in hauptberuflicher Stellung durchgeführt werden. Wenn das nicht möglich ist, kann die Weiterbildung auch in Teilzeit oder Berufs begleitend durchgeführt werden, sofern dies mit den Zielen der Weiterbildung vereinbar ist. Eine Teilzeitweiterbildung oder eine Berufs begleitende Weiterbildung können nur dann anerkannt werden, wenn die Kammer die Vereinbarkeit mit den Zielen der Weiterbildung zuvor schriftlich bestätigt hat. Eine Weiterbildung kann während desselben Zeitraums nur in einem Bereich abgeleistet werden.

(7) Sofern in der Anlage 1 der Weiterbildungsordnung die Ableistung von Kursen vorgeschrieben wird, ist eine vorherige Anerkennung des jeweiligen Kurses und dessen Leitung durch die Kammer erforderlich.

### § 4

#### Qualifikationsinhalt der Weiterbildung

Die Urkunde über eine erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung in einem Bereich bescheinigt die eingehenden und besonderen Kennt-

nisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, die Inhalt in diesem Bereich sind.

### § 5

#### Zusatzbezeichnungen

Eine Zusatzbezeichnung darf nur zusammen mit der Berufsbezeichnung „Psychologische Psychotherapeutin/„Psychologischer Psychotherapeut“ oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/„Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ geführt werden. Es ist zulässig, bis zu drei Zusatzbezeichnungen zu führen.

### § 6

#### Befugnis zur Weiterbildung

(1) Die Weiterbildung in den Zusatzbezeichnungen wird unter verantwortlicher Leitung der von der Kammer befugten Kammermitglieder in nach § 6 PsychThG anerkannten Instituten, in Einrichtungen der Hochschulen, in zugelassenen Abteilungen von Krankenhäusern, Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen und sonstigen zur Weiterbildung ermächtigten Instituten oder Praxen (Weiterbildungsstätten) durchgeführt.

(2) Die Befugnis zur Weiterbildung kann nur bei fachlicher und persönlicher Eignung erteilt werden. Die fachliche Eignung setzt umfassende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten voraus, die in mehrjähriger Tätigkeit in verantwortlicher Stellung erworben wurden und die zur Vermittlung einer gründlichen Weiterbildung befähigen. Das Kammermitglied kann nur für die Zusatzbezeichnung zur Weiterbildung befugt werden, deren Bezeichnung es selbst führt.

(3) Das befugte Kammermitglied ist verpflichtet, die Weiterbildung persönlich zu leiten sowie zeitlich und inhaltlich entsprechend dieser Weiterbildungsordnung zu gestalten. Wird die Befugnis mehreren Kammermitgliedern gemeinsam erteilt, so trifft die Verpflichtung nach Satz 1 jedes der Mitglieder.

(4) Für den Umfang der Weiterbildungsbefugnis ist maßgebend, in wie weit die in den Anlagen 1 und 2 gestellten inhaltlichen und zeitlichen Anforderungen in der Weiterbildungsstätte unter Berücksichtigung der Zahl der behandelten Patienten und der Art ihrer Erkrankungen sowie der personellen und materiellen Ausstattung erfüllt werden können. Nachträglich eingetretene Veränderungen in Struktur und Größe der Weiterbildungsstätte sind von dem zur Weiterbildung befugten Mitglied der Kammer unverzüglich anzuzeigen.

(5) Die Befugnis wird auf Antrag erteilt. Das Antrag stellende Kammermitglied hat die Zusatzbezeichnung sowie die Weiterbildungszeit, für die die Befugnis beantragt werden, näher zu bezeichnen.

(6) Gleiches gilt für die Zulassung einer Weiterbildungsstätte. Dem Antrag der Weiterbildungsstätte auf Zulassung ist ein gegliedertes und curricular aufgebautes Weiterbildungsprogramm für die Bereiche, für die die Zulassung beantragt wird, beizufügen.



