

ISSN 1611-0773  
D 60843  
6. Jahrgang

# Psychotherapeuten- journal

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

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

1/2007

23. März 2007 (S. 1-104)

- Systemische Therapie/Familientherapie
- Effektivitätsstudien zu den Kosten von Familientherapie
- Gemeinsamer Bundesausschuss lehnt Zulassung von  
Gesprächspsychotherapeuten und Anerkennung der  
Gesprächspsychotherapie ab

**Psychotherapeuten  
Verlag**

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das erste Heft des 6. Jahrganges dieser Zeitschrift ist schwerpunktmäßig systemischen Ansätzen in der Psychotherapie gewidmet. Der Artikel von *Jochen Schweitzer et al.* stellt die Entwicklungsgeschichte der systemischen Therapie herkommend aus unterschiedlichen psychotherapeutischen Traditionen dar. Darüber hinaus geben die Autor/inn/en einen Überblick über die Praxisformen, die sich entwickelt haben, diskutieren Indikationsfragen und gehen kurz auf die Schwierigkeiten ein, wie systemische Therapie als Leistung in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen werden könnte, „wie sie als Ergänzung der derzeit etablierten Verfahren... in die Kassenpsychotherapie integriert werden kann“.

Diese neueren therapeutischen Entwicklungen werfen vielfältige Probleme bei der Integration in die Gesundheitsversorgung auf, besonders weil ihr Ansatz sich nicht auf Patienten im üblichen Sinne bezieht. Das Objekt der Behandlung ist in systemischer Sicht nicht ein einzelner Mensch, begrenzt durch seine Körperoberfläche, Gegenstand der Behandlung ist vielmehr eine Familie oder eine Gruppe von Menschen in gegenseitiger Abhängigkeit.

Die folgende Arbeit von *D. Russell Crane* stellt die Effizienz von systemischer Familientherapie dar. Weil der Autor vor dem Hintergrund der Gesundheitsversorgung in den USA schreibt, verdeutlicht *Rüdiger Retzlaff* in einem Kommentar die Relevanz dieser Arbeit für Deutschland. „In der aktuellen gesundheitspolitischen Lage stellen die Befunde... eine wichtige Unterstützung der Position der Psychotherapeutenkammern dar: Psychotherapie ist nicht nur wirksam, sie kann auch zu einer deutlichen Reduktion von Krankheitskosten führen.“

Mit dem nächsten, aktuellen Beitrag werden die ersten beiden Artikel in ein anderes Licht gerückt. Ging es dem Redaktionsbeirat bei der Planung des Heftes in erster Linie darum, die Leserinnen und Leser über psychotherapeutische Ansätze außerhalb der Richtlinienpsychotherapie zu in-

formieren, so stellt sich nach dem Vorgang, über den *Uta Cramer-Düncher* und *Karl-Otto Hentze* berichten, die Frage, welche Chancen auf Anerkennung Entwicklungen in der Psychotherapie haben. Berufspolitische und fachliche Fragen scheinen in diesem Vorgang eng verquickt. Hinterfragenswert sind die herrschenden Regelungen, wenn Entscheidungen auf Einschätzungen beruhen, die als „sachlich falsch und in scharfem Kontrast zu dem Verständnis der Fachwelt“ gelten müssen.

Wir haben eine neue Rubrik „Aktuelles aus der Berufspolitik“ geschaffen, um die Kammermitglieder über praxisrelevante Entscheidungen auf dem Laufenden zu halten. *Uta Cramer-Düncher* und *Karl-Otto Hentze* informieren in ihrem Beitrag über einen Beschluss, der alle Kammern im letzten Jahr intensiv beschäftigte. Es geht um die Entscheidung des G-BA<sup>1</sup> über das Anerkennungsverfahren der Gesprächstherapie, die trotz vieler anders lautender Stellungnahmen negativ ausfiel. Das ist ein Vorgang, der einer gründlichen Würdigung bedarf, weil er grundsätzliche Fragen aufwirft, die alle psychotherapeutischen Richtungen betreffen (*Wer hat die Kompetenz und Zuständigkeit, Verfahren zu definieren und über sie zu entscheiden?*).

Der Redaktionsbeirat hat den Ausführungen einen kurzen Kommentar vorangestellt, der den in Gesundheitssystemfragen unkundigen Kolleginnen und Kollegen deutlich macht, wie sehr diese Problematik alle Psychotherapeuten betrifft. In kommenden Ausgaben des *Psychotherapeutenjournals* werden wir uns weiter mit dieser Thematik beschäftigen. Wir werden versuchen, die langwierigen und komplizierten institutionellen Vorgänge der so genannten Gesundheitsverwaltung allgemeinverständlich darzustellen, ohne sie allzu sehr zu vereinfachen.

Mittlerweile findet das *Psychotherapeutenjournal* guten Anklang bei vielen Lesern, was sich u.a. auch in Leserbriefen ausdrückt, von denen wir einige wiedergeben. Der Redaktionsbeirat sieht sich allerdings nicht immer in der Lage, Leser-



briefe abzdrukken, weil diese häufig wie eigenständige Beiträge angelegt sind. Wir möchten Kolleginnen und Kollegen ermuntern, neben Leserbriefen, die als Kommentare gedacht sein sollten, verstärkt eigenständige Arbeiten einzureichen.

Anders verhält es sich mit Kommentaren, die auf Anfrage des Redaktionsbeirates geschrieben wurden, um weitere Facetten der Thematik eines Originalbeitrages zu beleuchten. *Elisabeth Imhorst* und *Eva S. Poluda* haben den Beitrag von *Lisa Schneider* (PTJ 4/2006) kommentiert. Die Verfasserin des Originalbeitrages war aufgefordert, auf die beiden Kommentare abschließend zu reagieren. Mit einem solchen Vorgehen versuchen wir, Beiträge zu dialogisieren.

*Petra Kümmler* berichtet schließlich über aktuelle Publikationen aus der Forschung.

Im Namen des Redaktionsbeirates wünsche ich Ihnen eine interessante Lektüre

**Jürgen Hardt (Hessen)**  
Mitglied des Redaktionsbeirates

<sup>1</sup> G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss, ein „Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern“. Nähere Informationen unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).

# Inhalt

<b>Editorial</b> .....	1
<i>Jochen Schweitzer, Stefan Beher, Kirsten von Sydow &amp; Rüdiger Retzlaff</i> <b>Systemische Therapie/Familientherapie</b> .....	4
Der Aufsatz bietet einen sehr kompakten Überblick über die systemtheoretischen Grundlagen, die therapeutischen Haltungen, das Störungskonzept, die Interventionsmethoden, Überlegungen zu Indikation und Kontraindikation, Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit, und die Versorgungsrelevanz der systemischen Therapie/Familientherapie.	
<i>D. Russell Crane</i> <b>Effektivitätsstudien zu den Kosten von Familientherapie</b> .....	20
Vorgestellt werden Ergebnisse aus Effektivitätsstudien zu den Kosten der Familientherapie bei unterschiedlichen Störungen, die in drei amerikanischen Krankenversicherungssystemen unter naturalistischen Bedingungen durchgeführt wurden. Die auf einer hohen Fallzahl basierenden Ergebnisse sprechen dafür, dass Familientherapie bei unterschiedlichen Störungen zu einer deutlichen Reduktion der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen führt.	
<i>Rüdiger Retzlaff</i> <b>Kommentar zum Artikel von D. Russell Crane „Effektivitätsstudien zu den Kosten von Familientherapie“</b> .....	25
<b>Aktuelles aus der Berufspolitik</b> .....	27
<i>Vorbemerkung des Redaktionsbeirates</i>	
<i>Uta Cramer-Düncher &amp; Karl-Otto Hentze</i> <b>Gemeinsamer Bundesausschuss lehnt Zulassung von Gesprächspsychotherapeuten und Anerkennung der Gesprächspsychotherapie ab</b>	
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 21.11.2006 beschlossen, die Zulassung von Gesprächspsychotherapeuten abzulehnen und die Gesprächspsychotherapie nicht in die Psychotherapie-Richtlinienverfahren aufzunehmen. Die Entscheidung mit ihren Auswirkungen für die Zukunft aller Berufsangehörigen und deren Berufsausübung ist rechtlich, fachlich und berufspolitisch fragwürdig. Der Beitrag nimmt kritisch zu den „Tragenden Gründen“ der Entscheidung Stellung und beleuchtet die Auswirkungen für die Profession.	
<b>Zur Diskussion</b> .....	34
<b>Kommentare zum Artikel von Lisa Schneider „Lesbische Frauen in der Psychotherapie: Historische Hintergründe und Empfehlungen für die therapeutische Arbeit“ im Psychotherapeutenjournal 4/2006</b>	
<i>Elisabeth Imhorst</i> Homosexuelle Frauen in Psychotherapie und Psychoanalyse	
<i>Eva S. Poluda</i> Lesbische Frauen in der Psychoanalyse	
<b>Aktuelles aus der Forschung</b> .....	39
<i>Petra Kümmler</i>	
<b>Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern</b> .....	44
Bundespsychotherapeutenkammer .....	44
Baden-Württemberg .....	49
Bayern .....	53
Berlin .....	57

Bremen .....	62
Hamburg .....	66
Hessen .....	70
Niedersachsen .....	74
Nordrhein-Westfalen .....	80
Rheinland-Pfalz .....	86
Saarland .....	89
Schleswig-Holstein .....	92
<b>Leserbriefe</b> .....	98
<b>Inserentenverzeichnis</b> .....	17
<b>Kontakt Daten der Kammern</b> .....	99
<b>Stellenanzeigen</b> .....	37, 97, 101
<b>Kleinanzeigen</b> .....	100
<b>Branchenverzeichnis</b> .....	103
<b>Impressum</b> .....	104

**Hinweis:**

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

**Hinweis:**

Den Exemplaren der folgenden Ländern sind in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen beigelegt/eingehftet:

- Berlin: Rundbrief
- Hamburg: Schlichtungsordnung
- Nordrhein-Westfalen: Fortbildungsordnung

Bayerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie,  
Verhaltensmedizin und Sexuologie e.V.  
Nettelbeckstr. 14, 90491 Nürnberg  
**[www.ivs-nuernberg.de](http://www.ivs-nuernberg.de)**

**I  
V  
S**

**Institut für Verhaltenstherapie  
Verhaltensmedizin und  
Sexuologie**  
- staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2000

**Ergänzungscurriculum Verhaltenstherapie**  
Blockseminare vom 27.04. – 09.12.2007 – 106 Weiterbildungseinheiten

**Verhaltenstherapie in Gruppen**

Theorie-Curriculum zur Abrechnungsberechtigung - Termine: 30.6. u. 1.7. / 27. u. 28.10. / 10. u. 11.11.2007

**Vorankündigung: 5. Fachtagung des IVS am 23. u. 24. Juni 2007**

**Thema: Achtsamkeit, Akzeptanz und Mitgefühl - Die sogenannte dritte Welle der Verhaltenstherapie (u.a. mit Jon Kabat-Zinn u. Lene Handberg)**

**INFOS: Psychotherapeutische Ambulanz d. IVS, Nürnberger Str. 22, 90762 Fürth, Tel: 0911-7872727, Fax: -7872729**

**Leitungsgremium des IVS:** Dr. phil. Wolfram Dormann • Dr. med. Johannes Kemper  
PD Dr. med. Thomas Mösler • Dipl.-Psych. Dr. phil. Andreas Rose

# Systemische Therapie/Familientherapie

Jochen Schweitzer<sup>1</sup>, Stefan Beher<sup>2</sup>, Kirsten von Sydow<sup>3</sup>, Rüdiger Retzlaff<sup>4</sup>

1 Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg

2 Fakultät für Soziologie, Universität Bielefeld

3 Psychologisches Institut, Universität Hamburg

4 Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Universitätsklinikum Heidelberg

**Zusammenfassung:** Die Systemische Therapie/Familientherapie hat sich in einer inzwischen fünfzigjährigen Entwicklungsgeschichte zu einem breit angelegten psychotherapeutischen Grundlagungsverfahren entwickelt. Der Aufsatz bietet einen sehr kompakten Überblick über die systemtheoretischen Grundlagen, die therapeutischen Haltungen, das Störungskonzept, die Interventionsmethoden, Überlegungen zu Indikation und Kontraindikation, Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit, und die Versorgungsrelevanz der Systemischen Therapie/Familientherapie. Er schließt mit einer Zukunftsvision darüber, wie die Integration der Systemischen Therapie/Familientherapie in die kassenfinanzierte Psychotherapie deren Versorgungsqualität in einigen wichtigen Aspekten weiter verbessern könnte.

## 1. Theoretische Grundlagen

### 1.1. Systemische Therapie – Familientherapie: Zum Verhältnis der beiden Begriffe

Die Systemische Therapie/Familientherapie ist in den Jahren 1970-1980 als eigenständiges Therapieverfahren aus der klassischen Familientherapie hervorgegangen und hat über den Paar- und Familienkontext hinaus auch in vielen anderen psychotherapeutischen Settings wie Einzel- und Gruppentherapie Einzug gehalten.

*Familientherapie* bezeichnet ganz allgemein einen therapeutischen Rahmen, in dem mit Hilfe der Familienmitglieder gemeinsam nach Lösungen für ein Gesundheits- oder Beziehungsproblem eines oder mehrerer Patienten gesucht wird. Der Begriff „Familientherapie“ allein setzt dabei noch keine spezifische theoretische Orientierung voraus. Bereits „Familie“ wird heute weiter gefasst und nicht mehr nur

in einem biologischen oder juristischen Sinn verstanden: Stierlin (2005) spricht vom „existentiell bedeutsamen Beziehungssystem“, das alle vom Problem des Patienten mit betroffenen, ihm nahe stehenden und an seiner Lösung interessierten Menschen umfasst.

*Systemische Therapie/Familientherapie* bezeichnet ein von anderen Therapieschulen methodisch klar abgrenzbares, systemtheoretisch fundiertes, eigenständiges Therapieverfahren. Systemisches Denken versucht das Verhalten von Elementen nicht isoliert aus deren inneren Eigenschaften, sondern aus ihren Beziehungen untereinander und zu ihrer Systemumwelt zu erklären. Für die Psychotherapie bedeutet dies, dass psychische Störungen und Strukturen ebenso wie psychotherapeutische Behandlungsphänomene – etwa Behandlungsmotivation, Widerstand, Behandlungsabbrüche – nicht als in einem Systemmitglied (dem Patienten) lokalisierte Phänomene betrachtet werden, sondern als interaktionell (zwischen Patient, Familie, Behandlern und Sozialver-

sicherungssystemen) erzeugte Gemeinschaftsleistungen.

Systemische Therapie/Familientherapie bietet im Dialog der Therapieschulen viele integrative Anknüpfungspunkte. Im angelsächsischen Sprachraum schließt „Family Systems Therapy“ Möglichkeiten der punktuellen Integration psychodynamischer, behavioraler und humanistischer Methoden stets mit ein.

### 1.2. Entwicklungsgeschichte der Systemischen Therapie/Familientherapie

Für die Systemische Therapie/Familientherapie waren statt einer zentralen Gründerfigur viele charismatische „Urväter und Urmütter“ in der Pionierphase prägend. Die frühen Abgrenzungskonflikte zwischen verschiedenen systemtherapeutischen Richtungen erscheinen heute als unterschiedliche Entwicklungsphasen, deren bewährte Elemente in der Praxis meist integriert werden und zum gemeinsamen Grundbestand Systemischer Therapie/Familientherapie gehören (Nichols & Schwartz, 2004; v. Schlippe & Schweitzer, 1996; v. Sydow, 2005).

1. Die *Mehrgenerationenperspektive* betrachtet klinische Probleme bevorzugt aus der Perspektive ungelöster familiärer Vermächtnisse und Loyalitäten, unzureichender Selbst-Differenzierung (Bowen, 1975), überfordernder familiärer Delegationen (Stierlin, 1978) sowie unausgeglichener „Schuld- und Verdienstkonten“ zwischen Generatio-

nen (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/1981). Das therapeutische Vorgehen hat sie besonders durch die Genogramm-Interviews (McGoldrick & Gerson, 1990) und die Mehrgenerationen-Familiengespräche bereichert (Massing et al., 1992).

2. Die *experientelle (erlebnisorientierte) Familientherapie* betrachtet klinische Probleme vor allem unter dem Gesichtspunkt des blockierten Emotionsaustauschs, der Regulation des Selbstwertes und der Nähe-Distanz-Wünsche zwischen einander nahestehenden Menschen. Therapeutisch hat sie besonders die Familienskulptur und andere erlebnisorientierte Verfahren hervorgebracht. Bekannteste Vertreter waren Virginia Satir (1964) und Carl Whitaker (Whitaker & Keith, 1981).
3. Die *strukturell-kybernetische Perspektive* versteht klinische Probleme als Ausdruck dysfunktionaler, nicht (mehr) entwicklungsgerechter familiärer Strukturen. Familien werden als regelgesteuerte Systeme betrachtet, deren Struktur von außen hinreichend objektiv erkennbar und durch geschickte therapeutische Interventionen zielorientiert beeinflussbar ist. Therapeutisch werden insbesondere Methoden des Joinings (der Beziehungsaufnahme und -gestaltung; Minuchin, 1974; Madanes, 1981), des Enactments (der Inszenierung alltäglicher Interaktionsprobleme im Therapieraum; Minuchin, 1974), Aufgaben und Verschreibungen (Haley, 1976), der therapeutisch dosierten Konfrontation, des Umgangs mit Koalitionen und Geheimnissen, der zirkulären Befragung und der paradoxen Interventionen (Selvini et al., 1977) hervorgebracht. Strukturelle und strategische Konzepte fokussieren auf konkrete Verhaltensmuster, unterscheiden sich in ihrer zirkulären Perspektive aber theoretisch wie methodisch deutlich von der Verhaltenstherapie (Grawe et al., 1994).
4. Die Perspektive der *Selbstorganisation* („Kybernetik 2. Ordnung“) etabliert Konzepte wie Selbststeuerung, Selbstorganisation und strukturelle Autonomie. Sie versucht, auf normative Vorstellungen über Familien und Gesundheit weitestgehend zu verzichten. Das

therapeutische Vorgehen ist weniger interventionistisch und stärker an der Eigenlogik des Patientensystems orientiert. Kennzeichnend ist die Haltung der wertschätzenden Neutralität sowie des „Respektes gegenüber Personen bei gleichzeitiger Respektlosigkeit gegenüber ihren Ideen“ (Cecchin et al., 1993). Die Interventionen bestehen im Infragestellen von Glaubensgewissheiten, mit denen das Klientensystem sich bislang das Leben schwer macht. Bekannte Vertreter sind die „neue Mailänder Schule“ (Cecchin, 1988) sowie die „neue Heidelberger Schule“ (Stierlin, 1988) der systemischen Therapie.

5. Die *narrative Perspektive* geht davon aus, dass sich soziale Systeme durch Erzählungen (Narrationen) konstituieren, die das Verhalten der Beteiligten prägen. Sie lenkt den Blick auf kommunikative, linguistische und sprachphilosophische Identitätskonstruktionsprozesse. Indem die bisherigen Selbsterzählungen „dekonstruiert“ werden, wird der Blick auf Alternativgeschichten gelenkt. Therapeutisch hat sie Praktiken des „Solution talk“ (de Shazer, 1989), der „Dekonstruktion herrschender Erzählungen“ (White, 1992), des Reflektierenden Teams (Andersen, 1990) und des offenen Dialogs (Seikkula & Olson, 2003) hervorgebracht. In der Arbeit mit schwer Kranken im Rahmen der systemischen Familienmedizin und in der systemischen Paartherapie findet eine verstehende, narrative Vorgehensweise Anwendung (McDaniel et al., 1997; Welter-Enderlin & Hildenbrand, 1996).
6. In jüngster Zeit zeichnet sich ein Trend zu komplexeren, manualisierten, systemtherapeutischen Behandlungspaketen ab, die meist von einer Forschergruppe für bestimmte Störungsbilder entwickelt und beforscht werden – insbesondere für Drogenabhängigkeit, Anorexia nervosa und Delinquenz. Dazu zählen die Brief Strategic Family Therapy (Szapocznik & Williams, 2000; Szapocznik et al., 2003), die Multi-Systemische Familientherapie (Henggeler & Swenson, 2005), die Multidimensionale Familientherapie (Liddle & Rowe, 2004), die Attachment-Based Family Therapy (Diamond et al., 2003), die Behaviorale

# igw

Anerkannter Fortbildungsveranstalter

## Weiterbildung in Gestalttherapie

Informations- und Auswahlseminare 2007  
Fortbildung in Gestalttherapie (2 Jahre)  
Ausbildung in Gestalttherapie (3/4 Jahre)  
Schwerpunkt Gestaltorientierte Beratung  
Ausbildung in Gestalttherapie (4/5 Jahre)  
Schwerpunkt Klinische Gestaltpsychotherapie

München 29.06.-30.06.2007  
mit Dipl. Psych. Almut Ladisich-Raine  
und Dipl. Psych. Peter Toebe

Frankfurt/Würzburg 06.07.-07.07.2007  
mit Dipl. Päd. Wiltrud Krauß-Kogan  
und Dipl. Päd. Werner Gill

Zürich 11.05. – 12.05.2007  
mit Dipl. Psych. Brigitte Rasmus und  
Lic. Phil. I Peter Schulthess  
Kontakt in der Schweiz:  
Su Steiner Tel. 0041 – 44 – 2210313  
Peter Schulthess Tel. 0041 – 44 – 381 9820

## Weiterbildungen

**Kompakttraining in Integrativer Gestalttherapie** mit namhaften Trainern aus Europa und den USA vom 12.08. bis 24.08.2007 in Schondorf/Ammersee

Anmeldungen und ausführliches Informationsmaterial erhalten Sie von  
**IGW Würzburg**  
Theaterstraße 4  
D-97070 Würzburg  
Tel.: 0931/35 44 50, Fax: 0931/35 44 544  
E-Mail: [Monika.Uhlschmidt@igw-gestalttherapie.de](mailto:Monika.Uhlschmidt@igw-gestalttherapie.de)  
Internet: [www.igw-gestalttherapie.de](http://www.igw-gestalttherapie.de)

Die Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, die Ärztekammer und das Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin bieten in Zusammenarbeit folgende zertifizierte Fortbildungsveranstaltung an:

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

Datum: 22./23. September 2007  
(9:00 bis 18:00/bzw. 17:00 Uhr)  
und  
27./28. Oktober 2007  
(9:00 bis 17:00/bzw. 17:30 Uhr)

in Berlin

**Wissenschaftliche Leitung:**  
Dr. med. Ferdinand Haanel,  
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie

**Ort:** Haus der Diakonie,  
Paulsenstr. 55, 12163 Berlin

**Gebühr:** 360,00 €  
(40 Fortbildungspunkte)

**Anmeldefrist:** 15 August 2007

**Anmeldung:** Psychotherapeutenkammer Berlin, Frau Hofmann-Britz

Tel.: 030/88 71 40-0

Familien-Systemtherapie<sup>1</sup> (Robin & Foster, 1989) sowie die Funktionale Familientherapie (Sexton & Alexander, 2003). All diese Ansätze basieren überwiegend auf der strukturell-strategischen Familien-Systemtherapie (Minuchin, 1974), beziehen sich auf den sozialen Konstruktivismus, integrieren aber auch verhaltenstherapeutische Interventionen in ihr Vorgehen (Sexton & Alexander, 2003).

Die in diesen Entwicklungsphasen geschaffenen psychotherapeutischen Methoden werden in integrativen Meta-Modellen, wie sie z.B. Pinsof (1995) entwickelt hat, zusammengefasst. Pinsof empfiehlt, im Setting („mit wem arbeitet man“) wie im Behandlungsfokus („was man verändern soll“) stets mit dem Einfachen, kurzfristig Realisierbaren zu beginnen und zum Komplizierteren, Anspruchsvolleren erst dann voranzuschreiten, wenn das einfachere Arbeiten nicht ausreicht. Als das am direktesten zum Ziel Führende sieht Pinsof das Arbeiten mit der Familie auf der Verhaltens-ebene an; als das langwierigste das Arbeiten mit einzelnen Personen an deren Selbstkonzept.

Angesichts zunehmend dichterem Austausch zwischen psychotherapeutischen Schulen, wie wir ihn etwa in der Zeitschrift „Psychotherapie im Dialog“ (Thieme Verlag) zwischen psychoanalytisch-tiefenpsychologischen, kognitiv-behavioralen, humanistischen, körperorientierten und Systemischen Therapeuten führen, intensiviert sich derzeit auch der Austausch der Systemischen Therapie/Familientherapie beispielsweise mit der Familienpsychologie (Schneewind, 2000), der Bindungstheorie (v. Sydow, 2002), und der Traumatherapie (Brütigam, 2006).

### 1.3. Systemtheorie und Systemische Therapie

#### 1.3.1. Systeme werden immer von Beobachtern mitkonstruiert

Die frühe Systemtheorie betrachtete Systeme als ontologisch vorgegebene Phänomene, die zwar in ihrer Komplexität oft schwer erfassbar, aber bei entsprechend guter Beobachtung doch ohne wesentlichen Beobachterbias objektiv beschreib-

bar seien. Die Einflüsse der Erkenntnistheorie des radikalen Konstruktivismus, später des sozialen Konstruktivismus sowie sprachphilosophischer und postmoderner Denkfiguren führten zu einem neuen Verständnis: Systeme *gibt* es nicht in einem ontischen Sinn, sondern sie sind abhängig von systeminternen produzierten Operationen und von *Beschreibungen* von Realitätsbereichen durch Beobachter.

*Der radikale Konstruktivismus* (v. Glasersfeld, 1985; v. Foerster, 1985) nimmt an, dass wir unsere Annahmen über die Welt grundsätzlich nicht als „wahr“ oder „falsch“ objektiv beurteilen können und interessiert sich deshalb bei den verschiedensten Ideen nicht für deren Wahrheitsgehalt, sondern für deren Nützlichkeit für die Lebensgestaltung der Beteiligten. Gegenüber dem ursprünglich individualistisch konzipierten Konstruktivismus betont der *soziale Konstruktivismus* (Gergen, 1991) stärker das gemeinsame Aushandeln von Realitätssichten im Dia- oder Polylog, den Wert von Perspektivenvielfalt sowie den Einfluss sozialer Prozesse auf die Konstruktion des „Selbst“.

#### 1.3.2. Konzepte zur Beschreibung therapeutisch wichtiger Systemprozesse

Eine systemische Sichtweise stellt das Verhalten von Elementen stets in einen situativen Kontext. In diesem Beobachtungsrahmen sind folgende Konzepte besonders wichtig:

*Zirkularität:* Das Verhalten jedes Mitglie-ders eines Systems ist zugleich Ursache und Wirkung des Verhaltens der anderen Mitglieder. Einseitige *lineare* Ursache-Wirkungs-Beschreibungen („Er trinkt, weil sie sich ihm verweigert“, oder umgekehrt: „Sie verweigert sich ihm, weil er trinkt“) sind Ergebnis willkürlicher *Interpunktionen* aus verständlichen Motiven.

*Kommunikation:* Jede Kommunikation ist ein Austausch von Botschaften zwischen Systemmitgliedern. Bei diesen lässt sich ein *Inhaltsaspekt* („Was wird explizit gesagt?“) von einem *Beziehungsaspekt* unterscheiden („Was denkt A darüber, dass B gerade dies gerade jetzt zu C sagt?“). Der Beziehungsaspekt einer Nachricht stimmt

oft nicht mit dem Inhalt überein und ist dem Sender oft weniger bewusst, löst aber beim Empfänger meist heftigere Reaktionen aus.

Der zirkuläre Austausch von Kommunikationen führt über die Zeit hinweg zum wiederholten Auftreten bestimmter Kommunikationsabläufe (*Redundanzen*), in denen ein Beobachter *Muster* (formal ähnliche Kommunikationsabläufe bei wechselnden Inhalten) erkennen kann, die als *Regeln* formuliert werden können („Immer wenn die Mutter sich ärgerlich zeigt, weint das Kind, und der Vater wendet sich ihm besorgt zu.“). In pathologischen Fällen werden diese Muster in der systemischen Therapie zunächst verdeutlicht und dann infragegestellt.

*System-Umwelt-Grenzen* unterscheiden, was zu einem System gehört und was nicht. Sie werden in sozialen und psychischen Systemen entsprechend deren Sinn-Verständnis ausgehandelt: Gehören die Schwiegermutter und der Freund der Tochter zur Familie? Sollten Angehörige in eine stationär-psychosomatische Behandlung integriert werden? Sind niederträchtige Racheimpulse legitime Mitglieder meiner Gefühlswelt? Ob solche Grenzbeziehungen angemessen eng oder weit sind und ob die Grenzen ggf. verschoben werden sollten, ist oft Thema Systemischer Therapie.

*Morphostase und Morphogenese:* Man kann bei der Beobachtung von Systemen mehr auf ihre Versuche, „alles beim Alten bleiben zu lassen“ (Morphostase bzw. Homöostase) oder auf ihre Veränderungstendenzen (Morphogenese) achten und diese hervorheben. Die Kernfrage des Homöostase-Konzeptes lautet: Wie können Systeme in einem Gleichgewicht gehalten oder aber aus einem für pathologisch gehaltenen Gleichgewicht herausgebracht werden? Morphogenetisch hingegen interessiert, wie frühere Systemzustände aus kleinen Fluktuationen heraus manchmal sehr plötzlich und überras-

<sup>1</sup> „Behavioral“ meint hier nicht „verhaltenstherapeutisch“, sondern bezieht sich auf die Handlungsorientierung des Ansatzes.

schend in neue, ganz andersartige Zustände übergehen können.

**Chaostheorie und Synergetik:** Später rückte die Beschäftigung mit solchen Fluktuationen und der Unvorhersehbarkeit von Systemveränderungen in das Zentrum des Interesses. Die Synergetik (Theorie dynamischer Systeme, Haken & Schiepek, 2006) beschreibt, wie in einem anfangs chaotischen System eine einzelne Bewegung die anderen Bewegungen so sehr mitreißt („versklavt“), dass sie zu einem Attraktor für ein neues, dann wieder einheitliches Bewegungsmuster werden kann. Therapeutisch machen diese Konzepte sensibel für oft noch kaum fassbare Veränderungspotenziale und für das Warten auf den Zeitpunkt, an dem die Zeit für Veränderung tatsächlich reif ist.

**Selbstorganisation:** Um 1980 wurde unter dem Einfluss der „Theorie lebender Systeme“ (Maturana & Varela, 1987) die Frage in den Vordergrund gestellt: Wie sichern autopoietische, d.h. von außen nicht direkt steuerbare und sich selbst erzeugende Prozesse das evolutionäre Überleben eines Systems und begrenzen die Möglichkeit von außen kommender Einflussnahme?

### 1.3.3. Krankheit auf drei Systemebenen: krank sein – sich krank fühlen – sich krank zeigen

Krankheit wird in der systemischen Therapie als Teil einer größeren Interaktion verstanden, an der eine oder mehrere Personen so sehr leiden, dass ihnen Krankheitswert zugeschrieben wird. Solche krankheitsbezogenen Interaktionen können sich auf mehreren Systemebenen zugleich abspielen:

- Auf der *biologischen* Systemebene interagieren Gene, Hormone, Nervensignale, Bakterien oder andere Elemente in einer Weise miteinander, die von Laien oder Experten als „krankhaft“ diagnostiziert werden können.
- Auf der *psychischen* Systemebene nimmt ein Mensch zahlreiche Gefühle, Gedanken, Selbstgespräche, erinnerte Träume, Problem- („mir gelingt nie etwas“) und Lösungsstranzustände („ich

werde es schwungvoll anpacken“) wahr. Im Ergebnis können diese Interaktionen oft auch widersprüchlicher Gedanken und Gefühle zu dem Selbsterleben führen, krank zu sein.

- Auf der *sozialen* Systemebene wird aus der Fülle dieser biologischen und psychischen Prozesse nur derjenige Ausschnitt sichtbar, der in Kommunikationen einfließt. Dazu gehört alles, was dieser Mensch verbal in Gesprächen, Reden oder Briefen sowie nonverbal in Mienenspielen und Gesten ausdrückt – genauer: alles, was Laienbeobachter und medizinische Fachleute mit und ohne diagnostische Geräte dazu festzustellen vermögen.

Luhmann (1992) schlägt vor, jede dieser drei Systemebenen als „*operational geschlossen*“ zu betrachten, weil sie nur die in ihnen ablaufenden Vorgänge mit ihren eigenen Operationen ausführen können. Sie stellen füreinander Umwelten dar: In jeder Systemebene wird nur ein kleiner Teil der Prozesse der beiden anderen Systemebenen als bedeutsam erkannt und nur über die eigenen Operationsweisen verarbeitet. Veränderungen auf jeder dieser Systemebenen vermögen Veränderungen auf jeder anderen Systemebene anzuregen, aber nicht gezielt zu steuern.

Ob und wann einer Störung, ja sogar welcher Person auf einer dieser drei Systemebenen Krankheitswert *zugeschrieben* wird, ist Ergebnis sozialer Aushandlungsprozesse. Wie alle Psychotherapie, interveniert auch systemische Psychotherapie ausschließlich auf der Ebene der Kommunikation – sie vermag weder Gedanken und Gefühle noch biologische Prozesse unmittelbar zu beeinflussen, aber doch in einer positiven Weise anzuregen.

### 1.3.4. Störungstheorie: Problem-determinierte Systeme

Unter dem Schlagwort „Patient Familie“ (Richter, 1963) gelang der frühen Familientherapie eine Entpathologisierung des Patienten, die als ungewollte Nebenwirkung allerdings die latente Pathologisierung der Familie mit sich brachte. Auch systemische Familientherapieansätze der Kybernetik erster Ordnung sprechen noch von

## Focusing-Wochen ACHBERG 2007

10. bis 19. August 2007  
Achberg/Esseratsweiler  
bei Lindau

- **10. bis 14. August 2007**  
Focusing Weiterbildungseminare I-IV  
TrainerInnenseminar  
Supervisionsseminar

- **16. bis 19. August 2007**  
Symposium:

FOCUSING <sup>plus</sup>

Tempo, Tempo:  
... immer schneller,  
... immer weiter,  
... immer mehr?  
Verlangsamung und  
Beschleunigung

#### Information und Anmeldung:

GwG Akademie  
Melatengürtel 125a, 50825 Köln  
www.gwg-ev.org  
akademie@gwg-ev.org  
Tel.: 0221 925908-50  
Fax: 0221 925908-19



NETZ  
FOCUSING  
WERK

### Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Ostwestfalen (IPPO)



5jährige berufsbegleitende Ausbildung in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TP) und Psychoanalyse/Analytische Psychotherapie (PA)

Das Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Ostwestfalen (IPPO) in Bielefeld – ein im Rahmen des PTG und nach den Richtlinien der Bundesärztekammer **staatlich anerkanntes Institut** zur Ausbildung zum Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten – beginnt 2007 wie jedes Jahr am

**1. September und  
1. Februar**

Semester in den Ausbildungsgängen **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** (nach PTG) und **Analytische Psychotherapie** (als 2. Fachkunde).

Das IPPO bildet ebenso in **Psychoanalyse** (beide Fachkunden verklammert) nach den Richtlinien der DPG und der DGPT aus.

Informationen und Bewerbungen über:  
Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Ostwestfalen (IPPO), Unterrichtsausschuss, z. Hd. Herrn Dr. phil. Dipl.-Psych. Georg Baumann, Warendorfer Str. 139, 48145 Münster, Tel. 0251/13 27 88 oder [ge-baumann@versanet.de](mailto:ge-baumann@versanet.de)



„dysfunktionalen Strukturen“ (Minuchin, 1977) oder „pathologischen Dreiecken“ (Haley, 1977). Erst mit dem Konzept des „*problemdeterminierten Systems*“ (Goolishian & Anderson, 1988), das durch die Interaktion um ein Problem herum konstituiert wird, gelingt ein grundlegender Ausstieg aus linearen Verursachungs- und damit Schuldzuweisungstheorien. Das hat zur Konsequenz, dass Probleme nicht als den Menschen oder den Familien, sondern „nur“ als deren Kommunikationen zugehörig betrachtet werden. Diese Sichtweise verringert die Gefahr von Schuldzuweisungen und führt zu mehr Lösungs- und Veränderungsoptimismus. Familien „haben“ in dieser Perspektive dann keine „pathologische Familiendynamik“, sondern sind nur an problemerzeugenden und –aufrechterhaltenden Kommunikationen beteiligt. „Problemdeterminiertes System“ heißt auch: die Familienmitglieder müssen nicht die wichtigsten Mitglieder des zu therapierenden Systems sein. Die Nachbarn, die Arbeitskollegen oder die Behandler, aber auch die inneren Prozesse des Symptomträgers können an der Problemkommunikation intensiver beteiligt und für deren Auflösung bedeutsamer sein.

### 1.3.5. Systemische Familienmedizin

Systemische Therapie/Familientherapie wird seit Jahrzehnten auch bei körperlichen Erkrankungen eingesetzt (Minuchin et al., 1991). Unter dem Einfluss des biopsychosozialen Systemmodells von Engel (1977) wurde die systemische Familienmedizin als Behandlungsansatz für Familien und Patienten mit körperlichen Erkrankungen entwickelt (McDaniel et al., 1997; Kröger et al., 2000). Systemische Familienmedizin fokussiert die Aus- und Wechselwirkungen körperlicher Erkrankungen im Familiensystem einerseits und die Optimierung der patientenbezogenen Kooperation im Gesundheitssystem andererseits. Familiäre und individuelle Faktoren werden nicht primär für die Genese von körperlichen Erkrankungen verantwortlich gemacht, aber biomedizinische Vorgänge und psychosoziales Geschehen beeinflussen sich wechselseitig. Familiäre Faktoren können den Krankheitsverlauf günstig oder ungünstig beeinflussen und sind ein wichtiger Ansatzpunkt für therapeutische und

präventive Maßnahmen, gerade auch bei schweren und chronischen Krankheiten (Rolland, 1994; Seiffge-Krenke, 1996; Warschburger & Petermann, 2002). Zum maßgeblichen Betrachtungssystem zählen neben dem Patienten und seiner Familie auch die Behandler und weitere soziale Systeme, die mit beeinflussen, welche Wirklichkeitssicht die Familie von der Krankheit entwickelt. Neben der „harten“ Wirklichkeitsebene biologischer Faktoren sind aus systemischer Sicht besonders die Bedeutungsgebungsprozesse und die Erzählungen um das Krankheitsgeschehen herum relevant (Boss, 2000; Patterson, 2002; Welter-Enderlin, 1996). Körperliche Erkrankungen wirken auf eine Familie; aber was Patient und Familie aus der Krankheit machen, ob sie zu einer günstigen oder weniger günstigen Konstruktion von Wirklichkeit finden, hängt mit von familiären Prozessen ab, die durch Systemische Therapie/Familientherapie beeinflusst werden können (Reiss, Steinglass & Howe, 1993). Die Wirksamkeit somatischer und psychotherapeutischer Interventionen wächst, wenn Angehörige systematisch in die Behandlung einbezogen werden: Dies betrifft sowohl Interventionen zur Gesundheitsförderung als auch solche zur Risikoreduktion (Campbell, 2000). Systemische familiäre Interventionen zeigen nicht nur eine hohe Akzeptanz, sondern auch einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf bei Erwachsenen und Kindern.

## 2. Diagnostik

### 2.1. Das Verhältnis von Diagnostik und Intervention

In der Systemischen Therapie wird nicht zwischen einer Explorations- und einer Interventionsphase unterschieden. Diagnostik und Intervention gehen fast nahtlos ineinander über. Denn einerseits werden komplexe Systemprozesse oft erst dann deutlich, wenn man sie zu verändern versucht. Andererseits haben die wichtigsten therapeutischen Instrumente, insbesondere das zirkuläre Fragen und die Handlungsmethoden (Skulptur, Zeitlinie, Sprechchor), aber auch schon das anfängliche Genogramminterview starke therapeutische Wirkung.

### 2.2. Genogramm, Überweiser-system, Skulpturtests

Viele systemische Therapeuten erstellen besonders in Familientherapien zur ersten Orientierung ein *Genogramm* (einen Familienstammbaum) als visuelle Darstellung einer Familie über mindestens drei Generationen hinweg. Zu allen Familienangehörigen werden Daten wie Geburts- und evtl. Todesjahr, Nationalität/Religion, Beruf, wichtige Krankheiten und wichtige Potenziale gesammelt, die einen ersten Überblick über Ressourcen und Belastungen im Zusammenhang vermitteln. Die Familienskulptur (Schweitzer & Weber, 1982) als symbolisch-metaphorische Darstellung emotionaler Bindungen und hierarchischer Strukturen in der Familie kann außer mit menschlichen Darstellern als „lebende Skulptur“ auch – z.B. in Einzeltherapie und Forschung – mit Ersatzfiguren durchgeführt werden. Ein Teil dieser „family placement techniques“ kann auch systematisch und quantitativ ausgewertet werden.

### 2.3. Formalisierte familien-diagnostische Verfahren

Es gibt eine große Menge an Familienexperimenten, Familienfragebögen und Ratingskalen zur Paar- und/oder Familieninteraktion, die in der Familienforschung und familientherapeutischen Forschung gute Dienste leisten. Einen guten Überblick gibt Cierpka (2002). Wir verzichten hier auf eine eingehende Darstellung, da sie für die systemtherapeutische/familientherapeutische Praxis, anders als Genogramme, zirkuläres Fragen und analoge und Handlungsmethoden, nur geringe Alltagsbedeutung aufweisen.

## 3. Therapeutische Haltungen

Die allgemeinen Behandlungsziele entsprechen denen anderer Psychotherapieverfahren: Symptomreduktion und Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens. Auch in der Beachtung psychotherapeutischer Grundkonzepte wie zuhörendem Verstehen, Empathie, und Selbstreflexion der eigenen emotionalen Reaktionen gibt es Überlappungen. Eine Reihe von thera-

peutischen Haltungen erscheinen aber recht spezifisch.

*Den Möglichkeitsraum vergrößern:* „Handle so, dass Du die Zahl der Möglichkeiten vergrößerst“ – dieser basale „systemische Imperativ“ (v. Foerster, 1988) bedeutet in der Psychotherapie: „Hilf, die Denk- und Handlungsspielräume deiner Klienten zu erweitern.“ Therapeutische Sitzungen werden dann in diesem Sinne zur „Ideen- und Experimentierwerkstatt“. Es gilt, neben dem bestätigenden Verstehen hinreichend viel Neues, Ungewohntes, vielleicht sogar Verstörendes oder Provokatives in der Therapie geschehen zu lassen.

*Achtung vor der Selbstorganisation:* Diese dem Autopoiese-Konzept entsprechende Haltung erfordert zunächst vom Therapeuten *Neugier*, einhergehend mit der Haltung einer *Expertise des Nicht-Wissens* und dem Bemühen, Genese, Funktion und (Dys-)funktionalität symptomatischen Verhaltens aus der Innensicht des Klientensystems kennenzulernen.

*Neutralität:* Um das o.g. zu tun, ist eine neutrale Haltung erforderlich (Selvini et al., 1981) – ein bewusstes Nichtbewerten *gegenüber Personen, Ideen und Symptomen*. Damit verbunden ist auch *Neutralität gegenüber Veränderungs- und Nichtveränderungsimpulsen*: Symptome werden als zwar suboptimale, aber doch kreative Lösungen anderer, bislang nicht besser lösbarer Probleme betrachtet. Auch wenn Therapeuten nur selten neutral *sein* können, weil sie ihr eigenes Wertesystem stets in sich tragen, können sie sich darum bemühen, Neutralität zu *zeigen*. Dies gilt jedoch nicht, wenn aus therapeutischen und ethischen Gründen absichtlich der Möglichkeitsraum verringert werden soll (z.B. in akuter Gefahrensituation).

*Ressourcenorientierung:* Die neueren systemischen Therapieansätze gehen von der Arbeitshypothese aus, dass Klienten „nichts fehlt“, was sie entweder „nachreifen“ lassen (z.B. ein stabiles Ich) oder „neu lernen“ müssten (z.B. adäquat zu kommunizieren oder angstfrei Fahrstuhl zu fah-

ren), sondern dass die Ressourcen zur Problemlösung im Klientensystem bereits vorhanden sind. Therapie wird so zum Suchen nach vernachlässigten oder unentdeckten Ressourcen. Sie arbeitet suggestiv mit der positiven Implikation, der Patient habe diese bereits in seinem Repertoire.

*Lösungsorientierung* bedeutet in ihrer radikalen Variante: „Man braucht das Problem nicht näher zu erkunden, man kann sich gleich an die Konstruktion von Lösungen begeben“. Lösungsorientierte Systemische Therapie sucht vor allem nach dem, was schon jetzt gut gelingt – den „Ausnahmen vom Problem“ – und versucht durch Antizipieren einer „Zukunft nach der Problemlösung“ Zielvisionen zu erzeugen, die positiv auf das heutige Tun und Handeln zurückwirken.

*Auftragsorientierung* (die Therapieplanung sehr passgenau auf die Ziele des Patienten/Klienten und möglichst gar nicht an den Heilungsnormen des The-



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

Das Curriculum Essstörungen vermittelt umfassende Kenntnisse über die Behandlung von Essstörungen und die Fähigkeit zu störungsspezifischer Intervention. Der Gesamtumfang der Fortbildung beträgt 200 Stunden, international renommierte deutschsprachige Expertinnen und Experten vermitteln die Fortbildungsinhalte. Das Curriculum ist aufgeteilt in 5 separate Fortbildungsböcke. Jeder Block ist inhaltlich abgeschlossen und einzeln buchbar. Beginn ist im Juni 2007, ein Kurseinstieg in das laufende Curriculum jedoch auch später jederzeit möglich.

**Kosten: € 375,00 pro Fortbildungsblock.**

Das Curriculum Essstörungen ist geeignet für alle ÄrztInnen, PsychologInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, weitere Berufsgruppen können im Einzelfall berücksichtigt werden.

Jeder Fortbildungsblock wird von der Landesärzte- und Psychotherapeutenkammer mit jeweils 32 Punkten zertifiziert. Das Curriculum Essstörungen ist vom Bundesfachverband für Essstörungen, dem Berufsverband der BehandlerInnen von Essstörungen, zertifiziert und wird in Kooperation angeboten.

#### Nächste Termine

**6. Juni - 9. Juni 2007**

**Kompaktkurs Essstörungen (Curriculum Block 1) – Vermittlung von Grundwissen über die Behandlung von Essstörungen**

Dozentin u. a. Isabell Krug, Bellvitge University Hospital, Barcelona

**28. November - 1. Dezember 2007**

**Anorexia nervosa – Diagnose und Behandlung (Curriculum Block 2)**

Dozent u. a. Prof. Dr. Andreas Karwautz, Universität Wien

Veranstaltungsort ist die Parkland-Klinik Bad Wildungen

**Tagungssekretariat:** Agnes Hilgenberg-Ellerkamm, Im Kreuzfeld 6, 34537 Bad Wildungen  
Tel: 0 56 21 - 706 616 · Fax: 0 56 21 - 706 731 · agnes.hilgenberg-ellerkamm@parkland-klinik.de

Internetlinks: [www.curriculum-essstoerungen.de](http://www.curriculum-essstoerungen.de) · [www.bundesfachverbandessstoerungen.de](http://www.bundesfachverbandessstoerungen.de) · [www.parkland-klinik.de](http://www.parkland-klinik.de)

rapeuten auszurichten) ist vor allem bei der Diskussion über Therapieziele bedeutsam (Schweitzer, 1995): Systemische Therapie ist dann erfolgreich, wenn der Patient (zuweilen: „Kunde“) das erreicht hat, was er subjektiv erreichen wollte – und nicht unbedingt das, was der Psychotherapeut als gutes Ergebnis ansieht. Hinzu kommt ein starkes Interesse an den mit der Therapie verbundenen Erwartungen wichtiger Familienmitglieder, Freunde/Nachbarn oder Überweiser/Mitbehandler, sofern diese für die Kooperation von Patient und Therapeut bedeutsam sind.

## 4. Behandlungstechniken

### 4.1. Kontext- und Auftragsklärung

Eine ausführliche Klärung der (oft widersprüchlichen) Interessen und Erwartungen der an einer Therapie mittelbar und unmittelbar Beteiligten kann zu Therapiebeginn oft helfen, den Einstieg in unfruchtbare Prozesse zu vermeiden. Verschiedene Fragen zur Auftrags- und Erwartungsklä rung haben sich in diesem Zusammenhang als besonders nützlich erwiesen (ausführlich Simon & Weber, 1987; v. Schlippe & Schweitzer, 1996).

### 4.2. Fragen als therapeutische Interventionen

In der Systemischen Therapie sind Fragen die wichtigsten „Träger“ und „Erreger“ von Informationen (Unterschiedsbildungen), die bei den Klienten angestoßen werden sollen. Sie dienen gleichzeitig der Informationsgewinnung und -erzeugung (ausführlich: Tomm, 1994).

*Zirkuläre Fragen* (Selvini et al., 1981; Penn, 1986; Simon & Rech-Simon, 2004.) stellen eine wichtige Innovation der Systemischen Therapie dar. Gesprächsteilnehmer werden nicht direkt über ihre persönlichen Gedanken oder Gefühle befragt, sondern über ihre Einschätzung dessen, was zwischen mehreren Personen abläuft. Diese anderen Personen sitzen dabei und hören zu, zumeist hochinteressiert (man kann dies salopp als „Tratschen in Anwesenheit derer, über die getratscht wird“ bezeichnen). Macht man dies reihum, so

entsteht in kurzer Zeit ein gemeinsam geteiltes Bild der wichtigen Beziehungsprozesse. Wird diese Fragetechnik mit lösungsorientierter Leichtigkeit und Neugier angewandt, ermöglicht sie in oft kurzer Zeit ein Sprechen auch über sehr belastende Themen – gerade weil wenig Ich-Botschaften gefordert werden.

Zirkuläre Fragen helfen, Eigenschaften in Verhaltensweisen zu übersetzen und dadurch zu verflüssigen („Was tut Ihr Vater, wenn Sie ihn für depressiv halten?“). Sie können ein gegenseitiges-Sich-Bedingen nahelegen („Was tut die Mutter, wenn der Vater sich bedrückt zeigt?“ – nicht: ist; „Wie reagiert er dann seinerseits darauf?“) und ermöglichen eine Außenperspektive („Was, vermuten Sie, denkt Ihr Mann, wenn er ihnen jetzt gerade zuhört?“). Zirkuläre Fragen, insbesondere „Verschlimmerungsfragen“ regen Menschen in Opferpositionen dazu an, ihren eigenen Beitrag an ihrem Leiden einzuschätzen („Was könnten Sie dazu tun, in den nächsten vierzehn Tagen wieder manisch zu werden?“). Viele dieser Beispielfragen sind bereits zugleich hypothetische Fragen, die neue Optionen anregen, ohne dass die Klienten direkt aufgefordert werden, etwas Bestimmtes zu tun.

In der lösungsorientierten Tradition sind *Fragen nach Ausnahmen vom Problem* interessant: „Zu welchen Tageszeiten sind sie weniger depressiv? Woran erkennen Sie das? Was machen Sie, ihr Partner, ihre Kinder in diesen Momenten anders als in den schlimm-depressiven Zeiten?“ Sie zeigen auf, wo bereits im schlimmen Jetzt kleine Inseln eines problemfreien Erlebens existieren – nach der Devise, dass selbst schwere Depressionen oder Schizophrenien im Regelfall „kein 24-Stunden-Job“ sind. Danach wird besprochen, wie mehr von dem geschehen könnte, was heute schon in den problemfreien Situationen geschieht. Die *Wunderfrage* (de Shazer, 1989 a, b) intensiviert diesen Gedanken noch einmal: „Angenommen, es geschähe ein Wunder und eine Fee sorgte heute Nacht dafür, dass Sie auf ihre Arbeitssituation nicht mehr mit Ängsten reagieren, wie würden Sie dann morgen früh zur Arbeit gehen und was würden Sie anders machen?“

In der narrativen Tradition stehen *Fragen nach einengenden Geschichten* (White, 1992) im Vordergrund: „Woher haben Sie die Idee übernommen, Sie seien unattraktiv?“; „Wer hat Ihnen dies erstmals erzählt?“; „Wie kamen Sie dazu diese Geschichte zu glauben?“ Im Gespräch wird dann nach *alternativen Geschichten* und deren Überlebenschancen gesucht: „Gab es jemals auch eine Person, die Sie als sympathisch beschrieb?“; „Was müsste geschehen, dass Sie auch solchen Stimmen Glauben schenken?“

### 4.3. Analoge Techniken und Aktionsmethoden: Skulptur, Familienbrett, Zeitlinie, Sprechchor

Beziehungsphänomene lassen sich in einer Paar-, Familien oder Gruppentherapie auch räumlich darstellen und probeweise verändern (Beziehungsskulptur, Schweitzer & Weber, 1982). In einer *Familien-skulptur* wird ein Familienmitglied gebeten, die anderen im Beratungszimmer so zueinander aufzustellen, dass deren Abstände und deren Zueinanderstehen das Bild widerspiegelt, das dieses Familienmitglied über die derzeitige Beziehungssituation in sich trägt. Danach können auf verschiedene Weisen unterschiedliche Sichtweisen über diese Beziehungssituation, auch für verschiedene Zeitpunkte oder im Hinblick auf Wünsche und andere Möglichkeiten herausgearbeitet werden. Mit mehr Abstand lassen sich ähnliche Prozesse auf dem *Familienbrett* mit Hilfe von Holz- oder Plastikfiguren nachvollziehen (Ludewig & Wilken, 2000).

Belastende Ideen von Einzelnen wie von Familien oder Teams/Institutionen können mit der Technik des „*Sprechchors*“ dekonstruiert werden (Schweitzer, 2006 a, b). Dazu wird zunächst mit Verschlimmerungsfragen erkundet, was die Betroffenen zu sich selbst innerlich sagen, wenn sie es sich richtig schlecht gehen lassen. Die Antworten werden dann von einem Sprechchor gesungen und damit so verfremdet erlebt, dass sehr schnell eine Distanzierung gegenüber den belastenden Sätzen und neue, oft befreiende Sätze auftreten, die den Betroffenen wieder mehr Optimismus zur Problemlösung geben. Im Kontrast zu kognitiv-verhaltens-

therapeutischen Techniken wird hier nicht im rationalen Dialog die Irrationalität der Sätze aufgezeigt, sondern mit diesen Sätzen solange gespielt, bis alternative und bislang unterdrückte, ermutigendere Sätze ins Bewusstsein rücken.

Für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in der Systemischen Therapie/Familientherapie gibt es eine große Bandbreite spezifischer Behandlungstechniken (Retzlaff, 2002, 2005, 2006).

#### 4.4. **Schlusskommentare, Schlussinterventionen, Reflektierendes Team**

Viele Systemische Therapeuten nutzen die Möglichkeit, am Ende der Sitzung den Klienten Abschlusskommentare und -interventionen mit auf den Weg zu geben. In einer vorgeschalteten, kurzen Pause von etwa zehn Minuten ordnen die Therapeuten die erhaltenen Informationen, modifizieren eventuell ihre Hypothesen, reflektieren ihre Neutralität oder Parteilichkeit und entwerfen einen *Schlusskommentar*, der in der Regel direkt anschließend mündlich mitgeteilt wird. Inhaltlich beginnen sie meist mit einer positiven Konnotation, d.h. einer Anerkennung vorhandener Ressourcen und gezeigten Besserungen oder einer positiven Umdeutung des Problemerkislaufs.

Bei Klientensystemen, die deutliche Veränderungsbereitschaft signalisieren, können dann *Handlungsvorschläge* folgen, die zum Experimentieren einladen. Anregungen und Aufgaben dienen dazu, vertraute Muster zu unterbrechen und neue Ideen und Herangehensweisen zu ermöglichen (Haley, 1976). *Paradoxe Interventionen* sind eine andere klassische Methode der Systemischen Therapie/Familien-

therapie (Weeks & l'Abate, 1985; Nardone, 1997), bei der die Klienten gebeten werden, ein Symptom absichtlich herbeizuführen oder das logische Gegenteil eines redundanten, kontraproduktiven Lösungsversuchs zu tun. Das können *Rituale* sein, z.B. Konfliktuale, Traueruale, Versöhnungsrituale, oder auch Symptomverschreibungen: Einen unerwünschten Zustand absichtlich, aber nur kurz an bestimmten Orten oder zu bestimmten Zeiten herbeizuführen. In „*So-tun-als-Ob*“-*Aufgaben* wird das Klientensystem aufgefordert, ein symptomatisches oder Problemverhalten in einem paradoxen Rollenspiel absichtlich zu zeigen und die Funktion des Symptoms zu erhalten, ohne dass tatsächlich Beschwerden vorliegen müssen.

Bei weniger veränderungsmotivierten Klientensystemen empfehlen sich *Beobachtungsaufgaben*, z.B. bei häufig heftig streitenden Paaren: am Ort der häufigsten Streits ein Tonband aufstellen, das den Streit aufzeichnet und später von jedem der beiden allein und in Ruhe angehört werden soll. Dies ruft eine heftige Konfrontation und Infragestellung bisheriger redundanter Problemmuster hervor.

Bei sehr unterschiedlichen Vorstellungen im Klientensystem kann auch ein *therapeutisches Splitting* die Klienten gleichzeitig mit mehreren Sichtweisen und Lösungs-ideen konfrontieren, die z.B. zunächst die Seite der Veränderung betonen, um später die positiven Aspekte des Vorhandenen hervorzuheben und eventuell vor zu vielen und zu schnellen Veränderungen zu warnen.

Alternativ zum Team hinter einer Einwegscheibe hat das häufig als partizipativer

empfundene „*Reflektierende Team*“ zunehmende Verbreitung gefunden (Ander- sen, 1990; Hargens & v. Schlippe, 1998). Das zwei- bis dreiköpfige Reflektierende Team sitzt mit im selben Raum und wird während des Interviews um eine Zwischenreflektion gebeten, welcher der Therapeut und Klientensystem gemeinsam zuhören, um danach über die darin enthaltenen Anregungen weiterzudiskutieren.

#### 4.5. **Settings und Verläufe: Variationen**

*Teilnehmerkreis*: An Systemischen Therapien nehmen nicht zwangsläufig alle im Haushalt lebenden Familienmitglieder teil. Vielmehr kommt jeweils, wer zur Auflösung des Problemsystems aktuell beitragen kann und dazu bereit ist. Je nach aktuellen Therapieerfordernissen kann der Teilnehmerkreis von Sitzung zu Sitzung auch wechseln. So beginnen Therapien mit älteren Jugendlichen oft im Familiensetting und gehen später in Einzelsitzungen oder Sitzungen mit Geschwistern oder wichtigen Freunden über.

„*Lange Kurzzeit-Therapie*“: Systemische Familientherapien verlaufen oft über 5-20 Sitzungen, sinnvollerweise als Doppelstunden. Zwischen den Sitzungen werden Abstände von meist zwei bis vier Wochen, im späteren Verlauf bis zu einem viertel, halben oder auch ganzen Jahr eingelegt. Die Sitzungen sollen Anregungen erzeugen, zu deren Umsetzung Lebenszeit außerhalb der Therapie erforderlich ist. Als Regel gilt: je mehr sich gerade verändert, um so dichtere Zeitabstände, insbesondere in gefährdenden Krisensituationen; je weniger sich verändert, umso längere Zeitabstände. Systemische Therapien verlaufen mit diesen z.T. langen Abständen oft über ein bis zwei Jahre, weshalb sie als

**PSYCHOHOLIC®**  
Psychologie & Neue Medien

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

**DiagnoPro** - Das Computerprogramm für die schnelle und einfache Erstellung individueller Berichte

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

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

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

„lange Kurzzeit-Therapien“ angesehen werden können.

**Setting-Vielfalt:** Behandlungen können auch als Systemische Einzeltherapie (Bertrando & Boscolo, 2000), Systemische Paartherapie (Jones & Asen, 2002; Welter-Enderlin & Jellouschek, 2002) aufsuchende Familientherapie (Pittmann et al., 1966; Conen, 2002), als multisystemische Netzwerk-Therapie (Henggeler & Swenson, 2005) und im Einzelfall in großen Netzwerk-Treffen (Speck & Attneave, 1973), als Multi-Familien-Therapie (Laqueur, 1969; Asen et al., 2001) oder als Systemische Gruppentherapie (Schmidt, 2001; Gerland, 2006) durchgeführt werden.

**Stationäre Konzepte:** In der stationären Psychiatrie kann das Verfahren als gemeinsame Behandlungsphilosophie ganzer Aufnahmestations-Teams genutzt werden. Im Projekt SYMPA („Systemtherapeutische Methoden psychiatrischer Akutversorgung“) wurden der regelmäßige Einbezug der Familien als Behandlungs-Mitplaner, eine systemische Fallbesprechungskultur (teilweise in Anwesenheit der Patienten) sowie das Verhandeln mit den Patienten über Therapieziel und -planung, Medikation, Diagnose und Entlassbrief durch eine gemeinsame Weiterbildung und ein Manual in mehreren Versorgungskrankenhäusern implementiert (Schweitzer et al., 2007). Vergleichbare Konzepte liegen für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie (Rotthaus, 1998) und die stationäre Psychosomatik vor (Schmidt, 2001).

## 5. Indikation und Kontraindikation

In der Systemischen Therapie/Familientherapie sind *eher adaptive als selektive Indikationsentscheidungen* typisch. Es wird weniger gefragt, für welches Störungsbild oder welches aktuelle Probleme welche Methode angemessen ist, sondern eher, wie das Setting (Teilnehmerzahl, Sitzungsabstände, Gesprächsthemen) auf dieses Therapiesystem inklusive Störungsbild und aktuellen Problemen zugeschnitten werden müsste. Aufgrund dieser ausgeprägten *Setting-Flexibilität* lassen sich für Systemische Therapie insgesamt nur schwer

absolute Indikationen wie Kontraindikationen benennen – Teilnehmerspektrum und Teilnehmerzahl, Sitzungsabstände und Gesprächsthemen werden immer sehr dicht an der Veränderungsbereitschaft und Belastungsfähigkeit des therapeutischen Systems angepasst.

Anders ist dies bei systemtherapeutischen *Mehrpersonensettings* wie der Paar- oder der Familientherapie. Familientherapie als Mehrpersonen-Setting ist indiziert, wenn der Einbezug der Familie von dieser selbst gewünscht wird, wenn Wechselwirkungen zwischen familiärer Interaktion und Krankheitsgeschehen offenkundig sind, wenn eine Person in starker Abhängigkeit von Angehörigen lebt, oder wenn familiäre Ressourcen gezielt aktiviert werden sollen (Henning, 1991; Scheib & Wirsching, 2004). Kontraindiziert sind systemische Mehrpersonensettings (wie Paar- und Familientherapie) dann, wenn dem Therapeuten die nötige Qualifikation für die Führung von Mehr-Personen-Therapien fehlt, und überall dort wo die Gefahr besteht, dass Offenheit im Therapiegespräch später mit Gewalt, Missbrauch oder Repression beantwortet werden könnte, z.B. in Fällen von Kindesmissbrauch und häuslicher Gewalt.

Trotz der eher an Kommunikation und Lebenswelt denn an der Symptomatik orientierten, systemtherapeutischen Arbeitsweise sind in den letzten Jahren zahlreiche *störungsspezifische Konzepte* vorgelegt worden, u. a. zur Einzeltherapie bei Angst- und Zwangsstörungen (Nardone, 1997), bei Essstörungen (Nardone, 2003), zur Paartherapie bei sexuellen Störungen (Clement, 2004; Welter-Enderlin, 1994); zur Therapie mit Trauma-Patienten allgemein (Everstine & Everstine, 1983) und speziell bei sexuellem Missbrauch (James & Nasijiet, 1983; Madanes, 1990/1997; Trepper & Barret, 1989) und schließlich zur Arbeit mit Sexualstraftätern (Eddy, 1991; Gruber & Rotthaus, 1999; Madanes, 1990; Rotthaus & Gruber, 2004).

Publizierte systemtherapeutische *Manuale* liegen vor zu den Störungsbildern Depression, Störungen des Sozialverhaltens, Substanzstörungen und zu schweren psychiatrischen und somatischen Krisen des

Jugendalters einschließlich Suizidalität (Szapocznik et al., 2003; Jones & Asen, 2002; Ollefs & v. Schlippe, 2005).

Das störungsspezifische Vorgehen mit erwachsenen Psychiatrie-Psychotherapie-Patienten wird detailliert bei Perlmutter (1995) und Ruf (2005) beschrieben. Schweitzer und v. Schlippe (2006) beschreiben störungsspezifisches systemtherapeutisches Vorgehen bei 23 Störungsbildern, einschließlich solcher aus der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und der Familienmedizin.

Für die besonderen Bedürfnisse von sozioökonomisch benachteiligten „*Multi-problemfamilien*“ sowie von *Migranten* und Angehörigen verschiedener ethnischer Gruppen hat die Systemische Therapie/Familientherapie seit ihren Anfängen bis heute zahlreiche bewährte Konzepte der gemeindebezogenen und aufsuchenden Familientherapie entwickelt (Conen, 2002; Minuchin et al., 1967; Minuchin et al., 2000), die soziale und ethnische Randgruppen gut erreichten (Grawe et al., 1994). Bei einem stetig wachsenden Ausländeranteil in der deutschen Bevölkerung liegt hier ein für die Zugangsgerechtigkeit bedeutsames Versorgungspotenzial.

Wo Patient und/oder Familie Behandlungswünsche vorbringen, die in anderen Verfahren angemessener angeboten werden – etwa nach intensiver biographischer Reflexion, nach Kompetenztraining und Übungsverfahren –, sollte im Erstgespräch über entsprechende Behandlungsalternativen aufgeklärt werden. Systemische Familientherapie ist naturgemäß nicht immer als alleinige Intervention hinreichend; bei schweren psychotischen und somatischen Störungen ist die Kombination mit anderen psychotherapeutischen oder pharmakologischen Interventionen optimal.

## 6. Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie

Nach der aktuellen Meta-Inhaltsanalyse von v. Sydow et al. (2007) ist die Wirksamkeit Systemischer Therapie/Familientherapie mit

43 (von 50) randomisierten kontrollierten Studien bei kindlichen und jugendlichen Indexpatienten u.a. gut belegt für Störungen des Sozialverhaltens und jugendlicher Delinquenz, Substanzstörungen, Essstörungen, Hyperaktivitätsstörungen sowie schweren psychischen Krisen. In Kombination mit anderen Interventionen ist Systemische Therapie/Familientherapie bei Kindern und Jugendlichen auch indiziert bei psychischen Problemen mit der Bewältigung chronischer Krankheiten und Schizophrenie.

Bei erwachsenen Indexpatienten ist die Wirksamkeit Systemischer Paar- und Familientherapie mit 27 (von 33) randomisierten kontrollierten Studien u.a. bei Depressionen, Substanzstörungen (Alkohol, illegale Drogen), Schizophrenie und psychischen Problemen bei der Bewältigung chronischer Krankheiten (z.B. Krebs, Herzinfarkt, HIV/AIDS: jeweils in Kombination mit medizinischer Standardbehandlung) empirisch gut belegt. Bemerkenswert ist, dass die Wirksamkeit der Systemischen

Therapie/Familientherapie gerade bei schweren Störungsbildern gut nachgewiesen ist.

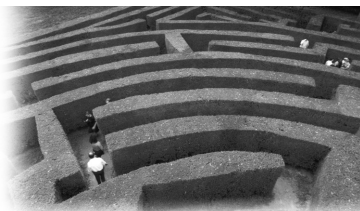
Systemische Therapie/Familientherapie scheint jenseits der Beeinflussung der Leitsymptomatik einige spezifische, störungsübergreifende Wirksamkeits-Charakteristika aufzuweisen: Die Drop-Out-Raten sind meist geringer als bei anderen Interventionen (Coatsworth et al., 2001; Santisteban et al., 1996; Stanton & Shadish, 1997; Szapocznik et al., 1988). Es gelingt, gerade Familien mit Jugendlichen, die besonders schwere dissoziale Störungen zeigen, verstärkt in der Therapie zu halten (Coatsworth et al., 2001). Auch die Patientenzufriedenheit ist bei Systemischer Therapie/Familientherapie meist höher als bei anderen Verfahren (Harrington et al., 1998; Henggeler et al., 1996; Szapocznik et al., 1988; Jones und Asen, 2002).

Bei zwei Störungsgruppen ist Systemische Therapie/Familientherapie der am umfangreichsten untersuchte Therapieansatz.

Bei Drogenkonsumstörungen weist er die positivsten Ergebnisse auf (s. auch Deas & Thomas, 2001; Stanton & Shadish, 1997). Auch bei Essstörungen ist Systemische Therapie/Familientherapie sowohl im Familien- als auch im Einzeltherapie-Setting der am häufigsten evaluierte und erfolgreichste Therapieansatz (s. auch Krautter & Lock, 2004).

Bei dissozialen Störungen und Delinquenz reduziert Systemische Therapie/Familientherapie – insbesondere Multisystemische Therapie – die Zeit, die jugendliche Delinquente in Institutionen verbringen sowie die Wahrscheinlichkeit weiterer Festnahmen und wirkt damit auch auf Gesellschaftsebene Kosten sparend (s. auch Woolfenden et al., 2001; Curtis, Ronan & Borduin, 2004).

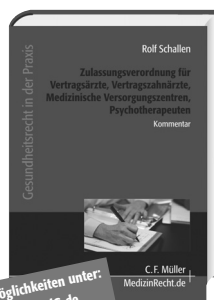
Aus den USA und einer deutschen Studie liegen Hinweise auf die hohe Kosteneffektivität der Systemischen Therapie/Familientherapie vor (s. Crane 2007, in diesem Heft).



## Neue Wege:

**Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten**  
Kommentar

Von Dr. Rolf Schallen. 5., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. 2007. XVIII, 649 Seiten. Gebunden. € 58,-. ISBN 978-3-8114-3348-9



Neue Möglichkeiten unter [www.VAendC.de](http://www.VAendC.de)

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) eröffnet neue Möglichkeiten. Es wird nicht nur die niedergelassene Tätigkeit nachhaltig ändern. Auch für Krankenhäuser und Krankenhausärzte sind diese Änderungen wichtig, da die Sektorengrenzen weitestgehend aufgehoben werden.

Verlagsgruppe Hühlig Jehle Rehm GmbH,  
Im Weiher 10, 69121 Heidelberg,  
Kundenbetreuung München:  
Bestell-Tel. 089/54852-8178, Fax 089/54852-8137,  
E-Mail: [kundenbetreuung@hjr-verlag.de](mailto:kundenbetreuung@hjr-verlag.de)

C.F. Müller  
MedizinRecht.de

**neue Perspektiven?**  
**Kreative Kammerpunkte?**  
**fortbildung1.de**  
**christian-belser-str. 79a • 70597 stuttgart • fon 0714 6781 421 • info@fortbildung1.de**  
**akkreditert:**  
 lösungsorientierte therapie - systemische methoden - partherapie - körperlich - traunabewältigung - somatic experienting - qualitätsmanagement - emotional freedom techniques - krisenmanagement - gestalttherapie - ipt - emdr  
**DozentInnen:**  
 christof eschenröder, getrud fahnenbrück, michaela klein-schneider, michael märtens, georg pieper, thijof schneider, elisabeth schramm, elke weigel u.a.

## 7. Versorgungsrelevanz

Systemische Therapie/Familientherapie ist in den USA und den meisten europäischen Ländern (z. B. Finnland, Italien, Polen, Schweiz, Schweden, Ungarn, UK) ein anerkanntes Psychotherapieverfahren (Conen, 2002; Kaslow, 2000a; Kaslow, 2000b; Pisarsky, 2002) und auch in Deutschland weit verbreitet. Nach Erhebungen mehrerer Landespsychotherapeutenkammern wird die Systemische Therapie/Familientherapie von rund einem Viertel bis einem Drittel der approbierten Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in Institutionen arbeiten, praktiziert (16,5% Rheinland-Pfalz, 27% Nordrhein-Westfalen, 27,1% Niedersachsen, 37% Baden-Württemberg; Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, 2005). In einer groß angelegten internationalen Studie identifizierten sich 21% der befragten Psychotherapeuten (auch) mit dem systemischen Ansatz; 34% arbeiteten (auch) mit einem Paar- und 28% mit einem Familiensetting (Orlinsky & Ronnestad, 2005).

Derzeit haben 12,5% der niedergelassenen approbierten und kassenzugelassenen Kinder-/Jugendlichen- und Erwachsenen-Psychotherapeuten in Deutschland eine abgeschlossene systemische Therapieweiterbildung. 24,5% geben an, dass Systemische Therapie/Familientherapie für ihre praktische Arbeit einen hohen Nutzen habe; 41% bejahen die Aussage, dass diese ihre persönliche therapeutische Identität präge (Psychotherapeutenkammer BW, 2005; Psychotherapeutenkammer NRW, 2004; Psychotherapeutenkammer RLP, 2005; Schindler & v. Schlippe, 2006).

Im stationären Bereich gehört Familientherapie seit 1991 nach der Personalverordnung Psychiatrie zum Regelangebot aller psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken (BMG 1990). Bei einer bundesweiten Erhebung der „Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e.V.“ (2002) gaben 90% der Klinikleiter an, dass in ihrer Einrichtung (auch) Familientherapie/Systemische Therapie durchge-

führt wird. Ferner werden systemische Ansätze in Deutschland auch in Suchtkliniken und in psychosomatischen Akut- und Rehabilitationskliniken häufig und erfolgreich eingesetzt.

An Erziehungs- und Familienberatungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche, an denen eine große Zahl approbierter Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten arbeitet (Bundeskongress für Erziehungsberatung/BKE, 2005), geben 60% der Fachmitarbeiter an, über eine systemische bzw. familientherapeutische Zusatzqualifikation zu verfügen (Mitteilung von Herbert Schilling, Geschäftsstelle der BKE, 2005; s. auch [www.bke.de](http://www.bke.de)).

## 8. Wie könnte die Integration der Systemischen Therapie/Familientherapie die kassenfinanzierte Psychotherapie beeinflussen? – Eine Zukunftsvorstellung

Wir sehen die Systemische Therapie/Familientherapie langfristig als integrierten Teil stationärer und ambulater Kassenpsychotherapie, dort noch stärker als Basisphilosophie und Grundlagungsverfahren denn als hochspezialisiertes Zusatzverfahren und in dichter Kooperation mit Psychotherapeuten anderer Grundorientierungen. Wir sehen in einer solchen Integration die Chance, die gute Qualität des bisherigen Versorgungssystems in einigen wichtigen Aspekten noch weiter zu erhöhen.

1. Der soziale Lebenskontext der Patienten gerät noch stärker in den Blick. Angehörige werden in einem doppelten Sinne intensiv einbezogen: Ihr Leiden an der Symptomatik des Patienten wird direkter mitbehandelt; ihr Engagement und ihre lange Kenntnis des Patienten werden stärker für die Behandlung genutzt. Davon profitieren insbesondere Familien mit mehreren psychisch erkrankten Mitgliedern, und es trägt zu einem verlässlicheren und längeren Verbleib gerade schwankend motivierter Patienten in der Therapie bei.

2. Die ausgeprägte Kontext-, Lösungs- und Ressourcenorientierung mit ihrem Blick auf „das Gute im Schlechten“ sowie der Ansatz, nicht ganze Menschen, sondern „bloß Kommunikationen“ zu verändern, tragen zu einem tendenziell optimistischen und gelassenen Herangehen auch an schwierige klinische Probleme bei.

3. Gerade Patienten mit jenen Diagnosen, die in der Kassenpsychotherapie bislang noch eine Randstellung einnehmen, und auf die sich die Systemische Therapie spezialisiert hat, könnten stärker in den Fokus geraten. Dazu gehören Süchte, Essstörungen, Psychosen, chronische körperliche Krankheiten, Störungen des Sozialverhaltens und Delinquenz. Störungübergreifend gehören dazu Patienten aus Migrantenfamilien und aus Unterschichtmilieus.

4. Als „lange Kurzzeittherapie“ bietet sie vermehrt niedrig frequente Therapieverläufe über längere Zeiträume an, wie sie besonders Patienten mit chronischen und/oder chaotischen Krankheitsverläufen brauchen können.

5. Als kooperationsorientierter Ansatz reflektiert sie die Beziehung zwischen verschiedenen Behandlern und hilft durch kooperationsfördernde Settings („Familie-Helfer-Konferenzen“) das Case-Management bei komplexeren Psychotherapiefällen überschaubarer zu machen.

## 9. Ausblick

International und in Deutschland hat sich die Systemische Therapie/Familientherapie neben den psychodynamischen, kognitiv-behavioralen und humanistischen Psychotherapieverfahren etabliert und wird von einem großen Teil der in Deutschland approbierten Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendpsychotherapeuten bereits parallel zu den Richtlinienverfahren eingesetzt (Schindler & v. Schlippe, 2006). Der sozial- und berufsrechtliche Status der Systemischen Therapie/Familientherapie wird dieser Bedeutung des Verfahrens derzeit noch nicht gerecht. Es gilt daher Wege zu finden, wie sie als Ergänzung der derzeit etablierten Verfahren, über die vielen bereits existierenden ermutigenden

Einzelverfahren hinaus, auch strukturell in die Kassenpsychotherapie integriert werden kann.

### Literatur

- Altmeyer, S. & Kröger, F. (2003). *Theorie und Praxis der systemischen Familienmedizin*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Andersen, T. (1990). *Das reflektierende Team*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Asen, E., Dawson, N. & McHugh, B. (2001). *Multiple Family Therapy: The Marlborough Model and its wieder applications*. London: Karnac.
- Bertrando, P. & Boscolo, L. (2000). *Systemische Einzeltherapie* (2. Aufl.). Heidelberg: Carl Auer.
- Boss, P. (2002). *Family stress management- A contextual approach*. Sage: Thousand Oaks.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (1973). *Invisible loyalties*. New York: Harper & Row; (deutsch: Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (1981). *Unsichtbare Bindungen*. Die Dynamik familiärer Systeme. Stuttgart: Klett-Cotta).
- Bowen, M. (1975). Theory in the practice of psychotherapy. In P.J. Guerin (Hrsg.), *Family Therapy: Theory and Practice*. New York: Gardner Press.
- Bräutigam, B. (2006). Gibt es eine systemische Traumatherapie? *Psychotherapie im Dialog*, 7 (4).
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung/ BKPE. (2005). Persönliche Mitteilung von Herbert Schilling, Geschäftsstelle der BKE. S. auch [www.bke.de](http://www.bke.de).
- Bundearbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e.V. (2002). *Zur Versorgungssituation der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland*. Weinsberg.
- Campbell, T. L. (2000). Familien und Gesundheit: Zum Stand der Forschung. In F. Kröger, A. Hendriscke & S. McDaniel (Hrsg.), *Familie, System und Gesundheit*. (S. 225-241). Heidelberg: Carl Auer.
- Cecchin, C., Lane, G. & Ray, W. (1993). *Respektlosigkeit – eine Überlebensstrategie für Therapeuten*. Heidelberg: Carl Auer.
- Cecchin, G. (1988). Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesieren, Zirkularität und Neutralität: Eine Einladung zur Neugier. *Familiendynamik*, 13, 190-203.
- Cierpka, M. (Hrsg.). (2002). *Familien-diagnostik* (2. Auflage). Heidelberg, Berlin: Springer.
- Clement, U. (2004). *Systemische Sexualtherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Coatsworth, J. D., Santisteban, D. A., McBride, C. K. & Szapocznik, J. (2001). Brief strategic family therapy versus community: Engagement, retention and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process*, 40, 313-332.
- Conen, M. L. (2002). *Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden – Aufsuchende Familientherapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Curtis, N. M., Ronan, K. R. & Borduin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: A



**EMDR** ist eine von Dr. Shapiro (USA) entwickelte erfolgreiche Psychotherapiemethode zur Behandlung von Traumafolgeerkrankungen und ist gut integrierbar in jedes Psychotherapieverfahren. Am 6.7.06 wurde die EMDR-Methode vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als **wissenschaftliche Methode anerkannt**.

**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**  
 31.05.-02.06. + 24.08.07 **Köln**  
 14.-16.06.07 + 21.09.07 **Wiesloch (Nähe Heidelberg)**  
 07.-09.09.07 + 03.11.07 **Berlin**  
 14.-16.09.07 + 13.10.07 **München**  
 05.-07.10.07 + 24.11.07 **Stuttgart**  
 01.-03.11.07 + 14.12.07 **Köln**  
 30.11.-02.12.07 + Jan.08 **Königslutter**

**Info und Anmeldung:** **EMDR-Institut**  
 D - 51427 Bergisch Gladbach Dolmanstraße 86 b  
 Telefon: +49 - (0)22 04 - 2 58 66 w w w . e m d r . d e  
 Telefax: +49 - (0)22 04 - 96 31 82 info@emdr-institut.de

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



## Akademie für Fortbildung in Psychotherapie

**Bundesweit bedarfsorientierte Fortbildungsangebote insbesondere für approbierte PsychotherapeutInnen:**

- praxisorientiert
- wissenschaftlich aktuell
- verfahrensnah und –übergreifend
- hohe Qualitätsstandards
- gutes Preis-Leistungs-Verhältnis
- gute Erreichbarkeit
- kollegialer Austausch

**AKADEMIEN**

afp  
nord

afp  
ost

afp  
mitte

afp  
süd

afp  
west

**INTERAKTIVE**

Gehen Sie von zu Hause Ihrer Fortbildungsverpflichtung flexibel, zeitsparend und praxisnah nach.

**Weitere Informationen:**  
[www.afp-info.de](http://www.afp-info.de)

FORTBILDUNG

Das neue Fortbildungsprogramm 2006/2007 erscheint im Juni

Unsere Veranstaltungen sowie die interaktive Fortbildung sind in der Regel bei den zuständigen Landes-kammern akkreditiert.

**Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp)**  
 Bundesakademie | Postfach 13 43 | 72003 Tübingen  
 ☎ 0700 237 237-00\* | ☎ 0700 237 237-11\*  
 E-Mail: [bundesakademie@afp-info.de](mailto:bundesakademie@afp-info.de) | Homepage: [www.afp-info.de](http://www.afp-info.de)  
\*Anruferpreis aus dem Festnetz der Deutschen Telekom: zur Hauptzeit (Mo-Fr 9-18 Uhr) 0,124 Euro/Min, zur Nebenzeit 0,062 Euro/Min  
 Die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie ist eine Einrichtung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.



- meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411-419.
- Deas, D. & Thomas, S. E. (2001). An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment. *American Journal on Addictions*, 10, 178-189.
- Diamond, G., Siqueland, L. & Diamond, G. M. (2003). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: Programmatic treatment development. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 6, 107-127.
- Eddy, D. R. (1991). Eine Methode, mit Sexualtätern und ihren Opfern zu arbeiten. In W. Rotthaus (Hrsg.), *Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher*. (S. 152-162.). Dortmund: Modernes Leben.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Foerster, H. v. (1988). Abbau und Aufbau. In F. B. Simon (Hrsg.), *Lebende Systeme*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Gergen, K. (1991). *The saturated self*. New York: Basic Books (deutsch: Gergen, K. (1991). *Das übersättigte Selbst*. Heidelberg: Carl Auer).
- Gerland, A. (2006). *Narrative Gruppentherapie*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Glaserfeld, E. v. (1985). Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In P. Watzlawick (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit*. München: Pieper.
- Goolishian, H. & Anderson, A. (1988). Menschliche Systeme. Vor welche Probleme sie uns stellen und wie wir mit ihnen arbeiten. In L. Reiter, E.J. Brunner, & S. Reither-Theil (Hrsg.), *Von der Familientherapie zur Systemischen Therapie*. Berlin: Springer.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Gruber, T. & Rotthaus, W. (1999). Systemische Therapie mit jugendlichen Sexualstraftätern in einer symptomhomogenen Gruppe. *Zeitschrift für Strafvollzug*, 6, 341-348.
- Haken, H. & Schiepek, G. (2006). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Haley, J. (1976). *Problem-Solving Therapy*. New York: Harper & Row.
- Haley, J. (1977). *Direktive Familientherapie. Strategien für die Lösung von Problemen*. München: Pfeiffer.
- Hargens, J. & Schlippe, A. v. (1998). *Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und Systemische Praxis*. Dortmund: Borgmann.
- Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., McNiven, F., Gill, J., Harrington, V., Woodham, A. & Byford, S. (1998). Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 512-518.
- Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., Brondino, M. J. & Crouch, J. L. (1996). Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multi-systemic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 153, 427-428.
- Henggeler, S. W. & Swenson, C. C. (2005). Die Multisystemische Therapie. *Familien-dynamik*, 30, 128-144.
- Henning, T. (1991). *Indikationskriterien zur Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- James, B. & Nasjleti, M. (1983). *Treating traumatized children*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Jones, E. & Asen, E. (2000). *Systemic therapy and depression*. London, New York: Karnac Books; (deutsch: Jones, E. & Asen, E. (2002). *Wenn Paare leiden: Wege aus der Depressionsfalle*. Dortmund: Borgmann).
- Kaslow, F. W. (2000a). Continued evolution of family therapy: The last twenty years. *Contemporary Family Therapy*, 22, 357-386.
- Kaslow, F. W. (2000b). History of family therapy: Evolution outside of the USA. *Journal of Family Psychotherapy*, 11, 1-35.
- Krautter, T. H. & Lock, J. (2004). Treatment of adolescent Anorexia Nervosa using manualized family-based treatment. *Clinical Case Studies*, 3, 107-123.
- Kröger, F., Hendrichke, A. & McDaniel, S. (Hrsg.). (2000). *Familie, System und Gesundheit*. Heidelberg: Carl Auer.
- Laqueur, H. P. (1969). Multiple family therapy in a state hospital. *Hospital and community Psychiatry*, 20, 13-20.
- Liddle, H. A. & Rowe, C. L. (2004). Advances in family therapy research. In M. P. Nichols & R. C. Schwartz (Eds.), *Family Therapy: Concepts and methods* (6th Ed.). (S. 395-435). Boston: Allyn & Bacon.
- Ludewig, K. & Wilken, U. (2000). *Das Familienbrett. Ein Verfahren für die Forschung und Praxis mit Familien und anderen sozialen Systemen*. Göttingen: Hogrefe.
- Luhmann, N. (1992). Operationale Geschlossenheit psychischer und sozialer Systeme. In H. R. Fischer, A. Retzer & J. Schweitzer (Hrsg.), *Das Ende der großen Entwürfe*. (S. 117-131). Frankfurt: Suhrkamp.
- Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Madanes, C. (1990). *Sex, love and violence*. New York: Norton.
- Massing, A., Reich, G. & Sperling, E. (1992). *Die Mehrgenerationen-Familientherapie* (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Maturana, H. & Varela, F. (1987). *Der Baum der Erkenntnis*. München: Scherz.
- McDaniel, S., Hepworth, J. & Doherty, W. J. (1992). *Medical Family Therapy: A bio-psycho-social approach to families with health problems*. New York: Basic; (deutsch: McDaniel, S., Hepworth, J. & Doherty, W. J. (1997). *Familientherapie in der Medizin: Ein bio-psycho-soziales Behandlungskonzept für Familien mit körperlich Kranken*. Heidelberg: Carl Auer).
- McDaniel, S. H., Hepworth, J. & Doherty, W. J. (1997). *The shared experience of illness: Stories of patients, families, and their therapists*. New York: Basic Books.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. J. (1990). *Genogramme in der Familienberatung*. Bern: Huber.
- McGoldrick, M., Giordano, J. & Pearce, J. (Hrsg.). (1982). *Ethnicity and family therapy* (2. Aufl.). New York: Guilford.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S. (1977). *Familien und Familientherapie*. Freiburg: Lambertus.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B., Rosman, B. & Schumer, F. (1967). *Families of the slums*. New York: Basic Books.
- Minuchin, S., Rosmann, B. L. & Baker, L. (1991). *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Minuchin, P., Colapinto, J., Minuchin, S. (2000). *Verstrickt im sozialen Netz*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme
- Nardone, G. (1997). *Systemische Kurztherapie bei Zwängen und Phobien*. Bern: Huber.
- Nardone, G. (2003). *Systemische Kurztherapie bei Essstörungen*. Bern: Huber.
- Nichols, W. & Schwartz, R. (2004). *Family Therapy – Concepts and Methods* (6. Aufl.). New York: Pearson.
- Ollefs, B. & Schlippe, A. v. (2006/in Vorb.). Manual zum Elterncoaching im gewaltlosen Widerstand. In: Schlippe, A. v. & Grabbe, M. (Hrsg.), *Werkstattbuch Elterncoaching*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Patterson, J. M. (2002a). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, 64, 349-360.
- Penn, P. (1983). Zirkuläres Fragen. *Familien-dynamik*, 8, 198-220.
- Perlmutter, R. A. (1996). *A Family Approach to Psychiatric Disorders*. London, Washington: American Psychiatric Press.
- Pinsof, W. (1995). *Integrative problem-centered therapy*. New York: Basic Books.
- Pisarski, B. C. (2002). Systemische Therapie in Europa. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 20, 101-104.
- Pittman, F. S., Langsley, D. G., Kaplan, D. M., Flomenhaft, K. & De Young, C. (1966). Family therapy as an alternative to psychiatric hospitalization. *Psychiatric research reports*, 20, 188-95.
- Psychotherapeutenkammer BW (2005). [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de).
- Psychotherapeutenkammer NRW (2004). In Institutionen beschäftigte Kammerangehörige: Fachkunde und Tätigkeitsfelder. *Psychotherapeutenjournal*, 3 (2), 179-182.
- Psychotherapeutenkammer RLP (2005). Befragung der Kammermitglieder in Rheinland Pfalz zu qualitätssichernden Maßnahmen und Aspekten der Bedarfsplanung. *Psychotherapeutenjournal*, 4 (2), 179-182.
- Reiss, D., Steinglass, P. & Howe, G. (1993). The family's organization around the illness. In: E. Cole & D. Reiss (Hrsg.), *How do families cope with chronic illness?* (S. 173-214). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Retzlaff, R. (2002). Behandlungstechniken in der systemischen Familientherapie mit Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51, 792-810.
- Retzlaff, R. (2005). Malen und kreatives Gestalten in der Systemischen Familientherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 19-36.
- Retzlaff, R. (2006). Systemische Therapie mit Kindern. *Psychotherapie im Dialog*, 7, 16-21.
- Richter, H. E. (1963). *Eltern, Kind und Neurose*. Reinbek: Rowohlt.
- Robin A. L. & Foster S. L. (1989). *Negotiating parent-adolescent conflict: A behavioral family systems approach*. New York: Guilford Press.
- Rolland, J. S. (1994). *Families, illness and disability– An integrative treatment model*. New York: Basic Books.
- Rotthaus, W. (1998). *Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie* (2. Aufl.). Dortmund: Modernes Lernen.
- Rotthaus, W. & Gruber, T. (2004). Die systemische Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter. *Psychotherapie im Dialog*, 5, 120-127.
- Ruf, G. (2005). *Systemische Psychiatrie*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, M. W., Schwartz, S. J., LaPerriere, A. & Szapocznik, J. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use.

## Inserentenverzeichnis PTJ 1/2007

Akademie bei König & Müller, Würzburg .....	19	Parkland-Kliniken, Bad Wildungen .....	9
Akademie für ärztliche Fortbildung, Hannover .....	38	Psychoholic, Remscheid .....	11
Berufliches Trainingszentrum Rhein-Neckar, München ...	21	Psychotherapeutenkammer Berlin, Berlin .....	5
CIP-Medien, München .....	U 4	RWA, Remagen .....	37
DGVT, Tübingen .....	15	Seminar für Gruppenanalyse, CH-Zürich .....	21
EMDR, Bergisch-Gladbach .....	15	Universität Tübingen, Tübingen .....	23
Ergosoft, Hassloch .....	U 2	Verlag Hans Huber, CH-Bern .....	35
GNP-Fortbildungsstelle, Stuttgart .....	13	WIT, Tübingen .....	23
Institut für Therapeutische und angewandte Gruppenanalyse, Münster .....	24	Seminarzentrum Die Wollmarshöhe, Bodnegg .....	41
GWG, Köln .....	7	Einem Teil dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Institute bei:	
IGW, Würzburg .....	5	– Berliner Fortbildungsakademie, Berlin (B)	
IPPO, Bad Bentheim .....	7	– Psychologisches Institut, Mainz (Hessen, RPF)	
IVS, Nürnberg .....	3	– HelmStierlin Institut, Heidelberg (B, Bayern, BW, Hessen, NS, NRW, RPF)	
Klingenberger Institut, Konstanz .....	19	Wir bitten unsere Leser um Beachtung !	
Münchener Familienkolleg, München .....	43		

- Journal of Family Psychology*, 17, 121-133.
- Sarimski, K. (2001). *Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Satir, V. (1964). *Conjoint family therapy*. Palo Alto: Science & Behavior Books.
- Scheib, P. & Wirsching, M. (2004). *Paar- und Familientherapie: Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer.
- Schindler, H. & Schlippe, A. v. (2006). Psychotherapeutische Ausbildungen und psychotherapeutische Praxis kassenzugelassener Psychologischer PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichentherapeutInnen. *Psychotherapie im Dialog*, 7, 334-337.
- Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A. v., El Hachimi, M. & Jürgens, G. (2003). *Multikulturelles systemisches Arbeiten*. Heidelberg: Carl Auer.
- Schmidt, G. (2001). Kompetente jugendliche Kunden und Familien als kotheραπεutische Helfersysteme – das Hardberg-Modell einer stationären systemisch-hypnotherapeutischen Jugendlichen-Psychosomatik. In W. Rotthaus (Hrsg.), *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Schnarch, D. (2006): *Die Psychologie sexueller Leidenschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schneewind, K. A. (Hrsg.). (2000). *Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Schweitzer, J. (2006b). Sprechchor. In: S. Fliegel & A. Kämmerer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Schätze*. (S. 183-185). Tübingen: dgvt.
- Schweitzer, J., Ginap, C., Twardowski, J. v., Zwack, J., Borst, U. & Nicolai, E. (2007, in press). Training psychiatric teams to do family systems acute psychiatry. *Journal of Family Therapy*, 1.
- Schweitzer, J. & Schlippe, A. v. (2006). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II: Das störungsspezifische Wissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweitzer, J. & Weber, G. (1982). Beziehung als Metapher. Die Familienskulptur als diagnostische, therapeutische und Ausbildungstechnik. *Familiendynamik*, 7, 113-128.
- Seiffge-Krenke, I. (1996). *Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien: Belastung, Bewältigung und psychosoziale Folgen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seikkula, J. & Olson, M. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42, 403-418.
- Selvini Palazzoni, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1977). *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Selvini Palazzoni, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1981). Hypothesisieren, Zirkularität, Neutralität: drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik*, 6, 123-139.
- Sexton, T. L. & Alexander, J. F. (2003). Functional Family Therapy: A mature clinical model for working with at-risk adolescents and their families. In T. L. Sexton, G. R. Weeks & M. S. Robbins, *Handbook of family therapy*. (S. 323-350). New York & Hove: Brunner-Routledge.
- Shazer, S. de (1989a). *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Shazer, S. de (1989b). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Simon, F. B. & Rech-Simon, C. (2004). *Zirkuläres Fragen. Systemische Therapie in Fallbeispielen*. Heidelberg: Carl Auer.
- Simon, F. B. & Weber, G. (1987). Vom Navigieren beim Driften – Die Bedeutung des Kontextes der Therapie. *Familiendynamik*, 12, 355-362.
- Speck, R. & Atneave, C. (1973). *Family networks*. New York: Pantheon.
- Stanton, M. & Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of controlled comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-91.
- Stierlin, H. (1978). *Delegation und Familie: Beiträge zum Heidelberger familiendynamischen Konzept*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Stierlin, H. (2005). *Gerechtigkeit in nahen Beziehungen. Systemisch-therapeutische Perspektiven*. Heidelberg: Carl Auer.
- Sydow, K. v. (2002). Systemic attachment theory and therapeutic practice: A proposal. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9, 77-90.
- Sydow, K. v. (2005). Systemische Psychotherapie mit Familien, Paaren und Einzelnen. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Heidelberg: Springer.
- Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit der systemischen Therapie/Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Szapocznik J., Hervis O. E. & Schwartz, S. J. (2003). *Therapy manuals for drug addiction: Brief Strategic Family Therapy for adolescent drug abuse (Manual 5)*. Bethesda, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A. L., Foote, F. H., Santisteban, D., Hervis, O. & Kurtines, W. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: a strategic-structural systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 696-703.
- Szapocznik, J. & Williams, R. A. (2000). Brief Strategic Family Therapy: Twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 3, 117-134.
- Tomm, K. (1994). *Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Trepper, M. D., Piercy, F., Lewis, R., Volk, R. & Sprenkle, D. (1993). Family therapy for adolescent alcohol abuse. In T. J. O'Farrell (Ed.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions*. (S. 261-278). New York: Guilford.
- Warschburger, P. & Petermann, F. (2002). Belastungen bei chronisch kranken Kindern und deren Familien. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. (S. 479-511). Göttingen: Hogrefe.
- Weeks, G. & L'Abate, L. (1985). *Paradoxe Psychotherapie*. Stuttgart: Enke.
- Welter-Enderlin, R. (1994). „Glut unter der Asche“: Leidenschaft und lange Weile bei Paaren in Therapie. *Familiendynamik*, 19, 233-251.

Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (1996). *Systemische Therapie als Begrenzung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Welter-Enderlin, R. & Jellouschek, H. (2002). Systemische Paartherapie- ein integratives Konzept. In M. Wirsching & P. Scheib, *Paar- und Familientherapie*. (S. 199-226). Berlin: Springer.

Whitaker, C. & Keith, D. (1981). Symbolic-Experiential Therapy. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner & Mazel.

White, M. (1992). Therapie als Dekonstruktion. In J. Schweitzer, A. Retzer & H. R. Fischer (Hrsg.), *Systemische Praxis und Postmoderne*. (S. 39-63). Frankfurt: Suhrkamp.

Woolfenden, S. R., Williams, K. & Peat, J. (2004). Family and parenting inter-

ventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17 (Cochrane Review). In *Cochrane Library, Issue 3*. Chichester, UK: John Wiley and Sons.

**Prof. Dr. Jochen Schweitzer**

Institut für Medizinische Psychologie  
Zentrum Psychosoziale Medizin  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Bergheimer Str. 20  
69115 Heidelberg  
Jochen.Schweitzer-Rothers@med.uni-heidelberg.de

**Dipl.-Psych. Stefan Beher**

Fakultät für Soziologie  
Universität Bielefeld  
Postfach 10 01 31

33501 Bielefeld  
stefan.beher@uni-bielefeld.de

**Priv. Doz. Dr. Kirsten v. Sydow**

Psychologisches Institut  
Universität Hamburg  
Von-Melle-Park 5  
20146 Hamburg  
kirsten.von.sydow@uni-hamburg.de

**Dipl.-Psych. Rüdiger Retzlaff**

Institut für Psychosomatische  
Kooperationsforschung und Familien-  
therapie  
Zentrum Psychosoziale Medizin  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Bergheimer Str. 54  
69115 Heidelberg  
Ruediger.Retzlaff@med.uni-heidelberg.de

**DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HYPNOSE (DGH)**

Klingenberger Institut für Klinische Hypnose (K.I.K.H.)

Prof. Dr. Walter Bongartz

**HYPNOTHERAPIEFORTBILDUNG**

**KONSTANZ und WIESBADEN**

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

**Ort:** Konstanz Wiesbaden

**Teilnehmer:** DiplompsychologInnen,  
ÄrztInnen

**Beginn des  
curriculumms:** Konstanz: **22./23.09.2007**  
Wiesbaden: **20./21.10.2007**

**Kursinformationen/** K.I.K.H.

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

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

**Akademie bei Herbert König & Gerhard Müller**

Semmelstraße 36/38, 97070 Würzburg  
Tel.: 0931 - 46079033, Fax: 0931 - 46079034  
akademie@koenigundmueller.de  
<http://www.koenigundmueller.de>



**Aktuelle praxisrelevante Rechts-Themen für Psychologische Psychotherapeuten und Diplom-Psychologen**

**04.05.2007 D- Würzburg (Kursnr. FB070504A)**  
Dipl.-Psych. Johanna Zier 165,00 €\* / GNP-Mitglied: 157,00 €, 6 Std.; GNP-Akkr.: 7 Interdisziplinäre Kooperation; FE-Punkte: 8

**Neurofeedback bei Epilepsie**

**04.05.-05.05.2007 CH- Walzenhausen (Kursnr. FB070504B)**  
Dr. Ute Strehl, Dipl.-Psych. 328,00 € (511,00 CHF) / GNP-Mitglied: 311,00 € (485,00 CHF), 16 Std.

**Aktuelle praxisrelevante Rechts-Themen für Psychologische Psychotherapeuten und Diplom-Psychologen - Einführung in das Sozialrecht**

**05.05.2007 D- Würzburg (Kursnr. FB070505A)**  
Dipl.-Psych. Johanna Zier 165,00 €\* / GNP-Mitglied: 157,00 €, 6 Std.; GNP-Akkr.: 7 Interdisziplinäre Kooperation; FE-Punkte: 8

**Störungseinsicht (Awareness) und Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung - Modul II: Krankheitsverarbeitung**

**11.05.-12.05.2007 D- München (Kursnr. FB070511C)**  
Prof. Dr. Wolfgang Fries, Dr. Sigrid Seiler, Dipl.-Psych. Ingrid Scholler, Dipl.-Psych. Claudia Bauer, Christa Petersen 218,00 €\* / GNP-Mitglied: 207,00 €, 12 Std.; FE-Punkte: 16 Bitte Modulrabatte beachten!

**Neuropsychologie des Gedächtnisses: Von der Anatomie bis zur Therapie**

**29.06.-30.06.2007 D- Würzburg (Kursnr. FB070629A)**  
Prof. Dr. Hans J. Markowitsch, Dipl.-Psych. 298,00 €\* / GNP-Mitglied: 283,00 €, 16 Std.; GNP-Akkr.: 1.1 Grundlagenwissen; FE-Punkte: 20

**Akzeptanz als existentielle und psychotherapeutische Herausforderung**

**13.07.-14.07.2007 CH- Rheinfelden (Kursnr. FB070713A)**  
Prof. Dr. Gabriele Lucius-Hoene, Dipl.-Psych. 240,00 € (374,00 CHF) / GNP-Mitglied: 228,00 € (355,00 CHF), 12 Std.; GNP-Akkr.: 4 Psychotherapeutische Intervention

**Klinische Pharmakopsychologie - Auswirkungen chemischer und natürlicher Stoffe auf die Bewertung neuropsychologischer Testergebnisse**

**07.09.-08.09.2007 D- Würzburg (Kursnr. FB070907A)**  
Dr. Joachim P. Leonard, Dipl.-Psych. 298,00 €\* / GNP-Mitglied: 283,00 €, 16 Std.; GNP-Akkr.: 6.5 Pharmakopsychologie; FE-Punkte: 24

**Sexualstörungen nach erworbener Hirnschädigung**

**07.09.-08.09.2007 D- Würzburg (Kursnr. FB070907B)**  
Dipl.-Psych. Andrea Fahlböck 298,00 €\* / GNP-Mitglied: 283,00 €, 16 Std.; GNP-Akkr.: 4 Psychotherapeutische Intervention; FE-Punkte: 22

Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an!

\*Kosten incl. MwSt.

# Effektivitätsstudien zu den Kosten von Familientherapie\*

D. Russell Crane

Brigham Young University, Utah, USA

**Zusammenfassung:** Die vorliegende Arbeit fasst Effektivitätsstudien zur Einbeziehung familientherapeutischer Behandlungen in die medizinische Versorgung psychischer Erkrankungen zusammen. Das zur Verfügung stehende Datenmaterial stammt aus drei unterschiedlichen Quellen: 1. einer im Westen der USA (Region Utah) ansässigen großen Health Maintenance Organization (HMO, Krankenkasse) mit 180.000 Mitgliedern; 2. dem Medicaid-System (staatlicher Gesundheitsdienst für bedürftige Bürger) des US-Staates Kansas; 3. einer großen nationalen US-Krankenversicherungsgesellschaft mit neun Millionen Versicherten. Die gewonnenen Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die Einbeziehung familientherapeutischer Maßnahmen in die medizinische Versorgung die Häufigkeit von Arztbesuchen insbesondere bei Menschen, die oft einen Arzt aufsuchen, reduzieren können. Ebenso ergaben die in zwei unterschiedlichen Krankenversicherungssystemen durchgeführten Studien, dass die Einbeziehung von Familientherapie als Behandlungsform die Gesundheitskosten nicht ansteigen lässt.

Die Familientherapie hat sich als eine wirksame Psychotherapieform bei einer Anzahl psychischer Störungen wie Affektive Störungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Verhaltensstörungen und Delinquenz, Verhaltens- und emotionalen Störungen in der Kindheit, bei häuslicher Gewalt, bei körperlichen Erkrankungen sowie schweren psychischen Krankheiten erwiesen (s. Carr, 2000; Sprenkle, 2002; Stratton, 2005).

Wirksamkeitsforschung, die auf kontrollierten experimentellen und klinischen Untersuchungen unter vorgegebenen Bedingungen beruht, befasst sich jedoch nicht in angemessener Weise mit der Wirksamkeit von Familientherapie unter Alltagsbedingungen. Während Behandlungsformen, die sich im Labor als wirksam erweisen, unter idealen und sorgfältig kontrollierten Laborbedingungen aussagekräftige Ergebnisse ergeben können, ist die Wiederholung derselben Behandlung in der Versorgungspraxis sehr viel schwieriger. Außerdem gibt es nur wenige bekannte

Studien, die sich mit den Kosten, die durch die Einbeziehung familientherapeutischer Maßnahmen in die psychotherapeutische Versorgung unter Alltagsbedingungen entstehen, befassen.

Obwohl die Wirksamkeitsnachweise für familientherapeutische Behandlungen offensichtlich gut sind, sind erst sehr wenige Studien durchgeführt worden, die sich mit der Kostenfrage bei der Anwendung dieser Therapieform als eine Behandlungsoption in den Versicherungssystemen für körperliche und psychische Erkrankungen befassen. Deshalb zögerten manche amerikanischen Politiker sehr, die Familientherapie als Leistung in das Gesundheitssystem mit einzubeziehen, denn man weiß wenig über die ökonomische Belastung durch dieses zusätzliche Angebot.

Zur besseren Einschätzung des Kostenproblems wurde eine Reihe von Effektivitätsstudien durchgeführt, die die wirtschaftlichen Auswirkungen der Aufnahme von Familientherapie in das vorhandene

Gesundheitssystem untersuchen (z.B. Crane, Hillin & Jakubowski, 2005; Law & Crane, 2000; Law, Crane & Berge, 2003). Die Effektivitätsforschung befasst sich mit „echten“ psychotherapeutischen Leistungen, die von Praktikern an „normalen“ Menschen erbracht werden, oder anders ausgedrückt: mit der Wirkung von psychotherapeutischen Dienstleistungen, die unter den gleichen Bedingungen erbracht werden wie die der allermeisten Psychotherapien.

Der Vorteil von solchen Effektivitätsstudien ist, dass echte existierende Patienten unter echten Behandlungsbedingungen Forschungsgegenstand sind. Der Nachteil dieser Art von Studien ist, dass sie von Natur aus schwer zu steuern sind, weil sie natürliche Therapien unter natürlichen Bedingungen untersuchen, die kaum experimenteller Kontrolle unterliegen. Weil die Behandlungsbedingungen nicht experimentell kontrolliert werden können, sind Ursache-Wirkungs-Aussagen nicht möglich. Selbst wenn Ergebnisse sehr überzeugend wirken, ist bei der Interpretation Vorsicht geboten; es geht um Zusammenhänge, nicht um Ursachen oder Wirkungen.

Die in den Effektivitätsstudien untersuchten Daten stammen aus drei Quellen: 1. einer im Westen der USA (Region Utah) gelegenen Health Maintenance Organization (HMO, Krankenkasse) mit 180.000 Teilnehmern; 2. dem Medicaid System (Gesundheitsdienst für Bedürftige) des

\* Übersetzung von Dipl.-Übers. Angelika Engberding, Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Bergheimer Str. 54, 69115 Heidelberg.

Therapieform	Anzahl d. Patienten	% Abnahme der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
Kombinierte Ehe- u. Familientherapie	272	-21,5*
Ehe-/Paartherapie	52	-21
FTIP – Familientherapie mit Indexpatient	60	-9,5
FTOP - Familientherapie Angehöriger als Indexpatient	60	-30,5
Einzeltherapie	60	-10
Vergleichsgruppe	60	+12,2
*p < .05		

Tabelle 1

Staates Kansas/USA und 3. einer großen nationalen US Health Insurance Company (US-Krankenversicherungsgesellschaft) mit mehreren Millionen Versicherten.

### 1. Studie mit einer Health Maintenance Organization (HMO)

Die erste Studien-Reihe befasste sich mit einer möglichen Kostenreduktion durch Ehe-

/Paar- und Familientherapie, die von einer großen kommunalen HMO-Versicherung angeboten wurden. Eine Kostenreduktion findet dann statt, wenn Patienten nach einer Psychotherapie oder einer psychotherapeutischen Intervention weniger medizinische Maßnahmen in Anspruch nehmen.

Die HMO-Krankenversicherung (HMO), mit der die ersten Studien über eine solche Kostenreduktion durchgeführt wur-

den, war typisch für viele andere Versicherungssysteme in den USA. Arbeitnehmer und Arbeitgeber vereinbarten vertraglich mit der HMO-Kasse, dass diese die gesamte Behandlung bei allen körperlichen oder seelischen Erkrankungen übernimmt. Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen jeweils zur Hälfte die festgesetzten monatlich anfallenden Beiträge.

Vertreter nahezu aller Fachgebiete des Gesundheitswesens sind bei der HMO angestellt und für die medizinische Versorgung der Versicherten zuständig. Alle Behandler verfügen über eine behördliche Zulassung des jeweiligen Bundesstaates, in dem sie die medizinische Versorgung anbieten.

Unterlagen der HMO standen in Form von Krankenakten aller Personen, Paare und Familien, die Hilfe bei psychischen Erkrankungen in Anspruch genommen hatten, zur Verfügung. Unterlagen über

## Aus- und Weiterbildung in Gruppenanalyse

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

### LeiterInnen der Selbsterfahrung:

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

Das SGAZ ist eine anerkannte Weiterbildungsstätte der Sektion Gruppenanalyse im DAGG.

Die Teilnehmenden kommen aus Deutschland, der Schweiz und Österreich und haben vorwiegend einen medizinischen, psychologischen oder anderen beruflichen Hintergrund.

Interessierte können an einem Einführungsworkshop am 8./9. September 2007 teilnehmen.

Weitere Informationen und Anmeldungen bei:

Seminar für Gruppenanalyse Zürich

SGAZ

Quellenstrasse 27

CH-8005 Zürich

Tel. +41 44 271 81 73

E-mail: [sgaz@bluewin.ch](mailto:sgaz@bluewin.ch)

[www.sgaz.ch](http://www.sgaz.ch)



### Neues Angebot für Menschen mit psychischen Problemen

- Individuell zugeschnittenes berufliches Training
- Intensive psychosoziale, verhaltenstherapeutische Begleitung
- Reintegration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt

### Nähere Informationen:

Berufliches Trainingszentrum  
Rhein-Neckar gGmbH

Zweigstelle München

Leitung Christina Henner  
Seidlstr. 30  
80335 München

Fon 0 89 / 8 90 48 74 20

Fax 0 89 / 8 90 48 44 49

[christina.henner@btz.srh.de](mailto:christina.henner@btz.srh.de)

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



Therapieform	Anzahl d. Patienten	% Abnahme der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
MFT – kombinierte Ehe- u. Familientherapie	43	-53*
Ehe-/Paartherapie	15	-50*
FTIP - FT Indexpatient	12	-50*
FTOP - FT Angehöriger als Indexpatient	16	-57*
Einzeltherapie	22	-48*
*p = < .05		

Tabelle 2

die medizinischen Behandlungsmaßnahmen von Einzelpersonen wurden sechs Monate vor, während und nach der Psychotherapie erhoben. In diesen Studien war die Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen Maßnahmen die abhängige Variable. Ambulante Besuche wurden definiert als medizinische Maßnahmen bei Krankheit oder Unfällen, Verletzungen, bei der Behandlung mit Psychopharmaka, körperlichen Routineuntersuchungen, Akutbehandlungen und Labor- oder röntgenologischen Untersuchungen. Daten über Notfallaufnahmen, allgemeine rezeptpflichtige Verschreibungen und stationäre Behandlungen standen nicht zur Verfügung.

Teilnehmer an der Studie wurden zufällig aus der Gruppe ausgewählt, die Einzel-, Ehe- oder Familientherapie in Anspruch genommen hatten. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, musste für eine Zuweisung zu einer der Gruppen das Verhältnis der überwiegenden Therapieform zu anderen Therapieformen mindestens 3:1 sein (Einzel-, Ehe-/Paar- oder Familientherapie).

Es wurden fünf unterschiedliche Therapieformen berücksichtigt: 1. Ehe-/Paartherapie, 2. Familientherapie mit einem Indexpatienten (family therapy identified patient – FTIP; der Indexpatient war der „Grund“ für die Inanspruchnahme einer Familientherapie), 3. Familientherapie mit einem Angehörigen des Versicherten als Indexpatient (family other patient – FTOP; die untersuchten Versicherten waren also nicht selbst Indexpatient), 4. Patienten mit Einzeltherapie und 5. einer Vergleichsgruppe von HMO-Versicherten, die keine Psychotherapie – gleich welcher Art – in Anspruch genommen hatten.

### **HMO-Studie 1 (Law & Crane, 2000):**

In dieser Studie wurde die Häufigkeit der Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen bei den Gruppen, die sich den unterschiedlichen Therapieformen unterzogen hatten, über die Zeiträume sechs Monate vor der Therapie, sechs Monate nach Beginn der Therapie und ein Jahr nach Abschluss der Therapie miteinander verglichen. Die gewonnenen Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Familientherapie mit einer signifikanten Abnahme der Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen ein Jahr, nachdem die Therapie begonnen hatte, einhergeht.

### **HMO- Studie 2 (Law, Crane & Mohlmann-Berge, 2003):**

„High utilizers“ (Patienten mit einer hohen Inanspruchnahme-Rate und hohen Behandlungskosten), d.h. Personen, die viermal oder öfter während des sechsmonatigen Zeitraums einen Arzt aufsuchten, wurden stichprobenweise ausgesucht. Bei der Analyse der Häufigkeit der Arztbesuche dieser Personen war es nicht möglich, zwischen chronischen Erkrankungen und der Somatisierung von emotionalen Sorgen zu unterscheiden. Demzufolge beziehen sich die Ergebnisse sicherlich auf beide Beschwerdeformen.

Vergleicht man die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von „high utilizers“ ein Jahr vor und ein Jahr nach einer Therapie, so zeigt sich bei allen Therapieformen eine dramatische Abnahme der Inanspruchnahme.

Fazit: Ehe- und Familientherapien reduzieren allgemein die Inanspruchnahme

von medizinischen Behandlungsmaßnahmen, wobei bei der Gruppe der „high utilizers“ eine bedeutende Abnahme zu beobachten ist.

## **2. Die Medicaid-Studie**

In der zweiten an einem Gesundheitsversorgungssystem durchgeführten Studie wurden Daten aus dem Medicaid System des Staates Kansas untersucht. Medicaid ist ein bundesstaatlich gegründetes Gesundheitsfürsorge-System für bedürftige Kinder und Erwachsene mit Behinderungen. Medicaid ist die größte Krankenversicherungsorganisation für Kinder in den Vereinigten Staaten.

Schwerpunkt der ersten Medicaid-Untersuchung waren verhaltensgestörte Kinder und Jugendliche (Crane, Hillin & Jakubowski, 2005). Es wurden retrospektiv die Daten zu den Gesundheitskosten von fast 4000 multi-ethnischen Jugendlichen, die als verhaltensgestört diagnostiziert waren, ausgewertet und über einen Zeitraum von 30 Monaten zurückverfolgt. Für die Analyse standen die Gesamtkrankenkosten (einschließlich der bei psychischen Erkrankungen angefallenen Kosten) zur Verfügung.

Es handelte sich dabei um Daten von 3.753 Jugendlichen. Insgesamt erhielten 3.086 Jugendliche eine psychotherapeutische Behandlung, darunter Einzeltherapie (ohne Familientherapie), 503 erhielten aufsuchende Familientherapie und 164 reguläre Familientherapie bei ihrem Therapeuten. Für die Auswertung standen die Krankenkosten für den Zeitraum von 2 ½ Jahren nach Abschluss der Therapie zur Verfügung.

Die durchschnittlichen Krankenkosten für Jugendliche ohne Familientherapie beliefen sich auf \$ 16.260. Für diejenigen, die beim Therapeuten – also in dessen Behandlungsräumen – familientherapeutisch behandelt wurden, beliefen sich die durchschnittlichen Kosten auf \$ 11.116. Jugendliche, die beim Therapeuten familientherapeutisch behandelt wurden, wiesen im Durchschnitt ca. \$ 5.144 (32%) weniger Versorgungskosten auf als diejenigen, die nur eine Einzeltherapie erhalten hat-

Therapieform	Anzahl d. Patienten	durchschnittliche Gesamtbehandlungskosten
Keine Familientherapie	3.086	\$ 16.260*
Familientherapie beim Therapeuten	164	\$ 11.116*
Aufsuchende Familientherapie	503	\$ 1.622*
*p = < .01		

Tabelle 3

ten. Diejenigen, die aufsuchende Familientherapie erhalten hatten wiesen im Nachuntersuchungszeitraum ca. \$ 1.622 Kosten auf. Das heißt, Jugendliche, die aufsuchende Familientherapie erhalten hatten, verursachten die geringsten Kosten von allen Gruppen, durchschnittlich mindestens 85% weniger als bei Therapien in den Räumen des Therapeuten und 90% weniger als Jugendlichen, die keine Familientherapie erhalten hatten.

In der zweiten Medicaid-Untersuchung wurde geprüft, in welchem Maße eine Familientherapie die Gesamtkosten für die medizinische Versorgung von als schizophoren diagnostizierten Erwachsenen beeinflusst (Christenson, Crane & Hillin, in Vorbereitung). Mit Hilfe von Daten von Medicaid Kansas wurden zwei Pfadanalysen der Kosten für die medizinische Behandlung von 164 Patienten, die an einer Familienbehandlung teilgenommen hatten, geprüft. Die Ergebnisse zeigten eine signifikante indirekte Beziehung zwischen Familientherapien und den allgemeinen Behandlungskosten durch andere psychotherapeutische Behandlungen; es konnten Einsparungen von \$ 586 für jede Sitzung Familientherapie festgestellt werden. Zusätzlich betrug die gesamten indirekten Auswirkungen Einsparungen von \$ 580 für allgemeine medizinische Behandlungskosten und \$ 796 für Krankenhausaufenthaltskosten.

### Folgerungen:

1. Unser erstes Anliegen war es, zu überprüfen, ob die Einbeziehung von familientherapeutischen Maßnahmen in das Behandlungsprogramm für Jugendliche die Krankenkosten erhöht. Die gewonnenen Ergebnisse zeigen, dass dies nicht der Fall ist.
2. Überraschenderweise bestand ein Zusammenhang zwischen aufsuchender

Familientherapie und Jugendlichen, die weniger medizinische Behandlungsmaßnahmen in Anspruch genommen hatten als eine der beiden anderen untersuchten Gruppen.

3. Familientherapie in den Räumen des Therapeuten wurde seltener durchgeführt; aber auch hier zeigten sich niedrige Kosten als bei den Jugendlichen, die keine Familientherapie erhalten hatten.
4. Unsere zweite Studie im Medicaid System, bei der Familien mit einem Schizophrenie diagnostizierten Mitglied einbezogen waren, zeigte keine Erhöhung der Gesamtkosten für die medizinische Versorgung durch zusätzliche Familientherapie. Die Berechnung der indirekten Wirkung von Familienbehandlungen auf die Krankenhaus- und Arztkosten belegte, dass eine zusätzliche Sitzung Familientherapie mit Einsparungen von \$ 796 bzw. \$ 580 einherging.

### 3. Die CIGNA Studie

Die CIGNA ist eine große nationale US-Krankenversicherungsgesellschaft, die 37 unterschiedliche Versicherungspläne für ihre über 9 Millionen Versicherten anbietet. Für die Kostenanalyse standen die Rechnungen für ca. 3 Millionen Behandlungen wegen psychischer Erkrankungen zur Verfügung.

Die ersten Analysen ergeben folgendes Bild:

Über alle psychischen Erkrankungen und Diagnosen hinweg gilt, dass Patienten, die eine familien- oder paartherapeutische Behandlung ohne Einzeltherapie erhalten hatten, ca. 38% weniger Psychotherapiestunden benötigten als diejenigen, die ausschließlich Einzeltherapie (ohne Paar- oder Familientherapie) erhalten hatten (Crane, Bergman, Payne & Smith, in Vorbereitung; Prohofsky, 2005).

## Psychotherapie Fortbildung 2007

- **aktuelle Themen / Methoden**  
Trauma, Schmerz, Depression, Raucher, Tests, Kurzzeittherapie, Angst, Paartherapie, Rechtsfragen
- **Zusatzausbildungen**  
Hypnose, Verhaltenstherapie, Tiefenpsych., Psychodynam. PT
- **Therapie f. Kinder / Jugendl.**  
Hör- / Sprachentwicklung, ADHS, Verhaltensstörungen, Ängste, LRS, Elternarbeit
- **Supervision (DGSv)**
- **Weiterbildung Psychotherapie**  
Facharztausbildung / Zusatzbez. Verhaltensth., Tiefenpsych., Psychodyn. PT  
Psychosomat. Grundkompetenz

Universität Tübingen



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

EBERHARD KARLS  
UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN



5. **Workshopkongress**  
für Klinische Psychologie und Psychotherapie
25. **Symposium**  
der Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

17. – 19. Mai 2007  
in Tübingen

- Über 30 Workshops für Praktiker
- Wissenschaftliche Vorträge von führenden Experten
- Fortbildungspunkte

Informieren Sie sich!  
Melden Sie sich an!

www.uni-tuebingen.de/  
psychologie/kongress2007



#### 4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen:

Die Studie über die Effektivität von familientherapeutischen Behandlungen zeigte eine reduzierte Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen und stärkt die Annahme, dass das Einbeziehen familientherapeutischer Maßnahmen in die Gesundheitsprogramme die Gesamtkosten für die medizinische Versorgung nicht erhöht. Wenn diese Ergebnisse in weiteren Studien bestätigt werden, sollten die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger familientherapeutische Behandlungen für Patienten, die dies wünschen oder die von dieser Therapieform profitieren können, anerkennen.

Dieser Art von Effektivitätsstudien sind natürliche Grenzen gesetzt. Erstens sind Ursache- und Wirkungsaussagen nicht nachweisbar; nur wirklich experimentelle Designs können solche Zusammenhänge bestätigen. Zweitens sind direkte Vergleiche zwischen Gruppen, die sich unterschiedlichen Therapieformen unterzogen haben, nicht zulässig. Es ist davon auszugehen, dass es vorab Unterschiede zwischen Personen und Familien gab, die unterschiedliche Behandlungsformen erhalten hatten. Dennoch sind die gewonnenen Ergebnisse interessant, sie deuten

darauf hin, dass familientherapeutische Behandlungen effektiv sind, wenn sie unter tatsächlich existierenden Versorgungsbedingungen angewandt werden, und dass die Kosten für die Versicherungen durch die Ausweitung des Behandlungsangebotes vermutlich nicht steigen.

#### Literatur

Carr, A. (2000). Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation I. *Journal of Family Therapy*, 22, 29-60.

Christenson, J. D., Crane, D. & Hillin, H. H. (in review). *Family Intervention and Health Care Costs for Kansas Medicaid Patients with Schizophrenia*.

Crane, D. R., Bergman, D. M., Payne, S. H. und Smith, R. D. (in review). *The Costs of Providing Individual and Family Therapy: A Comparison of the Professions*.

Crane, D. R., Hillin, H. H. & Jakubowski, S. (2005). Costs of Treating Conduct Disordered Medicaid Youth with and without Family Therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 33 (5), 403-413.

Law, D. D. & Crane, D. R. (2000). The influence of Marital and Family Therapy on health care utilization in a Health Maintenance Organization. *Journal of*

*Marital and Family Therapy*, 26 (3), 281-291.

Law, D. D., Crane, D. R. & Berge, J. (2003). The Influence of Marital and Family Therapy on High Utilizers of Health Care. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (3), 353-363.

Prohovsky, J. A. (2005). *Relational Therapies and Managed Care*. Plenary presented at the annual conference of The American Association for Marriage and Family Therapy. Kansas City/KS.

Sprenkle, D. H. (Ed.). (2002). *Effectiveness Research in Marriage and Family Therapy*. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy.

Stratton, P. (2005). *Report On The Evidence Base of Systemic Family Therapy*. Association for Family Therapy.

#### D. Russell Crane, Ph.D.

Marriage and Family Therapy Program  
Brigham Young University  
257 TLRB  
Provo, UT 84602  
USA  
RussCrane@byu.edu  
www.RussCrane.com

### Gruppenanalyse

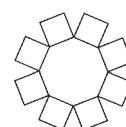
nach S. H. Foulkes

**Kurs: Gruppenleitung in der Psychotherapie**  
(Laufzeit: 2½ Jahre)

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

**Selbsterfahrung in Blockveranstaltungen**

Information und Prospekte:



**Institut für Therapeutische**  
**und**  
**Angewandte Gruppenanalyse**

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

# Kommentar zum Artikel von D. Russell Crane „Effektivitätsstudien zu den Kosten von Familien- therapie“

Rüdiger Retzlaff

Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Universitätsklinik Heidelberg

Zwischen den Gesundheitsversorgungssystemen Deutschlands und der USA bestehen zum Teil deutliche Unterschiede, es gibt aber auch eine Reihe von Gemeinsamkeiten.

In den allermeisten Staaten der USA ist Familientherapie ein staatlich anerkanntes Psychotherapieverfahren. Die psychotherapeutische Versorgung in den USA mag nicht so gut ausgebaut sein wie in Deutschland, doch viele amerikanische Bürger sind Mitglied einer privaten oder betrieblichen Krankenversicherung, die neben medizinischen Behandlungen zumindest in beschränktem Umfang auch die Kosten für Psychotherapie übernehmen. Ältere oder arme Bürger haben Zugang zu diesen Leistungen über staatlich regulierte Versicherungseinrichtungen wie Medicaid.

Viele amerikanische Krankenversicherungen bevorzugen Therapieansätze wie die Verhaltenstherapie, die stärker individuumszentriert arbeiten. Psychotherapeuten mit akademischer Ausbildung und staatlicher Berufszulassung (state licence/Approval) als Familientherapeut können familientherapeutische Behandlungen nur mit einem Teil der Krankenversicherungen abrechnen.

Anders als in den USA entscheiden in Deutschland nicht einzelne Krankenversicherungen, ob sie die Kosten für bestimmte Psychotherapieverfahren übernehmen oder nicht; die Kassen verfügen auch nicht über Zahlen zu den individuellen Behandlungskosten ihrer Versicherten. Im Gegensatz zu den USA führt eine sozialrechtliche

Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens in Deutschland nicht zu einer höheren Behandlerzahl. Bekanntlich ist die Zahl der Kassensitze weitgehend festgelegt; die Frage ist bestenfalls, ob derzeit praktizierende Psychotherapeuten ihren Patienten ein engeres oder ein breiteres Spektrum an Leistungen anbieten können.

In den USA und in Deutschland müssen Psychotherapieverfahren Nachweise ihrer Wirksamkeit erbringen, wenn die Behandlungskosten auf Dauer von Krankenversicherungen übernommen werden sollen. Amerikanische und deutsche Psychotherapieforscher hinterfragen gegenwärtig die Bevorzugung von randomisierten kontrollierten Studien als fast ausschließliches Bewertungskriterium (Heekerens, 2005; Leichsenring & Rüdiger, 2004; Revenstorf, 2005; Seligman, 1995; Sexton, Lebov, Johnson & Gurman, 2005).

Die interne Gültigkeit von RCT-Studien ist hoch; die erhobenen Therapieeffekte wie z.B. eine signifikante Reduktion von Substanzkonsum oder eine niedrige Therapieabbruchrate (Rowe & Liddle, 2003) besitzen durchaus klinische und sozialpolitische Relevanz. Doch die Übertragbarkeit von randomisierten kontrollierten Überprüfungen auf psychotherapeutische Behandlungen unter Alltagsbedingungen gilt als eher fraglich: Sie sind unter „Laborbedingungen“ entstanden, die sich deutlich von der psychotherapeutischen Versorgungspraxis unterscheiden. Klienten und Familien „im Feld“ leiden häufig nicht nur an einer einzelnen Symptomatik, sondern an einem komplexen Bündel von Beschwerden und psychosozialen Proble-

men. Bestimmte Gruppen wie chronisch Kranke oder Patienten ohne „ausreichende Sprachkenntnisse“, die für die Versorgungspraxis relevant sind, bleiben wegen der Ausschlusskriterien in Studien systematisch unberücksichtigt. Viele Praktiker behandeln schwerstkranke Menschen oder Familien mit behinderten Kindern über lange Zeiträume – es ist unklar, wie die Linderung von psychischem Leid adäquat mit randomisierten kontrollierten Überprüfungen zu erfassen wäre. Aus diesen Gründen werden als Ergänzung zu RCT-Studien Untersuchungen von psychotherapeutischen Behandlungen unter Alltagsverhältnissen gefordert.

Genau hier setzt die Arbeit von Crane an. In einer Reihe von Praxisstudien wurde die Kosten-Nutzen-Bilanz von Familientherapie untersucht, die von Psychotherapeuten unter naturalistischen Versorgungsbedingungen erbracht wurden.

Die Ergebnisse lassen sich nur mit Einschränkungen auf die Verhältnisse im deutschen Gesundheitssystem übertragen. Allerdings: Die Psychotherapieforschung ist schon lange nicht national, sondern international orientiert; die wesentlichen Prämissen des Forschungsansatzes der Studien von Crane besitzen Gültigkeit über unterschiedliche Gesundheitssysteme hinweg: Psychische und körperliche Krankheiten verursachen Kosten durch die Inanspruchnahme von medizinischen und psychotherapeutischen Maßnahmen, Fehlzeiten etc. Medizinische und psychotherapeutische Behandlungen können umgekehrt zu einer Kostenersparnis durch eine verringerte Inanspruchnahme weite-

rer Gesundheitsleistungen führen. Aus deutscher Perspektive ist nicht die Kostenreduktion in absoluten Zahlen, sondern die prozentuale Veränderung relevant.

Die Resultate sprechen für sich: Bei ganz unterschiedlichen Störungen weist Familientherapie eine günstige Kosten-Nutzen-Bilanz auf. Die enorm breite Datenbasis von über 3 Millionen Behandlungsfällen stärkt die Aussagekraft der Ergebnisse. Die Stärke der Studiendaten zur Kosten-Nutzen-Bilanz von Psychotherapie, die unter naturalistischen Bedingungen erhoben wurden, ist gleichzeitig ein methodischer Nachteil: In der „normalen“ psychotherapeutischen Versorgungspraxis werden Patienten nicht bestimmten Behandlungsbedingungen randomisiert oder parallelisiert zugewiesen. Belegt wird, dass die Gesamtbehandlungskosten für medizinische Maßnahmen nach einer Behandlung mit Familientherapie in der Folgezeit sinken. Ein direkter Vergleich zwischen den untersuchten Psychotherapieverfahren ist dagegen nicht zulässig. Wegen der Verwendung von Daten aus der Versorgungspraxis und der fehlenden Randomisierung/Parallelisierung ist nicht gewährleistet, dass in den verschiedenen Untersuchungsgruppen ähnlich schwer beeinträchtigte Patienten behandelt wurden. Allerdings spricht die Kosten-Nutzen-Bilanz

bei schweren Verhaltensstörungen und Schizophrenie dafür, dass Familientherapie auch bei Patienten kostengünstig ist, die erheblich beeinträchtigt sind. Bemerkenswert ist auch der Befund einer Kostenreduktion bei mitbehandelten Angehörigen, die nicht selbst Inpatienten waren; dies bestätigt eine alte Grundannahme des systemischen Modells.

In der aktuellen gesundheitspolitischen Lage stellen die Befunde von Crane et al. eine wichtige Unterstützung der Position der Psychotherapeutenkammern dar: Psychotherapie ist nicht nur wirksam, sie kann auch zu einer deutlichen Reduktion von Krankheitskosten führen.

### Literatur

- Heekerens, H.-P. (2005). Vom Labor ins Feld. Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. *Psychotherapeut*, 50, 357-366.
- Leichsenring, F. & Rüger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin & Psychotherapie*, 50, 203-217.
- Revenstorff, D. (2005). Das Kuckucksei. Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. *Psycho-*

*therapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin & Klinischer Psychologie*, 10 (1), 22-31.

- Rowe, C. L. & Liddle, H. A. (2003). Substance Abuse. *Journal of Marital & Family Therapy*, 29, 97-120.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The consumer report study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Sexton, T., Lebov, J., Johnson, S. M. & Gurman, A. (2005). *Report on the APA Division 43 Taskforce „Evidence based treatments in Family Psychology“*. Vortrag auf der internationalen Konferenz „Politics, Community and Clinical Practice“ der American Family Therapy Academy und der International Family Therapy Association, Washington DC, Juni 2005.

### Dipl.-Psych. Rüdiger Retzlaff

Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Bergheimer Str. 54  
69115 Heidelberg  
Ruediger.Retzlaff@med.uni-heidelberg.de

<http://www.ptv-anzeigen.de>

Online buchen und Geld sparen!

Schnell, einfach und ohne Zusatzkosten\* – können Sie ab sofort Ihren Anzeigenauftrag Online ausfüllen und an uns senden. Hier sehen Sie auch gleich, wie Ihre Anzeige erscheint.

\* Ohne Bearbeitungskosten (für Aufträge die per Fax eingehen, müssen wir € 10,- Bearbeitungskosten in Rechnung stellen)

# Aktuelles aus der Berufspolitik

## Vorbemerkung des Redaktionsbeirates

Kaum eine anderer Antrag, über den die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte, Psychotherapeuten und Krankenkassen in den letzten Jahren zu entscheiden hatte, wurde mit so viel Aufmerksamkeit verfolgt und mit soviel fachlichem wie emotionalem Engagement in der Psychotherapeuten-schaft diskutiert, wie der der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, die Gesprächspsychotherapie als weiteres Richtlinienverfahren zuzulassen. Mit dem ablehnenden Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.11.2006 hat dieses über mehr als vier Jahre geführte Verfahren ein vorläufiges Ende gefunden. Vorläufig deswegen, weil gegenwärtig noch unklar ist, ob und wenn ja mit welcher Begründung das Bundesgesundheitsministerium diesen Beschluss beanstanden wird und/oder ob Gerichte anders lautende Entscheidungen fällen werden. Die Landespsychotherapeutenkammern, die Bundespsychotherapeutenkammer und zahlreiche Gremien und Verbände haben in den vergangenen Jahren so oft öffentlich befürwortend Stellung genommen, dass wohl die meisten Kolleginnen und Kollegen mit diesem Thema mehr oder weniger vertraut sind. Gleichwohl hält es der Redaktionsbeirat für wichtig, die Einzelheiten des Verfahrens der vergangenen Monate in einem Beitrag darzustellen, und dies mit Absicht aus Sicht der unmittelbar betroffenen Vertreter der Gesprächspsychotherapie.

Mit dem Beschluss über den GPT-Antrag hat der G-BA erstmals eine Nutzenbewertung eines Psychotherapieverfahrens auf der Grundlage der seit 2005 gültigen Verfahrensordnung vorgenommen. Schon das ist Grund genug, sich mit dem Verfahren der Nutzenbewertung in allen Einzelheiten zu beschäftigen, da es in Zukunft auf jede neue Behandlungsmethode, somit auch der Psychotherapie und über kurz oder lang auch auf die bereits etablierten Richtlinienverfahren angewendet werden wird. Der Redaktionsbeirat verspricht sich mit der Veröffentlichung des Beitrags von Frau Cramer-Düncher und Herrn Hentze

einen Anstoß der aus seiner Sicht notwendigen Diskussion darüber, nach welchen Kriterien zukünftig eine dem Gegenstand der Psychotherapie angemessene Nutzenbewertung zu erfolgen hat und wer diese Kriterien definiert und beschließt.

Da der Beschluss des G-BA zu der gutachterlichen Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zu GPT aus dem Jahre 2002 im Widerspruch steht, zeichnet sich ein erster Konflikt zwischen Berufsrecht und Sozialrecht ab: Was zählt? Die berufsrechtlich relevante wissenschaftliche Bewertung durch ein 12-köpfiges Wissenschaftler-Gremium ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten, dessen Legitimation sich aus dem Psychotherapeutengesetz ableitet oder die sozialrechtlich relevante Bewertung durch ein paritätisch aus Kassenvertretern und KBV-Psychotherapeuten besetztes Gremium, das hierzu durch das SGB V legitimiert ist? Der zweite bereits absehbare Konflikt betrifft den Anspruch des G-BA, selber und auch hier wieder in klarer Abgrenzung zum Berufsrecht zu definieren, was er unter einem psychotherapeutischen Verfahren bzw. einer Methode versteht. Beide Konflikte werden weit reichende Konsequenzen für die Entwicklung der Psychotherapie und möglicherweise für die gesamte psychotherapeutische Versorgung haben. Es geht bei dem Beschluss des G-BA also um weit mehr als um die Ablehnung der Gesprächspsychotherapie.