(7) Die Kammer führt ein Verzeichnis der befugten Mitglieder und der zugelassenen Weiterbildungsstätten, aus dem der Bereich sowie der Umfang der Befugnis/Zulassung ersichtlich sind.

## § 7

### Auflagen, Rücknahme und Widerruf der Befugnis und Zulassung

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

(2) Die Befugnis oder Zulassung ist ganz oder teilweise zurückzunehmen oder zu widerrufen, wenn oder soweit ihre Voraussetzungen nicht gegeben waren oder nicht mehr gegeben sind, insbesondere, wenn ein Verhalten vorliegt, das die fachliche und/oder persönliche Eignung des Kammermitgliedes ausschließt oder wenn Tatsachen vorliegen, aus denen sich ergibt, dass die in den Anlagen 1 und 2 dieser Weiterbildungsordnung an den Inhalt der Weiterbildung in den Bereichen gestellten Anforderungen nicht oder nicht mehr erfüllt werden können.

(3) Die Befugnis des Kammermitgliedes endet mit der Beendigung seiner Tätigkeit an der Weiterbildungsstätte oder bei deren Auflösung.

## § 8

### Zeugnisse über die Weiterbildung

(1) Das befugte Kammermitglied hat der in Weiterbildung befindlichen Psychologischen Psychotherapeutin/ dem Psychologischen Psychotherapeuten oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über die unter seiner Verantwortung abgeleistete Weiterbildungszeit ein Zeugnis auszustellen, das die erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten darlegt und zur Frage der fachlichen Eignung ausführlich Stellung nimmt. Das Zeugnis muss im einzelnen Angaben enthalten über:

1. die Dauer der abgeleisteten Weiterbildungszeit, Unterbrechungen der Weiterbildung durch Krankheit, Schwangerschaft, Sonderurlaub, Wehrdienst und ähnliches,
2. die in dieser Weiterbildungszeit im Einzelnen vermittelten und erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, die erbrachten psychotherapeutischen Leistungen in Diagnostik und Therapie sowie die sonstigen vermittelten Kenntnisse.

(2) Auf Antrag der in Weiterbildung befindlichen Psychologischen Psychotherapeutin/ des Psychologischen Psychotherapeuten oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder auf Anforderung durch die Kammer ist nach Ablauf je eines Weiterbildungsjahres ein Zeugnis auszustellen, das den Anforderungen des Abs. 1 entspricht.

## § 9

### Anerkennung von Bezeichnungen

(1) Eine Zusatzbezeichnung nach § 2 darf führen, wer nach abgeschlossener Weiterbildung die Anerkennung durch die Kammer erhalten hat. Dem Antrag auf Anerkennung sind alle während der Weiterbildung ausgestellten Zeugnisse und Nachweise beizufügen.

(2) Die Anerkennung einer Zusatzbezeichnung erfolgt grundsätzlich ohne Prüfung auf Grund der vorgelegten Zeugnisse und Nachweise. Sofern die vorgelegten Zeugnisse und Nachweise für

eine sichere Beurteilung nicht ausreichen oder wenn Zweifel an der Eignung der Antragstellerin oder des Antragstellers bestehen, ist eine Prüfung durchzuführen.

## § 10

### Prüfungsausschuss

(1) Die Kammer bildet zur Durchführung der Prüfung einen Prüfungsausschuss.

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

(3) Der Prüfungsausschuss entscheidet in der Besetzung mit mindestens drei Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, von denen zwei die Anerkennung für den zu prüfenden Bereich besitzen müssen. Der Prüfungsausschuss beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme der/des Vorsitzenden den Ausschlag. Die Mitglieder des Prüfungsausschusses entscheiden unabhängig und sind an Weisungen nicht gebunden.

(4) Die Bestellung der Mitglieder, ihrer Stellvertreter und der/des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses erfolgt für die Dauer der Wahlperiode der Organe der Kammer.

## § 11

### Prüfung

(1) Die Kammer setzt im Einvernehmen mit dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses den Termin der Prüfung fest. Die Prüfung soll in angemessener Frist nach der Entscheidung über die Notwendigkeit der Prüfung stattfinden. Die Antragstellerin/der Antragsteller wird zu dem festgesetzten Termin mit einer Frist von mindestens 2 Wochen eingeladen.

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

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

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

(5) In geeigneten Fällen kann der Prüfungsausschuss als Voraussetzung für eine Wiederholungsprüfung an Stelle der Verlängerung der Weiterbildung auch die Verpflichtung aussprechen, festgestellte Lücken in theoretischen Kenntnissen durch ergänzenden Wissenserwerb auszugleichen; er legt hierzu eine Frist fest, die 3 Monate nicht unterschreiten soll.

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

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

1. die Besetzung des Prüfungsausschusses
2. den Namen der oder des Geprüften
3. den Prüfungsgegenstand
4. die gestellten Fragen und Vermerke über die Beantwortung
5. Ort, Beginn und Ende der Prüfung
6. im Falle des Nichtbestehens der Prüfung die vom Prüfungsausschuss gemachten Auflagen über Dauer und Inhalt der zusätzlichen Weiterbildung.

## § 12

### Prüfungsentscheidung

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

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

(3) Bei Nichtbestehen der Prüfung erteilt die Kammer einen mit Gründen versehenen Bescheid, der auch die vom Prüfungsausschuss beschlossenen Auflagen gemäß § 11 Abs. 4 und 5 enthält.

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

## § 13

### Wiederholungsprüfung

Eine nicht erfolgreich abgeschlossene Prüfung kann frühestens nach 3 Monaten wiederholt werden. Die Vorschriften der §§ 10 bis 12 gelten entsprechend.

## § 14

### Anerkennung gleichwertiger Weiterbildung

(1) Kammermitglieder, die in einem von § 2 und der Anlage 1 dieser Weiterbildungsordnung abweichenden Weiterbildungsgang eine entsprechende Qualifikation erworben haben, erhalten auf Antrag die Anerkennung durch die Kammer, wenn die Weiterbildung gleichwertig ist. Auf das Verfahren der Anerkennung finden die Vorschriften der §§ 9 bis 13 entsprechende Anwendung.

(2) Eine nicht abgeschlossene, von § 2 und der Anlage 1 der Weiterbildungsordnung abweichende Weiterbildung kann unter vollständiger oder teilweiser Anrechnung der bisher abgeleisteten Weiterbildungszeiten nach den Vorschriften dieser Weiterbildungsordnung abgeschlossen werden. Über die Anrechnung der bisher abgeleisteten Weiterbildungszeiten entscheidet die Kammer nach Anhörung des Prüfungsausschusses.

**§ 15**

**Anerkennung ausländischer Weiterbildung**

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

(2) Die von den Staatsangehörigen eines Mitgliedsstaates der europäischen Gemeinschaft in einem der anderen Mitgliedsstaaten abgeleiteten Weiterbildungszeiten, die noch nicht zu einem Befähigungsnachweis gemäß Abs. 1 geführt haben, sind entsprechend § 14 Abs. 2 auf die im Geltungsbereich dieser Weiterbildungsordnung festgesetzten Weiterbildungszeiten ganz oder teilweise anzurechnen.

(3) Eine Weiterbildung im Ausland außerhalb eines Mitgliedsstaates der europäischen Gemeinschaft kann ganz oder teilweise angerechnet werden, wenn sie den Grundsätzen dieser Weiterbildungsordnung entspricht und eine Weiterbildung von mindestens 12 Monaten in einem angestrebten Bereich abgeleistet worden ist. Gleiches gilt für die Weiterbildung in einem Mitgliedsstaat der europäischen Gemeinschaft, wenn sie von einer Psychologischen Psychotherapeutin/einem Psychologischen Psychotherapeuten oder einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abgeleistet wurden, die nicht Staatsangehörige eines Mitgliedsstaates sind.