Diese grundsätzliche Kontroverse, die von den beiden Autoren am Beispiel der GPT bereits umrissen wird, soll, so der Wunsch des Redaktionsbeirats, in den kommenden Ausgaben des Psychotherapeuten-journals aus unterschiedlichen Blickwinkeln diskutiert werden.

Der Redaktionsbeirat wird kompetente Kolleginnen und Kollegen um ihre Stellungnahmen zu dieser verfahrensübergreifenden Problematik bitten und hofft auf eine rege Beteiligung der Leserinnen und Leser an dieser Debatte. Sie geht uns alle an!

# Haben Sie an alles gedacht?



## Niederlassung für Psychotherapeuten Berufs- und vertragsarzt- rechtliche Fragen

Von Dr. jur. Martin H. Stellpflug.  
IX, 194 Seiten. Gebunden. € 46,-  
ISBN 3-7685-0537-5

Der vorliegende Band dient dem Psychotherapeuten als konkrete Handreichung, unterstützt ihn bei zulassungsrechtlichen Fragen, und informiert über die allgemeinen Pflichten und die Berufspflichten.

Den Kooperationsmöglichkeiten, die sich einem Psychotherapeuten bieten, wird ein eigener Abschnitt gewidmet.

Bestellen Sie beim Buchhandel oder beim Verlag:

Psychotherapeutenverlag  
Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH  
Im Weiher 10, 69121 Heidelberg

Kundenbetreuung München:  
Tel. 089/54852-8178, Fax 089/54852-8137  
E-Mail: kundenbetreuung@hjr-verlag.de

**Psychotherapeuten  
Verlag**

70331176

## Gemeinsamer Bundesausschuss lehnt Zulassung von Gesprächspsychotherapeuten und Anerkennung der Gesprächspsychotherapie ab

Uta Cramer-Düncher, Karl-Otto Hentze

**Zusammenfassung:** Mit dem Beschluss ist erstmals in der 8-jährigen Geschichte der neuen Heilberufe durch ein berufsfremdes Gremium über die Qualifikation und die Berufsausübung einer Gruppe von Angehörigen der Psychotherapeutenkammern eine Entscheidung getroffen worden. Der Beschluss steht in scharfem Kontrast zu den Stellungnahmen und Empfehlungen der Fachöffentlichkeit, insbesondere auch zu denen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), aller Landespsychotherapeutenkammern und dem Deutschen Psychotherapeutentag.<sup>1</sup>

Die Entscheidung ist rechtlich, fachlich und berufspolitisch fragwürdig.

Mit den Implikationen des Beschlusses sind Weichenstellungen für die Zukunft aller Berufsangehörigen und deren Berufsausübung verbunden. Der Beitrag nimmt kritisch zu den „Tragenden Gründen“ der Entscheidung Stellung und beleuchtet die Auswirkungen für die Profession.

### Der Beschluss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 21.11. 2006 beschlossen:

**„Die Gesprächspsychotherapie ist weiterhin in der Anlage 1 Nummer 3 der Psychotherapie-Richtlinien als Verfahren zu führen, das die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinien nicht erfüllt.“<sup>2</sup>**

Der G-BA-Vorsitzende, Dr. Hess, teilte ergänzend mit: *„In derselben Sitzung hat der G-BA beschlossen, auch die bisher anerkannten Verfahren einer evidenzbasierten Bewertung zu unterziehen, um den Vorwurf der Ungleichbehandlung zu entkräften.“<sup>3</sup>*

Der ablehnende Beschluss des G-BA war nicht mehr überraschend. Entgegen dem am 06.10.2004 offiziell bekanntgegebenen Beratungsthema „Gesprächspsychotherapie“ hatte er am 08.12.2004 beschlossen, die GPT nur für 4 Anwendungsgebiete und nicht als Richtlinienverfahren zu prüfen.<sup>4</sup>

Der G-BA, der ansonsten nur die Berufsausübung der bereits zugelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Richtlinien zu regeln und dadurch auch die Leistungsansprüche der Versicherten

zu konkretisieren hat, hat erstmalig eine Entscheidung mit dem „Charakter einer Berufswahlregelung“<sup>5</sup> getroffen: Er entschied über die Zulassung einer Gruppe staatlich approbierter Psychotherapeuten zur vertraglichen Berufsausübung und über die Rechte der Versicherten, entsprechende Leistungsangebote in Anspruch nehmen zu können.<sup>6</sup>

Zur Vorbereitung seiner Entscheidung hat der G-BA eine „indikationsbezogene Bewertung“ auf der Ebene ICD-10-klassifizierter Symptome seelischer Krankheit vorgenommen<sup>7</sup>, gegen die sich bereits der 5. Deutsche Psychotherapeutentag mit fachlichen Gründen gewandt hatte.<sup>8</sup>

Weder die gesetzlichen Bestimmungen noch die Verfahrensordnung des G-BA rechtfertigen eine am ICD-10-Kapitel F orientierte symptomgruppenbezogene Prüfung mit dem möglichen Ergebnis einer Zulassungssperre für approbierte Psychotherapeuten.

### Grundrechtsrelevanz der Entscheidung

Jenseits der Frage, ob die Nachweise zu dem Verfahren „Gesprächspsychotherapie“ sachgerecht bewertet wurden (dazu s. S. 28-30), stellt sich die Frage:

Steht dem G-BA ein Entscheidungsspielraum darüber zu, ob den Versicherten der Zugang zu den Psychotherapeuten eingeräumt oder versperrt wird, die nach staatlichen Vorgaben zur psychotherapeutischen Krankenbehandlung ausgebildet und approbiert sind?

Der G-BA hatte mit seinem dann beanstandeten Beschluss vom 20.06.2006 zur Änderung der Richtlinien die Möglichkeit vorgesehen, ein Psychotherapieverfahren als „Methode“ der Richtlinienpsychotherapie zu erlauben, ohne aber die in diesem Verfahren vertieft ausgebildeten Psychotherapeuten als neue Leistungserbringergruppe anzuerkennen.<sup>9</sup>

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat in ihrer Stellungnahme vom 04.04.2006 zu dieser beabsichtigten Änderung eindeutig Stellung bezogen:

*„Im Ergebnis können Regelungen in den Psychotherapie-Richtlinien verfassungsrechtlich keinen Bestand haben, wenn sie dazu führen (können), dass in den Richtlinien eine Anerkennung als Behandlungsverfahren unterbleibt, obwohl das Verfahren berufsrechtlich zur vertieften Ausbildung (§ 8 Abs. 3 Nr. 1 PsychThG)*

1 BPtK-Stellungnahme 30.10.2006, S. 30-33.

2 www.g-ba.de.

3 G-BA-Newsletter 10/2006, S. 4; der Beschluss ist nicht veröffentlicht worden.

4 Vgl. G-BA-Nutzenbericht vom 17. Juli 2006, S. 15-17, www.g-ba.de. Im Beratungsgespräch am 03.02.2005 wies das BMG den G-BA darauf hin, dass sich die Beschlussvorbereitung zur Gesprächspsychotherapie auf das Gesamtspektrum der Richtlinienpsychotherapie zu beziehen habe.

5 S. 33 der Tragenden Gründe; www.g-ba.de.

6 Nach § 33 Satz 2 und § 2 Abs. 2 i.V.m. § 4 Abs. 2 Nr. 1 SGB I hat der G-BA sicherzustellen, dass möglichst Wahlmöglichkeiten für die Versicherten verwirklicht werden.

7 S. 15 der Tragenden Gründe.

8 Psychotherapeutenjournal 3/2005, S. 284 f.

9 Vgl. die Regelung nach B.I.3.4 PTR in der am 20.06.2006 beschlossenen, vom BMG aber beanstandeten Fassung.

zugelassen ist und zur Approbation führt.“<sup>10</sup>

Nach § 92 Abs. 6a Satz 1 SGB V in Verbindung mit dem Ausbildungsrecht der Psychotherapeuten hat der G-BA nur das Nähere über „die“ zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren zu regeln; gemäß § 8 Abs. 3 Nr. 5 PsychThG (obligatorische Patientenbehandlung während der Ausbildung) gelten alle Verfahren, in denen Psychotherapeuten vertieft ausgebildet werden, als zur Krankenbehandlung geeignet.

Im Unterschied zu „einfachen“ Berufsübungsregelungen (wie z.B. der Versagung einer Abrechnungsmöglichkeit für eine neue Behandlungsmethode) wäre eine Zugangssperre für eine Berufsgruppe nur zulässig, wenn eine gesetzliche Ermächtigung zu einer solchen Regelung bestünde.

In einer ersten gerichtlichen Entscheidung, die sich mit dem G-BA-Beschluss zur GPT befasst, stellt das Sozialgericht Berlin in seinem Urteil vom 28.11.2006, das die Klage auf Kostenerstattung für Gesprächspsychotherapie zum Gegenstand hatte, fest:

*„Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses bewegt sich jedoch gerade nicht in den Grenzen der diesem übertragenen Rechtsetzungsbefugnisse.“*<sup>11</sup>

### **Entscheidungskompetenz des G-BA**

Selbst wenn dem G-BA ein Entscheidungsspielraum zur Zulassung von Psychotherapeuten eingeräumt wäre, müsste er seine Entscheidung auf eindeutige Kriterien stützen, die unabhängig vom geprüften Einzelfall gelten und die bekannt und nachvollziehbar sind.

Dem Beschluss des G-BA vom 21.11.2006 und allen dazu bekannt gemachten Materialien lässt sich jedoch nicht entnehmen, welche Voraussetzungen für eine Anerkennung hätten erfüllt sein sollen.

Aus der G-BA-Pressemitteilung vom 22.11.2006 und aus dem Kommentar von

Dr. Hess ergibt sich, dass der angebliche Mangel an „breiter Versorgungsrelevanz“ maßgebend gewesen sein soll. Ein Kriterium „breite Versorgungsrelevanz“ existiert aber nicht.<sup>12</sup>

Das BMG hatte am 15.08.2006 darauf hingewiesen, dass das Verfahren auf der Grundlage der gültigen Richtlinien abgeschlossen werden könne.

Dieser Hinweis erfolgte, weil die gesetzlichen Vorschriften zur Anerkennung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren im Sinne einer Voraussetzung für den Fachkundenachweis seit In-Kraft-Treten des PsychThG und der Psychotherapie-Richtlinien nicht geändert worden sind.

Soweit sich der G-BA auf die gültigen Psychotherapie-Richtlinien bezieht, behauptet er, die Vorschrift nach B I.3.3 PTR verlange den Nachweis der Überlegenheit der GPT über die Richtlinienverfahren. Dieses Erfordernis sei nicht erfüllt.<sup>13</sup>

Der G-BA-Vorsitzende, Dr. Hess, hatte aber bereits auf dem BPTK-Symposium am 03.04.2006 öffentlich eingeräumt, dass ein Überlegenheits- oder Zusatznutzenerfordernis für neue Psychotherapieverfahren über die etablierten Verfahren wegen Verstoßes gegen das Gleichbehandlungsgebot verfassungswidrig sei.

### **Beschluss-Bewertung durch die Bundeskammer**

Die BPTK hat sowohl im Rahmen ihres gesetzlichen Stellungsnamerechts nach § 91 SGB V als auch in ihrer Kommentierung des Beschlusses – entgegen der Beschlussempfehlung des G-BA-Unterausschusses – festgestellt:

*„Somit erfüllt die Gesprächspsychotherapie alle Voraussetzungen gemäß Psychotherapie-Richtlinien, um als neues Psychotherapieverfahren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen zu werden.“*<sup>14</sup>

Sie hat dieses wie folgt begründet:

*„Die Gesprächspsychotherapie wird vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG als wissenschaftlich*

*anerkannt angesehen, sie hat den Nachweis der erfolgreichen Anwendung an Kranken überwiegend in der ambulanten Versorgung erbracht, sie ist ausreichend definiert und abgrenzbar von bereits angewandten und bewährten psychotherapeutischen Methoden und bedeutet eine Erweiterung der vertragsärztlichen Versorgung, es existieren Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten mit methodenbezogenem Curriculum in theoretischer Ausbildung und praktischer Krankenbehandlung. Daher ist die Gesprächspsychotherapie in die GKV-Versorgung einzubeziehen.“*<sup>15</sup>

Zusätzlich weist die BPTK daraufhin, dass geeignete Studien zur Gesprächspsychotherapie von dem G-BA nicht beachtet wurden. Die BPTK dokumentiert zu diesem Zweck exemplarisch drei vom G-BA ausgeschlossene Studien.<sup>16</sup>

10 BPTK-Stellungnahme vom 04.04.2006, S. 4; weiter a.a.O. S. 50: „Auch der Gleichheitsgrundsatz gem. Art. 3 Abs.1 GG gebietet die Aufnahme aller Verfahren der vertieften Ausbildung als anerkanntes Verfahren im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien. Zum einen ist im Verhältnis aller Verfahren zueinander, die zur vertieften Ausbildung zugelassen sind, kein Grund ersichtlich, der die Ungleichbehandlung hinsichtlich der Zulassung zum System der GKV rechtfertigen könnte. Allen Verfahren ist gemeinsam, dass sie unter den gleichen Vorgaben der staatlichen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zur Approbation führen und damit zu der staatlichen Qualifikation, die heilkundliche Psychotherapie unter der Berufsbezeichnung ‚Psychologischer Psychotherapeut‘ oder ‚Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut‘ durchzuführen.“

11 Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 28.11.2006, S 81 KR 2308/05.

12 Gegen den im G-BA-Beschluss vom 20.06.2006 zugrunde gelegten Begriff „Versorgungsrelevanz“ richtet sich die BMG-Bearbeitung vom 15.08.2006 insbesondere mit dem Hinweis auf die differenzierenden Ausführungen in der BPTK-Stellungnahme vom 04.04.2006. Nach dem G-BA-Beschluss vom 20.06.2006 sollten die ersten drei erst am 17.09.2006 eingeführten Anwendungsbereiche maßgebend sein; wieviele Belege welcher Evidenzstufen je Anwendungsbereich gefordert würden, sollte nur „von Fall zu Fall“ bestimmt werden (S. 6 der Tragenden Gründe zum Beschluss vom 20.06.2006).

13 S. 13 der Tragenden Gründe zu PTR B I.3.3. 14 BPTK-Stellungnahme 30.10.2006, S. 29.

15 A.a.O., S. 38.

16 A.a.O., S. 10-14.

Die Absicht des G-BA, die Anerkennung neuer Verfahren und die Zulassung der betroffenen Psychotherapeuten von einer quantitativ definierten sogenannten Versorgungsrelevanz abhängig machen zu wollen, war infolge der Beanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vom 15.08.2006 nicht in Kraft getreten.<sup>17</sup>

Nach den Feststellungen der BPTK hat der G-BA seinen Beschluss aber – entgegen dem entsprechenden Hinweis des BMG in seiner Beanstandung – gerade nicht an den geltenden Richtlinien<sup>18</sup> ausgerichtet, sondern an dem durch die Beanstandung nicht in Kraft getretenen Richtlinien-Änderungsbeschluss:

*„In seinem aktuellen Beschluss zur Gesprächspsychotherapie hat der G-BA dennoch das Kriterium der Versorgungsrelevanz angewendet – und nicht die noch geltenden Bestimmungen der Psychotherapie-Richtlinien für die Zulassung neuer psychotherapeutischer Verfahren.“<sup>19</sup>*

### **Dokumentation der Gesprächspsychotherapie-Verbände**

Die GPT-Verbände hatten eine Dokumentation erstellt, um zu belegen, dass die Studienlage zur Gesprächspsychotherapie sogar den Anforderungen für neue Psychotherapieverfahren genügt, wie sie der G-BA am 20.6.2006 beschlossen hatte, die vom BMG aber wegen der Unverhältnismäßigkeit des Eingriffs in die Berufsfreiheit von Psychotherapeuten beanstandet worden sind.

In dieser Dokumentation sind:

- (nur exemplarisch) 17 Studienbelege zu Nutzen und Geeignetheit der GPT für die Versicherten-Versorgung beschrieben, die vom G-BA entweder als ungeeignet verworfen oder überhaupt nicht in die Bewertung einbezogen worden sind,
- (nur exemplarisch) 4 Studien und deren unrichtige Bewertung durch die Themengruppe beschrieben,
- (nur exemplarisch) 8 Studien beschrieben, die von der Themengruppe im

Einzelnen positiv bewertet, im Ergebnis aber verworfen worden sind.

26 dieser 29 Studienbelege sind nach einem peer-review in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht, 2 sind nach einem peer-review zur Veröffentlichung angenommen, bei einer Publikation handelt es sich um eine Überblicksarbeit.

Der G-BA konnte in **keiner** dieser Studien auch nur einen Hinweis auf den Nutzen und die Geeignetheit der Gesprächspsychotherapie erkennen.<sup>20</sup>

### **Zum Bewertungsverfahren und zur Entscheidungsfindung des G-BA**

#### **„Laienhafte“ Definition der Gesprächspsychotherapie**

Die geschäftspsychotherapeutischen Fachgesellschaften, der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie, die BPTK, die BÄK und der überwiegende Teil der Stellungnahmen<sup>21</sup> haben die Gesprächspsychotherapie im Wesentlichen identisch beschrieben. Diese Verfahrensdefinitionen liegen der vertieften Ausbildung an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten zugrunde. Der G-BA hätte über das Verfahren beraten müssen, das durch die Curricula zur vertieften GPT-Ausbildung definiert und von anderen Ausbildungsgängen abgegrenzt ist.

Der G-BA hat die Gesprächspsychotherapie aber im Widerspruch dazu und damit entgegen dem psychotherapeutischen Berufs- und Ausbildungsrecht in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt und so einen großen Teil von Nutznachweisen a priori aus der Bewertung ausgegrenzt.

Er hat sie auf eine so genannte „klassische Gesprächspsychotherapie“ begrenzt<sup>22</sup>, indem er das „Prinzip der Nichtdirektivität“ verabsolutierte und die GPT damit auf den Entwicklungsstand von 1951 fixierte.<sup>23</sup>

Richtig ist, dass dieses „Prinzip“ in der Gesprächspsychotherapie bereits seit 1951 weiterentwickelt worden war. Das hatte seinen Ausdruck in der 1951 veränderten Bezeichnung des Verfahrens von „non-

directive therapy“ zu „client-centered-therapy“ gefunden.<sup>24</sup>

Der Wissenschaftliche Beirat der GwG hat dazu in der Erklärung vom 04.12.2006<sup>25</sup> u.a. festgestellt:

*„Der G-BA hat der Gesprächspsychotherapie eine laienhafte Verfahrensdefinition zugrunde gelegt, die falsch und unhaltbar ist.“*

*Die von dem G-BA vorgenommene Beschreibung von Theorie und Praxis der Gesprächspsychotherapie kann nur als Karikatur der international vertretenen und auch in Deutschland erforschten, gelehnten und praktizierten Gesprächspsychotherapie angesehen werden.“<sup>26</sup>*

17 Vgl. die Regelung nach B.I.3.4 PTR in der am 20.06.2006 beschlossenen, vom BMG aber beanstandeten Fassung.

18 **B.I.3.1** Feststellung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz, dass das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt angesehen werden kann.

**B.I.3.2** Nachweis der erfolgreichen Anwendung an Kranken überwiegend in der ambulanten Versorgung über mindestens 10 Jahre durch wissenschaftliche Überprüfung (Stellungnahme aus der Psychotherapieforschung unabhängiger Einrichtungen, Evaluation von Behandlungen und langfristigen Katamnesen, Literatur).

**B.I.3.3** Ausreichende Definition des Verfahrens und Abgrenzung von bereits angewandten und bewährten psychotherapeutischen Methoden, so dass die Einführung des neuartigen psychotherapeutischen Vorgehens eine Erweiterung oder Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung bedeutet.

**B.I.3.4** Nachweis von Weiterbildungseinrichtungen für Ärzte sowie Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit methodenbezogenem Curriculum in theoretischer und praktischer Krankenbehandlung.

19 BPTK-newletter 04/2006, S. 2.

20 GPT-Verbände-Dokumentation 19.12.2006

21 S. Supplement zum G-BA-Bericht zur Nutzenbewertung.

22 S. 3 der Tragenden Gründe.

23 S. 2-4 der Tragenden Gründe.

24 Rogers, C. R. (1951). Client centered therapy. Boston: Mifflin.

25 „Öffentliche Erklärung“ des Wissenschaftlichen Beirates der GwG von 04.12.2006.

26 „In den Tragenden Gründen für die Entscheidung des G-BA wird z.B. sachwidrig ausgeführt, das ‚therapeutische Agens‘ der Gesprächspsychotherapie sei die ‚Anerken-

Die erfolgreichen Weiterentwicklungen, Differenzierungen und methodischer Ausprägungen lässt der G-BA gänzlich unberücksichtigt.

Damit verletzt er in eklatanter Weise seine ihm im § 2 SGB V übertragene Verpflichtung, den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“

Dem Leser mag die Einordnung der Tatsache überlassen bleiben, dass der Unterausschuss den einzigen vorübergehend beigezogenen GPT-Sachverständigen, Prof. Dr. Eckert, nicht an der Definition beteiligt hat.

Zu den ausgeschlossenen Anwendungsformen gehört z.B. auch die zielorientierte GPT, die der WBP und die GPT-Verbände als bedeutsame Entwicklungsform der GPT<sup>27</sup> dargestellt hatten. Die vom G-BA im Februar 2004 angeforderten Ausführungen der GPT-Verbände (s. unten) und die diesbezüglichen Stellungnahmen der BPTK<sup>28</sup> und der BÄK<sup>29</sup> zur zielorientierten GPT sind vom G-BA ignoriert worden.

Des weiteren wurden alle Nachweise zur geschäftspsychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen ausgeschlossen; das Anerkennungsverfahren wurde – entgegen der Bekanntmachung des Beratungsthemas – auf „Geschäftspsychotherapie bei Erwachsenen“ beschränkt.<sup>30</sup>

Damit blieb eine große Zahl von Nachweisen unberücksichtigt, die die Tätigkeit der ohne Einschränkung auf Altersgruppen zur Behandlung berechtigten geschäftspsychotherapeutisch tätigen Psychologischen Psychotherapeuten betreffen.

Die Berufsgruppe der geschäftspsychotherapeutisch qualifizierten KJPen sollte damit wohl auf jeden Fall von der vertragspsychotherapeutischen Berufsausübung ausgeschlossen gelassen werden.

### Zusammenfassend ist festzustellen:

Der G-BA hat die Geschäftspsychotherapie laienhaft, sachlich falsch und in scharfem Kontrast zu dem Verständnis der Fach-

welt definiert und daran auch dann noch festgehalten, nachdem er im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens von der BPTK und der BÄK auf die GPT-Beschreibung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom 30.09.1999 sowie auf die Curricula zur Geschäftspsychotherapie an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten hingewiesen worden ist.

### Ausschluss einer Vielzahl von Nutznachweisen aus der Bewertung

Es ist allgemein anerkannt, dass die Geschäftspsychotherapie in besonderer Weise seit Jahrzehnten zur empirischen Beforschung von Psychotherapie beigetragen hat.

Dennoch hat der G-BA nur einen Nutzenbeleg unter den über 4.000 Quellen zur Geschäftspsychotherapie finden können. Das ist u.a. dadurch zu erklären, dass die Evidenzlage auf reduzierter Datenbasis und unter unvollständiger Anwendung der Evidenzstufen der G-BA-VerfO<sup>31</sup> geprüft wurde. Das betrifft gerade auch solche Nachweise zur erfolgreichen Anwendung von GPT, auf die B I. 3.2 (s. Fn. 18) der Psychotherapie-Richtlinien abstellt.

Während es zu den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin gehört, alle u.U. auch nur aus „grauer Literatur“ verfügbaren Informationsquellen heranzuziehen, hat der G-BA die Berücksichtigung von Nachweisen davon abhängig gemacht, dass diese nach einem peer-review in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift veröffentlicht sind.

Damit wurden Bücher, Buchbeiträge, Dissertationen, Kongress- und Forschungsberichte u.a. ausgeschlossen.

Kuriose oder – je nach Geschmack – skandalöse Konsequenz dieser Ausschlusskriterien: Der G-BA hatte die GPT-Verbände im Februar 2004 aufgefordert, zu weiteren Fragen ergänzend zu dokumentieren. Diese Dokumentation mit insgesamt 123 Seiten wurde mit „Kommentar: Buch (unveröffentlicht)“ ausgeschlossen<sup>32</sup> – offenbar, weil die GPT-Verbände ihre Antworten in einer Ringbindung übersandt hatten.

Das Institut für Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG), das zukünftig für die Bewertung auch von Psychotherapieleistungen zuständig sein wird, hält dagegen eine vollständige Datenlage zur Feststellung der Evidenz für erforderlich, und „versucht deshalb, diese fehlenden Informationen zu beschaffen, z.B. durch den Kontakt mit den Autoren von Publikationen.“<sup>33</sup>

### Zur Bewertung der verbliebenen Nachweise zur Geschäftspsychotherapie

Im Literatur-Verzeichnis zu den „Tragenden Gründen“ werden 466 Quellen aufgelistet<sup>34</sup>, ausweislich des Nutzenberichtes sind aber nur 148 Quellen „berücksichtigt“ worden.

Trotz der oben beschriebenen Ausgrenzungskriterien sind dann von diesen 148 Quellen noch 101 Studien einer Langauswertung<sup>35</sup> unterzogen worden; dabei handelt es sich ausschließlich um Effektivitätsstudien in Form von Vergleichsstudien.

Daher drängt sich die Frage auf, auf welchem Weg der G-BA zu dem Ergebnis

nung durch den Psychotherapeuten'. Fachlich richtig ist, dass das ‚therapeutische Agens‘ der Geschäftspsychotherapie die Selbstexploration des Patienten ist. Deshalb sind in der Geschäftspsychotherapie alle therapeutischen Interventionen lege artis, die auf die Aktivierung des Selbstexplorationsprozesses gerichtet sind und den Patienten in seiner symptomüberwindenden Selbstaktualisierungstendenz unterstützen.“ Vgl. auch Definition des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie, Gutachten zur Geschäftspsychotherapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren, Köln, den 30.09.1999.

27 S. 3 der Tragenden Gründe.

28 BPTK-Stellungnahme 30.10.2006, S. 5-7.

29 Stellungnahme der Bundesärztekammer S. 34-6.

30 S. bereits die Überschrift zum Beschluss vom 21.11.2006 sowie S. 5 ff. der Tragenden Gründe.

31 G-BA-VerfO § 18 Abs. 3.

32 G-BA-Bericht zur Nutzenbewertung, S. 157.

33 S. IQWiG, Methoden, Version 2/September 2006, S. 16 Ziffer 1.17 (www.iqwig.de).

34 G-BA-Bericht zur Nutzenbewertung, S. 140-171.

35 S. 8 der Tragenden Gründe.



gelingen konnte, es sei nur ein Nutzen-nachweis zur Gesprächspsychotherapie – für Depression – auffindbar gewesen.

Die Antwort findet sich in folgendem Vorgehen (s. auch PTJ-Homepage „zum systematischen Ausschluss ...“)

1. Studien aus der *stationären Versorgung* wurden generell und auch dann zurückgewiesen, wenn diese als komparative Effektivitäts-Studien angelegt waren. Der G-BA argumentiert, stationäre Behandlung sei eine „Komplexbehandlung“ oder eine „multimodale Psychotherapie“, die es nicht erlaube, die GPT als Wirkfaktor für die – unbestrittenen – Behandlungseffekte festzustellen.<sup>36</sup>
2. Wissenschaftliche Nutznachweise, die nicht – oder noch nicht – in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift mit *peer-review* veröffentlicht worden sind, wurden generell ausgeschlossen.<sup>37</sup>
3. Studien, denen der Nutznachweis nicht abgesprochen wurde, sind abgewiesen worden, weil sie zur Frage der *Überlegenheit der GPT* keine Antwort enthalten.<sup>38</sup>
4. Studien, denen der *Nutznachweis nicht abgesprochen* wurde, wurden von dem G-BA in seiner Auswertung zwar als Gesprächspsychotherapieform in der von ihm definierten „klassischen GPT“ (z.B. non-directive therapy) beschrieben, in der *Schlussbewertung aber abgelehnt*, weil keine Rückschlüsse möglich seien, dass es sich um GPT handele „wie sie in Deutschland angewandt wird“<sup>39</sup> oder weil nach Kenntnis der Themengruppe die verglichene (psychoanalytische) Anwendungsform „in Deutschland nicht verwendet“ werde.<sup>40</sup>
5. *Naturalistische Studien mit Nutznachweis* wurden zurückgewiesen, weil sie in ihrer methodischen Durchführung Kriterien nicht erfüllen, die nur von Labor-Studien erfüllt werden können.<sup>41</sup>
6. Studien, in denen Patienten aufgrund vorhergehenden Screenings mit monosymptomatischen Störungen behandelt wurden, wurden zurückgewiesen, weil die „*externe Validität*“ der Ergebnisse und ihre Übertragbarkeit auf die komorbide Versorgungsrealität nicht gesichert sei.<sup>42</sup>

### Zum Kriterium der „Medizinischen Notwendigkeit“

Der G-BA hat der Gesprächspsychotherapie zwar die Eignung bei Depression zugesprochen, die medizinische Notwendigkeit der GPT aber dennoch verneint, weil die bereits anerkannten Verfahren die Versorgung gewährleisten würden.<sup>43</sup> Würde der G-BA diese Logik nicht nur auf die Gesprächspsychotherapie anwenden, müsste er zwei der derzeit drei Richtlinienverfahren aus den Psychotherapie-Richtlinien streichen, weil jeweils eines der Verfahren die Versorgung „gewährleistet“. Diese Umdeutung des Rechtsbegriffs „medizinische Notwendigkeit“ (§ 27 SGB V) ist besonders problematisch, weil im G-BA die Leistungserbringerbank ausschließlich mit Vertretern der Richtlinienverfahren besetzt ist. Jedenfalls hat der G-BA eine „*Eignungsvermutung*“ für die bisherigen Richtlinienverfahren und **gegen** die Gesprächspsychotherapie gesetzt.<sup>44</sup>

Das SG Berlin weist diese vorgenommene „Eignungsvermutung“<sup>45</sup> des G-BA zugunsten der bisherigen Richtlinienverfahren zurück, „weil die nach den *PsychothRL anerkannten Verfahren bislang nicht (im Gegensatz zur Gesprächspsychotherapie) nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin überprüft wurden und für sie auch nicht davon ausgegangen werden kann, dass ihre Wirksamkeit gesetzlich fingiert wird.*“<sup>46</sup>

### Studienbewertung, Stand und Standard der Psychotherapieforschung

Die vorliegenden Nutznachweise zur GPT, die in *peer-review*-Veröffentlichungen dokumentiert sind, wurden von dem G-BA durchweg verworfen. Der G-BA machte jeweils „methodische Mängel“ geltend.<sup>47</sup>

Dazu gehören z.B. die Forschungsergebnisse der international renommierten Psychotherapieforscher Grawe, Elliot, Meyer u.a., dazu gehören auch z.B. die Ergebnisse des von dem BMG in Auftrag gegebenen „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes.“<sup>48</sup>

Die Zurückweisung von *peer-review*-Veröffentlichungen, die den Stand und Stan-

dard der Psychotherapiewissenschaft repräsentieren, hätte besonderer Begründung bedurft.

Die Ablehnung dieser Studien bedeutet entweder,

- dass Stand und Standard der internationalen Psychotherapie-Wissenschaft nach Auffassung des G-BA ungeeignet zur Feststellung der Evidenzlage sind,

oder

- dass die vom G-BA angelegten Maßstäbe mit dem Stand und dem Standard der Psychotherapiewissenschaft nicht vereinbar sind.

Hier stellt sich die Frage, ob der G-BA losgelöst vom allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse<sup>49</sup> bzw. der Psychotherapiewissenschaft Kriterien zur Studienbewertung heranziehen kann, die nicht dem Stand der Psychotherapieforschung entsprechen und die auch nicht mit den Bedingungen zur Beforschung des komplexen Psychotherapiegeschehens in Übereinstimmung zu bringen sind.

36 Beispiele Teusch S. 7 und Teusch S. 13 ff. der GPT-Verbände-Dokumentation 19.12.2006 und S. 299 ff./386 ff. G-BA-Bericht zur Nutzenbewertung.

37 Beispiel Dissertation Arnold a.a.O. S. 29 ff. und S. 148 ff. G-BA-Bericht zur Nutzenbewertung.

38 Beispiel Meyer, a.a.O. S. 17 ff. und 51 ff. und S. 523 ff. G-BA-Bericht zur Nutzenbewertung.

39 Beispiel Paivio, a.a.O. S. 23 und S. 402 ff. G-BA-Bericht zur Nutzenbewertung.

40 Beispiel Svartberg, a.a.O. S. 90 und S. 370 ff. G-BA-Bericht zur Nutzenbewertung.

41 Beispiel: Stiles, a.a.O. S. 41.

42 Beispiel: Shear, a.a.O. S. 85 und S. 361 ff. G-BA-Bericht zur Nutzenbewertung.

43 S. 20 der Tragenden Gründe.

44 A.a.O. S. 21.

45 A.a.O. S. 19.

46 SG Berlin, 28.11.2006, S 81 KR 2308/05, S. 11.

47 S.o. und vgl. GPT-Verbände-Dokumentation 19.12.2006 S. 1-92.

48 Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes, A.-E. Meyer, R. Richter et al., 1991.

49 § 2 Abs. 1 SGB V.

## Ausblick

Die Tragenden Gründe zu dem G-BA-Beschluss werfen für die gesamte Profession Fragen auf:

1. Hat das sozialrechtliche Selbstverwaltungsgremium G-BA die Kompetenz und auch die Zuständigkeit zu einer eigenständigen Verfahrensdefinition, die von dem berufs- und ausbildungsrechtlich definierten Verfahren abweicht?

Die Reduzierung der Bewertung auf eine „klassische“ Verhaltenstherapie wie vor ihrer kognitiven Wende oder eine „klassische“ Psychoanalyse unter Ausschluss aller Entwicklungsformen, wie z.B. der Jungschen Analyse oder der Psychoanalyse nach Adler, und mit der Folge u.U. schwerwiegender Eingriffe in die Berufsausübung von Psychotherapeuten stünde in offensichtlichem Widerspruch zur Ausbildungs- und Berufspraxis.

2. Wie können Psychotherapeutenleistungen im deutschen Versorgungskontext sachgerecht evidenzbasiert und in Übereinstimmung mit dem internationalen Stand und Standard in der Psychotherapieforschung und -wissenschaft bewertet werden?

3. Welche Konsequenzen für die Berufswahl einerseits und die Berufsausübung (Abrechnungsgenehmigung) andererseits ergeben sich für die Psychotherapeuten, die auf der Grundlage ihrer Fachkunde in einem der Richtlinienverfahren zugelassen sind, die Überprüfung des Verfahrens aber zu dessen Ablehnung führt oder zu dem nach Auffassung des G-BA nur für einzelne Symptomgruppen Nutznachweise vorliegen?

4. Sind Behinderungen für die Entwicklung des Berufsrechts und die Erweiterung psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten durch ein Bewertungsverfahren zu erwarten, wie es zur Gesprächspsychotherapie durchgeführt wurde?

## Konsequenzen für die Gesprächspsychotherapeuten und die Gesprächspsychotherapie

Das BMG hat am 30.01.2007 den Beschluss zur Gesprächspsychotherapie beanstandet.<sup>50</sup> Kaum zu erwarten ist allerdings, dass der G-BA seinen Beschluss revidieren und die uneingeschränkte Zulassung von Gesprächspsychotherapeuten eröffnen wird.

Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass der G-BA mit Zustimmung der Psychotherapeutenvertreter im G-BA gegen die Beanstandung Klage erheben wird.

Die Gesprächspsychotherapeuten werden vorerst an der Verwirklichung ihres Grundrechts auf freie Berufswahl gehindert bleiben und die Versicherten werden vorläufig den vom SG Berlin wegen Systemversagens<sup>51</sup> gewiesenen Weg beschreiten müssen, die Kostenerstattung für eine Gesprächspsychotherapie-Behandlung nach § 13 Abs.3 SGB V im Einzelfall zu erwirken.

Damit würde erneut ein außervertragliches Leistungsrecht etabliert, das der Gesetzgeber mit dem PsychThG überwinden wollte.

<sup>50</sup> So schon die Erwartung des Sozialgerichts Berlin lt. Urteil vom 28.11.2006, a.a.O. S. 10.

<sup>51</sup> Zum Systemversagen vgl. bereits Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 28.11.2006, S 81 KR 2308/05

## Literatur

Die „Tragenden Gründe“ zu dem Beschluss des G-BA und der G-BA-Bericht zu Nutzenbewertung vom 17.07.2006 stehen auf der Homepage des G-BA ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) zur Verfügung.

Die folgenden im Beitrag zitierten Literaturhinweise/Quellen stehen auf der Homepage des Psychotherapeutenjournals ([www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de)) als Download zur Verfügung:

- BMG-Beanstandungsschreiben vom 15.08.2006.
- BPTK-Stellungnahme 30.10.2006
- GPT-Verbände-Dokumentation 19.12.2006.
- „Öffentliche Erklärung“ des Wissenschaftlichen Beirates der GwG vom 04.12.2006.
- SG Berlin, 28.11.2006, S KR 2308/05.
- Chronologie der Gesprächspsychotherapie-Bewertung – die unendliche Geschichte.
- Zum systematischen Ausschluss von Nutznachweisen.
- Stellungnahme der „World Association of Person Centered and Experimental Psychotherapy and Counseling (WAPCEPC)“.
- BMG-Beanstandungsschreiben vom 15.02.2007 zum G-BA Beschluss zur GPT.

### Dipl.-Psych. Uta Cramer-Düncher

Psychologische Psychotherapeutin  
Mitglied im Vorstand der LPPKJP Hessen  
Waldstr. 72  
63303 Dreieich  
[cramer-duencher@T-Online.de](mailto:cramer-duencher@T-Online.de)

### Dipl.-Psych. Karl-Otto Hentze

Psychologischer Psychotherapeut  
Bundesgeschäftsführer der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) e.V.  
Wildenburgstr. 30  
50935 Köln  
[hentze@gwg-ev.org](mailto:hentze@gwg-ev.org)

# Zur Diskussion

## Kommentare zum Artikel von Lisa Schneider „Lesbische Frauen in der Psychotherapie: Historische Hintergründe und Empfehlungen für die therapeutische Arbeit“ im *Psychotherapeutenjournal* 4/2006

### Homosexuelle Frauen in Psychotherapie und Psychoanalyse

Elisabeth Imhorst

Die Empfehlungen für die therapeutische Arbeit sind rundherum gelungen und leider nur allzu notwendig. Häufig glauben TherapeutInnen, sie hätten nichts gegen lesbische Frauen und merken weder etwas von ihren eigenen, gesellschaftlich weit – eben auch unter Kolleginnen – verbreiteten Vorurteilen noch davon, wie sehr sie an ihren „privaten Theorien“ über Homosexualität festhalten (sie etwa heimlich weiter für eine Perversion halten oder eben mit angenommenen schlechten Erfahrungen mit Männern in Verbindung bringen), ohne sich bewusst mit diesen Vorurteilen auseinanderzusetzen. Auch wird oft genug bagatellisiert, wie schwierig lesbisch zu leben immer noch ist – nicht nur auf dem Land und vielleicht weniger äußerlich als innerlich. Und wie schwer es nach wie vor ist, immer wieder neu, sich als Angehörige einer Minderheit wieder zu finden. Viele, auch lesbische Patientinnen, wollen einfach normal sein. Und nicht jede hat das Zeug zur Revoluzzerin. Das hat schon in den Zeiten der Frauenbewegung viele am Politlesbentum abgeschreckt (als wären Frauen liebende Frauen die besseren Menschen oder seien zur Avantgarde verpflichtet).

Dass heute lesbische Paare tatsächlich auf weniger offene Vorurteile stoßen, hat auch damit zu tun, dass Frauenliebe als nicht so sexuell begriffen wird (ironischerweise kann auch Schneider selbst [2006, S. 368] so verstanden werden) wie Männerliebe,

die ihrerseits oft fast ausschließlich als sexuell motiviert aufgefasst wird. Frauenpaare können in der Öffentlichkeit einfach als enge Freundinnen gesehen werden und verlieren so ihren Charakter als fremd oder gar bedrohlich. Das heißt aber auch, dass sie sozial dann nicht als Paar existieren.

Eine andere Variante kann die sein, dass es schick gefunden wird, ein lesbisches Paar im Bekanntenkreis zu haben, dann geschieht es vielleicht, dass bald von Transvestitenshows oder exotischen schwulen Männern erzählt und so subtil und keineswegs boshaft vermittelt wird, welche Bilder das Frauenpaar, wenn es als sexuelles Paar wahrgenommen wird, evoziert. Von Normalität ist das alles weit entfernt. Und Frau Schneider hat insofern Recht, dass eine Kenntnis der realen Verhältnisse hilfreich wäre, wenngleich ich nicht so weit gehen würde zu verlangen, dass die Behandlerin sich aktiv Kenntnisse aneignet. Vielleicht wäre lesbischen Patientinnen schon sehr geholfen, wenn anerkannt würde, dass die Beziehungs- und Lebenswirklichkeiten von lesbischen und Hetero-Frauen nicht gleich sind und dass für die Therapie suchenden lesbischen Frauen ihre Objektwahl manchmal kein Problem ist, aber oft auch nicht einfach aus der Freiheit der Verfügung über ein breites Spektrum sexueller Möglichkeiten erwachsen ist.

Es gibt eine Art doppelte Wirklichkeit, was sich z.B. in Theorie- und Fallseminaren daran zeigt, dass unbefangen über Ho-

mosexualität und Perversion, als gehörten diese zusammen, diskutiert wird, ohne zu registrieren, dass homosexuelle KollegInnen im Raum sind oder sein könnten. Es wissen nicht alle, dass Homosexualität nach DSM und ICD keine Krankheit mehr ist, aber selbst wenn sie es wissen, kann es passieren, dass so gesprochen wird, als seien sich alle stillschweigend einig, dass Homosexualität eben doch eine Perversion sei. Das Gegenstück ist dann, dass so getan wird, als sei Homosexualität heute so normal = problemlos zu leben wie Heterosexualität. Die äußeren Probleme sind geringer geworden, keine Frage, die inneren aber keineswegs. Eigene Probleme mit dem Lesbischsein können aber auch nicht mehr so einfach der diskriminierenden Umwelt zugeschrieben werden, selbst wenn es Diskriminierung nach wie vor gibt (vgl. Imhorst, 2005).

Zwei kritische Ergänzungen möchte ich zu den „Empfehlungen“ machen:

1. Die Sache mit dem „Weiblichkeitsverständnis“ (Schneider, 2006, S. 374) ist so einfach nicht. Für einige lesbische Frauen in Therapie mag es richtig sein, dass sie – teils quer zu den gesellschaftlichen Erwartungen – ein eigenes Selbstbild und Rollenverständnis entwickelt haben, aber das gilt auch für einige heterosexuelle Frauen, die damit ebenfalls nicht immer einfach fahren. Anders: eine männliche Identifizierung, etwa erkennbar an Gang, Frisur oder Kleidungsstil ist keineswegs ein lesbisches Privileg, es ist unter Heteras

ebenfalls vertreten und an sich nichts Problematisches.

Ich denke, dass wir anerkennen müssen, dass lesbische Frauen, die in Therapie kommen, oft wirklich ein Problem mit ihrer Weiblichkeit haben, selbst wenn sie sich zu Recht dagegen verwehren, wenn ihnen – nur weil sie lesbisch sind – ein solches unterstellt wird. Aber sie möchten vielleicht ein offenes Ohr für die damit verbundenen schwierigen Gefühle haben. Es sollte zum Basiswissen gehören, solche inneren Konflikte, die eher das Selbstbild bzw. die Kerngeschlechtsidentität oder das Rollenverhalten betreffen, nicht aber zwangsläufig die Geschlechtspartnerorientierung (die lesbische Objektwahl), voneinander trennen zu können.

2. Ich bin nicht sicher, ob es notwendig ist, sich als TherapeutIn gegenüber einer lesbischen Patientin mit seiner eigenen Geschlechtspartnerorientierung zu offenbaren. Self disclosure-Fragen werden unter Therapeuten kontrovers diskutiert. Das Argument, eine solche „vertrauensbildende Maßnahme“ könne besonders dann „entlastend“ wirken, wenn sie „mit wertschätzenden Bemerkungen zu gleichgeschlechtlichen Lebensweisen verbunden wird,“ (ebd., S. 375) teile ich nicht ganz. Zwar fördert meiner Erfahrung nach eine offene Wertschätzung die Arbeitsbeziehung, die das erwachsene Ich betrifft, und ist insofern tatsächlich entlastend, aber sie ändert nichts an der internalisierten Homophobie, die zu Recht von Frau Schneider als ein zentrales Problem beschrieben wird. Diese, auf Identifizierungen mit nicht nur einer feindseligen Umwelt, sondern mit den eigenen Eltern beruhende Ablehnung des eigenen Lesbischseins ist damit in der Regel nicht aufhebbar, da sie Teil der inneren Struktur, genauer: des Über-Ichs, geworden ist. Es genügt nicht, dass die Therapeutin offen wohlwollend gegenüber dem Lesbischen ist, um eine solche internalisierte Homophobie aufzuheben. Es verbessert allerdings manchmal die Voraussetzungen.

//

Der erste Teil der Abhandlung Schneiders verdient eine differenzierte, kritische Würdigung, die nicht ganz einfach ist, weil in

ihm teils falsche, teils nicht ganz zutreffende Aussagen und viel Affekt gegen die eigene therapeutische Profession, speziell aber gegen die Psychoanalyse stecken, und weil der Frauenbewegung und den ihr verbundenen Forscherinnen Verdienste zugeschrieben werden, die ihr meines Wissens so nicht zugerechnet werden können.

Man kann der Psychotherapie und vor allem der Psychoanalyse eine Menge vorwerfen. Zu Recht (ebd., S. 366 f.). Es wurde schon die heterosexuelle weibliche Entwicklung lange Zeit nicht verstanden bzw. unkritisch analog dem männlichen Modell skizziert und gelehrt. Und teilweise geschieht das bis heute. Der Skandal besteht darin, dass das inzwischen reichlich vorhandene Wissen, das in der Tat vor allem von Psychoanalytikerinnen stammt, nicht rezipiert wird, leider oft auch innerhalb der Psychoanalyse selbst nicht.

Erst Recht gab es lange Zeit keine Theorien über die gesunde homosexuelle weibliche Entwicklung (so wenig wie übrigens auch über die gesunden Schwulen). Stattdessen wurde Homosexualität bis vor 15-20 Jahren ausschließlich als perverse Entwicklung verstanden, die geheilt werden müsse und könne. Dies alles zu kritisieren ist notwendig. Immer noch und immer wieder.

Wichtig und notwendig scheint mir aber auch zu sehen, dass es seit 20 Jahren – mitbeeinflusst durch eine veränderte gesellschaftliche Situation, zu der auch die Frauenbewegung gehörte und beitrug – neuere psychoanalytische Theorien (etwa im Handbuch von Sigusch (2001) nachzulesen, speziell Düring und Poluda) zur normalen weiblichen Entwicklung gibt. Poluda etwa wird von Schneider als eine Ausnahme erwähnt, jedoch selektiv rezipiert, sodass sie im Folgenden behaupten kann, erst nicht-analytische Forscherinnen hätten den alten „Schreckensvisionen,“ wie die Jungianerin Gissrau treffend formuliert, „die die Psychoanalyse von der Homosexualität gezeichnet hatte, neue Ergebnisse der psychologischen und soziologischen Homosexualitätsforschung entgegengesetzt“ (Schneider, 2006, S. 367). Das ist schlicht falsch. Die Psy-

## Buchtipps



Mit einem Vorwort von Norman Sartorius.  
2007. 288 S.,  
Abb., Tab., Kt  
€ 29,95 /  
CHF 48,90  
ISBN 978-3-456-84405-3

### Maier / Schnyder (Hrsg.) Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern Ein praktisches Handbuch

Das erste deutschsprachige Fachbuch zum Thema «Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern». Diese komplexe und anspruchsvolle Patientengruppe wird aufgrund zunehmender weltweiter Migration immer wichtiger und beschäftigt längst nicht mehr nur spezialisierte Institutionen.



2007. 272 S.,  
Abb., Kt  
etwa € 29,95 /  
CHF 48,90  
ISBN 978-3-456-84403-9

### Rotgers / Maniacci (Hrsg.) Die antisoziale Persönlichkeitsstörung Therapien im Vergleich: Ein Praxisführer

Im vorliegenden Buch stellen Experten auf dem Gebiet der antisozialen Persönlichkeitsstörung ihre jeweiligen Behandlungsweisen vor. Sie bieten dem Leser einen Einblick in die komplexe Welt der antisozialen Persönlichkeitsstörung.

[www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com)

HUBER



choanalyse war und ist mit ihren Theorien zwar einflussreich, was manch einer ein Dorn im Auge sein mag, befand sich aber mit ihren die Theorie beeinflussenden Vorurteilen praktisch in schlechter Gesellschaft nahezu aller Therapeuten. Schneider selbst erwähnt ja die berühmtesten VT-Therapieversuche zur sog. Heilung von Homosexualität (ebd., S. 367). Schneider kritisiert zwar, durchaus zu Recht, dass nicht-analytische Forschung von AnalytikerInnen oft nicht rezipiert wird, aber umgekehrt scheint es nicht besser zu sein, sonst könnte Schneider nicht zu diesem Schluss kommen.

Es wäre fruchtbarer das Ergänzungsverhältnis zu sehen zwischen Psychoanalytikerinnen, die traditionell in klinisch-theoretischer Forschung ihre Stärken haben, und soziologischen oder psychologischen Forscherinnen, die mit konkretem Zahlenmaterial z.B. belegen konnten, dass lesbische Frauen „psychisch nicht gestörter sind als heterosexuelle“ (ebd., S. 369).

Tendenziös ist leider, wie Schneider anschließend den Eindruck erweckt, dass es den Emanzipationsbewegungen und den mit ihr verbundenen ForscherInnen zu verdanken sei, dass ein Prozess des Umdenkens in Gang kam, der dazu führte, dass APA und WHO Homosexualität im DSM III-R (APA, 1987) und ICD-10 (WHO, 1991) nicht mehr als Krankheit aufführten. Es ist sicher richtig, dass die Emanzipationsbewegungen (u.a. Frauenbewegung und Schwulenbewegung) ab Ende der 60er Jahre zu einem liberaleren Klima beitrugen, in dessen Gefolge sich der Umgang mit nicht nur sexuellen Minderheiten zu ändern begann. Dieses veränderte gesellschaftliche Umfeld beeinflusste auch die Forscher, sodass z.B. Friedman (ein amerikanischer Psychiater und Psychoanalytiker) seine Untersuchung an männlichen Homosexuellen durchführen konnte, mit der (für die konservativen Forscher durchaus überraschend) kein Beleg dafür gefunden werden konnte, dass homosexuelle Männer kränker seien als heterosexuelle. Diese Untersuchung mit ihren „objektiven“ Daten trug wesentlich dazu bei, dass die APA – durchaus

widerwillig – ihre diagnostischen Kriterien veränderte. Und, man muss es leider sagen, es war wohl auch nicht unwichtig, dass Friedman ein bekennender Hetero ist.

### ///

Ein insgesamt sehr verdienstvoller Artikel. Schade nur, dass Schneider einen Gegensatz zwischen Psychoanalyse bzw. Psychoanalytikerinnen und anderen, dem Umfeld der Frauenbewegung zugerechneten Forscherinnen und Therapeutinnen konstruiert, der sachlich gar nicht gerechtfertigt und politisch eher kontraproduktiv ist. So als wären Fortschritte im Verständnis lesbischer Frauen sicher nicht auf Seiten und mit Hilfe der Psychoanalyse zu suchen. Andererseits, warum sollte frau vertraute Feindschaften aufgeben?

Den sorgfältig erarbeiteten Empfehlungen für die therapeutische Arbeit ist auf jeden Fall eine weite Verbreitung zu wünschen. Sie enthalten Hinweise, die zu befolgen selbstverständlich sein sollte. Wenn es so wäre, hätten diese Empfehlungen jedoch gar nicht geschrieben werden müssen.

### Nachtrag

Freud vorzuwerfen, er habe „keine umfassende Theorie der weiblichen Homosexualität“ (Schneider, 2006, S. 366f) entwickelt, ist geradezu absurd. Ein solcher Vorwurf macht Freud nachträglich zu einem Übervater, der etwas versäumt hätte, was er hätte tun können, wenn er nur gewollt hätte. Freud war immerhin Vorreiter darin, über Homosexualität nachzudenken, seine Ururteile in Frage zu stellen und Homosexualität nicht einfach als degenerative Erscheinung oder als Krankheit aufzufassen. Er stellte die Theorie der generellen Bisexualität aller Menschen auf – eine These, die bis heute wissenschaftlich fruchtbar ist. Aber die weibliche Sexualität blieb für ihn immer ein „dunkler Kontinent“, erst recht die lesbische Sexualität, der er in der Gegenübertragung als Mann seiner Zeit nicht gewachsen war. Trotzdem konnte er theoretisch z.B. die sexuellen Wünsche der Tochter gegenüber ihrer Mutter anerkennen (vgl. Poluda 2001, S. 82).

Dass die AnalytikerInnen späterer Generationen so wenig beitragen zu einem besseren Verständnis und zu einer Entpathologisierung lesbischer Frauen, dass sie im Gegenteil zur Verfestigung von Vorurteilen erheblich beitragen, ist zutiefst bedauerlich, wenngleich vielleicht menschlich verständlich.

### Literatur

- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III-R*. Washington, DC: APA.
- Düring, S. (2001). Probleme der weiblichen sexuellen Entwicklung. In V. Sigusch (Hrsg.), *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung* (3., neu bearb. und erw. Aufl.). (S. 53-65). Stuttgart: Thieme.
- Friedman, R. C. (1993). *Männliche Homosexualität*. Berlin: Springer.
- Gissrau, B. (1993). Sympathie für die „Anormalität“? Ist Homosexualität an sich eine Krankheit? In E.-M. Alves (Hrsg.), *Stumme Liebe. Der „lesbische Komplex“ in der Psychoanalyse*. (S. 11-44). Freiburg: Kore.
- Imhorst, E. (2005). Internalisierte Homophobie und Depression – Überlegungen zur psychoanalytischen Behandlung eines 68jährigen Mannes. *Psychotherapie im Alter*, 2 (3), 95-108.
- Poluda, E. S. (2001). Probleme der weiblichen homosexuellen Entwicklung. In V. Sigusch (Hrsg.), *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung* (3., neu bearb. und erw. Aufl.). (S. 79-101). Stuttgart: Thieme.
- Sigusch, V. (Hrsg.). (2001). *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung* (3., neu bearb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- World Health Organization (WHO). (1991). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.

### Dipl.-Psych. Elisabeth Imhorst

Psychologische Psychotherapeutin (PA)  
Volksgartenstraße 18  
50677 Köln  
Elisabeth.Imhorst@dvpv-mail.de

## Lesbische Frauen in der Psychoanalyse

Eva S. Poluda

Da ich mich in meinen Arbeiten zur psychosexuellen Entwicklung schon immer für die lesbische Dimension in jeder weiblichen Entwicklung interessiert, und von meiner ersten Patientin an immer auch lesbische Frauen analysiert habe, habe ich den aktuellen Artikel mit Interesse gelesen.

Homophobie ist ein gesellschaftliches Phänomen, das noch längst nicht überwunden ist, und dessen Thematisierung auch im psychotherapeutischen Bereich sinnvoll. Freuds Psychoanalyse hat es sich von Beginn an zur Aufgabe gemacht, solche Prozesse zu analysieren und Sexualfeindlichkeit generell zu hinterfragen. Freud war seiner Zeit weit voraus, als er jedes Individuum als potentiell bisexuell verstand und für seine psychosexuelle Entwicklung eine Auseinandersetzung mit beiden Objekt-

wahlen in zwei Ödipuskomplexen annahm, ohne diskriminierende Bewertung.

Da die Psychoanalyse jedoch nicht außerhalb der Gesellschaft steht, hatte ihre Bewegung sowohl nach außen als auch nach innen für die Anerkennung ihrer normkritischen Erkenntnisse zu kämpfen. In diesem Zusammenhang erkläre ich mir, dass sie nicht offensiver für die Normalität homosexueller Objektwahlen eintrat, dass in den ersten Generationen von Psychoanalytikern, deren eigene Homophobien noch nicht hinreichend analysiert wurden, und hinter Freuds Sichtweise zurückfiel. So hat Freuds eigene Tochter Anna mit einer Lebenspartnerin zusammengelebt, ohne dass dies offen als normal oder abweichend diskutiert werden konnte, – bis heute, wie ich Frau Schneider zugestehen

möchte. Demgegenüber war die Sexualwissenschaft traditionell homosexualitätsfreundlich und hat mit der Psychoanalyse kooperiert. Das von Volkmar Sigusch bei Thieme herausgegebene Standardwerk „Sexuelle Störungen und ihre Behandlung“, in dem verschiedene PsychoanalytikerInnen schreiben (ich z.B. über weibliche Homosexualität), wird in dem Artikel leider nicht berücksichtigt.

Wie ich in Veröffentlichungen dargelegt habe, haben sich dann Analytikerinnen auf verschiedene Weise bemüht, lesbische Entwicklungen zu erklären (die doch der natürlichen Fortpflanzung im Wege stehen). Im Verlauf der Frauenbewegung vor allem, an der Psychoanalytikerinnen großen Anteil nahmen, kam es endlich zur heute gültigen psychoanalytischen Sichtweise, die



Die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie sucht zum sofortigen Eintritt eine/n

### Psychologische/n Psychotherapeuten/-in

in Vollzeit.

Erwünscht sind theoretische Kenntnisse und therapeutische Erfahrungen in der Arbeit mit komplex-traumatisierten Patienten bzw. Patienten mit emotionaler Instabilität und Impulsivität (Borderline-Persönlichkeitsstörungen).

Die Vergütung erfolgt nach den tariflichen Regelungen für Beschäftigte des Landes.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Prof. Dr. A. Batra, Tel. 07071/29-82685.

Bitte richten Sie Ihre schriftliche Bewerbung bis 13.04.2007 unter Angabe der Kennziffer **XX 2923** an:

**Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
z. Hd. Herrn Prof. Dr. Buchkremer  
Osianderstr. 24  
72076 Tübingen**

Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung vorrangig berücksichtigt.

Die Universität Tübingen strebt eine Erhöhung des Anteiles von Frauen beim wissenschaftlichen Personal an und fordert daher Frauen nachdrücklich auf, sich zu bewerben.

Die Einstellung erfolgt über die Verwaltung des Klinikums.

Wir sind eine anerkannte Zivildienststelle. Infos unter Telefon 07071/29-82027.

**RWA**

### Rheinisch Westfälische Akademie für Neuropsychologie und Psychotherapie

Postgraduierte Fort- und Weiterbildung für  
Neuropsychologen und Psychotherapeuten in Bonn

Eine Auswahl unserer Seminare ab September 2007:

- ✓ Das Gedächtnis: Von der Anatomie bis zur Therapie
  - ✓ Diagnostik und Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen
  - ✓ Klinische Pharmakopsychologie
  - ✓ Entwicklungsneuropsychologie
- ✓ Verhaltenstherapie bei schizophrenen Psychosen
- ✓ Persönlichkeitsbeurteilung in der Neuropsychologie
- ✓ Frühe Differentialdiagnose präseniler Demenzen

**Die Seminare werden alle zur Akkreditierung bei der GNP und den PT-Kammern (FE-Punkte) eingereicht!**

[www.rwa-bonn.de](http://www.rwa-bonn.de)

Dr. Georg Lamberti  
Blumenweg 2  
56567 Neuwied  
Fon 02631-71774

Dipl.-Psych. W. Gebauer  
Sonnenbergweg 9  
53424 Remagen  
Fon 02228-7517

**RWA - Am Puls der Zeit**

besonders klar von Christa Rohde-Dachser (1994, *Psyche* 48, 827-841) formuliert worden ist: „Zusammenfassend kann man feststellen, dass es *die* Homosexualität nicht gibt, sondern statt dessen eine Vielfalt von Formen und Erscheinungsweisen homosexuellen Verhaltens mit vermutlich unterschiedlicher Genese. Aus diesem Grund muss auch der Versuch fehlschlagen, eine psychoanalytische Theorie der Homosexualität zu formulieren, so als könnte man vom Symptom unmittelbar Rückschlüsse auf den zugrunde liegenden Konflikt und die Persönlichkeitsstruktur eines Menschen ziehen“ (ebd., S. 835). Sie drückt hier auch den Stand meiner eigenen Überlegungen zum Thema aus, bevor ich diesen Artikel las.

Entscheidend für meine eigene Forschung und Erkenntnisgewinnung war die Frauenbewegung, zu der ich neben anderen Analytikerinnen geladen wurde, wie Frau Rohde-Dachser auch. Besonders dankbar bin ich Eva Maria Alves (1993) für ihr mutiges Projekt, den sehr unterschiedlichen Stand innerhalb der Psychoanalyse zur lesbischen Liebe durch ihr Buch zu dokumentieren und damit zur theoretischen Vereinheitlichung aufzurufen. Meinen eigenen Beitrag verstehe ich allerdings nicht als „neue theoretische Fassung“, sondern als Präzisierung der bestehenden psychoanalytischen Theorie zum Thema.

Frau Schneiders Artikel weist jedoch auf ein Phänomen hin, das ich selbst bisher zu wenig erkannt und beachtet habe, und mir daher für den neuesten Stand sehr wichtig erscheint, u.z. auf die internalisierte Homophobie bei homosexuell lebenden

Menschen selber, die ihre Sexualität vor dem eigenen Über-Ich verteidigen müssen, das die elterlichen und gesellschaftlichen Normen vertritt. Dafür bin ich dem Artikel dankbar, und so könnte ich auch dessen anklagende Tendenz der Psychoanalyse gegenüber verstehen. Abgesehen von „Schreckensvisionen“, die in der psychoanalytischen Beurteilung von Homosexualität in der Vergangenheit vorgekommen sind und deren realen Nachwirkungen, spielt bei der Anklage wohl auch eine Projektion von Homophobie auf die Psychoanalyse eine Rolle, als psychotherapeutische Autorität mit Über-Ich-Aspekt.

Dieser Autorität versuche ich mit meiner Antwort nach besten Möglichkeiten zu entsprechen, indem ich anerkenne, in welcher äußeren gesellschaftlichen Not gleichgeschlechtlich Liebende auch heute noch sind, und zudem deute, dass die innere Not der Selbstverurteilung zu Verdächtigungen oder einseitiger Sichtweise (auch in der Psychoanalyse) führen kann, über die ins Gespräch zu kommen wichtig und konstruktiv wäre.

Zudem möchte ich betonen, dass Über-Ich-Ängste vor einer Psychotherapie bei sehr vielen Patienten eine Rolle spielen, und meiner eigenen Erfahrung nach bei lesbischen Frauen nicht stärker ausgeprägt sind als „normal“. Insofern erscheinen mir Frau Schneiders therapeutische Empfehlungen, wie z.B. Unterstützung der Selbstbehauptung und Vermeidung von Verharmlosung der erlebten Diskriminierung (das wäre Abwehr von Seiten des Therapeuten) als gültig und sinnvoll für alle Patienten! Im analytischen Prozess müs-

sen solche Ängste nicht vermieden, sondern thematisiert und bearbeitet werden! Vertrauensbildung und Reflexion der Gegenübertragung sind zentrale Aufgaben jeden psychoanalytischen Prozesses, der durch Kontakt und dessen Deutung fortschreitet.

Dabei ist die lebensgeschichtliche Entwicklung der Sexualität bei jedem Patienten wichtig und jeder möchte sich selbst dabei verstehen lernen – eine Ausnahme bei Homosexuellen erschiene mir phobisch und kontraindiziert, zumal viele dies ausdrücklich thematisieren!

Vorhergehendes Wissen über die Lebenskultur erscheint mir auch wenig sinnvoll, ähnlich wie bei Ausländern: Patienten sind vor allem Experten ihrer selbst und lehren die Therapeuten im Kontakt zu erfahren, was sie bewegt. Insofern betrachte ich Lesben als ganz normale Patienten, von denen jeder in seiner Eigenart mit seinen persönlichen Problemen und Lebensherausforderungen verstanden werden möchte, um ein heilsames Verständnis für sich selbst zu gewinnen!

Insgesamt begrüße ich die Veröffentlichung des Artikels als Herausforderung zur kritischen Reflexion und Diskussion!

**Dipl.-Psych. Eva S. Poluda-Korte**

Psychologische Psychotherapeutin  
Psychoanalytikerin  
Kaiserstr. 34  
50321 Brühl  
wepoko@gmx.de

**LANGEOOG 2007 27./28.05. – 02.06.2007**

**36. Psychotherapiewoche**

*Leitthema:*

*Jedem Abschied folgt ein Anfang  
Krise als Herausforderung*



**5. Psychotherapietage des Kindes- und Jugendalters**

*Leitthema: Familie*



**Programmanforderung:** Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKN, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: 0511/380-2490, FAX: 0511/380-2499, E-Mail: akademie@aekn.de

# Aktuelles aus der Forschung

Petra Kümmler

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten  
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

## Erfassung von Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter

*Gunzelmann, Th., Schmidt, S., Albani, C. & Brähler, E. (2006). Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 19, 1, 7-15.*

Die Erfassung von Lebensqualität und Wohlbefinden hat eine große Bedeutung bei der Bewertung von psychotherapeutischen Maßnahmen. Für das valide Messen solch abstrakter und höchst individueller Konstrukte ist die Entwicklung von geeigneten Meßinstrumenten entscheidend. Die vorliegende Untersuchung prüft die psychometrische Qualität des EUROHIS-QOL und des WHO-5 anhand einer umfangreichen repräsentativen Stichprobe von über 60-Jährigen. Eine Normierung speziell für ältere Menschen ist wichtig, um valide Referenzgrößen zu erhalten, insbesondere vor dem Hintergrund der größeren Wahrscheinlichkeit von chronischen Erkrankungen, sozialen Verlusten oder Einschränkungen der selbständigen Lebensführung bei älteren und hochbetagten Menschen. Zu berücksichtigen ist auch die veränderte Gewichtung von Aspekten der Lebensqualität im Zuge psychischer Anpassungsleistungen.

Der EUROHIS-QOL ist ein Selbstbeurteilungsverfahren,

das acht Items umfasst. Die Summe der Items bildet bereichsübergreifende Lebensqualität ab, wobei ein höherer Wert höherer Lebensqualität entspricht. Die Beantwortung erfolgt auf einer fünfstufigen Skala von „überhaupt nicht“ bis „vollständig“ und bezieht sich auf den Zeitraum der vergangenen zwei Wochen.

Der WHO-5 ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der einen Index für das persönliche Wohlbefinden darstellt. Fünf Items, die auf einer sechsstufigen Skala von „zu keinem Zeitpunkt“ bis „die ganze Zeit“ beantwortet werden können, werden zu einem Indexwert summiert. Ein höherer Wert bildet höheres Wohlbefinden ab, wobei ein Indexwert unter 13 als Indikator für depressive Beschwerden interpretiert wird.

Untersucht werden Trennschärfe, Reliabilität sowie faktorielle Validität und Responsibilität der Verfahren. Außerdem werden Referenzwerte für die höheren Lebensalter ermittelt.

Zu diesem Zweck wurden explorative und konfirmatorische Faktorenanalysen berechnet, die interne Konsistenz mit Cronbachs  $\alpha$  bestimmt sowie die Trennschärpen und Item-

Interkorrelationen berechnet. Beide Verfahren weisen eine hohe Reliabilität auf (.86 bzw. .92), die Eindimensionalität des WHO-5 konnte bestätigt werden sowie zwei Dimensionen beim EUROHIS-QOL, der sowohl personale als auch externe Faktoren der Lebensqualität abbildet.

Die Untersuchung stellt Referenzdaten für Ältere zur Verfügung.

## Pilotstudie: Gemeinsame Gruppen für essgestörte Patientinnen und Angehörige

*Salbach, H., Bohnkamp, I., Lehmkuhl, U., Pfeiffer, E. & Korte, A. (2006). Familienorientierte Gruppentherapie zur Behandlung von Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa – eine Pilotstudie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34, 4, 267-274.*

Die Pilotstudie untersucht die Wirksamkeit eines psychoedukativen Programms, das in gemischten Gruppen mit Patientinnen und Angehörigen gemeinsam durchgeführt wird. Das Behandlungsprogramm verbindet dabei psychoedukative mit zieloffenen kognitiv-

**Kommentar:** Die Referenzdaten erlauben Vergleiche individueller Ergebnisse und deren Einordnung. Die Studie stellt somit zwei einfach zu handhabende Instrumente zur Bestimmung von Wohlbefinden und Lebensqualität bei älteren und hochbetagten Menschen vor, die auch im Rahmen von Einzeltherapien sinnvoll zur Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik verwendet werden können.

behavioralen Interventionen und erstreckt sich über sechs Sitzungen.

Die Patientinnenstichprobe bestand aus 32 Patientinnen zwischen 11,5 und 17,6 Jahren, von denen 90% an einer Anorexie litten, 10% an einer Bulimie. Die Elternstichprobe bestand aus 32 Müttern und 27 Vätern, von denen 31% eine life-time Prävalenz einer psychischen Störung aufwiesen. Knapp 72% der Paare lebten zusammen, die große Mehrheit war berufstätig.

Zu Beginn und am Ende der Gruppenbehandlung wurden psychische Störungen, psycho-



pathologische Symptome der Essstörung, Body Mass Index und subjektive Beurteilung der Behandlung systematisch erhoben. Zusätzlich wurde das Essverhalten der Töchter durch die Eltern beurteilt.

Sowohl Patientinnen als auch teilnehmende Mütter und Väter erlebten die Gruppe als sehr positiv, keine Familie brach die Behandlung vorzeitig ab. Durchschnittlich nahmen 94% der Patientinnen und Mütter sowie 86% der Väter an den einzelnen Sitzungen teil.

Essstörungsspezifische psychopathologische Symptome, die mit dem Eating Disorder Inventory gemessen wurden (z.B. Drive for Thinness, Bulimia, Maturity Fears, Interoceptive Awareness) sowie Body Mass Index verbesserten sich signifikant. Die Patientinnen fühlten sich durch ihre Mitpatientinnen gestützt, und konnten dadurch Gefühle und Gedanken auch gegenüber ihren Eltern besser kommunizieren. Die Eltern konnten Ratschläge durch andere Gruppenmitglieder besser annehmen und sich mit anderen Familien identifizieren. Die Einschätzung des Essverhaltens durch die Eltern verbesserte sich ebenfalls über den Behandlungszeitraum.

Die Ergebnisse deuten daraufhin, dass sich die Gruppe gut im Stationsalltag implementieren ließ, von den Beteiligten positiv angenommen und als Bereicherung empfunden wurde. Auch bezüglich der Psychopathologie der Essstörung ergeben sich Hinweise auf positive Effekte der Gruppe.

**Kommentar:** Wie die Autoren einschränkend ausführen, kann die Pilotstudie aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe lediglich hypothesengenerie-

rend interpretiert werden, Belege für die Wirksamkeit lassen sich nicht ableiten.

Auch fehlt eine systematische Kontrolle weiterer Therapiemaßnahmen, so dass nicht zu belegen ist, dass die Veränderung des BMI tatsächlich auf die Gruppe zurück zu führen ist. Gerade im stationären Setting ist eine Gewichtszunahme nicht zuletzt auch auf direkte Maßnahmen im Stationsalltag (Gewichtsmessung, Essverhalten, Restriktion bei fehlender

Zunahme) zurückzuführen. Die Pilotstudie liefert darüber hinaus aber Hinweise auf eine Einstellungsänderung bezüglich der Gewichtszunahme. Weiterhin fehlt eine Katamnese sowie die Untersuchung der Familienatmosphäre (z.B. High Expressed Emotion: Überfürsorglichkeit bzw. hohe Kritikbereitschaft). Ein übliches Ziel von Familienpsychoedukation besteht in der Einstellungsänderung der Familie bezüglich der Erkrankung und damit einer Entlastung aller Beteiligten.

Der innovative und effiziente Ansatz der gemischten Gruppen aus Angehörigen und Patientinnen ist vor allem für die stationäre Behandlung interessant, weil nicht gleichzeitig zwei Gruppen (für Patienten und Angehörige) angeboten werden müssen und sich auch Wartezeiten erübrigen können, bis genügend Patientinnen bzw. Angehörige jeweils für die Gruppen zur Verfügung stehen.

## Körperbildtherapie bei Essstörungen

*Vocks, S., Legenbauer, T., Troje, N., & Schulte, D. (2006). Körperbildtherapie bei Essstörungen. Beeinflussung der perceptiven, kognitiv-affektiven und behavioralen Körperbildkomponente. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35, 4, 286-295.*

Ein negatives Körperbild ist neben dem gestörten Essverhalten ein zentrales Merkmal einer Essstörung. Für die vorliegende Studie wurden 24 Patientinnen mit der Diagnose einer Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa bzw. einer nicht näher bezeichneten Essstörung vor und nach einer 10 Sitzungen umfassenden kognitiv-verhaltenstherapeutischen Körperbildtherapie sowie drei Monate nach Abschluss der Therapie untersucht. Im Zentrum standen dabei drei Komponenten der Körperschemastörung: perzeptive Komponente (Überschätzung der eigenen Körperdimensionen), kognitiv-affektive Komponente (negative Gedanken und Gefühle hinsichtlich des eigenen Körpers) und behaviorale Komponente (körperbezogene

Vermeidungs- und Kontrollverhalten). Die gruppentherapeutischen Sitzungen umfassten folgende Bausteine: Faktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung des negativen Körperbildes, Identifikation und Modifikation dysfunktionaler auf den eigenen Körper bezogener Kognitionen, Körperkonfrontationsübungen per Spiegel und Video, Abbau des körperbezogenen Vermeidungs- und Kontrollverhaltens sowie Aufbau positiver körperbezogener Aktivitäten und Rückfallprophylaxe.

Die Ergebnisse ergaben signifikante Verbesserungen der kognitiv-affektiven und der behavioralen Komponenten der Körperschemastörung. Die perzeptive Komponente veränderte sich lediglich bezüglich der Idealvorstellung in Richtung eines weniger schlanken Körpers. Auch nach Abschluss der Behandlung überschätzten die Patientinnen die eigenen Körperdimensionen, es fand auch keine Veränderung des Ausmaßes der Überschätzung statt. Die Essstörungssymptomatik selbst veränderte sich hin-

sichtlich „essensbezogener Sorgen“, „gezügelterm Essverhalten“, sowie „Bulimie“ auf der Skala des Eating Disorder Examination Questionnaire. Eine von Prä- zu Postmessung tendenzielle Reduktion der Anzahl der Essanfälle ließ sich zur Katamneseuntersuchung nicht mehr feststellen.

**Kommentar:** Die Autoren führen einschränkend aus, dass die Studie eine erste klinische Evaluierung darstellt und Erkundungscharakter hat. Daher fehlt ein Vergleich mit einer unbehandelten Kontrollgruppe, die Belege für die Wirksamkeit liefern könnte. Ein Schönheitsfehler der Studie ist, dass der Body Mass Index (BMI) der Patientinnen nicht gemessen wurde, d.h. diese nicht gewogen wurden, sondern der BMI aus Angaben der Patientinnen hochgerechnet wurde. Wie weit diese Angaben zuverlässig sind, kann daher nicht bestimmt werden. Da dieses Maß aber nicht im Zentrum der Untersuchung stand, sondern die Körperschemastörung, liefert der BMI lediglich Zusatzinformation.

## Suizidprävention bei Älteren und Hochbetagten: Ein Blick über den Horizont

Oyama, H., Goto, M., Fujita, M., Shibuya, H. & Sakashita, T. (2006). *Preventing Elderly Suicide Through Primary Care by Community-Based Screening for Depression in Rural Japan*. *Crisis*, 27, 2, 58-65.

Die Suizidrate älterer und hochbetagter Menschen ist in asiatischen Ländern bis zu fünfmal höher als in westlichen Ländern. Ein besonders hohes Suizidrisiko besteht in ländlichen Regionen. Die vorliegende Untersuchung evaluiert eine Maßnahme zur Suizidprävention bei über 65-Jährigen in einer ländlichen Region Japans.

Das Präventionsprogramm identifizierte Risikopersonen mittels eines Selbstbeurteilungsbogens zu depressiven Symptomen (self-rating depression scale, SDS, Zung, 1965), der von der Gemeinde an alle über 65-Jährigen verteilt wurde. Wurden diese als „positiv“ identifiziert, gelangten sie in eine zweite „Screening-Stufe“ und wurden vom Hausarzt anhand der Forschungsdiagnosekriterien (RDC, Spitzer, Endicott & Robbins, 1981) erneut auf depressive Symptome untersucht. Wurden bei den Betroffenen aktuelle oder im Laufe des vergangenen Jahres bestehende depressive Symptome eruiert, wurden sie entweder an den im Heimatort praktizierenden Hausarzt oder zu einem Gespräch mit der Gemeindegemeinschaft überwiesen. In diesem Gespräch wurden psychoedukative Inhalte zu Depression, Suizidrisiko und zu möglichen Hilfestellungen vermittelt. Bei Bedarf wurde konsiliarisch ein Psychiater hinzugezogen.

Verglichen wurde die Veränderung der Suizidrate der über 65-Jährigen jeweils im 10-Jahres-Zeitraum vor (April 1978 – März 1988) bzw. nach der Implementierung (April 1988 – März 1998) des Präventionsprogramms. Mehr als 90% der über 65-Jährigen nahm am Screening teil. Bei ca. 12% wurden dabei depressive Symptome festgestellt. Von diesen 12% wurden wiederum rund 70% von einem Hausarzt erneut untersucht.

Während der Implementierungsphase wurden 14 von 24 Personen, die sich suizidiert hatten, vorher als nicht-depressiv eingestuft. Die Autoren berichten nicht, ob dies falsch-negative Zuordnungen waren, oder die Personen tatsächlich keine oder nur wenige depressive Symptome im Vorfeld des Suizids aufwiesen.

Nach der Implementierung zeigte sich eine deutliche Reduktion der Suizide und Suizidversuche, insbesondere bei der weiblichen Bevölkerung. Es ergab sich eine Reduktion des Suizidrisikos um 70%. Um auszuschließen, dass es sich um einen Kohorteneffekt handelte, wurde als Referenzgröße eine weitere Gemeinde mit ähnlichen soziodemografischen Charakteristika herangezogen, deren Suizidrate sich im Vergleich der beiden Zeiträume jedoch nicht veränderte.

Vor allem für ältere und hochbetagte Frauen ist die Maßnahme wirksam, für Männer ergeben sich keine Unterschiede im Suizidrisiko. Dieses Ergebnis bestätigten ähnliche Untersuchungen, deren Ergebnisse darauf hinweisen, dass Pro-

### Die Wollmarshöhe

#### Erfahrungsorientierte Aus- und Weiterbildung

- Therapie
- Persönlichkeitsentwicklung
- Coaching und Pädagogik



#### Ausbildung

#### Hochseiltrainer / Sicherheits- und Prozessbegleitung

<b>Grundkurs</b>	Sicherheit/Technik/inkl. Basic I	17. - 22.04.2007
Abschluss	Zertifikat Hochseiltrainer (ERCA)	
Kosten		
Grundkurs	EUR 795,00 (zzgl. gesetzl. MwSt.)	

#### professional

#### Psychologisch geschulter Hochseiltrainer

<b>Basic I</b>	(Voraussetzung: Hochseiltrainer)	21./22.04.2007
<b>Basic II</b>	Aufbau	19./20.05.2007
<b>Basic III</b>	Aufbau und Prüfung	16./17.06.2007
Abschluss	detailliertes Zertifikat Psychologisch geschulter Hochseiltrainer	
Kosten		
Basic I - III	je EUR 320,00 (zzgl. gesetzl. MwSt.)	

#### Information und Anmeldung:

##### Die Wollmarshöhe Seminarzentrum

Wollmarshofen 14 • D-88285 Bodnegg • Tel. 07520/927-0  
[www.wollmarshoehe.de/Seminarzentrum/seminare07](http://www.wollmarshoehe.de/Seminarzentrum/seminare07)  
[www.wollmarshoehe.de](http://www.wollmarshoehe.de)

### Die Wollmarshöhe

#### Erfahrungsorientierte Aus- und Weiterbildung

- Therapie
- Persönlichkeitsentwicklung
- Coaching und Pädagogik



#### Ausbildung

#### Therapeutisches Bogenschießen

<b>Bogen I</b>	Technik des Bogenschießens	11. - 13.05.2007
<b>Bogen II</b>	Übungsprogramme	22. - 24.06.2007
<b>Bogen III</b>	Intuitives Bogenschießen	28. - 30.09.2007
<b>Bogen IV</b>	Therapeutisches Bogenschießen/ Prüfung	19. - 21.10.2007
Abschluss	Zertifikat Leitung therapeutisch-intuitives Bogenschießen	
Kosten	je EUR 240,00 (zzgl. gesetzl. MwSt.) Übernachtung mit Vollpension	

#### Information und Anmeldung:

##### Die Wollmarshöhe Seminarzentrum

Wollmarshofen 14 • D-88285 Bodnegg • Tel. 07520/927-0  
[www.wollmarshoehe.de/Seminarzentrum/seminare07](http://www.wollmarshoehe.de/Seminarzentrum/seminare07)  
[www.wollmarshoehe.de](http://www.wollmarshoehe.de)

gramme, die sich auf den Umgang mit depressiven Gedanken und Suizidgedanken beziehen, wie z.B. Krisenberatung am Telefon, Informationsvermittlung zu Depression für Hausärzte, Gruppenaktivitäten und Psychoedukation nur Frauen erreichen. Programme, die sich eher auf Suizidpläne und

Impulsivität konzentrieren, wirken auf beide Geschlechter. Als Ursache dafür werden geschlechtsspezifische Effekte diskutiert, die darauf hinweisen, dass Suizidalität bei Männern in größerem Maße als bei Frauen durch serotonerge Dysfunktionen, Aggression, Alkoholismus, Substanzmißbrauch

und daraus resultierende Impulsivität mitbestimmt wird.

**Kommentar:** Die Untersuchung verwendet ein interessantes quasi-experimentelles Design. Unklar ist, durch welche Maßnahmen die Verringerung des Suizidrisikos erreicht wurde: War die Inter-

vention durch den Hausarzt und die konsiliarische Tätigkeit des Psychiaters wirksam oder eher die Psychoedukation? Welche Intervention neben der Diagnostik führte der Hausarzt durch? Diese Fragen lassen sich anhand der Veröffentlichung nicht beantworten.

## Behandlung von Sozialphobie bei Kindern: Langzeiteffekte

*Beidel, D., Turner, S. & Young, B. (2006). Social Effectiveness Therapy for Children: Five Years Later. Behavior Therapy, 37, 416-425.*

Soziale Phobien erweisen sich als prognostisch ungünstig für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, da sie neben grundsätzlichen Problemen und Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, einer Einschränkung der Lebensqualität auch zu einer Reihe von Folgeerkrankungen (insbesondere Substanzmissbrauch) führen können. Die Studie untersucht die langfristige Wirksamkeit einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Psychotherapie bei Kindern mit einer Sozialphobie im Katamnesezeitraum von 3, 4 und 5 Jahren. Im 5-Jahres-Zeitraum, in dem die Patienten mittlerweile zwischen 13 und 20 Jahren alt waren, fand eine umfassende Diagnostik statt sowie ein Vergleich zu einer parallelisierten Kontrollgruppe, die keine psychischen Auffälligkeiten aufwies (life-time).

Über 80% der 31 Patienten erfüllten nach 5 Jahren die Kriterien für eine Sozialphobie nicht mehr, waren also dies-

bezüglich vollständig remittiert. Von diesen remittierten rund 1/3 erst im Katamnesezeitraum. Ob dieser Effekt auf die Behandlung oder andere Faktoren (z.B. Folgebehandlungen, Spontanremission) zurück zu führen ist, lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Auch die selbsteingeschätzte Ängstlichkeit und andere psychopathologische Symptome verbesserten sich zunehmend nach der Behandlung und blieben während des gesamten Katamnesezeitraums stabil.

Im Vergleich zwischen Kontroll- und Behandlungsgruppe zeigten sich bezüglich einem globalem Maß zum psychosozialen Funktionsniveau zwar signifikante Unterschiede zugunsten der Kontrollgruppe, die Werte der Behandlungsgruppe lagen jedoch im Normalbereich und lassen auf ein gut angepasstes soziales Funktionsniveau schließen.

Es ließen sich keine Unterschiede bezüglich der allgemeinen Psychopathologie eruieren. Ein Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen hinsichtlich der sozialen Fertigkeiten (erhoben anhand von Verhaltens-

beobachtung in schwierigen Rollenspielsituationen) zeigte bessere Fertigkeiten der Kontrollgruppe. Wurden für diese Auswertung lediglich diejenigen Patienten berücksichtigt, die auf die Behandlung angesprochen hatten (treatment responder), waren die ehemaligen Patienten genauso sozial kompetent wie die psychisch unauffällige Kontrollgruppe. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass soziale Fertigkeiten zwar schwierig zu verändern sind, jedoch gleichzeitig ein Kriterium für das Ansprechen auf eine Behandlung (treatment response) darstellen können und damit Hinweise auf eine günstige Prognose liefern.

Besonders hervorzuheben ist, dass die 5-Jahres-Katamnese zu einem besonders sensitiven Alter für die Entwicklung einer Sozialphobie, also zu einem kritischen Zeitpunkt für einen möglichen Rückfall erhoben wurde. Die guten Ergebnisse unterstreichen also die Effektivität und Wirksamkeit einer frühzeitigen Behandlung von Sozialphobien bei Kindern, um eine normale psychosoziale Entwicklung zu ermöglichen. Dies ist besonders wichtig, weil

Ergebnisse aus anderen Untersuchungen belegen, dass eine Sozialphobie im Kindesalter, vor allem mit Beginn vor dem 11. Lebensjahr, nicht spontan remittiert, sondern bestehen bleibt. Eine sozialphobische Episode dauert durchschnittlich 18 Jahre, im Gegensatz zu einer depressiven Episode, die durchschnittlich 1 Jahr lang anhält.

**Kommentar:** Die Studie liefert weitere Belege dafür, dass verhaltenstherapeutische Interventionen effiziente und effektive Maßnahmen für die Behandlung von Sozialphobien bieten, die auch im Langzeitverlauf wirksam bleiben und zu einem stabilen Funktionsniveau führen. Aus methodischer Sicht ist anzumerken, dass die ursprüngliche Kontrollgruppe (Prä- und Post-Zeitpunkt) nicht katamnestic untersucht wurde, statt dessen eine neue Kontrollgruppe rekrutiert wurde. Optimalerweise wird die Wirksamkeit einer Behandlung durch den Vergleich von zwei gleichbleibenden Gruppen vor, direkt nach der Behandlung sowie im Katamnesezeitraum über die gesamte Dauer überprüft.

## Gruppenbehandlung von Trichotillomanie: Therapievergleich

Diefenbach, G., Tolin, D.F., Hannan, S., Maltby, N. & Crocetto, J. (2006). *Group Treatment for Trichotillomania: Behavior Therapy Versus Supportive Therapy. Behavior Therapy, 37, 353-363.*

In einer kontrolliert-randomisierten Studie wurde eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenbehandlung von Trichotillomanie mit einer stützenden Gesprächsgruppe und einer unbehandelten Kontrollgruppe (Wartezeit) verglichen (N=24). Die vorliegende Studie untersucht erstmalig eine Gruppenpsychotherapie, bisherige Studien belegten lediglich die Wirksamkeit von Einzelbehandlung.

Die durchgeführte kognitive Verhaltenstherapie lehnte sich an die Manuale von Stanley und Mouton (1996) sowie Rothbaum und Ninan (1999) an und bestand aus den folgenden Bausteinen: Psychoedukation, Motivierung, Selbst-Beobachtung, Achtsamkeitstraining, Stimulus-Kontrolle, Einüben alternativer Reaktionen,

Entspannungstraining, kognitive Umstrukturierung und Rückfallprophylaxe. Die stützende Gesprächsgruppe folgend dem Manual von Stanley, Beck und Glassco (1996), war weniger direktiv, unterstützte dagegen den Informationsaustausch der Patienten und bot eine empathische, geschützte Umgebung. Beide Gruppenbehandlungen bestanden aus acht 1-1,5-stündigen Sitzungen einmal pro Woche.

Erhoben wurden als Outcome-Maße neben der Clinical Global-Impression Severity Scale (CGI) spezifische Maße zur Schwere der Impulskontrollstörung, zum Haar-Verlust und Therapieprozessvariablen wie Patientenerwartungen, -zufriedenheit, Gruppenkohäsion und -teilnahme.

Die Ergebnisse zeigen eine signifikant stärkere Symptomreduktion für Patienten der verhaltenstherapeutischen Gruppe im Vergleich zu Patienten der supportiven Gruppe zum Postzeitpunkt, die sich im Katamnesezeitraum jedoch nicht

mehr findet. Zu keinem Zeitpunkt finden sich remittierte Patienten.

Die Autoren schließen aus den Ergebnissen auf die Überlegenheit der einzeltherapeutischen Behandlung, deren Wirksamkeit bereits in mehreren Studien dokumentiert ist. Insbesondere Patienten mit schwerer Ausprägung von Trichotillomanie brachen in der vorliegenden Studie häufiger die Gruppe ab, sie schienen durch das Setting überfordert.

**Kommentar:** Trichotillomanie ist eine seltene Erkrankung, die häufig als komorbide Störung, z.B. bei schwereren psychischen Diagnosen im stationär-psychiatrischen Setting vorkommt. Meistens bleibt sie unbehandelt, da der Fokus der Psychotherapie auf den „Hauptdiagnosen“ liegt, auch in der Hoffnung, dass sich die Impulskontrollstörung mit Verbesserung des Allgemeinbefindens ebenfalls bessert.

Die Wirksamkeit von individueller, einzeltherapeutischer Vor-

gehensweise für das Störungsbild ist belegt.

Die Autoren diskutieren als methodisch einschränkend den variablen Zeitraum der Wartebedingung bis zur Aufnahme einer Psychotherapie sowie die Durchführung der beiden Gruppenbedingungen durch denselben Psychotherapeuten. Zudem ist der geringe Stichprobenumfang zu erwähnen, der varianzanalytische Gruppenvergleiche über die Zeit eigentlich nicht erlaubt. Die Ergebnisse können somit nicht verallgemeinert werden und besitzen nur eingeschränkte Gültigkeit.

*Dipl.-Psych.*

*Petra Kümmler*

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

**MFK**

**Münchner FamilienKolleg**

Programm-Anforderung:  
Pfarrstr. 4, 80538 München  
Fon: 089 – 22 29 92  
Fax: 08134 – 92 365  
E-mail: MFK.FamilienKolleg@t-online.de  
Internet: <http://www.mfk-fortbildung.de>

### Fortbildung 2007 (Auswahl)

19. – 21.03. Marie-Luise Conen: Aufsuchende Familientherapie  
18. – 21.04. Doris Heueck-Mauß: Multiplikatorenkurs Präventives ElternTraining PET  
22. – 23.06. Jim Wilson: Kreative Methoden in der syst. Therapie mit Kindern und Eltern  
14. – 15.09. Gerd F. Müller: Die Arbeit mit Skulpturen  
18. – 20.10. Olaf Schulz u.a.: Multiplikatorenkurs „Erziehen mit Liebe und Grenzen“  
16. – 17.11. Yvonne Dolan: Mehr als nur Wunder – der lösungsfokussierte Ansatz  
Für die Seminare gibt es Fortbildungspunkte der Bay. Psychotherapeutenkammer.

### Dreijährige Weiterbildung „Systemische Beratung und Therapie“

07.05.2007: Beginn einer neuen Gruppe Curriculum I + II (DGSF-zertifiziert)



# Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

## GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

### 1. GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Die Beratungen des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages führten zu weitgehenden Änderungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG). Für Psychotherapeuten<sup>1</sup> und psychisch kranke Menschen brachte dies Verbesserungen. BPTK und Landespsychotherapeutenkammern hatten gemeinsam auf Bundes- und Landesebene für diese Änderungen geworben. Die relevanten Regelungen des GKV-WSG, das am 2. Februar im Deutschen Bundestag verabschiedet wurde, werden im Folgenden vorgestellt.<sup>2</sup>

#### 1.1 Vergütung psychotherapeutischer Leistungen sachgerecht geregelt

##### Angemessene Vergütung je Zeiteinheit

Der Gesetzgeber macht dem Bewertungsausschuss die Vorgabe, auch künftig die Bewertung psychotherapeutischer Leistungen so zu gestalten, dass eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleistet ist. Diese wird aber nicht mehr über einen gestützten Punktwert sichergestellt (§ 85 Abs. 4 SGB V). Grundlage sind künftig bundeseinheitliche Orientierungswerte, die wiederum maßgeblich die Euro-Gebührenordnungen auf KV-Ebene bestimmen. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wird damit zur entscheidenden Stellschraube.

Für die im Bewertungsausschuss vertretene KBV und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird es nicht einfach sein, zu einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit zu kommen. Dabei könnte z.B. berücksichtigt werden, wie viele nicht abrechnungsfähige Leistungen in Verbin-

dung mit einer Therapiestunde (z.B. Supervision) erbracht werden. Die Anpassung muss bis zum 1. Januar 2009 vollzogen sein.

#### Weiterhin Einzelleistung

Grundsätzlich setzt das GKV-WSG auf eine stärker pauschalierte Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen. Allerdings gibt es dem Bewertungsausschuss Spielraum um Ausnahmen von dieser generellen Regelung zu treffen. Als Beispiel für die Beibehaltung der Einzelleistungsvergütung werden in der Begründung zum Gesetz die psychotherapeutischen Leistungen genannt.

#### Ausnahme beim arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen

Die bisherige Mengensteuerung ärztlicher Leistungen über Individualbudgets oder Punktzahlvolumen läuft Ende 2008 aus. Der Gesetzgeber setzt an diese Stelle arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen. Eine Ausnahme macht er für Psychotherapeuten, da die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen durch das Gutachterverfahren bezüglich der Indikationsstellung qualitätsgesichert sind und zudem jede Therapie durch die Krankenkassen genehmigt wird. Eine zusätzliche Mengensteuerung bei diesen Leistungen ist daher verzichtbar. Offen ist, ob die weiteren psychotherapeutischen Leistungen, z.B. probatorische Sitzungen, einer Mengensteuerung unterliegen werden und wie diese aussehen könnten.

#### Handlungsspielräume bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Auf KV-Ebene wird die Gesamtvergütung künftig morbiditätsorientiert fortgeschrie-

ben bzw. verhandelt. Damit richtet sich die Gesamtvergütung ab 2009 nicht mehr nach dem bisherigen Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Die Gesamtvergütung soll sich jetzt am Behandlungsbedarf der Versicherten orientieren. Für das Leistungsvolumen, das mit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert wird, gilt die Euro-Gebührenordnung.

Um die Größenordnung einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bestimmen zu können, sind Annahmen zum Behandlungsbedarf der Versicherten zu treffen. Dafür werden diagnosebezogene Risikoklassen gebildet. Dabei soll jede Risikoklasse ungefähr dem gleichen Behandlungsaufwand je Versicherten entsprechen. Die Versicherten werden den diagnosebezogenen Risikoklassen über ICD-10-Diagnosen und Behandlungsleistungen zugeordnet. Auf psychische Erkrankungen wäre ein solches Verfahren nicht anwendbar, da ICD-10-Diagnosen den Behandlungsaufwand nicht zuverlässig abbilden können. Außerdem gilt auch hier, dass bei antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen eine zusätzliche Mengensteuerung nicht erforderlich ist.

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen verhandelt. Das GKV-WSG gibt ihnen die Möglichkeit, bestimmte vertragsärztliche Leistungen außerhalb der mor-

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

2 Vor Redaktionsschluss war das Votum des Bundesrates noch nicht bekannt.

biditätsbedingten Gesamtvergütung zu honorieren. Diese Leistungen können dann auf der Basis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung außerhalb der Mengenbegrenzung über die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung vergütet werden. Als Beispiele nennt der Gesetzgeber in der Begründung u.a. antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen. Konsequenterweise erhält mit dem Gesetz auch der Bewertungsausschuss die Option, die Leistungen, die bei der Vereinbarung einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung außen vor bleiben, bei der Ermittlung des Behandlungsbedarfes auf der Basis der diagnosebezogenen Risikoklassen nicht zu berücksichtigen.

## **1.2 G-BA: Psychotherapeutischer Sachverstand einbezogen**

### **Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses**

Die unparteiischen Mitglieder im „Beschlussgremium“, dem wichtigsten Entscheidungsgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), werden künftig i.d.R. hauptamtlich tätig sein. Es wird insgesamt fünf unparteiische Mitglieder geben: einen Vorsitzenden, zwei weitere Unparteiische und zwei Vertreter dieser Unparteiischen. Die fünf Unparteiischen werden die Arbeit des Beschlussgremiums maßgeblich steuern und die Kontinuität der Beratungen und Beschlussfassung gewährleisten. Sie übernehmen gleichzeitig den Vorsitz der Unterausschüsse.

Neben den Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und den Patientenvertretern sitzen Vertreter der Leistungserbringer im Beschlussgremium. Die Leistungserbringer sind künftig mit fünf Ehrenamtlichen besetzt: ein Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), zwei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und zwei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Die Mitglieder des Beschlussgremiums haben jeweils bis zu drei Stellvertreter. Je nach Thema können Hausärzte, Fachärzte oder Psychotherapeuten die KBV im Beschlussgremium vertreten. Psychotherapeutischer Sachverstand kann also hinzugezogen werden, wenn im G-BA über psychotherapeutische Belange entschieden wird.

## **Anhörungsrechte der BPTK**

Die Kompetenzen des G-BA im Bereich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement werden ausgebaut. Der G-BA wird z.B. ein Institut u.a. damit beauftragen, Indikatoren für die sektorübergreifende Versorgungsqualität zu entwickeln. Die BPTK erhält ein Stellungnahmerecht.

### **1.3 Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation**

Die Verbände der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen werden einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung und grundsätzliche Anforderungen an das Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation vereinbaren.

Psychische Störungen und Belastungen haben in der Rehabilitation eine besondere Bedeutung – im Jahr 2005 wurden 18 Prozent aller Leistungen der stationären Rehabilitation wegen einer psychischen Störung als Hauptrehabilitationsdiagnose und daraus resultierende Krankheitsfolgen erbracht. Die BPTK erhält deshalb künftig neben der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Stellungnahmerecht.

### **1.4 Fortbildungspflicht im stationären Bereich**

Künftig wird es neben der Fortbildungspflicht für Fachärzte auch eine Fortbildungspflicht für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der stationären Versorgung geben. Damit werden die sozialrechtlichen Vorgaben zur Fortbildungspflicht in der stationären Versorgung denen im ambulanten Bereich angepasst. Das ist ein wichtiger Fortschritt, da gerade im stationären Bereich die Fortbildungspflicht eher als Fortbildungsrecht verstanden wird. Der G-BA wird festlegen, wie diese Fortbildungspflicht im Einzelnen nachgewiesen werden kann. Dieser Nachweis ist im Abstand von fünf Jahren zu erbringen. Die BPTK hat auch hier ein Stellungnahmerecht.

## **1.5 Kein Sanierungsbeitrag für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen**

Im Interesse einer qualitätsgesicherten Versorgung psychisch kranker Menschen hat der Gesetzgeber psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vom Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser (0,5 Prozent Abschlag von der Krankenhausrechnung) ausgenommen.

## **1.6 Neu in der PKV – Versicherungsschutz für psychisch kranke Menschen**

Ab dem 1. Januar 2009 gibt es eine Krankenversicherungspflicht für Alle. Private Krankenkassen müssen also künftig auch psychisch kranke Menschen versichern. Dies ist ein erster Schritt, um die Diskriminierung psychisch Erkrankter in der privaten Krankenversicherung zu beenden.

Grundlage dafür ist der so genannte Basistarif, zu dem die Privatversicherer mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz verpflichtet werden. Ab dem 1. Juli kann Jeder zunächst den bekannten Standard- und ab 2009 den Basistarif in Anspruch nehmen, dessen Leistungen denen der gesetzlichen Krankenkassen entsprechen sollen. Er ist weder mit einer Risikoprüfung noch mit Risikozuschlägen verbunden. Die Prämie des Basistarifs darf nicht über dem Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenkassen liegen – derzeit sind das gut 500,00 Euro.

Die Leistungen der Psychotherapeuten werden auf der Grundlage der GOÄ/GOP vergütet. Der Gesetzgeber gibt den 1,8fachen Gebührensatz vor, es sei denn, die KBV vereinbart mit dem Verband der privaten Krankenversicherung und den Beihilfekostenträgern abweichende Regelungen. Die Vertragspartner können dabei auch die Struktur der Gebührenordnung ändern. Für Psychotherapeuten würde der 1,8fache Gebührensatz dazu führen, dass die Leistungen, die für Versicherte im Basistarif erbracht werden, deutlich schlechter vergütet sind als diejenigen im GKV-System, das eine angemessene Vergütung pro Zeiteinheit annähernd gewährleistet. Die Berufs- und Fachverbände und die BPTK werden gemeinsam dafür eintreten, dass dies auch im PKV-Bereich ermöglicht wird.

## 2. Vertragsarztrechts- änderungsgesetz

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ermöglicht es Psychotherapeuten, Voll- oder Teilzeit, freiberuflich und/oder im Angestelltenverhältnis ihren Beruf auszuüben. Sie können dies an mehreren Tätigkeitsorten und in Kooperation mit allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern tun. Die wichtigsten gesetzlichen Änderungen werden im Folgenden dargestellt. Einzelne der zum 01.01.2007 in Kraft getretenen Regelungen müssen allerdings noch durch die Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), den Bundesmantelvertrag und die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert werden. Diese untergesetzlichen Normen werden voraussichtlich zum 1. Juli 2007 vorliegen.

### 2.1 Angestellte Psychotherapeuten

Seit dem 01.01.2007 können Vertragspsychotherapeuten in Planungsbereichen ohne Zulassungsbeschränkung mehrere Psychotherapeuten anstellen. Psychotherapeuten ist auch die Anstellung bei einem Arzt möglich. Umgekehrt verhindert jedoch § 19 Abs. 1 ebenso wie § 2 Abs. 4 der Musterberufsordnung-Ärzte, dass Psychologische Psychotherapeuten Ärzte anstellen.

Weniger durch standespolitische Überlegungen geprägt ist die Musterberufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Sie hält im Interesse einer gesicherten Qualität in § 3 Abs. 5 „Allgemeine Berufspflichten“ für Psychotherapeuten fest: „Fachliche Weisungen dürfen sie nur von Personen entgegennehmen, die über die entsprechende Qualifikation verfügen.“

In Planungsbereichen, die einer Zulassungsbeschränkung unterliegen, ist der Vertragspsychotherapeut weiterhin zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet. Er darf seinen bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreiten. Er kann jedoch, anders als in der Vergangenheit, nicht mehr nur einen oder zwei halbtags beschäftigte Psychotherapeuten anstellen,

auch mehrere Teilzeitbeschäftigte sind möglich.

Die zulässige Anzahl der angestellten Psychotherapeuten ist im Bundesmantelvertrag zu regeln. Ausgangspunkt der Vereinbarungen wird sein, dass der Vertragspsychotherapeut seine Tätigkeit persönlich in freier Praxis ausübt. Außerdem hat er seine angestellten Psychotherapeuten zur Erfüllung der vertragspsychotherapeutischen Pflichten anzuhalten.

Die Anstellung ist vom jeweiligen Zulassungsausschuss zu genehmigen. Dem Zulassungsausschuss ist u.a. der Arbeitsvertrag einzureichen. Aus diesem muss hervorgehen, welche Tätigkeitszeiten der angestellte Vertragspsychotherapeut haben wird. Die Tätigkeitszeiten werden in der Bedarfsplanung berücksichtigt. Sie dienen gleichzeitig der Feststellung einer Mitgliedschaft bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Voraussetzung ist eine mindestens halbtägige Beschäftigung. Kommt es zu KV-übergreifender Tätigkeit, sind spezielle Zuständigkeiten zu berücksichtigen.

Eine Altersgrenze für die Anstellung von Psychotherapeuten besteht nicht, allerdings endet die Beschäftigung mit Erreichen des 68. Lebensjahres.

### 2.2 Weitere Tätigkeitsorte (Betriebsstätten)

Vertragspsychotherapeuten können künftig außerhalb ihres Vertragsarztsitzes an weiteren Orten, auch außerhalb ihres KV-Bezirktes, psychotherapeutisch tätig sein. Die Tätigkeit an weiteren Orten kann mit Unterstützung von dafür angestellten Psychotherapeuten erfolgen. Zu berücksichtigen sind hier die Vorgaben der Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern. Die Musterberufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gibt in § 20 „Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit in einer Niederlassung“ eine Beschränkung auf zwei weitere Tätigkeitsorte vor.

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ermöglicht weitere Tätigkeitsorte, wenn die Versorgung der Versicherten an den wei-

teren Orten verbessert wird, ohne dass es bei der Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes zu Beeinträchtigungen kommt. Eine Höchstzahl für die weiteren Tätigkeitsorte wird gesetzlich nicht vorgegeben.

Der weitere Tätigkeitsort muss eine auf Dauer angelegte, vertragspsychotherapeutische Versorgung ermöglichen. Er bedarf einer Genehmigung durch die KV. Er ist also von ausgelagerten Praxisräumen abzugrenzen. Für diese wäre eine Genehmigung durch die KV nicht notwendig. Ausgelagerte Praxisräume sind Orte, an denen der Vertragspsychotherapeut „spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz erbringt“. Mit einem weiteren Tätigkeitsort ist auch nicht der Ort der „Durchführung einzelner therapeutischer Schritte ... außerhalb der Praxisräumlichkeiten“ nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Musterberufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemeint. Nur dann, wenn das gesamte Leistungsspektrum des Vertragspsychotherapeuten angeboten wird und wenn die Voraussetzung der räumlichen Nähe nicht gegeben ist, geht man von einem weiteren Tätigkeitsort aus.

Für die Genehmigung eines weiteren Tätigkeitsortes prüft die KV, ob die Tätigkeit am weiteren Ort die Versorgung der Versicherten verbessert, z.B. weil diese Leistungen bisher nicht oder nicht in ausreichendem Maße in der in Frage stehenden Versorgungsregion angeboten wurden. Indizien dafür könnten z.B. lange Wartezeiten sein. Gleichzeitig wird die KV wissen wollen, ob die Erfüllung der Versorgungspflicht am Vertragsarztsitz weiter gewährleistet ist. Es ist daher sinnvoll, die bisherigen Sprechstundenzeiten, ihre beabsichtigte Modifikation und eventuell auch die sich daraus ergebenden Folgen für die Patientenversorgung am Vertragsarztsitz darzustellen.

Liegt der weitere Tätigkeitsort außerhalb des Bezirktes der eigenen Kassenärztlichen Vereinigung, muss eine Ermächtigung des Zulassungsausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung am Sitz der Zweigpraxis

beantragt werden. Grundlegend sind die Ermächtigungsregelungen in § 95 Abs. 4 SGB V. Die Ermächtigungsvoraussetzungen entsprechen den Genehmigungsvoraussetzungen beim weiteren Tätigkeitsort in der eigenen KV.

Die Ermächtigung kann genauso wie die Genehmigung an bestimmte Vorgaben geknüpft werden, z.B. an eine zu sichernde Mindestpräsenz oder, wenn es um eine begrenzte Verbesserungsbedürftigkeit der Versorgung geht, an eine Höchstpräsenz.

Angestellte Psychotherapeuten können in der Zweigpraxis tätig sein. Das Gebot zur persönlichen Führung der Praxis und ihrer Leitung ist zu beachten, d.h. eine hinreichende Überwachung bzw. Beaufsichtigung und eine, wenn auch begrenzte, persönliche Mitwirkung des Vertragspsychotherapeuten in der Zweigpraxis ist erforderlich.

### 2.3 Berufsausübungsgemeinschaften

Die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer, also Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren, können künftig örtliche oder überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften bilden, auch über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus. Sie können die gemeinsame Berufsausübung dabei auf einzelne Leistungsbereiche beschränken. Da sich die Regelung auf die vertragsärztlichen Leistungserbringer bezieht, sind Berufsausübungsgemeinschaften mit Vertragszahnärzten nicht möglich.

Nach § 21 Musterberufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten „Zusammenschlüsse zur gemeinsamen Praxisführung, zu Kooperationsgemeinschaften und sonstigen Organisationen“ ist Vertragspsychotherapeuten die Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften, auch bezogen auf Teilleistungen, möglich.

Mit örtlicher Berufsausübungsgemeinschaft ist die gemeinsame Berufsausübung am gemeinsamen Vertragsarztsitz gemeint. Mit „überörtlich“ ist folgerichtig Berufsaus-

übung an unterschiedlichen Vertragsarztsitzen gemeint.

Ziel einer Berufsausübungsgemeinschaft ist die gemeinsame Behandlung von Patienten. Sie entsteht durch einen schriftlichen Vertrag mit dem eine Gemeinschaftspraxis oder eine Partnerschaftsgesellschaft gebildet wird. Die Berufsausübungsgemeinschaften bedürfen einer Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Bei überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften wird der Zulassungsausschuss prüfen, ob die Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft ihre Versorgungspflicht am jeweiligen Vertragsarztsitz in erforderlichem Umfang erfüllen. Diese Versorgungspräsenz kann auch durch Mitwirkung angestellter Psychotherapeuten gesichert werden. Die Berufsausübung an den unterschiedlichen Vertragsarztsitzen der Berufsausübungsgemeinschaft gilt nicht als Tätigkeit an weiteren Tätigkeitsorten und unterliegt damit keiner Genehmigungspflicht durch den Zulassungsausschuss.

Die überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften können sich auch über unterschiedliche KV-Bereiche hinweg erstrecken.

Teilberufsausübungsgemeinschaften beziehen sich auf einzelne Leistungen. Sie kommen insbesondere dann in Betracht, wenn ein besonderes Versorgungsangebot für spezielle Patientengruppen gebildet werden soll. Solche Teilleistungsgemeinschaften können neben der fortbestehenden Einzelpraxis oder einer schon bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft gebildet werden.

### 2.4 Teilzulassung

Mit ihrer Zulassung übernehmen Vertragspsychotherapeuten einen Versorgungsauftrag. Bisher setzte die Erteilung des Versorgungsauftrages eine vollzeitige Tätigkeit voraus. Künftig ist es im Interesse einer großen Flexibilität und auch zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen möglich, den Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer hauptberuflichen Tätigkeit zu beschränken. Hierüber hinaus erhalten die Zulassungsausschüsse die

## Deutsches Ärzteblatt: PP-Ausgabe 2007 informiert fahrlässig

Ein Bericht des „Deutschen Ärzteblattes“ in seiner PP-Ausgabe im Januar 2007 informierte über Körpertherapien. In der Rubrik „Wissenschaft“ führt eine „Internetrecherche“ zu einer unkritischen Darstellung der „Gesellschaft für Tiefenpsychologische Körpertherapie“. Deren Begründer sitzt seit November 2006 wegen sexuellen Missbrauchs von Patientinnen in mehreren Fällen in Untersuchungshaft.

Qualifizierte Informationen wären bei sorgfältiger Recherche durchaus verfügbar gewesen. Die Zeitschrift „Psychotherapeutenjournal“ informiert in den Ausgaben Nr. 2 und Nr. 3 im Jahr 2006 differenziert über seriöse körperpsychotherapeutische Methoden. Nach einem kompetenten Überblick zeigte der Autor Dr. Ulfried Geuter die therapeutischen Potenziale der körperpsychotherapeutischen Methoden auf und stellte zentrale therapierelevante Erkenntnisse der Säuglings-, Bindungs- und Hirnforschung dar.

Möglichkeit, eine Zulassung hälftig ruhen zu lassen oder auch hälftig zu entziehen.

Die Nachbesetzungsregelung des § 103 Abs. 4 SGB V ist nach Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit im Falle der nachträglichen Beschränkung des Versorgungsauftrages auf die Hälfte und bei hälftigem Zulassungsentzug anzuwenden. Allerdings ist diese Auffassung – die nachträgliche Beschränkung gilt als Verzicht im Sinne des § 103 Abs. 4 SGB V – juristisch umstritten, insbesondere in den Reihen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Vor der Einschränkung des Versorgungsauftrages sollte unbedingt die Position des zuständigen Zulassungsausschusses erfragt werden. Bei Einschränkung einer vollen Zulassung auf einen halben Praxissitz wird dieser Schritt in gesperrten Planungsbereichen voraussichtlich irreversibel sein. Das heißt wer nur zeitweise eine größere Flexibilität wünscht, z.B. wegen Erziehungs-



zeiten, kann diese Entscheidung voraussichtlich nicht mehr rückgängig machen.

Im Bundesmantelvertrag werden die zeitlichen Vorgaben, z.B. für die Präsenzpflichten (§ 17 Abs. 1 Bundesmantelvertrag), für den Fall einer Voll- bzw. Teilzulassung präzisiert werden. Bezüglich einer möglichen weiteren Tätigkeit des Vertragspsychotherapeuten, z.B. als Angestellter in einem Krankenhaus, ergibt sich vor dem Hintergrund der BSG-Rechtssprechung Folgendes: Bei hauptberuflicher Tätigkeit als Vertragspsychotherapeut hält das BSG eine 13stündige, weitere Tätigkeit für zulässig, sofern nicht zwischen beiden Tätigkeiten Inkompatibilitäten bestehen. Überträgt man dieses Konzept auf die Teilzulassung, kann man den zeitlichen Umfang verdoppeln und kommt auf ein zulässiges Stundenvolumen für die weitere Tätigkeit von 26 Stunden. Neben einer Teilzulassung kann es eine weitere Teilzulassung, sowohl im Bezirk der eigenen Kassenärztlichen Vereinigung wie auch im

Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung, geben. Auch die Regelungen für die Anstellung von Psychotherapeuten sind unter Berücksichtigung des Aspekts einer Teilzulassung anwendbar.

### 2.5 Inkompatibilitätsregelung

Künftig ist eine Tätigkeit im Krankenhaus oder einer Rehabilitationsklinik mit der Tätigkeit als Vertragspsychotherapeut vereinbar. Die Rechtssprechung des BSG hielt dies für unvereinbar, da die Gefahr einer Beeinflussung des Patienten durch den Arzt bei Entscheidungen zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern bestehe. Das Gesetz schafft eine Ausnahmeregelung. Das heißt, dass für Vertragspsychotherapeuten, die z.B. in Erziehungsberatungsstellen oder im Strafvollzug tätig sind, die Inkompatibilitätsregelung weiter gültig ist. Obwohl auch hier eine engere Verzahnung bzw. Verbindung im Interesse der Patienten läge, so wie dies vom Gesetzgeber für den ambulanten und stationären Bereich gesehen wird.

### 2.6 Altersgrenze

Die derzeit bestehende Altersgrenze von 55 Jahren für eine Erstausschreibung oder Ermächtigung wird aufgehoben. Gleichzeitig wird die Altersgrenze für das gesetzliche Ende der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit von derzeit 68 Jahren in Gebieten, für die eine Unterversorgung festgestellt wurde, modifiziert. Ein Vertragspsychotherapeut kann bis zur Feststellung des Landesausschusses und dann darüber hinaus für weitere sechs Monate über das 68. Lebensjahr hinaus tätig sein. Es besteht keine Pflicht zur entsprechenden Verlängerung der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit.

### Geschäftsstelle

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

## BPtK-Newsletter 1/2007\*)

- GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: Großbaustelle Gesundheitswesen
- Elektronische Gesundheitskarte: Start der 10.00er-Testphase
- Psychotherapeutische Versorgungsrelevanz: Ergebnisse aus dem Bundesgesundheitsurvey
- EU-Berufsanerkennungsrichtlinie: BMG legt Entwurf vor

- Bundespolitik: Neue Gesundheitspolitische Konzepte für Kinder und Jugendliche

### BPtK-Focus

- Fachtagung Bertelsmann: Integrierte Versorgung für chronisch kranke Menschen

### BPtK-Inside

- WBP: Neues Methodenpapier im Internet

\*) Aufgrund aktueller Ereignisse kann es geringfügige Änderungen geben. Der BPtK-Newsletter 1/2007 erscheint am 17.2.2007 und kann abgerufen werden unter: [www.bptk.de/publikationen/bptk\\_newsletter](http://www.bptk.de/publikationen/bptk_newsletter)



# Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

## Beitragstabelle 2007 (vom 9. Dezember 2006)

A. Gemäß § 3 der Umlageordnung wird festgesetzt:

1. Zur Erfüllung der Aufgaben der Landespsychotherapeutenkammer im Jahr 2007 wird für alle Mitglieder eine Umlage von 320 Euro erhoben.
2. Nicht beitragspflichtig sind Mitglieder der Kammer, die ihren Beruf nicht mehr ausüben und auf Wahlrecht, Wählbarkeit und Mitgliedschaft in der Vertreterversammlung schriftlich verzichten.
3. Mitglieder, die auch als Ärztin oder Arzt approbiert sind, zahlen einen Beitrag von 160 Euro.
4. Freiwillige Mitglieder zahlen einen Beitrag von 160 Euro.

B. Die Beitragstabelle tritt am 1. Januar 2007 in Kraft.

Vorstehende Beitragstabelle 2007 der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 9. Januar 2007, Az.: 55-5415.2-4.4, hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Stuttgart, den 12. Januar 2007

gez. Dipl.-Psych. Dr. Dietrich Munz  
Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Gesundheitsreform war weiter das beherrschende Thema der letzten Wochen und Monate. Nur langsam zeichnete sich ein Kompromiss ab. Wir unterstützten einerseits die Forderung nach einer generellen Neugestaltung des Gesetzes, versäumten es jedoch nicht, alle Möglichkeiten zu nutzen, damit unsere speziellen Belange im Gesetz Berücksichtigung finden. Es ist den politischen Vertretern der Psychotherapeuten in den Verbänden und Kammern gelungen, geschlossen gegenüber den Landes- und Bundespolitikern unsere Forderungen zu den Gesetzeshinhalten vorzutragen. Dies wurde von den Gesundheitspolitikern anerkennend wahrgenommen und soll uns allen in den Verbänden und der Kammer Aufforderung sein, auch zukünftig alle Anstrengung zu unternehmen, möglichst gemeinsam gegenüber der Landes- und Bundespolitik aufzutreten.

Einigkeit besteht auch darin, dass wir nach Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes den Ärzten so weit als möglich gleich gestellt werden. Diese Forderung haben wir an das Ministerium und die Gesundheitspolitiker in Baden-Württemberg herangetragen und hoffen, dass sie Eingang in die Gesetzesnovellierung finden.

Neben interner Umorganisation der Geschäftsstelle zur Verbesserung der Kammerverwaltung steht der räumliche Umzug der Kammer Ende April an, da es in der Hauptstätter Straße zu eng wurde und zu laut war. Wir freuen uns, dass die KammermitarbeiterInnen in den neuen Räumen bei weniger Verkehrsstaub und -lärm ihrer Arbeit nachgehen können und von der dortigen Infrastruktur mit Kantine und Cafeteria des künftigen Vermieters profitieren können. Wir bitten Sie jedoch schon jetzt, uns umzugsbedingte Verzögerungen und Misslichkeiten nachzusehen.

Nicht nur zur Information, sondern auch zur Kommunikation mit unseren Kammermitgliedern werden wir die Homepage zukünftig auch dazu nutzen, an uns gerichtete Leserbriefe und Kommentare dort für alle Mitglieder zugänglich zu machen. Es ist sehr erfreulich, welche Beachtung die Homepage findet.

Andreas Schale, der aus Baden-Württemberg weggezogen ist, möchten wir für sein Engagement für die Kammer und im Ausschuss PTI danken. In die VV rückte Werner Wiegand nach, Dr. Karl Eugen Graf wurde in den Ausschuss nachgewählt.

Mit den besten Grüßen

*Ihr Kammervorstand*  
*Dietrich Munz*  
*Martin Klett*  
*Kristiane Göpel*  
*Renate Hannak-Zeltner*  
*Birgitt Lackus-Reitter*

## Gesundheitsreform – Wettbewerbsstärkungsgesetz

Die intensive, zeitweise auch etwas polarisierte politische Auseinandersetzung zur Gesundheitsreform ging auch in Baden-Württemberg weiter. Beachtenswert und sehr wohl auch politisch wahrgenommen wurde die Geschlossenheit aller „Leistungserbringer“. Bzgl. der spezifischen Anliegen der Psychotherapeuten wurde auf gemeinsame Initiative der Psychotherapieverbände sowie politischen Aktivitäten der Landespsychotherapeutenkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer über den Bundesrat die angemessene Vergütung von Psychothe-

rapie als Einzelleistung in den Gesetzesentwurf eingebracht. In einer Pressekonferenz der Landesärztekammer, an der die Kassenärztliche Vereinigung, die Heilberufekammern, die Krankenhausgesellschaft und der Marburger Bund teilnahmen, hat die Landespsychotherapeutenkammer die auf der homepage veröffentlichte Stellungnahme zur grundsätzlichen Bedeutung der Betonung wirtschaftlichen Wettbewerbs im Gesundheitswesen hervorgehoben und kritisiert. Wir müssen dagegen protestieren, dass unsere Patienten zunehmend mehr zu

Kunden, wir zu gegeneinander konkurrierende Leistungserbringer in einem wettbewerbsorientierten Gesundheitsmarkt werden. Psychotherapie darf nicht zu einer Ware werden, sondern muss als eine therapeutische Beziehung immer besonders geschützt werden. Weder die Versorgung psychisch kranker Menschen auf hohem Niveau noch das Vertrauen zwischen Patienten und Therapeuten darf durch überzogene Regelungen und Kontrollen gefährdet werden. Die freie Wahl der Therapeuten muss gerade in der Psychotherapie erhalten bleiben.

## Bericht über die Vertreterversammlung am 9.12.2006

**Organisation der Kammergeschäftsstelle:** Die dritte Vertreterversammlung (VV) der zweiten Wahlperiode befasste sich zunächst intensiv mit organisatorischen Fragen der Kammer. Anlass war der Bericht des Vorstands über die Institutionsberatung und die Absicht, dem jetzigen Justitiar der Kammer, Herrn RA Gerlach die Aufgabe der Geschäftsführung bis zum Ende dieser Wahlperiode zu übertragen, um so den Vorstand bezüglich organisatorischer Aufgaben zu entlasten.

**Haushaltsabschluss 2005 und Haushaltsplan 2007:** Nach ausführlichem Bericht des Wirtschaftsprüfers zum Haushaltsabschluss 2005 wurde dieser durch die VV genehmigt und der Rechnungsführer und Vorstand entlastet. Der vom Haushaltsausschuss vorgestellte Haushaltsplan, in dem der bisherige Umfang der Einnahmen und Ausgaben festgeschrieben bleibt, wurde mehrheitlich angenommen. Auch wurde beschlossen, den Kammerbeitrag in der bisherigen Höhe beizubehalten.

**Künftige Beitragsgestaltung:** Die künftige Beitragsgestaltung wurde in der VV intensiv beraten (siehe hierzu auch PTJ 4/2006, S. 396). Die zwei grundlegenden Beitragsmodelle – eine vom Berufseinkommen linear oder abgestufte Beitragshöhe oder ein einheitlicher Kammerbeitrag – wurden ausführlich gegeneinander abgewogen. Die Vertreterversammlung beauftragte den Haushaltsausschuss ab-

schließend, in der nächsten VV einen Entwurf einer Beitragsordnung mit einheitlichem, vom Einkommen unabhängigen Kammerbeitrag mit differenzierten Kriterien zur Beitragsermäßigung zu erarbeiten.

**Wahl eines VV-Versammlungsleiters:** Nachdem im novellierten Heilberufekammer-Gesetz die Möglichkeit zur Wahl eines Versammlungsleiters vorgesehen ist und die erforderliche Änderung der Hauptsatzung der Kammer beschlossen wurde (PTJ 3/2006), wählte die Vertreterversammlung Siegfried Schmieder zum Versammlungsleiter und Sibille Seeger zu dessen Vertreterin.

**Wahl der Delegierten des Deutschen Psychotherapeutentages:** Die Wahl der Mitglieder der Delegiertenversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer (Deutscher Psychotherapeutentag DPT) wurde auf Antrag vertagt. Wir werden Ihnen deshalb erst im nächsten PTJ mitteilen können, wer unsere Kammer bis Ende 2009 im DPT vertreten wird.

**Verabschiedung der Weiterbildungsordnung:** Nachdem die Musterweiterbildungsordnung der BPTK (MWBO, siehe auch PTJ 2/2006, S. 154 und S. 160 ff.) verabschiedet wurde, war beabsichtigt, eine Weiterbildungsordnung (WBO) unserer Kammer zu beschließen. Es war vorgesehen, die Grundsätze der Weiterbildung zu regeln und für den Bereich Klinische Neu-

ropsychologie eine WBO zu verabschieden. Dies musste vertagt werden, da das Ministerium für Arbeit und Soziales als Aufsichtsbehörde juristische Bedenken äußerte, die noch mit dem Kammervorstand besprochen werden sollen.

**Versorgungswerk:** Herr Munz berichtete der VV, dass vor einem möglichen Beitritt zum Psychotherapeutenversorgungswerk Nordrhein-Westfalen (PTV-NRW) wegen der Trennung des Vermögens der dortigen Psychotherapeutenkammer (PTK-NRW) und des Versorgungswerks PTV-NRW eine Änderung des dortigen Heilberufekammergesetzes erforderlich ist. Damit ist frühestens im Spätherbst 2007 zu rechnen. Eine erforderliche Änderung der Satzung der PTK-NRW und des PTV-NRW ist erst danach möglich. Die Vorwegnahme dieser Regelungen in einem Staatsvertrag ist nicht möglich. Weiterhin konnte die Sicherung eines möglichst weitgehenden Mitspracherechts unserer künftigen Mitglieder im PTV-NRW über den Staatsvertrag bisher noch nicht endgültig ausgehandelt werden. Dies war Anlass, dass unsere VV den Vorstand ermächtigte, unabhängig von der Fortsetzung der Verhandlungen mit dem PTV-NRW auch sondierende Gespräche mit den anderen Psychotherapeutenversorgungswerken zu führen, um einen möglichst raschen Beitritt zu einem Versorgungswerk zu ermöglichen.

## Fortbildungszertifikat

Der Vorstand hat bezüglich der Vergabe von Fortbildungszertifikaten zwischenzeitlich Durchführungsbestimmungen beschlossen, die sich inhaltlich am Verfahren der Landesärztekammer orientieren. Kammermitglieder, die bereits mindestens 250 anrechnungsfähige Fortbildungspunkte erworben haben, können ab sofort beim Referat Fortbildung & Qualitätssicherung ihr Fortbildungs-

zertifikat beantragen. Alle erforderlichen Unterlagen hierzu (Antragsformular, Formblätter, Informationen) finden Sie auf unserer Homepage. Für Psychotherapeuten, die bereits vor dem 01.07. 2004 approbiert waren, gilt für den ersten Anrechnungszeitraum, der im Regelfall maximal 5 Jahre betragen kann, eine Sonderregelung. Bitte beachten Sie, dass nur formgerechte Anträge bearbeitet werden

können. Wie in der Fortbildungsordnung vorgesehen, können für Kammermitglieder auch ab sofort auf Wunsch „persönliche Fortbildungspunktekonten“ geführt werden. Bitte beachten Sie hierbei, dass auch dieses Konto formgerecht beantragt werden muss und dass die absolvierten Fortbildungen nach einem standardisierten Schema eingereicht werden müssen (siehe ebenfalls Homepage).

## Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes

Die Landesregierung bereitet seit einiger Zeit eine Überarbeitung des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG) vor und hat die Psychotherapeutenkammer in die Anhörung zum Entwurf der Änderung einbezogen. Uns ist es ein wichtiges Anliegen, dass die Psychotherapeutenkammer einen Sitz im Landeskrankenhausausschuss er-

hält. Weiterhin haben wir darauf hingewiesen, dass bisher keine Gleichstellung von Psychotherapeuten und Ärzten im LKHG vollzogen sei. So ist beispielsweise die Übersendung der Patientendaten an Weiterbehandelnde nach dem Klinikauflauf auf Ärzte eingeschränkt, obwohl

natürlich auch unsere Kolleginnen und Kollegen bei Psychotherapien die Behandlung ambulant fortführen. Auch aus der Verrechnung von Privatliquidationen können wir in den Krankenhäusern mit Bezug auf das LKHG ausgenommen werden.

## Kammerhomepage

Die Homepage der Kammer erfreut sich zunehmender Beliebtheit. Die Anzahl der jährlichen Zugriffe steigerte sich in 2006 gegenüber dem Vorjahr um knapp 14% von 56.000 auf über 64.000. Gegenüber

2001, dem ersten Jahr der Kammerhomepage bedeutet dies eine Steigerung um mehr als das Zehnfache (2001: 6.200 Zugriffe). Ziel wird auch im kommenden Jahr sein, u.a. durch eine thematische

Ausweitung und den Aufbau eines qualifizierten Downloadbereichs die Seite für Mitglieder und Interessierte noch attraktiver zu machen und die Zugriffsraten weiter zu steigern.

## Leserbriefe zu den Landesmitteilungen auf der Kammerhomepage

Leserbriefe zu den Mitteilungen der Kammer werden in der Regel nicht im Psychotherapeutenjournal abgedruckt. Wir haben deshalb entschieden, diese – bei

Einwilligung des Autors – auf der Kammerhomepage zu veröffentlichen. Dies bezieht sich auch auf Rückmeldungen, die wir direkt über die Homepage erhal-

ten. Auch Erwidierungen und Kommentare werden wir einstellen, um so die Diskussion über die Arbeit unserer Kammer anzuregen.

## Suchtforum 2006 in Freiburg mit 700 Schülern

Das diesjährige Suchtforum 2006 – Tabakabhängigkeit in Freiburg wurde von knapp 700 Schülern aus etwa 25 Klassen besucht und wurde wieder ein voller Erfolg. Die gemeinsam von Landespsychotherapeutenkammer, Landesapothekerkammer, dem Badischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation (blv.), der Stadt Freiburg und dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald or-



ganisierte Veranstaltung im Freiburger Konzerthaus war die dritte dieser Art nach Karlsruhe (2005) und Ulm (2004). Prominente Unterstützung fanden die Organisatoren durch den Trainer des Fußballzweitligisten Sport-Club Freiburg Volker Finke, selbst bis vor einigen Jahren Stress- und Kettenraucher. In der Pressekonferenz berichtete er Redakteuren von Lokal- und Schülerzeitungen ein-

drücklich von seinen Erfahrungen mit dem Rauchen und dem Aufhören damit. LPK-Vizepräsident Martin Klett ging auf die Möglichkeiten psychologischer und psychotherapeutischer Hilfen bei Prävention und Raucherentwöhnung ein und appellierte an die Politik, mehr Betätigungsmöglichkeiten bezüglich der Prävention, auch in der kassenärztlichen Versorgung für PP/KJP, zu schaffen.

Das Programm umfasste Vorträge zum Thema Rauchen sowie die Vorstellung des Präventionsprogramms „Mädchen SUCHT Junge“. Hohen Anteil am Erfolg hatte auch die Bigband des Deutsch-Französischen Gymnasiums Freiburg sowie zwei Schülergruppen, die mit gelungenen Sketchen („Nein“-Sagen) das Thema auflockerten. Durch die Veranstaltung führte wie im letzten Jahr TV-Moderatorin Domenica Berger

(SWR DAS DING.tv), die mit Fingerspitzengefühl und Geschick die Aufmerksamkeit der Schüler lenkte. Das Forum wird begleitend evaluiert, d.h. die teilnehmenden Schüler und Lehrer befragt. Die Ergebnisse werden auf der Homepage der Kammer sowie in einer der nächsten Ausgaben des PTJ nachzulesen sein. Auf der Homepage finden Sie weitere Infos sowie eine Bildergalerie.

## Jugendliche Amokläufer – Mehr Schulpsychologen in Baden-Württemberg

Nachdem in der Folge der Ankündigung eines Jugendlichen im Internet, am Nikolaustag in einer Schule Baden-Württembergs Amok zu laufen, öffentlich wiederholt sehr einseitig über die Wirkung von gewaltverherrlichenden Computerspielen diskutiert wurde, sah sich der Vorstand der LPK veranlasst eine Pressemitteilung zu den möglichen psychosozialen Einflussfaktoren jugendlicher Gewalt herauszugeben („Ju-

gendliche Amokläufer – alles eine Frage der Computerspiele?“) und mehr Ressourcen für Schulpsychologie und Schulsozialarbeit zu fordern. Noch vor Weihnachten reagierte die baden-württembergische Landesregierung auf die Situation mit der Verdoppelung der Stellen für Schulpsychologen von 54 auf 104. Diese Entscheidung wurde von der LPK begrüßt, allerdings mit dem Hinweis, dass dies immer noch viel

zu wenige Stellen für die ca. 1,7 Millionen Schüler und 60.000 Lehrer an den 4500 Schulen des Landes sind. Die Relation Schulpsychologen zu Schüler beträgt nach Aufstockung der Stellen 1:16.300, was immer noch unter dem bundesweiten Schnitt (1:12.500) und weit unter der Mindestrelation von 1:5.000 liegt. Beide Pressemitteilungen sind zu finden unter [www.lpk-bw.de/Presse.htm](http://www.lpk-bw.de/Presse.htm).

## Termine

**Begutachtung von traumatisierten Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Fragen:** Wie im letzten PTJ bereits angekündigt bietet die Landespsychotherapeutenkammer zusammen mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg vom 20. bis 22. April 2007 einen weiteren Fortbildungsblock zur Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge an. Die Veranstaltung findet in der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg in Stuttgart-Degerloch

statt. Weitere Infos und das Anmeldeformular finden Sie auf der lpk-homepage unter „Mitglieder/Veranstaltungen“.

**3. Landespsychotherapeutentag:** Der Vorstand der LPK bespricht aktuell mit den Fraktionen der Vertreterversammlung, ob ein LPT im Jahre 2008 mit dem Thema „10 Jahre Psychotherapeutengesetz“ veranstaltet werden könnte. Sollte der Vorschlag auf Akzeptanz stoßen, würde der

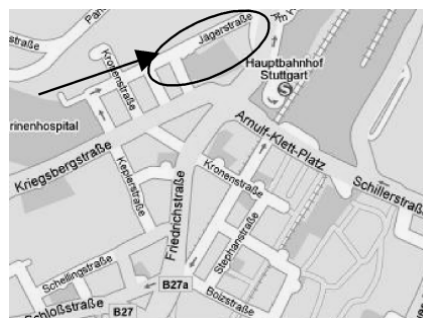
am 30. Juni 2007 geplante LPT verschlankt und als Veranstaltung für die angestellten Kammermitglieder durchgeführt werden. Wir werden auf der Homepage und mit einem Rundbrief diesbezüglich weiter informieren.

**Nächste Vertreterversammlung:** Im Haus der Wirtschaft in Stuttgart wird am Samstag, den 13. Oktober 2007, die nächste LPK-VV stattfinden.

## Umzug der Kammer – neue Adresse

Die Kammer wird zum 1. Mai 2007 in neue Räume in der Jägerstraße umziehen. Neue Adresse: Jägerstraße 40, 70174 Stuttgart (vgl. Graphik).

Die Kammer wird dann in ruhigerer Lage als bisher verkehrstechnisch günstig nahe dem Hauptbahnhof zu finden sein.



### Geschäftsstelle

Hauptstätter Straße 89  
70178 Stuttgart  
ab Mai:

Jägerstraße 40, 70174 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](mailto:info@lpk-bw.de); [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de)

## Kammerwahlen: Vorläufiges Ergebnis

Nach Redaktionsschluss fand die Auszählung der Kammerwahlen in Bayern statt, die hier vorläufig veröffentlicht wird. Die Wahlbeteiligung lag mit 59,5% etwas niedriger als 2003.

Am 29.03.07 findet eine Delegiertenversammlung (DV) statt, auf der der neue Vorstand sowie die Bundesdelegierten gewählt werden. Wir werden Sie in einem

gesonderten Mitgliederrundschreiben über das endgültige Wahlergebnis, die Namen der gewählten Vertreter für die DV sowie den neuen Vorstand informieren.

Vorläufige Ergebnisse der Kammerwahl für die Psychologischen Psychotherapeut/inn/en

Listen-Nr.	Listenname	Name des/der Listenführers/in	Stimmenanteil	Delegierte
1	Moderne Verhaltenstherapie – Angestellte u. Selbständige	Heiner Vogel	14,4%	5
2	Integrative Liste Psychotherapie	Ellen Bruckmayer	26,3%	10
3	Freie Psychotherapeut/innen im Gesundheitswesen	Dr. Nikolaus Melcop	29,2%	11
4	Bündnis Psychotherapie ohne Fesseln	Angelika Wagner-Link	10,6%	4
5	Die Angestellten BVAPP	Dr. Klaus Stöhr	4,7%	2
6	Unabhängige Liste: Qualität durch Methodenvielfalt	Dr. Peter Dillig	10,6%	4
7	Neuropsychologie, Angestellte und Moderne Methoden	Gerhard Müller	4,2%	1

37 Sitze von insgesamt 45 Sitzen: Wahlberechtigte: 3985

Vorläufige Ergebnisse der Kammerwahl für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/inn/en

Listen-Nr.	Listenname	Name des/der Listenführers/in	Stimmenanteil	Delegierte
1	Bündnis KJP Bayern	Peter Lehndorfer	86,5	7
2	KJP-Liste der VerhaltenstherapeutInnen der dgvt	Willi Strobl	13,5	1

8 Sitze von insgesamt 45 Sitzen: Wahlberechtigte: 811

## Politische Gespräche

### **Gespräch mit Ministerpräsident und den zuständigen Ministern**

Am 20. Dezember nahm PTK-Bayern-Präsident *Nikolaus Melcop* an einem ausführlichen Gespräch mit dem bayerischen Ministerpräsidenten Dr. Edmund Stoiber, Staatsministerin Christa Stewens, Staatsminister Dr. Werner Schnappauf und leitenden Beam-

ten der beteiligten Ministerien in der Staatskanzlei teil, das der Verband Freier Berufe in Bayern für die im Verband vertretenen Heilberufe organisiert hatte.