(4) Eine von Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, aber zum Personenkreis des Art. 116 Abs. 1 Grundgesetz gehören, außerhalb des Geltungsbereiches des Grundgesetzes abgeschlossene Weiterbildung ist anzuerkennen, wenn sie einer Weiterbildung nach Maßgabe dieser Weiterbildungsordnung gleichwertig ist. Bei nicht gleichwertiger oder nicht abgeschlossener Weiterbildung gilt für die Anrechnung von Weiterbildungszeiten § 14 Abs. 2 entsprechend.

**§ 16**

**Aberkennung der Bezeichnung**

(1) Die Kammer kann die Anerkennung einer Zusatzbezeichnung zurücknehmen oder widerrufen, wenn die für die Anerkennung erforderlichen Voraussetzungen nicht gegeben waren oder entfallen sind. Vor der Entscheidung der Kammer sind der Prüfungsausschuss nach § 10 und das Kammermitglied zu hören.

(2) In dem Aberkennungsbescheid ist festzulegen, welche Weiterbildungsabschnitte das betroffene Kammermitglied ableisten muss, um eine ordnungsgemäße Weiterbildung nachzuweisen. Für das Verfahren gelten die Vorschriften des §§ 10 bis 12 entsprechend.

**§ 17**

**In-Kraft-Treten**

Diese Weiterbildungsordnung ist am Tage nach der Veröffentlichung in Kraft getreten.

Die Änderung der Weiterbildungsordnung tritt am 01. Januar 2005 in Kraft.

Mainz, den 15.11.2004

*Alfred Kappauf  
(Präsident)*

**Anlage 1 zur Weiterbildungsordnung vom 31. Januar 2004  
in der Fassung vom 13. November 2004**

Anlage 1 wird ergänzt um die Punkte 3, 4 und 5.

**Weiterbildungsinhalte**

**3. Spezielle Schmerzpsychotherapie**

**4. Psychoanalyse**

**I. Definition:**

Die Psychoanalyse umfasst die Erkennung und psychoanalytische Behandlung von Krankheiten und Störungen, denen unbewusste seelische Konflikte zugrunde liegen einschließlich der Anwendung in der Prävention und Rehabilitation sowie zum Verständnis unbewusster Prozesse in der Therapeut- Patienten- Beziehung.

**II. Weiterbildungszeit:**

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Psychoanalyse nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte sowie der Weiterbildungskurse. Die Weiterbildungszeit umfasst mindestens drei Jahre.

**III. Weiterbildungsinhalt:**

Die Weiterbildung erfolgt kontinuierlich und besteht aus den drei aufeinander bezogenen Teilen Lehranalyse, Vermittlung theoretischer Kenntnisse sowie Untersuchung und Behandlung.

**III.1 Theorie:**

Die Theorie wird in Vorlesungen, Seminaren und Übungen vermittelt und erstreckt sich auf mindestens 240 Stunden.

**III.1.1 Theoretische Grundlagen der Psychoanalyse**

- Psychoanalytische Entwicklungstheorie
- Psychoanalytische Persönlichkeitslehre
- Allgemeine und spezielle psychoanalytische Krankheitslehre einschließlich psychiatrischer und psychosomatischer Krankheitsbilder
- Traumlehre
- Kulturtheorie und psychoanalytische Sozialpsychologie
- Theorie der psychoanalytischen Untersuchungs- und Behandlungstechnik
- Indikationsstellung und prognostische Gesichtspunkte verschiedener Behandlungsverfahren einschließlich präventiver und rehabilitativer Aspekte

**III.1.2 Verfahren der Psychoanalyse:**

- Psychoanalytisches Erstinterview und Anamneseerhebung, Analyse von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand unter Nutzung regressiver Prozesse

- Diagnostik und Differentialdiagnostik zur Abgrenzung von Psychosen, Neurosen und körperlich begründbaren Störungen
- Psychoanalytische Kurzzeit- und Fokalthherapie
- Psychoanalytische Gruppen-, Paar- und Familientherapie

**III.2 Selbsterfahrung:**

Die Selbsterfahrung findet in Form einer Lehranalyse über mindestens 240 Stunden kontinuierlich mit drei Einzelsitzungen pro Woche statt.