Hauptthema des Gesprächs war die Sorge um die Zukunft der Gesundheitsversorgung und die Stellung der Heilberufe in Bayern vor dem Hintergrund der ge-

planten Gesundheitsreform. Dr. Nikolaus Melcop erläuterte dabei insbesondere die Belange der Versorgung durch Psychotherapeut/inn/en in Bayern und im gesamten Bundesgebiet. Anhand von konkreten Beispielen zeigte er die Gefahren für die Versorgung und drohende Einschränkungen für die Psychotherapeuten durch die geplante Gesundheitsreform auf.

Die Gesundheitsreform wird das bestehende System der Selbstverwaltung zugunsten eines stärker zentralisierten Systems einschränken und die Kompetenzen der Länder drastisch beschneiden. Zu den Kernpunkten des Gesprächs gehörten:

- Förderung von Transparenz und Daten zu Auswirkungen des geplanten Gesundheitsfonds.
- Nicht gerechtfertigtes Misstrauen gegenüber Heilberufen: Autonomieverlust.
- Verfassungsmäßigkeit der Reform der Privatversicherung nicht sicher gestellt.
- Sorge um die „Verstaatlichung“ der gemeinsamen Selbstverwaltung.
- Sorge um die Beseitigung der Länderkompetenz, mit Konsequenzen für das Berufsrecht der Heilberufe. Die Einschränkung von länderspezifischen Regelungen führt in Bayern zu einer Verschlechterung bestehender Strukturen.

Ihre Forderungen fassten die Heilberufe im Anschluss an das Gespräch in einem gemeinsamen Brief an den Ministerpräsidenten zusammen.



v.l.n.r.: Dr. W. Schnappauf, Dr. N. Melcop, Dr. Grötsch, M. Schwarz, Dr. E. Stoiber, R. v. Esebeck, Dr. W. Heubisch, J. Kammermeier, Ch. Stewens, Dr. H. H. Koch in der Staatskanzlei; Foto: Verband freier Berufe in Bayern

### Treffen mit SPD-Vertretern im Landtag

Am 16.11.06 trafen sich Nikolaus Melcop, Peter Lehdorfer und Alexander Hillers mit Vertretern der SPD-Fraktion im Landtag (MdL Joachim Wahnschaffe, MdL Katrin Sonnenholzner und MdL Deischl). Dabei wurden folgende Themen angeprochen: Die aktuelle Gesundheitsreform und ihre möglichen Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgung in Bayern, die Unterversorgung Psychotherapie bei be-

sonderen Personengruppen (speziell Kinder und Jugendliche), Psychotherapie in Institutionen (Kliniken, Beratungsstellen u.a.), Private Krankenversicherung und Psychotherapie, Nachwuchs an Psychotherapeuten, neue Versorgungsformen und Prävention psychischer Störungen.

### Fachliche Gespräche beim Neujahrsempfang des Ministerpräsidenten

Beim Neujahrsempfang des Ministerpräsidenten hatte Nikolaus Melcop nicht nur Gelegenheit Zeuge der aktuellen politischen Krise in Bayern zu werden. Darüber hinaus konnte er dort unerwartet im Laufe des Abends eine ganze Reihe von kurzen fachbezogenen Gesprächen mit Ministerpräsident Stoiber, den Ministern Stewens, Schnappauf, Goppel, Huber, Beckstein, MdB Götzer, Fraktionschef MdB Ramsauer (beide CSU) und dem Fraktionschef der SPD im Landtag, Maget, führen. Insbesondere in Bezug auf die Themen Nachwuchsfrage, Beteiligung von PP/KJP in Ärztenetzen, PT mit Älteren Menschen und Prävention wurden Folgetermine zur weiteren Vertiefung vereinbart.

## Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern: Psychotherapie bei Älteren

Am 20. Januar 2007 fand in München die Fortbildungsveranstaltung „Psychotherapeutische Behandlung von älteren Menschen“ statt. Der PTK Bayern war es gelungen Prof. M. Hautzinger und Prof. H. Radebold für die Darstellung der spezifischen Methoden und Ansätze bei der Psychotherapie älterer Menschen zu gewinnen.

Diese Fortbildungsveranstaltung ist ein erster Baustein des Gesamtkonzeptes der PTK Bayern zur Verbesserung der Versorgungssituation von alten Menschen mit psychischen Störungen.

185 Mitglieder nahmen an den Vorträgen teil. Nikolaus Melcop betonte in seiner Begrüßung den hohen Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung von alten Menschen, der angesichts der demografischen Entwicklung in den nächsten Jahren noch weiter zunehmen wird. Zugleich wies er auf die mangelhafte psychotherapeutische Ver-

sorgung hin und dankte den Anwesenden für ihr Interesse und ihr Engagement.

Prof. H. Radebold erklärte in seinem Vortrag, dass tiefenpsychologisch fundierte bzw. psychoanalytische Psychotherapie auch bei über 60-Jährigen möglich, sinnvoll und notwendig sei. Dabei zeige sich eine Verschiebung von Langzeit- auf Fokalthherapie und von Analyse auf tiefenpsychologische Psychotherapie. Auch Gruppentherapie habe sich als sehr erfolgreich erwiesen. Grenzen in der Psychotherapie Älterer gäbe es kaum: Lediglich physische (Krankheiten, Behinderungen, Lage/Erreichbarkeit der Praxis) und psychische (Demenz) Einschränkungen stellten Grenzen dar, das Alter selbst hingegen nicht. Besonderheiten in der Therapie Älterer sei zum einen die Einstellung des Therapeuten gegenüber älteren Menschen. Hier gelte es vom defizitären Bild wegzukommen und eine ganzheitliche Sicht des

Menschen einzuführen. Problematisch sei auch die umgekehrte Übertragungskonstellation, da der Patient meist deutlich älter als der Therapeut ist. Zum Ende seines Vortrages erläuterte Prof. H. Radebold Implikationen für die Praxis.

Prof. M. Hautzinger stellte anhand epidemiologischer Daten die Wichtigkeit der Psychotherapie für Ältere dar. Bei 14-37% der über 65-Jährigen liege eine Depression vor. Ein Großteil der Depressionen bleibe unerkannt, da 69% der Patienten mit Depression ihren Hausarzt ausschließlich aufgrund von körperlichen Beschwerden im Rahmen der Depression aufsuchten. Angesichts einer Suizidrate von bis zu 15% bestünde dringender Handlungsbedarf. Prof. M. Hautzinger erläuterte Ziele und Maßnahmen einer verhaltenstherapeutischen Psychotherapie bei Altersdepressionen und präsentierte erste Ergebnisse einer Studie zum DiA (Depression im Alter)-Gruppenprogramm.

## Kontakte zu Hochschulen: Klinische Psychologie

Bei dem Treffen der PTK Bayern mit den Hochschullehrern des Fachs Klinische Psychologie am 07.12.2006 wurden die Kooperationsmöglichkeiten von Hochschulen mit der Kammer besprochen. Bezüglich der Studienreform ist eine Weiterentwicklung der inhaltlichen Verzahnung bzw. Abgrenzung von Studium und Ausbildung notwendig. Zu befürchten ist, dass Fehl-

entwicklungen der Studienangebote erst in 10-12 Jahren offensichtlich und korrigierbar werden. Vor dem Hintergrund der anstehenden Spezialisierungen (Master-Studiengänge) muß unbedingt darauf geachtet werden, dass genügend Studienabgänger die Voraussetzung zur Ausbildung zum PP/KJP erwerben können. Ansonsten könnte es später zu erheblichen

Engpässen bei der Versorgung psychisch kranker Menschen mit Psychotherapie führen.

Auch bezüglich der Versorgungsforschung und der Aus-, bzw. Fortbildung der PP/KJP soll die Kooperation zwischen Hochschulen und Kammer intensiviert werden.

## Nach Studienreform droht Nachwuchsmangel bei Psychologischen Psychotherapeuten

Ausgehend von einer konkreten Anfrage einer Universität hat die Kammer sich mit der Frage „Sicherung des psychotherapeutischen Nachwuchses“ beschäftigt. Mit den Umstrukturierungen der Studiengänge (Bachelor/Master) werden sich auch die Studienstrukturen für Psychologie massiv verändern. Vor diesem Hintergrund erscheint es vorrangig, frühzeitig die Frage zu stellen, wie viele Studienabsolventen, mit der Voraussetzung zur PP-Ausbildung (d.h. mit einer Prüfung im Fach „Klinische Psychologie“) jährlich ausgebildet werden sollten, um mindestens die Zahl der aktuell aktiven Psychotherapeut/inn/en in Bayern konstant zu halten.

Es wurde eine Bedarfsprognose erstellt, deren Ergebnisse als vorläufige Näherung zu interpretieren sind.

Um die Zahl der derzeit erwerbstätigen PP (rund 3.900) in Bayern konstant zu halten, müssten in Zukunft pro Jahr ca. 163 bis 228 PP neu approbiert werden (je nach Modellprämissen). Derzeit werden in Bayern durchschnittlich 64 PP pro Jahr neu approbiert.

Ausgehend von diesen Angaben wurde in einem Modell die Zahl der erforderlichen Masterabsolventen hochgerechnet. Bayernweit müssten demnach zwischen

440 und 615 Studienabgänger jährlich mit einem Master, der zur Ausbildung berechtigt, abschließen.

Da derzeit schon weniger, ca. 360 Studienabgänger mit Diplom abschließen, ist ein erheblicher Nachwuchsmangel absehbar. Deshalb fordert die PTK Bayern offensiv gegenüber Universitätsvertretern und Politik eine Bereitstellung zusätzlicher Studienplatzkapazitäten. Näheres finden Sie in einer ausführlichen Expertise, die von der Homepage der Kammer heruntergeladen werden kann.

## Treffen der Leitenden Klinischen Psycholog/inn/en bayerischer psychiatrischer und psychosomatischer Kliniken mit dem Vorstand der Kammer

Am 23.11.06 fand ein Treffen der PTK Bayern mit den leitenden klinischen Psychologen wichtiger bayerischen Kliniken statt. Neben der Situation und den Perspektiven der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) wurde auch zur Stellung der PP/KJP in den Kliniken diskutiert,

dabei Möglichkeiten und Grenzen der Vertretung der angestellten Psychotherapeut/inn/en durch die Kammer beleuchtet. Insbesondere beim Tarifrecht, einem für Angestellte wichtigen Thema, ergeben sich für die Kammer zwar vordergründig nur geringe Einflussmöglich-

keiten, da dieses Thema die Gewerkschaften gestalten. Jedoch wird die Kammer hier weiterhin engen Kontakt zu Gewerkschaften halten und die berechtigten Interessen der PP/KJP und der PiA bei den entsprechenden Tarifgesprächen einbringen.

## Kurznachrichten

### **Fortbildung: wissenschaftliche Anerkennung unverzichtbar**

Seit dem 1.1.2007 ist die Übergangsregelung der Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen abgelaufen. Dies bedeutet, dass jede Fortbildung im Vorfeld be-

antragt werden muss. Auch für persönliche Jahresauflistungen können nur noch die offiziellen Teilnahmebescheinigungen, die eine Anerkennung der Psychotherapeuten- und Ärztekammern beinhalten, eingereicht werden. Eine Ausnahme stellen weiterhin Veranstaltungen im Ausland dar.

Es besteht zwar grundsätzlich eine Praxis der gegenseitigen Anerkennung zwischen bayerischer Ärzte- und Psychotherapeutenkammer. Diese Verwaltungsvereinfachung kann aber nicht in jedem Fall angewendet werden, da sich die Fortbildungsrichtlinien der beiden Landeskammern in einigen Punkten unterscheiden.



Grundlage der FoBiRiLi der PTK Bayern ist die wissenschaftliche Anerkennung, die BLÄK erkennt hingegen auch neue und nicht evaluierte Ansätze an. Diese Unterschiede sind auch Gegenstand unserer Gespräche mit den Vertretern der BLÄK mit dem Ziel, mittelfristig eine Angleichung der Mindestanforderungen zu erreichen. Für die Mitglieder der PTK Bayern gilt daher, dass sie unter Umständen Teilnahmebescheinigungen der BLÄK nicht für das Fortbildungszertifikat verwenden können. Dies betrifft nach derzeitigem Kenntnisstand beispielsweise Fortbildungen mit esoterischen Inhalten (z.B. Schamanische Heilverfahren). Näheres entnehmen Sie bitte unserer Homepage, Rubrik „Fortbildung“.

### **Brief an BMG zur Beanstandung Berichtspflicht**

Seit dem 01.01.2007 gilt eine Berichtspflicht an den Hausarzt bzw. überweisenden Facharzt auch für Psychotherapeuten. Dies ist natürlich nur nach schriftlicher Einwilligung des Patienten möglich. Darüber hinaus handelt es sich um eine Verwaltungs-

anforderung, die mit erheblichem Aufwand für Psychotherapeuten verbunden ist, und die allein in Einzelfällen aus Gründen der Qualitätssicherung und für die Patienteninteressen sinnvoll sein kann. Der Vorstand der PTK Bayern setzte sich daher in einem Brief an das Bundesgesundheitsministerium (BMG) vor Ablauf der Frist für eine mögliche Beanstandung durch das BMG gegen diese Regelung ein.

### **Versorgungswerk – Mitgliederstand erfreulich**

Mit dem Jahresübergang wurde der Anfangsbestand im Versorgungswerk „Psychotherapeutenversorgung“ von der Versorgungskammer Bayern festgestellt. Es haben sich 820 Personen aus dem „Anfangsbestand“ für das Versorgungswerk entschieden. Inzwischen haben wir bereits 36 reguläre Neuzugänge. Die neuen Mitglieder des sog. Anfangsbestandes im Versorgungswerk haben damit zum Ausdruck gebracht, dass sie das Versorgungswerk als Möglichkeit für sich annehmen. Wir bedanken uns dafür!

### **Planungsunsicherheit beim Vertragsarztrechtsänderungsgesetz**

Die PTK Bayern ließ sich von *Hr. Pavlovic, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns*, zu den aktuellen Änderungen des Vertragsarztrechts informieren. Die zur vollständigen Umsetzung erforderlichen untergesetzlichen Regelungen (z.B. Bundesmantelverträge) sind noch nicht geschaffen. Dies bedeutet, dass zwar die Gesetzesänderung ab dem 01.01.2007 in Kraft getreten ist, die Regelungen aber noch nicht rechtssicher in der Praxis umgesetzt werden können. Daher besteht derzeit keine Planungssicherheit. Sobald Einzelheiten und Details bezüglich der konkreten Umsetzung vorliegen, werden wir Sie diesbezüglich zeitnah informieren.

Die Kammer wird sich aufgrund der neuen Gegebenheiten, z.B. Anzahl der möglichen weiteren Praxissitze, in der kommenden Zeit auch mit einer **möglichen Anpassung der Bayerischen Berufsordnung** befassen.

## **Nachruf für Dr. Wolfgang Dornette (08.07.1943-18.12.2006)**

Der Kollege Wolfgang Dornette hat sich seit über 20 Jahren an maßgeblicher Stelle für eine Stärkung der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung in Bayern engagiert. Seit 1984 war er Leiter der städtischen Erziehungsberatungsstellen in Nürnberg. Seit dieser Zeit war er auch an der Landesarbeitsgemeinschaft Erziehungsberatung (LAG) beteiligt, deren Vorsitzender er im Jahr 1995 wurde (bis zum Jahr 2003). Er bemühte sich immer um bedarfsgerechte tätigkeitspezifische Interventionsangebote in der Erziehungsberatung und konnte dies aufgrund seiner Ausbildung in unterschiedlichen Therapieverfahren und settingbezogenen Ansätzen auch umsetzen. In seinen Kontakten mit dem Sozialministerium und dem Landesjugendamt konnte er wichtige Im-

pulse für die Verbesserung und Stabilisierung der Erziehungsberatung setzen. Als Stichworte seien genannt: Neuformulierung der Förderrichtlinie, Entwicklung eines Qualitätsprofils Erziehungsberatung, Ausgestaltung der LAG-Fachtagung zur Weiterentwicklung der Beratungsarbeit. Ein wichtiges Anliegen war ihm immer auch die Begründung und Gewährleistung von Psychotherapie als Baustein eines umfassenden Verständnisses von bedarfsgerechter Beratungsarbeit.

Gerade im Zusammenhang mit der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes, und speziell der Übergangsregelungen hat er viele KollegInnen wesentlich unterstützt, indem er sich intensiv und erfolgreich dafür einsetzte, dass ihre psychotherapeutische Arbeit in Beratungsstellen auch entspre-

chend Berücksichtigung finden sollte.

Der Kollege Dornette hat trotz seiner Krebserkrankung engagiert im Ausschuss Psychotherapie in Institutionen der Kammer mitgewirkt und hat hier entscheidend zur erfolgreichen Arbeit des Ausschusses in der ersten Wahlperiode beigetragen.

Am 18. Dezember ist Wolfgang Dornette – obwohl bereits langjährig schwer erkrankt – plötzlich verstorben. Sein integrierendes Wirken wird uns sehr fehlen. Die Psychotherapeutenkammer hat ein bedeutsames Mitglied verloren, dem wir mit großem Dank verbunden bleiben.

*Der Vorstand*

### **Vorstand der Kammer:**

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

### **Geschäftsstelle**

St.-Paul-Str. 9, 80336 München  
Post: Postfach 151506, 80049 München  
Tel.: 089/515555 – 0, Fax: – 25

Mo – Do 9.00 – 15.30,  
Fr 9.00 – 13.00 Uhr  
info@ptk-bayern.de  
www.ptk-bayern.de



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ein wichtiges Thema in den letzten Monaten des Jahres 2006 war die Gesundheitsreform. Der Vorstand nahm in diesem Zusammenhang u.a. an Informationsveranstaltungen der Bundeskammer teil. Dabei ging es auch um die „Neuen Versorgungsformen“ (s. nachstehenden Artikel).

Auf der 19. Delegiertenversammlung am 30.11.06 referierte die Geschäftsführerin der BPTK, Dr. Christina Tophoven, den aktuellen Stand des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) und des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VändG). Zukünftig können Zweitpraxen über die Bezirksgrenzen der Kassenärztlichen Vereinigungen hinweg gegründet werden. Es werden örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften zwischen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern erlaubt sein, Teilzulassungen mit einem hälftigen Versorgungsauftrag sind möglich. Die Altersgrenzen für Aufnahme und Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit sind in unterversorgten Planungsbereichen aufgehoben. Die Anschubfinanzierung bei der integrierten Versorgung wurde verlängert, die Gründung Medizinischer Versorgungszentren soll erleichtert werden.

Die Kammer wird eine Informationsveranstaltung zur Gesundheitsreform und zu den Auswirkungen auf unseren Berufsstand initiieren.

Der Präsident der Kammer wurde von der Ärztekammer eingeladen, an einer Steuerungsgruppe zum Protesttag gegen die Gesundheitsreform mitzuwirken. Er gab eine Stellungnahme zur Gesundheitsreform ab, die sie auf unserer Internetseite finden.

Mitglieder des Vorstands haben am 1. Landespsychotherapeutentag der Kam-

mer Niedersachsen zu „Ethik, Recht und Psychotherapie“ teilgenommen. Dort gab es eine gute Übersicht über die Grundlagen der Arbeit der Kammermitglieder. U.a. wurde das Beschwerdeverfahren der Kammer Niedersachsen vorgestellt. Dr. Thomas Clemens, Richter am BSG, referierte über Möglichkeiten und Grenzen der Kassenzulassung.

Der Bundespsychotherapeutentag in Köln beschäftigte sich mit den Auswirkungen der Gesundheitsreform für unseren Berufsstand. Was die konkrete Umsetzung anbelangt bleibt zunächst abzuwarten.

Auf dem Bundespsychotherapeutentag wurden zudem die Musterfortbildungsordnung mit einem Zusatz für die internetgestützte Fortbildung und der Haushalt der BPTK verabschiedet. Von einer im Vorfeld diskutierten Erhöhung der BPTK-Beiträge wurde abgesehen. Es ist aber zu erwarten, dass sie ab 2008 erhöht werden.

Auf einem Treffen der Länderbeauftragten in Düsseldorf wurde ein Resümee hinsichtlich der Aktivitäten zur Notfallpsychotherapie der Länderkammern während der Fußball-WM gezogen. Die Ergebnisse werden von der Psychotherapeutenkammer NRW ausgewertet. Ein Curriculum als Grundlage für Fortbildungen in den Ländern wurde vorgestellt. Wir werden für Berlin in absehbarer Zeit ein Konzept vorlegen.

Die Delegiertenversammlung hat auf zwei Sitzungen im November die Haushalte 2003 bis 2005 und den Wirtschaftsplan 2007 beschlossen. Auch die novellierte Fortbildungs- und die novellierte Berufsordnung sind verabschiedet worden.

Der Vorstand hat beschlossen das Service-telefon aus der Projektphase in ein Regelangebot der Kammer umzuwandeln. Dem

hat die Delegiertenversammlung zugestimmt. Im Zuge der damit einhergehenden konzeptionellen Änderung des Servicetelefons wird die weitgehend funktionsunfähige bisherige Datenbank durch das System „Psych-Info“ der Nordkammern ersetzt werden.

Die Kammer ist dem Kommunalen Arbeitgeberverband beigetreten, der zukünftig die Kammer in Personalfragen berät. Er hat die Stellenbeschreibungen und Eingruppierungen der Beschäftigten unserer Geschäftsstelle geprüft und Empfehlungen zu Eingruppierungen und auch zu Gehaltserhöhungen gegeben. Entsprechend wurden Höhergruppierungen beschlossen.

Nachdem auf die Kammer eine Vielzahl neuer arbeitsintensiver Aufgaben zugekommen sind, die eine Erweiterung des Personals erforderlich machen, hat die DV Personalerweiterungen beschlossen. Es geht um eine Verwaltungsangestellte (für die Fortbildungszertifizierung), einen wissenschaftlichen Referenten (vorrangig zuständig für Veränderungen, die sich im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform für unseren Berufsstand ergeben) und einen Öffentlichkeitsreferenten (zuständig für Öffentlichkeitsarbeit, die Pflege der Internet-Kammerseite und Publikationen).

Diese Erweiterungen erfordern eine Beitragserhöhung um 55 Euro auf 305 Euro ab 2007. Sie ist so von der DV beschlossen worden. Ausführliche Informationen haben die Berliner Kammermitglieder in einem Sonderrundbrief erhalten.

Die KJHG-Kommission hat Qualitätsmerkmale zur Durchführung ambulanter Psychotherapien im Rahmen der Jugendhilfe nach §§ 27,3 und 35a SGB VIII entwickelt und diese den Fachdiensten, Jugendämtern, Kliniken und weiteren In-

stitutionen zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus hat sich die Kommission mit der Regelung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung im Zusammenhang mit dem Gebot der Schweigepflicht sowie der Überprüfung der persönlichen Eignung der Leistungserbringer beschäftigt.

Der Vorstand hat mehrere Sitzungen der Arbeitsgemeinschaft Berliner Leistungserbringer im Rahmen des SGB VIII zu den neuen Rahmenleistungsvereinbarungen in der Jugendhilfe moderiert. Es besteht die Gefahr, dass die Ausgestaltung der Rahmenleistungsvereinbarungen eine sach- und fachgerechte Psychotherapie im Rahmen der Jugendhilfe entscheidend behindert. Eine zum KJHG durchgeführte Kammerveranstaltung zur Information der Mitglieder und zur Planung

des weiteren Vorgehens stieß auf großes Interesse. Die Beiträge und Beschlüsse sind auf der Homepage der Kammer abrufbar.

Die Arbeitsgruppe „Prävention im frühen Kindesalter“ hat eine Kooperation zum Berufsverband der Kinderärzte angebahnt um zu sondieren, wie psychotherapeutische Kompetenz in die Prävention einbezogen werden kann.

Das „Bündnis gegen Depression“ hat eine Arbeitsgemeinschaft gebildet, die konkrete Formen der Netzwerkbildung bei der Behandlung der Depression entwickelt

Das gemeinsam mit dem Institut für Verhaltenstherapie Berlin, der Humboldt-Universität und der Charité durchgeführte „Forum für Persönlichkeitsstörungen“ zu

„Therapeutischen Ansätzen bei der histrionischen Persönlichkeitsstörung“ war sehr erfolgreich. Die Reihe der Veranstaltungen zu Persönlichkeitsstörungen wird in diesem Jahr mit einer Veranstaltung zur antisozialen Persönlichkeitsstörung fortgesetzt.

Im Herbst 2007 ist eine weitere Veranstaltung zu ersten Erfahrungen mit QM/QS für alle Mitglieder geplant. Eingeladen werden wieder Praktiker/innen mit QS-Programmerfahrung.

Seminare zur Behandlung traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer sowie zu gutachterlichen Stellungnahmen für traumatisierte Flüchtlingskinder und Jugendliche sind geplant.

*Der Vorstand*

## Noch ein steiniger Weg: Mit der Integrierten Versorgung betriebswirtschaftliches Neuland betreten

Sie sind kein Klinikleiter, keine Uniprofessorin oder haben sonst eine Institution hinter sich – und wollen trotzdem in Zukunft nicht immer in einer Einzelpraxis als Niedergelassener oder Klinikangestellter arbeiten? Sie haben einen langen Atem, Lust auf Neues auf Basis ihrer Fachqualifikation als PP oder KJP – aber irgendwie ist Ihnen das Konzept der Integrierten Versorgung (IV) inhaltlich noch zu vage und Sie wüssten gerne mehr darüber? Ist die Organisationsform der IV für unsere Berufe so interessant, dass sie Konzepte entwickeln wollen? Und wenn ja, welche und wie wären sie umsetzbar?

Zu diesen Fragen versuche ich einige weiterführende Informationen und Strukturierungshilfen zu geben und verweise zur inhaltlichen Vertiefung auf die Literatur am Schluss des Textes.

■ Im Zusammenhang mit der Neustrukturierung des Gesundheitssystems wird die Integrierte Versorgung (§ 140 a-h SGB V) als neue Versorgungsform – neben bspw. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Disease

Management Programmen (DMP) – eingeführt. Wesentliche Ziele sind Kostensenkung, Qualitätssteigerung, Prozessoptimierung und sektorenübergreifende, evidenzbasierte Behandlungen.

■ Nach der Definition von V. E. Amelang umfasst die IV den „gesamten Behandlungs- und Versorgungsumfang der Patienten in einem vereinbarten Leistungsspektrum mit den Kernelementen: interdisziplinäre, fachübergreifende Versorgung, außerhalb des Sicherstellungsauftrags auf einzelvertraglicher Grundlage.“

■ Zwar kommen für krankenkassen-finanzierte Leistungen nur bisherige Leistungserbringer ‚als Vertragspartner‘ infrage und der Gegenstand des Versorgungsauftrags unterliegt einer engen Auslegung. Jedoch ermöglicht das Gesamtkonzept einer IV mehr Spielraum für weitere Initiatoren oder Einrichtungen. Im Gegensatz zu MVZ könnten z.B. PPs, Physiotherapeuten/innen, eine Hauskrankenpflegeeinrichtung und ein Facharzt eine Vernetzung eingehen, innerhalb derer sie entweder populationsbezogen oder indikationsbezogen

arbeiten. Wollen Sie also lieber eine ganze Region versorgen (wie das Psychiatrieprojekt in Schleswig-Holstein, allerdings in medizinischer Hand) oder ein Projekt für Schmerzpatienten/innen aufbauen (wie in Berlin, auch dort sind PPs nicht federführend)?

■ Dazu könnten Sie noch komplementäre Partner/innen finden, etwa im Sportbereich.

■ Das liest sich wie eine große Unternehmung – wie soll das finanziert werden? Welche Organisationsform könnte gewählt werden (GbR oder GmbH), welche Rechts- und Steuerfragen tauchen auf usw. Beginnen Sie damit, sich fachkompetente Mitgründer zu suchen und systematisch im (kleinen) Team Schritt für Schritt der Beantwortung dieser Fragen zu nähern (vielleicht unterstützt Sie Ihr Berufsverband?).

■ Das könnte so aussehen, dass Sie zuerst Ziele und Teilziele formulieren, dann Rollen verteilen entsprechend der Ressourcen (Zeit, Geld, Wissen), Teamvereinbarungen schriftlich treffen, sich zu Stillschweigen außerhalb der Ideenschmiede verpflichten usw.

- Für ein kleines Team scheint es günstiger zu sein, eine indikationsbezogene Versorgung regional anzustreben (wegen niedriger Komplexität, besserer Berechenbarkeit der anfallenden Kosten). Dabei sind Leitlinien sowie weitere wissenschaftliche Daten äußerst hilfreich. Soll es eine „Versorgung aus einer Hand“ sein (z.B. Beratung, ggf. Anamnese, kurativer Anteil, Reha, Nachsorge bzw. präventive Maßnahmen)? Vielleicht noch in einem Gebäude – oder doch als vertikale Integration unter Einbeziehung eigenständig Agierender an unterschiedlichen Orten?
- Nach den ersten Überlegungen der Idee- und Analysephase kommen Sie um Unterstützung durch anderer Fachleute nicht herum: Es ist sinnvoll, einen Moderator, eine im Management und eine in Rechtsfragen erfahrene Person hinzuzuziehen. Für konkrete Planung, Akquisition von Geld und Finanzplan,

Management eines Projektes, Vertragsgestaltung, Werbung usw. werden betriebswirtschaftliche und rechtliche Kompetenzen benötigt. Nach meiner persönlichen Einschätzung ist es nicht mehr möglich, wie in den alternativen Gesundheitsprojekten der 70er und 80er Jahre, in Generalistenfunktion alle alles machen lassen zu wollen.

- In der unten genannten Literatur werden Ideen und Konzepte des Projektmanagements vorgestellt und am Beispiel der Gründung eines Gesundheitsunternehmens durchgearbeitet. Auf diese pragmatischen und detaillierten Informationen werde ich hier nicht eingehen, sondern überlasse Interessierten, sich selber in das Thema einzuarbeiten. Eine Vielzahl von Abbildungen, Checklisten und Vertragsüberlegungen unterstützten bei Umsetzung und Erarbeitung einer Projektidee der IV. Informationen zur Entwicklung eines

Businessplans, zu Marketing- und PR-Konzept oder Qualitätskontrolle helfen Ihnen bei der Beantwortung des: „Wie mach ich's nur am Besten?“

Auch wenn Ihnen vorerst ein Ausstieg aus der Einzelpraxis oder ein Verzicht auf den Angestelltenstatus in einer Gesundheitseinrichtung nicht erstrebenswert erscheint, könnten Sie sich vielleicht als Gedanken-spiel diejenigen Verbesserungsvorschläge ausmalen, die Ihnen immer mal in den Sinn kommen, wenn Sie sich optimale psychologisch-psychotherapeutische Gesundheitsversorgung wünschen.

### Literatur

Amelang, V.E. et al. (2006). Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung. Berlin: Medizin. Wiss. Verlagsgesellschaft.

*Renate Degner*

## Die wachsende Bedeutung der Psychoonkologie

Jährlich erkranken in Deutschland über 400.000 Menschen an Krebs. Diese Zahl verdeutlicht, wie groß der Bedarf an einer spezifisch auf diese Patientengruppe abgestimmten psychologischen Begleitung ist. Die Psychoonkologie ist eine Spezialrichtung der Psychologie, die Krebskranke, ihre Angehörigen und die Behandler von Krebspatienten während der Krankheit und Behandlung begleitet. In den letzten 25 Jahren entwickelte sich dazu ein eigener Forschungs-zweig.

Bei der psychologischen Begleitung von Krebspatienten ist es wichtig, sich die Spezifität deutlich zu machen. So wird die Diagnose einer Krebserkrankung als „Sturz aus der normalen Wirklichkeit“ (Gerdes, 1986) beschrieben, der mit keiner anderen körperlichen Erkrankung vergleichbar ist. Demzufolge ist die psychologische Begleitung von Krebspatienten auch von der anderer körperlich erkrankter Menschen abzugrenzen, da sie beim Patienten, bei Angehörigen und beim Behandler spezifische Assoziationen (langes, qualvolles Dahinsiechen, Tod, Sterben) auslöst. Krebs bedeutet neben den körperlichen Einschränkungen auch eine massive Veränderung der psychischen Situation. Meh-

re Untersuchungen belegen, dass die Angst vor einer Rückkehr der Erkrankung oder wie sie sich ausbreitet, das belastendste psychische Moment der Krebserkrankung ist. Des Weiteren sind die Patienten einer Veränderung ihrer beruflichen und finanziellen Situation sowie ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen ausgesetzt. Da die beiden häufigsten Krebserkrankungen Brust- und Prostatakrebs in sehr intime Bereiche des Körpers eingreifen, ist die Veränderung von Partnerschaft und Sexualität nahe liegend. Die „richtige“ Krankheitsverarbeitung gibt es nicht, nach der Diagnose einer Krebserkrankung folgt stets ein individueller Krankheitsverarbeitungsprozess.

Um den psychisch belasteten Krebspatienten zu erkennen, sind spezifische Diagnoseinstrumente notwendig. Herkömmliche Diagnoseinstrumente laufen Gefahr, Symptome einer Krebserkrankung wie z.B. Fatigue (Erschöpfungsgefühl) als psychisches Symptom zu interpretieren. Zur Diagnostik dient der Hornheider Fragebogen (Strittmatter, 1997). Mit ihm lassen sich acht Belastungsbereiche (körperliches Befinden, psychisches Befinden, Tumorangst, Unruhe, mangelnde soziale Unterstützung,

Selbstunsicherheit, mangelnde ärztliche Unterstützung, Arbeit, finanzielle Probleme) unterscheiden. Darüber hinaus gibt es die Psychoonkologischen Basisdokumentation PO-Bado (Herschbach et al., 2004). Mit diesem strukturierten Interview können Belastungen durch somatische, psychische und sonstige (soziale, familiäre) Symptome erfasst werden. Für beide Diagnoseinstrumente gibt es Cut-off-Werte.

Unter Krebspatienten treten vermehrt psychische Erkrankungen auf. Je nach verwendetem Messinstrument und Studienpopulation variieren die Häufigkeitsangaben jedoch sehr stark. Das Auftreten von Depression und Angststörungen ist erhöht. Diskutiert wird auch das Auftreten von PTSD nach Diagnosestellung einer Krebserkrankung. Psychische Erkrankungen dürfen aber keineswegs als unvermeidliche Folge einer Krebserkrankung missverstanden werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ca. 1/3 aller Krebspatienten hoch belastet und damit die Indikation zur Psychotherapie gegeben ist. Ein weiteres Drittel der Krebspatienten kann als gering belastet bezeichnet werden, d.h. die psychosoziale Basisversorgung, die Ärzte und Pfle-

gekräfte leisten, reicht als Unterstützung für die Bewältigung der Erkrankung aus. Das fehlende Drittel der Krebspatienten gilt als belastet und profitiert von niederschweligen psychosozialen Beratungsangeboten. Dazu gehören supportive Gespräche, in denen versucht wird die Belastungen zu differenzieren (z.B. Ängste in konkrete Befürchtungen zerlegen) und einen Raum für die Empfindungen in der neuen Situation zu geben. Zudem können Gespräche, die der Informationsvermittlung (z.B. psychische Aspekte onkologischer Erkrankungen, Sortieren und „Übersetzen“ von medizinischen Fakten, Vermittlung von psychosozialen Anlaufstellen) dienen, hilfreich sein. Aber auch das Vermitteln von Entspannungstechniken, Visualisierungsverfahren und kreative Therapien gehört zur niederschweligen psychologischen Unterstützung belasteter Krebspatienten.

### **Psychoonkologische Begleitung im Brustzentrum**

Die psychoonkologische Versorgung von Brustkrebspatientinnen im stationären Setting stellt neben der Versorgung durch Ärzte, Pfl egeteam und Physiotherapeuten eine wichtige Hilfestellung dar und kann eine adäquate Krankheitsverarbeitung der betroffenen Frauen zeitnah unterstützen. In vielen Brustzentren wird den betroffenen Patientinnen psychosoziale Unterstützung auf verschiedenen Ebenen angeboten: in Form von sozialrechtlichen Beratungen, maltherapeutischen Angeboten (Kunsttherapie) aber auch durch Patientenseminare und psychologische Beratungen.

In den psychologischen Beratungsgesprächen, die direkt nach der Diagnosestellung, nach der Operation oder auch im Rahmen der ambulanten Chemotherapie angeboten werden, wird den Patientinnen Raum für ihre Krankheitsverarbeitung gegeben. Das kann bedeuten, die Diagnose Brustkrebs zu realisieren und zu beginnen, diese für sich anzuerkennen, gemeinsam nach relevanten und hilfreichen Informationen zu suchen oder auch Gefühle wie Trauer, Wut und Angst sowie Gedanken zur momentanen Situation auszusprechen. Immer verbunden mit dem Ziel, bereits bestehende Ressourcen im Umgang mit der Erkrankung zu aktivieren und zu erhalten.

Viele der betroffenen Frauen sehen sich aufgrund der Diagnose Brustkrebs in einer gedanklichen und emotionalen Auseinandersetzung mit dem Tod, denn damit wird ‚Krebs‘ in unserer Gesellschaft noch immer automatisch assoziiert. Hinzu kommt, dass sich viele Patientinnen in ihrer körperlichen Unversehrtheit verletzt fühlen, vor allem nach dem vollständigen Verlust ihrer Brust oder aufgrund von Beeinträchtigungen durch operative Therapiemaßnahmen (wie z.B. die Entfernung der axillären Lymphknoten) oder medizinisch empfohlene Folgebehandlungen (wie die Chemotherapie, die Radiatio oder die antihormonelle Therapie). Diese Eingriffe in den Körper werden häufig als Bedrohung des Selbstwertgefühls aufgefasst. Keine andere Erkrankung als Brustkrebs gilt als stärkerer Angriff auf die weibliche Identität und Attraktivität.

Für das medizinische Fachpersonal in Krankenhäusern ist es häufig wenig offensichtlich, dass die Patientinnen einen Autonomieverlust erleben. Er kann sich im Rahmen der medizinischen Behandlung in einem Abhängigkeitsgefühl von Ärzten und Pflegenden sowie einem Kontrollverlust bemerkbar machen. Hier kommt den Patientinnen der intensive kommunikative Austausch der unterschiedlichen Berufsgruppen in Form von Teambesprechungen und gemeinsamen Visiten zu Gute.

Die Brustkrebserkrankung kann je nach Verlauf auch zu deutlichen Rollenveränderungen in der Partnerschaft, der Familie oder auch im Berufsleben führen. Für die betroffenen Frauen werden zeitweise oder auf längere Sicht Lebensentwürfe und Zukunftsziele im persönlichen und beruflichen Bereich in Frage gestellt. Viele Patientinnen fürchten zudem eine soziale Isolierung und Stigmatisierung, denn nicht selten erleben sie als Reaktion auf ihre Erkrankung Unsicherheit, Befangenheit und sogar einen Rückzug des sozialen Umfelds, das sich angesichts des Umgangs mit dem Thema Krebs hilflos und überfordert fühlt.

Die Reaktionen auf das psychologische Angebot fallen unterschiedlich aus. Viele Patientinnen können sich schnell auf die Beratungen einlassen, ihre Bedürfnisse äußern und sich in den Gesprächen ent-

lasten. Mit dem Gesprächsangebot für jede Brustkrebspatientin wird das Gefühl einer weiteren Stigmatisierung vermieden. Andere Frauen benötigen Zeit zum Überlegen, da sie sich im ersten Moment überfordert fühlen, über ihre Situation zu sprechen und sich einen späteren Zeitpunkt für eine Beratung wünschen. Für einige Frauen ist eine psychologische Begleitung weder zu diesem noch zu einem anderen Zeitpunkt vorstellbar, da sie ihren Weg durch die Krebserkrankung alleine bzw. mit Hilfe der Familie meistern oder die Inanspruchnahme des Psychologen als weitere Schwächung des Selbstwertgefühls ansehen und somit abwehren.

Neben den Beratungen zur Krankheitsverarbeitung und Kriseninterventionen spielen die Gespräche mit den Partnern und den Kindern der Patientinnen eine wichtige Rolle. Schließt sich eine Chemotherapie an, kann die Patientin in diesem Zeitraum ebenfalls psychologisch begleitet werden. Das beinhaltet die Anleitung zu Entspannungs- und Visualisierungsverfahren. Auf Wunsch und bei Bedarf der Frauen wird im Hinblick auf die weitere ambulante Versorgung der Kontakt zu niedergelassenen Psychotherapeuten mit psychoonkologischer Zusatzqualifikation, zu psychosozialen Beratungsstellen für Betroffene und Angehörige sowie zu anderen psychoonkologischen Angeboten (Qi Gong, Sportgruppen, Selbsthilfegruppen etc.) hergestellt.

### **Ambulante gruppen-therapeutische Begleitung am Beispiel Integratives Mentales Gesundheitstraining**

Zu den bekanntesten Gruppenangeboten für Krebspatienten gehören die Simon-tonkurse und das Bochumer Gesundheitstraining. Beide setzen auf Entspannung und Visualisierungen, die das Immunsystem stärken sollen. Die Patienten werden ermutigt, mehr Aufmerksamkeit auf ihre innere Weisheit zu legen, und durch die Achtsamkeit für die eigenen Bedürfnisse und Ziele ihre Selbstheilungskräfte zu fördern.

Wir wollen hier ein Integratives Mentales Gesundheitstraining vorstellen, das in der Berliner Beratungsstelle der Gesellschaft für

Biologische Krebsabwehr angeboten wird. Dieses verbindet Entspannungs- und Visualisierungsarbeit mit Methoden aus NLP und Hypnotherapie. Der Ansatz ist ressourcen- und zielorientiert, um die Orientierung und Stabilisierung der Teilnehmerinnen in der Gegenwart zu fördern (zur Wirkung von Entspannung, Meditation etc. auf die Immunparameter, s. Tschuschke 2006, S. 186).

**Ziele** dieses Gesundheitstrainings sind:

- Stabilisierung durch Reduktion von Angst, Verzweiflung und Depression
- Ressourcen wieder verfügbar machen, Handlungsfähigkeit stärken
- Verringerung der Gefühle von Isolation, Hilf- und Hoffnungslosigkeit
- Selbstverantwortung stärken: vom Behandelten zum Handelnden werden
- Emotionale Entlastung und Unterstützung durch Austausch in der Gruppe
- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Verbesserung der Lebensqualität
- Selbstheilungskräfte stärken durch Abbau von Stress und negativen Emotionen
- Innere Heilungsmuster über Visualisierungen aktivieren
- Wieder Hoffnung gewinnen

Die **Themen**, mit denen sich die Teilnehmerinnen an jeweils einem der 10 Gruppensitzungen (150 Min.) auseinandersetzen, sind folgende:

1. Ort der Ruhe und Geborgenheit
2. Lebensenergie
3. Glaubenssätze
4. Ambivalente Persönlichkeitsanteile
5. Ziele
6. Innerer Ratgeber
7. Versöhnung
8. Abschied und Neubeginn
9. Gesundheit / Erholung
10. Zukunftsausblick

Diese Themen werden in der Gruppe besprochen und anschließend in speziellen NLP-Übungen bearbeitet, die spielerisch, anschaulich und emotional berührend sind. Die Übungen ermöglichen eine intensive Einzelarbeit in der Gruppe: In angeleiteter Trance setzen sich die Teilnehmerinnen individuell mit ihren persönlichen Fragen auseinander und können

danach entscheiden, wie viel sie davon in der Gruppe mitteilen wollen.

Schwerpunkte sind dabei die Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen und Zielen und deren Auswirkung auf die Lebensqualität. Die Erkenntnis und Veränderung einengender, blockierender Glaubenssätze sowie Einsichten in den möglichen Krankheitsgewinn unterstützen dabei Veränderungsprozesse. Die intensive Selbsterfahrung ermöglicht eine Erweiterung des Blickwinkels von dem anfänglichen Fokus Krankheit hin zu persönlichen Lebenszielen: „Dem Leben mehr Aufmerksamkeit schenken als der Erkrankung.“

Die Vorzüge des Gesundheitstrainings zeigen sich darin, dass dort gezielte therapeutische Arbeit mit dem heilsamen Effekt der Selbsthilfegruppe verbunden wird. Viele Teilnehmerinnen suchen nicht nur therapeutische Unterstützung, sondern auch Austausch und Kontakt, fühlen sich aber in einer angeleiteten und strukturierten Gruppe sicherer. Im Vergleich zur psychotherapeutischen Einzelbehandlung stellt es ein niedrighschwelliges Angebot dar und entspricht dem Bedürfnis vieler Krebspatientinnen nach einer kurzfristigen und begrenzten therapeutischen Hilfe.

Die Gruppen werden bis auf seltene Ausnahmen von Frauen besucht. Sie sind heterogen in Bezug auf das Alter, die Art der Krebserkrankung und die Behandlungsphase der Teilnehmerinnen. Einige Gruppen arbeiten als Selbsthilfegruppe weiter.

Beim Abschluss des auf drei Monate begrenzten Gesundheitstrainings sind von den Teilnehmern/innen folgende Rückmeldungen zu hören: Sie fühlen sich gestärkt, selbständiger und gehen achtsamer und liebevoller mit sich um. Sie haben gelernt sich mehr zu entspannen und im Alltag besser für sich zu sorgen. Sie fühlen sich der Krankheit nicht mehr so ausgeliefert, sondern haben wieder das Gefühl, selbst aktiv für sich sorgen zu können.

### Literatur

Gerdes, N.: Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. In: Schmidt W (Hrsg.). Jenseits der Normalität. Leben mit Krebs. München, Chr. Kaiser Verlag 1986.

Herschbach, P.; Brandl, T.; Knight, L.; Keller, M.: Einheitliche Beschreibung des subjektiven Befindens von Krebspatienten: Entwicklung einer psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado), PP 3, Ausgabe April 2004, Seite 173

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

Tschuschke, V.: Psychoonkologie. Schattauer, Stuttgart 2006

*Irmhild Harbach-Dietz  
Berliner Beratungsstelle der Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V.*

*Susan Kaufmann  
Brustzentrum Köpenick der DRK  
Kliniken Berlin*

*Claudia Liebelt  
Zentrum für Brustkrankungen  
Vivantes-Klinikum am Urban*

Die Autorinnen sind Mitglieder der Projektgruppe Psychosoziale Onkologie des Tumor Zentrum Berlin e.V. ([www.tzb.de](http://www.tzb.de)). Die Projektgruppe – ein seit 1997 bestehender Zusammenschluss von Psychologen und Vertretern von anderen psychosozialen Berufsgruppen – setzt sich u.a. für die Vernetzung von ambulanter und stationärer Psychoonkologie ein.

### Redaktionsteam

Ch. Stöblein, I. Brombacher, Frau Dettbarn, P. Isaac-Candeias, Dr. Th. Lecher, U. Meybohm, R. Mrazek, Dr. M. Thielen.

### Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184  
10707 Berlin  
Tel. 030/8871 40-0, FAX -40  
[info@psychotherapeutenkammer-berlin.de](mailto:info@psychotherapeutenkammer-berlin.de)  
[www.psychotherapeutenkammer-berlin.de](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de)



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

## **Kammerversammlung vom 28. November 2006:**

### **Themen: Gesundheitspolitik, Novellierung der Berufsordnung und Haushalt 2007**

Die Bremer Kammerversammlung hatte sich gewichtige Themen vorgenommen. Zunächst referierte als Gast Frau Dr. Christine Tophoven, die Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer, über aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitspolitik. Überzeugend verstand sie es, aus einer Insider-Perspektive die innere Logik des Vertragsarztänderungsgesetzes und des Wettbewerbsstärkungsgesetzes in ihrer Verknüpfung miteinander darzulegen. Da sie weitgehend auf polemische Zuspitzungen verzichtete, konnte sie jenseits der öffentlich besonders umstrittenen Punkte die durchaus rationalen Zielsetzungen der Gesundheitspolitik verständlich machen. Den Teilnehmern, die trotz lebendiger und verständlicher Vortragsweise teilweise von der Komplexität der Materie erschlagen waren, eröffnete sich darüber ein neuer Blick auf die gesundheitspolitischen Prozesse. Im Anschluss an die Aussprache wurde einstimmig eine Resolution verabschiedet, in der gesundheitspolitische Innovationen mit Augenmaß gefordert wurden und zur Teilnahme am Protesttag am 4. Dezember in Bremen aufgerufen wurde.

#### **Dank an Ausschuss Berufsrecht und Berufsordnung**

Der schriftlich vorliegende Bericht des Kammerpräsidenten Karl Heinz Schrömgens wurde ohne Nachfragen zur Kenntnis genommen, um sich zügig dem zweiten Hauptpunkt der Tagung, dem Entwurf für eine neue Berufsordnung der PKHB, zuzuwenden. Im Oktober 2003 war die erste Berufsordnung der Bremer Kammer beschlossen worden, die in Folge in der Bremer Mitgliedschaft, aber auch in der bremischen gesundheitspolitischen Öffent-

lichkeit viel Beachtung fand. Nachdem im Januar 2006 der 7. Deutsche Psychotherapeutentag seine Muster-Berufsordnung verabschiedet hatte, setzte sich der Ausschuss für Berufsrecht und Berufsordnung alsbald danach zusammen, um die Bremer Berufsordnung der Muster-Berufsordnung anzupassen. Unter dem Vorsitz von Anke Herold leisteten Irene Bozetti und Manfred Fiedler, in der ersten Phase noch unterstützt von Helga Friehe-Rüdebusch ein gehöriges Stück Arbeit, um innerhalb eines halben Jahres einen abstimmungsfähigen Entwurf für eine neue Bremer Berufsordnung vorzulegen. Dabei verfolgte der Ausschuss, wie Frau Herold auf der Versammlung darlegte, das Ziel, Struktur und Sprache der Bremer Ordnung beizubehalten und zugleich wichtige Ergänzungen, bzw. Neuformulierungen einzubeziehen, wie sie sich im Erarbeitungsprozess der Muster-Berufsordnung herausgebildet hatten. Dabei konnte sich der Ausschuss nicht dazu durchringen, sämtliche Regelungen der Rahmenregelung auf Bundesebene zu übernehmen. Insbesondere tat sich der Ausschuss bei den Passagen schwer, zu denen er auf Bundesebene Änderungsanträge gestellt hatte, die dann aus Zeitgründen nicht mehr beraten werden konnten. Zum Entwurf des Ausschusses lagen auf der Versammlung zahlreiche Änderungsanträge vor, die Ergänzungen und Konkretisierungen forderten. In sehr disziplinierter Weise arbeitete die Versammlung den Entwurf, die Änderungsanträge und Zusatzvorschläge aus der Versammlung ab, so dass die Berufsordnung im Endergebnis einstimmig verabschiedet werden konnte. Der Dank der Versammlung ging an die Mitglieder des Ausschusses, die durch

ihre gründliche Vorarbeit dieses Ergebnis erst ermöglicht hatten.

#### **Beitragserhöhung beschlossen**

Als letzten Komplex behandelte die Versammlung den Jahresabschluss 2005 und den Entwurf für den Haushaltsplan 2007. Der Vorsitzende des Finanzausschusses Uwe Klein legte die Ergebnisse der Prüfung dar, die durch die prüferische Durchsicht des Wirtschaftsprüfungsunternehmens Hansaberatung untermauert wurden. Bescheinigt wurde der Kammer eine korrekte und sparsame Verwendung der Gelder. Zugleich habe sich herausgestellt, dass infolge unvorhergesehener Ausgaben die Rücklagen stärker hätten aufgelöst werden müssen, als im Plan für 2005 vorgesehen. Es wurde darauf hingewiesen, dass eine weitere Abschmelzung der Rücklagen nicht vertretbar sei. Wenn die Ausgaben nicht gesenkt werden können, müsse eine Erhöhung der Einnahmen vorgenommen werden.

Im Ergebnis der Beratung des Haushaltsplanes 2007 beschloss die Kammerversammlung dann einstimmig, den Beitragserhebesatz um 0,03 Punkte auf 0,82% des Jahresbruttoeinkommens der Mitglieder anzuheben.

Die Versammlung endete bei geringfügiger Überschreitung des Zeitrahmens mit einem anschließenden lebhaften Austausch der Kammermitglieder bei Saft, Sekt und Selters, wozu die Kammer einlud.

**Nächste Kammerversammlung:  
Dienstag, 05. Juni 2007 – 20 Uhr  
Bürgerhaus Weserterrassen.**

## Kammer zur aktuellen Gesundheitspolitik: Kritik – Protest – Gespräche

Das auslaufende Jahr 2006 und der Beginn des Jahres 2007 standen ganz im Zeichen der Auseinandersetzung um das Wettbewerbsstärkungsgesetz. Die Kammer legte ihre Kritikpunkte sowohl der Gesundheitsministerin, der Fachabteilung Gesundheit, den gesundheitspolitischen Sprechern in der Bremer Bürgerschaft als auch den Bremer Bundestagsabgeordneten vor. Die Wirren in der Bremer Gesundheitspolitik (Rücktritt des zuständigen Staatsrates und der Senatorin innerhalb weniger Wochen und Neubesetzung dieser Ämter) schränkten die Gesprächsmöglichkeiten allerdings erheblich ein. Der Kammer Vorstand nutzte aber die Foren und Gesprächsmöglichkeiten außerhalb offizieller Termine, um die Anliegen der Psychotherapeuten verständlich zu machen. So gelang es zu erreichen, dass sich das Land Bremen im Bundesrat wesentlicher

bundesweit abgestimmter Forderungen der Psychotherapeutenchaft annahm.

Die PKHB beteiligte sich außerdem an der Protestveranstaltung im Bremer Veranstaltungssaal „Glocke“ am 04.12.2006 unter der Losung „Patient in Not – diese Reform schadet allen“. Dazu hatten zahlreiche Organisationen des bremer Gesundheitswesens eingeladen. Als Vertreter der Psychotherapeutenkammer sprach Karl Heinz Schrömgens zu den Anwesenden. Mit großer Heiterkeit, aber auch mit Nachdenklichkeit wurden die einleitenden Worte aufgenommen.

Schrömgens bezog sich auf Gedanken aus der systemischen Therapie, indem er Interventionstechniken erläuterte, mit denen das Ziel verfolgt werde, das kranke System so zu verstören, dass es sich selbst

neu organisiert und zu einer tauglichen, sprich gesunderen Lösung gelangt. Nach seinem Eindruck schein die herrschende Politik in diesem Lande gegenwärtig dieses Konzept zu verfolgen, allerdings ohne dafür ausgebildet zu sein. Es werde wild interveniert, in der Hoffnung, dass sich dieses System neu und besser organisieren möge. Es erinnere zuweilen an den Tanz am Rande eines Vulkans. Im Weiteren legte er die zentralen Kritikpunkte aus psychotherapeutischer Sicht dar, ohne auf eine differenzierte Darstellung zu verzichten. Zugleich betonte er die Gesprächsbereitschaft gegenüber den Akteuren aus der Gesundheitspolitik. Es gab Beifall, im Nachgang aber durchaus kritische Stimmen aus dem ärztlichen Lager, die sich eine fundamentalere Oppositionshaltung gewünscht hätten.

## Bremen: Früherkennungsuntersuchungen sollen verbindlich gemacht werden

### Kritische Position der Bremer Kammer

Der „Fall Kevin“ hat weit über Bremen hinaus eine alarmierende Wirkung: Offensichtlich ist es um die Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung nicht annähernd so gut bestellt wie nötig. Dies gilt vermutlich nicht nur für Bremen, sondern ebenso für andere Bundesländer.

Zu den regionalen politischen Konsequenzen gehören neben den in der Presse veröffentlichten Ankündigungen, Umstrukturierungen im Jugendamt vornehmen zu wollen, auch der Vorstoß des Bremer Senats, die Früherkennungsuntersuchungen U1 – U9 verbindlich machen zu wollen. Überregional kam zu einer Bremer Initiative im Bundesrat, der sich bereits im Frühjahr 2006 in einer Entschließung für eine höhere Verbindlichkeit der Untersuchungen ausgesprochen und von der Bundesregierung die Umsetzung dieser Maßnahme gefordert hatte. Auf Landesebene entschied sich der Senat in Bremen die nötigen Voraussetzungen für eine Verpflichtung zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen zu schaffen.

Die Bremer Psychotherapeutenkammer hat sich sowohl in ihrer Stellungnahme an die Presse als auch in einer an den Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales gerichteten Erklärung der Position der Bremer Kinder- und Jugendärzte angeschlossen, die ein verbindliches Einladungswesen zu den Früherkennungsuntersuchungen u.a. wegen der Kontrollfunktion für die Ärzte für sehr problematisch und darüber hinaus für unzureichend halten. Dabei konnte sie sich inhaltlich auf ein Positionspapier der Bundespsychotherapeutenkammer zum Thema „Prävention von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung“ beziehen, das anlässlich der o.g. Entschließung des Bundesrates im Mai 2006 erstellt und den zuständigen Gremien zugeleitet worden war.

Dieses umfassende und informative Papier setzt sich nicht nur kritisch mit der Frage auseinander, wie sinnvoll und effizient eine Art Screening durch die Kinderärzte überhaupt sein kann. Eine kurze Bestandsaufnahme gibt Aufschluss über Häufigkeit, Schutz- und Risikofaktoren von Misshand-

lung und Vernachlässigung. Es werden Forderungen nach einer Verbesserung des Frühwarnsystems begründet, die über ein verbindliches Einladungswesen weit hinausgehen und die Zuständigkeit beim öffentlichen Gesundheitswesen verortet. Die BPTK kritisiert in diesem Zusammenhang die Einsparungen im Bereich der Jugendhilfe, weist erneut auf die Unterversorgung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hin. Die Notwendigkeit niedrigschwelliger Hilfeangebote sowie einer besseren Vernetzung der Hilfesysteme werden betont. Abschließend wird ein Überblick über ausgewählte regionale Präventionsprojekte aus verschiedenen Bundesländern aufgeführt.

Es ist naheliegend, dass die Bremer Psychotherapeutenkammer diesen Standpunkt ausdrücklich unterstützt. Das Positionspapier als fundierte Hintergrundinformation zum Thema wurde deshalb der Bremer Presse zugeleitet. Mit einem ergänzenden Anschreiben, das die inhaltliche und aktuelle Bedeutung für Bremen unterstreicht, wurde das Papier auch der senatorischen Behörde übergeben.



Für die regionale Arbeit der Bremer Psychotherapeutenkammer scheint darüber von besonderem und hoch aktuellem Interesse, die gängige Praxis im Umgang mit dem Sorgerecht für Drogenabhängige kritisch zu hinterfragen, zu kommentieren und sich ggf. für Veränderungen stark zu ma-

chen. Sowohl aus kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischer Sicht, aber auch mit Blick auf die psychosoziale Prävention über dieses Lebensalter hinaus muss den zuständigen und verantwortlichen Institutionen/Personen deutlich gemacht werden, dass auch weit unterhalb

solch tragischer Auswirkungen wie im „Fall Kevin“ in vielfältiger Weise behandlungsbedürftige psychische Belastungen geradezu produziert werden, wenn Eltern ihre Kinder in Obhut behalten dürfen, obwohl sie nicht über die erforderlichen sozial-emotionalen Kompetenzen verfügen.

## Neues zum Bündnis gegen Depression (BgD)

Nach einem Gespräch mit Frau Prof. Dr. Petra Kolip am Rande der letzten Mitgliederversammlung der Landesvereinigung für Gesundheit und einer ersten Kontaktaufnahme mit der Geschäftsführerin des IPP (Institut für Public Health und Pflegeforschung) Frau Heike Mertesacker im November 2006 gab es im Februar 2007 ein erstes Treffen mit dieser in der Kammer, um zu planen, wie eine Vernetzung im Sinnes des Bündnisses gegen Depression in Bremen konkrete Formen annehmen kann. Ebenfalls nahm Dr. Gonter von der Klinik Dr. Heines teil.

Das Ziel des BgD – zur detaillierteren Information siehe PTJ 3/06 – ist ja, dass möglichst viele Multiplikatoren und Experten sich zusammenfinden, seien es PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen, Kliniken, Krankenkassen, Apotheken, Kirchen, Ämter, Selbsthilfeorganisationen, um Früherkennung und evtl. niedrigschwellige Hilfsangebote für die Volkskrankheit „Depression“ in Bremen zu verbessern.

sein. Andere trauen sich aus Scham und Angst vor Stigmatisierung nicht Hilfsangebote wahrzunehmen.

Inzwischen haben sich in der Psychotherapeutenkammer Frau Helga Friehe-Rüdebusch und Frau Ursula Kappelhoff als Zuständige gefunden, die dieses Projekt realisieren wollen. Zurückliegend hatten schon die Ärztekammer und der Leiter der AMEOS-Klinik ihr Interesse an einem solchen Netzwerk geäußert. Als nächstes werden Kontakte zu den Kassen vor Ort gesucht.

Denn viele Menschen erkennen selbst nicht, dass sie unter Depressionen leiden, sondern glauben, körperlich erkrankt zu

### Bremerhaven:

## Stadtverordnete befassen sich mit psychotherapeutischer Versorgung von Mädchen und Frauen

In der Stadtverordnetenversammlung Bremerhavens stellte die SPD-Fraktion eine große Anfrage an den Magistrat der Hafenstadt zur Psychotherapeutischen Versorgung von Mädchen und Frauen. Ein Schwerpunkt lag in den Fragen auf die Versorgung von Mädchen und Frauen mit Gewalterfahrungen. Zur Beantwortung der Fragen holte der Senat zunächst Stellungnahmen der Psychotherapeutenkammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Bremer Gleichstellungsstelle, der Polizei und

der Ämter für Jugend, Familie und Gesundheit ein.

Die Psychotherapeutenkammer nutzte die Möglichkeit, um eingehend vor allem die ambulanten Versorgungsangebote darzustellen. Zugleich wies sie auf die eklatanten Mängel in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Seestadt hin. Ausführlich stellte sie die besonderen Anforderungen dar, die in der Begleitung und Behandlung von Gewalt-

opfern entstehen. In diesem Zusammenhang konnte die Kammer zum Einen auf ihre Behandlerlisten verweisen, in denen spezielle Angebote für akut traumatisierte Menschen aufgelistet sind, und zum Anderen auf den Psychotherapeutensuchdienst „psych-info.de“, in dem entsprechende Suchkategorien zu finden sind. In der Antwort des Magistrats an die Stadtverordnetenversammlung wurde anschließend ausführlich die Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer eingearbeitet.

## Testregion Bremen zur eGK gescheitert

### Nach Rückzug wichtiger Leistungserbringer das Aus beschlossen

Unerwartet, aber nicht überraschend kam es Anfang November zum Aus für die Bremer Initiative Telematik GmbH. Die KVHB, die ÄKHB und der Apothekerverein machten vom Sonderkündigungsrecht Gebrauch und verließen die Trägergesellschaft der Testregion Bremen. Begründung: Unzufriedenheit mit den Belastungen durch das Wettbewerbsstärkungs-

gesetz und wegen Unklarheiten in der Konzeption der Testverläufe. Die Psychotherapeutenkammer kündigte daraufhin ebenfalls ihre Mitgliedschaft in der B.I.T. GmbH, da Psychotherapeuten zum einen nicht in die Testung einbezogen werden sollten und kein Erkenntnisnutzen für die Kammer ohne die Teilnahme der Ärzte mehr zu erwarten war.

Die Gesellschaft war zudem ohne die ambulanten Leistungserbringer nicht mehr handlungsfähig. Dies wurde auch von den 12 weiteren Gesellschaftern so gesehen. Die Gesellschafterversammlung beschloss daraufhin am 07.11.2006 einstimmig die Liquidation der Gesellschaft. Damit findet die Testung in Bremen nicht statt.

## **Kooperation zwischen Bremen und Niedersachsen schreitet voran:**

### **Akkreditierung und Zertifizierung von Fortbildungen zukünftig gemeinsam**

Nach vorbereitenden Kooperationsgesprächen beschlossen die Kammervorstände in Niedersachsen und Bremen zu Ende vergangenen Jahres, die Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen und die Zertifizierung von Fortbildungsnachweisen einer gemeinsamen Akkreditierungs- und Zertifizierungsstelle (Fortbildungsagentur) zu übertragen. Die Verwaltungsorganisa-

tion soll über einen Geschäftsbesorgungsvertrag an die Geschäftsstelle Niedersachsen übertragen werden. Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses war allerdings die rechtliche Prüfung noch nicht abgeschlossen, ob eine solche Kooperation zwingend eines Staatsvertrages bedarf oder ob Regelungen unterhalb dessen eine solche Kooperation ermöglichen. Beide Kammern

zeigten sich sehr befriedigt, dass die vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zwischen Niedersachsen und Bremen, wie sie mit dem Psychotherapeutenversorgungswerk begonnen und mit dem Psychotherapeuten suchdienst (gemeinsam zudem mit Hamburg und Schleswig-Holstein) ihre Fortsetzung gefunden hatte, sich in einem neuen Feld erneut bestätigt.

### **Bremen Gastgeberin des 12. DPT am 31. Mai 2008**

Der 12. Deutsche Psychotherapeutentag wird erstmals in Bremen stattfinden. Als Datum wurde der 31. Mai 2008 festgelegt. Der Bremer Kammervorstand hatte sich an Bundesvorstand und Länderrat gewandt und vorgeschlagen, den

Psychotherapeutentag in Bremen stattfinden zu lassen. Bremen war bekanntlich das erste Land, in dem eine Psychotherapeutenkammer gegründet wurde. 2008 geht die PKHB als älteste Kammer ins 8. Jahr. Die Bremer Kam-

mermitglieder haben damit die Möglichkeit, die Arbeit des obersten „Parlamentes“ der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Gäste unmittelbar zu verfolgen und sich ebenfalls helfend zu beteiligen.

#### **Redaktion Bremer Kammerseiten**

An diesen Seiten arbeiteten mit: Ursula Kappelhoff, Hilke Schröder, Karl Heinz Schrömgens.

#### **Geschäftsstelle**

Psychotherapeutenkammer Bremen  
Hollerallee 22  
28209 Bremen  
Fon: 0421 – 27 72 000  
Fax: 0421 – 27 72 002

Verwaltung@pk-hb.de  
www.pk-hb.de

Geschäftszeiten:

Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr

Mi 13.00 – 17.00 Uhr

Sprechzeit des Präsidenten:

Di 12.30 – 13.30 Uhr



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

## Hamburg hat gewählt – Ergebnis der Kammerwahlen 2007

(Vorläufiges Endergebnis vom 17.02.2007)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir möchten diese Stelle nutzen, um Ihnen das vorläufige Ergebnis der Kammerwahlen 2007 mitzuteilen:

Wahlbeteiligung: 69,33 %

Psychodynamische Liste Hamburg	19,03 %	4 Mandate
Psychologische PsychotherapeutInnen BDP/VPP	10,51 %	3 Mandate
Liste unabhängiger PsychotherapeutInnen / Iup.hh	8,79 %	2 Mandate
Angestelltenliste	13,21 %	3 Mandate
PsychotherapeutInnen in Ausbildung / PiA – Liste	9,78 %	2 Mandate
ALLIANZ psychotherapeutischer Berufs-/Fachverbände	38,68 %	9 Mandate
<b>Gemeinsame Liste Kinder und Jugendlichenpsychotherapie Hamburg</b>		<b>3 Mandate</b>

Die konstituierende Sitzung der Delegiertenversammlung wird voraussichtlich am 21. März 2007 stattfinden.

## Ein Jahr „Psych-Info“

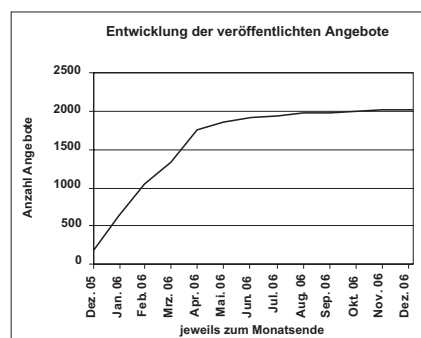
### Das Psychotherapeuten-Suchprogramm der Nordkammern

Die Psychotherapeutenkammern Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein haben beim Nordkammertreffen am 10. Februar 2006 in Kiel beschlossen, die „Arbeitsgemeinschaft Psych-Info“ zu gründen. Die PTK-Hamburg als Geschäftsführende Gesellschafterin berichtet in dieser Funktion hier über die weitere Entwicklung dieses Gemeinschaftsprojektes.\*

### Hohe Akzeptanz bei den Kolleginnen und Kollegen in den Stadtstaaten

Die meisten Mitglieder der beteiligten Kammern haben sich bereits in den ersten Monaten nach der Bekanntgabe des Angebotes in „Psych-Info“ eingetragen. Die

nebenstehende Grafik zeigt diese Entwicklung. Von den „Stadtstaaten-Kammern“ Bremen und Hamburg haben sich mehr als 75% für eine Eintragung ihrer Angebote in „Psych-Info“ entschieden, die Kammern der Flächenstaaten Niedersachsen und Schleswig-Holstein weisen ihre Mitglieder weiterhin intensiv auf die Bedeutung der Erfassung ihres psychotherapeutischen Angebots hin.



## Phänomen Flächenland?

Die Kammern Baden-Württemberg und NRW betreiben ein ähnliches System schon seit vielen Jahren, auch in diesen Flächenländern liegt der Prozentsatz der Eintragungen mit 37% in Baden-Württemberg und 35% in NRW deutlich unter dem der Stadtstaaten. Dem Grund für dieses Phänomen wurde bisher noch nicht systematisch nachgegangen.

## Wer bietet psychotherapeutische Leistungen an?

In „Psych-Info“ bieten sowohl niedergelassene als auch in Institutionen arbeitende Kolleginnen und Kollegen ihre Leistungen an, wobei sich das Angebot der Niedergelassenen in erster Linie an Patienten und Ratsuchende richtet. Die Eintragungen der in Institutionen (Beratungsstellen, Ambulanzen usw.) Tätigen bezweckt darüber hinaus auch eine berufspolitisch wichtige öffentliche Darstellung des Wirkens unserer Profession.

## Welches Leistungsspektrum repräsentiert „Psych-Info“?

Eine Zusammenfassung der wichtigsten angebotenen Leistungen zeigt Tabelle 1. Das Angebot bezüglich praktizierter Verfahren, Privat- und über das GKV-System angebotener Leistungen ist in den Beständen der beteiligten Kammern recht ähnlich strukturiert. Bei den Anbietern der PTK-Bremen kann allerdings auf die gegenüber den anderen Kammern relativ dreimal so hohe Zahl der kassenzugelassenen psychoanalytisch tätigen Kolleginnen und Kollegen aufmerksam gemacht werden. Dagegen ist die Zahl der KJP mit Kassenzulassung im Bereich der PTK-Hamburg

\* Siehe auch die Darstellung von „Psych-Info“ im PTJ 4/2005, Seite 380.

mit 9% besonders im Vergleich zu den 26% der PTK-Niedersachsen eklatant niedrig. Eine Erklärung für diese Unterschiede ist noch zu finden.

Neben diesem Basisangebot erfasst „Psych-Info“ eine Vielzahl weiterer Leistungen und besonderer Tätigkeitsschwerpunkte der Behandlerinnen und Behandler, wie z.B. (Anzahl Anbieter in Klammern):

#### ■ Behandlungsangebote für bestimmte Zielgruppen:

- Akut Traumatisierte (146),
- Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängige (116),
- Borderlinepatienten (84),
- Geistig Behinderte (19),
- Gewalt- und Sexualstraftäter (24),
- Lebensbedrohlich Erkrankte wie z.B. Krebs (78),
- Migrantinnen, Migranten (38),
- Psychotisch Erkrankte (43),
- Seniorinnen und Senioren (53),
- Sexuell Missbrauchte (121),
- Sterbende (19),
- Straftatopfer (38).

#### ■ Leistungen, die nicht zu den Regelleistungen der GKV gehören wie:

- Erziehungsberatung (277),
- Familientherapie (224),
- Gestalttherapie (184),
- Körperorientierte Verfahren (156),
- Neuropsychologie (29),
- Notfallpsychotherapie (101),
- Psychodrama (49),
- Schmerztherapie (81),
- Stressmanagement (216),
- Systemische Therapie (197).

### Rege Nutzung von Patienten und Ratsuchenden

Im gesamten Zeitraum, in welchem das System betrieben wurde, ist eine hohe Besucherfrequenz des Systems im Internet ausgewiesen, wie die Daten in Tabelle 2 zeigen.

Im Jahresdurchschnitt wurde die Hauptseite von „Psych-Info“ jeden Tag fast 100 mal besucht (ohne die Besuche der Roboter), wobei im Durchschnitt pro Tag insgesamt 6.600 Suchresultate aufgeru-

Status	PT-Kammer				Σ
	Bremen	Hamburg	Nieders.	Schl.-Holst.	
Gesamtzahl approbierte Berufstätige (ohne PiA, Freiwillige) Ende 2006	450	1.340	2.800	980	5.570
Freigegebene Datensätze insgesamt	336	1.000	462	223	2.021
%	75	75	17	23	36
davon Therapeutinnen bzw. Therapeuten	249	700	278	133	1.360
davon freiberuflich Tätige	87	300	184	90	661
davon nicht selbständig Tätige	323	823	390	190	1.726
	13	176	72	33	294
<b>Angebote mit Approbation als</b>					
PP	286	909	385	189	1.769
KJP	63	206	127	55	451
Doppelapprobierte, PP und KJP	13	116	50	21	200
<b>davon Leistungen GKV zur Behandlung</b>					
<b>Erwachsener:</b> gesamt	260	585	277	143	1.265
mit Analytischer Psychotherapie	87	90	44	10	231
mit Tiefenps. fund. Psychotherapie	198	419	138	79	834
mit Verhaltenstherapie	67	170	152	66	455
<b>Kinder und Jugendlicher:</b> gesamt	71	88	121	31	311
%	21	9	26	14	15
mit Analytischer Psychotherapie	53	41	38	8	140
mit Tiefenps. fund. Psychotherapie	54	54	72	22	202
mit Verhaltenstherapie	15	29	53	11	108
<b>sowohl Erwachsener als auch K&amp;J, Verfahren gesamt</b>	33	29	64	11	137

Tabelle 1: Anzahl der erfassten Mitglieder, Approbierte PP und KJP und Kassenzulassungen

Monat	Anzahl pro Tag					
	Aufrufe (auch von Such-Robotern)	Besuche Hauptseite (ohne Such-Roboter)	Besuche Haupt- und Unterseiten	Suchresultate	Behandler (gefunden je Tag, je Suchlauf)	Besuche Visitenkarten Behandler
Januar	1.475	77	861			
Februar	1.319	80	773	3.568	5	3.563
März	1.379	83	751	3.811	5	3.215
April	2.368	143	1.271	12.975	10	7.522
Mai	1.934	115	1.041	10.436	10	7.695
Juni	1.529	123	849	5.933	7	9.222
Juli	1.258	87	664	5.245	8	5.768
August	1.455	90	809	6.105	8	6.892
September	1.434	94	815	6.012	7	8.268
Oktober	1.452	91	760	5.959	8	7.024
November	1.786	116	949	7.980	8	8.443
Dezember	1.121	83	596	4.583	8	5.411
<b>Summen</b>	<b>18.510</b>	<b>1.182</b>	<b>10.139</b>	<b>72.607</b>	-	<b>73.023</b>
<b>Ø pro Tag</b>	<b>1.543</b>	<b>98,5</b>	<b>845</b>	<b>6.601</b>	<b>8</b>	<b>6.638</b>

Tabelle 2: Besucher-Statistik von www.psych-info.de

fen wurden. Daraus resultiert, dass im Durchschnitt mit den eingegebenen Suchkriterien je Suchlauf 8 Behandlerinnen oder Behandler zur Auswahl standen. Von den Unterseiten wurden die Visitenkarten der gefundenen Behandlerinnen und Behandler besonders häufig angesehen, pro Tag waren es durchschnittlich 6.638 Aufrufe.

### **Interesse weiterer PT-Kammern am Beitritt zur „Arbeitsgemeinschaft Psych-Info“**

Die PTK-Bayern hat nach erstem regem Interesse an „Psych-Info“ jetzt ein eigenes System realisiert, welches die wesentlichen Strukturen von „Psych-Info“ aufweist. Die PTK-Saarland ist an einem Beitritt zu „Psych-Info“ interessiert.

Der Vorstand der PTK-Berlin hat nach intensiven Vorklärlungen nunmehr den rechtsverbindlichen Antrag zur Aufnahme als Gesellschafter der „Arbeitsgemeinschaft Psych-Info“ gestellt. Die Arbeiten zur Implementierung der Mitgliedsdaten, erweitert um umfangreiche Daten aus einer bei der PTK-Berlin bereits existierenden Service-Datenbank, sind in vollem Gang und werden voraussichtlich bereits zum Frühjahr 2007 abgeschlossen werden können.

### **Resümee**

Diese im ersten Jahr erzielten Ergebnisse erlauben es, das Projekt als erfolgreich zu bewerten. Aus den gesammelten Erfahrungen wird das System in seinen Details laufend verbessert. In Kooperation mit dem Programmierer des Systems, dem gleichzeitig psychotherapeutisch fachkundigen Kollegen Hans Metsch in Baden-Württemberg, wird „Psych-Info“ Schritt für Schritt weiterentwickelt.

### **Podiumsdiskussion zur (Nicht-) Bezahlung von PsychotherapeutInnen in Ausbildung während ihrer Praktischen Tätigkeit in den Psychiatrischen Kliniken**

Von Mike Mösko, Kerstin Sude, Kathrin Wohlthat, Eberhard W. Binder,  
[www.pia-netz-hamburg.de](http://www.pia-netz-hamburg.de)  
Hamburger PiA-VertreterInnen und die Psychotherapeutenkammer Hamburg ver-

anstalteten am 6. November 2006 eine Podiumsdiskussion zur Ausbildungssituation der AusbildungskandidatInnen. Die Veranstaltung war ein weiterer Schritt, um die unhaltbare und Existenz gefährdende Situation für die PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) während ihrer Praktischen Tätigkeit öffentlich zu machen und über Kooperationen und mögliche Lösungsansätze zu diskutieren. Initiiert wurde die Veranstaltung von der Arbeitsgruppe der PsychotherapeutInnen in Ausbildung in der Hamburger Kammer (PiA-AG der PTK), eine Gruppe, die aus dem PiA-Netzwerk in Hamburg hervorgegangen ist. Das schulensübergreifende Hamburger Netzwerk ist das bundesweit aktivste Bündnis von AusbildungskandidatInnen und vertritt Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen sowie Psychologische PsychotherapeutInnen.

Die Stimmung in der Berufsgruppe hatten die Veranstalterinnen mit der rhetorischen Titelfrage und dem düster gezeichneten Zukunftsszenario aufgegriffen: „Heute schon umsonst gearbeitet? – Existenzgefährdende Ausbildungsbedingungen verbauen die Zukunft psychotherapeutischer Versorgung“. Etwa 120 PsychotherapeutInnen in Ausbildung kamen in die Ärztekammer, um eine Beendigung der entwürdigenden Bedingungen zu fordern und mit Personalräten, der Psychotherapeutenkammer und den Gewerkschaften zu diskutieren, wie sie die Situation bezüglich der praktischen Tätigkeit einschätzen und mit welchen Ideen sie zu einer Verbesserung beitragen können.

Das Podium war besetzt mit Vertretern der Personalräte der drei größten Hamburger Klinikbetreiber: Karl-Günther Mühlendorff, Betriebsrat der Asklepios Klinik Hamburg, Berno Schuckat-Wisch, Mitarbeitervertretung der Diakonischen Krankenhäuser in Hamburg, Prof. Dr. Ulrich Stuhr, Wissenschaftlicher Personalrat Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf sowie mit dem Geschäftsführer der Psychotherapeutenkammer Hamburg, Thomas Grabenkamp. Von der Gewerkschaftsseite kam Gerd Dielmann, Leiter der Fachgruppe Gesundheitsberufe der ver.di Bundesverwaltung. Dr. Kai Jensen, der Vertreter des Marburger Bundes, musste leider kurzfris-

tig absagen. Moderiert wurden die Podiumsdiskussion und die anschließende Diskussion von dem ehemaligen NDR-Journalisten Burkhard Plemper. Um die persönliche und finanzielle Notlage der PiA für alle Anwesenden nachvollziehbar zu machen, stellte Kerstin Sude – PiA-AG der PTK Hamburg – einleitend den Fall einer Kollegin vor, die wegen der Ausbildung eine unbefristete volle Stelle kündigen musste. Diese Existenz gefährdenden Bedingungen während der praktischen Tätigkeit sind kein Einzelfall, dies bestätigten auch die Publikumsstimmen.

Mike Mösko – PiA-AG der PTK Hamburg – konnte die persönlichen und unzumutbaren Erfahrungen durch Ergebnisse einer bundesweiten empirischen Studie bestätigen, die vom Institut für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt wurde. Die Datenauswertung der Situation von knapp 400 PiA während ihrer praktischen Tätigkeit hatte gezeigt, dass PiA in den Kliniken als vollwertige PsychotherapeutInnen eingesetzt werden. Darüber hinaus leisten viele sogar deutlich mehr Stunden als ihnen für die Ausbildung anerkannt werden.

Mit der Frage an die Podiumsteilnehmer nach dem Status quo in den Hamburger Kliniken wurde es für das Publikum einmal mehr interessant, denn dies war das erste offizielle Gespräch von PiA mit Personalvertretern der Kliniken. Demnach arbeiten derzeit in den Hamburger Asklepios Kliniken 20 PiA, überwiegend Diplom-PsychologInnen, ohne Bezahlung. Im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf erhalten 20 PiA ebenfalls keine Vergütung für ihre Tätigkeit. Lediglich in den Diakonischen Häusern erhalten einige der zehn AusbildungskandidatInnen ein monatliches Bruttogehalt von 750 Euro. Alle drei Betriebsräte bestätigten, dass die Tätigkeit der PiA nicht im Personalplan ihrer Klinik einbezogen werde.

Einig waren sich alle Podiumsteilnehmer darin, dass der gesetzliche Status der PiA unklar geregelt ist und dies zu den bekannten Problemen bei den AusbildungskandidatInnen beiträgt. Von den Klinikverantwortlichen werde die Praktische Tä-

tigkeit als Praktikum abgewertet und so für eine unentgeltliche Tätigkeit genutzt. Doch weder das Psychotherapeutengesetz (PsychThG), noch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-AP) stützen einen solchen Praktikantenstatus.

Eine Folge dieser unregelmäßigen Situation ist, so die Personalvertreter, dass die AusbildungskandidatInnen bislang ohne Einbeziehung der Betriebsräte ihre Tätigkeit ausüben. Herr Mühlenpfordt bekannte, dass er vor der Einladung zu dieser Veranstaltung noch nie etwas von der ungeklärten Situation der PiA während der Praktischen Tätigkeit und den so entstehenden Problemen gehört hatte. Nachfragen bei anderen Betriebsräten hatten ein ähnliches Bild ergeben. Damit führte er den anwesenden PiA auch ihre bislang ungenutzten Partizipationsmöglichkeiten vor Augen.

In der Diskussion um die Höhe einer angemessenen Vergütung während der Praktischen Tätigkeit kam es überraschend schnell zu einer Annäherung. Sowohl die drei Vertreter der Betriebsräte als auch Herr Dielmann von ver.di betonten, dass die Vergütung nach BAT IIa bzw. TVÖD 13 für die anspruchsvolle heilkundliche Tätigkeit der PiA angemessen sei. Auf der Grundlage des Diplomstudiums mit dem Schwerpunkt in Klinischer Psychologie und einer mitunter langjährigen therapeutischen Berufserfahrung werde durch den Beginn der Psychotherapieausbildung die Kompetenz der TherapeutInnen nicht vermindert, sondern im Gegenteil zusätzlich ausgebaut. Eine geringere Bezahlung als BAT IIa oder TVÖD 13 würde zudem die zahlreichen klinisch tätigen Diplom-PsychologInnen ohne Approbation tarifrechtlich abwerten.

In der Umsetzung von Verbesserungen für die PiA verfolge die Psychotherapeutenkammer Hamburg einen anderen Weg, erläuterte Herr Grabenkamp. Sie führe zur Zeit konkrete Verhandlungen mit Verant-

wortlichen der Asklepios-Kliniken. Der Verhandlungsentwurf sehe ein einheitliches Bruttogehalt angelehnt an die alte AiP-Regelung vor. Die Kammer handele aus einer anderen Position als die Betriebsräte. In der Hoffnung auf eine schnellere Umsetzung dieser Gehaltsforderung und aus Sorge vor dem Verlust von Ausbildungskapazitäten in den Kliniken verzichte die Kammer auf eine höhere Forderung. Auf Nachfrage bestätigte Herr Grabenkamp, dass die Gespräche bislang ohne Einbindung der PiA-AG der Kammer erfolgt seien.

In der letzten Diskussionsrunde wurden konkrete Möglichkeiten einer Verbesserung der unzumutbaren Rahmenbedingungen und der Nicht-Bezahlung diskutiert. Eine baldige tarifrechtliche oder reguläre Bezahlung konnte keiner der Anwesenden in Aussicht stellen. Einfach erscheint es zunächst im PsychThG eine gesetzlich vorgesehene und bundesweit einheitliche Bezahlung einzuführen. Dies scheitert jedoch an der Tatsache, dass nach Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit keine Novellierung des Gesetzes während der nächsten Jahre vorgesehen sei. Das mühsam verabschiedete und in Teilen ungeliebte Psychotherapeutengesetz wieder aufzurollen, berge nicht nur Vorteile, sondern auch Nachteile.

In den bestehenden Tarifvereinbarungen werden PiA weder durch den Marburger Bund noch von ver.di tarifrechtlich vertreten. Solange ihr Status unbestimmt ist, könnten sie auch nicht durch die Gewerkschaften vertreten werden, so Herr Dielmann. Somit ist eine tarifrechtliche Lösung momentan nicht möglich. Ein Tarifvertrag über eine angemessene Vergütung der PiA könnte durch eine gesetzliche Refinanzierungsregelung erleichtert werden. Herr Dielmann stellte hierzu eine bundesweite Lösung vor, die bereits heute bei 13 anderen Heilberufen über einen Ausgleichsfond die Übernahme der Ausbildungskosten regelt. So könnte mit der nächsten Ergänzung zum Fallpauschalenänderungs-

gesetz (FPÄndG) eine Finanzierungsgrundlage auch für die Praktische Tätigkeit der PiA geschaffen werden.

Einen ersten unmittelbaren Lösungsansatz zur Verbesserung der Rahmenbedingungen ergibt sich laut Gerd Dielmann auch aufgrund des geltenden Betriebsverfassungsgesetzes (BetrVG). Danach ist der Betriebsrat Ansprechpartner für alle Auszubildenden, somit auch für die in Ausbildung befindlichen Psychologischen PsychotherapeutInnen und KJ-KollegInnen.

Ein konkretes Ergebnis des Abends war, dass die Betriebsräte sich bereit erklärten, gemeinsam mit der PiA-AG der PTK Hamburg einen Kriterienkatalog zu erarbeiten, der bei der Implementierung einheitlicher Rahmenbedingungen für die Praktische Tätigkeit von PiA zu einer Grundlage für die Betriebsräte werden könnte.

Nach rund zwei Stunden wussten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wie auch die VeranstalterInnen, dass die Bedingungen ihrer Psychotherapie-Ausbildung zwar schwierig sind, aber dass es einige Schritte gibt, die jede und jeder Einzelne unternehmen kann. Es zeigte sich, dass es in den Kliniken AnsprechpartnerInnen mit offenen Ohren für die Probleme der PiA gibt, mit denen die PiA ins Gespräch kommen können. Und, dies wurde abschließend auch deutlich: Kliniken können davon profitieren den professionellen Status der diplomierten AkademikerInnen, die sich in einer zusätzlichen Ausbildung befinden, zu klären und zu bezahlen: Sie würden motiviertere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bekommen, an die sie ein klares Anforderungsprofil richten können.

### Geschäftsstelle

Curschmannstraße 9  
20251 Hamburg  
Tel. 040/42101234  
Fax 040/4128  
Internet: [www.ptk-hh.de](http://www.ptk-hh.de)  
E-Mail: [info@ptk-hh.de](mailto:info@ptk-hh.de)

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Im letzten Halbjahr hat es eine ganze Reihe von Aktivitäten gegeben, mit denen sich die Kammer gegenüber den Mitgliedern und in der Öffentlichkeit dargestellt hat.

Auf unsere Einladung hin fand ein Symposium über Präventionsfragen statt, an dem Vertreter der Landesärztekammer, des Hessischen Sozialministeriums und des Kultusministeriums, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, die Präsidentin und Präsidenten dreier benachbarter Länderkammern sowie weitere VertreterInnen von Institutionen teilnahmen, die mit Präventionsfragen befasst sind. Im Mittelpunkt der Veranstaltung stand ein Vortrag von Prof. Rolf Rosenbrock, einem der führenden Experten in diesem Bereich (Informationen zu dieser Veranstaltung finden Sie im Tätigkeitsbericht der Kammer und unter [www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj](http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj)).

Die Auffassung der Psychotherapeutenkammer Hessen, dass Prävention nicht nur eine erweiterte Kostendämpfungsmaßnahme sein darf, sondern als kulturelle, gesellschaftliche Aufgabe zu verstehen ist, fand allgemeine Zustimmung. Bei einer so verstandenen Prävention ist die Mitarbeit von Psychotherapeuten dringend erforderlich; auch das wurde nicht bezweifelt.

Nur eine Woche später fand der Angestelltentag statt, der angesichts der Entwicklung im Sozialbereich ebenfalls, wenn auch nur am Rande, gesellschaftliche Fragen thematisierte. Diese Veranstaltung fand überraschend großen Anklang unter den Mitgliedern (siehe neben stehenden Bericht).

Trotz vieler Bedenken hat der Vorstand der Kammer beschlossen, sich an den Protestaktionen gegen das „Wettbewerbsstärkungsgesetz in der GKV“ zu beteiligen.

Wir sehen zwar auch Vorteile in einzelnen vorgeschlagenen Veränderungen und teilen nicht die Sorge größerer Einkommensverluste, wie das andere Gesundheitsberufe aus ihrer Sicht tun, sondern unsere Kritik richtet sich gegen die völlige Vergewerblichung des Heilwesens, das heißt dagegen, dass die Logik des marktwirtschaftlichen Wettbewerbs alle Vorgänge in der sogenannten Gesundheitsversorgung leiten soll.

Für diese Position haben wir viel Anerkennung und Zustimmung gefunden. Wir sehen es als vordringliche Aufgabe an, zusammen mit den anderen Heilberufen auf die gesellschaftlichen, kulturellen Nebenwirkungen hinzuweisen – gegebenenfalls dagegen einzuschreiten – dass die Kultur der Krankenbehandlung durch eine deregulierte Gesundheitswirtschaft abgelöst werden soll. Krankenbehandlung darf nicht nur nach Marktgesetzen organisiert werden.

Ich bitte Sie alle, uns bei dieser großen Aufgabe zu unterstützen.

Mit freundlichen Grüßen



Jürgen Hardt

*Ihr Jürgen Hardt  
Präsident*

## Angestelltentag am 2. Dezember 2006 in Frankfurt

Während in den drei vorangehenden Hessischen Psychotherapeutentagen angestellten-spezifischen Themen jeweils eines von mehreren parallelen Foren gewidmet war, beschränkt die Hessische Kammer in diesem Jahr mit einem eigenen Fortbildungstag für angestellte PsychotherapeutInnen einen neuen Weg. Zudem war länderübergreifend in Kooperation mit der Kammer Rheinland-Pfalz eingeladen worden. Die Resonanz war sehr erfreulich: über 130 Teilnehmer aus Hessen, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg; damit hatte selbst der vorbereitende Ausschuss PTI nicht gerechnet.

Nach Einführungen durch den Präsidenten der BPTK Prof. Dr. Rainer Richter, Hamburg, und den Präsidenten der LPPKJP Jürgen Hardt bestand das Vormittagsprogramm aus Bestandsaufnahmen zur aktuellen Situation von Psychotherapeuten in Kliniken und zu deren Zukunftsperspektiven.

Dr. Rolf Speier, ärztlicher Direktor der Klinik für Soziale Psychiatrie und Psychotherapie, Haina, Sprecher des Landes Hessen und Mitglied der Bundesdirektorenkonferenz, skizzierte die Entwicklung des Einbezugs von „Psychologen“ in die stationäre psychiatrische Versorgung in den letzten 30 Jahren. Anhand von Statistiken der LWV-Kliniken in Hessen zeigte er auf, wie sich die Berufsgruppe der Psychologen im Verhältnis zur Gruppe der Ärzte zahlenmäßig und auch



Thomas Merz

durch die Art der übernommenen Aufgaben etablieren konnte und wie die Zukunft für PP/KJP in Psychiatrischen Kliniken aussehen könnte.

Jürgen Kammer-Kärlein, PP im Media-Reha-Zentrum in Bernkastel-Kues und Vorstandsmitglied der Kammer RLP sowie Mitglied im Bundesausschuss PTI, vermittelte einen Überblick über die Beschäftigung von PT in Reha-Kliniken und stellte dann die Ergebnisse einer von ihm durchgeführten Studie zur Befindlichkeit von Kollegen in diesem Arbeitsfeld dar.

Mit seiner Darstellung „Ausgewählter Rechtsfragen mit Bezug zum Anstellungsverhältnis“ gelang es RA Martin Schafhausen aus Frankfurt sehr anschaulich, exemplarische Konflikt-Konstellationen aus dem Nebeneinander von Berufs- und Arbeits- bzw. Weisungsrecht darzustellen und mit den Zuhörern zu diskutieren. Ebenfalls praxisnah und aufschlussreich erörterte Ass. jur. Johann Rautschka-Rücker, Justitiar der LPPKJP Hessen, die komplizierten Rechtsverhältnisse im Spannungsfeld von Verschwiegenheitsverpflichtung, Schutz von Privat- und Betriebsgeheimnissen und den Umgang der Gerichte damit in einschlägigen Fällen.

Am Nachmittag ging es weiter mit zwei konträren Standortbestimmungen zur Psychotherapie in Erziehungsberatungsstellen. Prof. Michael Borg-Laufs, Mönchengladbach, deklinierte an den allgemein anerkannten Kriterien „Psychotherapie als Qualitätsmerkmal von Erziehungsberatung“. Dipl. Soz. Klaus Menne, Fürth, Geschäftsführer der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, beleuchtete das Verhältnis von PT und Erziehungsberatung aus historischer, kommunikationstheoretischer und gesetzsystematischer Perspektive und kam dabei zu Schlussfolgerungen, die zu Widerspruch herausforderten.

Den Abschluss bildete der Vortrag von Gerd Dielmann, Leiter der Fachkommission Gesundheitsberufe beim Bundesvorstand ver.di in Berlin, zum aktuellen Stand der Eingruppierung der beiden Heilberufe im neuen TVÖD. Die Erfahrungen des vergangenen Jahres, gerade auch mit den Verhandlungsergebnissen des Marburger



*Jürgen Hardt und Thomas Merz im Gespräch mit dem Präsidenten der Bundeskammer Rainer Richter*

Bundes, hätten gezeigt, dass es nicht länger sinnvoll sei, bei der Bewertung von Eingruppierungsmerkmalen ausschließlich die Facharztäquivalenz anzustreben. Erfolgversprechender und entscheidender für die später notwendige Akzeptanz bei den anderen Beschäftigten im öffentlichen Dienst wäre es, dazu eher allgemeine Merkmale, die für alle Akademiker gleichermaßen und nicht nur im Gesundheitssektor gelten, in den Fokus der Bewertung zu nehmen.

Die Auswertung der Evaluationsbögen der Veranstaltung ergab eine recht hohe Zufriedenheit der Teilnehmer: 85% würden die Veranstaltung weiterempfehlen, 90% wünschen sich eine Fortsetzung (Zusammenfassungen der Vorträge finden Sie

unter [www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj](http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj)).

*Thomas Merz  
Mitglied des Vorstandes*

## Beitragsordnung der LPPKJP obergerichtlich bestätigt

Erstmals musste sich der Hessische Verwaltungsgerichtshof Kassel (VGH), der in Hessen die 2. Instanz der Verwaltungsgerichtsbarkeit bildet, mit der Beitragsordnung der LPPKJP auseinandersetzen. Ein Mitglied, das in erster Instanz unterlegen war, vertrat die Auffassung, dass z.B.





seine Einkünfte aus der Weiterbildung, der Supervision und als Autor nicht bei der Berechnung des Beitrags berücksichtigt werden dürfen.

Der VGH hat die Berufung gegen das erstinstanzliche Urteil nicht zugelassen. Er stellt fest, dass die gestaffelt festgesetzten Beiträge sowohl das Äquivalenzprinzip als auch den Gleichheitssatz beachten und mit der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes, des VGH und anderer deutscher Obergerichte nicht in Widerspruch stehen. Auch die Regelung der Beitragsordnung, wonach jegliche Tätigkeit, bei der die psychotherapeutischen Kenntnisse von Nutzen sind, in die Einkunftsermittlung und Beitragsordnung einfließen, sei nicht zu beanstanden. Unter Bezugnahme auf ein Urteil des Oberverwaltungsgerichtes Bremen hebt er hervor, dass nur eindeutig abgrenzbare und berufsfremde Arbeitsbereiche bei der Beitragsbemessung ausgeklammert werden können. Die Auffassung des Klägers werde dem umfassenden Berufsbild der Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht gerecht. (Beschluss des Hessischen Verwaltungsgerichtshof vom 20. Dezember 2006, Az.: 1 ZU 990/06).

## Informationsveranstaltungen zur Berufsordnung

Seit Ende 2004 verfügt die Psychotherapeutenkammer Hessen über eine Berufsordnung, die mit einem Sonderdruck des Psychotherapeutenjournals im März 2005 den Kammermitgliedern zugänglich gemacht wurde. Die Anfragen aus der Mitgliedschaft, die an die Geschäftsstelle herangetragen werden, haben häufig auch Themenstellungen zum Gegenstand, die die Berufsordnung betreffen. Wir haben deshalb beschlossen in drei regionalen Informationsveranstaltungen die Berufsordnung vorzustellen, Ihre Fragen zu beantworten und mit Ihnen die Kernpunkte einzelner Tätigkeitsfelder in Arbeitsgruppen zu diskutieren.

Die Planung und Durchführung der Veranstaltungen wird vom Ausschuss Ethik

und Berufsordnung übernommen, über die Mitglieder des Ausschusses informiert Sie der Tätigkeitsbericht 2006. Bei den Veranstaltungen werden jeweils auch Vertreter aus dem Ausschuss PTI und dem Vorstand anwesend sein. Die Veranstaltungen finden wie folgt statt:

**Kassel:** Freitag, 2. März 2007, 17.00 – 20.00 Uhr; Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Kassel, Pfannkuchstr. 1, 34121 Kassel.

**Frankfurt:** Freitag, 23. März 2007, 17.00 – 20.00 Uhr; Gewerkschaftshaus, Willi-Richter-Saal, Wilhelm-Leuschner-Straße 69 – 77, 60329 Frankfurt.

**Marburg:** Freitag, 27. April 2007, 17.00 – 20.00 Uhr, Technologie- und Tagungszentrum Marburg, Raum Pascal II, Softwarecenter 3, 35037 Marburg.

Nähere Informationen zu den Veranstaltungsorten und der Anfahrt finden Sie unter [www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj](http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj). Zur besseren Planung bitten wir um Anmeldung bei der Geschäftsstelle der Kammer.

## Aktuelle Informationen per Newsletter

Die Kammer wird ab sofort diejenigen Mitglieder, die sich für den neuen Newsletter angemeldet haben, schnell und aktuell über berufspolitische Entwicklungen per E-Mail oder per Fax informieren. Für den Newsletter können sich Mitglieder der Hessischen Landeskammer ab sofort anmelden unter [www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj](http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj) oder über die Geschäftsstelle.

## Technische Probleme mit der Internetseite

Wir bedauern es, dass die Internetadresse der Hessenseiten des Psychotherapeutenjournals aufgrund technischer Probleme um den Jahreswechsel herum für längere Zeit nicht erreichbar war. Im Zusammenhang mit einer grundsätzlichen Er-

neuerung der Internetseite der Kammer sollen diese Probleme aber bald der Vergangenheit angehören.

## Tagungsband erschienen – „Gesellschaftliche Verantwortung und Psychotherapie“

Der von der Vorbereitungsgruppe des 3. Hessischen Psychotherapeutentages herausgegebene Sammelband bietet einen annähernd vollständigen Überblick über die Vorträge und Diskussionen des 3. Hessischen Psychotherapeutentages vom September 2005: Die Beiträge und Diskussionen fragen nach dem Stellenwert des Menschen im Gesundheitswesen, dem Einfluss der Ökonomie, der Verantwortung der Psychotherapeuten in einer sich rasch wandelnden Lebenswelt. Weiterhin geht es um die Notwendigkeit von Leitlinien, um zukünftige Entwicklungen der Psychotherapie, um Prävention und gesundheitserzieherische Aufgaben. Last but not least um Fragen der Kooperation mit Ärzten – vor allem – aber nicht nur im institutionellen Kontext.

**Gesellschaftliche Verantwortung und Psychotherapie, J. Hardt et. al. (Hrsg.)** Edition psychosozial, Psychosozialverlag, 2006, ISBN 978-3-89806-554-2.

## Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren

Im September 2006 begann in Kooperation mit der LÄK die erste Fortbildungsveranstaltung zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen. Kollegen und Kolleginnen, die die Fortbildung erfolgreich abgeschlossen haben beziehungsweise schon nachweislich über die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen verfügen, können sich auf eine Gutachterliste der LÄK und der LPPKJP aufnehmen lassen.

Die Fortbildung setzt sich mit dem klinischen Bild der posttraumatischen Belas-

tungsstörung und weiteren relevanten Traumafolgestörungen sowie differenzialdiagnostischen Erwägungen auseinander. Herausgearbeitet wurden die Besonderheiten der Arbeit mit traumatisierten Menschen unter den Bedingungen gutachterlicher Diagnostik. In einem zweiten Teil wurden die Teilnehmer mit wesentlichen Aspekten des Asylrechts sowie rechtlichen Hintergründen und Bedingungen und relevanten Aspekten interkultureller Begutachtung vertraut gemacht.

Die Veranstaltung fand reges Interesse bei Ärzten wie Psychotherapeuten. Die Teilnehmer bestätigten das Konzept und zeigten sich sehr zufrieden. Insbesondere der interdisziplinäre Ansatz hatte zu einem regen und gewinnbringenden fachlichen Austausch unter den Teilnehmern geführt.

Neben weiteren Fortbildungsveranstaltungen für die Begutachtung von Erwachsenen sehen wir die Notwendigkeit für ein entsprechendes Curriculum für die Begutachtung bei Kindern und Jugendlichen.

Dr. Barbara Wolf (Ärztin) und Dr. Marianne Rauwald (PP) werden eine Interventionsgruppe für interessierte Kollegen anbieten, in der Fragen zur gutachterlichen Tätigkeit auf diesem Arbeitsfeld diskutiert und Fälle vorgestellt werden können. Die Gruppe wird demnächst ihre Arbeit aufnehmen. Interessenten wenden sich bitte an die Geschäftsstelle.

Ein zweiter Veranstaltungsdurchlauf beginnt am 28.04.07. Bitte informieren Sie sich auf der Homepage der Kammer.

## Fortbildung Akut- und Notfallpsychotherapie

Die Frage, wie wir Psychotherapeuten auf die Notfallversorgung von akut traumatisierten Menschen in Einzelfällen und bei sogenannten Großschadensereignissen vorbereitet sind, wird angesichts Naturkatastrophen, Bedrohungen aus dem inter-

nationalen Terror und der unzähligen täglichen Gewalttaten immer dringlicher. Aus der Mitgliederbefragung anlässlich der Tsunami-Katastrophe wissen wir, dass viele Kammermitglieder daran interessiert sind, nach einer fundierten Fortbildung in diesem Bereich tätig zu werden.

Am **21. April 2007** veranstaltet die Kammer daher den ersten Fortbildungstag zur **akut- und notfallpsychotherapeutischen Versorgung** in Frankfurt. Die Veranstaltung vermittelt Kenntnisse über das Tätigkeitsfeld der psychotherapeutischen Akutversorgung, die besondere Aufgabenstellung und Handlungserfordernisse auf diesem Feld. Thematisiert werden spezifische Fachkenntnisse in der notfallpsychotherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen und Kindern sowie die erforderliche Zusammenarbeit mit anderen Einsatzkräften und im Rettungswesen aktiven Organisationen.

Die Fortbildung ist mit 6 Punkten akkreditiert und kostet einschließlich Verpflegung 90,00 €. Anmeldungen sind möglich über die Geschäftsstelle.

Eine Fortführung mit praxisorientierter Vertiefung ist für den 26. und 27. Oktober 2007 geplant.

## Termine

Termine und Informationen finden Sie immer aktuell unter [www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj](http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj).

- Fortbildungstag zur akut- und notfallpsychologischen Versorgung, zertifizierte Fortbildung der Kammer, 21. April 2007 in Frankfurt (siehe auch Beitrag oben).
- Delegiertenversammlung: 1. Mai 2007, voraussichtlich SAALBAU Gutleut, Rottweiler Straße 32, 60327 Frankfurt.
- 4. Hessischer Psychotherapeutentag, 14. und 15. September 2007 in Fulda.
- Praxisorientierte Vertiefung in den Bereichen Akutversorgung und Notfallpsychotherapie, zertifizierte Fortbildung

der Kammer, 26. und 27. Oktober 2007 in Frankfurt.

- Delegiertenversammlung: 2. und 3. November 2007, voraussichtlich IB Hotel Friedberger Warte, Homburger Landstraße 4, 60389 Frankfurt. Diese DV wird mit einem inhaltlichen Thema verknüpft werden, das rechtzeitig bekannt gegeben wird.

## Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegen:

Dipl.-Psych. Gabriele Meyer, Bensheim, geb. 24.02.1946, gest. 26.10.2006.

Dipl.-Psych. Dietrich von Kries, Frankfurt, geb. 12.05.1939, gest. Januar 2007.

## Redaktion Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier

E-Mail: [ptj@psychotherapeutenkammer-hessen.de](mailto:ptj@psychotherapeutenkammer-hessen.de)

Hessenseiten des Psychotherapeutenjournals im Internet: [www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj](http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de/ptj)

## Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 3  
65187 Wiesbaden  
Tel 0611. 53168 0  
Fax 0611. 53168 29

E-Mail: [post@psychotherapeutenkammer-hessen.de](mailto:post@psychotherapeutenkammer-hessen.de)  
Internet: [www.psychotherapeutenkammer-hessen.de](http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de)

# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ende März 2007, wenn dieses Heft erscheint, werden Sie unsere Internetseiten schon in neuer Gestalt vorgefunden haben – wenn nicht, laden wir Sie ein, sich diese Seiten einmal anzuschauen. Wir hoffen, dass nicht nur wir den PKN-Internetauftritt differenzierter und deutlich besser gegliedert finden, so dass Informationen, die Sie benötigen, besser auffindbar sind. Wir haben uns auch mit dem „relaunch“ dazu entschieden, uns auf Informationen zu konzentrieren, die unser Bundesland betreffen, die unsere Aktivitäten beschreiben und/oder die wir erhoben oder veranlasst haben. Für darüber hinaus gehende Information, vor allem zu sozialrechtlichen Fragestellungen, aber auch zu gesundheitspolitischen Themen, die die Bundesebene betreffen, verweisen wir gern auf die Internetseiten der Berufsverbände und der Bundespsychotherapeutenkammer.

Neu wird auch sein, dass unsere angestellten und beamteten Mitglieder einen Newsletter bestellen können, der in wahrscheinlich unregelmäßigen zeitlichen Abständen vom Ausschuss für Angestellte/Beamte erstellt und versandt wird. Dieser Service wird neu eingerichtet und soll hoffentlich bei Erscheinen dieses Heftes ebenfalls funktionieren.

### **Integrierte Versorgung**

Ein zentrales Thema in unserer Vorstandsarbeit ist die Ausschöpfung der Möglichkeiten, die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz verbunden sind, dabei steht die Integrierte Versorgung im Vordergrund. Der Vorstand – insbesondere Werner Köthke – wirkt aktiv an der Initiierung und Gestaltung von IV-Verträgen mit, weil wir davon ausgehen, dass mit diesen Verträgen die Stellung der PP und KJP im Gesundheitssystem, ebenso

wie die Versorgung der Patienten deutlich verbessert wird. Eine ausführlichere Übersicht gibt der unten stehende Artikel, dem Sie auch entnehmen können, wie Sie in solche Verträge „einsteigen“ können.

### **Bachelor – Master und die Ausbildung zu PP**

Die sogen. „BaMa-Kommission“, die unter der Federführung der PKN einen Rahmen zu erarbeiten hatte, welche Inhalte und Kompetenzen in Master-Studiengängen Psychologie als Voraussetzung für die Aufnahme einer PP-Ausbildung vermittelt worden sein sollten, hat diese Aufgabe erfolgreich absolviert. Die Ergebnisse der Arbeit werden jetzt vom Vorstand der BPTK in Verhandlungen mit der Deutschen Gesellschaft für Psychologie und dem Akkreditierungsrat (der wiederum die Akkreditierungsagenturen akkreditiert) eingebracht. Wir hoffen damit dazu beitragen zu können, dass Master-Absolventen in Psychologie mit einem klinischen Schwerpunkt hinreichende und über die Universitäten vergleichbare Voraussetzungen in die Ausbildung mitbringen werden.

### **Master für die Ausbildung zum KJP?**

Wie bereits mehrfach berichtet, ist es (noch) nicht gelungen, auch für die KJP-Ausbildung einen Masterstudiengang festzuschreiben. Aufgrund früherer ministerieller Beschlüsse soll der Bachelor-Abschluss genügen. Auf allen Ebenen wurde und wird noch versucht, die Gleichwertigkeit mit der Ausbildung zum PP herzustellen, was ohne Änderung des Psychotherapeutengesetzes nicht gelingen kann. Bemühungen von FHS, eine in einen Masterstudiengang integrierte Ausbildung zum KJP anzubieten, bewertet der Vorstand kritisch, weil damit das Ziel gleichwertiger Ausbildungsvoraussetzungen und damit auch gleicher Anerkennung der beiden

Berufe (u.a. auch in der Tarifgestaltung bei angestellter Tätigkeit) unterlaufen wird.

### **Palliativ-Kommission**

Immer breiteren Raum in der gesundheitspolitischen Diskussion in Niedersachsen nimmt die Palliativ-Versorgung ein, also die Versorgung der zum Tode erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen. Wir hatten schon vor einiger Zeit berichtet, dass wir Frau Prof. Heinrichs (TU Braunschweig) als Palliativ-Beauftragte der PKN gewinnen konnten, die bereits dazu beigetragen hat, dass PP und KJP in Niedersachsen in diesem Bereich immer mehr Berücksichtigung und Anerkennung finden (vgl. den Bericht von Prof. Heinrichs zu „Psychotherapeuten in der Palliativversorgung“ im PTJ, Heft 3/05). Wir haben jetzt der Bedeutung des Themas entsprechend eine Palliativ-Kommission der PKN ins Leben gerufen, der neben Prof. Heinrichs angehören: Margitta Kruse (PP, Medizinische Hochschule Hannover), Birgit Licht (PP, Medizinische Hochschule Hannover), sowie Bernhard Kleining (psychotherapeutische Praxis, Osnabrück). Die Palliativ-Kommission ist integriert in die Erarbeitung eines speziellen Palliativ-IV-Vertrags, den die KKH Hannover zusammen mit Leistungserbringern derzeit erarbeitet. Wir werden an dieser Stelle und auf unseren Internetseiten über die Aktivitäten dieser Kommission weiter berichten.

### **Ein Stück norddeutscher Kooperation**

Manche unserer Mitglieder wünschen sich weit mehr Kooperation zwischen den norddeutschen Landeskammern, und auch wir können uns neben Psych-Info, dem gemeinsamen Psychotherapeuten-suchdienst der Kammern Bremen, Ham-

burg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein, und dem PVW, in dem neben Niedersachsen auch die Länder HB, HH, Hessen und Rheinland-Pfalz vertreten sind, weitere Felder vorstellen, in denen eine Zusammenarbeit möglich wäre. Nun ist ein kleiner weiterer Schritt in Richtung auf mehr Kooperation getan: Die Landeskammern Bremen und Niedersachsen haben eine gemeinsame Akkreditierungsstelle (zur Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen) gegründet, die ihren Sitz in Hannover haben wird. Die Installierung solcher Länder übergreifenden Einrichtungen erfordert immer einige Abstimmungen der beteiligten Behörden, die aber nun abgeschlossen sind.

### Veranstaltungen der PKN

Nicht zuletzt der Erfolg des 1. Niedersächsischen Psychotherapeutentags zum Thema „Ethik, Recht und Psychothera-

pie“ im Oktober vergangenen Jahres hat uns angeregt, weitere Veranstaltungen ins Auge zu fassen.

Die niedersächsischen Psychotherapeutentage mit ihrem recht großen Rahmen sollen in zweijährigem Rhythmus stattfinden – das bedeutet, dass wir den 2. Psychotherapeutentag für Herbst 2008 planen. Veranstaltungsort wird Osnabrück sein. Das Thema ist noch nicht endgültig formuliert, wir haben uns im Vorstand aber bereits darauf verständigt, dass es um die psychische Entwicklung in der Kindheit, deren Auswirkungen im Jugend- und Erwachsenenalter und deren Bedeutung für die psychotherapeutische Arbeit gehen soll.

Noch in diesem Jahr – möglicherweise noch vor den Sommerferien – soll, wie letztes Jahr in Bremen, ein Angestelltentag stattfinden, der die aktuellen Themen un-

serer angestellten und beamteten Mitglieder aufgreift. Tagungsort wird diesmal Hannover sein. Sobald Termin und Themen feststehen, werden wir Sie über unsere Internetseiten – und über den „Newsletter“ – unmittelbar informieren.

Bei Erscheinen dieses Hefts wird eine Forensik-Tagung für in diesem Bereich tätige Experten, die die PKN zusammen mit der Psychiatrie-Akademie Königslutter geplant und vorbereitet hat, schon stattgefunden haben. Diese Veranstaltung ist so kurzfristig zustande gekommen, dass wir lediglich über unsere Homepage und durch direktes Anschreiben unsere Forensik-Fachkräfte informieren konnten. Wir hoffen dennoch alle unsere Mitglieder, die an diesen Themen interessiert sind, erreicht zu haben.

Ihr PKN-Vorstand

## Argumente und Informationen zum Thema „Integrierte Versorgung“

Integrierte Versorgung (IV) nach § 140 a-d SGB V ist für viele unserer Mitglieder immer noch ein Buch mit sieben Siegeln.

Kritiker eines Selektivvertragssystems, um ein solches handelt es sich bei IV-Verträgen, sehen das Kollektivvertragssystem gefährdet. Sie argumentieren, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als Gesamtvertragspartner aller in einer Region tätigen Krankenkassen über das Kollektivvertragssystem eine bezüglich der Verfügbarkeit und Qualität gleichmäßige Versorgung garantieren. Sie sehen die Versorgung der Patienten unter wirtschaftlichen und Qualitätsgesichtspunkten über Kollektivverträge bereits heute als ausreichend zielorientiert gesteuert. Sie unterstreichen, dass die KVen gemeinsam mit den Kassen ein ausgesprochen effizientes Verfahren zur Sicherstellung von Wirtschaftlichkeit und Qualitätsbewertung entwickelt hätten, das mit akzeptablen Verwaltungskosten sich nur in einem Kollektivvertragssystem realisieren lasse.

Befürworter eines Selektivvertragssystems führen demgegenüber die Vorteile dieser Versorgungsstruktur ins Feld:

1. Optimierung von Versorgungsabläufen und dadurch Reduzierung von Kosten durch intensiviertere Abstimmung zwischen den Versorgungssektoren (ambulant und stationär). Folge: Erkennbarer Mehrwert gegenüber der konventionellen Versorgung; Überlegenheit in psychotherapeutischen, betriebswirtschaftlichen und Serviceaspekten.

2. Steigerung der Wirtschaftlichkeit, nicht additiv, sondern substitutiv, konkret z.B. durch Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte, Verkürzung von Verweildauern im Krankenhaus, Vermeidung von Doppeluntersuchungen, etc.

3. Verbesserung der Qualität der Versorgung durch Vereinbarungen mit ausgewählten und besonders qualifizierten Leistungsanbietern, durch intensiviertere Information und Beratung der Patienten.

4. Messbare Qualitätsanforderungen an die *Strukturqualität*, z.B. über spezielle Qualifikationsanforderungen und Fortbildungsnachweise der Leistungserbringer, an die *Prozessqualität*, z.B. über die Bindung an

Regelungen, die eine verbesserte, patientenzentrierte, strukturierte und systematische Abstimmung und Koordination der Versorgung zwischen allen beteiligten Behandlern zum Gegenstand haben sowie an die *Ergebnisqualität*, z.B. über Vorgaben, dass nach einem bestimmten Zeitraum für einen definierten Anteil aller Versicherten mit einer bestimmten Erkrankung bestimmte Zielwerte erreicht sein sollen (Evaluation).

5. Höhere Patientenzufriedenheit durch nähere Patientenbetreuung, intensiviertere Information und Beratung (Psychoedukation), Verbesserung der Servicequalität, Früherkennung und Frühintervention.

Im Hinblick auf die Vorteile eines Selektivvertragssystems initiiert bzw. unterstützt der Vorstand der PKN diverse IV-Verträge unterschiedlicher Ausprägung:

1) Da sind zunächst Verträge zwischen der **DAK** und den psychosomatischen Reha-Kliniken Roswitha-Klinik **Bad Gandersheim**, Diana-Klinik **Bad Bevensen** und Psychosomatische Fachklinik **Bad Pyrmont**. Im

Rahmen dieser Verträge können Versicherte der DAK in einem Zeitraum von maximal zehn Tagen in eine der drei Kliniken eingewiesen werden, ohne langwieriges Antragsverfahren über die Deutsche Rentenversicherung (DRV, früher BfA) und ohne lange Wartezeit.

Nähere Informationen zu diesen Verträgen, auch Informationen darüber, wie Sie Vertragspartner werden können, finden Sie auf unseren **Internetseiten**.

II) Da ist zweitens ein Vertrag über ein integriertes Versorgungsmodell zur „Opti-

mierten Palliativversorgung in Hannover“ zwischen der Kaufmännischen Krankenkasse Halle (KKH), dem Palliativstützpunkt Hannover sowie kooperierenden Leistungserbringern in Arbeit, an dem die PKN, vertreten durch ihre Palliativkommission, intensiv mitgestaltet. Der Vertrag wird voraussichtlich im Frühling 2007 inkrafttreten.

III) Da wird drittens ein IV-Vertrag „Optimierung der Depressionsbehandlung bei über 50-jährigen Patienten“ in Kooperation mit einer großen Krankenkasse entwickelt. Im Unterschied zum Hausarztmodell (Hausarzt als Lotse) nimmt hier der Psy-

chotherapeut die Rolle des gate-keepers ein und kann – wie im Vertrag mit Bad Gandersheim – Patienten direkt stationär einweisen.

IV) Und da ist viertens ein IV-Vertrag über die „Früherkennung- und Frühbehandlung psychotisch erkrankter Jugendlicher und junger Erwachsener“ auf Kiel gelegt.

Allen Verträgen ist gemeinsam, dass sie wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Und sie sollen das Kollektivvertragssystem nicht ersetzen, sondern ergänzen.

*Werner Köthke*

## Zur Situation der Schuleingangsuntersuchungen in Niedersachsen – ein Gespräch

Das nachfolgende Interview wurde von B. Reiffen-Züger und Prof. Dr. H.-J. Schwartz vom Vorstand der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen mit Frau Dr. med. Langenbruch geführt.

**Frau Dr. Langenbruch, Sie sind die für die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste zuständige Sprecherin im Landesverband Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Sie bemühen sich schon seit längerer Zeit um eine Verbesserung der Schuleingangsuntersuchung in Niedersachsen.**

Zum 1.1.2007 ist das neue Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Niedersachsen in Kraft getreten. Das ist das NGöGD, und dort ist im § 5 geregelt, dass alle Kinder rechtzeitig vor Schulbeginn ärztlich auf ihre Schulfähigkeit untersucht werden sollen.

Mit dieser Festschreibung wurde zumindest ein Schwerpunkt unserer Tätigkeiten gesetzlich abgesichert. Die Verantwortung für die Durchführung und die Qualität der Schuleingangsuntersuchung bleibt allerdings bei den Kommunen.

Aus meiner Sicht ist das insgesamt natürlich in keiner Weise hinreichend, weil wirklich sehr selektiv nur auf die Untersuchung zum Schulbeginn geachtet wurde und der Begriff der Schulfähigkeit für uns zwiespältig bleibt.

In den Bundesländern sind die gesetzlichen Grundlagen sehr verschieden. Nur in zwei Bundesländern gibt es noch spärlichere Grundlagen: Das sind Bayern, wo nach meinem Kenntnisstand keine flächendeckenden Schuleingangsuntersuchungen mehr stattfinden und Baden-Württemberg, wo man gerade dabei ist, ein aus unserer Sicht sehr fragwürdiges selektives System auszuprobieren.

In den neuen Bundesländern gibt es noch eine ganz andere Tradition. Dort finden regelmäßig Kindergartenuntersuchungen statt, die Kinder im Grundschulalter werden mindestens zweimal gesehen und auch die höheren Klassen werden noch mal untersucht.

In Hamburg ist jetzt aktuell nicht nur die verpflichtende Schuleingangsuntersuchung wieder eingeführt worden, nachdem sie zuvor abgeschafft worden war, sondern es ist auch eine Voruntersuchung beim öffentlichen KJGD eingeschaltet worden. Wenn ein Kind nicht beim niedergelassenen Kollegen in der Praxis war, muss es zum Gesundheitsamt kommen. Diese Voruntersuchung findet schon anderthalb Jahre vor der Einschulung statt.

Im europäischen Ausland sind es, soweit ich das überblicken kann, vor allem die skandinavischen Länder, die Beneluxstaaten, und auch einige Balkanstaaten wie Slowenien und Kroatien, die ein gut ge-

wachsenes und erhaltenes öffentliches Gesundheitssystem haben. Die Niederländer z.B. sehen alle Kinder zwischen 0 und 4 Jahren siebzehn Mal, wobei die Möglichkeit besteht, das Kind noch drei Mal zum gleichen Thema wieder einzubestellen. Es handelt sich um ein staatliches Gesundheitssystem, das auf Stiftungen basiert. Im Anschluss an dieses Kleinkinderstiftungssystem kommt dann der Schulärztliche Dienst, der das Präventionsprogramm weiterführt. In Finnland und England gibt es etwas Ähnliches auch für die Universität. Das heißt „school and university health care“ und gehört in Finnland mit zur Selbstverwaltung der Studenten.

Ich finde es wichtig, die Erfahrungen aus anderen Ländern in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, da dort die systematische Prävention viel stärkere Berücksichtigung findet. Es gibt auch internationale Projekte wie zum Beispiel das Adipositas-Präventionsprojekt, das Belgien mit Kroatien im Rahmen der EU-Erweiterung vereinbart hat.

**Welche Wünsche lässt das neue NÖGD offen?**

Es ist weder berücksichtigt worden, dass eigentlich die Kinder von Anfang an eine systematische Begleitung brauchen, noch dass in jeder Phase, in der ein Wechsel ansteht, eine intensive Begleitung notwen-

dig ist. Also z.B. bei der Aufnahme in den Kindergarten oder die Kindertagesstätte, bei Schulbeginn, beim Klassen- oder Schulwechsel, besonders beim Wechsel in eine sonderpädagogische Einrichtung, beim Übergang in die weiterführende Schule und ganz besonders auch beim Schulabschluss und Übergang in das Berufsleben. Überall da sollte intensiv beraten werden, um Fehlentscheidungen zu verhindern.

Ich selbst kenne die schulärztliche Tätigkeit seit 1995. Als ich angefangen habe, wurden alle Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 16 Jahren von uns bis zu viermal gesehen.

Ein Grundsatzproblem war seinerzeit, dass die Untersuchung nur unter dem individuellen Aspekt geschah. Es sind keine Gesundheitsberichte verfasst worden, und es wurde nicht ausreichend darauf geachtet, ob die Befunde zu Konsequenzen, etwa auch im pädagogischen Bereich, geführt haben. Strukturell wurden die Daten gar nicht ausgewertet. Die mangelnde Umsetzung der Ergebnisse aus den Untersuchungen, sowohl unter dem individuellen als auch dem strukturellen Aspekt, das ist ein Problem, das wir heutzutage in vielen Bereichen noch haben, obwohl auf kommunaler Ebene das Interesse an unseren Daten sehr gestiegen ist.

### Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Schulen?

Wir als Kinderärzte im öffentlichen Dienst würden uns wünschen, dass die Ergebnisse aus der SEU bei der Ermittlung der individuellen Lernausgangslage der Schüler mehr beachtet würden. Wir sind zurzeit noch zu sehr abhängig von der Kooperationsbereitschaft des Schulleiters und der Offenheit und dem Engagement der Lehrkräfte. Hier sollte das Niedersächsische Schulgesetz nicht nur die Zusammenarbeit zwischen Kindertagesstätte und Schule, sondern auch mit den Sozialpädiatern aus dem öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst einfordern. Die Kindergemeinschaftseinrichtungen und insbesondere die Schulen sind die Orte, an denen nachgehende Gesundheitsförderung und Gesundheitsmaßnahmen statt-

finden sollten. Hier wäre eine deutliche Intensivierung der Kooperation der Fachleute aus dem Gesundheitsbereich mit den Pädagogen sinnvoll und erforderlich. Die Folgen treffen, wenn an dieser Stelle nicht ausreichend investiert wird, die öffentliche Hand insgesamt, sowohl die Kommunen, das Land Niedersachsen und letztlich auch den Bund in erheblichem Umfang.

### Die Unterschiede bei der SEU sind ja von Bundesland zu Bundesland sehr groß, und ich glaube auch von Kommune zu Kommune. Wie wird die SEU bei Ihnen gehandhabt?

In Niedersachsen nehmen nahezu alle Kommunen mit ganz wenigen Ausnahmen an einem standardisierten Untersuchungsprogramm teil. Das ist im alten Regierungsbezirk Weser-Ems das so genannte Weser-Ems-Modell; in den drei anderen Regierungsbezirken ist das SOPHIA (Sozialpädiatrisches Programm Hannover, Jugendärztliche Aufgaben). Es wurde seinerzeit von der Medizinischen Hochschule Hannover und dem Gesundheitsamt der Stadt Hannover entwickelt. Etwa 30 Kommunen nehmen z.Z. daran teil. Im SOPHIA-Verbund untersuchen wir etwa 50.000 Schulanfänger pro Jahr nach den überall gleichen Vorgaben. Die Ergebnisse werden anonymisiert gespeichert, dann zunächst vor Ort ausgewertet und schließlich überregional verglichen. Dadurch kann jede Kommune nicht nur individuell, sondern auch strukturell reagieren. Besondere Häufungen bestimmter Störungen können so ggf. lokal zugeordnet werden.

Es gibt darüber hinaus ganz aktuell eine Arbeitsgruppe beim Landesgesundheitsamt, die Empfehlungen für gemeinsame Untersuchungsstandards für das ganze Land entwickeln soll. Die können allerdings nicht verbindlich vorgeschrieben werden. Nach wie vor entscheiden also die Kommunen selber über Inhalt und Art der SEU.

### Wie wird bei der SEU die psychische Gesundheit der Kinder erfasst?

Das ist ein schwieriges Problem. Wir nutzen natürlich die direkten Beobachtungs-

möglichkeiten in der Untersuchungssituation und sehr viele indirekte Informationen im weitesten Sinne, die wir über die Eltern, die Erzieherinnen usw. erhalten. Wir haben uns im Rahmen eines Pilotprojektes mit einem standardisierten Elternfragebogen auseinandergesetzt. Das ist der so genannte SDQ, der sicherlich ein ganz gut einsetzbares Instrument ist. Das setzen wir zum Beispiel in Hildesheim jetzt seit 6 Jahren ein, aber das ist im SOPHIA-System nicht für alle vorgeschrieben. Es gibt übrigens auch im Bereich Weser-Ems Gesundheitsämter, die dieses Instrument benutzen. Der Fragebogen kann unter dem individuellen Aspekt ausgewertet werden also unter der Fragestellung, ob Beratungs- und/oder Behandlungsbedarf beim Kind oder bei den Eltern besteht. Aber man kann auch schauen, ob sich die psychischen Auffälligkeiten in dieser Region über die Jahre verändern. So können dann auch strukturell nutzbare Daten gewonnen werden.

Bei uns wird der SDQ an alle Eltern verteilt. Er liegt in mehreren Sprachen vor. Die Akzeptanz bei den Eltern ist sehr gut. Die Verlässlichkeit dieses durch die Eltern ausgefüllten Instruments ist natürlich immer mit Vorsicht zu betrachten, besonders wenn es in einer Situation ausgefüllt wird, in der es um die Frage der Schuleignung geht.

### Die Bella-Studie, die die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) des Robert Koch-Instituts ergänzt, hat ergeben, dass 20 bzw. 22% der Kinder psychische Auffälligkeiten zeigen. Welche Auffälligkeiten sind das? Können Sie die Ergebnisse bestätigen?

Als vollständige Kohorte kann ich nur den Altersausschnitt der 5-6-Jährigen beurteilen. Die Aussage hat mich eigentlich nicht überrascht, wobei der Begriff der „Auffälligkeit“ recht unscharf ist. Es sind Zahlen, die wir aus anderen Untersuchungen und aus eigener Anschauung schon kennen. Wir sehen allerdings die jüngeren und die älteren Kinder nicht. Wir wissen aber, dass in dem Altersausschnitt, den wir sehen, vor allem die Probleme im Bereich der Strukturierung, Selbstorganisation und

Aufmerksamkeit liegen und manchmal auch ganz deutlich emotionale Schwierigkeiten zu erkennen sind. Häufig werden soziale Orientierungsprobleme deutlich. Im Prinzip hat mich also die Zahl nicht überrascht. Was ansteht, ist, dass Konsequenzen daraus gezogen werden. Man müsste also fragen: „Was tun?“, „Wo?“ und vor allem: „Mit wem zusammen?“

### Und was tun Sie?

Wir versuchen jedes einzelne Kind und die Eltern so zu beraten, dass wir vermeidbare Probleme tatsächlich vermeiden und wir machen die Schule aufmerksam, natürlich im Einverständnis mit den Eltern. Den Eltern wird ggf. der Besuch einer Beratungsstelle oder eines Psychotherapeuten empfohlen. Das können wir natürlich nicht verordnen, wir können es nur empfehlen. Wir versuchen mit allen Helfern ein Hilfe-Netz zu stricken, das hoffentlich eng genug wird. So gibt es zum Beispiel bei uns in Hildesheim jedes Quartal eine gemeinsame Sitzung mit den niedergelassenen Kinderärzten. Wir laden Mitarbeiter der Jugendhilfeabteilungen dazu oder die Schulleiter. So bemühen wir uns, die Kompetenz zur Erkennung von Gewalt in Familien zu erhöhen und Hilfestellung für Notfälle bekannt zu machen. Bei den Hauptschulleitern geht es aktuell in unserer Region z.B. um das Thema Schulabstanz und die oft problematischen Krankschreibungen durch den niedergelassenen Arzt. Dort werden wir beratend hinzugezogen.

Es gibt natürlich auch strukturelle Schwierigkeiten, denen wir begegnen müssen. So ist das Misstrauen den Mitarbeiterinnen des Jugendamtes gegenüber bekannt.

Aber auch die aus wirtschaftlichen Gründen oftmals unzureichende Ausstattung der Gesundheitsämter und der Jugendhilfebereiche in den Kommunen ist ein drängendes Problem, vor allem wenn die Aufgaben komplexer werden und die Fallzahlen steigen. Das ist dann nur so lange kein Thema, bis irgendwo wieder etwas schief geht. Dann ist plötzlich alles anders. Dann geht wieder viel mehr.

**Wir als Psychotherapeutenkammer stellen uns auch die Frage, was wir tun**

**können. Einmal im Bereich der Prävention und natürlich auch in Bezug auf die Behandlung.**

Ich wünsche mir, dass die Erkenntnis sich allgemein durchsetzt, dass wir alle ein gemeinsames Thema bearbeiten und ein gemeinsames Anliegen haben. Wenn das isolierte Arbeiten aufgelöst wird, könnten wir gemeinsam erfolgreich sein.

Zur Frage, was die Psychotherapeuten im Bereich der Prävention und der SEU tun könnten, denke ich, dass es wichtig ist, sich erstmal bekannter zu machen, auch bei den schulärztlichen Kollegen. Die von Ihnen zugesagte Unterstützung bei der Entwicklung der Untersuchungs- und Beratungsstandards für die „psychische Kindergesundheit“ nehmen wir sehr gerne an!

Weiter könnten Sie vor Ort Fortbildungen für Erzieherinnen anbieten und bei den Elternabenden mitarbeiten. Solche Angebote sind sehr wertvolle Instrumente zur Qualitätssteigerung im System und treffen in aller Regel auf großes Interesse.

Wichtig wäre es auch, in eiligen Fällen Soforttermine zur Verfügung zu stellen und vielleicht eine offene Sprechstunde ohne vorherige Terminabsprache anzubieten. Lange Wartezeiten sind für viele Familien fatal.

Außerdem scheint es wichtig, gemeinsam politischen Rückenwind zu erzeugen. Man muss offensiv immer wieder sagen, dass es nicht angehen kann, dass sich in unserem Land die zuständigen Fachleute mit ihren jeweiligen Ressourcen bekriegen, statt zusammen zu arbeiten. Den Verantwortlichen muss noch deutlicher klar gemacht werden, was sie an Kosten jetzt schon tragen, was davon aber verpufft, wenn die Hilfen nicht koordiniert werden und falsch oder zu spät kommen.

Es muss deutlich gemacht werden, dass kurzfristige Einsparungen langfristig sehr teuer werden können.

**Sie haben in Ihrer Region ein spezielles Präventions-Projekt initiiert. Können Sie uns darüber berichten?**

Das Projekt PiAF (Prävention in Alfeld und Freden) ist eine sehr lebhaft und hoffnungsvolle Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendgesundheitsdienst mit den Kindertageseinrichtungen in dieser Region.

Es ist ein schönes Beispiel dafür, dass man wirklich auf der erarbeiteten Datenbasis gezielt eine Präventionsmaßnahme einleiten kann. Wir sind alle sehr gespannt das Ergebnis zu sehen. Das Projekt ist für 4 Jahre ausgeschrieben und wird vom Landkreis Hildesheim mit Unterstützung des Sozialministeriums finanziert.

Die Hauptziele sind die aufsuchende systematische Hilfe, eine interdisziplinäre Kooperation und der gezielte Einsatz auf breiter Datenbasis mit ebenfalls kontrolliertem Ausgang.

Das konkrete Vorgehen sieht so aus: Es gibt zunächst ein Gespräch in der Einrichtung, in dem geklärt wird, ob und welche Strukturprobleme vorliegen. Dann sind die Erzieherinnen aufgefordert die Kinder nach einem standardisierten Verfahren zu beobachten. Danach führen wir die eigentlichen Untersuchungen der Kinder im Beisein der Erzieherin und der Eltern durch. Danach finden die auf die gesammelten Ergebnisse aufbauenden individuellen Beratungen der Eltern statt.

Wir haben das Projekt für 200 Kinder pro Jahr bemessen. Wir werden jetzt in dieser Region die Kinder untersuchen, die 2009 schulpflichtig werden. Die Schuleingangsuntersuchung wird die zweite Untersuchung für diese Kinder sein.

Wir schätzen, das für etwa 5% der Kinder Fallkonferenzen erforderlich werden; für jede Einrichtung findet mindestens ein Elternabend statt sowie drei bis viermal Schulungen für die Erzieherinnen usw. Vor allem in diesem Zusammenhang werden Kollegen aus dem Jugendhilfebereich einen wesentlichen Teil der Aufgaben übernehmen, aber auch in der Beratungssituation mischen sich die Zuständigkeiten.

In der Region, um die es geht, entsteht gerade ein Projekt mit Familienhebammen. Mit ihnen wollen wir natürlich wie mit al-

len anderen Fachkräften und Institutionen gut zusammenarbeiten. Das gilt auch und vor allem in Hinblick auf den vermutlich wichtigsten Teil des Projektes: die Elternarbeit.

Wir haben übrigens für unsere Kommunen ganz konkret die Kosten für unser gesamtes interdisziplinäres Kindergartenpräventionsprojekt beziffert. Es kostet für vier Jahre insgesamt etwa soviel wie anderthalb bis zwei stationäre Jugendhilfemaßnahmen pro Jahr kosten – ein solcher Platz ist mit bis zu 45.000 Euro jährlich zu veranschlagen.

### **Es gehen ja nicht alle Kinder eines Jahrganges in den Kindergarten. Wie erreichen Sie die?**

Wir werden uns bemühen alle Kinder dieses Jahrgangs einzubeziehen. Von den Schulanfängern sind bei uns nur 5% nicht im Kindergarten. Wir werden alle einladen. Sollte auf die schriftliche Einladung keine Antwort von den Eltern kommen, wird

unser Jugendhilfe-Team den Kontakt herstellen und den Eltern persönlich ein Angebot machen. Grundsätzlich ist natürlich die Teilnahme freiwillig. Wir hoffen aber, dass möglichst viele Eltern diese große Chance für ihr Kind nutzen werden.

### **Müsste man nicht versuchen, auch anderen Kommunen Argumentationshilfe zu geben, damit solche Modelle nicht nur Modelle sind, sondern die Regel werden? Denn sie sind ja erstmal nur beschränkt auf die Regionen, in denen Einzelne aktiv sind.**

Jede Kommune, das Land Niedersachsen, und auch die Krankenkassen müssten ein Interesse an dieser Art der Prävention haben. Es ist nachgewiesen, dass auch der ökonomische Benefit mehr bei den vermeintlichen „Gebern“, nämlich der öffentlichen Hand liegt, als bei den vermeintlichen Nutznießern. Man müsste ortsnahe öffentliche interdisziplinäre Einrichtungen schaffen mit sozialpädagogischem Know-how und mit psychologischen und kinder-

ärztlichen Fachleuten. Von dort kann, wenn erforderlich, zu den niedergelassenen Fachärzten, Psychotherapeuten und anderen Hilfeinrichtungen überwiesen werden, ähnlich wie das in den Niederlanden oder auch in Kroatien funktioniert. Wir müssen es schaffen, zumindest für die Familien, die von unserem System der „Komm-Strukturen“ überfordert sind und eben die Angebote der privatwirtschaftlich orientierten Praxen nicht abfragen, ein System von aufsuchenden, niedrigschwelligen und gleichzeitig fachkompetenten Hilfen bereitzustellen. Solch ein System spart letztlich Kosten. Bei uns allerdings müssen Kinder aus diesen Familien sozusagen erst richtig krank sein oder gar deutlicher Vernachlässigung oder gar Misshandlung ausgesetzt sein, damit überhaupt etwas passiert.

Dann stehen wir betroffen da und fragen uns, wie wir das hätten verhindern können.

**Frau Dr. Langenbruch, wir bedanken uns für das Gespräch.**

## **Bekanntmachung des Niedersächsischen Zweckverbandes zur Approbationserteilung (NiZZA)**

1. § 9 der Verbandsordnung erhält folgende Fassung:

### **§ 9 Aufgabenerfüllung für einzelne Verbandsmitglieder**

Der Zweckverband erfüllt als weitere Aufgaben nach Weisung für die Ärztekammer Niedersachsen und die Zahnärztekammer die Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs bei Ärzten, Zahnärzten und in Krankenhäusern nach dem Betäubungsmittelgesetz und den auf seiner Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen sowie für die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen die Anerkennung von Einrichtungen als Ausbildungsstätten für Psychotherapie oder als Ausbildungsstätten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Außerdem nimmt der Zweckverband als weitere Aufgaben nach Weisung für die Ärztekammer Niedersachsen die Erteilung von Genehmigungen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a Abs. 2 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs, die Überwa-

chung der Einhaltung des Berufsbezeichnungsgebots nach § 14 Abs. 4 Satz 1 der Bundesärzteordnung sowie die Befugnis, eine Untersagung nach § 218b Abs. 2 des Strafgesetzbuchs auszusprechen, wahr. Jedes Verbandsmitglied kann weitere Aufgaben nach Weisung mit einer Frist von sechs Monaten zum Kalendervierteljahr auf den Zweckverband zur Aufgabenerfüllung übertragen.

2. Die Änderung der Verbandsordnung tritt zum 01.04.2007 in Kraft.

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit hat mit Schreiben vom 11.12.2006 (Az. 405.12 – 41940) die aufsichtsbehördliche Genehmigung erteilt.

Hannover, den 12.12.2006

*Dr. Michael Sereny*  
– Stellvertretender Vorsitzender der  
Verbandsversammlung –

### **Geschäftsstelle**

Roscherstr. 12  
30161 Hannover  
Tel.: 0511/850304-30  
Fax: 0511/850304-44  
Sprechzeiten allgemein:  
Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr  
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr  
Sprechzeiten für Fragen zur  
Akkreditierung:  
Mi. + Do. 09:00 – 11:30 Uhr  
Mail-Anschrift: info@pk-nds.de  
Mail-Anschrift für Fragen zur  
Akkreditierung: Akkreditierung@pk-nds.de  
Internet: www.pk-nds.de





# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

## 18. Kammerversammlung am 16.12.2006



*Delegierte der Kammerversammlung*

Der Bericht des Vorstands gab Einblick in die enorme Zahl gesetzlicher und gesundheitspolitischer Aktivitäten der PTK NRW im Jahr 2006.

Die PTK NRW nahm zu fünf Gesetzentwürfen Stellung, darunter

- die Gesundheitsreform („GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“), das auf einhelligen Protest von Psychotherapeuten, Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen stieß und
- das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das am 1. Januar 2007 in Kraft tritt und den Wettbewerb im ambulanten Bereich verschärfen wird (Bedarfsplanung, Medizinische Versorgungszentren, Anstellung von Ärzten, Teilerlaubnis).

Sie setzte sich nachdrücklich ein für

- die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) lehnte dies am 22. November 2006 ab – mit katastrophalen Auswirkungen für die betroffenen Kolleginnen und Kollegen.

Sie trieb insgesamt acht Schwerpunktthemen voran, darunter

- Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen,
- besserer Schutz gegen Kindesmissbrauch und -vernachlässigung,
- festere Verankerung der Psychotherapie in Jugendhilfe und öffentlichem Gesundheitsdienst.
- Prävention von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen: Erstellen eines eigenen Patientenflyers. Ausarbeiten des Projekts „Lars und Lisa“ für das Bündnis Depression in Düsseldorf.

Die PTK NRW verhinderte Kürzungen in der Erziehungsberatung und wehrte sich nachdrücklich gegen eine staatliche Erziehungspolizei („Vorsorge ohne Fürsorge“). Sie erreichte, dass die öffentliche Diskussion sich differenzierter mit sozialen Frühwarnsystemen auseinandersetzte und deutlich wurde, dass Pflichtuntersuchungen allein nicht ausreichen, um Kinder besser zu schützen, insbesondere wenn Städte und Kommunen gleichzeitig in der Erziehungsberatung sparen. Alternativ präsentierte die PTK gemeinsam mit dem nordrhein-westfälischen Richterbund und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte die „Modellregion Erziehung“ am 20. November 2006 in Recklinghausen, in dem flächendeckend sozial gefährdeten Familien psychotherapeutische Trainingsprogramme (Triple-P, PEP, EF-EKT) angeboten werden.

Sie konzentrierte Vorstands- und Gremienarbeit und klärte offene Fragen:

- der Weiterbildungsordnung,
- der Qualifikation von Sachverständigen im Asylrecht,
- der Anforderung an Sachverständige im Strafrecht.

Nicht zuletzt intensivierte die PTK NRW die Öffentlichkeitsarbeit (PTK-Newsletter, Mailings und Patientenflyer) sowie den Mitgliederservice (insgesamt 1.500 Anfragen), entwickelte einen elektronischen Fortbildungsverteiler und vertrat die Interessen der Psychotherapeuten beim bundesweiten Mammutprojekt „Elektronische Gesundheitskarte“, das sich in NRW in der Testphase befindet. In der Testregion Bochum ist in Stufe der 100.000er Test voraussichtlich eine PP-Praxis beteiligt.

### **Gesundheitsreform**

Im Bericht des Vorstandes konzentrierte sich Präsidentin Monika Konitzer auf „das prägende Thema“ des Jahres: die aktuelle Gesundheitsreform. Das Gesetz (600 Seiten) erwies sich „als ein Ressourcenfresser ersten Ranges“, das intensive Vorstands- und Lobbyarbeit verlangte.

Die PTK NRW stimmte ihre Aktivitäten mit der Arbeit der BPTK in Berlin ab. Alle nordrhein-westfälischen Bundestagsabgeordneten sowie das NRW-Gesundheitsministerium erhielten Stellungnahmen zum Referenten- wie Kabinettsentwurf. Die Kammer erläuterte ihre Positionen in persönlichen Gesprächen mit Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann und in einem weiteren Gespräch mit Staatssekretär Prof. Stefan F. Winter. Vorschläge der PTK NRW fanden sich daraufhin in den Anträgen der NRW-Landesregierung im Bundesrat wieder. Die Kammer koordinierte ihre Initiativen erfolgreich mit den Landespsychotherapeutenkammern der unionsregierten Länder, so dass auf allen politischen Ebenen mit gleichlautenden Stellungnahmen gearbeitet werden konnte. Der Bundesrat übernahm die gesundheitspolitischen Forderungen der unionsregierten Länder. Wichtige Forderungen der Psycho-

therapeuten stünden damit jetzt im Gesundheitsausschuss des Bundestages zur Abstimmung.

„Die zentralen Kungelrunden stehen jedoch noch bevor“, warnte die PTK-Präsidentin vor zu großen Erwartungen. „Ich habe in Bund und Land mit niemandem gesprochen, der diese Gesundheitsreform für gut hält“, erklärte Monika Konitzer. „Aber überall war ebenso klar: Dieses Gesetz kommt, niemand hat eine Alternative.“

Das Gesetz könne zu einem verstärkten Wettbewerb der Krankenkassen um gesunde Versicherte führen und damit zu Lasten chronisch und psychisch kranker Menschen gehen. Zuwendungsorientierte Behandlungen wie Psychotherapie könnten noch stärker als bisher einem erhöhten Kosten- und Legitimationsdruck ausgesetzt sein. „Eine Gesundheitsreform, die steigende psychische Belastungen und Erkrankungen nicht berücksichtigt, ist keine zukunftsfähige Reform“, kritisierte die PTK-Präsidentin. Die Gespräche der letzten Monate hätten ihr jedoch gezeigt: „Es ist durchaus möglich, Politiker für psychotherapeutische Sichtweisen zu gewinnen.“ Dafür bräuhete die Psychotherapie allerdings mehr Daten, wie Psychotherapie in der Versorgung wirke. Gerade deshalb schlage der PTK-Vorstand der Kammerversammlung auch das „Institut für Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung“ vor.

### Gesprächspsychotherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschloss am 22. November 2006, dass die Gesprächspsychotherapie auch künftig nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden kann. Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie seien für die Behandlung der wichtigsten psychischen Erkrankungen – mit Ausnahme der Depression – „nicht wissenschaftlich belegt“. Bei der Prüfung der Gesprächspsychotherapie kamen zum ersten Mal die Kriterien der neuen Verfahrensordnung zur Anwendung. Der G-BA bekräftigte deshalb seine Absicht, auch die sozialrechtlich bereits anerkannten Verfahren zu überprüfen.

Der PTK-Vorstand reagierte mit Bestürzung auf die Entscheidung des G-BA. Er kritisierte scharf die Definition der Gesprächspsychotherapie, die von der des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie abweiche.

Der G-BA ist bei seiner Überprüfung von einem unzulässig engen Begriff der „klassischen“ Gesprächspsychotherapie ausgegangen. Er hat dabei Weiterentwicklungen nicht berücksichtigt, die Grundlage der Anerkennung der Gesprächspsychotherapie durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie waren. Basis des Anerkennungsantrages war jedoch gerade dessen Definition. Damit entstehen nicht nur inhaltliche, sondern auch formale Probleme. Außerdem wurden mehrere geeignete Studien zur Gesprächspsychotherapie nicht beachtet. „Der G-BA reklamiert eine Definitionshoheit über psychotherapeutische Verfahren ohne dafür seine Berechtigung nachzuweisen und ohne Rückgriff auf den WBP oder andere wissenschaftliche Quellen“, kritisierte PTK-Präsidentin Monika Konitzer.

### Versorgungsforschung

Krankenkassen verlangen als Grundlage für die Förderung innovativer Versorgungsformen immer häufiger den Nachweis der Wirksamkeit und Qualität in der Versorgung bzw. wollen die Ergebnisse neuer Versorgungsmodelle oder Vertragsformen wissenschaftlich evaluieren. Der PTK-Vorstand schlug der Kammerversammlung vor, zusammen mit der Carina-Stiftung aus Herford das Institut für Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung (IGV) in Bochum zu finanzieren. Es soll der Versorgungsforschung im Bereich der Psychotherapie dienen, da die bisherige Versorgungsforschung sozialmedizinisch orientiert ist und psychologische und psychotherapeutische Fragestellungen und Forschungsmethoden kaum berücksichtigt.

Das Institut ist als AN-Institut an der Universität Bochum anerkannt. (AN-Institute sind Forschungseinrichtungen an deutschen Universitäten, die privatrechtlich organisiert sind. Träger können verschiedene Kombinationen von Staat, Universität,

Trägerverein, Professoren und Industrie sein. Anders als bei traditionellen Instituten gelten für sie nicht die Regelungen des öffentlichen Dienstes).



Anne-Catherine Neuhaus

Anne-Catherine Neuhaus, Geschäftsführerin der Carina Stiftung, stellte der Kammerversammlung den Kooperationspartner vor. Aufgrund persönlicher Erfahrungen engagierte sich die gemeinnützige Carina-Stiftung seit 1994 insbesondere in der psychoonkologischen Forschung. Die Notwendigkeit, krebserkrankten Patienten auch psychotherapeutische Hilfe anzubieten, sei damals noch von den meisten Ärzten nicht gesehen worden. Nach ersten erfolgreichen Grundlagenstudien am Klinikum Herford entstanden zusammen mit der AOK Westfalen-Lippe, die sich sehr engagiert habe, weitere Forschungsprojekte, um die erarbeiteten psychotherapeutischen Behandlungskonzepte auf andere Kliniken übertragen zu können. Langfristiges Ziel sei es, Psychotherapie für Krebspatienten in der gesetzlichen Krankenversicherung als Regelleistung zu verankern und damit für alle verfügbar zu machen.

PTK-Präsidentin Monika Konitzer betonte, dass die Kammer mit dem Institut erstmals die Möglichkeit bekomme, selbst psychotherapeutische Versorgungsforschung zu initiieren und konzeptionell mitzugestalten. Das Institut könne öffentliche Forschungsmittel beantragen oder Krankenkassen als Partner psychotherapeutischer Versorgungsforschung gewinnen. Das sei der Kammer selbst nicht möglich. Heribert Joisten (Kooperative Liste) wies darauf hin, dass sich Psychotherapeuten im Wettbewerb mit anderen immer wieder beweisen müssen: „Es reicht nicht, dass wir selbst von unserer Arbeit

überzeugt sind.“ Mit der Carina-Stiftung gewänne die PTK einen überzeugenden Partner, der „von einer Idee beseelt“ sei. Die PTK-Präsidentin erläuterte ergänzend den gesundheitspolitischen Wert der Versorgungsforschung: „Die Psychotherapie kann ihre Wirksamkeit in der Versorgung selten mit Studien der Evidenzklasse 1 belegen, aber wenn wir Studien aus der Versorgungsforschung vorweisen können, haben wir zukünftig echte Chancen.“

Die Kammerversammlung sprach sich mehrheitlich dafür aus, sich an der Finanzierung des neuen „Instituts für Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung“ zu beteiligen.

### Versorgungswerk

Die Kammerversammlung verabschiedete einstimmig eine Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der PTK NRW.

Der bisherigen Rentenberechnung liegt das modifizierte offene Deckungsplanverfahren zugrunde, das versicherungsmathematisch von einer kontinuierlichen Beitragszahlung während der Anwartschaftsphase ausgeht. Es wird also ein Versicherungsverlauf ohne Beitragslücken und ohne erhebliche Schwankungen in der Beitragshöhe angenommen. Bei vielen Mitgliedern konnte jedoch diese kontinuierliche Beitragsentrichtung nicht festgestellt werden.

Aus diesem Grund wird es notwendig, das System auf eine altersgerechte Verrentung der Beiträge umzustellen. Dies entspricht grundsätzlich dem Äquivalenz- oder Anwartschaftsdeckungsmodell. Dabei soll jedoch mittels des Rentensteigerungsbeitrages die Dynamik der Anwartschaften beibehalten werden. Die neuen Verrentungsfaktoren wurden auf Grundlage der sich nach der versicherungsmathematischen Äquivalenz abzüglich einer pauschalen Toleranz ergebenden Werte ermittelt. Für den Bestand ergaben sich dadurch in der Regel gleich hohe oder leicht höhere Anwartschaften als bei den bisherigen Berechnungen.

Die wirtschaftliche Situation des Versorgungswerkes ist weiterhin gut und stabil.

Der durchschnittliche Beitragssatz ist auf rund 300 Euro gestiegen. Bis Ende 2007 könnten die parlamentarischen Hürden genommen sein, um einen Anschluss der baden-württembergischen Psychotherapeutenkammer per Staatsvertrag an das nordrhein-westfälische Versorgungswerk zu ermöglichen.

### Weiterbildung

Die Kammerversammlung beschloss die Weiterbildungsordnung, in der vom Ausschuss Fort- und Weiterbildung vorgelegten Fassung.

Diese berufsrechtliche Regelung erlaubt es Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, nach der Approbation zusätzliche Qualifikationen in geregelter Form zu erwerben. Der Abschluss der Weiterbildung berechtigt zum Führen einer Zusatzbezeichnung.

Die neue Weiterbildungsordnung sieht ausschließlich Weiterbildungen in „Bereichen“ vor, um eine Partialisierung der Psychotherapie in „Gebiete“ auszuschließen. „Das zentrale Diagnosespektrum der Psychotherapie ist als Gegenstand einer Weiterbildung ausgeschlossen“, betonte Ausschussvorsitzende Sabine Unverhau.



Sabine Unverhau

Damit ein psychotherapeutisches Anwendungsfeld als eine zusätzliche Qualifikation in einer Weiterbildung geregelt werden kann, müssen mindestens drei von vier Voraussetzungen erfüllt sein:

- Es besteht nachweislich epidemiologischer Studien ein erheblicher Behandlungsbedarf.
- Es liegen in bedeutendem Umfang (neue) wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen zur Diagnostik und Behandlung von Störungen dieses Anwendungsfeldes vor.
- Die Diagnostik und Behandlung dieser Störungen erfordern umfangreiche spezifische Kenntnisse und Erfahrungen, die über das in der Ausbildung erworbene Ausmaß deutlich hinausgehen.
- Es handelt sich um ein Anwendungsfeld, das außerhalb des Diagnosespektrums F1 bis F9 des ICD-10 liegt.

Als ersten „Bereich“ regelt die neue Weiterbildungsordnung die „Klinische Neuropsychologie“. Wer nach einem Schlaganfall, einem Schädelhirntrauma, einer entzündlichen Erkrankung oder Verletzung des Gehirns an neuropsychologischen Störungen litt, konnte sich bisher ausschließlich stationär behandeln lassen. In Rehabilitationskliniken gehört die Neuropsychologie zwar seit langem zum Standard. Für die ambulante Behandlung ist sie in der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht zugelassen.

Der G-BA diskutierte deshalb bisher, die neuropsychologische Behandlung als Heilmittel zuzulassen. Damit würde sie jedoch als bloßes Training eingestuft, das Ergotherapeuten durchführen. Eine qualifizierte und differenzierte Versorgung durch Psychotherapeuten wäre damit nicht möglich.

Mit der Verabschiedung der Weiterbildungsordnung bekräftigt die Psychotherapeutenkammer NRW daher auch gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss, dass aus fachlich-psychotherapeutischer Sicht die Neuropsychologie eine hochqualifizierte psychotherapeutische Behandlung ist.

### Sachverständigenliste zur Begutachtung psychischer Störungen in asylrechtlichen Fragen.

Die Kammerversammlung verabschiedete Kriterien, nach denen Psychotherapeuten in eine „Sachverständigenliste zur Begut-

achtung psychischer Störungen im Asylrecht“ aufgenommen werden.

Aufgenommen werden kann, wer die allgemeinen und sachgebietsspezifischen Anforderungen, insbesondere zur Beurteilung psychisch reaktiver Traumafolgen, erfüllt. Antragsteller müssen dies durch Nachweise über Berufstätigkeit und qualifizierende Fortbildungen sowie Gutachten belegen. Dazu gehört der Nachweis, dass er/sie mindestens fünf Jahre im Bereich Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik in einer Praxis, Beratungsstelle oder Klinik tätig war. Dem Antrag müssen mindestens drei supervidierte und selbst erarbeitete Gutachten aus dem Sachgebiet beigelegt sein.

Die Aufnahme in die Sachverständigenliste ist auf fünf Jahre befristet und kann verlängert werden.

### Haushalt

Die Kammerversammlung stimmte dem Jahresabschluss 2005, dem Nachtrags-

haushalt 2006 und dem Haushaltsentwurf 2007 zu.

Der Haushalt 2007 sieht Ausgaben von rund zwei Millionen Euro vor. Rund 225.000 Euro sind durch Entnahmen aus der allgemeinen Rücklage zu finanzieren. Damit ist eine deutliche Verringerung der notwendigen Entnahmen aus der Rücklage erreicht worden, u.a. dadurch dass ein Arbeitsplatz in der Verwaltung eingespart und der Vorstand von 7 auf 5 Mitglieder verkleinert wurde. Gleichzeitig hatte die Kammer zusätzliche Aufgaben z.B. durch die Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung zur Berufshaftpflichtversicherung, steigende Zahl der Fortbildungen (2006: ca. 2.000 Akkreditierungen) und eine steigende Anzahl von Behörden- und Mitgliederanfragen zu bewältigen. Die PTK NRW ist die Landeskammer mit dem niedrigsten Mitgliederbeitrag und die einzige, die noch mit dem Beitrag aus der Errichtungsphase arbeitet.

Der Haushaltsplan 2007 wird in der Zeit vom 17. April bis 26. April 2007 in der Geschäftsstelle zur Einsicht ausgelegt.

### Novellierung der Fortbildungsordnung

Die Kammerversammlung beschloss mehrere Änderungen der Fortbildungsordnung, die insbesondere einer Präzisierung der Anforderungen für die Akkreditierung als Supervisorin/Supervisor bedeuten. Die Dauer der Akkreditierung von Supervisorinnen/Supervisoren wird von einem Jahr auf 5 Jahre verlängert, um den bürokratischen Aufwand zu verringern. Außerdem wurden die Ergänzungen, die der 9. DPT zur Musterfortbildungsordnung der BPtK beschlossen hat, in die FBO der PTK NRW übernommen.

Die Änderungen der FBO sind im Einhefter abgedruckt.

## Resonanz auf den 2. Jahreskongress „Psychotherapie NRW“

„Die ist grundsätzlich gut“, urteilt Barbara Neumann, Psychotherapeutin aus Essen, über die Idee, Wissenschaft und Praxis auf einer großen Fortbildungsveranstaltung zu verknüpfen. Barbara Neumann nahm zum zweiten Mal an dem jährlichen Kongress „Psychotherapie NRW“ teil, der im vergangenen Jahr am 21. und 22. Oktober in Bochum stattfand. Anschluss an die wissenschaftliche Forschung zu halten, ist für Barbara Neumann besonders wichtig. Die einleitenden Referate seien wirklich gute Vorträge gewesen und hätten „viele Anstöße“ gegeben. Interessant sei auch gewesen, renommierte Wissenschaftlerinnen wie Prof. Brunna Tuschen-Caffier persönlich zu erleben. Bei den Workshops suche sie vor allem nach Therapiegebieten, für die es noch keine Manuale gebe. Besonders positiv hat sie diejenigen Referenten in Erinnerung, die „sehr praxisorientiert“ arbeiten und viel Raum für Fragen lassen. Zwei von drei Workshops, die sie besuchte, hätten diese Erwartung auch sehr gut erfüllt. Ein Workshop habe

allerdings in der schriftlichen Vorankündigung konkrete Anleitungen und Beispiele versprochen sowie Anregungen für den Transfer vom stationären ins ambulante Setting. Diese Erwartungen seien leider nicht erfüllt worden, so dass mehr als die Hälfte der Teilnehmer die Veranstaltung vorzeitig verließ.

Mine Gözütok arbeitet seit drei Jahren in eigener Praxis in Recklinghausen und hat die Bochumer Universität noch in guter Erinnerung. Der weiterbildende Studiengang Psychotherapie sei für sie ein „Garant für hohen wissenschaftlichen Standard“. Bei den Workshops hätten sie vor allem Methoden der Psychotherapie interessiert wie EMDR oder hypnotische Interventionen. Zwei der gebuchten Workshops seien inhaltlich sehr gut gewesen, allerdings störe es sie, wenn ein Referent trotz bezahltem Workshop bei Fragen nach konkretem Therapiematerial „auf sein Buch verweise“. In einem dritten Workshop hätte der Referent „in erster Linie sein vorgefer-

tigtes Programm abgespult“ und „die Teilnehmer des Workshops nicht dort abgeholt, wo sie sich befunden hätten“. Von diesem Workshop hätte sie trotz hoher Qualifikation des Referenten „wenig profitiert“. Ingesamt hätten sie in erster Linie die Workshops, aber auch die einleitenden Vorträge interessiert. Sie suche nach Wissen, das sie in der Praxis gebrauchen kann. „In Bochum ist ein lohnenswerter Versuch unternommen worden, Wissenschaft und Praxis zu verbinden.“

Dr. Heribert Joisten, Psychotherapeut aus Oberhausen und seit über 30 Jahren als Diplom-Psychologe im Beruf tätig, erwartete vor allem „ein wissenschaftliches update“ seiner Kenntnisse. „Wo stehe ich mit dem, was ich gelernt habe und was ich an Erfahrungen gesammelt habe?“, war die Frage, die ihn auf dem Bochumer Psychotherapiekongress bei der Auswahl der passenden Workshops leitete. Heribert Joisten mied „die Top-Mode-Therapien“. Seine Wahl sei „konservativ“ geprägt ge-

wesen. Weil Zwangstherapien auch ein Schwerpunkt in seiner Praxis seien, hätte er zu diesen Störungen auch in Bochum den Austausch mit der wissenschaftlichen Forschung gesucht. Alle drei Workshops, die er besucht habe, seien „inhaltlich sehr gut und praxisorientiert“ gewesen. Die Referenten hätte er auch im persönlichen Auftreten als sehr angenehm und kompetent erlebt. In den nächsten Jahren werde er wieder teilnehmen, „auch wenn er keine Punkte mehr brauche“.

An die Bochumer Universität kehrte Dagmar Wendorff, Psychotherapeutin aus Wuppertal, mit „sehr hohen Erwartungen“ zurück. Die Psychologiefakultät kannte sie noch aus den Jahren ihrer Weiterbildung. Die Erwartungen seien auch „so ziemlich“ erfüllt worden. Sie käme nicht, um sich über Diagnosekriterien und theoretische Störungsmodelle zu informieren, sondern weil sie deren „Umsetzung in der Praxis“ üben und diskutieren wolle. „Ein halber Tag ist dann schnell rum“, erklärte Dagmar Wendorff. Ein

Workshop könne für sie deshalb auch ruhig mal einen ganzen Tag dauern, um gerade mehr Zeit für Fragen, Diskussion mit Referenten und Kollegen und Übungen zu haben. Insgesamt sei sie „sehr zufrieden“ gewesen. Sie könne sich für die Zukunft allerdings auch einen Kongress vorstellen, der bereits Sonntagmittags ende, damit noch ein halber freier Tag verbleibe, bevor am Montag die normale Arbeitswoche wieder beginne. Dafür könne die Fortbildung auch schon freitagmittags beginnen.

## Depressionen erfolgreich ambulant behandeln

*Interview mit Prof. Dr. Martin Hautzinger, Universität Tübingen*



Prof. Dr. Martin Hautzinger

### **Auf welchen Wegen finden depressive Patienten in die ambulante Praxis?**

Meist noch durch eine Empfehlung des Hausarztes. Aber es ist eine deutliche Veränderung spürbar. Immer mehr Patienten wenden sich aus eigener Entscheidung an einen Psychotherapeuten. Von Angehörigen, Bekannten oder Freunden haben sie erfahren, dass eine Psychotherapie erheblich geholfen hat. Zeitungen und Zeitschriften berichten, dass die Wissenschaft psychotherapeutische Behandlung überprüft hat und sie nachweislich wirksam ist. Das alles stärkt das Vertrauen in psychotherapeutische Angebote und dadurch wächst auch eine neue Generation heran, die der Psychotherapie nicht mehr skeptisch gegenübersteht, sondern offen und neugierig eine Praxis betritt und dorthin auch ohne den Umweg über einen Arzt findet.

### **Ist die ambulante Praxis für einen depressiven Patienten die richtige Adresse?**

Es ist die richtige und wichtigste Adresse. Normalerweise gibt es bei einer Depression überhaupt keinen Grund für eine stationäre Behandlung. Ambulante Psychotherapie ist für das gesamte Spektrum der Depressionsbehandlung geeignet. Der niedergelassene Praktiker ist durch seine Ausbildung qualifiziert, leicht, mittlere und schwere Depressionen zu behandeln, unipolare und bipolare Depressionen. Die ambulante Praxis hat normalerweise sogar entscheidende Vorteile gegenüber der Klinik: Der Patient bleibt in seiner Familie und er ist häufig weiter berufstätig. Eine ambulante Therapie verursacht nicht zuletzt auch viel geringere Kosten als ein Krankenhausaufenthalt.

### **Erfolgreich heißt nicht, dass Rückfälle ausgeschlossen sind.**

Nein, wer bereits zwei oder dreimal depressiv erkrankt ist, hat sogar ein ausgesprochen hohes Risiko noch einmal zu erkranken. Die Forschung konnte aber nachweisen, dass Psychotherapie besser geeignet ist, Rückfälle zu vermeiden, als eine reine Pharmakotherapie. Depressive, die weiterhin Medikament nehmen, haben immer noch eine hohe Rückfallquote. Eine psychotherapeutische Nachbehandlung senkt dagegen das Risiko, wieder zu er-

kranken, erheblich. Patienten lernen in einer Psychotherapie, ihr Leben so zu gestalten, dass depressive Phasen nicht mehr, seltener oder nicht mehr so schwer verlaufen. Das ist überhaupt nur mit Psychotherapie zu erreichen.

### **Nicht wenige Depressionen verlaufen chronisch.**

Immer noch 20 bis 30 Prozent sprechen auf eine Behandlung kaum an. Psychotherapeutische Interventionen und medikamentöse Therapie zeigen kaum Wirkung. Mit wenigen Therapiestunden ist kaum etwas zu erreichen. Bei einer chronischen Depression behandeln wir intensiv und lange.

### **Hat die Forschung wesentliche Neuerungen für die Praxis zu bieten?**

Ich bin vorsichtig mit der Suche nach dem völlig Neuen. Ich rate immer, die bewährten, wirksamen Behandlungskonzepte in der Praxis auch tatsächlich zu nutzen. Wir sollten nicht ständig variieren, wo wir doch wissen, wie eine erfolgreiche Behandlung aussieht. In der therapeutischen Praxis ist es vor allem wichtig, wach, aufmerksam in jedem Einzelfall zu sein. Entscheidend für den therapeutischen Erfolg sind beispielsweise die ersten vier bis sechs Wochen. In dieser Anfangsphase sollte der Therapeut kritisch mit sich selbst sein: Zeigt der Patient tatsächlich ausreichend Anzeichen für eine Besserung, ist die Behand-

lung erkennbar wirksam. Gelingt es in den ersten Wochen nicht, spürbare Fortschritte zu erzielen, sollte sich der behandelnde Therapeut frühzeitig mit einem Kollegen oder Supervisor besprechen. Ein weiterer Punkt ist der weite Blick für das gesamte Spektrum der Depressionen, der nicht verloren gehen darf. Depressionen sind eine sehr heterogenes Krankheitsbild und erfordern differenzierte Strategien.

### **Welche Fortschritte kann die neurobiologische Forschung ermöglichen?**

Ich erwarte vor allem neue Erkenntnisse über die Ursachen und Entwicklungsbedingungen von Depressionen, über die wir noch nicht viel wissen. Auch darüber, wie genau Psychotherapie und Medikamente wirken. Wir haben es mit dem Gehirn zu tun. Auch Psychothera-

pie beeinflusst biologische Strukturen. Psychotherapie und Pharmakotherapie arbeiten an derselben Sache mit unterschiedlichen Mitteln. Wenn wir besser verstehen lernen, welche unterschiedlichen neurologischen Prozesse bei einer Depression eine Rolle spielen, werden wir die Therapie besser auf den einzelnen Patienten abstellen und wirksamer arbeiten können.

## **Ein Projekt für alle Familien – Elterntrainings in Recklinghausen**



Am 20. November startete in Recklinghausen das Projekt „Modellregion für Erziehung“, das u.a. von der Psychotherapeutenkammer NRW unterstützt wird. Erstmals in Deutschland bietet damit eine Stadt flächendeckend Elterntrainings (EFFEKT, PEP und Triple P) an, um Familien in ihrer Erziehungsarbeit zu unterstützen.

„Soziale Frühwarnsysteme alleine sind keine ausreichende Antwort auf Kindesmisshandlung und -verwahrlosung“, stellte Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW fest, „wir müssen Familien auch praktische Hilfsangebote machen.“ Gewalt und aggressives Verhalten von Kindern, Jugendlichen und Er-

wachsenen sind häufig das Ergebnis einer Entwicklung, die in früher Kindheit beginnt. „Ein wichtiger Schritt stellt deshalb die Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz dar“, erklärte Jens Gnisa, Vorsitzender des Deutschen Richterbundes in NRW.

In das Recklinghausener Netzwerk sind alle städtischen Einrichtungen und freien Träger einbezogen. Die Universitäten Köln und Braunschweig übernehmen die wissenschaftliche Auswertung. Das Projekt ist das erste Ergebnis des strategischen Bündnisses nordrhein-westfälischer Richter, Kinderärzte und Psychotherapeuten, das im Februar 2006 auf dem gemeinsamen Kongress „Prävention bei Kindern aus Hoch-

risikofamilien“ geschlossen wurde und sich für mehr Beratung und Unterstützung von gefährdeten Kindern und überforderten Eltern einsetzt.

### **Geschäftsstelle**

Willstätterstr. 10  
40549 Düsseldorf  
Tel. 0211 / 52 28 47-0  
Fax 0211 / 52 28 47-15  
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr  
Fr 8.30 – 14.30 Uhr  
info@ptk-nrw.de  
www.ptk-nrw.de

### **Beratung am Telefon**

#### **Berufsrechtliche Beratung**

##### **durch den Juristen**

**Mi.:** 14.00-15.00 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 0

##### **Mitgliederberatung**

##### **durch den Vorstand**

**Mo:** 12.30-14.00 Uhr

**Di:** 12.30-13.00 Uhr

18.30-19.30 Uhr

**Mi:** 13.00-14.00 Uhr

**Fr:** 11.00-12.00 Uhr

12.30-13.00 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 27

#### **Anfragen Fortbildungsakkreditierung**

**Mo – Do:** 13.00-15.00 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 26

#### **Sprechstunde der Präsidentin**

**Mo:** 12.00-13.00 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 0

# Mitteilungen der LandesPsychotherapeuten-Kammer Rheinland-Pfalz

## Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Das ganze Jahr 2006 hat uns die Diskussion um die „Gesundheitsreform“ auch in Rheinland-Pfalz begleitet. Die LPK hat mit Blick auf den Bundesrat maßgeblichen Landespolitikern offensiv ihre differenzierten Positionen erläutert, die für die Belange der psychologischen Psychotherapeutinnen/-therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen /-therapeuten von großer Bedeutung sind. Das Antwortschreiben

der Ministerin zeigt uns, dass unsere Argumente verstanden worden sind!

Berufsrechtliche Fragen gehören zu den Kernaufgaben der LPK. Oft ergeben sich diffizile und komplexe Fragestellungen, die nicht nur für die betroffenen Kolleginnen/Kollegen, sondern von allgemeinem Interesse sind. Wir beginnen heute mit einer losen Folge von Informationen anhand konkreter Anfragefälle in der LPK – diesmal

zur Schweigepflicht – und hoffen auf Ihr Interesse!

Schließlich teilen wir Ihnen die in der letzten Vertreterversammlung beschlossenen Satzungsänderungen mit. Die aktualisierten vollständigen Texte finden Sie wie gewohnt im Download-Bereich der Internetseite der Kammer.

Mit kollegialen Grüßen!

*Annelie Scharfenstein*

## Berufspolitischer Erfolg – Bestätigung der Positionen der Kammer durch die Politik

Im Zusammenhang mit der politischen Diskussion auf Bundesebene zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, das sowohl massive Auswirkungen auf den ambulanten wie den stationären Bereich haben wird, haben Herr Kappauf und Herr Best am 17. November 2006 in einem Gespräch mit Herrn Ministerpräsident Beck und Frau Gesundheitsministerin Dreyer in der Staatskanzlei die Gelegenheit ergriffen, unsere Positionen zum Gesetzentwurf zu verdeutlichen. Parallel dazu wurden Frau Staatsministerin Dreyer unsere Forderungen in einem Schreiben erläutert.

Wir haben ausführlich die Auswirkungen auf den geplanten Wegfall der Punktwertgarantie in § 85 SGB V hingewiesen, die die zugelassenen Psychotherapeuten wieder um angemessene Honorare fürchten lassen würde. Wir haben deshalb erneut die Honorierung psychotherapeutischer Leistungen als Einzelleistungsvergütung gefordert.

Darüber hinaus wurde das Thema Qualitätssicherung im stationären Bereich angesprochen. Für Ärzte sollte eine Nachweispflicht der geleisteten Fortbildungen

und damit generell zur Fortbildung in § 137 SGB V aufgenommen werden, die Psychotherapeuten sollten wie die anderen Angehörigen der komplementären medizinischen Berufe davon nicht betroffen sein. Die Regelung für die Ärzte wurde u.a. mit ihrer besonderen Verantwortung in der Krankenbehandlung begründet. Mit der damit verbundenen automatischen Einstufung der psychotherapeutischen Tätigkeit als einer nicht so verantwortungsvollen, wie die der Ärzte, wäre ein Rückfall und eine Manifestation der Benachteiligung unserer Mitglieder einhergegangen. Viele unserer in Kliniken tätigen Mitglieder wenden sich gegen eine Fortbildungsverpflichtung, übersehen aber, dass damit eine erhebliche Schwächung des Berufsstandes – auch was z.B. die Gleichstellung mit den Ärzten in allen Arbeitsgebieten betrifft – vorprogrammiert ist. Dies kann die Kammer nicht akzeptieren, wenn die Anstrengungen der letzten Jahrzehnte nicht umsonst gewesen sein sollen.

In ihrer Antwort an den Kammerpräsidenten hat Frau Dreyer verdeutlicht, dass das Land Rheinland-Pfalz sich unsere Ar-

gumentation vollständig zu Eigen macht und unsere Forderungen im Rahmen der Bundesratsdebatte einbringen und vertreten wird. Hier ein Auszug aus dem Schreiben vom 20.12.2006:

„Die Verpflichtung zur Fortbildung sollte ... unterschiedslos für alle Heilberufe ... gelten. Ihr diesbezüglicher Änderungsvorschlag überzeugt mich auf Anhieb... Im Hinblick auf Ihren Vorschlag, die psychotherapeutischen Leistungen im Vergütungssystem als Einzelleistungen abzubilden, eint alle Beteiligten sicherlich die Einsicht, dass sich die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen deutlich von der Erbringung von Leistungen in der somatischen Medizin unterscheidet und sich dies auch in der Ausgestaltung der Vergütungssystematik niederschlagen muss. Dazu gehört zwingend, dass die angemessene Vergütung für psychotherapeutische Leistungen sichergestellt werden muss. Grundsätzlich halte ich es für sinnvoll, wenn dies die Selbstverwaltungspartner bei der Neugestaltung der vertragsärztlichen Vergütung mitberücksichtigen würden ... Doch überzeugen mich letztlich Ihre Bedenken, dass es ohne eine gesetzliche Klarstellung er-

neut zur Benachteiligung der Psychotherapie kommen könnte.“

Die jetzt im Bundesrat vorgenommenen Änderungen des GKV-WstG zeigen, dass unsere Ministerin auch Wort gehalten und

## Berufsrecht

An dieser Stelle wollen wir in loser Reihenfolge über berufsrechtliche Anfragen aus dem psychotherapeutischen Alltag berichten, die von allgemeinem Interesse sind:

### „Suizid einer Patientin – Gilt die Schweigepflicht auch über den Tod hinaus?“

Aus aktuellem Anlass hatte sich die Kammer mit der Anfrage einer Therapeutin zu befassen, ob die Schweigepflicht auch über den Tod der Patientin/des Patienten hinaus gilt bzw. ob und wer nach dem Tod ggf. die Therapeutin von der Schweigepflicht entbinden kann. Trauriger Hintergrund war der Suizid einer Patientin. Am Tag nach dem Tod der Patientin rief die Kriminalpolizei bei unserem Mitglied an und verlangte Auskunft u.a. über die Diagnose und den Verlauf der Therapie, um den Suizid zu verifizieren und ein Tötungsdelikt auszuschließen.

Die Therapeutin handelte spontan vollkommen richtig, indem sie sich unter Verweis auf die Schweigepflicht zunächst Bedenkzeit erbat und sich dann an die Kammer mit der Bitte um Beistand wandte.

Gemäß §§ 203 Abs. 4 StGB, 8 Abs. 1 der Berufsordnung der PP/KJP in Rheinland-Pfalz gilt die Schweigepflicht zunächst auch über den Tod hinaus. Da das Recht der Patientin/des Patienten, über die eigenen Geheimnisse aus dem persönlichen Lebensbereiche zu verfügen, ein höchstpersönliches Recht darstellt, ist dieses nicht vererblich (Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 3. Auflage 2002, § 70 Rdnr. 10). Man bezeichnet den Arzt bzw. Therapeuten insoweit auch als „einen zur

eine Lanze für die Psychotherapeuten gebrochen hat. Gerade dadurch, dass die Krankenhäuser sich für den ambulanten Sektor öffnen können, hat unsere Initiative auch arbeitsplatzsichernde Funktion für unsere dort tätigen Kolleginnen und Kollegen.

Verschwiegenheit verpflichteten Treuhänder“ (BGHZ 91, 392, 398f.; BGH in NJW 1983, 2627, 2628). Aus diesem Grunde können auch die Angehörigen oder Erben anstelle der Patientin/des Patienten die/den PP/KJP nicht von der Schweigepflicht entbinden. Ausnahmen sind jedoch denkbar, z.B. wenn es sich um Geheimnisse handelt, die für die Wahrnehmung der Vermögensnachfolge von Bedeutung sind (vgl. BGH NJW 1983, 2627) und damit der Verfügungsbefugnis der Erben zuzuordnen sind.

Hat die verstorbene Patientin/der verstorbene Patient zu Lebzeiten keinen ausdrücklichen Willen geäußert, welche Auskünfte die/der PP/KJP Dritten im Falle des Todes erteilen darf und welche nicht und kann man den Willen auch nicht aus schlüssigem Handeln des Patienten zu Lebzeiten ableiten, so ist der mutmaßliche Wille der Patientin/des Patienten zu erforschen. Es ist zu überlegen, ob es Umstände gibt, aus denen man schlussfolgern kann, dass das Interesse an der Geheimhaltung mit dem Tod erloschen sein könnte; beispielsweise deshalb, weil der Patient seine Familie versorgt sehen wollte und die Informationen zur Durchsetzung einer Versicherungsleistung erforderlich sein könnten.

Bestehen dann noch Zweifel an dem Willen des Patienten, so muss derjenige, der der Schweigepflicht unterliegt, eine Abwägung zwischen seiner standesrechtlichen Bindung an die Schweigepflicht und dem wohlverstandenen Interesse des verstorbenen Patienten an der Geheimhaltung treffen. Er muss also die Umstände, die für ein Beibehalten der Schweigepflicht

Zu den konkreten Auswirkungen der Änderungen wird die Kammer noch in der ersten Jahreshälfte Informationsveranstaltungen anbieten. Sie werden über die Termine rechtzeitig informiert werden.

und gegen die Offenbarung (und umgekehrt) sprechen, für sich ermitteln und sie gegeneinander abwägen. Es empfiehlt sich, die Abwägung sorgfältig zu dokumentieren. Als Ausgleich für diese ebenso schwierige wie risikobehaftete Aufgabe billigt die Rechtsprechung der/dem PP/KJP einen gewissen Entscheidungsspielraum zu, der einer gerichtlichen Überprüfung entzogen ist, solange die Gründe nachvollziehbar dargelegt werden. Ein pauschales Berufen auf die Schweigepflicht genügt dann nicht mehr (OLG Naumburg, Beschluss vom 09.12.2004, 4 W 43/04), vielmehr muss der Entscheidungsfindungsprozess dargelegt werden können (wobei es freilich problematisch ist, ob nicht in dieser Darlegung bereits ein Bruch der Schweigepflicht besteht).

**Fazit:** Es ist eine schwierige Aufgabe, gerade für einen Nichtjuristen, anhand dieser abstrakten Vorgaben der Rechtsprechung im Einzelfall die richtige Entscheidung zu treffen. Wendet man die Argumentation in der Rechtsprechung, insbesondere die des OLG Naumburg, konsequent an, so kann eine sachgerechte Abwägung ohne Informationen zu dem Hintergrund der Anfrage (sei diese nun durch die Polizei, durch die Erben oder durch eine Versicherung gestellt) nicht erfolgen. Die Entscheidung der/des PP/KJP wird immer davon abhängen, wer genau welche Informationen benötigt und zu welchem Zweck. Erst, wenn sie/er sich davon ein Bild machen konnte, ist eine Entscheidung für oder gegen die Schweigepflicht rechtskonform möglich. Kann der Interessenskonflikt partout nicht aufgelöst werden, sollte im Zweifel eine Entscheidung zugunsten der Schweigepflicht erfolgen.



## Satzungen der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz

### Weiterbildungsordnung

Die Vertreterversammlung hat am 04.11.2006 eine Änderung Anlage 2 der Weiterbildungsordnung beschlossen, die durch Schreiben des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz vom 11.12.2006, AZ: 624-1-01 723-17.4, genehmigt worden ist.

1. Die in Nummer 4 geregelten Anforderungen an Weiterbildungsermächtigte, Supervisorinnen/Supervisoren und Gutachter werden jeweils in den Unterpunkten  
„• Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse““ ersetzt durch  
„die vertiefte Ausbildung gemäß § 5 PsychThG in Psychoanalyse oder

- die Fachkunde gemäß § 12 PsychThG i.V.m. § 95c SGB V oder  
die Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ und“
2. Die in Nummer 5 geregelten Anforderungen an Weiterbildungsermächtigte, Supervisorinnen/Supervisoren und Gutachter werden jeweils in den Unterpunkten  
„• Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie““ ersetzt durch  
„die vertiefte Ausbildung gemäß § 5 PsychThG in „Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ oder  
die Fachkunde gemäß § 12 PsychThG i.V.m. § 95c SGB V oder

- die Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ und“
3. die Überschrift der Nr. III. in den Bereichen 1. – 7 wird redaktionell geändert in „Gutachterinnen/Gutachter“. Das Wort „Gutachter“ im weiteren Text der Nr. III. in den Bereichen 1. – 6. wird ersetzt durch „Gutachterin/Gutachter“.

Die Änderungen treten am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft.

Mainz, den 20.12.2006

*Alfred Kappauf*  
Präsident

### Gebührenordnung

Die Vertreterversammlung hat am 04.11.2006 eine Änderung der Gebührenordnung beschlossen, die durch Schreiben des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz vom 11.12.2006, AZ: 624-2 – 01 723-18, genehmigt worden ist.

In Kapitel V. Dienstleistungen werden die Nr. 5. und 6. wie folgt geändert:

5. Veröffentlichung einer Anzeige auf der Homepage bei Übermittlung des vollständigen Textes als Datei 30,00 €
6. Veröffentlichung einer Anzeige auf der Homepage bei sonstiger Übermittlung des Textes 60,00 €.

Des weiteren werden die Nummerierungen in den Kapiteln V und VI korrigiert.

Mainz, den 20.12.2006

*Alfred Kappauf*  
Präsident

### Fortbildungsordnung

Die Vertreterversammlung hat am 04.11.2006 eine Änderung der Fortbildungsordnung beschlossen, die durch Schreiben des Ministeriums für Arbeit, Soziales,

Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz vom 11.12.2006, AZ: 624-1-01 723-7.5.1, genehmigt worden ist.

In Kategorie B. wird das Wort „Mehrtägige“ ergänzt.

Mainz, den 20.12.2006

*Alfred Kappauf*  
Präsident

### An diesen Seiten arbeiteten mit:

Birgit Heinrich, Julia Rendschmidt, Dr. Annelie Scharfenstein.

### Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz  
Tel 06131/5 70 38 13  
Fax 06131/5 70 06 63

service@lpk-rlp.de  
www.lpk-rlp.de  
telefonische Sprechzeiten:  
Mo. – Fr. 10.00 – 12.30 Uhr  
Di. – Do. 14.00 – 16.00 Uhr

# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

## Presseerklärung 14.11.2006

### FORUM 17 (Sept. 2006)

#### Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes begrüßt die Entscheidung für verpflichtende Untersuchung von Kleinkindern.

Bisher war es möglich, dass Kinder bis zur Einschulung nie auf ihren Gesundheits- und Entwicklungsstand hin untersucht wurden. Wurden sie vernachlässigt, seelisch oder körperlich gequält und misshandelt – da nicht jedes Kind den Kindergarten besucht, musste es niemandem auffallen. Die Einführung einer Verpflichtung zu den Vorsorgeuntersuchungen bis zum Alter von fünfeneinhalb Jahren erhöht die Chancen, dass Kinder, die diesen Qualen hilflos ausgesetzt sind, erkannt werden und Schutz und Hilfe erfahren können.

#### Der bisherige Untersuchungskatalog ist unzureichend

Zusätzlich zur körperlichen Untersuchung muss der kognitive und psychische Entwicklungsstand des Kindes erhoben werden. Denn dieser ist gerade bei Kleinkindern ein Indikator für ihr gedeihliches oder bedrohtes Aufwachsen. Aber dieser Bereich ist bisher kein verpflichtender Bestandteil der Früherkennungsuntersuchungen.

#### Hilfen müssen organisiert werden

Ein Frühwarnsystem kann so gut sein wie es will – wenn die Maßnahmen, die es auslöst, nicht auch gut sind, hilft es nicht.

Wie kann einem traumatisierten Kind geholfen werden? Väter und Mütter, die ihr Kind vernachlässigen, missbrauchen, quälen und misshandeln, sind in der Regel selbst in äußerster Not.

Wer hilft diesen Vätern und Müttern, ihre Väterlichkeit und Mütterlichkeit zu entwickeln und dazuzulernen? Hier muss drin-

gend die Kompetenz der Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eingebunden werden, damit U 1 bis U 9 nicht beim Früh-Erkennen stehen bleibt. Die Einführung von verpflichtenden Untersuchungen im Vorschulalter ist nur dann sinnvoll, wenn nach einem Befund geeignete psychotherapeutische Hilfen auch tatsächlich und zeitnah angeboten werden.

#### Sieht unsere Kammer bald alt aus?

### FORUM 17 (Sept. 2006)

Die saarländische Kammer hat derzeit 409 Mitglieder, 222 Angestellte oder Beamte und 187 selbständig Tätige (Stand September 2006). 18% der Mitglieder haben die Approbation als Kinder- und Jugendlichen PsychotherapeutInnen (74 KJPs), 5% von ihnen, 21 Mitglieder, haben beide Approbationen.

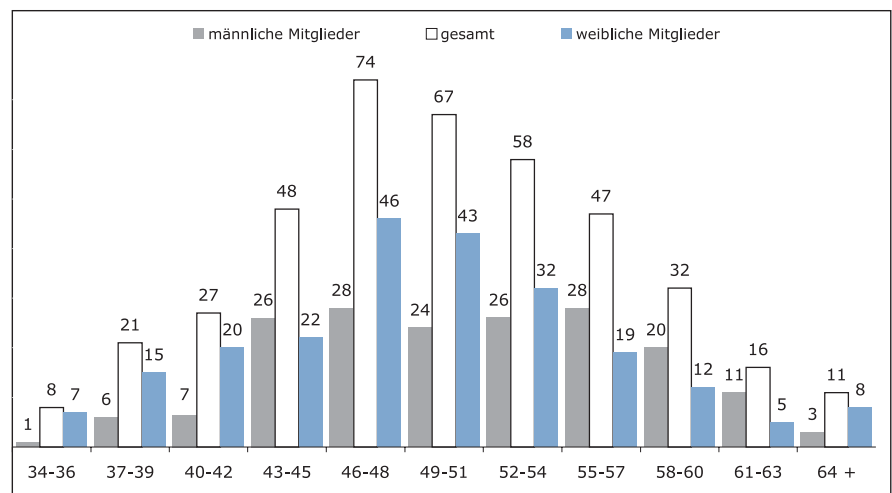
Wirft man einen Blick auf die Altersstruktur unserer Mitgliedschaft (siehe Abbildung), so wird erkennbar, dass die mittel- und langfristige Entwicklung einige wesentliche Veränderungen in der psychotherapeutischen Versorgung im Saarland mit sich bringen könnte.

106 Mitglieder sind derzeit 55 Jahre oder älter. 5 von ihnen sind freiwillige Mitglieder (Beitragsklasse 5), 7 sind in reduzierten Umfang berufstätig (Beitragsklassen 3 / 4). 101 überwiegend vollzeitbeschäftigte PP und KJP werden je nach Gesundheit und persönlicher Lebensplanung in den kommenden 5 Jahren ins rentenfähige Alter kommen. Demgegenüber steht nach Auskunft der 3 saarländischen Ausbildungsinstitute eine sehr vage, aber in jedem Fall deutlich geringere Anzahl von ca. 20 bis 30 zu erwartenden Neuapprobationen.

Schaut man auf den Zeitraum 2007 bis 2010 bzw. auf die Gruppe derer, die jetzt 58 Jahre und älter sind, wird klar, dass bis Ende 2010 möglicherweise doppelt so viele Mitglieder aus dem aktiven Berufsleben ausscheiden werden wie neue hinzukommen.

Seit Gründung der Kammer gab es 28 Neumitgliedschaften. Insgesamt haben wir ca. 10% mehr weibliche als männliche Mitglieder:

181 Männer (44,25%) und 228 Frauen (55,75%). Bei der oben genannten Altersgruppe verhält es sich deutlich anders: unter den Mitgliedern, die 1951 oder früher geboren wurden, sind 17% mehr Männer als Frauen (58,5% Männer und 41,5% Frauen).



Langfristig wird unsere Kammer also nicht nur „weiblicher“ sondern auch deutlich älter: Wenn bis 2020 pro Jahr 10 neue Mitglieder hinzukämen, es bis dahin also insgesamt 140 Neuapprobationen gäbe, so stünden von heute aus gesehen 231 Mitgliedern, die 63 Jahre und älter sind, die also teilweise längst und teilweise demnächst nicht mehr im aktiven Berufsleben stehen, 318 jüngeren Mitgliedern gegenüber ...

... falls es im Jahr 2020 überhaupt noch 16 Bundesländer und eins davon das Saarland und somit auch noch eine Psychotherapeutenkammer des Saarlandes geben wird.

### Vorankündigung: Fachtagung zum Thema Psychotherapie und geistige Behinderung am 16.03.2007

#### FORUM 17 (Sept. 2006)

Der Arbeitskreis der Psychologinnen/Psychologen der therapeutischen Wohngruppen organisiert in Kooperation mit dem Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales und der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes eine Fachtagung zum Thema Psychotherapie und geistige Behinderung.

Die Veranstaltung findet am Freitag, dem 16. März 2007, ganztägig im Festsaal des Saarbrücker Schlosses statt.

Dabei werden Referenten zu Wort kommen, die offensiv die Position vertreten, dass Psychotherapie für geistig behinderte Menschen nicht nur notwendig, sondern auch möglich ist. Sowohl verhaltenstherapeutische als auch tiefenpsychologische und gestalttherapeutische Arbeit mit geistig behinderten Patienten wird in den verschiedenen Beiträgen vorgestellt und diskutiert werden.

Anmeldungen können bei der Geschäftsstelle entgegengenommen werden:

Tel 0681. 95455 56 – Fax 0681. 95455 58 oder per Email: kontakt@ptk-saar.de.

Basisleistungen	2/06	1/06	4/05	3/05	Antrag
Punktwert AOK, IKK usw	2,7200 C	1,7367 C	0,490 C	0,490 C	4,0 C / 2,0 C
Honorar für z.B. 1 Prob. Sitzung	40,66 €	25,96 €	7,33 €	7,33 €	59,80 / 29,90 €
Punktwert Ersatzkassen	1,7098 C	1,3328 C	1,0095 C	1,3061 C	4,0 C / 2,0 C
Honorar für z.B. 1 Prob. Sitzung	25,56 €	19,93 €	15,09 €	19,53 €	59,80 / 29,90 €

### Vertreterversammlung der KV lehnt Antrag der Psychotherapeuten ab

#### FORUM 17/18 (Sept. 2006/Jan. 2007)

Bei der Vertreterversammlung der KV am 27.09.06 stand ein Antrag der drei psychotherapeutischen Vertreter (2 PP ein ärztl. P) auf der Tagesordnung. Der Antrag lautete, den Punktwert für die Basisleistungen bis zu einem bestimmten Abrechnungsumfang (Individualvolumen) auf 4,0 Cent zu stützen, die darüber hinausgehende Abrechnungsmenge der Basisleistungen (Restvolumen) auf 2,0 Cent abzustaffeln. Dieser Antrag wurde ohne ein einziges Wort darüber zu verlieren abgelehnt! (Ergebnis der geheimen Abstimmung: 4 Ja, 3 Enthaltungen, 16 Nein.).

Zur Übersicht die Abrechnungsergebnisse der Quartale 03/05 bis 02/06:

50 Minuten konzentrierte Arbeit z.B. mit einem neuen Patienten, 50 Minuten, die in die Plausibilitätskontrolle des Tagesprofils von der KV mit 72 Minuten eingehen – für diese Vergütung?!? Und die „Kolleginnen“ und „Kollegen“ in der Vertreterversammlung sagen dazu: Nichts!???

Um der VV noch einmal die Chance zu geben, sich ihrem Auftrag gemäß (nämlich das von den Krankenkassen zur Verfügung gestellte Geld so gerecht wie möglich an die Vertragsärzte und -psychotherapeuten ihren Leistungen entsprechend zu verteilen) mit der Angemessenheit unserer Forderungen auseinander zu setzen, haben wir den Antrag für die nächste Sitzung der VV am 29.11.06 erneut auf die Tagesordnung gesetzt. Einer unserer psychotherapeutischen Vertreter

hatte in seiner Klage gegen die Vergütung der Basisleistungen einen Termin zur gerichtlichen Verhandlung für den 10. Januar 2007. Da erschien es uns taktisch klüger, in der Vertreterversammlung keine neuen Fakten oder Argumentationsketten zu schaffen, sondern die Rechtslage ohne irgendwelche möglichen Veränderungen dem Gericht zur Entscheidung vorzulegen. Allerdings wurde dieser Verhandlungstermin am 09. Januar vom Gericht aufgehoben und verschoben: Als Beisitzer/Schöffen zur Verhandlung waren Personen vorgesehen, die ihrerseits als Mitglieder der Vertreterversammlung der KV die – in unseren Augen – faire Vergütungsregelung unserer Basisleistungen bereits rundweg abgelehnt hatten! Sie wurden wegen Befangenheit abgelehnt. Diese Entscheidung ist erfreulich, auch wenn sich dadurch die Klärung der Sachfrage weiter in die Länge zieht. Gespannt können wir sein, welche als unbefangenen geltenden Beisitzer schließlich gefunden werden.

Streng genommen können es eigentlich überhaupt keine, oder jedenfalls nicht niedergelassene Ärzte sein. Da wir aus der gleichen Gesamtvergütung „ernährt“ werden, sind wir aus deren Sicht immer ein Esser zuviel.

### Quartalsabrechnung an Erfüllung der Berichtspflicht geknüpft

#### FORUM 18 (Jan. 2007)

Zuerst der bürokratische Urtext, ausgedacht vom Bewertungsausschuss der KBV:

„Unbeschadet der grundsätzlichen Verpflichtung zur Übermittlung von Behandlungsdaten sind die nachfolgenden Leis-

tungen nur dann vollständig erbracht und können nur berechnet werden, wenn mindestens ein Bericht im Behandlungsfall (=Pro Quartal.) entsprechend der Leistung nach Nr. 01600 bzw. ein Brief entsprechend der Leistung nach Nr. 01601 an den Hausarzt erfolgt ist.....Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.2. Bei einer Leistungserbringung durch einen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs auf Überweisung durch einen anderen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs ist die berechnungsfähige Erstellung und Versendung einer Kopie des Berichts bzw. Briefs an den Hausarzt entsprechend der Leistung nach der Nr. 01602 zusätzliche Voraussetzung zur Abrechnung dieser Leistung.“

Der obligate Leistungsumfang für unsere Leistungen nach EBM Kapitel 35.1 und 35.2 (also sowohl bewilligungspflichtige Leistungen als auch nicht bewilligungspflichtige Leistungen!) ist damit ab dem 01.01.07 um die sog. Berichtspflicht erweitert. Das bedeutet, dass unsere Leistungen erst dann als vollständig erbracht und abrechenbar gelten, wenn pro PatientIn und Quartal auch ein Bericht an den Hausarzt geschrieben wird (bzw. Bericht an den überweisenden Arzt und Kopie an den Hausarzt). Die Abrechnung und Vergütung unserer therapeutischen Leistungen kann erst nach Erstellung des Berichtes an den Hausarzt bzw. überweisenden Facharzt erfolgen.

Wie wird der Bericht nachgewiesen und abgerechnet? Der Bericht wird nach EBM-Nr. 01600 („Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung“ = 100 Punkte) oder, ausführlicher, nach EBM Nr. 01601 („Ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information“ – 200 Punkte) erstellt und vergütet. Für unseren bürokratischen Mehraufwand erhalten wir – optimistisch mit 3,0 Cent gerechnet! – also gerade mal 3 oder 6 EUR (+Porto)!

Wie kann so ein Bericht aussehen? Wir werden auf die Mitgliederseite unserer Homepage Vorschläge zur Gliederung von Berichten stellen.

Und wenn der Patient das nicht will?

Lassen Sie sich zu Ihrer eigenen Absicherung von jedem Patienten unterschreiben, ob er einen ausführlichen Bericht, eine kurze Mitteilung oder gar keine Mitteilung an den Hausarzt wünscht. Vorlagen einer solchen Patienten-Erklärung erhalten Sie über Ihre Berufsverbände oder auch auf den Mitgliederseiten der Kammer-Website. Bewahren Sie diese Erklärung auf alle Fälle 12 Quartale auf. Im Prinzip genügt es, wenn der Patient einmal eine entsprechende Erklärung abgibt und unterschreibt. Wenn Sie 150% sicher gehen wollen, können Sie sich die gleiche Erklärung natürlich auch jedes Quartal neu unterschreiben lassen.

Es ist Aufgabe der KV, alle Psychotherapeuten zu benachrichtigen, wie die Quartalsabrechnung in Zukunft auszusehen hat. Insbesondere werden auch Regelungen zu treffen sein, wie der Tatbestand „kein Bericht aufgrund des Selbstbestimmungsrechts des Patienten“ verschlüsselt werden kann (analog etwa zur Praxisgebühr). Sollte die KV nicht von sich aus aktiv werden, werden wir vor der nächsten Quartalsabrechnung eine Klärung herbeiführen.

## Schweigepflicht und Datenschutz – Grundpfeiler psychotherapeutischer Arbeit

### FORUM 18 (Jan. 2007)

Am 14. November 2006 fand die Fortbildung der Psychotherapeutenkammer zum „Dauerbrenner“ Schweigepflicht und Datenschutz statt.



Die gut 40 Teilnehmer und Teilnehmerinnen hatten die Gelegenheit, Rechtsanwalt Hartmut Gerlach Fragen zum Thema aus ihrem Berufsalltag zu stellen.

Der Justiziar der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, der den meisten Anwesenden bereits aus früheren Fortbildungsveranstaltungen (z.B. zur Berufsordnung, zur Approbation, zur GOÄ/GOP) der PKS bekannt ist, fand auf seine angenehme, ungezwungene und zugleich fachlich erfahrene Herangehensweise an die Thematik wieder einmal zu den allermeisten Fragen die richtigen Antworten.



Ein wirklich gelungener Abend, so konnten wir den Äußerungen der Teilnehmer entnehmen. Erspart blieb uns nicht festzustellen: Es werden viele neue Fragen aufgeworfen, wenn Selbstverständlichkeiten des alltäglichen Handelns mit geschärftem juristischen Blick betrachtet werden. Das Script zum Fallseminar finden Sie auf unserer Website.

Sie finden alle vollständigen Ausgaben des FORUM auf unserer Website:

[www.ptk-saar.de](http://www.ptk-saar.de)

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten Vorstand PKS (**Präsidentin: Ilse Rohr, Vizepräsident: Bernhard Morsch, Beisitzerinnen: Irmgard Jochum, Liz Lorenz-Wallacher, Andrea Maas-Tannchen**).

### Geschäftsstelle

Talstraße 32  
66119 Saarbrücken  
Tel 0681. 95455 56  
Fax 0681. 95455 58  
[kontakt@ptk-saar.de](mailto:kontakt@ptk-saar.de)

## Liebe Kollegin, lieber Kollege,

die erste Legislaturperiode der Kammerversammlung und damit auch des Vorstands Ihrer PKSH geht dem Ende entgegen. Die letzten vier Jahre waren geprägt von intensiver Aufbauarbeit. Einerseits mussten überhaupt erst Strukturen für eine effiziente Mitgliederverwaltung geschaffen und neue Serviceangebote für Mitglieder aufgebaut werden. Andererseits ging es darum, die Kammer nach außen zu vertreten und im Verhältnis zu den seit Jahrzehnten gewachsenen Strukturen der anderen Heilberufekammern gegenüber öffentlichen Institutionen sich Gehör zu verschaffen und damit den neuen Berufsstand der Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen allmählich stärker zu etablieren.

Auch wenn die dabei geleistete Arbeit nicht immer ganz rund gelaufen und manchmal auch nicht zur Zufriedenheit einzelner ausgefallen ist, so haben sich doch in den letzten vier Jahren Kammerversammlung, Vorstand und Geschäftsstelle stets für das Wohl und die Interessen aller Mitglieder eingesetzt und sich dabei gegenseitig ergänzt.

Dabei ist es uns gelungen, nicht nur den gesetzlich vorgegebenen Aufgaben der Kammerarbeit nachzukommen, sondern auch darüber hinaus Einfluss auf das Gesetzgebungsverfahren bei wichtigen Entscheidungen auszuüben, um die psychotherapeutische Berufsausübung auch für die Zukunft zu sichern.

Wie turbulent, vielschichtig und z. T. unberechenbar die Auswirkungen (im po-

sitiven wie im negativen Sinne) der politischen Entscheidungen für unsere berufliche Zukunft sind, können wir alle an den Veränderungen des Gesundheitswesens beobachten. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und die Gesundheitsreform sind oder werden nicht mit In-Kraft-Treten abgeschlossen sein, sondern werden sich auch in Zukunft dynamisch weiterentwickeln. Gleiches gilt für föderale gesundheitspolitische Vorschriften und Strukturen.

Hier hat sich die PKSH auf unterschiedlichen Ebenen stets für ihre Mitglieder eingesetzt, und es werden auch in Zukunft eine Fülle von neuen und alten Aufgaben auf die Kammer zukommen, die allesamt dazu dienen, den Erhalt des Berufsstandes abzusichern und weiterhin zu festigen und zu fördern. Eine kontinuierliche Fortsetzung und Weiterentwicklung der mit der Kammergründung begonnenen Arbeit, die auf eine breite Unterstützung aller Kammermitglieder durch eine hohe Wahlbeteiligung zählen kann, wäre hierfür wünschenswert.

### **Kammerwahl 2007**

Die Wahl zur neuen Kammerversammlung beginnt am 16. Juni mit dem Versand der Wahlunterlagen und endet am 10. Juli dieses Jahres mit der Auszählung der Wahlzettel.

Der Ablauf der Wahl wird durch die vom Land erlassene „Landesverordnung über die Wahl zur Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein und die von der Kammerversammlung durchzuführenden Wahlen

(Wahlverordnung Psychotherapeutenkammer)“ bestimmt. Wie dem Wahlschreiben des Wahlleiters, Herrn RA Andreas Kühnelt, zu entnehmen ist (s. u.) wird darin nicht nur der genaue Zeitplan festgelegt, sondern auch die Einsichtnahme in die Wählerliste und die Abgabe von Wahlvorschlägen.

Wahlberechtigt sind grundsätzlich alle Mitglieder der PKSH. Wahlvorschläge müssen spätestens bis zum 5. Mai d. J. beim Wahlleiter eingegangen sein.

Der Vorstand der PKSH bittet alle Kammermitglieder, sich an der Wahl zu beteiligen.

### **Fortbildungskonto**

Die von Ihnen bei der Kammer eingereichten Fortbildungsunterlagen werden nach inhaltlicher Prüfung fortlaufend zu Ihrem bei uns geführten Fortbildungskonto erfasst. Davon haben schon weit über 100 Mitglieder Gebrauch gemacht. Bei der Ersteinsendung von Unterlagen werden wir Sie automatisch über den Stand Ihres Fortbildungskontos informieren, ansonsten einmal jährlich.

Sobald Sie 250 Punkte erreicht haben, erhalten Sie automatisch eine Nachricht mit einem Auszug Ihres Fortbildungskontos von uns. Sollten Sie in diesem Fall Ihr Fortbildungszertifikat wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne aus. Bitte beachten Sie jedoch, dass damit ein neuer 5-Jahreszeitraum für Sie beginnt, während Sie ansonsten bis Juni 2009 Zeit haben, Ihre 250 Punkte zu erlangen (gilt nur für Vertragspsychotherapeuten).

Natürlich können Sie sich jederzeit telefonisch (oder per Mail) nach dem Stand Ihres Fortbildungskontos erkundigen. Außerdem planen wir, auf unserer Homepage einen internen Mitgliederbereich einzurichten, in dem es zukünftig möglich sein wird, online den Punktestand Ihres Kontos abzufragen.

Abschließend nochmals die Bitte, keine Originale sondern nur Kopien Ihrer Fortbildungsbescheinigungen bei uns einzureichen – vielen Dank.

### Homepage

Sicherlich ist Ihnen bereits aufgefallen, dass die Homepage der PKS H überarbeitet wurde und nicht nur ein neues Erscheinungsbild hat, sondern auch neue Inhalte. Unter der Rubrik „Aktuelles“ werden wir Sie zukünftig über wichtige Entwicklungen und aktuelle Meldungen aus der Gesundheitspolitik informieren.

Neu ist auch das „Schwarze Brett“ im Bereich „Mitgliederservice“. Hier können Sie eigene berufsbezogene Anzeigen aufge-

ben sowie Angebote und Anfragen, an andere Mitglieder richten. Sie erleichtern uns hierbei den Verwaltungsaufwand, wenn Sie uns Ihren Text als angehängte Word-Datei per Email zusenden (info@pksh.de). Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir Ihnen diesen Service nur so kostenlos anbieten können,

*Ihr PKS H-Vorstand  
Dr. Oswald Rogner  
Dr. Angelika Nierobisch  
Heiko Borchers  
Christiane Foerster  
Lea Webert*

## Der Angestelltenausschuss stellt sich vor

In der Kammerversammlung am 10.11.06 wurde ein „Ausschuss für angestellte und beamtete PsychotherapeutInnen“ gegründet. Auf der ersten konstituierenden Sitzung am 8.12.06 ging es zunächst darum, uns kennen zu lernen und festzustellen, wer sich in welchen Tätigkeitsbereichen besonders gut auskennt und entsprechendes Wissen einbringen kann.

Als Arbeitsschwerpunkte wurden zunächst ausgelotet: Fragen zur Eingruppierung der PP und KJP im TVöD und im TVL, die Situation der PiA, aber auch Fragen der interdisziplinären Zusammenarbeit – speziell zur Dienst- und Fachaufsicht – stehen jetzt schon auf der Themenliste.

Um einen höheren Nutzen für unsere angestellten und beamteten KollegInnen zu erzielen, möchten wir ihre Situation, ihre Sorgen und Bedürfnisse noch besser kennen lernen. Der Vorstand der PKS H plant dazu eine Fragebogenumfrage, über die zu gegebener Zeit dann aktuell informiert werden wird.

Die gewählten Mitglieder im Ausschuss möchten sich im folgenden vorstellen:

**Dorothee Katz:** 52 Jahre, Dipl. Psychologin und Diplomsozialpädagogin, Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Super-

visorin, Ausbilderin für personenzentrierte Beratung. Ich bin seit 2001 angestellt im Studentenwerk Schleswig-Holstein in den psychologisch-psychotherapeutischen Beratungsstellen für Studierende in Kiel und in Lübeck. Neben der Kammerarbeit bin ich Regionalvertreterin und Delegierte für die GwG, Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie und Beratung.

**Klaus Thomsen:** 51 Jahre alt, verheiratet, eine Tochter. Psychologischer Psychotherapeut. Seit 1990 tätig als Klinischer Psychologe, Psychotherapeut und Supervisor in der Reha-Klinik Damp/ Ostsee. Dort im Betriebsrat, Konzernbetriebsrat und in der Tarifkommission von Verdi. 1998 Abschluss des bundesweit ersten Tarifvertrages mit der Gleichstellung von Psychologischen Psychotherapeuten und Fachärzten. Mitglied in der Verdi-Bundesfachkommission PP/KJP. Aktuell beteiligt an der Verhandlung zu einem Dampfer Konzerntarifvertrag, der hoffentlich auch neben den PP für KJP und PiA zufriedenstellende Regelungen enthalten wird.

**Jürgen Staack:** 54 Jahre, Psychologischer Psychotherapeut, tätig in der Erziehungs- und Lebensberatung, Vorsitzender der Mitarbeitervertretung des Diakonischen Werkes der Kirchenkreise Plön und Segeberg.

**Dr. phil. Uwe Speckenbach:** Bis vor kurzem teilstellvertretend, jetzt niedergelassen als Psychologischer Psychotherapeut in Kiel. Aus meiner langjährigen Angestelltentätigkeit habe ich reichhaltige Erfahrungen mit der

Situation angestellter Psychologen in Kliniken, Reha-Einrichtungen und der Situation der PiA.

Für Anregungen und Fragen steht die Ausschusssprecherin Frau Katz unter Tel: 04563-478888 oder Email: dorothee.katz@web.de zur Verfügung.

*Dorothee Katz*

## Notfallpsychotherapie in Schleswig-Holstein

### Einleitung

In den letzten zehn Jahren ist die Frage nach der Versorgung psychisch akut belasteter Menschen unter anderem durch Katastrophen wie das ICE-Unglück in Deutschland deutlich in das Bewusstsein der Bevölkerung und der Politik gelangt. Erfreulicherweise blieb Schleswig-Holstein von Ereignissen dieser Dimensionen bisher verschont. So ist es allerdings auch für „das Land zwischen den Meeren“ durchaus vorstellbar, z.B. nach der Havarie einer Passagierfähre, wie es sich etwa beim Untergang der „Estonia“ zeigte, hunderte primär und sekundär psychisch Verletzte versorgen zu müssen. Strukturen, die eine solche Versorgung auf fachlich hohem Niveau ermöglichen, fehlen bislang weitgehend. Der Artikel gibt einen Überblick über die bisherige und einen Ausblick auf die zukünftige Entwicklung der Notfallpsychotherapie in Schleswig-Holstein.

## Entwicklung

1998 fand in Bad Segeberg eine erste Konferenz, initiiert durch die Nordelbische Landeskirche, auf der man sich mit der Thematik regional bezogen fachlich und politisch beschäftigte, statt. Damals, noch vor dem Psychotherapeutengesetz, war die Berufsgruppe der psychotherapeutisch arbeitenden Psychologen durch den Berufsverband der Psychologen (BDP) auf dieser Konferenz vertreten.

Insbesondere die Geistlichen in Schleswig-Holstein, die sich heute Notfallseelsorger nennen, schufen Strukturen, die insbesondere besonders belastete Berufsgruppen wie Polizei oder Feuerwehr betreuen. In Zusammenarbeit mit den Organisationen wurden Netzwerke kollegialer Ansprechpartner entwickelt und verschiedene Kriseninterventionsmaßnahmen für deren Mitarbeiter angeboten.

Auch heute sind es vorwiegend Seelsorger, aber auch in Kurzlehrgängen fortgebildete Mitarbeiter der Rettungsdienstorganisationen, die, oft in Teams, akut psychisch belastete Personen betreuen. Schleswig-Holstein stellte, z.B. nach der Tsunami-Katastrophe, ein Team bestehend aus leitenden Notfallseelsorgern des Landes, Feuerwehrleuten, Rettungsdienstmitarbeitern, einem Arzt und (immerhin) einer Psychologie-Studentin.

Mit der Schaffung des Berufes des Psychologischen Psychotherapeuten hat sich die Situation verändert. Die Versorgung akut psychisch verletzter Personen kann eine heilkundliche Tätigkeit sein und fällt damit in den gesetzlichen Auftrag der approbierten Psychotherapeuten.

## Strukturelle Maßnahmen

2005 berief die Bundespsychotherapeutenkammer Herrn Dipl.-Psych. Werner Wilk zum Vorstandsbeauftragten für Notfallpsychotherapie. Unter seiner Leitung wurde die Vorstandskommission „Notfallpsychotherapie“ eingesetzt. Sie entwickelte die Empfehlungen zu Fortbildungs- und Schulungsinhalten „Psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall“ und „Sofortmaßnahmen der psychologischen Ersten Hilfe“.

2006 wurde Dr. J. T. Kowalski als Beauftragter vom Vorstands der PKS-H gegenüber der Notfallkommission der BPTK benannt. Im Oktober fand ein erstes Treffen der Beauftragten der Länderkammern in Düsseldorf statt, auf der der aktuelle Sachstand dargestellt und die Möglichkeiten eines koordinierten Vorgehens diskutiert wurden.

Die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein sieht es als ihre Aufgabe an, Strukturen zu schaffen, die die Versorgung akut belasteter Menschen ermöglichen und Kolleginnen und Kollegen fachlich für diese spannende Aufgabe zu schulen.

Für die Versorgung einer großen Anzahl Betroffener in Großschadens- oder Katastrophenlagen sollen Kolleginnen und Kollegen zu Notfallpsychotherapeuten und Leitenden Notfallpsychotherapeuten fortgebildet werden. Obwohl die gesetzlichen Grundlagen dafür bestehen, wird die Einbindung dieser Funktionen z.B. in die bestehenden Strukturen der Katastrophenschutzpläne des Landes eine Herausforderung für die Psychotherapeutenkammer.

Am Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel, wurde 2004 ein neuer Forschungsschwerpunkt zur akuten notfallpsychotherapeutischen Versorgung psychisch traumatisierter Patienten etabliert. Durch ein Gesamtkonzept, in das die bestehenden ambulanten therapeutischen Angebote ebenso wie die Ambulanz integriert werden, soll eine Versorgungslücke geschlossen werden.

Im Rahmen der Arbeit der Traumaambulanz wird Betroffenen unmittelbar psychotherapeutische Erst-Intervention und Akuttherapie angeboten, ohne die in der psychotherapeutischen Versorgung bekannten Wartezeitprobleme.

Dieses Angebot ist in Schleswig-Holstein einmalig, in Hamburg hat die Idee am UKE bereits Nachahmer gefunden.

Die Etablierung der Ambulanz wird wissenschaftlich begleitet. Sowohl Aspekte der Versorgungsforschung als auch die klas-

sische Therapieforschung werden untersucht. Neben den Effekten der Vernetzung auf die Versorgungssituation geht es z.B. um die Entwicklung neuer frühdiagnostischer Verfahren der akuten Belastungsstörung.

## Vernetzungsarbeit

Die eingerichtete Ambulanz versteht sich als erste fachliche Stelle in der Versorgung akut psychisch Belasteter. Nach der Erstdiagnostik soll bei Bedarf möglichst umgehend die Weiterbehandlung durch niedergelassene Kollegen oder gegebenenfalls in entsprechenden Fachkliniken erfolgen. Dazu soll ein Schleswig-Holstein-weites Netzwerk etabliert werden. Mit Beginn 2007 werden, in Abstimmung mit der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein, die bestehenden Ressourcen erfasst und analysiert. Psychotherapeutisch arbeitende Kolleginnen und Kollegen werden nach ihren Möglichkeiten der Versorgung von psychisch Traumatisierten befragt. So kann eine schnelle Weitervermittlung an kompetente Stellen erfolgen. Diese Maßnahmen erlauben es auch, Ausbildungsbedarf zu ermitteln und gegebenenfalls interessierten Kolleginnen und Kollegen Seminarangebote zu machen.

## Fortbildung

Fortbildungen für die Arbeit mit psychisch traumatisierten beziehen sich meist auf chronisch erkrankte Patienten. Angebote zum Umgang mit akut traumatisierten gibt es zumeist auf der Ebene der Laienhilfe (Stichwort: Debriefing).

Die PKS-H plant daher in Zusammenarbeit mit der Traumaambulanz die Ausbildungsaktivitäten in diesem Bereich zu verstärken. Neben der rein fachlich psychotherapeutischen Arbeit wird es auch erforderlich sein, geeignete Kolleginnen und Kollegen auf Leitungsaufgaben vorzubereiten. Hierzu gehört insbesondere die Vermittlung von Kenntnissen z.B. über die Organisationsformen von Rettungsdiensten, Polizei und Feuerwehr (die so genannte Stabsarbeit). Auch der Erwerb von Feldkompetenz gehört dazu. Dazu könnten Kollegen z.B. bei Großschadensübungen als Notfallpsychotherapeuten teilnehmen.

## 2. Norddeutscher Psychotherapeutentag

# Haben Psychotherapeuten immer Recht?

Samstag, 02. Juni 2007, 09.00 - 18.00 Uhr

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, der 2. Norddeutsche Psychotherapeutentag, zu dem wir Sie hiermit ganz herzlich einladen, steht in diesem Jahr unter dem Motto „Haben Psychotherapeuten immer Recht?“ Unter diesem Motto wollen wir uns mit den rechtlichen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Berufsausübung sowohl der angestellten als auch der niedergelassenen KollegInnen beschäftigen. Nach einer allgemeinen Einführung in das Thema wollen wir in den Workshops dieses Spannungsfeld „Recht – psychotherapeutische

Tätigkeit“ anhand konkreter Beispiele der Teilnehmer aus juristischer und kollegialer Sicht näher betrachten und gemeinsam Lösungswege und Praxishilfen erarbeiten. Sie haben dabei die Möglichkeit, zwei verschiedene Workshops nacheinander zu besuchen und somit Ihren individuellen Interessen entsprechend die Thematik zu vertiefen. Durch die Kooperation in den Workshops zwischen JuristIn und PsychotherapeutIn hoffen wir auf einen regen fachlichen Austausch und freuen uns, Sie in Kiel begrüßen zu dürfen.

## Programm

### Samstag, 02. Juni 2007

09.00 – 09.15	<b>Begrüßung</b> Dr. Oswald Rogner, Präsident der PKSH	<b>Workshops</b>	
09.15 – 10.00	<b>Vortrag 1</b> Vertragen oder Streiten? Der Psychotherapeut im Spannungsfeld seiner Rechte und Pflichten (RA Andreas Kühnelt – Justitiar der PKSH)	<b>WS 1</b>	<b>Selbst- und Fremdgefährdung</b> Wann darf, wann muss der Psychotherapeut eingreifen? (Rechtsanwältin Wiebke Arnold/Dipl.-Psych. Franz Seifert)
10.00 – 10.45	<b>Vortrag 2</b> Freiheit oder Zwang? Der Psychotherapeut im Focus öffentlicher Einrichtungen (Dr. Angelika Nierobisch, Vizepräsidentin der PKSH)	<b>WS 2</b>	<b>Schweigen ist Gold ...</b> Die Schweige- und Auskunftsspflicht des Psychotherapeuten (RA Stephan Gierthmühlen/Dr. Oswald Rogner)
10.00 – 10.45	<b>Kaffeepause</b>	<b>WS 3</b>	<b>Kein Beruf ohne Ordnung</b> Die tägliche Praxis im Lichte der Berufsordnung (RA Andreas Kühnelt/Dipl.-Psych. Lea Webert/Dipl.-Psych. Heiko Borchers)
11.15 – 12.00	<b>Vortrag 3</b> Macht oder Ohnmacht? Der Psychotherapeut in seiner Rolle als Beschäftigter (RA Axel Riefling, Kanzlei Koch Staats Kickler Schramm & Partner, Kiel)	<b>WS 4</b>	<b>Freiheit in Abhängigkeit</b> Antworten auf arbeitsrechtliche Fragen (RA Axel Riefling/Dipl.-Psych. Klaus Thomsen)
12.00 – 13.00	<b>Mittagspause</b>	<b>WS 5</b>	<b>Vor Gericht</b> Der Psychotherapeut als Partei, Zeuge oder Sachverständiger (Rechtsanwältin Nora Lutze/ Prof. Dr. Günter Köhnken)
13.00 – 15.00	<b>Workshop 1-5 (erster Durchgang)</b>	<b>ab 18.00</b>	lädt der Vorstand der Psychotherapeutenkammer S.-H. zum geselligen Ausklang des Psychotherapeutentages mit musikalischer Begleitung ein.
15.00 – 15.30	<b>Kaffeepause</b>		
15.30 – 17.30	<b>Workshop 1-5 (zweiter Durchgang)</b>		
17.30 – 18.00	<b>Höhepunkte aus den Workshops</b>		

#### Teilnahmegebühr:

Die Teilnahmegebühr für den 2. Norddeutschen Psychotherapeutentag beträgt € 75,-. Eine Ermäßigung auf € 40,- für Studenten, PIA und Erwerbslose ist auf Nachweis möglich.

#### Anmeldung:

Die Anmeldung erfolgt schriftlich mittels des Anmeldeformulars (Download von der Homepage oder auf telefonische Anfrage) und wird mit der Einzahlung der Teilnahmegebühr verbindlich. Anmeldeschluss ist der 04. Mai 2007. Die Zahl der Teilnehmer in den Workshops ist auf jeweils 30 Personen begrenzt, es gilt die Reihenfolge der Anmeldung.

#### Veranstalter:

Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein  
Walkerdamm 17, 24103 Kiel  
Tel.: 0413/66 11 990,  
FAX: 0413/66 11 995  
www.pksh.de, info@pksh.de

#### Veranstaltungsort:

**halle400**  
An der Halle 400 Nr.1, 24143 Kiel  
Tel.: 0431/36 400-0



Wir freuen uns darauf, mit interessierten und engagierten Psychotherapeuten dieses bisher in Schleswig-Holstein so kleine aber spannende Gebiet zu bearbeiten.

*Dr. Jens Kowalski*

## Wahlausschreiben zur Kammerwahl 2007

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben möchte ich Sie in meiner Eigenschaft als Wahlleiter über den Ablauf der diesjährigen Wahl zur Kammerversammlung informieren. Ich komme damit meiner Verpflichtung gem. § 4 der Wahlverordnung Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein nach, die Kammermitglieder über den Ablauf der Wahlen zu informieren.

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer S.-H. hat einen fünfköpfigen Wahlvorstand bestellt, der für die ordnungsgemäße Vorbereitung und Durchführung der Wahl verantwortlich ist. Der Wahlvorstand besteht aus folgenden Mitgliedern:

- Dipl.-Psych. Ute Glander
- Dipl.-Psych. Dagmar Helbig
- Dipl.-Psych. Peter Koch
- RA Andreas Kühnelt
- Dipl.-Psych. Sylvia Seelig-Huth
- Dipl.-Päd. Wolfgang Eicke (Ersatzmitglied)
- Dipl.-Psych. Helga Katenbrink (Ersatzmitglied)

Anschrift des Wahlvorstandes und des Wahlleiters:

Wahlvorstand der PKSH  
c/o Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein, Walkerdamm 17, 24103 Kiel.

Wahlleiter ist RA Andreas Kühnelt. Er wird vertreten durch Dipl.-Psych. Peter Koch.

Die beiden Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten bilden getrennte Wahl-

gruppen und wählen getrennt voneinander. Der Wahlleiter ermittelt die Anzahl der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten insgesamt und nach Geschlechtern getrennt. Die Zahl der Sitze der jeweiligen Gruppe errechnet der Wahlleiter anhand des Wählerverzeichnisses zum Stand 01. Januar 2007.

Wer die Approbation für beide Wahlgruppen besitzt, muss sich innerhalb von 10 Tagen nach schriftlicher Aufforderung entscheiden, in welcher Gruppe sie oder er das Wahlrecht ausüben will. Erfolgt die Entscheidung nicht eindeutig und fristgerecht, wird sie oder er der größeren Wahlgruppe zugeordnet. Den Betroffenen geht die Aufforderung gesondert per Post zu.

Gemäß § 4 der Wahlverordnung weise ich Sie auf folgende Einzelheiten und Fristen hin:

- Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer S.-H. wird nach den Grundsätzen der Mehrheitswahl aufgrund von ungebundenen Wahlvorschlägen gewählt. Zu wählen sind insgesamt 18 Mitglieder. Jede und jeder Wahlberechtigte hat so viele Stimmen, wie Mitglieder der Kammerversammlung in der entsprechenden Wahlgruppe zu wählen sind (§ 9 Absatz 2 Wahlverordnung).
- Die Wahl wird als Briefwahl durchgeführt. Die Wahlunterlagen werden am 16. Juni 2007 an die Wahlberechtigten abgesandt. Die Wahlunterlagen enthalten zwei unterschiedlich große Briefumschläge. Die Stimmabgabe erfolgt durch Übersendung des Stimmzettels, der sich in dem verschlossenen Wahlumschlag befindet, zusammen mit dem Wahlausweis in dem größeren Umschlag an den Wahlleiter.
- Ihre Stimmabgabe muss spätestens am 10. Juli 2007, Eingang bis 18:00 Uhr, beim Wahlleiter vorliegen.
- Wahlberechtigt sind nur solche Mitglieder der Psychotherapeutenkammer S.-H., die in einer Wählerliste eingetragen sind. Der Wahlleiter erstellt das Verzeichnis der Wahlberechtigten (Wählerliste). Innerhalb der Wählerliste wird nach den

beiden Berufsgruppen getrennt. Die Wählerliste ist vom 01. bis 07. Mai 2007 bei der Psychotherapeutenkammer S.-H. während der Geschäftszeiten zur Einsichtnahme durch Kammermitglieder ausgelegt. Die Geschäftsstelle ermöglicht die Einsichtnahme

Montags – Freitags in der Zeit von 10.00 – 12.00 Uhr und zusätzlich  
Dienstags und Mittwochs in der Zeit von 16.00 – 18.00 Uhr.

Während des gleichen Zeitraumes können Sie Einsicht nehmen, auch bei den Gesundheitsämtern der Kreise und den kreisfreien Städten in S.-H., die Abschriften der Wählerliste erhalten werden.

- Gegen das Wählerverzeichnis kann bis zum 15. Mai 2007 beim Wahlvorstand Einspruch erhoben werden. Über den Einspruch entscheidet der Wahlvorstand bis zum 28. Mai 2007. Die Wählerliste wird endgültig am 08. Juni 2007 abgeschlossen. Jede und jeder endgültig eingetragene Wahlberechtigte erhält einen Wahlausweis.
- Jedes wahlberechtigte Kammermitglied kann sich innerhalb seiner Wahlgruppe für die Wahl bewerben. Die Bewerbung erfolgt durch Einreichung eines Wahlvorschlages, der bis zum 05. Mai 2007 beim Wahlleiter unter der Adresse der Geschäftsstelle eingereicht werden muss. Im Wahlvorschlag sind Vor- und Zuname, Wohnort und Ort der Berufsausübung, Approbation als Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sowie Geburtsdatum der sich bewerbenden Person anzugeben. Der Wahlvorschlag ist von dem Bewerber zu unterzeichnen. Jede Bewerberin/jeder Bewerber kann sich nur einmal in ihrer/seiner Wahlgruppe bewerben. Nach Bekanntmachung der Wahlvorschläge, die bis spätestens 10. Juni 2007 erfolgt, kann jede Bewerberin/jeder Bewerber zum Zwecke der Wahlwerbung die Anschriften der von dem jeweiligen Wahlvorschlag betroffenen Wahlberechtigten gegen Kostenersatzung (5,00 €) von der Geschäfts-

stelle der Psychotherapeutenkammer erhalten, soweit die Wahlberechtigten der Bekanntgabe ihrer individuellen Daten nicht widersprochen haben.

- Die Wahlberechtigten haben die Möglichkeit, bis zum 05. Mai 2007 durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Wahlvorstand der Weitergabe ihrer Daten zu widersprechen.

In der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer, Walkerdamm 17, 24103 Kiel, wird das Wahlergebnis am 10. Juli

2007 ab 18.00 Uhr ermittelt und sodann bekannt gemacht. Bei der Ermittlung können alle Kammermitglieder anwesend sein, soweit die verfügbaren Räumlichkeiten es zulassen.

Die gewählten Kammermitglieder werden umgehend schriftlich benachrichtigt.

Mit freundlichen Grüßen

**RA Andreas Kühnelt**  
**Wahlleiter**

### Geschäftsstelle

Walkerdamm 17  
24103 Kiel  
Tel. 0431/661199-0  
Fax 0431/661199-5  
Mo bis Fr: 9 – 12 Uhr  
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr  
info@pksh.de  
www.pksh.de

Eine Einrichtung der St. Franziskus-Stiftung Münster · [www.st-franziskus-stiftung.de](http://www.st-franziskus-stiftung.de)

Für unsere

#### Klinik für Kinder und Jugendliche (Chefarzt Dr. med. Carsten Krüger)

suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt in Teilzeit eine/n

## Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/-en

Die Klinik für Kinder und Jugendliche verfügt über 34 Betten (davon 4 Betten auf der Intensivstation) und versorgt jährlich ca. 2.000 stationäre und über 6.500 ambulante Patienten. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung der Klinik (ca. 1.000 Geburten/Jahr). Schwerpunkte der Klinik sind bisher die Neonatologie, Epileptologie, Allergologie/Pulmonologie, Gastroenterologie, nichtinvasive Kardiologie, Endokrinologie und spezielle Infektiologie. Neu soll nun eine Abteilung für pädiatrische Psychosomatik in der Kinderklinik aufgebaut werden.

#### Wir wünschen uns:

- Eine/n Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/-en mit fundierter Erfahrung in verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Verfahren
- Engagement, Kreativität und Ideen für den Neuaufbau
- Soziale Kompetenz und Teamfähigkeit
- Mitarbeit bei der Umsetzung der christlichen Krankenhausziele

#### Wir bieten:

- Ein freundliches, engagiertes, dynamisches Team
- Großen gestalterischen Spielraum
- Leistungsgerechte Vergütung nach AVR
- Fortbildungsmöglichkeiten
- Urlaubs- und Weihnachtsgeld, zusätzliche Altersversorgung in der KZVK

#### Sie sind interessiert?

Für nähere Auskünfte steht Ihnen Herr Chefarzt Dr. Carsten Krüger gern zur Verfügung, Tel.: 02382/858 966.

**E-Mail:** [paediatric@st-vincenz-gesellschaft.de](mailto:paediatric@st-vincenz-gesellschaft.de), [info@st-vincenz-gesellschaft.de](mailto:info@st-vincenz-gesellschaft.de)

**Internet:** [www.sfh-ahlen.de/5114.html](http://www.sfh-ahlen.de/5114.html), [www.st-vincenz-gesellschaft.de](http://www.st-vincenz-gesellschaft.de)

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an die **Personalleiterin, Frau Ria Schulze Bockhorst.**

**St. Franziskus-Hospital, Robert-Koch Str. 55, 59227 Ahlen**



**ST. FRANZISKUS**

#### HOSPITAL Ahlen

*Wir sind ein modernes aktives Schwerpunkt-krankenhaus, das sich den Herausforderungen der zukünftigen medizinischen Versorgung stellt.*

*Mit 307 Betten versorgt es die Bewohner einer weitläufigen Region zwischen dem Münster- und Sauerland sowie dem Ruhrgebiet*

#### mit den Fachabteilungen

- Anästhesie
- Chirurgie
- Gynäkologie, Geburtshilfe
- Innere Medizin
- Neurologie
- Pädiatrie
- Radiologie
- HNO

#### Angeschlossen sind eine

- zentrale Krankenpflegeschule
- Hebammenschule

# Leserbriefe

Die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich vor allem angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe auch zu kürzen. Als Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht die der Redaktion wiedergeben.

## Zu Ulfried Geuter: „Körperpsychotherapie – Teil 1“, Psychotherapeutenjournal 2/2006

Sehr geehrter Herr Dr. Geuter,

für Ihren Artikel „Körperpsychotherapie – Teil 1“ im Psychotherapeutenjournal 2/2006 möchte ich mich herzlich bedanken. Es wurde wirklich Zeit, dass an so exponierter Stelle und so überzeugend dargestellt wurde, dass die Körperpsychotherapie nicht länger als exotische Sondermethode angesehen werden kann, sondern dass im Gegenteil nach den neuesten Erkenntnissen der verschiedensten Disziplinen an der Einbeziehung des Körpers in die Psychotherapie eigentlich kein Weg mehr vorbegehen kann.

Mit Bedauern und Befremden habe ich allerdings festgestellt, dass Sie in dem ge-

samten Artikel kein einziges Mal die Pesso-Therapie erwähnen, zumal Sie sich auf das Buch „Die Psychotherapie entdeckt den Körper“ und die entsprechende Tagung 2004 in München beziehen, wo diese neue Form der Körperpsychotherapie aus guten Gründen einen zentralen Platz eingenommen hat und dies auf der kommenden Tagung wieder tun wird.

Mit freundlichen Grüßen

*Barbara Fischer-Bartelmann  
Dipl.-Psych., M.A.  
Köpfelweg 58  
69118 Heidelberg  
Barbara.Fischer-Bartelmann@t-online.de*

## Zu Ulfried Geuter: „Körperpsychotherapie – Teil 1 und 2“, Psychotherapeutenjournal 2 und 3/2006

Herzlichen Dank der Redaktion für das Abdrucken dieses Artikels! Die äußerst fundierte Darstellung Ulfried Geuters über Hintergründe und methodische Vorgehensweisen einer körperorientierten Psychotherapie zu lesen, ist ein Vergnügen. Auch der in körperpsychotherapeutischen Methoden Unerfahrene erhält hier profunde Information über eine Arbeitsweise, die zu Unrecht noch oft skeptisch beäugt wird. Diese Skepsis ist einerseits nachvollziehbar, denn wir verlassen bei dieser Form der Arbeit einen sicheren Hafen, den des im wesentlichen nur über das Wort miteinander In-Beziehung-Tretens. Ein solcher Hafen bietet Klient wie Therapeut nicht nur Klärung, sondern auch Schutz. Andererseits: bleiben wir in der therapeutischen Arbeit

fixiert auf das Wort, so können wir uns über vieles hinwegreden, was nur jenseits der Sprache in einem umfassenderen therapeutischen Beziehungs- und Aktionsfeld Ausdruck und vor allem wahrnehmende Beachtung finden kann.

Ich erlebe immer wieder mit großem Berührtsein, wie gerade Patienten, deren eigene Verwundungen bereits präverbal angesiedelt sind, von körperpsychotherapeutischer Arbeit profitieren, weil sie sich auch auf nonverbale Weise (über Laute oder Körpergesten) leiblich ausdrücken können und, was phasenweise sogar noch wichtiger ist, weil sie auch auf diesen Ebenen Resonanz durch den Therapeuten erfahren (Spiegelerfahrung).

Aus ähnlichen Gründen gehört auch die körperliche Berührung gerade bei frühen Mangelenerfahrungen zu einem wichtigen Erfahrungs- und Lernfeld, das die Körperpsychotherapie bieten kann. Aspekte tiefer seelischer Kontaktlosigkeit und Selbstablehnung drücken sich auf körperlicher Ebene in der Schwierigkeit von Patienten zur Selbstberührung aus. Bei depressiven Patienten, welche eine Verlust- oder Unterbrechungserfahrung als Säuglinge erlebt haben, beeindruckt, wie sie sich über umrissene Erfahrungen von gehaltenwerden oder Massage relativ schnell aus depressiven Leeregefühlen herauschälen, um, nachdem sie den annehmenden Kontakt durch den Therapeuten und durch sich selbst erfahren haben, gekräftigt in eigenständig gestaltendes Handeln zu finden. (Auch hierfür bietet der Raum einer Körperpsychotherapie dann ein erstes gutes Ausdrucks- und Übungsfeld, z.B. um blindes Agieren von wachem, leiblich präsentem Handeln unterscheiden zu lernen.)

Eine zusätzliche Erfahrung ist: Körperpsychotherapie ist nicht nur ganzheitlicher, sondern häufig auch schneller in ihren Heilungsprozessen als rein an der Sprache ausgerichtete Psychotherapien. Um so größer für mich das Rätsel, wieso Patienten, die aus stationären Körperpsychotherapien kommen und dort damit gute Erfahrungen gemacht haben, diese derzeit ambulant nicht mit Kassenbezahlung fortsetzen können. Wann werden lang erprobte körperpsychotherapeutische Methoden erfahrener körperpsychotherapeutischer Schulen endlich anerkannt und gewürdigt, und in den Leistungskanon der Krankenkassen für ambulante Psychotherapie aufgenommen? Es schmerzt zu sehen, dass mit dem Psychotherapeutengesetz hier eher ein Rückschritt in der Methodenvielfalt einherging.

*Eva Pick-Göttel  
Psychotherapeutin und  
Körperpsychotherapeutin  
Kaiserslautern  
eva.pick-goettel@t-online.de*

## Axel Kobelt: „Sozialmedizinische Probleme in der Psychotherapie“ (Psychotherapeutenjournal 3/2006)

Die Arbeit von Herrn Kobelt über „Sozialmedizinische Probleme in der Psychotherapie“ zeigt sehr deutlich, „dass soziale und berufliche Probleme häufig als Krankheitsfolge auftreten“ (Kobelt). Ergänzend dazu möchte ich aufmerksam machen auf weitere derartige Probleme, die nicht nur als Krankheitsfolge, sondern als Folge von Psychotherapie auftreten können:

1. Eine Zahnärztin berichtet, dass sie während ihres Studiums zur Überwindung einer Partnerschaftskrise 20 sehr erfolgreiche Stunden Psychotherapie gemacht hat. Als sie sich dann eine Zahnarztpraxis kaufen und dazu bei der Bank einen Kredit aufnehmen wollte, verlangte die Bank zur Absicherung den Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung. Alle Berufsunfähigkeitsversicherungen verlangten wegen der Psychotherapie so hohe Risikoaufschläge, dass sie den Kauf einer Praxis nur finanzieren konnte, weil ihr Vater mit seinem Vermögen für sie gebürgt hat.

2. Ein junger Mann erzählt betrübt, dass seine Bewerbung für eine Ausbildung für den Polizeidienst abgelehnt worden war, da er angegeben hatte, dass er im Rahmen einer Krise Gespräche mit einem Psychiater geführt hatte.

Nach einer von einer Krankenkasse bezahlten Psychotherapie wird man nicht mehr in ein Beamtenverhältnis übernommen und bei Ausbildungsgängen abgelehnt, die in ein Beamtenverhältnis münden. Außerdem ist der Abschluss einer Berufsunfähigkeits- oder Lebensversicherung und der Wechsel in eine private Krankenversicherung mindestens fünf Jahre lang praktisch nicht mehr möglich. Ich habe schon die absurde Forderung gehört, dass man in seinem Wartezimmer mit einem Schild auf diese u.U. fatalen Folgen von Psychotherapie aufmerksam machen müsse.

*Dr. Manfred Prior  
Frankfurter Str. 19  
65830 Kriftel bei Frankfurt  
Manfred.Prior@meg-frankfurt.de*

### Anmerkung der Redaktion:

Die BPTK führte im vergangenen Jahr eine Umfrage unter den deutschen Krankenversicherungsunternehmen durch, die das Ausmaß der Diskriminierung psychisch kranker Menschen in der PKV deutlich machte. Im Rahmen der jüngsten Gesundheitsreform (GKV-WSG) setzte sich die BPTK erfolgreich für eine Verbesserung des Status psychisch Kranker in der PKV ein. Die vereinbarte Versicherungspflicht bedeutet, dass zukünftig niemandem der Zugang zu einer Krankenversicherung verwehrt werden kann. Wird der so genannte Basistarif gewählt, entspricht der Leistungskatalog dem der Gesetzlichen Krankenversicherung. Aktuell engagiert sich die BPTK dafür, dass die Ungleichbehandlung psychisch Kranker beim Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung im Rahmen des laufenden Gesetzgebungsverfahrens zum Versicherungsvertragsgesetz beendet wird. Umfrageergebnisse und Details zu den Gesetzesverfahren können unter [www.bptk.de](http://www.bptk.de) abgerufen werden.

## Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

### Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
Tel. 030/27 87 85-0  
Fax 030/278785-44  
Mo – Do 9.00 – 15.00 Uhr  
[info@bptk.de](mailto:info@bptk.de)  
[www.bptk.de](http://www.bptk.de)

### Baden-Württemberg

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

### Bayern

St.-Paul-Straße 9  
80336 München  
(Post: Postfach 151506  
80049 München)  
Tel. 089/515555-0  
Fax 089/515555-25  
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr  
Fr 9.00 – 13.00 Uhr  
[info@ptk-bayern.de](mailto:info@ptk-bayern.de)  
[www.ptk-bayern.de](http://www.ptk-bayern.de)

### Berlin

Kurfürstendamm 184  
10707 Berlin  
Tel. 030/887140-0, Fax -40  
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr  
Di 14.00 – 19.00 Uhr  
[info@psychotherapeutenkammer-berlin.de](mailto:info@psychotherapeutenkammer-berlin.de)  
[www.psychotherapeutenkammer-berlin.de](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de)

### Bremen

Hollerallee 22  
28209 Bremen  
Tel. 0421/27 72 000  
Fax 0421/27 72 002  
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr  
Mi 13.00 – 17.00 Uhr  
Sprechzeit des Präsidenten:  
Di 12.30 – 13.30 Uhr  
[verwaltung@pk-hb.de](mailto:verwaltung@pk-hb.de)  
[www.pk-hb.de](http://www.pk-hb.de)

### Hamburg

Curschmannstraße 9  
20251 Hamburg  
Tel. 040/4210 1234  
Fax 040/4128 5124  
Mo, Di, Do 9.00 – 15.00 Uhr  
Mi 9.00 – 17.00 Uhr  
Fr 9.00 – 14.00 Uhr  
[info@ptk-hh.de](mailto:info@ptk-hh.de)  
[www.ptk-hh.de](http://www.ptk-hh.de)

**Hessen**

Gutenbergplatz 3  
65187 Wiesbaden  
Tel. 0611/53168-0  
Fax 0611/53168-29  
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr  
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de  
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

**Niedersachsen**

Roscherstraße 12  
30161 Hannover  
Tel. 0511/850304-30  
Fax 0511/850304-44  
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr  
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr  
Beitragsangelegenheiten:  
Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr  
Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr  
info@pk-nds.de  
www.pk-nds.de

**Nordrhein-Westfalen**

Willstätterstraße 10  
40549 Düsseldorf  
Tel. 0211/522847-0  
Fax 0211/522847-15  
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr  
Fr 8.30 – 14.30 Uhr  
info@ptk-nrw.de  
www.ptk-nrw.de

**Rheinland-Pfalz**

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz  
Tel. 06131/5703813  
Fax 06131/5700663  
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr  
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr  
service@lpk-rlp.de  
www.lpk-rlp.de

**Saarland**

Talstraße 32  
66119 Saarbrücken  
Tel. 0681/9545556  
Fax 0681/9545558  
Mo, Di 8.30 – 12.30, 13.30 – 17.30 Uhr  
Mi 13.30 – 17.30 Uhr  
kontakt@ptk-saar.de  
www.ptk-saar.de

**Schleswig-Holstein**

Walkerdamm 17  
24103 Kiel  
Tel. 0431/661199-0  
Fax 0431/661199-5  
Mo bis Fr 9.00 – 12.00 Uhr  
Do 13 – 16 Uhr  
info@pksh.de  
www.pksh.de

**Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) Servicecenter Psychologie**

Postfach 540129  
01311 Dresden  
Tel. 0351/41373968  
Fax 0351/4109987  
opk@sc-psychologie.info

**Kleinanzeigen**

Kompetent – individuell – schnell  
Diplom-Psychologen bieten  
Supervision bei VT-Antragsstellung  
Tel.: 0385/598894  
Mobil: 0162/1006177  
E-Mail: joerg.koepke@hotmail.de

**Reif für die Liebe**  
Weiterbildung in Paarberatung.  
Beginn: 22. bis 24. Juni 2007.  
Mit Anna Finne-Teschke und Dr.  
Dieter Teschke. Infos unter 040/  
565550 oder www.wilder-frieden.de.

Zuverlässige, kompetente  
und qualifizierte  
**Supervision bei VT-Antragstellung**  
von Dipl.-Psychologin  
Tel.: 02234/949170;  
E-Mail: jubender@freenet.de

Suche  
Sandspielkasten  
+  
Miniaturen  
Tel.: 0511-5353-751  
beckmannstephansstift.de

**Fortbildungspunkte bei IDQ 2007/2008** Von den Kammern akkreditierte Seminare für Ärzte und Psychotherapeuten. Veranstaltungsorte: Frankfurt a.M. und Miltenberg [www.idq.de/](http://www.idq.de/)  
Tel.: 09371-948173

**Berichteschreiben**  
durch neue Software  
**ANTRAG PRO**  
endlich einfach:  
[www.antrag-pro.de](http://www.antrag-pro.de)  
Psy.dv **0228-211406**

Qualifizierte, schnelle und kostengünstige Supervision bei der Berichterstellung (TP) bietet erfahrene Psychotherapeutin (app.)  
Tel.: 06731/996247  
E-mail: A.Etgen@gmx.de

**Zuverlässige und kompetente Supervision** bei Kassenanträgen/-berichten für Erwachsene (TP) von erf. Psych. Psychotherapeutin  
Fon: 0441-504774  
E-Mail: antraege@ewetel.net

**Burnout Gesundheitsprophylaxe** für Psychotherapeuten  
20.-23.6.07 Schwielowsee, Potsdam 22.-26.10.07 Wannsee, Berlin zertifiziert mit 28 oder 40 Punkten Infomappe Tel: 030/7130 15 71 [www.koerper-tanz-therapie.de](http://www.koerper-tanz-therapie.de)

**Märkisches Institut für Psychotherapie GmbH**  
in Berlin-Brandenburg staatlich anerkannt – tiefenpsychologisch fundiert Neu für bereits approbierte KollegInnen ohne Eintrag im Arztregister oder für VerhaltenstherapeutInnen mit Interesse für eine weitere Fachkunde: KBV-anerkannte Qualifizierung in TP jeweils ab April und Oktober Neu Fachkunde Gruppenpsychotherapie ab Mai 2007  
[www.maerkisches-institut.de](http://www.maerkisches-institut.de)

**Tagung zur Psychodynamischen Beratung:** Begegnung im Kulturraum  
**auf der Museum Insel Hombroich 16.06.2007**  
Ref.: M. Hirsch, M. Löwer-Hirsch, C. Sies u.a.  
Veranstalter: Institut Psychodynamische OE + PM (POP) u. Institut Analytische Supervision (ASv)  
**Akademie für Psychoanalyse und Psychosomatik Düsseldorf e.V.**  
Kosten: € 110,- /130,-  
**5 Zertifizierungspunkte der Ärztekammer**  
Anmeldung: M. Pult 02182/9108  
HPult@t-online.de

**NLP-Ausbildungen und Systemische Ausbildung in München, Rosenheim, Ulm** FoBiPunkte für NLP Practitioner, Master, Coach NLP-Ausbildung mit Qualität seit 1986 alle Termine unter [www.inntal-institut.de](http://www.inntal-institut.de) INNTAL INSTITUT, Dipl.-Psych. Claus und Daniela Blickhan Astenweg 10a, 83109 Großkarolinenfeld, Tel. 08031 50601

**Tiefenpsychologisch fundierte, analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie**  
Supervision bei Kassenberichten für Erwachsene, Kinder und Jugendliche, schnelle und kompetente Hilfe durch Dipl.-Psych. mit 14 Jahren Erfahrung, Express-Service.  
Tel.: 0221 / 468 09 73,  
Fax: 0221 / 279 04 56, Mo.-Do. 9:00-15:00 Uhr, Fr. 9:00-10:00 Uhr

Qualifizierte Supervision bei VT-Antragsstellung für Erwachsene.  
Tel: 07681-25365  
Info@psdgc.de

**Raum Koblenz: Ausbildung in Focusing, 7 WE, zertifiziert von LPK mit 175 Pkt. Beginn 4. - 6. 5. 07, Dauer 1 Jahr, körper- und ressourcenorientiert, kreativ, achtsamkeitsbasiert, intuitiv u. effizient, fördert die persönl. Weiterentwicklung u. therap. Präsenz** [www.psychologische-fortbildung.de](http://www.psychologische-fortbildung.de)

Individuell – qualifiziert – erfahren  
Supervision bei der **Antragstellung** für  
• tiefenpsychologisch fundierte  
• analytische PT  
von Diplom-Psychologin  
Tel: 02232-29679  
Neue E-mail: kaheep@web.de

**Anzeigenschluss für die nächste Ausgabe ist der 23. Mai 2007**

**Raum Koblenz: Ausbildung in Focusing, 7 WE, zertifiziert von LPK mit 175 Pkt., Beginn 4. - 6. 5. 07, Dauer 1 Jahr, körper- und ressourcenorientiert, kreativ, achtsamkeitsbasiert, intuitiv u. effizient, fördert die persönliche Weiterentwicklung u. therap. Präsenz** [www.psychologische-fortbildung.de](http://www.psychologische-fortbildung.de)

**Mit wenig Aufwand viel Aufsehen erregen**  
[www.ptv-anzeigen.de](http://www.ptv-anzeigen.de)

## Stellenanzeigen rund um die Praxis

## Intervision

Suche Interventionsgruppe für Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie im Raum Hamburg.  
Klaus Wilting,  
Tel.: 040-51312870  
www.kindertherapiehamburg.de

**Interventionsgruppe in München** (ca. 1 x Mo 3-4 Std.) wünscht sich „Verstärkung“. Wir freuen uns über neuen Input von Fachkollegen.  
Mehr Infos per Telefon:  
089-54073600.

**Bremen**  
Neugründung Intervision/  
Qualitätszirkel,  
Focus tiefenpsychol. Körperarbeit  
Tel.: AB 0421/342257

**Bonn, Köln, Rhein-Sieg**  
PP, Arztregistereintrag, w,  
VT-Erwachsene, eig. Praxis,  
sucht Intervisions-/  
Supervisionsgruppe.  
Tel. 02241-1202788, 0173-9050116

## Jobsharing

Psychologischer Psychotherapeut (TP, Arztregistereintrag) sucht kurz- oder mittelfristig KV-Sitz, Jobsharing oder Praxismitarbeit im Raum **Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen**.  
Tel.: 0163 6225262

**KJP (VT, Approb., Arztreg.)** sucht KV-Sitz, Job-Sharing/ Mitarbeit in Psychoth. Praxis im Kreis OF/OF-Land, Kreis AS, DA, F. 06074/7295746, kuehnemundm@aol.com

Psychologische Psychotherapeutin mit Approbation/Fachkundenachweis und Arztregistereintrag (VT, Erw.) sucht **Jobsharing/Praxiserinstieg** im Raum Erlangen/Fürth/Nürnberg. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070108

**Nürnberg/Fürth**  
Erfahrene Psychologische Psychotherapeutin (TP und GP) sucht Job-Sharing-Möglichkeit.  
Umfang: nach Vereinbarung.  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070110

**Psycholog. Psychotherapeutin (VT)** mit Berufserfahrung in den Bereichen Sucht, Psychiatrie sowie Psychosomatik und einer Kunsttherapeutischen Zusatzausbildung sucht **Jobsharing/Mitarbeit** in Münchener Praxis.  
Tel. 089-54073600.

Junge PP (VT-E.),  
an integrativen Therapieansätzen interessiert, sucht ab 1. 6. 07 Jobsharing/Praxismitarbeit im Raum M.  
Tel.: 06341-141489

Unterstützung  
in Ihrer Praxis gewünscht?  
Erfahrene Psychotherapeutin sucht Job-Sharing-Anbieter im Raum Südpfalz, Karlsruhe oder Stuttgart.  
Telefon: 06345 / 4070944

PP (w) - VT (Erw.) Arztregister, langj. meth.übergreif. Berufserf., körperorientierte Psychoth., su. **Praxiserinstieg** (Mitarb., KV-Sitz etc.) od. **Kliniktät.**, Großf. **Südpfalz, Karlsruhe, Allgäu, Bodensee**. Chiffre PTPJ 070101

**Mit 20 Millimeter Höhe sind Sie dabei!**  
Diese Anzeige kostet gerade mal € 53,- zzgl. MwSt.

PPT (PA, Approb. u. Arztregister) sucht **Jobsharing/Mitarbeit** für ca. 10 h/Wo. in **München**  
Tel.: 089/33089676

**KJP (TP, Gestaltth., 47 J.)** sucht Job-Sharing o. KV-Sitz in Berlin o. Brandenburg Schwerpunkt. Jgdl. mit multiplen u. schweren psych. Störungen  
Tel.: 030 - 4365666

**Osnabrück**  
Berufserfahrene psycholog. Psychotherapeutin (TP) sucht Praxismitarbeit / Jobsharing  
Tel.: 0171-1651857

## Praxisabgabe

**Karlsruhe-Stadt**  
ausgelast. Praxis (PP-PA-TP Erw.) aus privaten Gründen ab 1. April 2008 abzugeben.  
Praxisraum u. Wohnung, ruhig i. Grünen gelegen, dennoch verkehrsgünstig, kann a.W. übernommen werden.  
Angebote erbeten an Chiffre PTPJ 070102

Psychoanalytiker (PP) mit über 30 Jahre lang etablierter Praxis für (PA/tiefp.-fun. Th./Gruppentherapie, Erw.) bietet KV Sitz im Jahre 2007 in Hannover (zentral) an. Separate Praxisräume sowie Einliegerwohnung sind nutzbar. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070103.

Zum II. Quartal 2007 biete ich meine umsatzstarke Psychotherapeutische Praxis für Kinder u. Jugendliche (TP) inkl. KV-Sitz im gesperrten Gebiet (Kr. Steinfurt) zum Verkauf an. Zuschriften erbeten an Chiffre 070104.

**KV-Sitz für KJP (PA/TP)** in Köln-West zum 01.01.08 abzugeben  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070106

**PP Praxis (PA, TP)** gut eingeführt, zentrale Lage (Ärztelhaus) in Dachau abzugeben.  
Tel. 08131/454244

**KV-Sitz/etablierte Praxis** (VT für PP + KJP; Existenz auch für andere Fachrichtungen) in Niederbayern im März 2008 zu verkaufen,  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070111.

Berlin:  
AKJP bietet Praxisbeteiligung ab sofort und Übernahme-möglichkeit (+ KV-Sitz) spätestens in 1 Jahr  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070112

KV-Sitz in Freiburg (PA, TP) in absehbarer Zeit zu verkaufen.  
Tel.: 0761/72696

**Münster**  
gut eingeführte Psychotherapiepraxis (PP, TP + AP) in zentraler Lage zu verkaufen.  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070114

Psychologische Psychotherapeutin verkauft **KV-Sitz in Aachen (Stadt)** gern zunächst zur Hälfte  
Zuschriften an Chiffre PTPJ 070113

Abgabe der KV-Zulassung für KJTH Praxis zum 1.1.2008  
Westlich von München  
Tel: 08141 / 818839

KV-Sitz (TP für Erwachsene) im Märkischen Kreis zu verkaufen  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070118

PP-Vertragsärztliche Praxis Erwachsene und Kinder-Jugendliche in 47533 Kleve ab 01.01.2008 zu verkaufen.  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070107

## Praxisgemeinschaft

**München**  
Räume in großzügiger psychotherapeutischer Praxis (120 qm) ab sofort zu vermieten, zentral (Waltherstr.), hell, ruhig, evt. auch tageweise.  
Tel.: 089/36105656

Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft im Kölner Stadtteil Ehrenfeld sucht eine(n) weitere(n) Kollegin oder Kollegen. Die Praxisgemeinschaft ist so organisiert, dass (nahezu) alle Zusatzarbeiten und -kosten im Betriebskostenanteil enthalten sind, so dass eine Konzentration auf das Nur-Fachliche ermöglicht wird. Im Wesentlichen: Hinsetzen und Fachkunde ausüben.  
Kontakt unter: 0221/5103358

## Praxisübernahme

Raum **Augsburg**  
Psych. Psychotherapeutin (VT) sucht KV-Sitz oder Jobsharing  
Tel.: 0170/2358659

Psycholog. Psychotherapeutin (VT) sucht KV-Sitz oder Job-Sharing in **Hamburg**.  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070115

**Erfahrene PP (TP, Erw.)** sucht KV-Sitz o. Jobsharing/ Mitarbeit in Bremen, Hannover, Niedersachsen, Osnabrück o. Münster. Tel. 0421/4940287 email:BaumannEl@t-online.de

Berufserfahrener **Psychologischer Psychotherapeut/Psychoanalytiker** (AP, TP) sucht **KV-Sitz im Großraum Düsseldorf/umliegende Städte** (auch perspektivisch)  
Tel.: 0211/3119529

Berufserfahrene **Psych. Psychotherapeutin** (VT Erwachsene) sucht **KV-Sitz** in **Ludwigsburg** oder Umgebung  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070116

**Raum Würzburg**  
Psycholog. Psychotherapeutin (VT-Erw, Arztregistereintrag) sucht KV- Sitz oder Jobsharing im Raum Würzburg. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 070105

Psychologische Psychotherapeutin (VT-E) sucht Kassensitz in Niederbayern/Oberpfalz; bevorzugt im Raum Regensburg/Straubing/Cham.  
Tel: 0173/6379880 oder michele.reissfachklinik-furth.de

**Suche KV-Sitz**  
Psychologischer Psychotherapeut  
Im **Schwarzwald-Baar-Kreis, Bodensee-Raum bis Freiburg**  
Tel. 0177 - 9093235

**Praxisübernahme**

**KJP**  
(VT, Syst. Th., 46 J.)  
sucht ab April '07 od. später  
Job-Sharing/KV-Sitz  
in od. um Berlin.  
Tel.: 030/39907500

**Suche KV-Sitz im Raum Münster**  
Psycholog. Psychotherapeutin (VT)  
sucht KV-Sitz, Jobsharing o.  
Entlastungsassistenz  
in Münster (+30 km) ab 2007.  
E-Mail: dg1609@t-online.de

**Wuppertal:**  
Psychologische  
Psychotherapeutin  
sucht Kassensitz ggfs. Jobsharing!  
Tel.: 0202/447336

Psychologische Psychotherapeutin  
(VT) sucht KV-Sitz  
in \*HD-MA-Umgebung\*  
spätestens 2008  
Schwerpunkt: Schmerztherapie  
Tel. 0611 / 6092484

Erfahrene Psychologische  
Psychotherapeutin  
(VT, KJ-VT in Ausb., prom.)  
sucht ab sofort halben oder  
ganzen KV-Sitz in **München**.  
Tel.: 089/72998070

Psych. Psychotherapeut (VT-Erw.)  
wünscht sich (jetzt oder später)  
einen KV-Sitz in Hannover,  
Osnabrück oder Westfalen  
Tel.-Nr. 05751-965499

**Psychologische  
Psychotherapeutin** (TP für Erw.)  
sucht KV-Sitz oder Jobsharing mit  
späterer Übernahmemöglichkeit in  
**AW, BN, BM, EU, SU**  
Tel.: 02226/157540

Reine Privatpraxis VT  
bietet  
Jobsharing in  
Heidelberg.  
Tel.: 0163-4537328

Suche Praxissitz  
**Psychologische  
Psychotherapeutin (VT, ERW)**  
Raum Baden-Württemberg,  
Franken, Hessen  
Tel.: 0621/1 56 42 94

KJPT (TP,PA) sucht  
KV-Sitz oder Jobsharing  
in Raum 4/5.  
Zuschriften erbeten unter  
Chiffre PTPJ 070117

Kölnener Psychologin  
kauft KV-Sitz  
von nettem Kollegen/in  
Ende 2007.  
Tel. 0177-5803463

Psychologische Psychotherapeutin  
sucht  
KV-Sitz oder Jobsharing  
mit späterer Übernahmemöglichkeit  
im **Kreis Esslingen**  
Tel.: 07022/260078

Deutsch-, englisch- und spanisch-  
sprachige Psychologische Psycho-  
therapeutin (VT) sucht kurz- oder  
mittelfristig KV-Sitz im **MTK,  
Wiesbaden oder Frankfurt a.M.**  
Tel.: 06192/9283777

**Dringend!** Psych. Psychothera-  
peutin (VT) sucht kurz- bis mittel-  
fristig **KV-Sitz** im Großraum  
**Wuppertal, Düsseldorf, süd-  
westliches Ruhrgebiet, Kreis  
Mettmann, Solingen,**  
Tel: 02104 12475 (AB)

**Psychologischer Psychotherapeut**  
(VT-Erw., Arztreg.)  
**sucht ab sofort KV-Sitz**  
o. Jobsharing/Mitarbeit  
in **Rheinland-Pfalz**  
Fon: 06531-970941

**Berlin**  
Ich **kaufe Ihre Zulassung**  
als **Psychologische(r)**  
**Psychotherapeut(in)**  
Zahle (fast) jede Ablösesumme !!!  
Tel. 0179 450 10 39

PP (VT, Erw.)  
sucht KV-Sitz-Abgabe  
im Raum Pfalz-Nordbaden-  
Südhessen-Rheinessen.  
Mail: sfu@vype.de  
Tel.: 0621-8283945

**Praxisvermietung**

**Schöner Therapieaum**  
in Münster-Innenstadt  
(halb-)tageweise  
zu vermieten.  
Tel. 0251 - 414 05 24

**Praxisraum in Berlin zu vermieten.**  
20 qm, Parkett, Erdgeschoß.  
Ruhig und zentral.  
5 Min. vom S-Bhf. Savignyplatz.  
250 € zzgl. NK.  
Tel.: 030 / 312 50 49

**Berlin-Steglitz:**  
Bieten Raum in eingeführter Praxis,  
19 qm, Villenetage,  
verkehrsgünstig, 244 €,  
zunächst befristet bis Dez. 2007.  
Tel. (030) 391 05 411,  
eMail: mgllxx@web.de

**Bremen**  
Schwachhausen,  
30 m² EZ-Wohnung,  
als Therapieaum nutzbar,  
günstige Verkehrsanbindung,  
Tel.: AB 0421/342257

**Darmstadt** Raum in schöner Praxis  
in der Nähe eines kleinen Parks zu  
vermieten. Es ist eine Praxis-  
gemeinschaft von Psychothera-  
peutinnen und anderen medizi-  
nisch-therapeutischen Fach-  
richtungen. Die Praxis ist  
verkehrsgünstig gelegen  
und sehr bekannt.  
Tel. 06151-292038 oder 54379

**Düsseldorf:**  
schöner heller Therapieaum, 20m²,  
hohe Decke (Altbau), in psycholo-  
gisch-psychotherapeutischer  
Praxisgemeinschaft ab sofort  
zu vermieten. Zentral gelegen  
mit sehr guter Verkehrsanbindung.  
Tel.. 0211-4921976

**Stellenangebote**

Psycholog. Psychotherapeut/in  
(evtl. auch in Ausbildung) für  
Gruppenpsychotherapie mit  
Erwachsenen im Großraum  
Dortmund auf Honorarbasis  
gesucht, Zuschriften erbeten unter  
Chiffre PTPJ 070109.

**Stellengesuche**

**Prom. Psychologische  
Psychotherapeutin**  
(VT Erw., Jg. 1967) sucht Jobsharing,  
Mitarbeit auf Honorarbasis oder  
Anstellung auch stundenweise,  
Mitarbeit in Privatpraxis oder MVZ.  
Raum BN, BM, SU, K,  
auch ländlicher Raum.  
Tel.: 0162/5975202  
oder 0228 / 605-101.

**Zivilgesellschaftliches Interesse?**  
PPTin (TP), Mitstreiterin,  
su. Tätigkeit in psa. Praxis  
/ psa. Einrichtung  
barbara\_ellwanger@hotmail.com

**Verschiedenes**

**Bremen** Suchen sie einen  
Rückzugsort für wiss., lit.,  
künstler., therap. Arbeit? EZ-Woh-  
nung 30m², Kochnische, Dusch-  
bad, Balkon, in ruhigem Haus,  
375,- incl., sehr gute Verkehrs-  
anbindung. Tel.: AB 0421/342257

**Ihre Chiffre-Zuschriften**  
**senden Sie bitte**  
**in einem zweiten**  
**geschlossenen Umschlag**  
**an den Verlag:**  
Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH,  
Herrn Günther Pfeffer  
Chiffre Nr. \_\_\_\_\_,  
Im Weiher 10,  
69121 Heidelberg

<http://www.ptv-anzeigen.de>

**Online buchen und Geld sparen!**

**Schnell, einfach und ohne Zusatzkosten\*** – können Sie ab sofort Ihren Anzeigenauftrag Online ausfüllen und an uns senden. Hier sehen Sie auch gleich, wie Ihre Anzeige erscheint.

\* Ohne Bearbeitungskosten (für Aufträge die per Fax eingehen, müssen wir € 10,- Bearbeitungskosten in Rechnung stellen)

## Branchenverzeichnis

**Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Für die Anzeigen sind die Inserenten verantwortlich. Eine Überprüfung der Angaben durch die Psychotherapeutenkammern findet nicht statt.

**Akademie bei König & Müller**

Semmelstraße 36/38  
D-97070 Würzburg  
Tel. 0931-46 07 90 33  
www.koenigundmueller.de  
E-Mail: akademie@koenigundmueller.de

**Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp)**

Bundesakademie  
Postfach 13 43  
72003 Tübingen  
Tel.: 0700 23723700  
Fax.: 0700 23723711  
bundesakademie@afp-info.de  
www.afp-info.de

**Aus-, Fort-Weiterbildung fortbildung1.de**

D-70197 Stuttgart  
Telefon 0711/ 6781 421  
Telefax 0711/ 6781 444  
info@fortbildung1.de  
www.fortbildung1.de

**ÄON Institut für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie & Supervision (ITFPS)**

Stockumer Str. 28, 58453 Witten  
Tel.: 02302/423400  
supervision@aeon-institut.info  
www.aeon-institut.info

**DAF Deutsches Ausbildungsinstitut für Focusing u. Focusing-Therapie**

D-97070 Würzburg, Ludwigstr. 8a  
Tel. 0931/416283, Fax 0931/411371  
E-Mail: info@focusing-daf.de  
Internet: www.focusing-daf.de

**Deutsche Akademie für Psychoanalyse**

Goethestr. 54, 80336 München  
Tel.: 08131/66 78 84  
Wadpcongress2007@dynpsych.de  
www.wadp-congress.de

**Deutsches Institut für Psychotraumatologie e.V.**

Telefon: 02245-9194-0  
www.psychotraumatologie.de  
Zert. WB f. app. PPT,  
Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie

**EMDR-Institut Deutschland**

51427 Bergisch Gladbach  
02204-25866  
www.emdr.de  
info@emdr-institut.de

**www.psycho-vision.de**

Virtuelle Realität in der Angstbehandlung  
www.cme-pt.de  
Zertifizierte Online-Fortbildung

**Helm-Stierlin-Institut**

Schloß-Wolfsbrunnengeweg 29  
69118 Heidelberg  
Tel.: 06221-71409-0  
Fax: 06221-71409-30  
mail: infohsi-heidelberg.com  
Internet: www.hsi-heidelberg.com

**Igw Institut für integrative Gestalttherapie**

Theaterstr. 4, 97070 Würzburg  
Fon: 0931/354450  
Fax: 0931/3544544  
info@igw-gestalttherapie.de  
www.igw-gestalttherapie.de

**Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin u. Sexuologie (IVS)**

Nürnberger Str. 22,  
90762 Fürth  
Tel.-Nr.: 0911 / 78 72 72 7  
FAX: 0911 / 78 72 72 9  
Email: ambulanz2ivs-nuernberg.de  
Homepage: www.ivs-nuernberg.de

**Märkisches Institut für Psychotherapie**

Dr. Thomas Kornbichler  
Dämmchen 17  
15837 Baruth/ Mark Schobendorf  
Tel.: 033704-66134/-66133 (FAX)  
info@maerkisches-institut.de  
Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp)  
Bundesakademie  
Postfach 13 43  
72003 Tübingen  
Tel.: 0700 23723700  
Fax.: 0700 23723711  
bundesakademie@afp-info.de  
www.afp-info.de

**Buchhandel/Verlage****CIP-Medien Verlagsbuchhandlung**

Nymphenburger Str. 185,  
80634 München  
Tel. 089-130793-21, E-Mail  
cipmedien@aol.com  
www.cip-medien.com

**Psychotherapeutenverlag Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH**

Im Weiher 10  
D-69121 Heidelberg  
Tel.: (0 62 21) 4 89-0  
Fax: (0 62 21) 4 89-52 9  
redaktion@psychotherapeutenjournal.de  
anzeigen@psychotherapeutenjournal.de  
www.psychotherapeutenjournal.de  
www.ptv-anzeigen.de  
www.huethig-jehle-rehm.de

**Verlag Hans Huber**

Hogrefe AG  
Länggassstr. 76  
CH 3000 Bern 9  
www.verlag-hanshuber.com

**Klinken / Rehasentren****Fachklinik Kamillushaus GmbH**

Heidhauser Str. 273  
45239 Essen  
Tel.: 0201/8406-0  
Fax: 0201/8406-180  
info@kamillushaus.de  
www.kamillushaus.de

**Fachklinik Waren (Müritz)**

Auf dem Nesselberg 5, 17192  
Waren (Müritz)  
Tel.: 01803/244142-0  
Fax: 01803/244142-404  
info@fachklinik-waren.de  
www.fachklinik-waren.de

**Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt**

Schön Kliniken  
Birkenweg 10, 24576 Bad Bramstedt  
Tel.: 04192/5040  
Fax: 04192/504550  
KlinikBadBramstedt@schoen-kliniken.de  
www.schoen-kliniken.de

**Medizinisches Versorgungszentrum****Timmermann und Partner**

**MVZ für körperliche und Psychische Gesundheit**  
Marienstraße 37, 27472 Cuxhasven  
Tel. 04721-393650 + 04721/396351  
mail@timmermann-und-partner.de

**Softwareanbieter****ergosoft GmbH**

Postfach 12 26  
67446 Haßloch  
Hotline: 06234/5995-11/-12/-13  
Tel.: 06324/5995-0  
Fax: 06324/5995-16  
ergosoft@t-online.de  
www.psychodat.de

**Nicht suchen – finden!****Das Branchenverzeichnis im Psychotherapeutenjournal**

Im Psychotherapeutenjournal findet der Psychotherapeut neben Fachinformationen, Rechtsgrundlagen, länderspezifische Informationen und einen umfangreichen Stellen- und Kleinanzeigenmarkt. Doch wo findet der Psychotherapeut die geeignete Klinik für seinen Patienten, Software, Versicherungen, Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstitute?

Ab sofort im **Branchenverzeichnis** vom Psychotherapeutenjournal. Eine Stichwortübersicht und Kontaktdaten der Firmen erleichtern dem Psychotherapeut das Suchen.

Wenn auch Sie von über **30.000 Psychotherapeuten** gefunden werden möchten, dann sichern Sie sich Ihren Eintrag im Branchenverzeichnis! Wie? Ganz einfach unter:

**www.ptv-anzeigen.de**

P.S. Ab Mitte 2007 steht das Branchenverzeichnis – neben unserem Stellenmarkt – den Psychotherapeuten auch Online zur Verfügung.



## Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal“ publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Das „Psychotherapeutenjournal“ ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet. Leserbriefe und andere Beiträge zu kammer-spezifischen Themen werden nicht im redaktionellen Teil der Zeitschrift abgedruckt. Sie werden von den jeweiligen Länderkammern selbst bearbeitet und können ggf. auf ihren Mitteilungsseiten veröffentlicht werden.

### Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskommission der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskommission für Psychologische Psychotherapeuteninnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuteninnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

### Redaktionsbeirat

Prof. Dr. Rainer Richter (BPTK), Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Dr. Annelie Scharfenstein (Rheinland-Pfalz), Ilse Rohr (Saarland), Dr. Uwe Speckenbach (Schleswig-Holstein).

### Anschrift Redaktion

Karin Welsch  
Bayerische Landeskommission der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
St.-Paul-Str. 9  
80336 München  
Tel.: 089/515555-19  
Fax: 089/515555-25  
welsch@ptk-bayern.de

### Verlag

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hühlig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/489-318; Fax: 06221/489-529, annette.kerstein@hjr-verlag.de

### Anzeigen

Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

### Satz

Strassner ComputerSatz  
69181 Leimen

### Druck

Kessler Druck + Medien  
86399 Bobingen

### Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)  
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)  
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 43,- (inkl. Versandkosten)  
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

### Abonnementsservice

Justus-von-Liebig-Straße 1, 86899 Landsberg, Tel. 08191/97000-641 (Frau Müller) oder -879 (Frau Hackenberg), Fax: 08191/97000-103, aboservice@hjr-verlag.de

### Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

### Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

### Manuskripte

Redaktionsschluss der Ausgabe 2/2007 ist der 20. März 2007, für Ausgabe 3/2007 der 29. Juni 2007. Manuskripte sind elektronisch (Diskette, Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 10 Seiten (zweizeiliger Abstand incl. Abbildungen und Tabellen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

### Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und 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. Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.