**III.3 Psychoanalytische Behandlungen:**

- 20 kontinuierlich supervidierte und dokumentierte Untersuchungen sowie die Teilnahme an einem Fallseminar zur Untersuchungstechnik.
- 600 kontinuierlich supervidierte und dokumentierte psychoanalytische Behandlungsstunden, davon zwei psychoanalytische Behandlungen von mindestens je 250 Stunden Dauer oder drei Behandlungen von jeweils 160 Stunden Dauer. Eine der Behandlungen muss abgeschlossen sein. Die Teilnahme an einem begleitenden Fallseminar ist obligatorisch. Die Supervision findet nach jeder vierten Behandlungsstunde statt.

**5. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

## Anlage 2 zur Weiterbildungsordnung vom 31. Januar 2004

Anlage 2 wird um die Punkte 3, 4 und 5 ergänzt.

### Qualifikation der Weiterbildungsermächtigten, der Supervisorinnen und Gutachter sowie der Weiterbildungsstätten

#### 3. Spezielle Schmerzpsychotherapie

#### 4. Psychoanalyse

##### I. zur Weiterbildung Ermächtigte

Voraussetzungen für die Erteilung einer Weiterbildungsermächtigung gemäß § 6 Abs. 1 Weiterbildungsordnung sind

- Approbation als Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und
- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ und
- mindestens fünfjährige psychoanalytische Tätigkeit und
- mindestens dreijährige Tätigkeit als Dozent im Fachgebiet „Psychoanalyse“ und
- Tätigkeit an einer zugelassenen Weiterbildungsstätte sowie
- kontinuierliche Fortbildung im Fachgebiet „Psychoanalyse“

#### II. Supervisorinnen/Supervisoren

Voraussetzungen für die Anerkennung als Supervisorin/Supervisor sind

- die Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ und
- mindestens fünfjährige psychoanalytische Tätigkeit und
- mindestens dreijährige Tätigkeit als Dozent im Fachgebiet „Psychoanalyse“ und
- kontinuierliche Fortbildung in Supervision sowie
- die persönliche Eignung.

##### III. Gutachter

Voraussetzungen für die Anerkennung als Gutachter sind:

- Weiterbildungsermächtigung gemäß § 6 Abs. 1 Weiterbildungsordnung für „Psychoanalyse“ und
- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ und
- mindestens fünfjährige psychoanalytische Tätigkeit und
- kontinuierliche Fortbildung im Fach „Psychoanalyse“.

#### IV. Weiterbildungsstätten

1. Voraussetzung für die Zulassung einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Abs. 6 der Weiterbildungsordnung ist die psychoanalytische ambulante oder stationäre Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen mit Krankheitswert.
2. Kliniken mit Beschränkung auf die Behandlung bestimmter psychischer Störungen und niedergelassene Psychotherapeuten, denen die Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ zuerkannt wurde, können bei Nachweis der übrigen Kriterien eine eingeschränkte Weiterbildungsermächtigung erhalten.
3. Institutionen oder Einzelpersonen, die einzeln nicht die Kriterien für eine volle Ermächtigung erfüllen, können sich zum Zwecke der Weiterbildung in Psychoanalyse in Verbänden zusammenschließen. Diese Zusammenschlüsse können dann anerkannt werden, wenn es den Weiterbildungskandidaten möglich ist, alle durch die Weiterbildungsordnung festgeschriebenen Inhalte nachzuweisen.

#### 5. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie