

ISSN 1611-0773
D 60843
7. Jahrgang

Psychotherapeuten- journal

www.psychotherapeutenjournal.de

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

2/2008

20. Juni 2008 (S.97-212)

- **Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie und das Methodenpapier**
- **Wissenschaftliche Anerkennung auf dem gerichtlichen Prüfstand**
- **Störungsbild Computerspielsucht**
- **Psychotherapie bei bipolar affektiven Störungen**
- **Gesundheitsberichterstattung über Psychotherapie**

**Psychotherapeuten
Verlag**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die psychotherapeutische Landschaft profitiert in hohem Maße von der gegebenen Vielfalt an effektiven Behandlungskonzepten. Psychotherapeuten benötigen eine gewisse methodische Freiheit, um im Einzelfall die besten Lösungen für konkrete Therapiesituationen zu finden und für Patienten mit unterschiedlichsten Problemkonstellationen und sozialen Hintergründen eine optimale Versorgung sicherzustellen. Die alltägliche Arbeit vieler Psychotherapeuten ist längst integrativ ausgerichtet, unbeeinträchtigt von institutionellen und berufspolitischen Grabenkämpfen. Die Vielfalt effizienter therapeutischer Ansätze zur Behandlung psychischer Störungen sollte sich auch in den Richtlinienverfahren und in der therapeutischen Ausbildung widerspiegeln.

Dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) kommt nach dem PsychThG die Aufgabe zu, auf Anfrage der zuständigen Behörden zu beurteilen, ob ein Psychotherapieverfahren wissenschaftlichen Ansprüchen gerecht wird. Wissenschaftlichkeit ist die Voraussetzung dafür, dass ein Verfahren zur Ausübung und Ausbildung berufsrechtlich anerkannt wird. Der WBP hat Ende 2007 in einem Methodenpapier Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden veröffentlicht, dies mit dem Ziel, die Beurteilungskriterien zu konkretisieren und Entscheidungsprozesse transparenter zu gestalten. Vertreter traditioneller, bisher nicht anerkannter Therapieansätze befürchten, dass durch die neuen Verfahrensregeln die Hürde für eine Anerkennung so hoch gesetzt wurde, dass nur noch spezifische Methoden anerkannt werden können und Nicht-Richtlinienverfahren endgültig ausgegrenzt werden. In Anbetracht der hohen Bedeutsamkeit des Methodenpapiers des WBP für die Weiterentwicklung der Psychotherapie in Deutschland hat sich der Redaktionsbeirat entschlossen, diesem Thema ein Schwerpunktheft zu widmen. Nach einer Einführung in die Thematik durch Rainer Richter, den Präsidenten der BPTK, stellt Rüdiger Nübling die Inhalte des Methodenpapiers vor. In Interviewform antworten die beiden Vorsitzenden des WBP,

Dietmar Schulte und Gerd Rudolf, auf ausgewählte Fragen des Redaktionsbeirats. Um die Vielfalt unterschiedlicher Positionen möglichst breit abbilden zu können, haben mit Günter Esser, Jürgen Kriz und Falk Leichsenring auch weitere Mitglieder des WBP Gelegenheit, die neuen Verfahrensregeln zu kommentieren.

Auch die Gerichte haben schon mehrfach das Gesundheitssystem verändert. Das OVG Nordrhein-Westfalen hat das Land NRW Anfang 2008 verpflichtet, eine geschäftspsychologische KJP-Ausbildungsstätte zuzulassen und kläre die Zuständigkeiten von WBP und Landesbehörde. Der noch nicht rechtskräftige Gerichtsbeschluss wird von Uta Cramer-Düncher und Mareke de Brito Santos-Dodt erläutert.

Vor dem Hintergrund ständig verfügbarer und immer realitätsnäher gestalteter virtueller Spielwelten hat in den vergangenen Jahren die Zahl der Betroffenen, die unter Computerspielsucht leiden, deutlich zugenommen. Das Störungsbild entwickelt sich oft schleichend und von der sozialen Umgebung kaum beachtet, so dass sich erst mit zunehmender Chronifizierung und wachsenden Folgeproblemen ein Krankheitsbewusstsein bei Angehörigen und Betroffenen einzustellen scheint. Klaus Wölfling und Kai W. Müller stellen in ihrem Beitrag „Phänomenologie, Forschung und erste therapeutische Implikationen zum Störungsbild Computerspielsucht“ den Stand der wissenschaftlichen Diskussion zu diesem verbreiteten, aber bisher wenig erforschten psychopathologischen Phänomen dar und stellen ein eigenes Modellprojekt zur Therapie von Computerspielsucht vor.

Nach heutigem Erkenntnisstand ist Pharmakotherapie im Rahmen der Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe von bipolaren affektiven Störungen nach wie vor unverzichtbar. Allerdings zeigen neuere Studien, dass es sinnvoll ist, die pharmakologische Behandlung durch psychoedukative und psychotherapeutische Interventionen zu flankieren. Britta Bernhard und Thomas D. Meyer stellen in ihrem Beitrag



„Psychotherapie für Betroffene mit bipolaren affektiven Störungen“ Konzepte zur psychotherapeutischen Behandlung bipolarer Störungen vor.

Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapie ist für vielfältige Störungsbilder sehr gut belegt. In Anbetracht dessen ist es kaum verwunderlich, dass eine Studie der Gmünder Ersatzkasse für viel Empörung unter Psychotherapeutenverbänden gesorgt hat. Die Autoren der Studie schlossen aus ihren Ergebnissen, dass die Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie dramatisch zugenommen habe, ohne dass Effekte auf den Gesundheitszustand nachweisbar wären. In dem Beitrag „Gesundheitsberichterstattung über Psychotherapie nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz: Ein kritischer Fall“ analysieren Frank Jacobi und Jürgen Hoyer präzise, inwieweit die Studienautoren verzerrte Schlussfolgerungen aus ihren Ergebnissen gezogen haben und mahnen Wachsamkeit gegenüber politisch motivierten Interpretationen von Studienergebnissen an.

Abschließend möchte ich unsere Leser darauf hinweisen, dass die inhaltlichen Zielsetzungen des PTJ erneuert wurden. Diese sind in der vorliegenden Ausgabe dargestellt.

Im Namen des Redaktionsbeirats wünsche ich Ihnen eine interessante Lektüre.

*Sascha Gönner (Rheinland-Pfalz)
Mitglied des Redaktionsbeirates*

Inhalt

Editorial	97
Die inhaltlichen Zielsetzungen des Psychotherapeutenjournals	100
Schwerpunktthema Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie	101
<i>Einleitung von Rainer Richter</i>	
<i>Rüdiger Nübling</i>	
Das Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Definierte Hürden für die Zulassung von Psychotherapieverfahren für Ausbildung und Berufsausübung.	102
Der Beitrag fasst die wichtigsten Punkte des Ende 2007 veröffentlichten Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) zusammen. Im Methodenpapier werden Kriterien definiert, die zu Bewertung der Wissenschaftlichkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens oder einer Methode herangezogen werden. Erstmals werden auch naturalistische Studien einbezogen.	
<i>Interviews mit Prof. Dr. Dietmar Schulte und Prof. Dr. Gerd Rudolf</i>	
Fragen zur Zukunft der Psychotherapie	110
Interviews mit den Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) vor dem Hintergrund der neuen „Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie“ (Methodenpapier) des WBP.	
<i>Jürgen Kriz</i>	
Vermessene Wissenschaftlichkeit – Kritische Aspekte und bedenkliche Tendenzen des Methodenpapiers.	117
<i>Falk Leichsenring</i>	
Zum Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie	119
<i>Günter Esser</i>	
Statement zu den neuen Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie.	121
<i>Uta Cramer-Düncher & Mareke de Brito Santos-Dodt</i>	
Wissenschaftliche Anerkennung auf dem gerichtlichen Prüfstand: Wer bestimmt, was „wissenschaftlich anerkannt“ ist? Der Beschluss des Oberverwaltungsgerichts Nordrhein-Westfalen zur Gesprächspsychotherapie.	123
Das Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen hat am 15.01.2008 das Land NRW verpflichtet, eine Ausbildungsstätte für die Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Gesprächspsychotherapie zuzulassen. Die Begründung des Gerichtsbeschlusses wird dargestellt, erläutert und diskutiert.	
Originalia	128
<i>Klaus Wölfling & Kai W. Müller</i>	
Phänomenologie, Forschung und erste therapeutische Implikationen zum Störungsbild Computerspielsucht.	128
Gehäuft auftretende Kasuistiken von Betroffenen, die suchartiges Computerspielverhalten aufweisen, haben in den letzten Jahren zu vermehrter Forschungsaktivität auf diesem Gebiet geführt und die Notwendigkeit erkennen lassen, speziell auf die Störung „Computerspielsucht“ zugeschnittene Interventionsmaßnahmen zu entwickeln und durchzuführen. In Form verhaltenstherapeutischer Gruppentherapien wird diesem Versorgungsbedarf in den Kliniken der Universität Mainz nachgekommen.	
<i>Britta Bernhard & Thomas D. Meyer</i>	
Psychotherapie für Betroffene mit bipolar affektiven Störungen.	134
In diesem Artikel werden psychotherapeutische Behandlungsmanuale für bipolare Störungen vorgestellt. Die familienfokussierte Therapie, die kognitive Verhaltenstherapie sowie die Interpersonelle und Soziale Rhythmustherapie, die im englischen Sprachraum entwickelt wurden. Daneben werden zwei deutschsprachige Manuale für die ambulante Einzeltherapie sowie für die stationäre und ambulante Gruppentherapie beschrieben.	

Zur Diskussion	140
<i>Frank Jacobi & Jürgen Hoyer</i>	
Gesundheitsberichterstattung über Psychotherapie nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz: Ein kritischer Fall	140
In dieser Stellungnahme wird die Interpretation des GEK-Gesundheitsreports 2007 kritisch hinterfragt, nach der die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie dramatisch zugenommen habe, ohne dass eine sichtbare Verbesserung des Gesundheitszustandes bei Psychotherapiepatienten zu verzeichnen sei.	
Buchrezensionen	144
<i>Josef Brockmann</i>	
Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2008). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Gießen: Psychosozial-Verlag	144
<i>Margret Kamm</i>	
Romer, G. & Haagen, M. (2007). Kinder körperlich kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe	146
Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern	149
Bundespsychotherapeutenkammer	149
Baden-Württemberg	153
Bayern	157
Berlin	162
Bremen	166
Hamburg	170
Hessen	173
Niedersachsen	179
Nordrhein-Westfalen	183
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer	187
Rheinland-Pfalz	192
Saarland	195
Schleswig-Holstein	200
Leserbriefe	205
Kontakt Daten der Kammern	207
Stellen-/Praxismarkt	109, 113, 208
Kleinanzeigen	210
Inserentenverzeichnis	210
Branchenverzeichnis	211
Impressum	212

Hinweis:

Alle Beiträge können Sie auch als PDF-Dokumente von der Internetseite der Zeitschrift www.psychotherapeutenjournal.de herunterladen.

Den Exemplaren der folgenden Länder sind in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen beigelegt/ingeheftet:

- Baden-Württemberg: Satzungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
- Bayern: Flyer zum 3. Bayerischen Landespsychotherapeutentag und zum Tag der Heilberufe
- Rheinland-Pfalz: Veröffentlichungen der LPK RLP

Die inhaltlichen Zielsetzungen des Psychotherapeutenjournals

Die Landespsychotherapeutenkammern und die Bundespsychotherapeutenkammer als Herausgeber des Psychotherapeutenjournals haben die inhaltlichen Zielsetzungen des Psychotherapeutenjournals und damit die Arbeitsgrundlage des Redaktionsbeirates erneuert.

„Mit dieser Zeitschrift wollen wir:

- Sie als Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten über allgemeine gesundheits- und

gesellschaftspolitische Fragen, die für die weitere Entwicklung unserer Berufe wichtig sind, informieren,

- ein Forum bieten, in dem die fachlichen Fragen der Ausübung und Entwicklung des Berufs, der Weiterentwicklung und Anwendung der Psychotherapie
- sowie aktuelle Themen der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung dargestellt und diskutiert werden können,
- eine Möglichkeit schaffen, regelmäßig und aktuell über rechtliche und wirtschaftliche Veränderungen zu berich-

ten, die bei der beruflichen Tätigkeit zu beachten sind, um Sie als Kammermitglieder in der Gestaltung Ihres beruflichen Alltags zu unterstützen,

- Ihnen nicht nur die Tätigkeit der Kammer, der Sie angehören, transparenter machen, sondern Ihnen auch den „Blick über den Zaun“ in die Tätigkeit anderer Kammern ermöglichen, und
- ein preiswertes Publikationsorgan für die amtlichen Mitteilungen der Kammern schaffen.“

Die Herausgeber des Psychotherapeutenjournals



Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG)

Die wichtigsten Veränderungen für Psychotherapeuten auf einen Blick

Herausgegeben von Dr. Ulrich Orlowski, Prof. Dr. Jürgen Wasem und Dieter Best. 2008. 61 Seiten. Kartoniert. € 19,-. ISBN 978-3-938909-32-4

Nach heftigen Auseinandersetzungen in der Politik ist die Gesundheitsreform am 1. April 2007 in Kraft getreten. Die Umsetzung der einzelnen Teile der Reform erfolgt in Stufen, so tritt ein neuer Einheitlicher Bewertungsmaßstab schon am 1. Januar 2008 in Kraft. Ein Jahr später wird – von Ärzten und Psychotherapeuten lange ersehnt – die gesetzliche Budgetierung aufgehoben. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds erwartet die Politik mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Und mit der Einführung eines einheitlichen Orientierungspunktes als Basis der Honorare der Ärzte und Psychotherapeuten wird mit der regionalen Honorarverteilung Schluss sein. Ob dies letztlich zu mehr Honorargerechtigkeit führt, wird sich wohl erst nach einiger Zeit zeigen. Die Psycho-

therapeuten jedenfalls knüpfen hohe Erwartungen an diesen Teil der Gesundheitsreform.

Auch in der privaten Krankenversicherung ändert sich einiges. So müssen die Versicherungen ab 2009 einen Basistarif anbieten und bei Neuverträgen eine Mitgabe der Alterungsrückstellungen bei Wechsel des Versicherungsunternehmens einkalkulieren.

Die vorliegende Broschüre stellt die wichtigsten Bestimmungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Überblick dar. Sie eignet sich deshalb gut als Orientierung über die Veränderungen, die auf Psychotherapeuten in den nächsten Jahren zukommen werden.



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

**Psychotherapeuten
Verlag**

Schwerpunktthema Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

Einleitung von Rainer Richter

Bundespsychotherapeutenkammer

Im April 2005 veranstaltete die Bundespsychotherapeutenkammer das Symposium „Evidenzbasierte Psychotherapie“ zur Bedeutung der Evidenzbasierten Medizin für psychotherapeutische Behandlungen. Über die kurze Zeit später auf dem 5. Deutschen Psychotherapeutentag geführte Diskussion findet sich im Bericht der BPTK (PTJ 2/2005): „Die Psychotherapeuten haben, darin war sich der 5. DPT einig, mit dem Symposium zur evidenzbasierten Psychotherapie am 5. April 2005 deutlich gemacht, dass sie sich in die Debatte um Evidenzbasierung einmischen werden. Evidenzbasierung, so unterstrichen die Delegierten, darf nicht technokratisch verkürzt werden. Wirksamkeitsnachweise aus der klinischen Praxis (effectiveness) sind zu berücksichtigen.“

Es ist bemerkenswert, dass diese proklamierte Diskussion bald danach verebbte und auch anlässlich der Novellierung der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Oktober 2005, bei der erstmals das Primat der Evidenzstufe 1, also der RCT-Studien, festgeschrieben wurde, allenfalls verhalten geführt wurde. Eine breite Diskussion in der Psychotherapeutenchaft setzte aber erst 2 Jahre später mit den Entwürfen zu dem „Methodenpapier“ des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) in der zweiten Jahreshälfte 2007 ein.

Die Transparenz des Beratungsverfahrens im Wissenschaftlichen Beirat ermöglichte es den Landespsychotherapeutenkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), mehreren Psychotherapeutentagen sowie den Fachgesellschaften und Berufsverbänden, die im Methodenpapier beschriebenen „Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie“ – durchaus kontrovers – zu diskutieren. Auch nach der Verabschiedung der derzeit gültigen Version 2.6 hält die Debatte über die Einzelheiten des Bewertungsverfahrens und die geregelte Kooperation mit dem G-BA unvermindert an. Angesichts der Bedeutung des Methodenpapiers für die zukünftige Entwicklung der Psychotherapie und damit für die Profession ist dies nicht verwunderlich.

So informiert dann das vorliegende Schwerpunktheft des Psychotherapeutenjournals über die Einzelheiten des Methodenpapiers. Vor allem aber will es verschiedene fachliche und politische Einschätzungen liefern, die es der Leserin, dem Leser ermöglichen sollen, sich eine eigene, fundierte Meinung zu bilden. Hierzu wurden die beiden Vorsitzenden des WBP mit gleich lautenden Fragen interviewt und drei weitere Beiratsmitglieder um Stellungnahmen gebeten.

Noch sind die Folgen des Methodenpapiers für die in der Versorgung psychisch Kranker derzeit verbreiteten sowie für neue Verfahren und Methoden nicht absehbar. Aber schon jetzt „müsste eine gewisse Ratlosigkeit aufkommen“, so Horst Kächele in einem gerade erschienenen Themenheft zum selben Thema, „wenn man ins Auge fasst, dass längst mehr als eine Therapie für bestimmte Störungen als evidenzbasiert identifiziert wurde“, und er bricht „angesichts der explodierenden Heterogenität der Forschungsbefunde eine Lanze für klinische Weisheit“. Wie in weiser Voraussicht findet sich im Bericht über den o. e. 5. DPT der Satz: „Die Debatte um das Leistungsangebot der GKV dürfe im Übrigen nicht bei Evidenzbasierung stehen bleiben“.

Allen Beteiligten danke ich für ihre Arbeit an dieser Zusammenstellung.

Kächele, H. (2008). Forscher und Praktiker – wer lehrt wen was? Persönlichkeitsstörungen. *Theorie und Therapie*, 12 (1), 54-63.

Prof. Dr. Rainer Richter

Präsident der
Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstr. 64
10179 Berlin
richter@uke.uni-hamburg.de

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

Das Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Definierte Hürden für die Zulassung von Psychotherapieverfahren für Ausbildung und Berufsausübung

Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Zusammenfassung: Der Beitrag fasst die wichtigsten Punkte des Ende 2007 veröffentlichten Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) zusammen. Im Methodenpapier werden Kriterien definiert, die zur Bewertung der Wissenschaftlichkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens oder einer Methode herangezogen werden. Die im

Psychotherapeutengesetz verankerte Begutachtung durch den WBP ist Voraussetzung für die Berechtigung zur Ausübung von Psychotherapie, nicht jedoch für die sozialrechtliche Zulassung (über die der Gemeinsame Bundesausschuss G-BA entscheidet). Im aktuellen Methodenpapier des WBP wird erstmals der Versuch unternommen, neben – den aus Sicht einer streng ausgelegten Evidence-based Medicine notwendigen experimentellen Studien (Randomized Cont-

rolled Trials RCTs) – auch naturalistische, d. h. in der konkreten Versorgungspraxis durchgeführte (und deshalb nicht experimentell kontrollierbare) Studien zur Bewertung der Wissenschaftlichkeit einzubeziehen. In diesem für eine faire Bewertung außerordentlich relevanten Punkt hebt sich das Methodenpapier deutlich von der Verfahrensordnung des G-BA (in dem Ergebnisse naturalistischer Studien denen aus RCTs nachgeordnet sind) ab.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie und Gemeinsamer Bundesausschuss

Im Psychotherapeutengesetz (PsychThG) wird an zwei Stellen wissenschaftlich fundierte Psychotherapie gefordert: Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben laut PsychThG im Rahmen ihrer Approbation Psychotherapie „mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren“ durchzuführen (§ 1 Abs. 3). In § 6 Abs. 2 des PsychThG ist geregelt, dass die Ausbildung zum Psychotherapeuten an Ausbildungsstätten zu erfolgen hat, in denen Patienten, „die an psychischen Störungen leiden, nach wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren stationär oder ambulant behandelt werden“. Die Wissenschaftlichkeitsklausel betrifft also sowohl die Ausbildung als auch die Ausübung von Psychotherapie. Die Ausbildungsstätten werden nach Prüfung von den jeweils zuständigen Landesbehörden

Mitglieder	Stellvertreter
I. von der Bundespsychotherapeutenkammer berufen	
Günter Esser (Potsdam) Thomas Fydrich (Berlin) Jürgen Kriz (Osnabrück) Falk Leichsenring (Göttingen) Dietmar Schulte (Bochum, Vorsitzender) Bernhard Strauss (Jena)	Jochen Eckert (Hamburg) Hans Reinecker (Bamberg) Hertha Richter-Appelt (Hamburg) Ulrich Stuhr (Hamburg) Kirsten von Sydow (Duisburg-Essen) Eberhard Windaus (Frankfurt)
II. von der Bundesärztekammer berufen	
Gerhard Buchkremer (Tübingen) Fritz Hohagen (Lübeck) Horst Kächele (Ulm) Ulrike Lehmkuhl (Berlin) Gerd Rudolf (Heidelberg; Vorsitzender) Michael Schulte-Markwort (Hamburg)	Manfred Cierpka (Heidelberg) Gereon Heuft (Münster) Gerd Lehmkuhl (Köln) Michael Linden (Berlin) Rolf Meermann (Bad Pyrmont) Renate Schepker (Ravensburg)

Tabelle 1: Aktuelle Besetzung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (Mitglieder und deren Stellvertreter)

den zugelassen, über die Rechtmäßigkeit der Berufsausübung hat im Zweifelsfall das Berufsgericht der Landeskammern zu befinden.

Für die Feststellung, ob ein Verfahren die Kriterien der „wissenschaftlichen Anerkennung“ erfüllt, hat der Gesetzgeber den

Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP, www.wbpsychotherapie.de) als Gremium zur Erarbeitung von Gutachten in Paragraph 11 des PsychThG verankert: „Soweit ... die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens Voraussetzung für die Entscheidung der zuständigen Behörde ist, soll die Behörde in Zweifelsfällen

ihre Entscheidung auf der Grundlage eines Gutachtens eines wissenschaftlichen Beirates treffen“. Die Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates sind somit bedeutsam für die berufsrechtliche Frage, welche Formen von Psychotherapie ausgebildet und nach Approbation angewandt werden dürfen.

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und Bundesärztekammer (BÄK) haben nach § 11 PsychThG zusammen den WBP zu bilden und vereinbart, diesen paritätisch zu besetzen. Für die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beruft die BPTK sechs Mitglieder und persönliche Stellvertreter und für die „Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie die „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ beruft die BÄK ebenfalls sechs Mitglieder und Stellvertreter. Die aktuelle Besetzung des WBP gibt Tabelle 1 wieder.

Neben der oben dargestellten gutachterlichen Beratung zur wissenschaftlichen Anerkennung sind BPTK und BÄK übereingekommen, dass der WBP auch „anderweitig fachwissenschaftlich bezogene Aufgaben bearbeitet“ und „im Rahmen seiner wissenschaftlichen Begutachtung zur überprofessionellen Einheitlichkeit beitragen soll, so dass seine Gutachten für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gleichermaßen Bedeutung erlangen.“ Beide Kammern haben weiterhin vereinbart, dass sie sich „dafür einsetzen, dass in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich die Gutachten des Beirats die jeweils rechtlich mögliche Verbindlichkeit erlangen“, d. h. beispielsweise Eingang in die ärztliche Weiterbildung finden (BÄK-BPTK, 2003).

Ergänzend soll hier nur am Rande erwähnt werden, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA; www.g-ba.de) als im Sozialgesetzbuch (SGB V) verankertes Gremium der sozialrechtlichen Selbstverwaltung entscheidet, welche Formen von Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und über die kassenärztlichen Vereinigungen von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden können. Hierbei ist neben der Wirksamkeit auch die Wirtschaftlichkeit

der Behandlung in die Zulassungsentscheidung einzubeziehen. Die Anerkennung zur Ausbildung und die berufsrechtliche Anwendung von Psychotherapie, die nach PsychThG wissenschaftlich anerkannte Verfahren umfassen soll, ist also getrennt von der sozialrechtlichen Zulassung und somit Bezahlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zu sehen. So kann der G-BA Gutachten des WBP (z. B. im Rahmen des Stellungnahmerechts, vgl. Abschnitt E der Verfahrensordnung des G-BA; G-BA, 2006) in seine Entscheidung für die Zulassung einbeziehen, ist aber nicht daran gebunden.

Erste Kriterien der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapie

Der Wissenschaftliche Beirat, dem, wie oben dargestellt, im PsychThG die Aufgabe zugewiesen ist, im Zweifelsfall auf Anfrage der zuständigen Behörde über die Wissenschaftlichkeit einer Behandlungsform zu entscheiden, veröffentlichte 1999 im Deutschen Ärzteblatt einen „Leitfaden für die Erstellung von Gutachten-Anträgen zu Psychotherapieverfahren“ (WBP, 1999). Hier sieht der WBP seine Aufgabe darin, einerseits Behörden in ihrer Entscheidung zu unterstützen, andererseits bot er an, auf Antrag von Fachgesellschaften Gutachten über die wissenschaftliche Anerkennung von Behandlungsverfahren zu erstellen und zu veröffentlichen. In diesem Leitfaden waren noch keine differenzierten Kriterien für die Qualität der vorzulegenden Studien genannt. Gefordert wurden Studien zum Nachweis der spezifischen Wirkung des jeweiligen Verfahrens sowie multimodale Erfolgsmessung bei relevanten Patientenpopulationen und Katamnesestudien. Es war den Antragstellern überlassen, die Indikationsbereiche für das Verfahren darzustellen.

Anwendungsbereiche der Psychotherapieverfahren

Die psychotherapeutische Ausbildung soll nach PsychThG zur Behandlung von „Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“ (§ 1 Abs. 3) befähigen. Hierbei ist nach § 8 Abs. 3 PsychThG in einem wissenschaftlich aner-

kannten Psychotherapieverfahren vertieft auszubilden. Letzteres bedeutet, dass ein für die vertiefte Ausbildung zugelassenes Verfahren befähigen sollte, mit dieser Therapie Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern zu behandeln. Dies veranlasste den WBP im Jahr 2000 Kriterien für die Anerkennung als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu veröffentlichen (WBP, 2000a; WBP, 2000b). Der Wissenschaftliche Beirat stellte hierbei fest, dass für ein Psychotherapieverfahren für die vertiefte Ausbildung die breite Wirksamkeit der Behandlung mit diesem Therapieverfahren für verschiedene so genannte Anwendungsbereiche nachzuweisen sei. In den 12 vom WBP festgelegten Anwendungsbereichen wurden größere Klassen von Diagnosen zusammengefasst, beispielsweise die depressiven Störungen, Angststörungen, dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen, Essstörungen oder Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Der Nachweis für die breite Wirksamkeit sei dann erbracht, wenn für jeden der Anwendungsbereiche Studien zum Wirksamkeitsnachweis vorliegen. Übergangsweise würden Nachweise für fünf Anwendungsbereiche genügen. Sei dieser Nachweis einer breiten Wirksamkeit des Verfahrens nicht möglich, könne dieses, so die Feststellung des WBP nur als „Zusatzverfahren“ im Rahmen der vertieften Ausbildung gelehrt werden.

Kriterien für den Wirksamkeitsnachweis: Mindestanforderungen für die Begutachtung

In einer weiteren Veröffentlichung legte der WBP fest, nach welchen Kriterien Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie beurteilt werden (WBP, 2004). Hierbei wird unterteilt in Studien, die vor und nach 1990 veröffentlicht wurden. Neben der Darstellung relevanter Outcomekriterien und reliabler Outcomeerhebung wird eine klinisch operationalisierte Diagnostik und Diagnose gefordert. Weiterhin werden zur untersuchten therapeutischen Intervention Kontrollbedingungen gefordert, um Spontanverlauf oder Veränderung im Vergleich zu anderen Psychotherapien beurteilen zu können. Für neuere Studien ab 1990 wird

hierzu ein Kontrollgruppendesign mit randomisierter Zuordnung gefordert.

Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats

Aufgrund der Erfahrungen mit den Kriterien für den Wirksamkeitsnachweis und den Anwendungsbereichen sah sich der WBP veranlasst, im Januar 2007 den Entwurf eines „Methodenpapiers“ vorzulegen. Nach Rückmeldungen aus Berufs- und Fachverbänden und den Länderkammern verabschiedete der WBP im Dezember 2007 dieses „Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie – Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie“ (WBP, 2007). Absicht sei, „neben seinem gesetzlichen Auftrag die wissenschaftlich-methodologische Weiterentwicklung des Faches und die allgemeine Diskussion zur evidenzbasierten Medizin unter Berücksichtigung des besonderen Charakters psychotherapeutischer Behandlungen“ (S. 3). Ziel der Überarbeitung der bisherigen Verfahrensregeln sei „die Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung auf Grundlage eines strukturierten und transparenten Beurteilungsprozesses, der für alle in Frage kommenden Psychotherapieverfahren und Psychotherapiemethoden in vergleichbarer Weise durchzuführen ist“ (ebd.).

Zentrale Punkte des Methodenpapiers sind

1. die Unterscheidung zwischen psychotherapeutischen Verfahren und Methoden,
2. die Kriterien der wissenschaftliche Anerkennung,
3. die Festlegung von Anwendungsbereichen der Psychotherapie.

1. Das Schwellenkriterium zur Differenzierung von Psychotherapie-Verfahren und Psychotherapie-Methode

In Abstimmung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der sich dieselbe Unterscheidung zeigen gemacht hat,

geht der WBP von folgendem Verständnis von Psychotherapie-Verfahren und Psychotherapie-Methoden aus:

Psychotherapie-Verfahren

Psychotherapie-Verfahren werden vom WBP wie folgt definiert: „Ein zur Krankheitsbehandlung geeignetes Psychotherapie-Verfahren ist gekennzeichnet durch

- eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung beziehungsweise verschiedene Theorien der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung auf der Basis gemeinsamer theoretischer Grundannahmen, und
- eine darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsstrategie für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen oder mehrere darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsmethoden für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen, und
- darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung“ (WBP, 2007, S. 4f).

Der Nachweis der Wirksamkeit eines Psychotherapie-Verfahrens für ein breites Erkrankungsspektrum (Kriterium 2) soll nach Beschluss des WBP und G-BA bei den am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen erfolgen und wird vom WBP und G-BA anhand des sog. Schwellenkriteriums geprüft:

- Für die Behandlung Erwachsener wird gefordert, dass die wissenschaftliche Anerkennung mindestens für die Anwendungsbereiche affektive Störungen und Angststörungen (Anwendungsbereiche 1 und 2, s.u.) sowie zusätzlich für mindestens eine Erkrankung aus den Bereichen somatoforme Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Anwendungsbereiche 3,4 oder 5, s.u.) oder für mindestens zwei der restlichen acht Anwendungsbereiche festgestellt wurde (vgl. WBP, 2007, S. 28).

- Analog wird für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen die wissenschaftliche Anerkennung für die Anwendungsbereiche affektive Störungen, Angststörungen, hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens (Anwendungsbereiche 1, 2 und 14, s.u.) oder mindestens zwei dieser Anwendungsbereiche 1, 2 und 14 und zusätzlich mindestens zwei der restlichen Anwendungsbereiche gefordert (vgl. WBP, 2007, S. 29).

Psychotherapie-Methode

Demgegenüber definiert der WBP eine Psychotherapie-Methode folgendermaßen: „Eine zur Behandlung einer oder mehrerer Störungen mit Krankheitswert geeignete Psychotherapiemethode ist gekennzeichnet durch

- eine Theorie der Entstehung und der Aufrechterhaltung dieser Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung,
- Indikationskriterien einschließlich deren diagnostischer Erfassung,
- die Beschreibung der Vorgehensweise und
- die Beschreibung der angestrebten Behandlungseffekte“ (vgl. WBP, 2007, S. 3).

Eine wissenschaftlich anerkannte Psychotherapiemethode muss die unten dargestellten Kriterien der wissenschaftlichen Anerkennung erfüllen.

Als *Psychotherapie-Technik* wird die konkrete Vorgehensweise im Rahmen der Methode oder des Verfahrens bezeichnet, bspw. für die Verhaltenstherapie die Reizkonfrontation in vivo, für die psychodynamischen Verfahren die Übertragungsdeutung.

Mit der Unterscheidung von Psychotherapie-Verfahren und Psychotherapie-Methoden wurde die nur für Methoden gültige indikationsbezogene Zulassung für die Psychotherapie-Verfahren vermieden, letztere können so weiterhin für das gesamte Spektrum der Psychotherapie zugelassen und für die vertiefte Ausbildung anerkannt werden.

2. Wissenschaftliche Anerkennung

Entsprechend der gesetzlichen Definition von Psychotherapie als „jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“ (PsychThG § 1 Abs. 3) geht der Wissenschaftliche Beirat davon aus, „dass **die wissenschaftliche Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens dann festzustellen ist, wenn es sich aus wissenschaftlicher Sicht um ein Psychotherapieverfahren handelt, dessen Durchführung in der Praxis zur Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert führt**“ (WBP, 2007, S. 6, Fettdruck und Unterstreichungen im Original). Damit ergeben sich für den WBP vier Kriterien für die Beurteilung von Forschungsarbeiten zum Wirkungsnachweis von Psychotherapieverfahren und -methoden:

„1. Der Einsatz der Intervention erfolgt bei Personen, die unter einer Störung mit Krankheitswert leiden, und der beobachte-

te therapeutische Effekt stellt eine Heilung oder Linderung dieser Störung dar. [...]

2. Der beobachtete therapeutische Effekt ist intersubjektiv feststellbar und replizierbar. [...]

3. Der erzielte Effekt muss mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die psychotherapeutische Intervention zurückführbar sein (interne Validität). [...]

4. Die untersuchte psychotherapeutische Intervention ist in der Praxis unter den Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens effektiv durchführbar (externe Validität)“ (WBP, 2007, S. 6ff).

Der gesamte Prozess der Evaluation eines Psychotherapieverfahrens oder einer Psychotherapiemethode durch den WBP wird in einem Gutachtenprotokoll festgehalten, dessen einzelne Stufen weitgehend operationalisiert wurden. Neben den dargestellten und weiter unten spezifizierten Kriterien werden zur Beurteilung eines Verfahrens oder einer Methode verlangt:

- Darstellung der Theorie und Behandlungsstrategie/-methode des Verfahrens oder der Methode und deren Aus- bzw. Weiterbildung,
- die Beschreibung der Anwendungsbereiche (siehe unten) des Verfahrens oder der Methode, differenziert für Psychotherapie bei Erwachsenen und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, weiterhin Kontraindikationen und unerwünschte Wirkungen (vgl. WBP, 2007, 15).

Die vorzulegenden Studien zur Wirksamkeit eines Verfahrens oder einer Methode werden nach den o.g. Kriterien überprüft, die weiter spezifiziert werden (vgl. WBP, 2007, S. 19-23). Hierzu hat der WBP einen umfangreichen Kriterienkatalog vorgelegt und jedes Kriterium hinsichtlich seiner Qualität definiert (vgl. ebd., S. 31-36):

1. Feststellung des Gegenstands der Untersuchung,
2. Beurteilung der allgemeinen methodischen Qualität der vorgelegten Studien,
3. Beurteilung der internen Validität der vorgelegten Studien,

EMDR-Institut Deutschland

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



EMDR ist eine von Dr. Shapiro (USA) entwickelte erfolgreiche Psychotherapiemethode zur Behandlung von Traumafolgerkrankungen und ist gut integrierbar in jedes Psychotherapieverfahren. Die praxisnahe Ausbildung erfolgt in supervidierten Kleingruppen und ist mit **Fortbildungspunkten** zertifiziert. 2006 wurde EMDR als wissenschaftliche Methode anerkannt.

Dr. Arne Hofmann und sein Team sind in Deutschland die einzigen von Dr. Shapiro autorisierten EMDR-TrainerInnen.

EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

12.-14.06.08 + 05.09.08 **Köln**
 18.-20.09.08 + 17.10.08 **Krefeld**
 26.-28.09.08 + 08.11.08 **Bremen**
 03.-05.10.08 + 22.11.08 **Berlin**
 24.-26.10.08 + 22.11.08 **München**
 06.-08.11.08 + 05.12.08 **Köln**
 07.-09.11.08 + 24.01.09 **Leipzig**
 13.-15.11.08 + 16.01.09 **Nürnberg**

Info und Anmeldung:

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

EMDR-Institut

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



(0251) 48 10-110

Finden Sie Ihren persönlichen Weg!

Magersucht und Bulimie ...bewältigen

Finden Sie mit unserer Unterstützung und im Rahmen intensiver Psychotherapie Ihren persönlichen Weg aus der **Magersucht** oder **Bulimie**.

Mit unserem **wissenschaftlich fundierten Konzept** behandeln wir, mit einem überdurchschnittlich großen Anteil an Einzeltherapien, Erwachsene und Jugendliche ab 14 Jahren, auch mit stark chronifizierten Ess-Störungen.

Kostenübernahme: Beihilfe, Privatversicherungen, GKV-Einzelfallentscheidung.

Ärztliche Leitung: Dr. med. Schide Nedjat
 Volker J. Rövekamp

Außerdem behandeln wir:

- Angststörungen
- Zwangserkrankungen
- Depressionen
- Posttraumatische Belastungsstörungen



Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie

Christoph-Dornier-Klinik GmbH
 Tibusstraße 7 - 11, 48143 Münster
 Telefon (0251) 4810-110
 www.c-d-k.de

4. Beurteilung der externen Validität der vorgelegten Studien,
5. Beurteilung der Ergebnisse der Studien.

Für Wirksamkeitsstudien, die bis Ende 1989 publiziert wurden, legt der WBP entsprechend seinem Beschluss vom Juni 2006 ebenfalls Bewertungskriterien fest, wobei mindestens fünfzig Prozent der Wirksamkeitsstudien neueren Datums sein müssen.

Die wissenschaftliche Anerkennung für jeweils einen Anwendungsbereich (siehe unten) sei dann festgestellt, wenn hierfür mindestens drei methodisch adäquate und valide Studien – zwei davon mit positiv beurteilter interner und zwei mit positiv beurteilter externer Validität – vorliegen und in einer katamnestischen Untersuchung der Therapieerfolg nach mindestens sechs Monaten nachgewiesen ist und keine Hinweise auf erhebliche schädliche Effekte des Psychotherapieverfahrens oder der Psychotherapiemethode vorliegen (vgl. WBP, 2007, S. 24f). Für die wissenschaftliche Anerkennung einer Psychotherapiemethode für die Behandlung einer einzelnen Störung genügen zwei unabhängige Studien, die im Wesentlichen die im vorangegangenen Absatz dargestellten Kriterien erfüllen (vgl. WBP, 2007, S. 26f).

3. Definition von Anwendungsbereichen der Psychotherapie

Wie oben dargestellt und im Methodenpapier ausgeführt hat der WBP „von Beginn seiner Tätigkeit an festgestellt, dass vom Nachweis der Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens oder einer Methode bei einem Anwendungsbereich nicht generell auf die Wirksamkeit des gesamten psychotherapeutischen Verfahrens oder der Methode bei einem anderen Anwendungsbereich geschlossen werden kann“ (WBP, 2007, S. 10). Da, so der WBP, der Wirksamkeitsnachweis bei Erwachsenen nicht den Rückschluss zulässt, dass diese Intervention auch bei Störungen im Kinder- und Jugendlichenalter wirksam ist und umgekehrt, hat der WBP festgelegt, „Wirksamkeitsnachweise für verschiedene Anwendungsbereiche [...] getrennt zu überprüfen und anzugeben, für welche Anwendungsbereiche ein Psychotherapiever-

1. Affektive Störungen (F3; einschließlich F94.1; F53)
2. Angststörungen und Zwangsstörungen (F40 – F42; F93 und F94.0)
3. Somatoforme Störungen und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen; F44 – F48)
4. Abhängigkeiten und Missbrauch (F1, F55)
5. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F6)
6. Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43)
7. Essstörungen (F50)
8. Nicht-organische Schlafstörungen (F51)
9. Sexuelle Funktionsstörungen (F52)
10. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54)
11. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)
12. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0)
13. Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F7) und tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)
14. Hyperkinetische Störungen (F90) und Störungen des Sozialverhaltens (F91, F94.2 – F94.9)
15. Umschriebene Entwicklungsstörungen (F80 bis F83)
16. Störungen der Ausscheidung (F98.0, F98. 1)
17. Regulationsstörungen/ Fütterstörungen (F98.2)
18. Ticstörungen und Stereotypien (F95 und F98.4)
19. Gemischte Störungen bei Patienten mit komplexen Störungen mit mehreren ICD-Diagnosen

Tabelle 2: Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen

fahren oder eine Psychotherapiemethode als wissenschaftlich anerkannt gelten kann“ (WBP, 2007, S. 10f). Für die Überprüfung hat der WBP 18 Anwendungsbereiche im Sinne größerer Klassen von Störungen gebildet sowie eine Kategorie „gemischte Störungen“ für komplexe Störungen, die durch mehrere ICD-Diagnosen abgebildet werden, hinzugefügt (vgl. Tabelle 2). Dabei gelten die Bereiche 15-17 nahezu ausschließlich für Kinder und Jugendliche.

Empfehlungen für die Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PP und KJP) sowie für die ärztliche Weiterbildung

Im letzten Kapitel des Methodenpapiers wird ausgeführt, dass ein Psychotherapieverfahren oder eine Psychotherapiemethode grundsätzlich Gegenstand der vertieften Ausbildung von PP und KJP beziehungsweise der ärztlichen Weiterbildung sein können.

Mit Bezug auf die gesetzliche Vorschrift, dass die vertiefte Ausbildung „in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren“ (PsychThG) zu erfolgen hat, empfiehlt der Wissenschaftliche Beirat, nur solche Psychotherapieverfahren für die vertiefte Ausbildung für PP und KJP

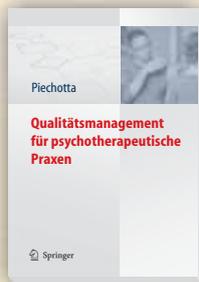
anzuerkennen, die „durch die Breite ihrer Anwendungsbereiche ihre Relevanz für eine umfassende psychotherapeutische Versorgung nachgewiesen haben“ (WBP, 2007, S. 27). Nach den Ausführungen des WBP sollen nur solche Psychotherapieverfahren für die vertiefte Ausbildung zugelassen werden, die die oben dargestellten Kriterien eines Psychotherapieverfahrens, d. h. das o.g. Schwellenkriterium für breite Wirksamkeit, erfüllen. Liegt die Anerkennung nur für eine geringere Anzahl von Anwendungsbereichen vor, können diese Verfahren oder Methoden, so die Anregung des WBP, im Rahmen der inhaltlich nicht festgelegten Ausbildungszeiten gelehrt werden.

Kritische Würdigung des Methodenpapiers

Im Minderheitenvotum von Jürgen Kriz, der als Mitglied des wissenschaftlichen Beirates dem Methodenpapier nicht zugestimmt hat, sind mehrere kritische Punkte aufgeführt (WBP, 2007, S. 38ff):

1. Es wird für das Methodenpapier die Gefahr einer Missinterpretation dergestalt gesehen, dass man mit der Begutachtungsmethode ein Psychotherapieverfahren in Teilbereiche auflösen wolle, um diese jeweils als wissenschaftlich zu bestätigen oder zu verwerfen, was der von den beiden Vorsitzenden der ersten

Verstehen und **Therapieren.**



2008. 270 S. 20 Abb. Brosch.
€ (D) 39,95



6. Aufl. 2008. 600 S. 9 Abb.
Brosch. € (D) 36,95



2. Aufl. 2008. 512 S. 40 Abb.
Geb. € (D) 39,95



2008. CD-ROM. Single User
License. € (D) 199,95



2008. 330 S. 10 Abb. Geb.
€ (D) 34,95



3. Aufl. 2008. 358 S. Brosch.
€ (D) 22,95



5. Aufl. 2008. Etwa 270 S. Geb.
€ (D) 44,95



2008. 244 S. 18 Abb. Geb.
€ (D) 29,95



2008. Etwa 350 S. 20 Abb.
Geb. € (D) 34,95

Herbstprogramm 2007

R. Frank: Therapieziel Wohlbefinden
M. Berking: Training emotionaler Kompetenzen
F. Lasogga, B. Gasch: Notfallpsychologie
B. Kröner-Herwig: Schmerzpsychotherapie

A. Lohaus et al.: Stressbewältigung für Kinder und Jugendliche
F.J. Robertz, R. Wickenhäuser: Der Riss in der Tafel
G. Kaluza: Gelassen und sicher im Stress
T. Müller-Rörich: Schattendasein - Das unverstandene Leiden Depression

070433x

€(D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7% MwSt;
€(A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10% MwSt.
Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

- Amtsperiode des WBP zum Ausdruck gebrachten Intention widerspräche.
- Die Zulassung von Verfahren zur Ausbildung und über Vertiefungsgebiete ist Angelegenheit der zuständigen Landesbehörden, hier solle der WBP nicht über seinen Gutachtenauftrag hinausgehend eingreifen wollen.
 - Da es neben „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ nur „Psychologische Psychotherapeuten“ – nicht „Erwachsenenpsychotherapeuten“ – mit berufsrechtlicher Behandlungserlaubnis für alle Altersgruppen gebe, sei die Trennung in Psychotherapie bei Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen ohne Gutachtenauftrag weder erforderlich noch möglich und inhaltlich nicht haltbar. Es sollte deshalb eine angemessene Symptom- und Altersvarianz für Wirksamkeitsstudien gefordert werden.
 - Therapeutische Ansätze wurden, wie in anderen Ländern bis heute, in der ambulanten Behandlung vor Inkrafttreten des PsychThG bei Kranken angewendet und werden im stationären Kontext erfolgreich eingesetzt. Diese seien gegenüber den sog. Richtlinien-therapien benachteiligt. Weiterhin würden im Methodenpapier nur quantitative Wirksamkeitsbeweise Berücksichtigung finden, andere Forschungsansätze wie qualitative Einzelfall- und Gruppenstudien sowie Prozessforschung oder Untersuchungen zur Wirkweise würden keine Berücksichtigung bei der Evaluation finden, obwohl letztere sowohl in Universitäts-Lehrbüchern als auch der internationalen Wissenschaftlergemeinschaft Anerkennung finden würden. Somit sei es für Psychotherapieverfahren, deren wissenschaftliche Begründung und Erforschung vorwiegend auf anderen als der quantitativen Prüfmethodik beruhe, benachteiligt gegenüber Verfahren, die diese Methodik bevorzugen.

Weiterhin darf das Urteil des Oberverwaltungsgerichts Nordrhein-Westfalen (OVG NRW) vom 15.01.2008 nicht unerwähnt bleiben. Ein Ausbildungsinstitut hat auf staatliche Anerkennung für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichentherapeuten für Gesprächspsychotherapie geklagt. In der Vorinstanz hatte das Verwaltungs-

gericht Köln seine Entscheidung auf das Gutachten des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie gestützt, dass Gesprächspsychotherapie mangels entsprechender Wirksamkeitsnachweise für die Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht anerkannt werden könne. Das OVG NRW weist darauf hin, dass Entscheidung zur Zulassung für die vertiefte Ausbildung ausschließlich der zuständigen Landesbehörde zustehe, während dem wissenschaftlichen Beirat mit der Aufgabe der Erstellung eines Gutachtens in Zweifelsfällen lediglich eine Beratungsfunktion, nicht aber eine Entscheidungsbefugnis zugewiesen werde. Dies bedeutet, wie das OVG weiter ausführt, dass weitere Kriterien für die Zulassung zur vertieften Ausbildung von der zuständigen Behörde Berücksichtigung finden sollten. Die zuständige Landesbehörde hat gegen die Entscheidung des OVG NRW Revision eingelegt, so dass die Entscheidung, in welcher Form über die wissenschaftliche Anerkennung zu befinden sein wird, vom Bundesverwaltungsgericht zu treffen sein wird.

Der WBP hat sich mit seinem Methodenpapier deutlich von der für die sozialrechtliche Zulassung von Methoden und Verfahren entscheidenden Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, 2006) abgegrenzt. In ihr wird in enger Auslegung der evidence-based medicine (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996; Sackett, Richardson, Rosenberg & Haynes, 2000) die Verfügbarkeit von Therapiestudien auf der Basis von RCTs (Randomized Controlled Trials, experimentelle Studien) als Hauptkriterium für die Zulassung definiert. Die dadurch bedingte Überbewertung der internen auf Kosten der externen Validität ist z.T. deutlich kritisiert worden (vgl. z. B. Campbell et al., 2000; Fydrich & Schneider, 2007; Kächele, 2006; Heekerens, 2005; Leichenring, 2004a, b; Porzolt, Ackermann & Amelung, 2006; Shadish, Matt, Navarro & Phillips, 2000; Tschuschke, 2005; Zurchor, 2003), sogar von Vertretern der Pharmaforschung (Porzolt et al., 2006), in der das RCT-Paradigma eine besonders hervorgehobene Rolle spielt. Kern der Kritik ist, dass experimentelle Studien (RCTs) eine künstliche Situation beforschen und letztlich u.U. nur sehr begrenzt etwas über

die Wirkung unter Alltagsbedingungen (Generalisierbarkeit, externe Validität) aussagen können. Wie Fydrich und Schneider (2007) hervorheben, sind naturalistische Studien demgegenüber nicht grundsätzlich von geringerer Qualität, sie verfolgen unterschiedliche Zielrichtungen und ermöglichen unterschiedliche Aussagen. Die Absicht des WBP, nun die Bedeutung naturalistischer, also unter Alltagsbedingungen durchgeführter Studien, höher zu bewerten, ist – trotz der oben aufgeführten Kritik von Kriz – beispielgebend (vgl. hierzu auch Nübling, Munz & Klett, 2007).

Versorgungspolitisch besonders bedeutsam ist, dass der WBP – wiederum gewissermaßen in Gegenposition zum G-BA – für die Abschätzung der Versorgungsrelevanz das Kriterium der gemischten Störungen (Gruppe 19 in Tabelle 2) eingeführt hat. Dadurch können auch Studien zur Bewertung herangezogen werden, die in der realen Versorgung in der Regel häufig auftretende Komorbidität bei psychischen Erkrankungen abbilden, d. h. nicht ausschließlich Patienten einbeziehen (müssen), die eine (in RCTs geforderte) Unidimensionalität der Störungen aufweisen. Allerdings – und u. a. deshalb wird das Schwellenkriterium von verschiedenen Psychotherapeutenverbänden kritisiert – können Studien mit Patienten „gemischter Störungen“ nur Studien der Kategorien 6-18 (Tabelle 2), nicht aber – die epidemiologisch weit häufiger vorkommenden – Störungen der Indikationsgruppen 1-5 ersetzen. Vor allem auch in diesen „versorgungsrelevanten“ Indikationsgruppen kommt psychische Komorbidität im klinischen Alltag besonders häufig vor, weshalb es für diese auch besonders schwer sein dürfte, Studien zu finden oder durchzuführen, deren untersuchte Patienten eine unidimensionale Störung aufweisen.

Literatur

Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer BÄK-BPtK (2003). Vereinbarung zwischen der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer über den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG. Köln, Berlin, Oktober 2003. <http://www.wbpsychotherapie.de/pa-ge.asp?his=0.2.53>

Universitätsklinikum Jena



Im Institut für Medizinische Psychologie und Psychotherapie unter Leitung von Herrn Prof. Dr. B. Strauß ist die Stelle einer/eines

Psychologin/Psychologen

zu besetzen.

Aufgabengebiet:

Der/Die Mitarbeiter/in soll den psychologisch-psychosomatischen Konsiliardienst im Bereich der Kliniken für Unfallchirurgie und Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie anbieten, der in die Gesamtstruktur des Konsiliardienstes am Klinikum eingebettet ist.

Speziell kommen der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter folgende Aufgaben zu:

- präoperative Diagnostik bei Transplantationspatienten
- psychologische Unterstützung nach operativen Eingriffen
- psychologische Vorbereitung und Begleitung im Kontext medizinischer Eingriffe
- Krisenintervention bei Unfällen und traumatischen Amputationen
- Kurzzeitpsychotherapie
- Anwendung von Entspannungsverfahren
- Gesundheitsförderung und Prävention
- ggf. Sterbebegleitung
- Beratung und Begleitung von Angehörigen

Erwünscht ist Interesse an wissenschaftlichen Fragen im Kontext der Tätigkeit sowie die Bereitschaft, sich auch an der klinischen Lehre zu beteiligen.

Wir wünschen uns eine/n teamfähige/n Mitarbeiter/in mit Bereitschaft zu kontinuierlichem Austausch mit den anderen psychologischen Kräften, die am UKJ tätig sind. Erwünscht ist klinische Erfahrung, nach Möglichkeit eine Approbation als psychologische/r Psychotherapeutin/in, zumindest aber eine fortgeschrittene Ausbildung in psychologischer Psychotherapie.

Jena ist eine klassische, familienfreundliche Universitätsstadt im Herzen Thüringens und bietet eine hohe Lebensqualität. Das Universitätsklinikum ist bestrebt, den Anteil an Frauen in dem o. g. Bereich zu erhöhen. Frauen werden deshalb zur Bewerbung ermuntert. Bei gleicher Eignung werden Schwerbehinderte bevorzugt. Die Vergütung erfolgt nach den geltenden tariflichen Bestimmungen. Die Einstellung wird nach den für die Befristung von Arbeitsverträgen geltenden rechtlichen Bestimmungen vorgenommen.

Bewerbungen werden erbeten mit den üblichen Unterlagen unter der **Reg.-Nr. 179/2008** bis zum **18. Juli 2008** an das

Universitätsklinikum Jena
Geschäftsbereich Personalmanagement
07740 Jena

VOGELSBERGLINIK

Dr. Elfi Fachlink
für Psychotherapie und Psychosomatik



Die **Vogelsbergklinik** ist eine psychosomatische Rehabilitationsklinik mit 207 Behandlungsplätzen. Etabliert ist das gesamte Behandlungsspektrum der Psychotherapie und der Psychosomatik. Besondere Programme existieren zu den Themen: Trauma, Angst, Schmerz, Depression und Adipositas. Daneben bieten wir spezielle Fachprogramme für Angehörige sozialer Berufe, Mobbingbetroffene, Migranten.

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin

Approbierte Psychologische/n Psychotherapeutin/en sowie

Dipl. Psychologen in Ausbildung (PIA)

die ihre praktische Tätigkeit nach §2 der Ausbildungsverordnung an einem anerkannten Weiterbildungsinstitut absolvieren möchten. Unsere Klinik ist von vielen Instituten sowohl als psychiatrisch-klinische als auch als psychosomatische Einrichtung anerkannt.

Wir bieten:

- erfahrenes, motiviertes multiprofessionelles Team
- ein integratives, schulenübergreifend orientiertes Behandlungskonzept
- flexible Arbeitszeitmodelle
- leistungsgerechte Vergütung
- Unterstützung bei Weiterbildungsmaßnahmen
- fortlaufende Supervision

Wir wünschen:

- Kreativität und Freude am Beruf / Teamfähigkeit
- gute störungsspezifische Fachkenntnisse
- Approbation bzw. zeitnah zur Approbations-Prüfung (bei PP)

Für Rückfragen steht Ihnen Herr Lachmann unter der Telefonnummer 06643/701-486 oder der email-Adresse: g.lachmann@vogelsbergklinik.de zur Verfügung.

Ihre vollständige Bewerbung senden Sie bitte an:

Vogelsbergklinik
Personalverwaltung
Jean-Berlit-Str. 31
36355 Grebenhain



Klinikum Berchtesgadener Land

Schön Kliniken

LEBEN WILL ENTFALTUNG



600 Spezialisten aus Psychiatrie und Psychosomatik helfen in den Schön Kliniken Patienten, ihre Lebensqualität wiederzugewinnen. Kommen Sie ins Team: Als

- DIPL.-PSYCHOLOGE (M/W)

qualifizieren Sie eine weit fortgeschrittene oder abgeschlossene psychotherapeutische Weiterbildung (VT), Interesse an wissenschaftlicher Arbeit, überdurchschnittlich hohes Engagement, soziale Kompetenz und Einfühlungsvermögen.

- POSTGRADUIERTER PSYCHOLOGE (M/W)

bringen Sie Einfühlungsvermögen, sozial kompetentes Verhalten und Eigeninitiative mit.

Bei den Schön Kliniken erwartet Sie eine abwechslungsreiche Tätigkeit in einem multiprofessionellen Team. Neben einem leistungsgerechten Gehalt bieten wir Ihnen auch ein umfangreiches Weiterbildungs- und Qualifizierungsangebot. Alle weiteren Informationen zu diesen Positionen finden Sie unter www.schoen-kliniken.de/karriere

Ihre Ansprechpartnerin:

Frau Hunatschek, Tel. 08652 93-1707

Klinikum Berchtesgadener Land, Frau Krüger,
Malterhöh 1, 83471 Schönau am Königssee,
SKrueger@schoen-kliniken.de

Schön Kliniken. Die Spezialisten

- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D. & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*, 321, 694–696.
- Fydrich, T. & Schneider, W. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 55-68.
- Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA (2006). Verfahrensordnung. *Bundesanzeiger 2006*, S. 4876; download: <http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/richtlinien/2006-07-07-VerfO.pdf>.
- Heekerens, H. P. (2005). Vom Labor ins Feld. Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. *Psychotherapeut*, 50, 357-366.
- Kächele, H. (2006). Wirksamkeitsnachweise – Das Bessere ist der Feind des Guten. *Psychotherapeutenjournal*, 5 (2), 140.
- Leichsenring, F. (2004a). Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda. *Bulletin of Menninger Clinic*, 68, 137-151.
- Leichsenring, F. (2004b). „Empirically supported Treatments“: Wissenschaftstheoretische und methodische Aspekte kontrollierter vs. naturalistischer Studien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 52, 209-222.
- Nübling, R., Munz, D. & Klett, M. (2007). *Stellungnahme der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg zum Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie „Verfahrensregeln des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren in der Psychotherapie“*. Stuttgart, 28.2.2007. <http://www.lpk-bw.de/downloads.html>.
- Porzolt, F., Ackermann, M. & Amelung, V. (2006). Konzept zur Bewertung des intangiblen Nutzens von Gesundheitsleistungen. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 11, 353-364.
- Sackett, D. L., Richardson, W. S., Rosenberg, W. M. C. & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based Medicine: how to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes R. B. & Richardson W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't: It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *British Medical Journal*, 312 (7023),71-72.
- Shadish, W. R., Matt, G., Navarro, A. M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Tschuschke, V. (2005). Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal*, 4 (2), 106-115.
- Wissenschaftlicher Beirat WBP (1999). Leitfaden für die Erstellung von Gutachten-Anträgen zu Psychotherapieverfahren. *Deutsches Ärzteblatt*, 96, Heft 15, A-1015.
- Wissenschaftlicher Beirat WBP (2000a). Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Erwachsenen. *Deutsches Ärzteblatt*, 97, Heft 1-2, A-59.
- Wissenschaftlicher Beirat WBP (2000b). Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*, 97, Heft 33, A-2190.
- Wissenschaftlicher Beirat WBP (2004). Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 2, 81.
- Wissenschaftlicher Beirat WBP (2007). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie – Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie*. Version 2.6 vom 21.11.2007. download: <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.78>
- Zurhorst, G. (2003). Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 2 (2), 97-104.

Dr. phil. Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg
Jägerstraße 40
70174 Stuttgart
nuebling@lpk-bw.de



Stefan Röpke
Charité-CBF
Universitätsmedizin Berlin



Rolf A. Kromat
Institut für Verhaltenstherapie
Berlin GmbH

Forum für Persönlichkeitsstörungen

4. Symposium: Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung
Samstag, 1. November 2008, 10 - 16 Uhr

Charité Campus Mitte · Großer Hörsaal im Bettenhochhaus, Charitéplatz 1 · 10117 Berlin

Anmeldung und Programm bei Frau Mirja Petri, E-Mail: forum@ivb-berlin.de, Fax: 030 89 53 – 83 14,
Internet: www.Forum-F60.de



Michael Krenz
Psychotherapeutenkammer
Berlin



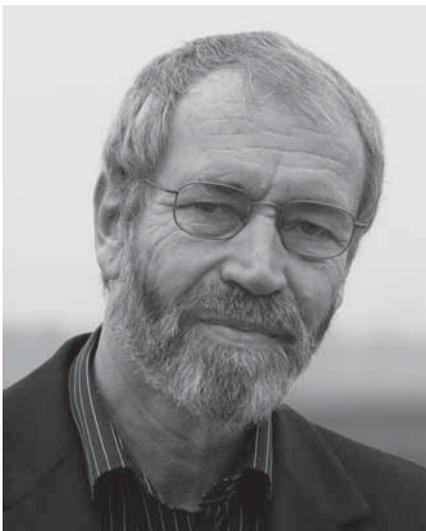
Thomas Fydrich
Humboldt-Universität
zu Berlin

Fragen zur Zukunft der Psychotherapie

vor dem Hintergrund der neuen „Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie“ (Methodenpapier) des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP)

Ein Interview des Psychotherapeutenjournals mit
Prof. Dr. Dietmar Schulte, dem Vorsitzenden des WBP und
Prof. Dr. Gerd Rudolf, dem stellvertretendem Vorsitzenden des WBP

Aus welchen Gründen hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) am 21.11.2007 neue Verfahrensregeln verabschiedet und was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Veränderungen gegenüber der bisherigen Fassung?



Prof. Dr. Dietmar Schulte

Schulte: Das Methodenpapier mit den Verfahrensregeln fasst zusammen, wie der Beirat arbeitet. Es beschreibt, wie er Studien sammelt und beurteilt und wie er zu seinen Empfehlungen kommt. Der Beirat hatte sofort nach seiner Gründung ein erstes solches Regelwerk entwickelt. Er stand damals unter massivem Zeitdruck, weil die Länder den Beirat drängten, erste Entscheidungen, vor allem zur Gesprächspsychotherapie, zu treffen. Der Beirat bestand allerdings darauf, zunächst allgemeine und transparente Kriterien für sein Vorgehen und seine Entscheidungen zu entwickeln,

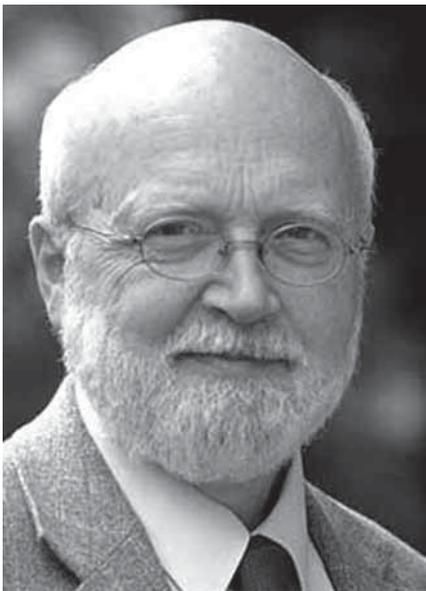
unabhängig vom einzelnen zu entscheidenden Fall.

Im Verlauf seiner Tätigkeit wurde deutlich, dass verschiedene Regelungen präzisiert, manche auch verändert werden sollten. Das liegt nicht zuletzt auch daran, dass sich im Laufe der Jahre die Forschungsmethodologie weiterentwickelt hat. Wir wissen heute mehr darüber, was Forschungsergebnisse verfälschen kann und was folglich bei der Beurteilung der Ergebnisse von Studien berücksichtigt werden sollte.

Ein weiterer Grund ist die vielfach vorgebrachte Forderung nach Berücksichtigung von Feldstudien zur Psychotherapie unter alltäglichen Rahmenbedingungen. Solche Studien können oft keine Antwort auf die Frage geben, ob etwaige Veränderungen tatsächlich auf das Verfahren zurückzuführen sind (interne Validität), wohl aber gegebenenfalls auf die Frage, ob Veränderungen bei den Patienten auch unter den Alltagsbedingungen psychotherapeutischer Praxis nachweisbar sind (externe Validität). Dieser Aspekt wird nunmehr bei der Beurteilung gesondert berücksichtigt.

Der wohl wichtigste Grund für die Überarbeitung der Verfahrensregeln ist allerdings eine Veränderung in der Entwicklung der

Psychotherapie selber. Der Gesetzgeber hat den Beirat damit beauftragt, psychotherapeutische Verfahren zu beurteilen. Aber umfangreiche therapeutische Verfahren wie die Psychoanalyse oder die Verhaltenstherapie, also umfassende Systeme, die aus einer bestimmten theoretischen Perspektive psychische Störungen erklären wollen und auf dieser Basis zu einem oder mehreren Behandlungskonzepten kommen, werden international in der Forschung nicht mehr neu entwickelt. Neu entwickelt werden dagegen speziellere therapeutische Methoden, die einen viel bescheideneren Anwendungsbereich beanspruchen, nämlich einzelne Störungen oder Störungsgruppen. Diese Methoden haben durchaus auch einen theoretischen Überbau, sie begründen, warum sie wirken, und in der Regel erklären sie damit zumindest teilweise auch die Störungen, die sie behandeln können. Der WBP wurde in den vergangenen Jahren verschiedentlich damit beauftragt, die wissenschaftliche Anerkennung solcher Methoden zu beurteilen, z. B. EMDR oder Interpersonelle Psychotherapie. Solche neuen Entwicklungen sollten auch Patienten in Deutschland zugänglich sein, selbst wenn sie nicht den Status eines Verfahrens haben. Der Beirat musste daher seine Kriterien dieser Entwicklung anpassen.



Prof. Dr. Gerd Rudolf

Rudolf: Aus dem Wortlaut des Psychotherapeutengesetzes leitet der Wissenschaftliche Beirat die Aufgabe ab, die Wissenschaftlichkeit von Psychotherapien zu definieren und für die in Frage stehenden Verfahren

(bezogen auf Aus- und Weiterbildung) zu beurteilen. Mit diesem Thema hat sich der Beirat in den knapp zehn Jahren seiner bisherigen beiden Amtsperioden permanent beschäftigt und Stellungnahmen erarbeitet, zum Beispiel zur Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, Psychodynamischen Therapie, Hypnotherapie, EMDR, IPT, Neuropsychologische Therapie, Systemische Therapie. Dass ein solches, paritätisch besetztes und heterogenes Gremium – zusammengesetzt aus Medizinern und Psychologen, Psychiatern und Psychosomatikern, Erwachsenen- und Kindertherapeuten – überhaupt zu zahlreichen Arbeitsergebnissen gelangt ist und sich nicht in Grundsatzdiskussionen verloren hat, ist erstaunlich genug und spricht für das Engagement der Beteiligten, die Psychotherapie in der Aus- und Weiterbildung der Therapeuten und in der Versorgung der Patienten auf ein solides, wissenschaftliches Fundament zu stellen und ihr gute weitere Entwicklungschancen zu sichern.

In diesem langjährigen Arbeitsprozess dokumentiert das jetzt verabschiedete „Methodenpapier“ den heutigen Stand der Diskussion vor dem Hintergrund früherer Entwürfe (z. B. die Definition von Anwendungsgebieten, Mindestanforderungen für die Begutachtung, Wirksamkeitsstudien etc.). Das Methodenpapier enthält nichts grundsätzlich anderes, sondern eine sorgfältige Differenzierung und Präzisierung von Vorgehensweisen und methodischen Verfahrensregeln. Zwei Einflussfaktoren sind dabei von besonderem Interesse: einmal die in der letzten Amtsperiode intensivierten Kontakte mit dem GBA und die daraus resultierenden Abstimmungsprozesse und zweitens die zahlreichen Stellungnahmen von Fachverbänden, welche die angebotene Gelegenheit wahrgenommen haben, den Vorentwurf des Papiers kritisch zu kommentieren. Beides hat dazu beigetragen, die internen Diskussionen des Beirats mit den äußeren Gegebenheiten abzustimmen.

Welche Chancen und Risiken bringen die neuen Verfahrensregeln des WBP aus Ihrer Sicht für die Weiterentwicklung der Psychotherapie und die psychotherapeutische Versorgung psychisch Kranker?

Schulte: Für die Psychotherapie gilt – wie für alle akademischen Disziplinen –, dass die Weiterentwicklung ihrer Methodologie durch Forschungsergebnisse in Wechselwirkung mit der Praxis erfolgt. Aus neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen können sich Ideen für neue Behandlungsmethoden ergeben, die in der Praxis angewendet und evaluiert werden müssen. Aus praktischen Erfahrungen ergeben sich Vermutungen über Wirkungsweise und Wirksamkeit neuer, veränderter Vorgehensweisen, und diese Vermutungen werden zu Fragestellungen der Forschung. Dieser Prozess erfolgt unabhängig vom wissenschaftlichen Beirat und seinen Kriterien. Das ergibt sich schon allein aus der Tatsache, dass der weitaus größte Teil der Forschung zur Psychotherapie (und natürlich auch der psychothe-

rapeutischen Praxis) außerhalb Deutschlands geschieht.

Innerhalb Deutschlands können die veränderten Regelungen allerdings Rückwirkungen auf die psychotherapeutische Evaluationsforschung haben, sie sollten es auch, weil die Kriterien des Beirats zur Beurteilung einzelner Studien eine in dieser Form einzigartige Zusammenstellung von Aspekten darstellt, die bei der methodischen Planung solcher Studien berücksichtigt werden sollten. Rückwirkungen auf die Praxis werden die neuen Regelungen insofern haben, als – wie erwähnt – nunmehr auch offiziell Methoden bewertet werden und damit einen Weg in die Ausbildung finden können. Da auch der Gemeinsame Bundesausschuss

in seinen neuen Richtlinien Methoden berücksichtigt, ist der Weg dafür geebnet, dass sie auch Eingang in die Praxis finden können.

Rudolf: Es sollte damit sichergestellt sein, dass eine qualitätsgesicherte Krankenversorgung erfolgt, insofern als die Ausbildung der Therapeuten und die Behandlung der Patienten in psychotherapeutischen Verfahren und Methoden erfolgt, deren Wirksamkeit und konzeptuelle Stringenz wissenschaftlich belegt ist. Freilich stellt die konkrete Anwendung des Methodenpapiers in der Begutachtung von Verfahren und Methoden größere Arbeitsanforderungen, deren finanzielle Unterstützung jedoch durch die beiden Kammern in Aussicht gestellt ist.

Es wird befürchtet, dass in Zukunft keine psychotherapeutischen Verfahren, sondern nur noch Methoden und Techniken anerkannt werden können. Wie sehen Sie die zukünftige Entwicklung und wie schätzen Sie die Zukunft der traditionellen – anerkannten wie (noch) nicht anerkannten – Psychotherapieverfahren ein?

Schulte: An der Beurteilung von Verfahren hat sich nichts grundlegend geändert,

außer dass die Kriterien nunmehr präziser gefasst und transparenter sind. Lediglich

die Beurteilung der externen Validität und damit die stärkere Berücksichtigung von

Feldstudien ist hinzugekommen, aber das war nicht zuletzt auch eine weit verbreitete Forderung aus der Praxis. Dass in Zukunft vom Beirat mehr Methoden zu bewerten sein werden, ist nicht eine Folge der Kriterien des Beirats sondern umgekehrt – wie beschrieben – eine Reaktion auf eine veränderte Entwicklung der Psychotherapie und ihrer Forschung.

Rudolf: Die heute existierenden Verfahren sind als Ergebnis langer historischer Entwicklungen vielschichtig und heterogen.

Sie umfassen bereits jetzt viele therapeutische Differenzierungen, die zukünftig wahrscheinlich noch stärker in Erscheinung treten werden; dazu gehören die Entwicklung störungsspezifischer Behandlungsansätze und die Integration verschiedener Teilaspekte (z. B. von Methoden und Techniken). Bestehende Verfahren stehen vor der Aufgabe, ihren jeweiligen konzeptuellen Rahmen zu definieren, innerhalb dessen methodische und technische Differenzierungen möglich sind. Auf dieser Linie liegt die wissenschaftliche

Anerkennung für therapeutische Methoden zur Behandlung umschriebener Störungen. Der Beirat hat bereits eine Reihe von therapeutischen Vorgehensweisen geprüft, wie zum Beispiel IPT, EMDR, Hypnotherapie, die nicht Teil eines Verfahrens sind und deren therapeutische Wirksamkeit bei einigen Störungen, nicht aber in der gesamten Bandbreite wissenschaftlich belegt ist. In solchen Fällen wäre künftig auf der Grundlage des Methodenpapiers der Begriff „Methode“ im Unterschied zu „Verfahren“ angezeigt.

Randomisierten, kontrollierten Studien (RCT-Studien) wird bei der Bewertung der Wirksamkeit von Verfahren und Methoden nach wie vor der höchste Stellenwert zugewiesen, obwohl hierzu auch die anderen Evidenzstufen herangezogen werden können. In der internationalen Psychotherapieforschung aber auch in anderen Bereichen der Medizin mehren sich Bedenken gegen den sogenannten Goldstandard der RCT-Studien. Welches sind die Gründe dafür, an diesem sogenannten Goldstandard der höchsten Evidenzstufen der RCT-Studien festzuhalten, welche Gründe sprechen dagegen?

Schulte: Diese Beschreibung trifft vielleicht eher auf das Vorgehen des GB-A zu, aber nicht auf die Richtlinien des Beirats. Der

Beirat beurteilt verschiedene Aspekte: Handelt es sich um ein (theoretisch fundiertes) Therapieverfahren oder um eine Therapie-

methode? Führt das Verfahren oder die Methode nachweislich zu einer Heilung oder Linderung von Störungen mit Krank-

Stellenmarkt

Personalwerbung oder Praxissuche?

Im Psychotherapeutenjournal sind Sie richtig, denn mit jeder Ausgabe des Psychotherapeutenjournals erreichen Sie über 34.500 Psychotherapeuten.

www.ptv-anzeigen.de

prop e.V.
Verein für Prävention,
Jugendhilfe
und Suchttherapie



Für unsere Fachklinik für
Abhängigkeitserkrankungen in
Aiglsdorf (Nähe Freising) suchen
wir ab sofort in Vollzeit
(40 Stunden/Woche)

1 approbierten Psychologischen Psychotherapeuten (m/w).

Berufserfahrung im Suchtbereich
ist wünschenswert.

Nähere Informationen erhalten
Sie unter: www.prop-ev.de
Rückfragen bitte an Tel.:
08756/913 900, Frau Heigl

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung
an: Prop e.V., Landwehrstr. 43
Rgb., 80336 München,
z. Hd. Fr. Kannabich

Die salus klinik ist eine Rehabilitationsklinik für
Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik
mit 264 Betten in Friedrichsdorf/Taunus neben
Bad Homburg und liegt damit im S-Bahn-Be-
reich von Frankfurt.



Ab sofort suchen wir zur Mitarbeit in unserer
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen einen
teamfähigen

Psychologischen Psychotherapeuten (m/w)

mit zumindest begonnener Verhaltenstherapie-
Ausbildung und abgeschlossener Zwischenprüfung.

In unserer Suchtabteilung werden Patienten mit Alkohol-
und Medikamentenabhängigkeit sowie mit Abhängigkeit
von „Partydrogen“ behandelt. Ein Behandlungsschwerpunkt
liegt auf der Behandlung von Patienten mit komorbiden
Störungen (Posttraumatische Belastungsstörungen, Essstö-
rungen, Angsterkrankungen, Depressive Erkrankungen). Es
gibt soziotherapeutische und frauenspezifische Therapiean-
gebote sowie ein spezielles Behandlungskonzept für Senioren.

Wir arbeiten schwerpunktmäßig verhaltenstherapeutisch
nach dem Selbstmanagement-Ansatz.

Eine Fachambulanz ist an die Klinik angeschlossen. Das
kooperierende Ausbildungsinstitut liegt neben der Klinik.
Die salus klinik ist eine anerkannte Ausbildungsstätte für
Psychologische Psychotherapeuten.

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an:

salus klinik – Personalabteilung
Landgrafenplatz 1 - 61381 Friedrichsdorf
☎ 0 61 72 / 9 50 - 103 - www.salus-friedrichsdorf.de

heitswert, wie der Gesetzgeber das formuliert hat? Ist diese Wirkung tatsächlich auf das Verfahren oder die Methode zurückzuführen? Ist die Wirkung (auch) unter den Bedingungen alltäglicher therapeutischer Praxis zu erzielen? Und sind die Antworten auf die vorgenannten Fragen, also die Forschungsergebnisse, objektiv, reliabel und replizierbar? Lediglich für die Beantwortung einer dieser Fragen, nämlich in wie weit die Wirkung tatsächlich auf das Verfahren oder die Methode zurückzuführen ist, die Frage nach der internen Validität, setzt einen systematischen Vergleich mit anderen Behandlungsformen oder mit einer unbehandelten Patientengruppe voraus, also RCT-Studien. Der Beirat berücksichtigt alle Studien, nicht

nur RCT-Studien, zum jeweiligen Verfahren und prüft, zur Beantwortung welcher dieser Fragen die jeweilige Studie einen Beitrag leisten kann. Die Methodik einer Studie gilt nicht absolut gesehen als gut oder besser als eine andere, sondern immer nur im Hinblick auf die jeweilige Forschungsfrage.

Rudolf: RCT-Studien sind weiterhin unverzichtbar als Belege für die interne Validität eines Verfahrens/einer Methode. Ein Problem bleibt die Finanzierbarkeit von großen, gut gemachten und aussagekräftigen RCT-Studien. Die Pharmaindustrie, die üblicherweise Studien in der Medizin finanziert, hat hier keine Interessen; öffentliche Geldgeber fördern eher komplexe und

grundlagenwissenschaftliche Fragestellungen. Was die Übertragbarkeit der RCT-Ergebnisse auf die Anwendung der Verfahren in der Praxis betrifft, so werden Zweifel daran festgemacht, dass aus vergleichsweise sehr kurzen Studientherapien auf die ungleich längeren Behandlungen in der Praxis und aus der Behandlung ausgelesener, monosymptomatischer Studienpatienten auf die komplexen Störungen in der Praxis rückgeschlossen werden muss. Der Beirat hat diesen Bedenken Rechnung getragen, indem er die Ergebnisse der RCT-Studien nicht als einzigen Wirkungsnachweis akzeptiert, sondern auch Studien mit praxisnahen Bedingungen berücksichtigt und in die Gesamtbeurteilung einbezieht.

Der WBP hat zusammen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen, die wissenschaftliche und sozialrechtliche Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens von der Versorgungsrelevanz, dem sogenannten Schwellenkriterium, abhängig zu machen, das auf indikationsbezogenen Anwendungsbereichen beruht. Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die zukünftige Anerkennung von Psychotherapieverfahren, für die Praxis der Psychotherapie und für die Versorgung psychisch Kranker?

Schulte: Der Beirat hat von Anfang an die Wirksamkeit eines Verfahrens getrennt für verschiedene Anwendungsbereiche beurteilt und dann eine Schwelle festgelegt, für wie viele Bereiche der Nachweis erbracht worden sein muss, um den Bundesländern zu empfehlen, dieses Verfahren als Schwerpunkt der Ausbildung zuzulassen – die Schwelle lag bei etwa 50% der Störungsbereiche. Ein Verfahren sollte also eine gewisse Breite der Störungen abdecken können, also für die Versorgung eines größeren Spektrums von Patienten mit unterschiedlichen Störungen nachweislich wirksam sein. Allerdings waren die verschiedenen Anwendungsbereiche nicht nach epidemiologischen Daten gewichtet, so dass das 50% Kriterium nur eine grobe Schätzung der Versorgungsrelevanz darstellte. Bei der neuen Festlegung der erforderlichen Anwendungsbereiche ist diese Gewichtung berücksichtigt worden. Das neue Vorgehen ist also lediglich eine präzisere und differenziertere Schätzung der Versorgungsrelevanz als die bisherige. Da Patienten mit Angststörungen und/oder Depressionen etwa 80% aller Patien-

ten von Psychotherapeuten ausmachen, sollte ein Therapeut für die Behandlung dieser Patienten auf jeden Fall qualifiziert sein. Momentan lässt sich das nur dadurch erreichen, dass der Therapeut ein Verfahren lernt, das für diese beiden Anwendungsbereiche (und für noch mindestens ein weiteres) nachweislich wirksam bzw. wissenschaftlich anerkannt ist. Es wird also der Nachweis für weniger Bereiche gefordert als bisher, aber es ist sichergestellt, dass ein so ausgebildeter Therapeut bei den weitaus meisten Patienten wissenschaftlich anerkannte, wirksame Verfahren anwenden kann.

Der Beirat hat aber bereits vor einigen Jahren vorgeschlagen, diese enge gesetzliche Vorgabe zu lockern und lediglich zu fordern, dass ein Therapeut für die Behandlung aller Störungsbereiche ausgebildet werden soll und zwar in wissenschaftlich anerkannten Verfahren, aber nicht notwendigerweise für alle Bereiche in dem gleichen anerkannten Verfahren oder der gleichen anerkannten Methode. Es kann das gleiche Verfahren sein, muss aber nicht. Dadurch

könnten Methoden oder Verfahren, die nur bei wenigen Patientengruppen nachweislich wirksam sind, zum Gegenstand der Ausbildung werden. Sie können – sofern anerkannt – allerdings auch heute schon Eingang in die Versorgung finden, wenn sie von Therapeuten eingesetzt werden, die allerdings ihre Approbation aufgrund eines anderen Ausbildungsschwerpunktes erhalten haben – ein sicher nicht befriedigender Zustand. Hier ist die Politik gefordert, Änderungen vorzunehmen.

Rudolf: Die Einführung des Schwellenkriteriums soll sicherstellen, dass ein zugelassenes psychotherapeutisches Verfahren ein Breitbandverfahren ist, das die wichtigsten und häufigsten Störungsbilder effektiv zu behandeln vermag. Ein therapiesuchender Patient sollte davon ausgehen können, dass ein zugelassener Therapeut innerhalb seines Verfahrens über eine Bandbreite von therapeutischen Möglichkeiten verfügt. Unter der Voraussetzung, dass ein Therapeut für ein solches Breitbandverfahren qualifiziert ist, kann er dann auch weitere spezielle Methoden anbieten.

Nach Daten aus dem deutschen Gesundheitssurvey leidet die Hälfte aller psychisch Kranken an mehr als einer psychischen Störung. Müsste deshalb nicht der Nachweis erfolgreicher Behandlungen von komorbiden Störungen viel mehr Gewicht bekommen?

Schulte: In der Tat ist dies eine wichtige Frage, deren Relevanz durchaus seit vielen Jahren erkannt ist. Für die Beurteilung der internen Validität ist es angemessen, Störungen zunächst einzeln zu untersuchen. Allerdings sind dann Untersuchungen erforderlich um zu prüfen, ob sich bei Komorbidität die Behandlungstechniken oder -ansätze für die einzelnen Störungen simultan oder sukzessiv kombinieren lassen. Die mir bekannten Studien zu dieser Frage haben das ausnahmslos bestätigt, aber hier ist noch viel zu tun.

Geht es hingegen um die Beurteilung der externen Validität, so ist die Beschränkung auf Patienten mit nur einer Störung ein Nachteil, der die Aussagekraft der Studie einschränkt. Dies hat der Beirat in seinen Kriterien auch genau so berücksichtigt. Erfreulicherweise gibt es aber zunehmend mehr Studien, in denen Komorbidität kein Ausschlusskriterium darstellt.

Rudolf: Der wissenschaftliche Umgang mit komplexen, komorbiden Störungen ist zweifellos schwierig. In der Logik der Verhaltenstherapie lassen sich hier durch sorgfältige Diagnostik durchaus Haupt-

diagnosen definieren, die dann für die Indikation, Behandlung und Ergebniseinschätzung handlungsleitend sind. Aus psychodynamischer Sicht, die sich um die Beschreibung einer ganzheitlichen Persönlichkeitsentwicklung bemüht, erscheint die Heraushebung einer Hauptdiagnose und darauf zugeschnittener Behandlungen eher fraglich. Als ein Schritt zur besseren Berücksichtigung dieser für Praxisstudien bedeutsamen Patientengruppe hat der Beirat jenseits der achtzehn diagnostischen Anwendungsbereiche die Kategorie „gemischte Störungen“ eingerichtet.

Der WBP unterscheidet in seinem „Methodenpapier“ zwischen der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche. Diese Differenzierung wurde sowohl fachlich als auch juristisch wiederholt in Frage gestellt. Was spricht im Kontext künftiger Entwicklungen aus Ihrer Sicht für oder gegen eine solche gesonderte Bewertung?

Schulte: Es gibt in der Tat eine umfangreiche Fachdiskussion zur Frage, ob Methoden der Behandlung Erwachsener auf die Behandlung von Kindern (bei Jugendlichen ist es weniger eindeutig, je nach Alter) übertragbar sind. Das Votum ist eher einhellig so, dass eine solche Übertragbarkeit nicht möglich ist. Das gilt sowohl für die entwicklungspsychologische als auch für die kinder- und jugendpsychiatrische Fachliteratur, wie ein Blick in deutsche und internationale Lehrbücher deutlich macht.

Die Gründe dafür sind dreierlei:

1. Psychische Störungen bei Erwachsenen und bei Kindern unterscheiden sich deutlich, selbst in solchen Fällen, in denen die Hauptsymptomatik gleich ist. Grundsätzlich – und das ist auch die Grundposition des Beirats – kann nicht davon ausgegangen werden, dass ein Verfahren, das bei einer Störung wirksam ist, „automatisch“ auch bei anderen Störungen wirkt. Selbst wenn das von Vertretern des Verfahrens angenommen wird und das konkrete therapeutische Vorgehen sich nicht un-

terscheidet, ist der Nachweis getrennt zu erbringen. Das gilt nicht nur für die unterschiedlichen Störungen innerhalb einer Altersgruppe, sondern für alle Störungen über die Altersgruppen hinweg.

2. Kontext und Rahmenbedingungen psychischer Störungen unterscheiden sich bei Kindern und Jugendlichen und bei Erwachsenen. Psychische Störungen hängen bei Kindern und Jugendlichen eng mit normalen Entwicklungsprozessen zusammen, die Störungen auslösen und ihre Behandlung über die Zeit hinweg beeinflussen können. Und Kinder und Jugendliche sind stärker von ihrem sozialen Umfeld abhängig, was ebenfalls sowohl die Entstehung von Störungen als auch ihre Behandlung beeinflusst. Entsprechend ist die Umwelt in die Therapie einzubeziehen.

3. Psychotherapie kann bei Kindern nicht in der gleichen Art und Weise durchgeführt werden wie bei Erwachsenen; das gilt für jedes Verfahren und für jede Methode. Vielmehr sind kinderspezifische Medien und Vermittlungsschritte einzusetzen. Die Unterschiede in der Vorgehensweise sind gravierend; iden-

tisch ist oft nur die Theorie bezüglich des zu realisierenden therapeutischen Wirkprinzips. Von daher ist ein Wirksamkeitsnachweis, der für die Behandlungsform für Erwachsene erbracht wurde, nicht ohne weiteres auf die Behandlungsform für Kinder und Jugendliche zu übertragen und umgekehrt.

Rudolf: Es spricht vieles dafür, dass die in der psychotherapeutischen Behandlung von Erwachsenen verwendeten, zum Beispiel verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Prinzipien nicht eins zu eins auf Jugendliche, Schulkinder oder Kleinkinder übertragen werden können, sondern unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten erheblich modifiziert werden müssen. So entstehen spezielle Therapieansätze, die in ihrer Wirksamkeit gesondert geprüft werden müssen. Freilich ist die Situation der öffentlichen Forschungsförderung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, der Kinderpsychiatrie und Kinderpsychosomatik sehr begrenzt, so dass es schwer sein dürfte, in absehbarer Zeit die erforderlichen Therapiestudien durchzuführen.

Der WBP und der G-BA haben eine begrenzte Zusammenarbeit beschlossen. Welche Auswirkungen erwarten Sie von dieser Kooperation auf die psychotherapeutische Versorgung, die Entwicklung neuer Behandlungsverfahren und auf das Berufsbild der Psychotherapeuten?

Schulte: Die Vergangenheit hat gezeigt, dass Beirat und G-BA zu unterschiedlichen Beurteilungen auch bei solchen Fragen gekommen sind, bei denen sich die Aufträge beider Gremien überlappen. Sofern und soweit das auf unterschiedliche formale Regelungen zurückzuführen ist, ist das unbefriedigend – für alle Seiten. Daher haben beide Gremien sich zum einen auf ein gemeinsames Verständnis zentraler Begriffe oder Konzepte (Verfahren, Methode, Technik) geeinigt, weiterhin erfolgt die Suche nach relevanter Literatur einheitlich (wobei das Ergebnis veröffentlicht wird und die Antragsteller die Liste ohne weiteres ergänzen können), beide Gremien benutzen die gleiche Einteilung der durch Psychotherapie behandelbaren Störungen oder Krankheiten in verschiedene Störungsbereiche (auf Basis des ICD 10), auch auf die Gewichtung dieser Störungsbereiche, vor allem auf Grundlage epidemiologischer Ergebnisse, haben sich die Gremien geeinigt

(und damit auf das so genannte Schwellenkriterium), und schließlich haben sie einen gemeinsamen Protokollbogen zur Beurteilung einzelner Studien erarbeitet. Der Protokollbogen berücksichtigt, dass die Beurteilungskriterien z. T. unterschiedlich sind, aber er macht unmittelbar deutlich, zu welcher Beurteilung die jeweils andere Seite gekommen ist und warum.

Die Beurteilungen beider Gremien sind und bleiben unabhängig voneinander, sie erfolgen auch notwendigerweise zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Von daher ist die Selbständigkeit beider Gremien gewährleistet, und ich sehe daher auch keinerlei Auswirkungen dieser Verständigung auf die psychotherapeutische Versorgung, die Entwicklung neuer Behandlungsverfahren oder auf das Berufsbild der Psychotherapeuten. Auswirkungen sehe ich nur in Hinblick auf nicht inhaltlich begründete Diskrepanzen zwischen den Beschlüssen der

Gremien, und die Reduktion solcher nicht inhaltlich begründeter Diskrepanzen kann sich „auf die psychotherapeutische Versorgung, die Entwicklung neuer Behandlungsverfahren oder auf das Berufsbild der Psychotherapeuten“ nur positiv auswirken.

Rudolf: Die fortentwickelte und weiter verabredete Form der Zusammenarbeit mit dem GBA soll sicherstellen, dass die beiden Gremien, die unterschiedliche Aufgaben haben (Wissenschaftlicher Beirat: Prüfung der wissenschaftlichen Fundierung von Psychotherapien als Voraussetzung für die Empfehlung zur Aus- und Weiterbildung; GBA: Prüfung der Versorgungsrelevanz von Psychotherapien als Voraussetzung für die Aufnahme in das Versorgungssystem), sich in ihren Stellungnahmen auf die gleiche Datenbasis, d. h. auf die gleichen Therapiestudien in den gleichen Anwendungsgebieten und vergleichbare Beurteilungskriterien beziehen.

Welcher Aspekt, den wir bisher nicht berücksichtigt haben, scheint Ihnen außerdem wichtig?

Schulte: Der Beirat hat etwa vier Jahre an der Präzisierung und Weiterentwicklung seiner Verfahrensrichtlinien gearbeitet. Das Ergebnis differenziert den Beurteilungsprozess in einzelne, nachvollziehbare Teilschritte. Gefördert wird damit nicht zuletzt die Transparenz der Entscheidungen des Beirats und ihrer jeweiligen Gründe. Dies ist in meinen Augen ein entscheidender Fortschritt – ein Fortschritt für die Verständigung zwischen Beirat und Antragstellern, für (wie erwähnt) die Verständigung zwischen verschiedenen Gremien, für die Möglichkeit zur Einschätzung der Qualität von Psychotherapie durch Dritte aus Politik und Verwaltung, für die Orientierung neu zu planender Forschungsprojekte an methodischen Standards und nicht zuletzt für die bessere Verständigung zwischen Forschung und Praxis im Feld der Psychotherapie. Was Psychotherapie tatsächlich

– evidenzbasiert – zu leisten vermag, ist auf dieser Grundlage für alle leichter beurteilbar. Und da braucht sich die Psychotherapie keineswegs zu verstecken.

Rudolf: Das deutsche Versorgungssystem der ambulanten und stationären Psychotherapie hat, verglichen mit anderen Ländern, einen hoch professionellen und patientenfreundlichen Standard erreicht. Diese bestehende Qualität gilt es zu sichern und dort, wo sie unzureichend ist, zu verbessern. Der Beitrag des Wissenschaftlichen Beirats ist es, für die wissenschaftliche Fundierung dieses Systems und seine zeitgemäße Weiterentwicklung Sorge zu tragen. Dafür ist die wissenschaftliche Unabhängigkeit des Gremiums gegenüber politischen, berufspolitischen oder standespolitischen Interessen entscheidend wichtig.

Prof. Dr. Dietmar Schulte

Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie
Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Ruhr-Universität Bochum
GAFO 03/919
44780 Bochum
Dietmar.Schulte@rub.de

Prof. Dr. med. Gerd Rudolf

Stellvertretender Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie
em. Geschäftsführender Direktor der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg
gerd_rudolf@med.uni-heidelberg.de

Vermessene Wissenschaftlichkeit

Kritische Aspekte und bedenkliche Tendenzen des Methodenpapiers

Jürgen Kriz

Universität Osnabrück

¹Eigentlich hätte alles gar nicht so kompliziert werden müssen. Der Wille des Gesetzgebers nach § 11 PsychThG, „in Zweifelsfällen“ und „auf Antrag“ der zuständigen Behörden, Gutachten über die „wissenschaftliche Anerkennung“ von Verfahren abzugeben, hätte auch ganz anders erfüllt werden können: Etwa indem ein „Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie“ (WBP) sich auf die jahrzehntelange Expertise seiner Mitglieder stützt und über die fraglichen Verfahren Konsens herzustellen versucht. Auf der Basis von publizierten wissenschaftlichen Studien (auch, aber nicht nur, zur Wirksamkeit), der Verankerung in Lehre und Forschung an den Universitäten, der Qualität der curricularen Ausbildungsstrukturen und weiterer Daten hätte entschieden werden können, welche Verfahren auch nach dem „Einschnitt“ durch das PsychThG von 1999 weiterhin bzw. wieder für die Psychotherapie-Ausbildung in der BRD geeignet sind, weil sie sich durch ihre wissenschaftliche Anerkennung deutlich von Scharlatanerie absetzen. Ein solches Vorgehen hätte zwar vermutlich in einzelnen Fällen zu erheblichem Dissens im WBP und in der Profession geführt. Dennoch bin ich sicher, dass ein beachtlich großer Konsens zu erzielen gewesen wäre. Allerdings wären dann viele der Verfahren nicht mehr ausgeschlossen, die vor 1999 in der BRD und heute im Ausland, etwa Österreich, erfolgreich in Praxen angewendet werden. Verfahren, die übrigens auch weiterhin an Kliniken in der BRD in erheblichem Umfang praktiziert werden und die sogar jenseits von Abrechnungsbezeichnungen einen beträchtlichen Anteil realer Psychotherapie selbst in den Praxen der BRD ausmachen. Kurz: das was viele

Therapeuten konkret tun, könnte auch in der BRD qualifiziert für die Approbation gelehrt und gelernt werden.

Das war von maßgeblichen Kräften, welche ab 1999 die Entscheidungen beeinflussten, offensichtlich nicht gewollt. Eine Begutachtung nach § 11 PsychThG, die zügig auf der Basis der Fachkompetenz eines WBP vorgenommen wird, fand nicht statt. Sondern der WBP ging bekanntlich andere Wege. Dies führte dann zum ersten Methodenpapier, in dem bereits einige zentrale Grundpositionen festgelegt wurden, die nun auch die aktuelle Fassung bestimmen.

Kritik daran gab es von vielen Seiten – von Juristen, Wissenschaftlern wie die „Neue Gesellschaft für Psychologie“ (NGfP) sowie aus der therapeutischen Profession. Selbst die Länderbehörden waren, wie ich aus Gesprächen weiß, nicht angetan davon, wie der WBP seine Gutachteraufgabe erledigte: Denn den einzigen Gutachterauftrag der Länder (zur GPT) erfüllte der WBP nach jahrelangem Gerangel, und mit unklaren Aussagen im KJP-Bereich. Die Länder wurden somit vom WBP letztlich „im Regen“ stehen gelassen – was sich nun auch an zahlreichen Gerichtsverfahren zeigt. Dass daraufhin kein weiterer Gutachterauftrag der Länder an den WBP kam, ist nur zu verständlich.

Dennoch hat der WBP auch in seiner 2. Amtsperiode (ab 2004) erhebliche Aktivitäten entfaltet – mangels Aufträgen aus den Länderbehörden bewertet er nun allerdings Verfahren und Methoden auf Antrag von Verbänden hin. Damit hat sich der

WBP von einem Gutachtergremium für die Länder nach § 11 PsychThG zu einer Art Akkreditierungs-Agentur entwickelt.

Es ist sicherlich nützlich, dass in Deutschland ein wissenschaftlich ausgewiesenes, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten umfassendes Gremium „WBP“ vielfältige Fragen zur Psychotherapie erörtert und sich öffentlich äußert. Wegen der in § 11 PsychThG zugewiesenen Aufgabe des WBP, die Länderbehörden zu beraten, müsste das Methodenpapier sich in den Verfahrensregeln zumindest an Gesetze und Verordnungen halten sowie die Entscheidungsstrukturen der Länderbehörden berücksichtigen. Bereits in diesem elementaren Aspekt weist das Methodenpapier aber zwei erhebliche Mängel auf:

1.) Die WBP-Erfindung einer „Psychotherapie bei Erwachsenen“ steht rechtlich und strukturell „quer“ zur Approbationsordnung und damit zum Gutachterauftrag nach § 11 PsychThG, weil Psychologische Psychotherapeuten (PP) laut Gesetz immer Kinder und Jugendliche mit behandeln. Auch inhaltlich ist eine Trennung der „Wirksamkeit“ oder gar „Wissenschaftlichkeit“ für Erwachsene und solche für Kinder und Jugendliche nicht haltbar. Zwar kann von Studien zur Wirksamkeit bei Erwachsenen nicht einfach auf die Wirksamkeit bei Kindern geschlossen werden – solche Schlüsse sind aber auch z. B. von 12 – 18jährigen auf 3 – 6jährige oder von Adoleszenten auf Greise

¹ Wegen des sehr begrenzten Platzes ist nur eine stark gekürzte Fassung abgedruckt. Eine längere und differenzierte Fassung kann in internet unter www.jkriz.de/vermessen.pdf heruntergeladen werden.

etc. nicht fundierter. Die Bewertungslogik muss daher ganz anders aussehen.

2.) Entscheidungen über die vertiefte Ausbildung zum Psychotherapeuten, über Ausbildungsstrukturen oder über die Form und Inhalte der Anträge sind Angelegenheiten der zuständigen Behörden bzw. der Kammern. Schon das alte Methodenpapier ignorierte diese Entscheidungsbefugnisse und meinte, Empfehlungen zur Ausbildung machen zu sollen. Im neuen Methodenpapier aber ist eine Antwort auf die zentrale Frage des PsychThG zur „wissenschaftlichen Anerkennung“ eines Verfahrens gar nicht mehr vorgesehen. Stattdessen wird gleich von der Feststellung der Studienqualität (II.5.1) zur „Empfehlung für die Vertiefungsgebiete der Ausbildung zum Psychotherapeuten“ (III) gesprungen.

Mindestens so problematisch ist aber, dass das Methodenpapier trotz seiner teilweisen Berücksichtigung naturalistischer Studien weiterhin ganz im Paradigma einer quantitativen Wirkungsforschung angelegt ist. Damit werden viele wichtige Belege zur Wissenschaftlichkeit (einschließlich zur Wirksamkeit und zum Nutzen) von Verfahren ausgeblendet – etwa Belege aus qualitativen Einzelfall- und Gruppenstudien, aus der quantitativen und qualitativen Prozessforschung oder der Forschung zur Wirkweise (um nur wenige weitere Ansätze wissenschaftlicher Psychotherapieforschung zu nennen). Die systematische Nicht-Berücksichtigung solcher Forschungsergebnisse durch das Methodenpapier steht in krassem Gegensatz zur Evidenz², die viele Wissenschaftler bei der Beurteilung von Psychotherapieverfahren gerade (auch) aus solchen Forschungsansätzen ziehen. Ich halte dies für ein fatales Signal sowohl an die Wissenschaft als auch an die Therapeutenprofession, weil damit solche Forschung und deren Ergebnisse im Wettlauf der Anerkennung entwertet werden.

In *Psychotherapeutenjournal* 3/2007 (258-261) hatte ich dargelegt, dass es unterschiedliche Positionen gibt, wie „Psychotherapie“ zu verstehen sei, nämlich, kurz gesagt, einmal als Anwendung von Techniken, zum anderen als passungsgerechte Entfaltung von Prinzipien. Und dass daraus

unterschiedliche Vorstellungen folgen, wie Studien für die Gesamtbewertung eines Verfahrens aggregiert werden. Der WBP verstand sich in der 1. Amtsperiode hier noch als recht verfahrensneutral, indem die Forderung nach Belegen in einer Mindestanzahl an Anwendungsbereichen als exemplarisch für die Entfaltung der Wirkprinzipien für eine bestimmte Symptombreite verstand, was als Operationalisierung im Rahmen der Gesamtentscheidung gemeint war. Noch am 15.01.2006 betonten die ehemaligen beiden Vorsitzenden des WBP zusammenfassend, es handle sich um ein „Missverständnis“, wenn man meine, dass die Begutachtungsmethodik „Psychotherapieverfahren in Teilbereiche auflösen“ wolle, um „diese jeweils als wissenschaftlich zu bestätigen oder zu verwerfen.“ Das neue Methodenpapier hingegen spricht ganz unverhohlen davon (S. 11), es ginge darum „anzugeben, für welche Anwendungsbereiche ein Psychotherapieverfahren oder eine Psychotherapiemethode gegebenenfalls als wissenschaftlich anerkannt gelten kann“. Hier wird nicht nur einer Patchwork-Therapie aus einzelnen laborwirksamen Interventionstechniken Tor und Tür geöffnet, sondern diese partikuläre Sichtweise wird nun auch jenen Ansätzen übergestülpt, die nach ganz anderen Prinzipien ihre Wirksamkeit entfalten.

Ungereimt ist auch das neue sog. „Schwellenkriterium“ und seine Begründung mit „Versorgungsrelevanz“. Nach den gültigen Bestimmungen in der BRD ist nämlich die Indikation für Psychotherapie „seelische Krankheit“ und nicht irgendeine Symptom- oder Störungsgruppe. Versorgungsrelevant sind besonders Patienten, welche die am häufigsten vorkommenden „komorbiden Störungen“ aufweisen – wobei ein Patient nicht mehrere Störungen hat, sondern seine Störung fällt in mehrere ICD-Kategorien. Doch diese Patienten sind beim WBP nur unter „ferner liefen“ (beim G-BA sogar gar nicht) berücksichtigt, obwohl es die größte und relevanteste Gruppe ist.

Insgesamt ist es mehr als fraglich, ob mit den zahlreich vorgenommenen Operationalisierungen wirklich mehr Transparenz in dem Begutachtungsprozess geschaffen wurde. Transparent sind zwar die einzelnen Schritte, die Vergabe von Punkten und

deren Verrechnung zu einem Gesamtwert. Doch dies täuscht. Denn intransparent sind die vielen impliziten Voraussetzungen, das dahinterstehende Menschenbild und die Reduktion des komplexen Gegenstandes „Psychotherapie“ auf ein Einheitsverständnis, das das Wesentliche in vielen Psychotherapieverfahren verfehlt.

Der vielleicht gutgemeinte Vorsatz, mit möglichst großer methodischer Akribie auf der sicheren Seite der Erkenntnis zu sein, treibt in manchen Gremien Blüten. So ist aus den Regelwerken der EU-Kommissionen bekannt, dass es auch für den Krümmungswinkel von Salatgurken einen Schwellenwert gibt, den eine Gurke überschreiten muss, damit sie im Sinne der EU-Agrarordnung auch wirklich eine Salatgurke ist – was dazu führte, dass ein dänischer Bauer vor einigen Jahren seine Gurken-ernte vernichten musste. Man darf getrost fragen, ob die Tatsache, dass der WBP 9 Jahre nach Inkrafttreten des PsychThG immer noch nicht die Wissenschaftlichkeit und Wirksamkeit der jenseits deutscher Staatsgrenzen in Wissenschaft und Profession anerkannten Psychotherapieverfahren nachvollziehen kann, wirklich in diesen Verfahren oder aber in der Prüfmethodik begründet liegt. In jedem statistischen Grundkurs lernt man, dass es neben dem Alpha-Fehler (die Nullhypothese einer Unwirksamkeit fälschlicherweise zu verwerfen) auch den Beta-Fehler (die Wirksamkeit zu übersehen) gibt. Das Methodenpapier ist ein Meisterwerk im Verhindern des Alpha-Fehlers. Der Beta-Fehler und den Schaden für Patienten, wenn ihnen wirksame passende Therapie vorenthalten wird, wird dabei völlig übersehen.

Die Beurteilung von Psychotherapieverfahren ist zweifellos komplex. Gerade deshalb ist aber inhaltliche Expertise gefragt und nicht eine methodische Akribie, die We-

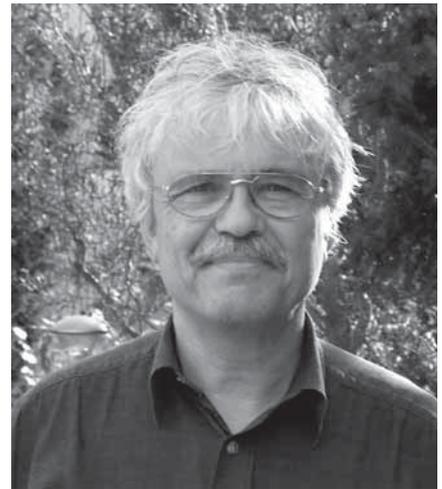
² Gemeint ist hier ein wissenschaftlich korrekter „Evidenz“-Begriff, so wie er auch der „evidenzbasierten Medizin“ (EbM) zugrunde liegt. Es ist erschreckend, dass nicht einmal 20 Jahre nach Einführung des EbM-Ansatzes durch Gruppe um David Sackett trotz eindringlichen Warnungen (z. B. Sackett, D.L. et al. (1996): Evidence-based Medicine: What It Is and What It Isn't. *BMJ*, 312, 71-72) oft nur noch eine entstellte Form, die lediglich RCT-Studien berücksichtigt, von manchen fälschlich als „EbM“ ausgegeben wird.

sentliches verfehlt. Das „Reziprozitätsgesetz“ des Begründers der Fuzzy-Logik, Lofti Zadeh, besagt, dass mit zunehmender Komplexität eine abnehmende Schärfe in der Beschreibung einhergeht. Dies drückt gewissermaßen unsere beschränkte Fähigkeit aus, schwierige Sachverhalte einfach darzustellen. Der Versuch des Methodenpapiers, die Komplexität der Bewertung einer Therapiemethode möglichst auf eine Zahl mit zwei Stellen hinter dem Komma Genauigkeit reduzieren zu wollen, sollte uns nachdenklich machen: welche Banalitäten oder Artefakte erfassen wir da eigentlich – was blenden wir zu Gunsten formaler Genauigkeit an bedeutsamen Inhalten aus?

Abschließend sei das Resümee des Minderheitenvotums³ zitiert: „Dieses Methodenpapier zeigt keine Wege auf, wissenschaftlich begründbare und begründete

Forschungsbelege zur Wirksamkeit und zum Nutzen eines Psychotherapieverfahrens – über eine enge quantitative Prüfmethodik hinausgehend – zu berücksichtigen. Es stellt daher eine kaum zu nehmende Hürde für solche Verfahren dar, deren wissenschaftliche Begründung und Erforschung vorwiegend (auch) anderen Paradigmen bzw. Prüfmethodiken folgt(e). Das Methodenpapier lässt sich daher zu leicht als ein Bollwerk dafür verwenden, um in der internationalen Wissenschaft angesehene Verfahren in Deutschland nicht wieder für die ambulante Versorgung und die Ausbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zuzulassen.“

³ http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/WB_Psychotherapie_Methodenpapier_22112007.pdf



Prof. Dr. Jürgen Kriz

Mitglied des WBP
Universität Osnabrück
FB Humanwissenschaften
49069 Osnabrück
juergen.kriz@uni-osnabrueck.de

Zum Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Falk Leichsenring

Universität Giessen

Es ist ein kennzeichnendes Merkmal der Forschung, dass sie sich ständig weiter entwickelt. Dies gilt auch für die Psychotherapieforschung, sowohl in ihren methodischen als auch in ihren inhaltlichen Fragestellungen.

Das „Methodenpapier“ des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) ist bestrebt, solchen Weiterentwicklungen in der Psychotherapieforschung Rechnung zu tragen. Es greift verschiedene wichtige Diskussionen und Entwicklungen auf und macht Vorschläge zur Lösung einer Reihe von wissenschaftlichen Problemen. Als ein wesentlicher Aspekt der Wissenschaft-

lichkeit von Psychotherapie wird deren Wirksamkeit angesehen. Allerdings kann Wissenschaftlichkeit nicht mit Wirksamkeit gleich gesetzt werden, Wissenschaftlichkeit umfasst mehr als Wirksamkeit.

Das Methodenpapier befasst sich u. a. mit der Unterscheidung von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden und greift die Diskussion um randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) und naturalistische Studien auf. In den letzten Jahren war die einseitige Orientierung an RCTs als Goldstandard der Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie zunehmend kritisiert worden. In einer innovativen Weise greift

das Methodenpapier diese Diskussion auf, indem bei der Beurteilung von Studien sowohl deren interne als auch deren externe Validität anhand definierter Kriterien eingeschätzt wird. Damit eine Studie als Wirkungsnachweis anerkannt werden kann, muss für beide Validitätsarten ein Cut-Off-Wert überschritten werden. Interne und externe Validität werden nicht in Form eines Alles-oder-Nichts beurteilt, sondern als kontinuierliche Merkmale. Auf diese Weise wird eine einseitige Orientierung an RCTs, deren Stärke die interne Validität ist, überwunden. Um die Wirksamkeit eines Verfahrens oder einer Methode für einen Anwendungsbereich zu belegen, fordert

das Methodenpapier drei Studien, davon mindestens zwei mit hoher interner Validität und zwei mit hoher externer Validität. Dadurch ist es möglich, die Wirksamkeit für einen Anwendungsbereich z. B. durch zwei randomisierte/parallelisierte Studien und eine offene naturalistische Studie ohne Kontrollgruppe zu belegen. Damit haben naturalistische Studien Eingang gefunden in die Beurteilung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden und kommen als Wirkungsnachweise in Frage. Hier ist sicher ein Fortschritt gegenüber bisherigen Kriterien zur Beurteilung der Wirksamkeit von Psychotherapie erreicht. Eine gewisse Höherbewertung von RCTs kommt allerdings im Methodenpapier noch immer dadurch zum Ausdruck, als es nicht möglich ist, einen Wirkungsnachweis durch zwei offene naturalistische Studien ohne Kontrollgruppe und eine randomisierte/parallelisierte Studien zu führen.

Der WBP hat sich mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) sinnvollerweise auf ein gemeinsames Schwellenkriterium geeinigt. Dieses orientiert sich an der Versorgungsrelevanz, z. B. an der Prävalenz psychischer Störungen. Voraussetzung dafür, dass ein Verfahren als wissenschaftlich anerkannt werden kann, ist es danach im Erwachsenen-Bereich, dass die Wirksamkeit bei den beiden häufigsten psychischen Störungen (depressive Störungen und Angststörungen) belegt ist. Darüber hinaus ist es erforderlich, dass die Wirksamkeit in mindestens einem weiteren „großen“ oder in mindestens zwei weiteren „kleineren“ Anwendungsbereichen nachgewiesen wird.

Im Methodenpapier hat der WBP einen weiteren zusätzlichen Anwendungsbereich aufgenommen und definiert, der den Bereich der „gemischten Störungen“ abdeckt.

Hierdurch wird der Tatsache Rechnung getragen, dass psychische Störungen selten isoliert auftreten, sondern meist in Verbindungen mit weiteren psychischen Störungen (Multimorbidität oder „komplexe Störungen“). Dieser Anwendungsbereich deckt einen großen, wenn nicht sogar den größten Teil psychischer Störungen in der klinischen Praxis ab⁴. Die Aufnahme dieses Anwendungsbereichs ist ein Novum im Bereich der Psychotherapieforschung und stellt eine wichtige Weiterentwicklung im Hinblick auf Praxisrelevanz dar. Es wird sich möglicherweise noch erweisen, dass hier eine wichtige Weichenstellung für die zukünftige Psychotherapieforschung gelegt ist. Insgesamt ist zu vermuten, dass das Methodenpapier des WBP einen Einfluss auf die Konzipierung und Darstellung zukünftiger Studien haben wird.

Im Kern handelt es sich bei dem Kriterienkatalog des Methodenpapiers um ein neu entwickeltes diagnostisches Instrument, und bei der Beurteilung von Studien und von psychotherapeutischen Verfahren/Methoden anhand dieser Kriterien um ein Ratingverfahren. Neue diagnostische Verfahren müssen sich empirisch bewähren, etwa im Hinblick auf ihre Reliabilität und Trennschärfe. So sind z. B. die Cut-Off-Werte für die allgemeine methodische Qualität und für die interne und externe Validität zunächst einmal a priori im Methodenpapier festgelegt worden. Bei diagnostischen Verfahren werden Cut-Off-Werte dann üblicherweise in weiteren Schritten empirisch geprüft. Ziel ist eine nach verschiedenen Gesichtspunkten optimale, d. h. weder zu weite noch zu enge Auslese. In dieser Hinsicht ist das Methodenpapier noch zu überprüfen. Es muss sich auch erst noch zeigen, inwieweit der Kriterienkatalog allen Fragestellungen der Psychotherapie gerecht wird, etwa naturalistischen Studien

oder Studien zur Langzeittherapie. Kriterien für die Anerkennung von Einzelfallanalysen sind erst noch zu entwickeln.

Es steht nun an, Erfahrungen mit dem Instrument des Methodenpapiers zu sammeln und es gegebenenfalls zu verbessern.

⁴ Darüber hinaus deckt dieser Anwendungsbereich Studien mit diagnostisch heterogenen Stichproben ab, z. B. weist eine Gruppe von Patienten Diagnose A auf, eine zweite Diagnose B und eine dritte Diagnose C.



Prof. Dr. Falk Leichsenring

Mitglied des WBP
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universität Giessen
Ludwigstr. 76
35392 Giessen
Falk.Leichsenring@psycho.med.uni-giessen.de

Statement zu den neuen Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie

Günter Esser

Universität Potsdam

Das neue Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats, das die Verfahrensregeln zur wissenschaftlichen Anerkennung festlegt, ist in meinen Augen ein Meilenstein für die wissenschaftliche Erforschung von Psychotherapie und somit für die Versorgung psychisch Kranker mit wirksamen Therapiemethoden.

Durch die präzise Festlegung der Anforderungen an Studien, die als Wirksamkeits-

nachweis dienen sollen, wird die Mindestqualität zukünftiger Therapiestudien positiv beeinflusst werden. Internationale Journals verwenden im Übrigen bereits seit längerem ähnliche, zumeist deutlich schärfere Kriterien. Die differenzierte Betrachtung vieler einzelner Studiendetails und deren abgestufte Bewertung ermöglicht die Kompensation von einzelnen Designschwächen, die dem Forschungsgegenstand immanent sind. Das betrifft z. B. schwerer

zu erforschende seltene oder stark chronifizierte Krankheitsbilder wie Autismus oder bestimmte Persönlichkeitsstörungen.

Nach wie vor wird den RCT-Studien eine hohe Priorität eingeräumt. Die Wirksamkeitsnachweise orientieren sich an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin. Der Hinweis einiger Kollegen, dass viele Teile der tagtäglich verordneten medizinischen Maßnahmen und Heilmittel diesen

Das neue Fort- und Weiterbildungsprogramm ist da!



2008 - 2009

ab jetzt mit
Frühbuche-
konditionen

...und Online Anmeldung!

www.afp-info.de
bundesakademie@afp-info.de

Die Akademie für Fortbildung ist eine Einrichtung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

AntragPro

Die Software zur einfachen und schnellen Erstellung psychotherapeutischer Gutachten

- umfangreiche Mustertextsammlung (min. 100 pro Modul)
- praxiserichte Mustertexte von erfahrenen Psychotherapeuten und Psychoanalytikern
- schnelle Auswahl nach Diagnosen, Schlagwörtern, etc.
- integrierte Patientenverwaltung
- Übernahme von erstellten Gutachten in den Fundus
- Zur Zeit erhältliche Module:
Erst- & Umwandlungsanträge TP f. Erwachsene
Erst- & Umwandlungsanträge TP f. Kinder u. Jugendliche
- Module in Vorbereitung:
Erst- & Umwandlungsanträge AP f. Erwachsene
Fortführungsanträge TP f. Erwachsene

Information & Bestellung
im Internet unter
www.antrag-pro.de
oder per Telefon

0180 50077946 *

* 0,14 / Min aus dem deutschen Festnetz,
abweichende Preis aus Mobilfunknetzen

PSY.DV

Software für Psychotherapeuten
Adler & Röhn GbR · Isenbergstr. 66 · 45130 Essen

Kriterien auch nicht genügen, ist zwar völlig zutreffend, darf aber meines Erachtens nicht zur Leitlinie von wissenschaftlicher Psychotherapie werden. Psychotherapie in Deutschland als Teil der Leistungen der GKV sollte sich von derartigen nicht evaluierten und zum Teil auch zweifelhaften Behandlungsmethoden klar abheben.

Neben der internen Validität, die vor allem durch die RCT-Studien repräsentiert wird, ist die externe Validität, die durch die Anwendungsstudien repräsentiert wird, stark aufgewertet worden. Methodisch gute Anwendungsstudien können jetzt Teile der RCT-Studien ersetzen. Im Übrigen halte ich den Gegensatz zwischen RCT- und Anwendungsstudien für artifiziell und nicht mehr zeitgemäß. Viele gute Therapiestudien vereinen beide Aspekte in weiten Teilen und berücksichtigen z. B. sowohl die Komorbidität als auch die Zufallszuweisung zu den Behandlungen in einem klinischen Setting. Studien dieser Art erhalten nach den neuen Kriterien ein besonderes Gewicht. Auch das neue „Methodenpapier“ unterscheidet zwischen der Wirksamkeit im Erwachsenenalter und der Wirksamkeit im Kindes- und Jugendalter. An dieser Unterscheidung sind insbesondere juristische Zweifel geäußert worden. Eine Übertragung der Wirksamkeit von Erwachsenen auf Kinder, die im Übrigen für Medikamente verboten ist, würde die Erkenntnisse eines Vierteljahrhunderts Forschung zur Entwicklungspsychopathologie ignorieren, die klar herausgestellt hat, dass Phänomene, Spontanverlauf und Therapieerfolg altersabhängig sind und wegen der ungleich höheren Entwicklungsdynamik im Kindesalter eben nicht durch Modelle des Erwachsenenalters erklärt werden können.

Die berufsrechtliche Möglichkeit der Behandlung von Kindern durch Psychologische Psychotherapeuten, im Übrigen genauso wie durch Ärzte für Allgemeinmedizin, gefährdet den Behandlungsstandard weit mehr als eine zu fordernde umgekehrte Regelung (Kinderärzte und Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen Erwachsene behandeln).

Die großen Psychotherapieverfahren sind entweder bereits durch den WBP geprüft worden oder befinden sich gerade im Prüfprozess. Prinzipiell sind zwar weitere Psychotherapieverfahren möglich, z. B. als Weiterentwicklung bestehender Methoden oder Techniken, das Hauptgewicht wird in Zukunft jedoch auf der Prüfung von Methoden (spezifische Vorgehensweisen bei einzelnen Krankheitsbildern) liegen. Diesem Umstand trägt insbesondere der deutlich differenziertere Katalog der Anwendungsbereiche Rechnung. Während es in der Vergangenheit möglich gewesen wäre, mit Entspannungsverfahren, die die Wirksamkeit bei Einschlafstörungen nachgewiesen haben, auch Essstörungen zu behandeln, weil sie in der ICD in einem Kapitel (5) vereint sind, liegt nun eine Gliederung vor, die phänomenologisch ähnliche Störungsbilder, die ein ähnliches therapeutisches Vorgehen erfordern, zusammenfasst (so werden z. B. reaktive Bindungsstörungen den affektiven Störungen und Bindungsstörungen mit Enthemmung den Störungen des Sozialverhaltens zugeordnet). Aus kinderpsychotherapeutischer Sicht ist vor allem auch die neu aufgenommene Kategorie Regulationsstörungen, die Behandlungsansätze bei sehr jungen Kindern berücksichtigt, hervorzuheben.

Die Einigung zwischen dem WB und dem GBA auf gemeinsame Bewertungskriterien bezüglich der wissenschaftlichen Anerkennung war letztlich nur auf Grundlage des neuen Methodenpapiers möglich. Die Prüfung wissenschaftlicher Anerkennung wird dem WB übertragen. Damit sind unterschiedliche Ergebnisse von WB und GBA bei der Prüfung der Wissenschaftlichkeit desselben Verfahrens oder derselben Methode künftig ausgeschlossen.

Die Empfehlung eines Psychotherapieverfahrens für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss gewährleisten, dass mit diesem Verfahren allein bereits die Mehrzahl der anfallenden Patienten wirksam behandelt werden kann. Die Häufigkeit der einzelnen Störungsbilder orientiert sich dabei an epidemiologischen wie auch versorgungsrelevanten Parametern. Dieses sog. Schwellenkriterium ist im Übrigen in keiner Weise verschärft worden. Es werden auch zukünftig für die Anerkennung eines Verfahrens mindestens neun Studien (3 x 3) aus den Kernanwendungsbereichen benötigt bzw. 4 x 3 Studien, sofern die Kernbereiche nicht vollständig abgedeckt werden.

Abschließend möchte ich betonen, dass die intensive Diskussion des neuen Methodenpapiers sehr viel zur Verständigung zwischen unterschiedlichen Auffassungen beigetragen hat, indem v. a. viele Vorurteile und Missverständnisse aufgelöst werden konnten.



Prof. Dr. Günter Esser

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Mitglied des WBP
Lehrstuhl Klinische Psychologie/Psychotherapie
Universität Potsdam
Institut für Psychologie
Karl-Liebknecht-Str. 24/25
14476 Potsdam OT Golm
gesser@rz.uni-potsdam.de

Wissenschaftliche Anerkennung auf dem gerichtlichen Prüfstand: Wer bestimmt, was „wissenschaftlich anerkannt“ ist?

Der Beschluss des Oberverwaltungsgerichts Nordrhein-Westfalen zur Gesprächspsychotherapie¹

Uta Cramer-Düncher, Mareke de Brito Santos-Dodt

Zusammenfassung: Das Oberverwaltungsgericht (OVG) Nordrhein-Westfalen hat am 15.01.2008 durch Beschluss das Land NRW verpflichtet, eine Ausbildungsstätte für die Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Gesprächspsychotherapie (GPT) zuzulassen. In dem Beschluss legt das OVG den unbestimmten Rechtsbegriff der wissenschaftlichen Anerkennung aus und verweist auf die (nur) beratende Funktion des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) als Gutachter. Die Aufteilung der wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie nach unterschiedlichen Altersgruppen wird verworfen. Das Land NRW hat Revision beim Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) eingelegt. Die Begründung des Gerichtsbeschlusses wird dargestellt und auch in Bezug auf vorangegangene Gerichtsentscheidungen erläutert und diskutiert.

Der Fall

Im Rechtsstreit ging es darum, ob das Land NRW verpflichtet ist, eine Ausbildungsstätte zur vertieften Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) in Gesprächspsychotherapie anzuerkennen.

Das Land hatte den Antrag der Ausbildungsstätte mit der Begründung abgelehnt, der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) habe die Gesprächspsychotherapie (GPT) nur für die Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten anerkannt. Dagegen hatte die Ausbildungsstätte Klage erhoben und u. a. darauf hingewiesen, dass sie verpflichtet sei, Psychologische Psychotherapeuten (PP) auch zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen auszubilden. Das Verwaltungsgericht Köln hatte die Klage abgewiesen². Die beantragte Berufung der Ausbildungsstätte wurde zugelassen.

Am 15.01.2008 hat das OVG Nordrhein-Westfalen (Az.: 13 A 5238/04) der Berufung stattgegeben und das Land NRW verpflichtet, den Antrag der Ausbildungsstätte auf Zulassung zur vertieften Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Gesprächspsychotherapie positiv zu bescheiden. Das Gericht hat mit Billigung der Parteien ohne mündliche Verhandlung entscheiden können, weil es die Berufung einstimmig für begründet hielt.

In seiner Begründung setzt sich das Gericht ausführlich mit dem Begriff der „wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren“ und der Rolle des WBP auseinander wie bereits andere Verwaltungsgerichte zuvor (s. Übersicht im Kasten). In der nun auch von dem Oberverwaltungsgericht bestätigten Auslegung des Begriffs liegt die besondere Bedeutung des Beschlusses für die Profession und die zur Zeit heftig und kontrovers geführte Diskussion über die neuen „Verfahrensregeln“ zur Beurteilung

der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie“ („Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“, Version 2.6 vom 21.11.2007; siehe dazu auch die weiteren Artikel in diesem Heft).

OVG: Der Begriff der „wissenschaftlichen Anerkennung“ bedarf der Auslegung

Der Begriff „wissenschaftlich anerkannt“ bzw. „wissenschaftliche Anerkennung“ findet sich in den §§ 1 Abs. 3 (Legaldefinition), 8 Abs. 3 Nr. 1 („wissenschaftlich anerkannte Verfahren“ als Ausbildungsinhalte) und 11 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), in dem die Aufgabe des WBP bestimmt ist.

Da der Begriff im Psychotherapeutengesetz nicht weiter definiert sei und das Gesetz auch keine konkretisierenden Regelungen bzgl. der Anforderungen für die wissenschaftliche Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren enthalte, bedürfe er der Auslegung (siehe OVG-Beschluss S. 11: „unbestimmter Rechtsbegriff, bei dem Auslegung und Subsumtion der vollen gerichtlichen Überprüfung unterliegen“).

¹ Den Wortlaut des Beschlusses finden Sie unter www.psychotherapeutenjournal.de/archiv.html.

² Siehe Kasten: Chronologie der Gerichtsurteile.

„Der somit zentrale Begriff der ‚wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren‘ wird im Psychotherapeutengesetz nicht definiert. [...]. Der Begriff bedarf deshalb der Auslegung. Dabei liegen Schwierigkeit und zugleich Dilemma darin, dass bestimmte Abläufe und Ergebnisse in der Wissenschaft kontrovers bewertet und beurteilt werden mit der Folge, dass sich wegen dieser Unsicherheit häufig kein einheitliches Bild und keine übereinstimmende Bewertung für eine wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens oder einer Methode ergibt. Dies gilt in besonderem Maße gerade auch für die Psychotherapie, bei der dementsprechend der Konsens unter den Psychotherapeuten über die Wertung und Anerkennung psychotherapeutischer Methoden nur sehr gering ist.“ (OVG-Beschluss, S. 7).

Besonders deutlich werde das dadurch, dass der WBP die Gesprächspsychotherapie anerkannt habe, während andererseits der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Beschluss vom 21. November 2006 zu dem Ergebnis gekommen sei, dass „die Wirksamkeit und der Nutzen der Gesprächspsychotherapie für die Behandlung der wichtigsten psychischen Erkrankungen – mit Ausnahme der Depression – nicht wissenschaftlich belegt ist“. Auch die Vielzahl der kritischen Reaktionen und Veröffentlichungen, die der G-BA-Beschluss ausgelöst habe, belege die „uneinheitliche Bewertung dieser Frage unter Wissenschaftlern“ (OVG-Beschluss, S. 8).

Auslegung des Gerichts

In seiner Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs „wissenschaftlich anerkannte Verfahren“ orientiert sich das OVG vorrangig an der Intention des Gesetzgebers, Missbrauch zu verhindern. Keinesfalls sei es beabsichtigt gewesen, durch die Einführung des Begriffes „wissenschaftlich anerkannt“ die Entwicklung der Profession zu behindern, sondern im Gegenteil diese zu befördern:

„Der Gesetzentwurf definiert, was Ausübung von Psychotherapie im Sinne des Gesetzes sein soll. [...]. Die Beschränkung der Berechtigung auf „wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren“ soll verhindern, dass die Befugnis zur

Ausübung von Psychotherapie zu Scharlatanerie missbraucht wird.“ (BT-Drucks. 12/5890, S. 13 f).

„Der Gesetzentwurf enthält keine Aufzählung der zulässigen psychotherapeutischen Verfahren. Weiterentwicklungen in diesem Bereich sollen nicht ausgeschlossen werden. Gerade im Rahmen der beruflichen Definition psychotherapeutischer Tätigkeiten ist es nicht angezeigt, Verfahren auszugrenzen. Ihre wissenschaftliche Anerkennung bleibt indes Voraussetzung für die anerkannte Ausübung von Psychotherapie, um zu verhindern, dass die Befugnis zur Ausübung der Psychotherapie missbraucht wird.“ (BT-Drucks. 13/8035, S. 14, zit. nach OVG-Beschluss, S. 9).

Das Gericht kommt zu der Feststellung, dass es in der Wissenschaft häufiger divergierende Auslegungen des Begriffes „wissenschaftlich anerkannt“ gebe. Dies zeige sich – wie oben dargelegt – in der Differenz in der GPT-Beurteilung durch den WBP und den G-BA. Nach der Intention des Gesetzgebers komme es darauf an, dass ein Verfahren nach allgemeinen Kriterien wissenschaftlich vertretbar sei und hinreichende Verbreitung und Anerkennung in der Profession finde; dies schließe unter Umständen auch wissenschaftliche Außenseiterpositionen ein.

„In Anlehnung an den ärztlichen Bereich, in dem einem Arzt im Rahmen der Therapiefreiheit nicht von vornherein der Einsatz wissenschaftlich nicht anerkannter Behandlungsmethoden untersagt ist, kann demnach ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren i. S. d. § 1 Abs. 3 PsychThG dann angenommen werden, wenn es wissenschaftlich begründete Argumente in der Profession der Psychotherapeuten für sich findet, wobei dies auch eine Mindermeinung zulässt, oder wenn das psychotherapeutische Verfahren in der Fachdiskussion eine breite Resonanz gefunden hat und in der beruflichen Praxis von einer erheblichen Zahl von Therapeuten angewandt wird.“ (OVG-Beschluss, S. 10, Unterstreichung durch die Verf.)

Das OVG betont damit, dass Wissenschaftlichkeit sich durch Diskurs in der Wissenschaft, in der psychotherapeutischen

Profession und scientific community herausbildet.

Die Bindung der Landesbehörden als auch des WBP an diese Gesetzesintention wird aufgezeigt:

„An diese Auslegungsprämisse sind nach der Gesetzeslage sowohl die für die Anerkennung einer Ausbildungsstätte zuständige Landesbehörde als auch der Wissenschaftliche Beirat nach § 11 PsychThG gebunden. Ein – einer gerichtlichen Überprüfung nur eingeschränkt zugänglicher Beurteilungsspielraum – kann ihnen dabei nicht zuerkannt werden.“ (OVG-Beschluss, S. 11).

„Vor dem dargelegten Hintergrund kommt deshalb auch den vorliegenden Stellungnahmen des Wissenschaftlichen Beirats in Bezug auf die Gesprächspsychotherapie im Kinder- und Jugendlichenbereich keine entscheidungserhebliche Bedeutung zu und kann die Ablehnung des Begehrens der Klägerin nicht darauf gestützt werden.“ (OVG-Beschluss, S. 11).

Bereits die vorangegangenen Verhandlungen vor Verwaltungsgerichten (siehe Übersicht), konnten teilweise ohne förmliche Entscheidung beendet werden, weil die beklagten Länder sich die jetzt vom OVG NRW bestätigte Rechtsauffassung der Verwaltungsgerichte zu eigen machten. Diese hatten u. a. ergeben, dass eine Unterscheidung zwischen „wissenschaftlich anerkannten Verfahren“ und „Verfahren zur vertieften Ausbildung“ nicht zulässig sei. In dem Urteil zur Systemischen Psychotherapie/Familientherapie stellte das VG Düsseldorf z. B. fest, dass die wissenschaftliche Anerkanntheit des Verfahrens zweifelsfrei gegeben sei, weil die Wissenschaftlichkeit und Wirksamkeit des Verfahrens in der Wissenschaft weithin anerkannt sei; Wirksamkeitsnachweise nach den Kriterien des WBP seien nicht entscheidend für die Frage der wissenschaftlichen Anerkennung. Das OVG hält es vor dem Hintergrund der „Gesetzesintention, Weiterentwicklungen ... nicht zu verhindern“ (OVG-Beschluss, S. 9) ebenfalls für nicht geboten, die Anerkennung eines Verfahrens von der Bewertung von Wirksamkeitsnachweisen abhängig zu machen. Die Stellungnahme des

Chronologie: Gerichtliche Klärungen zur Legaldefinition, zur Frage der wissenschaftlichen Anerkanntheit von Psychotherapieverfahren und zur Anerkennung von Ausbildungsstätten gem. § 6 Abs. 2 PsychThG

<p>Oberwaltungsgericht Bremen 12.02.2002 (Az.: 1 A 270/01) Klage auf <i>Approbationserteilung</i> als PP mit Nachweisen überwiegend aus der Behandlung von Kindern und Jugendlichen</p>	<p>Klage stattgegeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ § 1 Abs. 3 PsychThG (Legaldefinition) umfasst die gesamte Bandbreite psychotherapeutischer Tätigkeitsbereiche ■ Psychotherapeutische Tätigkeit ist unabhängig vom Patientenalter zu berücksichtigen
<p>Bundessozialgericht 06.11.2002 (Az.: B 6 KA 37/01 R, B 6 KA 38/01 R) Klage auf <i>Arztregistereintrag/Anerkennung der Fachkunde</i> von PP mit Nachweisen überwiegend aus der Behandlung von Kindern und Jugendlichen</p>	<p>Klage stattgegeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ weder SGB V noch PsychThG unterscheiden zwischen der Behandlung von Erwachsenen einerseits und von Kindern und Jugendlichen andererseits ■ Aufgliederung der pschotherapeutischen Tätigkeit in zwei unterschiedliche Berufe erfolgte, um auch Berufsgruppen ohne Psychologiestudium den Zugang zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen
<p>Verwaltungsgericht Köln 10.11.2004 (Az.: 9 K 4647/02) Klage einer Ausbildungsstätte gegen das Land NRW auf Zulassung zur KJP-Ausbildung in Gesprächspsychotherapie.</p>	<p>Klageabweisendes Urteil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren ist keine berufsrechtliche Regelung ■ Wissenschaftliche Anerkennung getrennt nach „bestimmten Personengruppen“ ist möglich ■ WBP ist eine Beurteilungsinstanz ■ Wirksamkeitsnachweise sind Voraussetzung zur wissenschaftlichen Anerkennung <p>Urteil im Berufungsverfahren aufgehoben (OVG NRW 15.01.08)</p>
<p>Verwaltungsgericht München 22.02.2005 (Az.: M 16 K 02.712) Klage einer Ausbildungsstätte gegen den Freistaat Bayern auf Zulassung zur KJP-Ausbildung in Gesprächspsychotherapie</p>	<p>Gerichtlicher Vergleich: Freistaat Bayern verpflichtet sich zur Neu-Anfrage an den WBP unter Beachtung der Rechtsauffassung des VG.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Der gesetzliche Begriff stellt nicht auf Wirksamkeit, sondern auf nachvollziehbare, wissenschaftlich plausible Begründung ab ■ WBP hat Sachverständigenfunktion, keine Entscheidungskompetenz ■ Wirksamkeit ist nicht Bestandteil des unbestimmten, gerichtlich auszulegenden Rechtsbegriffs ■ Landesbehörde ist nicht an Empfehlungen des WBP gebunden
<p>Verwaltungsgericht Leipzig 20.04.2005 (Az.: 4 K 376/02) Klage einer Ausbildungsstätte gegen den Freistaat Sachsen auf Zulassung zur KJP-Ausbildung in Gesprächspsychotherapie</p>	<p>Gerichtlicher Vergleich: VG schließt sich der Rechtsauffassung des VG München an. Freistaat Sachsen verpflichtet sich zur Neu-Anfrage an WBP unter Beachtung der Rechtsauffassung des VG.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ WBP ist kein „Wissenschaftsgericht“ ■ WBP-Unterscheidung „wissenschaftlich anerkanntes Verfahren“ und „Verfahren zur vertieften Ausbildung“ ist rechtlich nicht haltbar
<p>Verwaltungsgericht Düsseldorf 07.04.2006 (Az.: 26 K 9121103) Klage einer Ausbildungsstätte gegen das Land NRW auf Zulassung zur KJP-Ausbildung in Systemischer Therapie /Familientherapie</p>	<p>Klage stattgegeben: Das Land NRW wird verpflichtet, die Ausbildungsstätte anzuerkennen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Verbreitung des Verfahrens in Wissenschaft und Praxis lässt keine Zweifel an der wissenschaftlichen Anerkanntheit zu ■ WBP hat Wirksamkeit und nicht Wissenschaftlichkeit geprüft ■ Entscheidend ist die herrschende Auffassung in der Wissenschaft ■ Das Land hätte prüfen müssen, ob der WBP im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages geblieben ist <p>Das Land hat Berufung eingelegt.</p>
<p>Verwaltungsgericht Gelsenkirchen 06.03.2007 (Az.: 7 K 83/04) Klage einer Ausbildungsstätte gegen das Land NRW auf Zulassung zur PP-Ausbildung in Systemischer Therapie /Familientherapie</p>	<p>Außergerichtlicher Vergleich: Das Land NRW verpflichtet sich, bei Zurückweisung der Berufung im Berufungsverfahren VG Düsseldorf, die Ausbildungsstätte zuzulassen. Mit der Zustimmung zu dem Vergleich anerkennt das Land die Unteilbarkeit der wissenschaftlichen Anerkennung eines Verfahrens.</p>
<p>Oberverwaltungsgericht NRW 15.01.2008 Berufungsverfahren zu dem Urteil des VG Köln (s.o.) (Az.: 13 A 5238/04 zu 9 K 4647/02)</p>	<p>Berufung stattgegeben (s. VG Köln): Einstimmiger Beschluss des OVG ohne Verhandlung wegen eindeutiger Rechtslage.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ OVG verpflichtet das Land NRW, die Ausbildungsstätte zur vertieften Ausbildung von KJP in Gesprächspsychotherapie zuzulassen ■ Wissenschaftliche Anerkennung richtet sich nach dem Stand der Fachdiskussion und der Verbreitung in der Praxis ■ WBP hat lediglich beratende Funktion ■ Land und WBP sind an die juristische Auslegung des Begriffes „wissenschaftlich anerkanntes Verfahren“ gebunden ■ Gesprächspsychotherapie ist (auch) zur Ausbildung von KJPen geeignet und zuzulassen ■ Aufteilung von Psychotherapieverfahren nach Altersgruppen ohne Grundlage <p>Das Land hat Revision bei dem BVerwG eingelegt.</p>

WBP zur Gesprächspsychotherapie für die Frage der wissenschaftlichen Anerkennung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sei insofern nicht zu beachten, als der WBP den gesetzlichen Begriff „wissenschaftlich anerkannt“ mit seinen Forderungen nach Wirksamkeitsnachweisen verkannt habe. Das vom WBP konstatierte Fehlen hinreichender Wirksamkeitsstudien zur Gesprächspsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen sei daher unerheblich (OVG-Beschluss, S. 14). Das OVG rückt damit die Stellung und Zuständigkeit des WBP zurecht und bestätigt auch Spellbrink, Richter am Bundessozialgericht, Kassel, der schon 2001 das Vorgehen des WBP recht drastisch als „usurpierte Prüfkompetenz“ kritisiert hatte.

Entscheidungskompetenz der Landesbehörden – Beratungsfunktion des WBP

Das Gericht klärt anschließend die gesetzlich vorgesehene Stellung des WBP im Verhältnis zu den Landesbehörden und verbindet dies mit einer klaren Unterscheidung bezüglich der per Gesetz zugewiesenen Aufgaben, die eingehalten werden müssten. Hier erfolgt ein deutlicher Hinweis auf die lediglich beratende Funktion des WBP für die Landesbehörden und auch darauf, dass die Landesbehörden ihre Entscheidungskompetenz nicht ohne Weiteres an ein anderes Gremium abgeben dürfen:

„Nach dem insoweit eindeutigen Wortlaut des § 11 PsychThG, wonach über die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens die zuständige Landesbehörde entscheidet und sie ihre Entscheidung in Zweifelsfällen auf der Grundlage eines Gutachtens des wissenschaftlichen Beirats treffen soll, steht allein der zuständigen Landesbehörde [...] die Entscheidungskompetenz zu, während dem wissenschaftlichen Beirat mit der Aufgabe der Erstellung eines Gutachtens in Zweifelsfällen als Grundlage für die behördliche Entscheidung lediglich eine Beratungsfunktion, nicht aber eine Entscheidungsbefugnis zugewiesen wird. [...].“

Diese gesetzlich vorgesehene Zuteilung von Entscheidungs- und Beratungskompetenzen hat die Beklagte bei der den

Gegenstand dieses Verfahrens bildenden Entscheidung verkannt, weil sie sich [...] ausschließlich auf die Bewertung und Einschätzung des wissenschaftlichen Beirats zur Eignung der Gesprächspsychotherapie als Ausbildung für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen bezogen hat, ohne eine eigenständige Entscheidung zu treffen.“ (OVG-Beschluss, S. 12).

Aufspaltung eines Verfahrens in Kinder- und Erwachsenenpsychotherapie unzulässig

Bei der Diskussion der eigentlichen Fragestellung, ob nämlich die Ausbildungsstätte auch für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ausbilden darf, misst das Gericht der Einführung der beiden Psychotherapeutenberufe keine Bedeutung bei. Es stellt lediglich fest, das eher formale Kriterium des WBP, die Gesprächspsychotherapie wegen fehlender Wirksamkeitsnachweise nicht als wissenschaftliches Verfahren bei Kindern und Jugendlichen anzusehen, sei vor dem Hintergrund der Intention des Gesetzgebers nicht entscheidend.

„Die Gesprächspsychotherapie als solche wird seit langem in der Wissenschaft als geeignete Therapiemethode angesehen. [...] Zwar ist die formelle Zweiteilung der psychotherapeutischen Berufe in den Psychologischen Psychotherapeuten und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erst mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes Anfang 1999 erfolgt. Obwohl die unterschiedlichen Behandlungsgruppen der Erwachsenen und der Kinder/Jugendlichen bekannt waren, ist aber nicht erkennbar, dass die früheren und auf alle Altersstufen bezogenen Stellungnahmen zur grundsätzlichen Eignung der Gesprächspsychotherapie als Therapieverfahren deswegen ihre Bedeutung als Erkenntnisgrundlage verloren haben.“ (OVG-Beschluss, S. 13f.).“

Das OVG bestätigt damit die Rechtsauffassung früherer Urteile, dass ein Psychotherapieverfahren nicht nach Altersgruppen oder – so das VG Köln – nach anderen „bestimmten Personengruppen“ aufgeteilt werden kann. Bereits 2002 hatten das OVG Bremen wie auch das Bundessozialgericht rechtskräftig festgestellt, dass weder im

SGB V noch im PsychThG eine Differenzierung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren nach ihrer Eignung für bestimmte Altersgruppen vorgesehen sei. Bei Würdigung der erforderlichen Behandlungsmodifikation in der Anwendung eines Verfahrens bei der Behandlung von Erwachsenen sowie von Kindern und Jugendlichen oder auch anderen, spezielle Behandlungsanforderungen stellenden Patientengruppen wird nun auch seitens des OVG NRW darauf verwiesen, dass die Schaffung der beiden Heilberufe PP und KJP nicht impliziere, dass ein (wissenschaftlich anerkanntes) Verfahren nicht zur psychotherapeutischen Behandlung von allen Altersgruppen, so auch von Kindern und Jugendlichen, geeignet sei. Vielmehr sollte dadurch lediglich der Zugang auch anderer Berufsgruppen als der Diplom-Psychologen geregelt werden. Des Weiteren wird hervorgehoben, dass Psychologische Psychotherapeuten in ihrer Ausbildung auch auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen genügend vorbereitet würden.

„[...] bei den psychologischen Psychotherapeuten kann aufgrund ihrer Ausbildung davon ausgegangen werden, dass sie sich in der Gesprächsführung umfassend auf den Patientenkreis von Kindern und Jugendlichen mit den entsprechenden Behandlungsvorgaben einstellen werden.“ (OVG-Beschluss, S. 14f.).“

Der durch eine vertiefte Ausbildung in einem Richtlinienverfahren erworbene und anzuerkennende Fachkundenachweis (§ 95c SGB V i.V.m. § 8 PsychThG) von Psychologischen Psychotherapeuten ist umfassend. In den Psychotherapie-Vereinbarungen haben die Vertragspartner lediglich bestimmt, dass PP zur Erteilung der Abrechnungsgenehmigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zusätzliche Nachweise (Entwicklungspsychologie, Behandlungsfälle) erbringen müssen.

Ob diese aus der Zeit vor 1999 übernommene Regelung nach der Einführung des PsychThG und der alle Altersgruppen übergreifenden Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten nach staatlichen Vorgaben noch sachgerecht und gerechtfertigt ist, steht zur Diskussion. In der Profession wird darauf eine mögliche

Antwort in Weiterbildungsordnungen gesucht.

Konsequenzen

Das Kriterium des WBP, dass die Bewertung eines psychotherapeutischen Verfahrens als wissenschaftlich den positiven **Nachweis der Wirksamkeit** erfordere, wurde mit diesem Beschluss zurückgewiesen und die Intention des Gesetzgebers wieder in den Blick gerückt. D. h. dieser Beschluss gibt dem Begriff des „wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahrens“ eine weiterreichende Dimension: Sie dient dem Patientenschutz **und** richtet sich nach dem Stand der Fachdiskussion **und** der Verbreitung in der Praxis. Das Kriterium der durch Studien erbrachten Wirksamkeit kann allenfalls als **ein** Indiz u. a. gelten. Das OVG verweist auf die juristische Kommentar-Literatur (u. a. Redeker, 1999; Spellbrink, 2001; Francke, 1999; Pulverich, 1999; Jerouschek, 2004, § 11 Rn. 1-5), in der bereits früher Bedenken gegen die Ausgestaltung des beratenden Auftrags des WBP formuliert worden waren.

Offen bleibt dabei, wie die Landesbehörden mit der ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgabe und der Bindung an die gerichtliche Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs „wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren“ umgehen werden.

Spellbrink (2001, S. 116) führt hierzu aus: „Der Gesetzgeber wollte „Gutachten“, auf deren Grundlage die Approbationsbehörden sodann selbst zu entscheiden hatten, nicht (normähnliche) Entscheidungen über Therapiemethoden durch den wissenschaftlichen Beirat, die die Landesbehörden lediglich zu exekutieren hätten. Diesen gesetzlichen Vorgaben kommt der wissenschaftliche Beirat offensichtlich (und bewusst) nicht nach. [...] . Der wissenschaftliche Beirat kann also nur innerhalb dieser vom Gesetz gewollten bloß beratenden, entscheidungsvorbereitenden Aufgabenzuweisung tätig werden.“ „Der WBP hat daher keine andere Stellung als jeder andere Gutachter, der für Gerichte oder Behörden eine fachkundige Meinungsäußerung abgibt.“ (Spellbrink, 2005)

Die Landesbehörden wären demnach gut beraten in Fällen, in denen die wissenschaftliche Anerkennung eines verbreitet

angewandten Verfahrens vom WBP nicht bestätigt und der Beratungsgegenstand in der Profession kontrovers diskutiert wird, weitere Stellungnahmen einzuholen oder eigene weitere Recherchen anzustellen, um sich ein Urteil zu bilden.

Da das Land NRW Revision eingelegt hat, hat nun das BVerwG das letzte Wort. Die Begründung der Revision war bei Redaktionsschluss noch nicht bekannt.³

Es ist davon auszugehen, dass der OVG-Beschluss die in der Profession kontrovers geführte Diskussion über die Kriterien, die der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie seinen Beurteilungen von Psychotherapieverfahren zu Grunde legt, sowie über die neuen Verfahrensregeln nicht zur Ruhe kommen lassen, sondern im Gegenteil weiter zuspitzen wird.

Literatur

Franke, R. (1999). *Wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren – Zur Auslegung der Wissenschaftlichkeitsklausel gemäß § 1, Abs.3, Satz 1 PsychThG. Rechtsgutachten*. Verfügbar unter: <http://www.igmr.uni-bremen.de/deutsch/projekte/psverf.PDF>.

Jerouschek, G. (Hrsg.) (2004). *PsychThG: Psychotherapeutengesetz*. München: C.H. Beck.

Pulverich, G. (1999). *Psychotherapeutengesetz, Kommentar* (3. Auflage). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Spellbrink, W. (2001). Der wissenschaftliche Beirat nach § 11 PsychThG. *Zeitschrift Psychotherapie und Recht, Bundesanzeiger Verlag*, 4/2001, 112-116.

Spellbrink, W. (2005). Die wissenschaftliche Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren. *Rundbrief der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Mai 2005*, 7-9.

Redeker, K. (1999). *Gutachterliche Stellungnahme zum negativen Votum des Wissenschaftlichen Beirats nach §11 PsychThG über „Gesprächspsychotherapie als wissenschaftlich anerkanntem psychotherapeutischem Verfahren“*. Bonn.

³ Die Revisionsbegründung liegt mittlerweile vor und ist unter www.psychotherapeutenjournal.de/archiv.html einsehbar.



Dipl.-Psych. Uta Cramer-Düncher

Psychologische Psychotherapeutin
Mitglied im Vorstand der LPPKJP Hessen
Waldstr. 72
63303 Dreieich
cramer-duencher@T-Online.de



Dipl.-Psych. Mareke de Brito Santos-Dodt

Psychologische Psychotherapeutin
Psychotherapeutische Praxis
Schröderstr. 46a
69120 Heidelberg
Mareke.Santos-Dodt@t-online.de

Phänomenologie, Forschung und erste therapeutische Implikationen zum Störungsbild Computerspielsucht

Klaus Wölfling, Kai W. Müller

Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Zusammenfassung: Gehäuft auftretende Kasuistiken von Betroffenen, die suchtartiges Computerspielverhalten aufweisen, haben in den letzten Jahren zu vermehrter Forschungsaktivität auf diesem Gebiet geführt und die Notwendigkeit erkennen lassen, speziell auf die Störung „Computerspielsucht“ zugeschnittene Interventionsmaßnahmen zu entwickeln und durchzuführen. Dabei wird in internationalen Studien suchtartiges Computerspielen häufig über die Kernsymptome von substanzgebundener Abhängigkeit beschrieben; zu diesen Symptomen zählen das unwiderstehliche Verlangen, der Kontrollverlust, die Entstehung von Toleranz, zunehmende Vernachlässigung alternativer Aktivitäten und Interessen, negative Konsequenzen (gesundheitlicher und sozialer Art) sowie Entzugserscheinungen. Als Reaktion auf diese zunehmende Auftretenshäufigkeit computerspielsüchtigen Verhaltens wurde an den Kliniken der Universität Mainz nun Deutschlands erste Ambulanz für Spielsucht eröffnet, in der Betroffenen in Form von verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien geholfen wird, Kontrolle über die exzessive Computernutzung zurückzugewinnen und Medienkompetenz zu entwickeln.

Die Erkenntnis, dass bestimmte Stoffe süchtig machen, ist eine Tatsache, die in der heutigen Zeit sicherlich von niemandem mehr auch nur ansatzweise angezweifelt wird. In der psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxis werden Störungen diagnostiziert und therapiert, die in Form von z. B. Alkoholabhängigkeit den übermäßigen Konsum von Substanzen zum Gegenstand haben, welche sich in direkter Weise auf das zentrale Nervensystem auswirken und für die Konsumenten in teilweise fatalen physischen, sozialen und psychischen Konsequenzen münden. Sogenannte stoffgebundene Süchte sind kein neuartiges Phänomen. Es gibt festgelegte valide diagnostische Kriterien, suchtbezogene Anamnesefragebögen, Behandlungsmanuale und ungezählte empirische Studien zu Epidemiologie, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Therapieerfolgsquoten und Präventionsmaßnahmen.

Die Erkenntnis, dass bestimmte stoffgebundene Phänomene süchtig machen,

kristallisiert sich ebenfalls zunehmend als Tatsache heraus – eine Tatsache allerdings, die auch heutzutage noch darum kämpft, in wissenschaftlichen, wie auch gesellschaftlich-kulturellen Kreisen Anerkennung zu finden. Das öffentliche Bewusstsein weiß sehr wohl um die toxische und psychopathologische Wirkung von Alkoholabusus. Die möglicherweise ebenso pathogenen Effekte von Verhaltenssüchten, wie sie beispielsweise durch die Internetsucht oder, im engeren Sinne, durch die Computerspielsucht erzeugt werden, werden hingegen öffentlich und wissenschaftlich noch zögerlich debattiert. Wer sich nicht mit der Versendung von E-Mails, dem Hoch- und Runterladen von Dateien, dem wochenendlichen Einklinken in das Firmen-Intranet des Arbeitsplatzes oder dem Bearbeiten von Onlineformularen auskennt, dem fehlt mittlerweile ein großes Stück Kommunikation, der bekommt unter Umständen ernste Schwierigkeiten mit seinem Arbeitgeber (Stichwort: örtliche und zeitliche Flexibilität), bzw. der wird

so schnell erst gar keine Anstellung finden (sofern sich der Arbeitgeber auf Online-Ausschreibungen beschränkt). Ebenso wie es aus sozialpsychologischer Sicht vor wenigen Jahren Schlagwörter wie emotionale oder soziale Intelligenz waren (Goleman, 1997), die als neue „soft skills“ im täglichen Umgang miteinander als unverzichtbar angesehen wurden, so erhält nun die Medienkompetenz einen ähnlichen Status (allerdings sucht man den Begriff der „software skills“ bislang noch vergeblich).

Nun könnte man sich die Frage stellen, ob auch das Beherrschen von Computerspielen bzw. Online-Rollenspielen in den Bereich der vielgerühmten Medienkompetenz fällt. All jenen, die sich unter Online-Rollenspielen nichts vorstellen können, sei zunächst eine kurze Einführung in diese Subkultur des Internet gegeben: In sog. MMORPGs (Massive Multiplayer Online Role Play Games), also virtuellen Spielplattformen, kommen Spieler aus aller Welt zu Tausenden zusammen, um in oftmals sehr mythisch gehaltenen programmierten Fantasiewelten diverse Herausforderungen zu bestehen, Schlachten zu schlagen, Rätsel zu lösen, kurzum, sich in spielerischer Weise die Zeit zu vertreiben. Diese Spielplattformen, die rund um die Uhr betretbar sind, erfahren unter Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen enormen Zuspruch. Eine hohe Spielbindung wird dabei häufig durch eine monatlich fällige Gebühr, die ständige Verfügbarkeit des Spiels und die Tatsache, dass das Geschehen nicht pausierbar ist, erreicht. Der hohe zeitliche Einsatz wird durch Fortschritte im Spiel, ein innerhalb der Spielergemeinschaft (welche unter den Spielern in Form von so genannten Gilden, also sozialen Zusammen-

schlüssen, entsteht) steigendes soziales Prestige und vertiefte soziale Bindungen innerhalb der Gilde belohnt. Die meisten Online-Rollenspiele sind so angelegt, dass bestimmte, teilweise für das Weiterkommen im Spiel benötigte Aufgaben nicht allein zu bewältigen sind, so dass die Spieler aufeinander angewiesen sind. Diese sozialen Bindungen innerhalb des Spiels scheinen wiederum Verpflichtungen und Versäumnisängste zu erzeugen. Weiterhin scheint die Möglichkeit in diesen virtuellen Welten unkompliziert unzählige nicht-reale Beziehungen einzugehen, die Verdichtung beziehungsweise die Ausweitung von Zeiterleben während der Spielhandlung, der Verlust an Orientierung im virtuellen Raum (der sogenannte „Tunnelblick“ vor dem Monitor) sowie die Chance sozialen Status unabhängig von materiellen oder persönlichen Voraussetzungen zu erringen, einer exzessiven beziehungsweise suchtartigen Nutzung dieser Spiele Vorschub zu leisten.

Das Besondere an den sozialen Netzwerken innerhalb dieser MMPORGs ist nun, dass man als Involvierter nicht wie bei einem gewöhnlichen Videospiele der alten Schule alleine durch diese Wunderwelten streift, sondern sich mit realen Mitspielern, die entweder nebenan oder auch tausend Kilometer entfernt vor ihrem Rechner sitzen, zusammenschließen kann. Umgeben von einer archaischen Märchenwelt steht es einem jeden Spieler also offen – und vor allem fällt es jedem Spieler leicht – sich in kürzester Zeit ein zwar funktionierendes, jedoch gänzlich aus Cyber-Avataren bestehendes soziales Netzwerk aufzubauen. Wo in der nicht-digitalen Welt Gegebenheiten wie äußeres Erscheinungsbild, Kommunikationsfähigkeit, soziale Gehemmtheit, Introversion und Bedürfnis nach Individualdistanz als kommunikative Hemmschuh wirken können und eine soziale Bindung üblicherweise erst nach einer Phase des gegenseitigen „Beschnupperns“ etabliert wird, werden diese Fähigkeiten im Internet schlicht übersprungen bzw. vermieden. In wie weit jedoch die klassischen Qualitätsmerkmale echter sozialer Bindungen wie beispielsweise Nähe, Vertrautheit und Intimität erfüllt sind (Taylor, Peplau & Sears, 2006), bleibt fraglich. Bergmann und Hüther sprechen in diesem Zusammen-

hang sehr treffend von dem Paradoxon sozialer Internetbeziehungen, die zwar eine eigentümliche Tiefe, jedoch keinerlei soziale Nähe aufweisen (Bergmann & Hüther, 2006).

Ungeachtet der qualitativen Defizite dieser virtuellen Sozialkontakte ist dennoch nicht von der Hand zu weisen, dass basale Voraussetzungen für die Empfindung, einem soliden sozialen Netz anzugehören, durchaus gegeben sind. So ist aus kommunikationspsychologischer Sicht seit längerem erwiesen, dass bereits die bloße Häufigkeit von Begegnungen zu Sympathie führt, welche wiederum das sozial-kognitive Schema von empfundener Vertrautheit bedingt. Hierbei handelt es sich um den sogenannten mere exposure effect (Zajonc, 1965). Diese ungehinderte Häufigkeit der Sozialkontakte ist gerade im Internet eben gar kein Problem, da es so gut wie keine örtlichen Begrenzungen gibt, es sich sozusagen um ein ortloses Universum handelt, in welchem sich etliche potenzielle Internetbekanntschaften entdecken lassen (Bergman & Hüther, 2006).

Empirisch zwar bislang weitestgehend unüberprüft, erscheint diese Leichtigkeit des Kennenlernens im Cyberspace, wodurch das phylogenetisch verankerte Bedürfnis nach sozialer Zugehörigkeit (Berscheid & Regan, 2006) auf einfachem Wege befriedigt wird, als erster grundlegender Risikofaktor identifizierbar zu sein, welcher computerspielsüchtiges Verhalten begünstigen kann. Weitere prädisponierende Faktoren wie eine niedrig ausgeprägte soziale Intelligenz, depressive Verstimmtheit sowie soziale Ängstlichkeit werden von anderen Forschergruppen berichtet (van Egmond-Fröhlich et al., 2007). Daneben spielen natürlich auch eher grundlegende technologische Merkmale eine Rolle. Hier wäre zunächst die weite Verfügbarkeit von preisgünstigen Internet-Breitbandanschlüssen zu nennen ebenso wie die immer realitätsnäher generierten virtuellen Räume der Online-Spielwelten.

Anhand von Kasuistiken zeigt sich, dass, je mehr die virtuelle Welt für exzessive Computerspieler an Attraktivität zunimmt (und dabei parallel der Selbstwertsteigerung dient), es umso schwieriger für die-

Die Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, die Ärztekammer, das Behandlungszentrum für Folteropfer (BZFO) und die Beratungsstelle für politisch Verfolgte XENION Berlin bieten in Zusammenarbeit folgende zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen an:

1. „Behandlung psychisch reaktiver Traumafolgen bei traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern“

für Absolventen des Curriculums „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen verfahren bei Erwachsenen“ oder traumatherapeutisch erfahrenen Psychotherapeut/innen und Psychiater/innen.

Datum/Ort: 12. und 13.09.2008 in Berlin.
Kosten: € 220,00

Wissenschaftliche Leitung:
Herr Dipl.-Psych. Dietrich F. Koch, XENION
Anmeldefrist: 15.08.2008

2. „Traumatisierte Flüchtlingskinder und Jugendliche“

für Therapeut/innen und Ärzt/innen, die Kinder- und Jugendliche behandeln, die durch Krieg, Verfolgung und Flucht bedingte psychische Symptome entwickelten.

Datum/Ort: 17. und 18.10.2008 in Berlin.
Kosten € 220,00

Wissenschaftliche Leitung:
Frau Dipl. Soz. Päd. Sabine Haversiek-Vogelsang, BZFO
Anmeldefrist: 15.09.2008

Ort (beide Veranstaltungen):
Haus der Diakonie, Paulsenstr. 55,
12163 Berlin

Anmeldung (beide Veranstaltungen):
Psychotherapeutenkammer Berlin, Frau Hofmann-
Britz, Tel.: 030/88 71 40-0
Informationen zum Programm:
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de



Institut für Integrative Gestalttherapie
Anerkannter Fortbildungsveranstalter

Weiterbildung in Gestalttherapie
Informations- und Auswahlseminare 2008

München	18.07.-19.07.08
Frankfurt	31.10.-01.11.08
Freiburg	26.09.-27.09.08
Nürnberg	04.07.-05.07.08
Zürich	12.09.-13.09.08

Kontakt in der Schweiz: Gabriela Frischknecht
E-Mail: frischknecht@bluewin.ch
Peter Schulthess E-Mail: pschulthess@goldnet.ch

Fortbildungen:
Systemisches GestaltCoaching - 12-tägige Fortbildung für Berater, Trainer und Therapeuten.
Gestalt Kinder- und Jugendlichentherapie - 16-tägige Fortbildung.

Kompakttraining in integrativer Gestalttherapie
vom 18. bis 29.08.2008 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.Uhlschmid@igw-gestalttherapie.de
Internet: www.igw-gestalttherapie.de

se Nutzer wird, sich mit den alltäglichen Problemen der realen Welt auseinander zu setzen. Die reale Welt verliert im Verlauf einer potentiellen Abhängigkeitsentwicklung mehr und mehr an Attraktivität gegenüber dem virtuellen Universum. Der „typische Computerspielsüchtige“ fällt zunächst während der Entwicklung der Abhängigkeitserkrankung seinem sozialen Umfeld kaum negativ auf. Die lang andauernde Beschäftigung mit dem PC wird anfänglich von Eltern oder Angehörigen häufig verstärkt und positiv bewertet, bzw. als erwünschte Medienkompetenz fehlinterpretiert. Erst mit zunehmender sozialer Isolation, auffälligen schulischen oder beruflichen Leistungseinbußen, familiärer oder partnerschaftlicher Verweigerungshaltung, Verwahrlosungstendenzen und der unbedingten gedanklichen Fixierung auf das Computerspiel wird das Problemverhalten für die Angehörigen offenbar. Nicht selten kommt es beim Entzug des Mediums Computerspiel oder dem von außen (fremd-)herbeigeführten Abbruch zu raptusartigen, aggressiven Durchbrüchen gegenüber Eltern oder Angehörigen. Eine Krankheitseinsicht der Betroffenen ist häufig aufgrund der weiter bestehenden materiellen Versorgung durch das Elternhaus reduziert. Hinzu kommt, dass der zeitliche Aufwand, der eine aktive Teilnahme an den Online-Rollenspielen erfordert, zu einer deutlichen Retardierungstendenz der betroffenen Kinder und Jugendlichen führen kann. Die verspielte Zeit (oft mehrere tausend Stunden pro Jahr), die für das Erleben von notwendigen regulierenden Erfahrungen außerhalb des Computerspiel-Universums wichtig wäre, fehlt aus entwicklungspsychologischer Sicht. So weisen jugendliche Patienten, die die Kriterien einer Computerspielsucht erfüllen, oft eine kritische Differenz zwischen realem Lebensalter und dem psychischen Entwicklungsalter im Sinne einer beginnenden Retardierung auf.

Für die Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiater, die in ihrer Tätigkeit zunehmend mit Patienten, die wegen computerspielsuchtartiger Symptome die Praxen aufsuchen, konfrontiert werden, besteht aufgrund der Nicht-Anerkennung der Diagnose Computerspielsucht das Problem, qualifizierte Interventionen anbieten zu können. In den aktuellen Ver-

sionen von ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2000) und DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) ist nur das pathologische Glücksspiel – subsumiert unter der Kategorie „Störung der Impulskontrolle“ – als Diagnoseschlüssel aufgeführt. Weitere sogenannte „Verhaltenssüchte“ sucht man jedoch bisher vergeblich. Auf Initiative der AMA (American Medical Association) wurde im Jahre 2007 ein Fachkollegium einberufen, das den Bedarf der Aufnahme einer Diagnose „Computer- und Videospielesucht“ in den Kriterienkatalog psychischer Störungen prüfen sollte. Der wissenschaftliche Beirat, der die medizinisch-psychiatrische Relevanz des Themas einzuschätzen hatte, forderte im Ergebnis seiner Arbeit die forcierte Durchführung von empirisch ausgerichteten Untersuchungen zum Symptombild, um die Aufnahme einer derartigen Diagnose bei der nächsten Revision des DSM im Jahr 2012 mittels einer wissenschaftlich abgesicherten Entscheidung treffen zu können (CSAPH-Report, 2007). Eine Anerkennung des Störungsbildes „Computerspiel-/Onlinesucht“ im DSM wäre auch für Deutschland auf gesundheitspolitischer Ebene richtungsweisend, da sich die im deutschen Sprachraum angewendeten Diagnosekriterien psychischer Störungen inhaltlich nah an denen des DSM orientieren. Grundsätzlich herrscht in der internationalen Forschungsgemeinschaft noch keine Einigkeit darüber, inwieweit eine Diagnose Onlinesucht, die verschiedene interaktive Handlungen wie z. B. exzessives Chatten, Pornographie, Spielen oder Informationssuche zusammenfasst, als gerechtfertigt erscheint. Auch besteht zur Frage der Operationalisierung des Symptomkomplexes „Computerspiel-/Onlinesucht“ noch keine Einigkeit in nationalen und internationalen wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Insbesondere der Computerspielsucht – entgegen der weiter gefassten „Internetabhängigkeit“ oder „Onlinesucht“ – scheint jedoch anhand der auffälligen Fallzahlen aus der Praxis eine besondere Rolle zuzukommen.

Im deutschen Sprachraum gibt es bisher nur wenige empirisch fundierte Ergebnisse, die zumeist an Stichproben mit geringem Umfang erhoben wurden. Eine endgültig gesicherte Aussage über die Prävalenz

des Symptomkomplexes „Computerspiel-/Onlinesucht“ lässt sich daher zum jetzigen Zeitpunkt auf dem Hintergrund der verfügbaren Datenbasis noch nicht treffen.

Im Ergebnis erster Studien finden sich Schätzungen zu Betroffenen von „Internetsucht“ oder „Pathologischem Internetgebrauch“, die mit einer Spannweite von 3 bis 13% angegeben werden. Aus dem Vergleich der methodischen Herangehensweise in verschiedenen Untersuchungen zu psychopathologischen Auffälligkeiten im Bereich der „Internetsucht“ erscheint die Anwendung der adaptierten Diagnosekriterien der substanzgebundenen Abhängigkeiten als diagnostisches Screening zur Charakterisierung des Symptomkomplexes Computerspielsucht sinnvoll.

Damit können folgende Kriterien für die diagnostische Einordnung herangezogen werden:

- das unwiderstehliche Verlangen, am Computer zu spielen,
- die verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Dauer des Computerspielens,
- Entzugserscheinungen (Nervosität, Unruhe, Schlafstörungen) bei veränderter Computerspielnutzung,
- der Nachweis einer Toleranzentwicklung (Steigerung der Häufigkeit oder Intensität/Dauer des Computerspielens),
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Tätigkeiten oder Interessen,
- anhaltendes exzessives Computerspielen trotz nachweislich eindeutigen schädlichen Folgen (z. B. Übermüdung, Leistungsabfall in der Schule, auch Mangelernährung).

Aus den Fallschilderungen zum Symptomkomplex Computerspielsucht wird deutlich, dass überwiegend männliche Jugendliche und junge Erwachsene betroffen sind. Dieser Umstand lässt sich auch mit ersten empirischen Zahlen aus dem deutschen Sprachraum zu diesem Störungsbild untermauern (Thalemann, Albrecht, Thalemann & Grüsser, 2004; Grüsser, Thalemann, Albrecht & Thalemann, 2005).

Die derzeit vorliegenden internationalen empirischen Untersuchungen zur Compu-

terspielsucht wurden zumeist mit jungen Erwachsenen durchgeführt; sie operationalisieren das symptomatische Verhalten auf verschiedene Art und zeigen dementsprechend weit auseinandergehende Prävalenzschätzungen. In einer Befragung von 540 Nutzern des Online-Rollenspiels „Everquest“, Sony Online Entertainment, eines der meist frequentierten MMORPGs weltweit, kam Griffith (1997) zu dem Ergebnis, dass die durchschnittliche wöchentliche Spielzeit der Nutzer 25 Stunden beträgt; 4% der Befragten gaben sogar eine wöchentliche Spieldauer von über 50 Stunden an. Griffith (1995) plädiert dafür, zwischen den verschiedenen Online-Aktivitäten (z. B. Chatten, Computerspielen, Pornographie) zu unterscheiden, da das jeweils abhängige Verhalten durch die Eigenschaften der spezifischen Aktivitäten bestimmt ist – und nicht bezüglich des Internetkonsums allgemein besteht. Einen ähnlichen Ansatz verfolgt Young (1999), die fünf verschiedene Subgruppen der Online-Aktivitäten mit Suchtpotential unterscheidet und unter anderem „Computer addiction“ (exzessives Computerspielen)

als eigenständige Kategorie etabliert. Griffiths und Hunt (1998) geben als Ergebnis ihrer Studie an 387 Jugendlichen (im Alter von 12-16 Jahren) einen Anteil von 19,9% Jugendlichen an, die das Störungsbild Computerspielsucht erfüllen. Fisher (1994) kam in einer Querschnittsuntersuchung an Schulkindern (im Alter von 11-16 Jahren) zu einer geschätzten Prävalenzrate von 6% an pathologischen Computerspielern.

Hierbei ist jedoch stets zu berücksichtigen, dass hoch selektierte Stichproben untersucht wurden und es damit zu Verzerrungen bei der Interpretation der Ergebnisse kommen kann. Für den Altersbereich Kinder und Jugendliche gibt es wenige und differierende Angaben über die Häufigkeit von Betroffenen mit pathologischem Computerspielverhalten. Im Rahmen einer Studie der Interdisziplinären Suchtforschungsgruppe der Berliner Charité wurde das Computerspielverhalten von Berliner Grundschulern der 6. Klasse untersucht. Insgesamt nahmen an dieser psychometrischen Studie 323 Kinder im Alter zwischen 11 und 14 Jahren teil. Zur Diagnose des

exzessiven Computerspielverhaltens wurde der standardisierte „Fragebogen zum Computerspielverhalten“ (Thalemann et al., 2004) eingesetzt. Die Kriterien für das exzessive Computerspielverhalten wurden an den Kriterien für Abhängigkeitserkrankungen nach ICD-10 bzw. für pathologisches Glücksspiel nach DSM-IV-TR angelehnt. Die Daten der Studie zeigen, dass 9,3% der untersuchten Kinder (N=30) die festgelegten Kriterien für exzessives Computerspielverhalten vollständig erfüllen. Diese Gruppe der exzessiv computerspielenden Kinder unterscheidet sich signifikant von ihren nicht-exzessiv computerspielenden Mitschülern im Ausmaß des Fernsehkonsums, des Kommunikationsverhaltens und der Konzentrationsfähigkeit im Unterricht sowie der Bewältigungsstrategien bezüglich negativer Gefühle. Hier zeigen die betroffenen Kinder deutlich geringere Werte. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass – analog zu Erkenntnissen aus der Suchtforschung – die Computernutzung für einen Teil der untersuchten Kinder eine spezifische Funktion im Sinne einer inadäquaten Stressbewältigungsstra-

<p>Akademie bei König & Müller Semmelstraße 36/38, 97070 Würzburg Tel.: 0931 - 46079033, Fax: 0931- 46079034 akademie@koenigundmueller.de http://www.koenigundmueller.de</p> 
<p>Grundlagen der Neuropsychologie für Mitarbeiter in Werkstätten für behinderte Menschen 25.10.2008 D-Würzburg (Kursnr.: FB081025B) Dipl.-Psych. Sylvia Wunderlich 170,00 €* / GNP-Mitglied: 161,00 €*; 8 Std.; FE-Punkte: 10</p>
<p>FACHTAGUNG: Alltagsorientierte Rehabilitation emotionaler und kognitiver Störungen 14.11. - 15.11.2008 D-Würzburg (Kursnr.: FB081114A) Prof. Dr. Martin Hautzinger, Dipl.-Psych. & Prof. Dr. Walter Sturm, Dipl.-Psych. & Dipl.-Inf. Joachim Kohler, Dipl.-Psych. & PD Dr. Thomas Beblo, Dipl.-Psych. & PD Dr. Reiner Kaschel, Dipl.-Psych. 160,00 €* / GNP-Mitglied: 160,00 €*; 12 Std.; FE-Punkte: 14</p>
<p> INTERNATIONAL ACADEMY OF APPLIED NEUROPSYCHOLOGY</p>
<p>Neuropsychology – Developments, Directions and Practical Applications 07.11. - 08.11.2008 CH-Rheinfelden (Kursnr.: FB081107B) Prof. Barbara Wilson 328,00 € (541,00 CHF) / GNP-Mitglied: 311,00 € (513,00 CHF); 16 Std.; FE-Punkte: 20</p>
<p>WÜRZBURG SUMMER ACADEMY 2008: D-Würzburg, je € 199*, je 8 Std. Bitte Modulrabatte beachten!</p>
<p>Nothing is more practical than models and methods in neuropsychology 01.08.2008 (FB080801A); Prof. Dr. Klaus Willmes - von Hinckeldey</p>
<p>The Psychological Care of Patients with Brain Disorders 02.08.2008 (FB080802A); George Prigatano, Ph. D.</p>
<p>Anosognosia and Syndromes of Impaired Awareness 03.08.2008 (FB080803A); George Prigatano, Ph. D.</p>
<p>Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an! *Kosten incl. MwSt.</p>

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 curriculums:	Konstanz: 01.10.2008 Wiesbaden: 18.10.2008
Kursinformationen/Anmeldung:	K.I.K.H. Bleicherstr. 12 78467 Konstanz Tel./Fax: 07531-56711 e-mail: bongartz@hypnose-kikh.de

www.hypnose-kikh.de

tegie erhalten hatte (Grüsser et al., 2005). Eine anschließende Folgeuntersuchung mit analoger Fragestellung bei Berliner Schülern der 8. Klasse zeigte, dass 6,3 % der 221 befragten Schüler die Kriterien einer Abhängigkeit in Bezug auf ihr Computerspielverhalten erfüllten (Wölfling, Thalemann & Grüsser, 2007). Bezogen auf den Schultyp konnte festgestellt werden, dass sich v. a. Schüler der Hauptschulen exzessiv mit dem Computerspiel beschäftigen. Dies ist ein Befund, der so auch von Erhebungen anderer Forschergruppen bestätigt wurde (van Egmond-Fröhlich et al., 2007). In einer weiteren aktuellen Studie wurde das Ausmaß des als pathologisch einzustufenden Computerspielverhaltens und der Zusammenhang zwischen dem exzessiven Computerspielverhalten und Einstellungen zu Aggression anhand einer Online-Befragung überprüft. Hierzu wurden 7069 Computerspieler mittels Online-Fragebogen in Kooperation mit einem Online-Spielemagazin (gaming-network) befragt. Es zeigte sich, dass 11,9% der Befragten ein als pathologisch einzustufendes Muster des Computerspielverhaltens aufwiesen. Weiterhin konnte nur ein sehr schwacher Zusammenhang mit geringer Effektstärke zwischen exzessivem Computerspielverhalten und aggressiv gefärbten Einstellungen nachgewiesen werden, der nicht sinnvoll interpretierbar ist (Grüsser, Thalemann & Griffiths, 2007).

Anfang März diesen Jahres startete im Rahmen der Eröffnung der ‚Ambulanz für Spielsucht‘ an den Kliniken der Johannes Gutenberg-Universität Mainz ein zwölfmonatiges Modellprojekt, das Gruppentherapien zur Behandlung der Computerspielsucht für Jugendliche und junge Erwachsene anbietet. In der vorrangig verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Therapie wird die individuelle Analyse des Problemverhaltens und seiner aufrechterhaltenden Bedingungen im Vordergrund stehen. So werden gedankliche, emotionale, körperliche und verhaltensbezogene Aspekte des Computerspielverhaltens der Betroffenen in einer „sekundengenauen“ Analyse beleuchtet. Ebenso sollen Wünsche, Ängste und Motivationen der Patienten hinterfragt und die intrinsische Motivation zur Reduktion von (Online-)Spielzeiten aufgebaut werden. Hauptziel der Behandlung der

Computerspielsucht ist die starke Reduzierung der Online-Zeiten auf ein normales Maß. Parallel sollen alternative Verhaltensweisen (wieder-)erlernt werden, wie z. B. vernachlässigte Aktivitäten bzw. Hobbys, und die Aufnahme (realer) sozialer Kontakte gefördert werden. Darüber hinaus stellen psychoedukative Elemente und die Vermittlung funktionaler Stressbewältigungsstrategien einen zentralen Bestandteil des therapeutischen Angebots dar. Das Modellprojekt setzt auf ein ambulantes Behandlungskonzept, da die Konfrontation mit den häuslichen Lebensbedingungen und auch das Erleben von Misserfolgserlebnissen (wie z. B. Rückfälle) direkt in den therapeutischen Prozess mit einbezogen werden können. Ebenso bietet sich das Gruppensetting als Therapieform besonders an, da gerade der Austausch der Betroffenen untereinander die Chance bietet, am Modell des Anderen zu lernen und Rückhalt in der Gruppe zu finden. Geplant ist auch eine Exposition der Patienten mit dem direkten Spielgeschehen. Hintergrund ist, dass die Entscheidung (wieder und wieder) zu spielen, für die Betroffenen von teilweise nicht sofort erkennbaren gedanklichen, emotionalen und physiologischen (also insgesamt vor- bzw. unbewussten) Prozessen beeinflusst wird. In der individuellen Beobachtung des Spielverhaltens soll anhand bestimmter Spielsequenzen herausgearbeitet werden, welche individuellen Prozesse an der Entscheidung, das Spiel fortwährend aufzusuchen, beteiligt sind. Diese Vorgehensweise ist der verhaltenstherapeutischen Behandlung des „pathologischen Glücksspiels“ entlehnt, in der eine Exposition/Konfrontation mit dem Spielgeschehen zu den Erfolg versprechenden Behandlungsmethoden gehört.

Da es sich, wie bereits erwähnt, bei der Behandlung suchartigen Computerspielverhaltens um ein Modellprojekt handelt, erscheint es nach dem derzeitigen Stand der Dinge schwierig, Indikatoren wie Behandlungserfolg oder Rückfallwahrscheinlichkeiten konkret abschätzen zu können. Aus Therapieevaluationen zur Behandlung des pathologischen Glücksspiels weiß man jedoch, dass 72% der Behandelten nach einem Katamnesezeitraum von sechs Monaten Kontrolle über ihr Spielverhalten behalten hatten (Walker, 1992). Was

die Rückfallquote anbetrifft, so erscheinen Zahlen um 60% als vorsichtiges Schätzmaß herangezogen werden zu können (Hodgins & Petry, 2004).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass exzessives, suchartiges Computerspielverhalten und der sich darin offenbarende pathogene Mechanismus die Entstehung und Aufrechterhaltung suchtspezifischer Folgeerscheinungen begünstigen kann. Betroffene erfahren, dass sie mit solchen Verhaltensweisen oder Gebrauchsmustern schnell und effektiv Gefühle im Zusammenhang mit Frustrationen, Unsicherheiten und Ängsten regulieren bzw. verdrängen können. Im Laufe einer Abhängigkeitsentwicklung rückt die exzessive Nutzung von Computerspielen in den Vordergrund und geht zu Lasten anderer Verhaltensweisen. Somit werden keine alternativen Verhaltensmuster, wie z. B. adäquate Stressverarbeitungsstrategien für kritische oder als Stress erlebte Lebenssituationen entwickelt, beziehungsweise erlernt. Ebenso erscheint es auf diesem Hintergrund wichtig, im Rahmen von Präventionsmaßnahmen auf die möglichen Gefahren einer exzessiven Computerspielnutzung hinzuweisen, denn häufig entsteht erst durch die abrupte Verhinderung des Computerspielens oder durch die bei chronisch-exzessivem Gebrauch auftretenden Folgeerscheinungen (Vernachlässigung von Pflichten, Leistungseinbußen, psychische und physische Beeinträchtigungen) für die Betroffenen beziehungsweise deren Angehörigen ein Krankheitsbewusstsein für das Störungsbild Computerspielsucht. Diese zeitliche Verzögerung leistet sukzessiv einer schleichenden und damit chronifizierenden Störungsgenese Vorschub.

Literatur

- Bergmann, W. & Hüther, G. (2006). *Computersüchtig*. Düsseldorf: Walter Verlag.
- Berscheid, E., & Regan, P. (2006). *The psychology of interpersonal relations*. Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- CSAPH Report 12-A-07 (2007). *Report of the Council on Science and Public Health. Emotional and Behavioral Effects, Including Addictive Potential, of Video Games*. www.ama-assn.

- org/ama1/pub/upload/mm/467/csa-ph12a07.doc.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F)* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Fisher, S. (1994). Identifying video game addiction in children and adolescents. *Addictive behaviors*, 19, 545-553.
- Goleman, D. (1997). *Emotionale Intelligenz*. München: DTV.
- Griffiths, M. D. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*, 76, 14-19.
- Griffiths, M. D. (1997) *Does internet and computer "addiction" exist?: some case study evidence*. Paper presented at the Annual Conference of American Psychological Association, August 1997.
- Griffiths, M. D. & Hunt, N. (1998). Dependence on computer games by adolescents. *Psychological Reports*, 82, 475-480.
- Grüsser, S. M., Thalemann, R. & Griffiths, M. D. (2007). Excessive computer game playing: Evidence for Addiction and Aggression? *CyberPsychology & Behavior*, 2 (10), 290-292.
- Grüsser, S. M., Thalemann, R., Albrecht, U. & Thalemann, C. (2005). Exzessive Computernutzung im Kindesalter – Ergebnisse einer psychometrischen Erhebung. *Wiener klinische Wochenschrift*, 117, 188-195.
- Hodgins, C. C. & Petry, N. M. (2004). Cognitive and behavioural treatments. In J.E. Grant & M.N. Potenza (Eds.): *Pathological Gambling: A clinical guide to treatment* (pp. 169 – 187). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Thalemann, R., Albrecht, U., Thalemann, C. N. & Grüsser, S. M. (2004). Fragebogen zum Computerspielverhalten bei Kindern (CSVK): Entwicklung und psychometrische Kennwerte. *Psychomed*, 16/4, 226-233.
- Taylor, S. E., Peplau, L. E. & Sears, D. O. (2006). *Social Psychology* (International Edition, 12th Edition). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Walker, M. B. (1992). *The psychology of gambling*. Oxford: Pergamon.
- Wölfling, K., Thalemann, R. & Grüsser, S. M. (2007). Computerspielsucht: Ein psychopathologischer Symptomkomplex im Jugendalter. *Psychiatrische Praxis*, Nov 20, [Epub ahead of print].
- van Egmond-Fröhlich, A., Mößle, T., Ahrens-Eipper, S., Schmid-Ott, G., Hüllinghorst, R. & Warschburger, P. (2007). Übermäßiger Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen – Risiken für Körper und Psyche. *Deutsches Ärzteblatt*, 38, 2560-2567.
- Young, K. S. (1999). *Caught in the Net. Suchtgefahr im Internet*. München: Kösel.
- Zajonc, R. B. (1965). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology Monograph Supplement*, 9, Part 2, 1-27.



Dipl.-Psych. Klaus Wölfling

Psychologische Leitung der Ambulanz für Spielsucht
 Johannes Gutenberg-Universität Mainz
 Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
 Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Saarstr. 21
 55099 Mainz
 woelfling@uni-mainz.de



Dipl.-Psych. Kai W. Müller

Ambulanz für Spielsucht
 Johannes Gutenberg-Universität Mainz
 Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
 Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Saarstr. 21
 55099 Mainz

Psychotherapie für Betroffene mit bipolar affektiven Störungen

Britta Bernhard¹, Thomas D. Meyer²

¹ Ludwig Maximilians Universität München

² Newcastle University

Zusammenfassung: In diesem Artikel werden psychotherapeutische Behandlungsmanuale für Betroffene mit bipolaren Störungen vorgestellt. Die familienfokussierte Therapie setzt mit Hilfe von Kommunikations-, Problemlöse- und Bewältigungsstrategien sowie Psychoedukation und Rückfalltraining auf eine Verbesserung des Familienklimas. Die kognitive Verhaltenstherapie fokussiert zusätzlich auf Veränderung dysfunktionaler Gedanken und Einstellungen, Erfassung und Umgang von Stressfaktoren sowie die Identifikation und Modifikation von Stimmungsschwankungen. Die Interpersonelle und Soziale Rhythmustherapie konzentriert sich auf IPT typische interpersonelle Themen sowie auf soziale und zirkadiane Rhythmen. Auch in Deutschland entstanden Programme wie das Manual von Meyer & Hautzinger (2004), welches speziell zur ambulanten Einzeltherapie entwickelt wurde sowie das Manual von Schaub, Bernhard & Gauck (2004), welches im Kontext der stationären und ambulanten Gruppentherapie entwickelt wurde.

Einleitung

Während depressive Phasen klassischerweise mit einer niedergeschlagenen, traurigen oder hoffnungslosen Stimmung, Freud- und Antriebslosigkeit, Gefühlen der Wertlosigkeit und ggf. Suizidversuchen einher gehen, zeichnen sich manische Phasen durch folgende Symptome aus: Eine übertrieben euphorische, expansive oder reizbare Stimmung, ein deutlich gesteigertes Selbstbewusstsein oder auch Größenideen, ein erhöhtes Aktivitätsniveau, ein geringes bis fehlendes Schlafbedürfnis. Außerdem können Rededrang und Ideenflucht auftreten, und auch psychotische Symptome wie Wahnvorstellungen und selbst Halluzinationen sind nicht selten. Abgesehen vom subjektiven Leid durch das Gefühl, keine Kontrolle über die Erkrankung zu haben oder nicht mehr zu wissen, wie und wer man in bezug auf die eigene Persönlichkeit ist, entstehen durch die Erkrankung oft deutliche Belastungen für die Umwelt, insbesondere für die Angehörigen, z. B. durch sexuelle Eskapaden oder geschäftliche Entscheidungen. Erfüllt ein Patient nicht

den Schweregrad einer manischen Krankheitsepisode, dann spricht man von einer Episode mit „hypomanischen“ (ICD 10) oder „hypomanen“ (DSM IV) Symptomen. Eine hypomane Episode unterscheidet sich klinisch gesehen primär im Schweregrad von der Manie, d. h. die Beeinträchtigung der psychosozialen Leistungsfähigkeit ist nicht so deutlich. Die Betroffenen als auch das nähere Umfeld bemerken jedoch die Abweichung des Verhaltens der Person vom Normalzustand (Meyer, 2008a). Typischerweise treten die ersten Symptome im frühen Erwachsenenalter mit etwa Anfang 20 Jahren auf. Inzwischen wissen wir aber, dass der Beginn auch bereits im Jugendalter liegen kann (Geller et al., 2002). Das Erkrankungsrisiko für die Bipolar-I- und -II-Störung liegt zusammen bei ca. 2% (Arolt & Behnen, 2006).

Rezidivprophylaxe bipolar affektiver Störungen

Kernstück in der Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe bipolar affektiver Störungen ist die Pharmakotherapie (Berghöfer et al.,

2006; Grunze et al., 2002). Sofern keine prophylaktische medikamentöse Behandlung erfolgt, liegt das Risiko für ein Rezidiv – sei es manisch, depressiv oder gemischt – innerhalb eines 12-Monatszeitraums bei etwa 50% (APA, 1994; Prien & Potter, 1990). Eine Behandlung mit stimmungsstabilisierenden Medikamenten wie z. B. Lithium zeigt entsprechend positive Effekte auf den Verlauf der Erkrankung, aber langfristig muss dennoch mit dem Wiederauftreten von affektiven Episoden gerechnet werden (Berghöfer et al., 2006). Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit zusätzlicher Therapieoptionen, um einen angemessenen Umgang mit der chronischen Erkrankung zu erlernen. Nach der Entwicklung und Evaluation erster Programme etabliert sich der Einsatz von Psychoedukation und Psychotherapie bei bipolar affektiven Störungen immer mehr auch in der Praxis. Psychoedukation wird dabei von allen aktuell empirisch untersuchten psychotherapeutischen Interventionen als wichtiger und integraler Bestandteil aufgefasst. Psychoedukation im engeren Sinne bedeutet Information und Aufklärung der Betroffenen (und ggf. ihrer Angehörigen) über ihre Erkrankung, deren Ursachen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Psychotherapie geht über Psychoedukation insofern hinaus, dass letztere vom inhaltlichen Umfang und zeitlichen Aspekt her gesehen begrenzt ist. Reicht eine psychoedukative Behandlung nicht aus, den Zustand hinreichend zu bessern oder zu stabilisieren, dann ist ein umfassenderer psychotherapeutischer Behandlungsplan indiziert, der neben Psychoedukation und spezifischer Rückfallprophylaxe auch ermöglicht, andere Probleme und potentielle Defizite zu bearbeiten.

Die drei zurzeit am häufigsten eingesetzten Programme in der Rezidivprophylaxe bipolar affektiver Störungen sind die Interpersonelle und Soziale Rhythmusterapie (IPSRT, Frank, 2005), Kognitive Verhaltenstherapie (KVT, Basco & Rush, 1996; Meyer & Hautzinger, 2004; Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington & Gyulai, 2002) und Family Focused Treatment (FFT; Miklowitz & Goldstein, 1997). In Kliniken werden immer häufiger bipolar spezifische Psychoedukationsgruppen implementiert (z. B. Schaub et al., 2004; Wagner & Bräunig, 2006; Colom & Vieta, 2006), die den Patienten neben einer Psychoedukation auch einen ersten Einblick in die Verhaltenstherapie bieten und zu einer weiterführenden Therapie oder aktiven Teilnahme in einer Selbsthilfegruppe motivieren. Der Vorteil einer Psychoedukation in einem solchen Gruppensetting ist, dass die Patienten untereinander Hilfe und Feedback oft besser annehmen können als von einem Therapeuten. Außerdem erleben viele Patienten die Gruppen als sehr hilfreich, um sich über die Erfahrungen mit anderen austauschen zu können und nicht mehr das Gefühl zu haben, mit der Erkrankung allein zu sein (Patelis-Siotis et al., 2001).

Family Focused Treatment

Der „Family Focused Treatment (FFT)“ Ansatz von Miklowitz und Goldstein (1997) beinhaltet eine verhaltenstherapeutisch orientierte Familientherapie. Das Besondere an diesem Programm ist, dass es von Anfang an die Integration der Familie, der Partner oder anderer zentraler Bezugspersonen vorsieht.

Ausgangspunkt für die Entwicklung dieses Ansatzes war die Forschung zum Konzept „Expressed Emotion“ (EE = Feindseligkeit, Kritik oder emotionales Überengagement; Butzlaff & Hooley, 1998), welches zur Vorhersage von Rückfällen beiträgt (Miklowitz, Goldstein, Nuechterlein, Snyder & Mintz, 1988). Das FFT sieht 21 Sitzungen vor und umfasst neben einem psychoedukativen Teil ein Training von Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten. Miklowitz und Goldstein (1997) empfehlen die Sitzungen mit zwei Therapeuten in der häuslichen Umgebung der Betroffenen mit

ihren Angehörigen abzuhalten, um die Beteiligung der gesamten Familie wahrscheinlicher zu machen und um den Transfer auf den Alltag für die Familie zu erleichtern.

Im ersten Behandlungsmodul (Psychoedukation) ist es das Ziel, dysfunktionale Vorstellungen aller Familienmitglieder über die Störung abzubauen und dadurch eine Basis für das Kommunikations- und Problemlösetraining zu schaffen. Die Familie soll das Gefühl bekommen, dass sie eine gewisse Kontrolle über die Situation hat und auf potentiell schwierige Situationen in der Zukunft durch das Erlernen bestimmter Strategien vorbereitet ist. Außerdem wird ein Rückfall-Präventionsplan anhand der identifizierten Prodromalsymptome erarbeitet und geklärt, welche Rolle jedes einzelne Mitglied in der Familie einnehmen kann, wenn sich Frühwarnsignale andeuten. In den folgenden Sitzungen steht das Erlernen kommunikativer Fertigkeiten, wie z. B. das Ausdrücken positiver Gefühle, Feedback geben und aktives Zuhören im Zentrum. Die verbleibenden Sitzungen dienen primär dem Umgang mit auftretenden Problemen. Neben dem allgemeinen Problemlöseansatz werden die Angehörigen in den Prozess integriert und die Problemlösung wird von allen Beteiligten getragen.

Interpersonelle und Soziale Rhythmusterapie

Die Interpersonelle und Soziale Rhythmusterapie (IPSRT) ist eine strukturierte und Manual-geleitete Einzelintervention (Frank, 2005) und eine Modifikation der Interpersonellen Psychotherapie nach Klerman et al. (1984). Die IPSRT versucht über drei Mechanismen eine Symptomreduktion zu erreichen: Erstens durch einen verantwortungsbewussten Umgang mit Medikamenten, zweitens durch eine Stabilisierung der sozialen Rhythmen bzw. eine Erhöhung der Regelmäßigkeit des täglichen Lebens (z. B. Tagesstruktur, Schlaf-Wach-Rhythmus, soziale Stimulation) und drittens durch eine Reduktion interpersoneller Schwierigkeiten (Frank et al., 1999). Das primäre Ziel ist, das Auftreten erneuter affektiver Episoden zu verhindern.

ICD-10 Neuauflagen



Vollständig überarbeitete Neuauflage!

6., vollst. überarb. Aufl. 2008.
400 S., Kt
€ 26.95 /
CHF 44.90
ISBN 978-3-456-84558-6

WHO / Horst Dilling et al. (Hrsg.) Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien

In der psychiatrischen Praxis und Forschung haben sich bei der Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen in den letzten 15 Jahren einschneidende Veränderungen ergeben. Die sechste Auflage der «Leitlinien» wurde erneut durchgesehen, korrigiert und entsprechend der *German Modification (GM)* ergänzt.



Überarbeitete Neuauflage!

4., überarb. Auflage
2008 unter Berücksichtigung der *German Modification (GM)* der ICD-19. 533 S., Gb
€ 29.95 / CHF 49.90
ISBN 978-3-456-84557-9

WHO / Horst Dilling / Freyberger H. J. (Hrsg.) Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10:DCR-10 und Referenztabellen ICD-10 v.s. DSM-IV-TR

Der «Taschenführer» enthält die diagnostischen Kriterien für die einzelnen Störungen und Störungsgruppen in kommentierter Form.

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

HUBER



Die IPSRT besteht aus **vier Phasen**: Die erste Phase, die Initialphase, die auch direkt im Anschluss an eine akute Episode einsetzen kann, umfasst vier Sitzungen. Die wöchentlich stattfindenden Sitzungen dienen dazu, die 1) Krankheitsgeschichte unter besonderer Berücksichtigung von Veränderungen oder Unterbrechungen der alltäglichen Routine sowie interpersonellen Aspekten zu erfassen, 2) die Betroffenen über die Erkrankung aufzuklären, 3) die wichtigsten Problembereiche (Trauer über Verluste, zwischenmenschliche Konflikte, Rollenwechsel oder interpersonelle Defizite) zu identifizieren und 4) der Einführung eines Selbstbeurteilungsinstruments zur Erfassung des sozialen Rhythmus („Social Rhythm Metric“). Eine „Social Rhythm Metric (SRM)“ ist in Abbildung 2 exemplarisch dargestellt. Ziel ist, über einen gewissen Zeitraum zunächst den alltäglichen Rhythmus zu erfassen, um dann später darauf aufbauend entsprechende Maßnahmen und Interventionen abzuleiten und zu implementieren.

In der zweiten Phase, geht es um Symptommanagement und interpersonelle Problembereiche. Bei der Entwicklung des Symptom-Management-Plans liegt der Fokus auf einer Stabilisierung des Alltags (z. B. Schlafenszeiten, Arbeitszeiten etc.), Identifikation von Unterbrechungen des alltäglichen Rhythmus (z. B. Ausmaß sozialer Stimulation, Arbeitsanhäufung) sowie Aufrechterhalten einer Balance. Bei der Bearbeitung des interpersonellen Problembereichs kommen unterschiedliche Strategien (z. B. Rollenwechsel, Lösung zwischenmenschlicher Konflikte). In der dritten Phase stehen Stabilisierung und Stärkung der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen im Fokus sowie selbständig das Erlernte auch außerhalb der Therapie anwenden zu können. Besonders relevant ist der Plan für die Zukunft und monatliche oder vierteljährliche Auffrischsitzungen über mehrere Jahre anzubieten.

Kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz

Im englischen Sprachraum sind inzwischen mehrere Manuale zur kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) veröffentlicht, die jedoch nur in Details und unterschiedlichen Betonungen einzelner Aspekte voneinan-

der abweichen. Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Programm von Meyer & Hautzinger (2004) stellt eine an deutsche Verhältnisse angepasste Version des von Basco und Rush (1996) vorgestellten Manuals dar. Das Manual umfasst 20 Sitzungen, die zunächst für 3 Monate wöchentlich, dann 14-tägig erfolgen und schließlich mit monatlichen Sitzungen ausklingen. In Abbildung 3 sind die vier abgrenzbaren Module der KVT mit den entsprechenden Inhalten dargestellt: (1) Durch die gemeinsame Erarbeitung und Vermittlung eines konsensuellen **Wissenstandes**, bei dem der Bezug zur individuellen Biographie heraus gearbeitet wird, sollen dysfunktionale und irrationale Vorstellungen von der eigenen Erkrankung modifiziert und ein biopsychosoziales Verständnis der eigenen Problematik – analog zum Vulnerabilitäts-Stress-Modell – gefördert werden. Dies stellt die Basis für einen verantwortungsbewussten Umgang mit der Erkrankung und für die Compliance bzw. Mitarbeit in der pharmakologischen wie psychotherapeutischen Behandlung dar. (2) Das selbständige Erkennen von potentiellen **Prodromalsymptomen** und Auslösern für erneute depressive und manische Phasen, die Differenzierungsfähigkeit zwischen normalen Stimmungsschwankungen und Krankheitssymptomen, ist entscheidend, adäquat mit entsprechenden Warnsymptomen umgehen zu können. Mit Hilfe der bei der Verhaltens- und Bedingungsanalyse identifizierten Auslösern affektiver Symptome und den individuellen Prodromalsymptomen können konkrete Bewältigungsfertigkeiten aufgebaut werden. Ein therapiebegleitendes Tagebuch dient sowohl der Informationssammlung als auch der Selbstbeobachtung. Im therapeutischen Setting eignet sich ein solches Stimmungstagebuch dazu, sich gemeinsam mit dem Patienten bzw. der Patientin einen Überblick über den aktuellen Zustand zu verschaffen und entsprechende Rückmeldungen zu geben. (3) Der Umgang mit **individuellen Kognitionen und Verhaltensweisen**, die im Rahmen von depressiven und manischen Episoden auftreten, ist wichtig im Bezug auf die Rückfallprophylaxe. Die Unterbrechung der Gedanken-Gefühle-Verhaltens-Teufelskreise wird als eine Möglichkeit erachtet, ein Aufschaukeln maniformer oder depressiver

Symptome zu verhindern. In dieser Phase können verschiedene Techniken zum Einsatz kommen (z. B. Spaltentechnik, Realitätstestung, schrittweise Aufgabebewältigung, Ziele setzen), wobei es sowohl um die Bearbeitung irrationaler und dysfunktionaler Kognitionen als auch um Aktivitäten gehen kann. Das Grundprinzip besteht dabei in einer Balance zwischen „Nicht zu wenig und nicht zu viel!“ (4) Neben dem Erstellen eines **Notfallplans** geht es um die Bearbeitung alltäglicher Probleme und interpersoneller Konflikte, das Belastungsniveau und Stress weitgehend zu reduzieren. Auch ein Training sozialer Kompetenzen oder ein Training zusätzlicher interpersoneller Fertigkeiten können hier relevant werden (z. B. „Wie erkläre ich den anderen, warum ich mich so seltsam verhalten habe?“) (vgl. Meyer, 2008b; Meyer & Hautzinger, 2004).

In **Ergänzung zum einzeltherapeutischen Setting bei Meyer und Hautzinger (2004)** kann das erste deutschsprachige Psychoedukationsmanual für Gruppen von Schaub et al. (2004) gewertet werden. Es sieht vor, neben den Patientengruppen auch Gruppen für Angehörige anzubieten, da diese einen oft entscheidenden Beitrag leisten, wenn es um den Umgang mit Medikamenten und das Erkennen von Frühwarnsignalen geht. Die Primärziele bestehen aus Steigerung der Krankheitseinsicht, Rückfallprävention und Behandlungcompliance. Die Sekundärziele sind: Erhöhung der allgemeinen Belastbarkeit und Stressmanagement, Etablierung eines regelmäßigen Lebensrhythmus und Vorbeugung von Substanzmissbrauch sowie suizidalem Verhalten. Als Tertiärziele sind Wissensvermittlung, Umgang mit psychosozialen Konsequenzen der vergangenen Episoden, Umgang mit subsyndromalen und residualen Symptomen, Verbesserung der Lebensqualität und Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus definiert.

Evaluation psychotherapeutischer Interventionen bei bipolar affektiven Störungen

Inzwischen sind eine Reihe von Übersichtsarbeiten veröffentlicht, in denen die Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit unterschiedlichster psychosozialer Maßnahmen im Detail dargestellt werden (für

detaillierte Informationen siehe: Meyer & Hautzinger, 2006; Hautzinger & Meyer, 2007; Rouget & Aubry, 2007; Scott et al., 2007). Es wurden verschiedene unkontrollierte Studien durchgeführt, die meist eine subjektive Verbesserung zeigen (z. B. Bernhard et al., 2006). Da es aber unklar bleibt, inwieweit solche Veränderungen auch ohne Intervention eingetreten wären, sind kontrollierte Studien notwendig, um tatsächliche Schlüsse ziehen zu können.

Van Gent, Vida und Zwart (1988) gehörten mit zu den ersten, die positive Ergebnisse für ein Gruppenprogramm berichteten. Die Studie von Colom et al. (2003) konnte die Wirksamkeit **psychoedukativer Maßnahmen** sowohl für eine längere Zeit bis zum Rückfall als auch für eine geringere Zahl an Kliniktagen nachweisen. Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy und Limb (1999) befassten sich vor allem mit der Identifikation von Prodromalsymptomen und fanden vor allem einen Effekt im Hinblick auf die Prävention manischer Episoden. Während in der Kontrollgruppe 25% bereits nach 17 Wochen einen Rückfall hatten, war dieselbe Rückfallrate in der Psychoedukation erst nach 65 Wochen erreicht. Deutliche Verbesserungen zeigten sich auch hinsichtlich der sozialen Integration und Arbeitsfähigkeit.

Die Wirksamkeit des **„Family Focused Treatment (FFT)“** wurde mehrfach untersucht. Die groß angelegte Colorado-Studie von Miklowitz et al. (2000, 2003) sollte den positiven Befund der Pilotstudie (1997) erhärten. Bei den Rückfallraten für den 12-monatigen Studienzeitraum zeigt sich, dass die Patienten, die mit ihren Angehörigen zusammen FFT erhalten hatten, seltener erneut depressive Episoden hatten als die Patienten in der Kontrollbedingung (Medikation plus zwei Sitzungen Psychoedukation). Auch im Hinblick auf den Verlauf der Symptomatik während der Studie bestätigte sich, dass durch FFT im Vergleich zur Kontrollbedingung über die Zeit eine bessere Stabilisierung depressiver, aber nicht manischer Symptome erreicht wurde. In einer weiteren Studie konnten Rea et al. (2003) im Vergleich eines Einzel- versus familientherapeutischen Settings zeigen, dass Patienten, die mit „klassischer“ FFT behandelt wurden, weniger

Rückfälle in einem zweijährigen Zeitraum aufwiesen als die einzeltherapeutisch behandelten Patienten. Die Ergebnisse der Studie von Miklowitz et al. (2003) und Rea et al. (2003) sind sehr vielversprechend, wobei das FFT sicherlich in seiner vorliegenden Fassung an die Grenzen der Praktikabilität im ambulanten wie stationären Setting stößt.

Das Design zur Bestimmung der Wirksamkeit der **„Interpersonellen und Sozialen Rhythmustherapie (IPSRT)“** von Ellen Frank und Mitarbeitern (1999, 2005) weicht von klassischen Psychotherapiestudien etwas ab, da sie gleichzeitig auch untersuchten, inwieweit sich ein Wechsel der Therapiebedingung nach einiger Zeit destabilisierend auswirkt. Die Kontrollbedingung (K) bestand aus einer Mischung von unterstützenden Gesprächen und Psychoedukation, deren primäres Ziel eine Erhöhung der Compliance war. Es fanden sich keinerlei Hinweise auf eine Überlegenheit der IPSRT im Hinblick auf die Akutsymptomatik, aber Patienten, die zuerst IPSRT erhalten hatten, blieben länger stabil in der Folge als die anderen, und zwar unabhängig davon, was für eine Therapie sie in der Folge erhielten. Eine deutliche Stabilisierung des sozialen Rhythmus fand sich nur bei den mit IPSRT behandelten Patienten (Frank et al., 2005).

Die meisten Studien liegen zur Wirksamkeit **kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen (KVT)** bei bipolar affektiven Störungen vor (vgl. auch Meyer & Hautzinger, 2006). Die Studie von Cochran (1984) stellte eine Pionierarbeit dar, wobei sie versuchte, innerhalb von sechs Sitzungen die Compliance gegenüber den Medikamenten zu erhöhen. Um dies zu erreichen, wurden die mit der medikamentösen Behandlung interferierenden Kognitionen und Verhaltensweisen besprochen. Insbesondere im längerfristigen Verlauf zeigten sich die positiven Effekte, denn die kognitiv-verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten mussten seltener erneut stationär behandelt werden und hatten weniger Rezidive als in der Kontrollgruppe (kurze unregelmäßige Arztkontakte). Scott, Garland und Moorehead (2001) untersuchten die Wirksamkeit einer kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientier-

ten Einzeltherapie im Vergleich zu einer Warteliste. Die Ergebnisse zeigen, dass die Patienten, die KVT erhalten hatten, im Vergleich zu Patienten der Warteliste am Ende der Behandlung ein signifikant höheres allgemeines Funktionsniveau hatten. Auch im Hinblick auf depressive Symptome ergab sich ein deutlicher Unterschied zugunsten der KVT. Lam und Mitarbeiter (2000, 2003) hatten ebenfalls in Anlehnung an das entsprechende Manual (Lam, Jones, Hayward und Bright, 1999) ein einzeltherapeutisches Setting gewählt. Es zeigte sich, dass im Verlauf kognitiv-verhaltenstherapeutisch behandelte Patienten u. a. weniger und kürzere Rezidive hatten, seltener stationär behandelt werden mussten und weniger Stimmungsschwankungen aufwiesen. Im Verlauf über 2 Jahre schwächen sich allerdings die Effekte zugunsten der KVT wieder ab (Lam et al., 2005). Außerdem zeigt sich in der bislang größten multizentrisch angelegten Studie von Scott et al. (2006), dass KVT nur bei den Patienten rezidivprophylaktische Effekte aufwies, deren bisheriger Krankheitsverlauf weniger schwer und nicht durch unzählige Episoden gekennzeichnet war. Inzwischen haben wir auch Hinweise, dass die erwähnten Interventionen – IPSRT, FFT und KVT – nicht nur rezidivprophylaktische Effekte aufweisen, sondern auch effektiv in der Behandlung akuter (bipolarer) Depressionen sind (Miklowitz et al., 2007).

Schlussfolgerungen und Ausblick

Obwohl die pharmakologische Behandlung unverzichtbar erscheint, unterstreichen die Studien die Effektivität psychotherapeutischer Interventionen bei Patienten mit bipolar affektiven Störungen. Fasst man die Befunde und Erfahrungen zusammen, so lässt sich folgendes Fazit ziehen: (1) Im Vergleich zur regulären psychiatrischen Behandlung profitieren die Betroffenen subjektiv und objektiv von psychotherapeutischen Interventionen. (2) Die Effekte psychotherapeutischer Interventionen zeigen sich sowohl auf der symptomatisch-syndromalen Ebene (z. B. Rezidive) als auch auf der funktionalen Ebene (z. B. kommunikative Fertigkeiten, Arbeitsfähigkeit, Stressbewältigung). (3) Viele Fragen sind nach wie vor unbeantwortet. Abge-

sehen davon, dass das skizzierte Stufenmodell nicht empirisch untersucht ist, wissen wir wenig über mögliche differentielle Indikationen. Die aktuelle Forschung zu psychologischen Prozessen bei bipolaren Störungen lässt hoffen, dass wir bald die therapeutischen Strategien im Umgang mit diesen Patienten weiter spezifizieren und verbessern können.

Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. edition (DSM-IV)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Arolt, V. & Behnken, A. (2006). Epidemiologie. In Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (Hrsg.), *Weißbuch Bipolare Störungen in Deutschland* (S. 15-39). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Basco, M. R. & Rush, J. A. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. New York: Guilford Press.
- Berghöfer, A., Adli, M., Baethge, C., Bauer, M., Bschor, T., Müller-Oerlinghausen, B., Schäfer, M. & Schmitz, B. (2006). Phasenprophylaxe. In Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (Hrsg.), *Weißbuch Bipolare Störungen in Deutschland* (S. 207-283). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Bernhard, B., Schaub, A., Kümmler, P., Dittmann, S., Severus, E., Seemüller, F., Born, C., Forsthoff, A., Licht, R. W. & Grunze, H. (2006). Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *European Psychiatry*, 21, 81-86.
- Butzlaff, R. L. & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Cochran, S. D. (1984). Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 873-878.
- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reimares, M., Goicolea, J. M., Benabarre, A., Terrent, C., Comes, M., Corbella, B., Patramon, G. & Corominas, J. (2003). A randomized trial of the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- Colom, F. & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*. Cambridge: University Press.
- Frank, E. (2005). *Treating Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy*. New York: Guilford Publications.
- Frank, E., Swartz, H. A., Mallinger, A. G., Thase, M. E., Weaver, E. V. & Kupfer, D. J. (1999). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: Effects of changing treatment modality. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 579-587.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M., Grochocinski, V., Houck, P., Scott, J., Thompson, W., & Monk, T. (2005). Two-year outcomes for Interpersonal and Social Rhythm Therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 996-1004.
- Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M., DelBello, M. P., Bolhofner, K., Craney, J. L., Frazier, J., Beringer, L. & Nickelsburg, M. J. (2002). DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to Attention-Deficit-Hyperactive and normal controls. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12, 11-25.
- Grunze, H., Walden, J., Dittman, S., Berger, M., Bergmann, A., Bräunig, P., Dose, M., Emrich, H. M., Gastpar, M., Grell, W., Krüger, S., Möller, H. J. & Uebelhack, R. (2002). Psychopharmakotherapie bipolarer affektiver Störungen. *Nervenarzt*, 73, 4-19.
- Hautzinger, M. & Meyer, T. D. (2007). Psychotherapy for bipolar disorder: a systematic review of controlled studies. *Nervenarzt*, 78, 1248-12.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Lam, D., Jones, S. H., Hayward, P. & Bright, J. A. (1999). *Cognitive therapy for bipolar disorder. A therapist's guide to concepts, methods and practice*. New York: Wiley.
- Lam, D., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D. & Sham, P. (2000). Cognitive therapy for bipolar illness – A pilot study of relapse prevention. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 503-520.
- Lam, D., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., Parr-Davis, G. & Sham, P. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 145-152.
- Lam, D., Hayward, P., Watkins, E. R., Wright, K. & Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *American Journal of Psychiatry*, 162, 324-329.
- Meyer, T. D. & Hautzinger, M. (2004). *Manisch-depressive Störungen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim: Beltz.
- Meyer, T. D. & Hautzinger, M. (2006). Psychoedukation und Psychotherapie. In DGBS (Hrsg.), *Weißbuch Bipolare Störungen in Deutschland* (S. 325-399). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Meyer, T. D. (2008a). Hypomanie und Manie. In B. Röhrle, F. Caspar, & P. F. Schlottke (Hrsg.), *Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik*. Stuttgart: Kohlhammer, in Druck.
- Meyer, T. D. (2008b). Bipolare Störungen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3. erw. Aufl) (Kapitel 8). Berlin: Springer, in Druck.
- Miklowitz, D. J. & Goldstein, M. J. (1997). Bipolar disorder. *A family-focused treatment approach*. New York: Guilford Press.
- Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Snyder, K. S. & Mintz, J. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45, 225-231.
- Miklowitz, D., Simoneau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N. & Suddath, R. (2000). Family-focused treatment on bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48, 582-592.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L. & Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 909-912.

- Miklowitz, D. J., Otto, M., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Wisniewski, S. R., Kogan, J. N., Nierenberg, A. A., Calabrese, J. R., Marangell, L. B., Gyulai, L., Araga, M., Gonzalez, J. M., Shirley, E. R., Thase, M. E. & Sachs, G. S. (2007). Psychosocial treatments for bipolar depression. A 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Archives of General Psychiatry*, 64, 419-427.
- Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N. & Gyulai, L. (2002). *Bipolar disorder – a cognitive therapy approach*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Patelis-Siotis, I., Young, T. L., Robb, J. C., Marriott, M., Bieling, P. J., Cox, L. C. & Joffe, R. T. (2001). Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: a feasibility and effectiveness study. *Journal of Affective Disorders*, 65, 145-153.
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E. & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 318, 149-155.
- Prien, R. & Potter, W. (1990). NIMH workshop report on treatment of bipolar disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 26, 409-427.
- Rea, M. M., Thompson, M. C., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Hwang, S. & Mintz, J. (2003). Family focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 482-492.
- Rouget, B. W. & Aubry, J. M. (2007). Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 98, 11-27.
- Schaub, A., Bernhard B. & Gauck, L. (2004). *Kognitiv-psychoedukative Gruppentherapie für Patienten mit bipolaren Erkrankungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Scott, J., Garland, A. & Moorhead, S. (2001). A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychological Medicine*, 31, 450-467.
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., Abbott, R. & Hayhurst, H. (2006). Cognitive behaviour therapy for severe and recurrent bipolar disorders: A randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 313-320.
- Scott, J., Colom, F. & Vieta, E. (2007). A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 10, 123-129.
- van Gent, E.M., Vida, S.L. & Zwart, F.M. (1988). Group therapy in addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 405-18.
- Wagner, P. & Bräunig, P. (2006). *Psychoedukation bei bipolaren Störungen. Ein Therapiemanual für Gruppen*. Schattauer.



Dipl. Psych. Britta Bernhard

Psychologische Psychotherapeutin,
Leitende Psychologin
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der LMU München
Nussbaumstraße 7
80336 München
britta.bernhard@med.uni-muenchen.de



Prof. Dr. Thomas D. Meyer, Dipl. Psych.

Psychologischer Psychotherapeut, Senior
Lecturer, Newcastle University
Institute of Neuroscience & Doctorate in
clinical Psychology
Ridley Building, Newcastle upon Tyne,
NE1 7RU, England
thomas.meyer@newcastle.ac.uk

MediationsAusbildungsInstitut Saarlouis MAIS

8. Ausbildungskurs in Familienmediation

**Jetzt mit 187 Fortbildungspunkten akkreditiert
von der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes!**

Herbst 2008 bis Frühjahr 2009
7 Wochenendkurse je Freitag bis Sonntag
Öffentliche Präsentation nach Voranmeldung
im September 2008

Information: MAIS Saarlouis c/o M.P. Antes
Viktoria-Luisen-Str. 17, 66740 Saarlouis
Tel. 06831 43666
michael.antes@t-online.de

Zur Diskussion:

Gesundheitsberichterstattung über Psychotherapie nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz: Ein kritischer Fall

Stellungnahme zum Artikel „Hilft Psychotherapie zu wenig? Verbände und Kassen im Streit“ in der Ärzte Zeitung vom 20.02.2008

Frank Jacobi, Jürgen Hoyer

Technische Universität Dresden

Zusammenfassung: Die Interpretation des GEK-Gesundheitsreports 2007 wird kritisch hinterfragt, nach der ambulante Psychotherapie keine sichtbare Verbesserung des Gesundheitszustandes bei Psychotherapiepatienten bewirke. Kritisiert werden hierbei sowohl die Auswahl der Erfolgsindikatoren als auch die „Messlatte“ für Erfolg. Ferner wird bestritten, dass wir es seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes mit einer „dramatischen“ Zunahme von Psychotherapie als Kassenleistung zu tun haben, da nach wie vor unter 10% der Versicherten mit F-Diagnose eine Psychotherapie aufsuchen.

Im o.g. Artikel der Ärzte-Zeitung wird über den Report der Gmünder Ersatzkasse (GEK) zur ambulant-ärztlichen Versorgung 2007, dessen Interpretation durch den Studien-Leiter Prof. Dr. F. W. Schwartz und über die Reaktion von Psychotherapeutenverbänden berichtet. Dieser GEK-Report (abrufbar unter <http://gek.de/presse/studien/ambulant-aerztliche-versorgung/index.html>) behandelt als Schwerpunktthema *Häufigkeit und Behandlungsraten von psychischen Diagnosen*. Knapp 28% der 1,5 Mio. GEK-Versicherten erhielten im Jahr 2006 mindestens eine Diagnose aus dem Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F00-F99) der ICD-10. Lediglich bei 3% der Diagnoseträger war 2006 eine Psychotherapie beantragt worden; für den Zeitraum von 2000-2006 waren es insgesamt 10%.

Für eine Auswahl von ca. 3600 Fällen (ausschließlich Erwachsene mit erst- und zugleich einmaliger Genehmigung einer Psychotherapie zwischen 2002 und 2004) werden darüber hinaus *Behandlungsverläufe* im Sinne der Entwicklung bestimmter Kostenfaktoren (ambulante und stationäre Kontakte, Verschreibung von Medikamen-

ten) in den fünf Quartalen vor und neun Quartalen nach Bewilligung einer verhaltenstherapeutischen oder tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie dargestellt. Das Niveau der Inanspruchnahme bei Personen mit genehmigter Psychotherapie liegt sowohl vor als auch nach der Genehmigung der Psychotherapie deutlich über der durchschnittlichen Inanspruchnahme aller Versicherten. Die Autoren ziehen daraus den Schluss, dass die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie dramatisch zugenommen habe, ohne dass eine sichtbare Verbesserung des Gesundheitszustandes zu verzeichnen sei.

Wir möchten dazu folgendes anmerken: Seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) im Jahr 2004 sind die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Weitergabe von Daten an die Gesetzliche Krankenversicherung verpflichtet, die eine versichertenbezogene Auswertung von Diagnosen und Abrechnungsziffern erlauben. Dadurch entsteht aus wissenschaftlicher Perspektive mit der Zusammenführung der Daten bei den Krankenkassen ein erheblicher Informationszuwachs, der erstmals routinemäßige

Auswertungsmöglichkeiten zur ambulanten Versorgung mit gut definierten Bezugspopulationen ermöglicht. Gerade die Analyse von Behandlungsdaten und -effekten unter Routinebedingungen verspricht wertvolle Informationen und praktikable Ansätze für Verbesserungsmöglichkeiten (vgl. z. B. Hoyer, Helbig & Wittchen, 2006). Daher sind die Bemühungen der GEK grundsätzlich zu begrüßen, ihre Daten wissenschaftlich auszuwerten und zu veröffentlichen.

Kritisch betrachtet werden müssen eher die Schlussfolgerungen aus den Analysen, mit denen die Studienautoren zitiert werden. Der Tenor: Der Gesundheitszustand von „Psychotherapie-Betroffenen“ verbessere sich nicht. Abgesehen davon, dass diese Begrifflichkeit unpassend ist – es handelt sich um Krankheits-Betroffene (wird hier der Psychotherapie implizit eine Schädigungswirkung unterstellt?) – passt dies nicht zur eigenen Datenlage. Dieses Resümee entspricht nicht den Informationen, die sich in dem insgesamt sehr sorgfältig aufbereiteten und kommentierten GEK-Report selbst finden und basiert auf einer willkürlichen und einseitigen Interpretation:

■ Kostengesichtspunkte sind ein wichtiger Aspekt der Evaluation von Gesundheitsleistungen. Sie umfassen aber mehr als die für die Schlussfolgerungen ausschließlich herangezogenen direkten Kosten ambulanter Arztkontakte und können andere Erfolgsparameter nur ergänzen (vgl. Jacobi & Margraf, 2001). Nicht einfach monetär messbare

Parameter wie der Rückgang von Symptombelastung, die Wiedererlangung von Lebensqualität, die Reduktion von sozialen Beeinträchtigungen – all dies zentrale Ziele auch des ärztlichen Handelns! – sollten nicht unter den Tisch gekehrt werden, und dies übrigens nicht nur im Zusammenhang mit psychischen Störungen! Auch eine operative Behandlung würde wohl kaum in Frage gestellt werden, nur weil sie die Zahl der nachfolgenden Arztkontakte nicht senkt. In diesem Zusammenhang wird unterschlagen, welcher positiven Schritt auf dem Weg zu besserer Gesundheit eine Inanspruchnahme von Psychotherapie darstellen kann. Die Tendenz zur Chronifizierung von Beschwerden durch Herausschieben dieser Schritte ist bekannt (Wittchen, 1991; Wang et al., 2007). Die präventive Wirkung der Psychotherapie wird deshalb schon lange diskutiert (Kessler & Price, 1993). Wird die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch ein verbessertes Angebot, wie insbesondere seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Jahre 1999, geweckt, kann dies durchaus adäquat sein und eine Unter-Inanspruchnahme vergangener Jahrzehnte ausgleichen.

■ In umfassenden Kostenstudien stellen bei psychischen Störungen insbesondere indirekte Kosten durch Produktivitätsminderung einen entscheidenden Krankheitsfaktor dar (vgl. Jacobi & Margraf, 2001; Wittchen & Jacobi, 2005). Dieser wurde im vorliegenden GEK-Report zur ambulant-ärztlichen Versorgung nicht berücksichtigt. Immerhin ist im GEK-Report aber eine Abnahme späterer stationärer Behandlungen bei denjenigen mit bewilligter Psychotherapie zu verzeichnen. Auch dies wird aber nicht etwa positiv, sondern kritisch kommentiert, denn der Rückgang erreichte nicht das Durchschnittsniveau aller Versicherten. Letztere stellen aber gar nicht die relevante Vergleichsgruppe dar, sondern diejenigen mit F-Diagnose, für die kein Psychotherapieantrag gestellt wurde. Entsprechende Analysen wurden allerdings im Report nur hinsichtlich zweier Diagnosegruppen und auch nicht für den stationären Bereich durchgeführt, was inkonsistent und willkürlich wirkt.

■ Bei den ambulanten Arztkontakten der Psychotherapiefälle fällt durchgehend ein rasanter Anstieg (>100%) der Inanspruchnahme in den vier Quartalen vor Antragsgenehmigung ins Auge, der nur schwerlich auf die Psychotherapie selbst zurückgeführt werden kann (abgesehen vom verpflichtenden ärztlichen Konsil im Zuge der Antragstellung). Plausibel ist die Hypothese, dass es in diesen Fällen eine krisenhafte Zuspitzung einer vorbestehenden Symptomatik gab, die die Inanspruchnahme allgemein und eine später aufgenommene Psychotherapie im Besonderen ausgelöst hat. Möglicherweise fängt die Psychotherapie die erhöhte Inanspruchnahme-Entwicklung bei diesen Fällen wieder auf, denn sofort nach Antragsbewilligung ändert sich die allgemeine Inanspruchnahme wieder in Richtung Ausgangsniveau (d. h. sinkt wieder auf <50% des Maximums vor Therapieaufnahme ab). Dies legt doch nahe, dass die Therapie wirkt (im strengen Sinne prüfbar wird dies allerdings nur durch kontrollierte Studien). Wenn bei zwei ausgewählten Gruppen von Patienten das dann erreichte Niveau nicht unter das derjenigen mit F-Diagnose sinkt, die nicht mit Psychotherapie behandelt wurden, dann ist es eine offene Frage, warum. Es kann auf dritte Faktoren zurückzuführen sein (zum Beispiel auf einen erhöhten Schweregrad oder eine erhöhte Komorbidität, auch mit körperlichen Erkrankungen, bei Psychotherapiepatienten) – wir wissen es nicht. Hier einfach von Nicht-Erfolg zu sprechen, ist wissenschaftlich nicht gerechtfertigt.

■ Ein grundsätzlicherer Punkt betrifft die Erwartung, insbesondere Psychotherapie müsse dauerhaft zur Reduktion von allen möglichen Krankheitskosten führen, um als erfolgreich zu gelten. Wird diese Maßnahme auch bei anderen Erkrankungen angelegt? Es wäre hochinteressant, anhand dieser exzellenten Datenbasis einmal eine Auswertung bei anderen Kassenleistungen vorzunehmen: führen etwa eine Blutdruckbehandlung, medizinische Interventionen bei Adipositas oder eine medikamentöse Behandlung eines Ulcus zu besseren Ergebnissen im Sinne eines Angleichs der Arztkontakte der Behandelten an

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

A·U·F·R·U·F

Die Mitglieder des Forschungsnetzwerkes „Psychotherapieausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz“ bitten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

derzeitige und ehemalige¹
TeilnehmerInnen und Lehrkräfte
der Ausbildung zum

Psychologischen Psychotherapeuten
und
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten
zur Teilnahme an einer

Befragung zur Zufriedenheit mit der Psychotherapieausbildung.

Ziel ist u. a. eine Gesetzesrevision zur Verbesserung der Ausbildung.

NUTZEN SIE DIE MÖGLICHKEIT, SICH IN DEN GUTACHTENPROZESS EINZUBRINGEN!

Sollten Sie nicht bereits angeschrieben worden sein, melden Sie sich bitte per E-Mail unter forschungsgutachten@medizin.uni-leipzig.de, damit Sie an einer **anonymisierten Internetbefragung** teilnehmen können.

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Mitwirkung.

Prof. Dr. Sven Barnow
Prof. Dr. Einar Brähler
Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Dr. Steffen Fliegel
Prof. Dr. Harald J. Freyberger
Prof. Dr. Lutz Goldbeck
Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber
Prof. Dr. Bernhard Strauß (Projektleiter)
Prof. Dr. Ulrike Willutzki

¹ Approbation nach PsychThG von 1999

MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN

Rechtsanwälte · Notare

NUMERUS CLAUSUS PROBLEME?

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

Wir haben die Erfahrung.

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

Die Krankheit in Bilder und Worte bannen



Nach der Brustkrebs-Diagnose der Schock, die Angst... Dann ein langsames Herantasten an »das Krebstier«, das sich in ihrem Körper gebildet hat, das Silvia Pahl aber nicht als zu sich gehörig akzeptieren will: Malen und Schreiben helfen der Autorin, ihre Lebenskraft wiederzufinden und ihren Überlebenswillen zu stärken.

Am Beispiel ihrer eigenen Lebensgeschichte möchte sie Krebskranken und deren Angehörigen Mut machen.

Klappenbroschur,
mit vierfarbigen Abbildungen
128 Seiten, Format 14,8 x 21,0
€ 24,90 (D) / € 25,60 (A) / CHF 47,50 UVP
ISBN 978-3-636-06375-5
Im Januar 2008 erschienen

mvg Verlag
... Lust auf Leben!

die Durchschnittsversicherten, wie dies von den Autoren für psychische Störungen gefordert wird? Diese Frage könnte evtl. anhand dieser neuen Datenbasis der Gesetzlichen Krankenversicherungen empirisch geklärt werden (wobei hier einige methodische Schwierigkeiten wie z. B. die Kontrolle von unterschiedlich reliablen und validem Diagnoseverhalten bei Ärzten hinsichtlich verschiedener Krankheitsgruppen zu lösen wären). Im Übrigen ist die Frage des grundsätzlichen monetären Nutzens von Psychotherapie für die verschiedensten Patientengruppen auf der Basis methodisch deutlich höher stehender Studien (unter Praxisbedingungen) längst positiv geklärt (z. B. Baltensperger & Grawe, 2001; Hiller, Fichter & Rief, 2003; Zielke, 1993).

- Die Autoren nennen einen Anstieg von 61% an beantragter Psychotherapie zwischen 2000 und 2006 und sprechen davon, dass „erhebliche Bevölkerungsanteile (...) von einer Psychotherapie bzw. deren Beantragung oder Verlängerung betroffen gewesen sein dürften“ (S. 136). Dies wirkt dramatischer als es ist, denn es handelt sich um einen Anstieg von 0,55% auf 0,88% der Bevölkerung. Nochmals zur Rekapitulation: Eine psychische Störung diagnostiziert bekamen jährlich 28% aller GEK-Versicherten – das entspricht übrigens Zahlen aus epidemiologischen Studien (vgl. für Deutschland: Jacobi, Klose und Wittchen, 2004; für Europa: Wittchen & Jacobi, 2005) – aber lediglich bei 3% von diesen knapp 30% wurde ein Antrag auf Psychotherapie gestellt. Man wird den Eindruck nicht los, die Interpretation der Autoren gehe in Richtung „Wir müssen einer Überversorgung und Kostenexplosion durch Psychotherapie entgegenwirken“, was angesichts solcher Verhältnisse höchst fragwürdig erscheint (vgl. auch Jacobi & Wittchen, 2005; Wittchen & Jacobi, 2001). Es dürfte nicht allzu viele Erkrankungsarten geben, die ähnlich niedrige Behandlungsraten aufweisen wie psychische Störungen und umgekehrt mit solch hohen gesellschaftlichen Kosten assoziiert sind.

Weitere Limitationen des Berichts werden von den Autoren selbst genannt und sol-

len hier auch nicht kritisiert werden: Es liegt in der Natur der Sache, dass noch weitere interessante inhaltliche Aspekte und längere Zeiträume bislang noch nicht ausgewertet werden konnten, denn gute gesetzliche und EDV-technische Rahmenbedingungen sind noch neu. Interessant wäre übrigens eine Studie dahingehend, inwieweit die genehmigten Kassenanträge, wie sie hier für die Verlaufsmessung herangezogen wurden, auch wirklich in ausreichender Dosis in Anspruch genommen wurden (man denke an die große Menge verschriebener, aber nicht eingenommener Pharmaka).

Der Studienleiter Prof. Dr. F. W. Schwartz wird als Kritiker der Psychotherapie als Kassenleistung zitiert, und es drängt sich der Verdacht auf, dass er und die Mitautoren ihre eigenen Ergebnisse an manchen Stellen in diesem Sinne selektiv interpretieren. Befürworter des Einsatzes von Psychotherapie im Rahmen der regulären Gesundheitsversorgung und psychotherapeutische Berufsverbände sollten aufgrund dieses „Falles“ wachsam bleiben, denn er zeigt, wie Daten für eine jeweilige politische Ansicht benutzt werden können. Unter der Forschungsperspektive sagen wir aber auch: die exzellente Entwicklung im Berichtswesen der Krankenkassen und die neuen Erkenntnismöglichkeiten durch neue Datenstrukturen sollten deswegen nicht einseitig kritisch betrachtet werden. Prinzipiell sind diese Reports aller Kassen der letzten Jahre (und wohl auch die kommenden) ein Fortschritt für Gesundheitsberichterstattung und Versorgungsforschung!

Literatur

- Baltensperger, C. & Grawe, K. (2001). Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 30 (1), 10-21.
- Hiller, W., Fichter, M. M. & Rief, W. (2003). A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 369-380.
- Hoyer, J., Helbig, S. & Wittchen, H.-U. (2006). Experiences with psychotherapy for depression in routine care: a naturalistic patient survey in Germany.

Clinical Psychology and Psychotherapy, 13, 414-421.

Jacobi, F. & Margraf, J. (2001). Kostenstudien zu psychologischer Angstbehandlung. In W. Michaelis (Hrsg.), *Der Preis der Gesundheit: wissenschaftliche Analysen, politische Konzepte; Perspektiven der Gesundheitspolitik*, 114-131. Landsberg: ecomed.

Jacobi, F., Klose, K. & Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47, 736-744.

Jacobi, F. & Wittchen, H.-U. (2005). „Diagnoseträger“ und Patienten: Zur Epidemiologie behandelter und unbehandelter psychischer Störungen in Deutschland. In J. Kosfelder, J., Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung*, 25-36. Göttingen: Hogrefe.

Kessler, R. C. & Price, R. H. (1993). Primary prevention of secondary disorders: A proposal and agenda. *American Journal of Community Psychology*, 21 (5), 607-633.

Wang, P.S., Angermeyer, M., Borges, G. et al. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6 (3), 177-185.

Wittchen, H.-U. (1991). Der Langzeitverlauf unbehandelter Angststörungen: Wie häufig sind Spontanremissionen? *Verhaltenstherapie – Praxis, Forschung, Perspektiven*, 1 (4), 273-282.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44 (10), 993-1000.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and Burden of Mental Disorders in Europe – A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 357-376.

Zielke, M. (1993). *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Weinheim: PVU.



Dr. Frank Jacobi

Technische Universität Dresden
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Chemnitzer Str. 46
01187 Dresden
jacobi@psychologie.tu-dresden.de



Prof. Dr. Jürgen Hoyer

Technische Universität Dresden
Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie
Hohe Str. 53
01187 Dresden
hoyer@psychologie.tu-dresden.de



Systemtherapie für Verhaltenstherapeuten – 3x3 Tage

Seminar 1: Der systemische Ansatz
Seminar 2: Systemische Interventionen
Seminar 3: Der systemische Ansatz im VT-Alltag

*Fortbildungspunkte:
Anerkannt durch LPK
Bei späterer Systemtherapieausbildung
anrechenbar*

Leitung: Dr. Hans Lieb, Dr. Hagen Böser
Kosten: € 972,- (zuzüglich Unterkunft
und Verpflegung)

Speyer: 15. – 17.09.08, 02. – 04.02.09
und 05. – 07.05.09

Berlin: 08. – 10.01.09, 04. – 06.05.09
und 04. – 06.06.09

Institut für Familientherapie Weinheim – Ausbildung und Entwicklung e.V.

Freiburger Straße 46 · 69469 Weinheim
Anmeldung und weitere Angebote:
Tel: 0 62 01 / 6 59 52
www.if-weinheim.de



Institut für Gestalttherapie und
Gestaltpädagogik e.V.

IGG kündigt an Familienaufstellung

Eine gestalttherapeutische und musiktherapeutische Fortbildung (Aufbaucurriculum für Gestalttherapie-AbsolventInnen)*

In den letzten Jahren hat das Interesse an Aufstellungsarbeit enorme Verbreitung gefunden. Die Gestalttherapie bietet auf der Basis der Feldtheorie einen wichtigen Beitrag zur Aufstellungsarbeit, der sich vor allem durch Prozesshaftigkeit und gemeinsamen Entdecken von Lösungen auszeichnet. Ansätze aus der Gestaltmusiktherapie bereichern die Aufstellungsarbeit, da (noch) Unsagbares in der Gleichzeitigkeit zum Ausdruck kommt – die Familie klingt.

Das IGG bietet eine Fortbildung in zwei Abschnitten von jeweils vier Wochenenden zwischen März 2009 und Mai/Juni 2010 in Berlin an.

Eine genaue Beschreibung der Fortbildung bitte anfordern im IGG-Sekretariat, Ansbacher Str. 64, 10777 Berlin, Tel. 030/859 30 30, e-mail: info@iggberlin.de bzw. finden Sie auf unserer homepage www.iggberlin.de

Am 14.-16.10.2008 wird ein Einführungs- und Informationsseminar angeboten (Anmeldung erforderlich)

*Zertifizierungspunkte werden beantragt

Buchrezension

Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2008). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Gießen: Psychosozial-Verlag. 500 Seiten.

Josef Brockmann

Die meisten Bücher über die Behandlungen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind aus zwei Gründen für psychodynamisch orientierte Kliniker unbefriedigend. Erstens stellt sich die psychodynamische Therapie in diesem Bereich so unsystematisch dar, dass kritische Kliniker vorwiegend ratlos zurückbleiben. Viele Psychotherapeuten schwanken dann in der Praxis bei diesen Patienten zwischen vertrauter/klassischer Technik und innovativen Therapien verschiedener Autoritäten. Sie tun dies durchaus aus guten Gründen, auch wenn dies für die Patienten oft nicht besonders gut ist – zu beidem weiter unten mehr. Zweitens haben psychodynamisch orientierte Therapien bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Gegensatz zur Verhaltenstherapie bisher nicht ihre Wirksamkeit nachgewiesen – weder in ihren klassischen noch in ihren innovativen Ansätzen. Auf beide Aspekte geht dieses Buch wohltuend fundiert ein. Der Preis des Buches liegt an der Schmerzgrenze, aber es erspart auch manch anderes.

Bateman, Psychoanalytiker und Leiter einer Therapieeinrichtung für Persönlichkeitsstörung in London und Fonagy, Vorsitzender des Forschungskomitees der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung, haben in vorausgehenden

Publikationen zeigen können, dass ihr Behandlungsansatz in einer RCT-Studie (Random Control Trials: Studien mit Zufallsverteilung der Patienten auf unterschiedliche Behandlungsformen, dem „Goldstandard“ der Psychotherapieforschung) im Rahmen eines Tagesklinik Settings effektiv war.

In ihrem Buch formulieren die Autoren die Grundlagen ihres Behandlungskonzeptes und geben einen Überblick über eine Behandlungsform, deren Wirksamkeit sie empirisch belegt haben. Die erste Hälfte des Buches liefert viele theoretische Aspekte: im 1. Kapitel epidemiologische und ätiologische Aspekte, im 2. Kapitel den Stand der psychotherapeutischen Prozess- und Ergebnisforschung bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Im 3. Kapitel geben die Autoren dann Einblick in ihr mentalisierungsbasiertes Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Mentalisierung meint die Fähigkeit, das eigene Verhalten und das Verhalten anderer auf der Grundlage zielgerichteter „mentaler“ Zustände wie Gefühle, Wünsche und Überzeugungen zu verstehen. Eine Person hat die Fähigkeit zu „Mentalisieren“, wenn sie den Geist („mind“) einer anderen Person unabhängig und getrennt vom eigenen Geist („mind“) wahrnehmen

kann. Dazu gehört auch, dass eine Person diese bei sich selbst anwenden, d. h. selbst-reflektieren kann. Fonagy beschreibt dies in Seminaren mit „To have the mind in mind“. Dies klingt arg theoretisch, hat aber praktische Relevanz. Ein Kind entwickelt die Fähigkeit zu „Mentalisieren“ in einem interaktiven Prozess, in dem eine bedeutende Bezugsperson (z. B. die Mutter) sich kontinuierlich und verlässlich auf die „mental states“ des Kindes bezieht. Die Mutter hilft dem Kind, sein Verhalten (und das von anderen) in Verbindung mit Benennung von Gefühlen, Wünschen, Erwartungen und Überzeugungen zu verstehen. Mit zunehmender Mentalisierung gewinnt das Kind auch ein Verständnis dafür, dass andere eine andere Sichtweise haben können als es selbst. Mentalisierung gelingt dabei in sicheren Bindungen besser als in unsicheren. Am Anfang der mentalen Entwicklung steht der psychische „Äquivalenz-Modus“ der Beziehung. Im „Äquivalenz-Modus“ erlebt das Kind die äußere Welt als Spiegelbild seiner inneren Welt – und umgekehrt. Dem „Äquivalenz-Modus“ folgt in der psychischen Entwicklung der „Als-ob-Modus“. Im „Als-ob-Modus“ erfährt das Kind (z. B. im Spiel: „Ich bin die Prinzessin.“), dass die innere Erfahrung nicht der äußeren Realität entsprechen

muss. Ab einem Alter von 4 Jahren beginnt das Kind beide Modi zu integrieren und entwickelt dabei eine höhere Fähigkeit zu „mentalisieren“. Spezielle Mentalisierungsstörungen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen lassen sich über diese Entwicklungsmodi gut identifizieren und verstehen.

Grundlage des Konzepts der Entwicklung von Mentalisierung und ihrer Störungen ist der Versuch, ein kohärentes Verständnis darüber zu entwickeln, wie Überzeugungen, Erwartungen und Bedürfnisse sich bei sich selbst und in anderen entwickeln. Der mentalisierungsbasierte Behandlungsansatz fördert eben diese Fähigkeiten.

Der zweite und praktische Teil des Buches beschreibt das Behandlungskonzept in Rahmen einer Tagesklinik. Das mindert den Wert des Buchs für Therapeuten, die im ambulanten Setting arbeiten. Der Ansatz ist aber auch für die ambulante Praxis interessant. So betonen Bateman und Fonagy, dass allen Behandlungsansätzen, die sich empirisch als erfolgreich erweisen konnten, gemeinsam ist, dass die Behandlungen einen festen strukturellen Rahmen haben. Ebenso sind erfolgreiche Behandlungen an einen Rahmen gebunden, der sowohl theoretisch als auch

Neue Wege

durch das Vertragsarztrechts- änderungsgesetz



Zulassungsverordnung

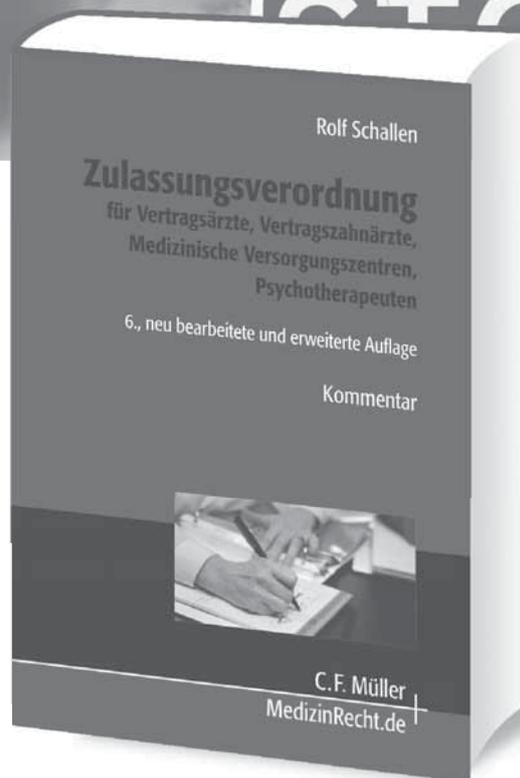
für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten

Kommentar. Von Dr. Rolf Schallen.

6., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. 2008.

XVIII, 716 Seiten. Gebunden. € 58,-.

ISBN 978-3-8114-3431-8



Die Änderungen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 01.01.2007 sind durch den Bundesmantelvertrag-Ärzte und Bundesmantelvertrag-Zahnärzte konkretisiert und ergänzt worden. Damit ändern und erweitern sich die Vorgaben im Rahmen der Zulassungsregelungen um Definitionen und Begrifflichkeiten wie z. B.

- Präsenzpflicht und Sprechstundenregelung
- Vertragsärztliche Tätigkeiten an weiteren Orten
- Nebenbetriebsstätten – Zweigpraxis, ausgelagerte Praxis
- Persönliche Leitung der Praxis bei angestellten Ärzten
- Zurechnung der Leistungen von angestellten Ärzten.

In der 6., neu bearbeiteten und erweiterten Auflage des bewährten Kommentars von Schallen werden die Regelungen und ersten Erfahrungen der neuen Zulassungsverordnung aktuell, verständlich und praxisorientiert auf dem neuesten Stand der Rechtsprechung kommentiert.

Dabei werden insbesondere die neuen Regelungen dargestellt zu

- Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften (örtlich und überörtlich)
- Teilberufsausübungsgemeinschaften
- Filialpraxen
- Anstellung von Ärzten ohne eigene Zulassung
- Kumulierung von Vertragsarztsitzen in Vertragsarztpraxen
- Teilzulassung u.v.m.

Der Autor Rechtsanwalt Dr. Rolf Schallen hat langjährige berufliche Erfahrung im Vertragsarztrecht und ärztlichen Berufsrecht. Er ist Fachanwalt für Sozialrecht und Medizinrecht sowie Lehrbeauftragter für Ärztliches Berufs- und Vertragsarztrecht an der juristischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Bestellen Sie beim Buchhandel oder direkt bei:

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

C. F. Müller
MedizinRecht.de

praktisch transparent und kohärent für den Patienten ist. Dies macht die Behandlung für den Patienten sicher und ist damit genau das, was Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in ihrer Vergangenheit vermisst haben bzw. was ihnen verloren gegangen ist. Viele Elemente des mentalisierungsbasierten Ansatzes sind aus anderen Therapieformen bekannt und können in anderen Therapieformen verwendet werden. Dies mag dem einen oder anderen Psychoanalytiker verdächtig vorkommen, aber Fonagy und Mitarbeiter/innen konnten das Konzept der Mentalisierungsstörungen in früheren Publikationen über Entwicklungspsychologie und Bindungsforschung gut herleiten

(z. B. Fonagy, 2003; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2004). Ihr Fazit: Sichere frühe Bindungen zu bedeutenden Bezugspersonen sind notwendig, um die Mentalisierungsfähigkeiten des Kindes zu entwickeln. Unsichere frühe Bindungen oder traumatische Ereignisse (wie körperliche Gewalt oder sexueller Missbrauch) führen zu Mentalisierungsstörungen. Mentalisierungsstörungen werden seit mehreren Jahren in England und den USA empirisch untersucht. Unter psychodynamisch orientierten Psychotherapie-Forschern ist die Reflective Functioning Scale (Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998) zu einem akzeptierten Forschungsinstrument geworden.

Das Buch ist strukturiert und systematisch, ebenso wie der vertretene Ansatz. Die Technik ist komplex und dabei flexibel. Das Buch ist frei von einer speziellen Therapieform-Sprache; es ist in einer Sprache geschrieben, in der auch Patienten Therapieberichte und Anträge lesen können. Dies folgt dem vertretenen Ansatz der Transparenz und Kohärenz, aber auch dem Verständnis, dass das Scheitern der Kommunikation nicht nur „beim Patienten“ liegen kann, sondern auch beim Therapeuten: Vorübergehende Mentalisierungsstörungen (z. B. eine Verringerung der Mentalisierungsfähigkeiten in hoch affektiv geladenen Situationen) entstehen beim Patienten und beim Therapeuten.

Fonagy, P. (2003). *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett Cotta.

Fonagy P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett Cotta.

Fonagy, P., Target, M., Steele, H. & Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning Manual, Version 5.0 for Application to Adult Attachment Interviews*. London: University College London.

Dr. Josef Brockmann

Psychologischer Psychotherapeut
Egenolfstr. 29
60316 Frankfurt
praxis@dr-brockmann.net

Romer, G. & Haagen, M. (2007). *Kinder körperlich kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe. 169 Seiten.

Margret Kamm

Das Ende letzten Jahres erschienene Buch der Autoren ist im deutschsprachigen Raum das erste, das sich mit den Auswirkungen schwerer körperlicher Krankheit eines Elternteils auf die Psyche der Kinder beschäftigt. Das Buch stellt den Wissenstand zu diesem Thema zusammen und schließt eine wichtige Lücke. Die Autoren sind erfahrene Praktiker – Kinder- und Jugendpsychiater, FÄ für Kinder und Jugendmedizin/ärztliche Psychotherapeuten mit analytischem bzw. tiefenpsychologischem Hintergrund. Beide sind familientherapeutisch ausgebildet, ihre Interventionskonzepte sind empirisch begründet und in der Arbeit

mit betroffenen Familien erprobt.

Zunehmend sind auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit dieser Thematik befasst. Die Entwicklung in der Medizin hin zu zertifizierten Zentren (als Vorreiter sind hier die Brustzentren zu nennen) erzwingt, dass sich unsere Berufsgruppe mit diesem früher eher ärztlich geprägtem Feld befasst, da mehr Psychologische Psychotherapeuten in diese Arbeit einbezogen werden. Einzelne Psychotherapeutenkammern der Länder bieten inzwischen Fortbildungen zur Psychotherapie in der Psychosozialen

Onkologie und Palliativmedizin an.

Zum Aufbau des Buches:

In der Einleitung weisen die Autoren darauf hin, dass die seelische Belastung der Kinder von den Eltern, die ihre eigene Restitution in den Vordergrund stellen (müssen), häufig unterschätzt wird. Sie verweisen auf epidemiologische Untersuchungen, die belegen, dass schwerkranke Eltern ein Risiko darstellen für die Entwicklung späterer kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen. Das Ziel der Autoren ist Prävention und richtet sich an Eltern und Kinder gleichermaßen. Kurz gefasst, Eltern sollen

in ihrer durch Krankheit verunsicherten Elternrolle unterstützt werden, Kindern sollen ihrem Alter und Entwicklungsstand entsprechende Verarbeitungshilfen angeboten werden.

Im zweiten Kapitel werden theoretische Grundlagen und empirische Ergebnisse vorgestellt. Die Autoren unterscheiden zwischen Familientherapie und Systemischer Familienmedizin und arbeiten als wesentlich für die Systemische Familienmedizin heraus:

- Unterstützt werden Familien, die mit einer Erkrankung nicht zurechtkommen.
- Im Mittelpunkt der Arbeit steht die Erkrankung und

deren Auswirkungen auf die Familie.

- Der Fokus liegt auf den Ressourcen der Familie.
- Das Vorgehen ist supportiv.
- Die Krankheit „bestimmt“ den Auftrag.

Der Vergleich mit Interventionsgrundsätzen in der Psychosozialen Onkologie zeigt, dass beide nahezu deckungsgleich sind, wenn man die individuumzentrierten Interventionen zusätzlich berücksichtigt.

Mit Bezug auf das Lebenszyklusmodell von Erikson werden Aufgaben und Reaktionen von Familien auf schwere Erkrankungen beschrieben.

Die empirischen Befunde beziehen sich zumeist auf Familien mit krebserkrankten Elternteilen. Bezogen auf unterschiedliche Entwicklungsphasen beschreiben die Autoren die Möglichkeiten der Krankheitskonzeptualisierung sowie typische Belastungen und Reaktionsweisen von Kindern. Für jeden Altersabschnitt werden wichtige präventive Verhaltensweisen mit Bezug auf den Entwicklungsstand skizziert.

Einigkeit besteht darüber, dass Kinder über die Erkrankung ihrer Eltern informiert werden sollten. Die emotionale Atmosphäre wird von Kindern immer wahrgenommen. Sie hat tief greifende Auswirkungen auf das Familienleben. Die Autoren plädieren für einen offenen Umgang mit der bedrohlichen Wirklichkeit, um Kinder nicht mit ihren diffusen Fantasien und Ängsten allein zu lassen.

Im dritten Kapitel wird auf die jeweiligen Besonderheiten sechs wichtiger Krankheitsbil-

der (AIDS, Multiple Sklerose, Hirnverletzung/Hirntumor, Leukosen, Brustkrebs) eingegangen. Die Autoren verweisen auf die bisher einzige größere Studie, in der sich bei etwa der Hälfte der untersuchten Kinder klinisch relevante psychische Symptome zeigten.

Auch wenn diese Zahl sehr hoch gegriffen scheint, deckt sie sich doch weitgehend mit der bisher einzigen Studie in Deutschland von G. Trabert (Zusammenfassung im Dt. Ärzteblatt vom 15.6.07), der von ca. 30% Auffälligkeiten bei betroffenen Kindern ausgeht.

Im vierten Kapitel wird die Begleitung der Familien in der letzten Lebensphase eines Elternteils in den Vordergrund gestellt. Auf die unterschiedlichen Trauerprozesse von Erwachsenen und Kindern unterschiedlichen Alters wird Bezug genommen. Pathologische oder komplizierte Trauer wird von gelingender Trauer abgegrenzt. Risikofaktoren werden herausgearbeitet und Faktoren ausgewiesen, die auf Kinder deuten, die einer weitergehenden Diagnostik bedürfen.

Das fünfte Kapitel widmet sich der Beratung und Therapie betroffener Familien, verweist auf die dürftigen bislang publizierten Interventionskonzepte und begründet das eigene Interventionsmodell. Dieses Kapitel sei besonders dem Praktiker ans Herz gelegt, beschreibt es doch sehr detailliert wichtige Elemente familientherapeutischer Interventionen und Vorgehensweisen. Diagnostische Fragen, bezogen auf die spezifische Situation der Erkrankung, sind in Tabellen aufgelistet. Großer Wert

wird auf die Vorbereitung von familientherapeutischen Situationen und auf eine schützende therapeutische Haltung gelegt.

Im sechsten Kapitel wird eine Auswahl schwieriger therapeutischer Situationen behandelt, u. a. der Umgang mit „unaussprechlichen Gedanken“ und die Problematik von Familien mit unauflösbarer Dauerüberlastung.

Das vorletzte Kapitel sucht eine Konkretisierung der Interventionen anhand von drei exemplarischen Beratungsverläufen.

Lediglich das letzte Kapitel „Zukunftsperspektiven für die Familienmedizin und medizinische Familientherapie/-beratung“ fällt sehr knapp aus und beschränkt sich auf einige Stichworte, die wenig ergiebig sind. Der Blick wird hier ausschließlich auf den medizinischen Versorgungsteil gerichtet.

Im Anhang werden Bücher und Broschüren zum Thema aufgelistet und auf Kontaktadressen

für Hilfsangebote verwiesen. Die Internetangebote für Kinder sind nur zum Teil erfasst.

Ein wichtiges Buch, das sich einer vernachlässigten Thematik widmet!

„Die hier auf das Gebiet „Kinder körperlich kranker Eltern“ angewandte kluge Interpretation von entwicklungspsychologischem Wissen, Empathie in die innere Erlebenswelt von Kindern verschiedener Altersstufen, mit einer konsequent familiendynamischen Sichtweise ist spannend, fruchtbar und verdient, in unserem medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem rezipiert und weiterentwickelt zu werden.“ Dieser Äußerung von Peter Riedesser im Vorwort des Buches, ist nichts hinzuzufügen.

Dr. Margret Kamm

Psychologische Psychotherapeutin
Universitäts-Frauenklinik
Göttingen
Robert-Koch-Str. 40
37075 Göttingen



Prof. Dr. Niels Korte**
Marian Lamprecht*
Constance Herr*

KORTE
RECHTSANWÄLTE

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

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

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

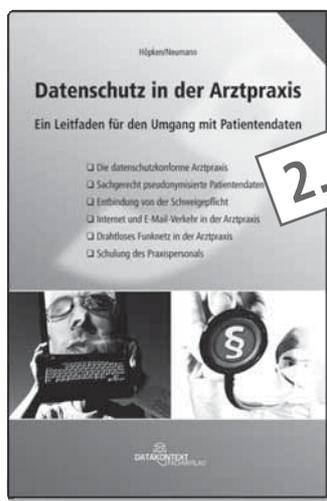
Achtung: Fristablauf für Wintersemester teilweise schon Mitte Juli!

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

24-Stunden-Hotline: 030-226 79 226
www.studienplatzklagen.com

www.anwalt.info
Fax 030-266 79 661
Kanzlei@anwalt.info

Datenschutz im Gesundheitswesen



Höpken/Neumann
Datenschutz in der Arztpraxis
Ein Leitfaden für den Umgang mit Patientendaten

2. überarbeitete Auflage 2008
96 Seiten
broschiert – DIN A4
€ 29,80
ISBN 978-3-89577-521-5

Die grundlegenden Sachverhalte werden in allgemein verständlicher Sprache dargestellt, wobei neben der Darstellung der gesetzlichen Grundlagen ganz konkrete Tipps gegeben werden, die von der Praxiseinrichtung bis zum datenschutzkonformen Umgang mit dem Praxisrechner und insbesondere auch zum Einsatz des Internet im Praxisalltag reichen.

„Die Broschüre Datenschutz in der Arztpraxis gibt einen kompakten Einstieg in das Thema und richtet sich vor allem an Praxen, die aufgrund der neuen gesetzlichen Regelungen keinen betrieblichen Datenschutzbeauftragten zu bestellen haben.“

Deutsches Ärzteblatt



Bake/Blobel/Münch (Hrsg.)
**Datenschutz und Datensicherheit
im Gesundheits- und Sozialwesen**

3. überarbeitete Auflage 2008
ca. 300 Seiten
Paperback
ca. € 49,00
ISBN 978-3-89577-488-1

Datenschutz und Datensicherheit sind im Gesundheits- und Sozialbereich eine unabdingbare Voraussetzung zur Schaffung des notwendigen Vertrauens zwischen Betroffenen und Institutionen, wie z.B. Patient, Arzt, Arztpraxis, Krankenhaus oder Krankenversicherung.

Das Autorenteam besteht aus Experten des Arbeitskreises "Datenschutz und Datensicherheit im Gesundheits- und Sozialwesen" der GDD e.V., Bonn. Auf aktuellem Stand behandeln sie typische Probleme ihrer Arbeitsfelder und geben auf Basis ihrer langjährigen Erfahrung hilfreiche Tipps und Anregungen für die tägliche Arbeit als Datenschutz- und IT-Sicherheitsbeauftragte im Gesundheits- und Sozialbereich, wobei sie das Sozialwesen vor allem an seinen Schnittstellen zum Gesundheitswesen betrachten.

"Das empfehlenswerte Praktikerhandbuch richtet sich an alle Datenschutz- und Sicherheitsbeauftragte, Revisoren sowie an all diejenigen, die im Gesundheits- und Sozialwesen Verantwortung tragen. Es verschafft einen guten Überblick über sämtliche Aspekte von Datenschutz und Datensicherheit."

Datenschutz und Datensicherheit



Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

12. Deutscher Psychotherapeutentag in Bremen

Am 31. Mai 2008 tagte in Bremen der 12. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT). Der Bremer Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens ging in seiner Eröffnungsrede insbesondere auf die Unterversorgung psychisch kranker Kinder am Beispiel Bremerhaven ein. Vier von zehn Kindern lebten dort von Hartz IV. Die Armut in diesen Familien führe zu finanziellen Notlagen, Entwicklungsdefiziten der Kinder, einem deutlich höheren Krankheitsrisiko und sozialer Benachteiligung. Nach der vertragsärztlichen Bedarfsplanung gelte Bremerhaven als überversorgt, was zeige, wie wenig diese Planung eine ausreichende Versorgung von kranken Menschen sichere. Tatsächlich reichten die Psychotherapeuten in Bremerhaven nicht aus, um die Kinder in diesem sozialen Brennpunkt ausreichend zu versorgen. Deshalb sei es umso unverständlicher, dass auch in Bremerhaven fünf Praxissitze für psychotherapeutisch tätige Ärzte freigehalten werden, obwohl es dafür keine Anwärter gebe.



Ingelore Rosenkötter, Karl-Heinz Schrömgens

Die Bremer Gesundheitssenatorin, Ingelore Rosenkötter, begrüßte die Delegierten des 12. DPT in Bremen. Sie wies darauf hin, dass gerade Menschen am Rande es

schwer hätten und besonderen Schutz benötigten. Sie würdigte die Arbeit der Psychotherapeuten, die es Menschen ermöglichen, versäumte Entwicklungsschritte nachzuholen, Verletzungen zu überwinden oder zu lernen, mit ihnen zu leben. Mit Beifall quittierten die Delegierten ihre Forderung, für die Ausbildung während des Psychiatriejahres eine bundeseinheitliche, angemessene Vergütung zu finden. Die Senatorin begrüßte außerdem ausdrücklich, dass sich die deutsche Psychotherapeutenchaft öffentlich gegen jegliche Folter ausspreche.

Proklamation gegen Folter

Mit der Proklamation gegen Folter setzte sich der 12. DPT in Bremen für ein Verbot jeglicher Folter ein. Für Psychotherapeuten gibt es keine Rechtfertigung, sich an Folter oder der Erforschung und Entwicklung von Foltertechniken zu beteiligen, so die Proklamation. Psychotherapeuten arbeiten nicht als Berater in Verhören, in denen

Foltertechniken angewendet werden. Psychotherapeuten fordern unbedingten Verzicht der Polizei, der Geheimdienste und des Militärs auf physische und psychische Folter.

Psychische Folter ersetzt heute, so berichtete der Journalist Egmont R. Koch, häufig die physische

Folter. Psychische Folter hinterlasse keine körperlichen Spuren. Ihre Anwendung sei schwer nachweisbar, jedoch ebenso schmerzhaft und verletzend wie körper-



Egmont R. Koch

liche Folter und könne einen Menschen dauerhaft zerstören. Koch beschrieb, dass seit dem 11. September 2001 insbesondere psychische Folter selbst für demokratische Staaten wieder auf der Tagesordnung stehe. Mit der Proklamation gegen Folter machte der 12. DPT deutlich, dass die Ablehnung jeder Folter – auch im Krieg und bei Terrorabwehr – ein unverzichtbares zivilisatorisches Gebot bleibt.

G-BA übergeht fachliche Expertise

Im Bericht des Vorstandes kritisierte BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter, dass sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bei seiner Entscheidung zur Gesprächspsychotherapie über die fachliche Expertise der Psychotherapeutenchaft hinweggesetzt habe. Besonders problematisch sei daran, dass sich der G-BA anmaße, psychotherapeutische Verfahren nicht nach dem allgemein anerkannten Stand zu definieren. Seine Definition der Gesprächspsychotherapie widerspreche der psychotherapeutischen Wissenschaft,

der Position der gesamten Psychotherapeutenchaft und vor allem dem Selbstverständnis des psychotherapeutischen Verfahrens, das der G-BA beurteilte.

Der 12. DPT forderte den G-BA in einer Resolution auf, die Fachkompetenz der psychotherapeutischen Profession stärker zu berücksichtigen. Berufsrechtliche Grundsatzentscheidungen der Profession müssten sich in den sozialrechtlichen Entscheidungsprozessen widerspiegeln.

Perspektiven 2011

Der 12. DPT verabschiedete in Bremen die Perspektiven 2011, die gesundheitspolitischen Eckpunkte der deutschen Psychotherapeutenchaft. Dabei ging es den Delegierten darum, die zukünftigen Herausforderungen der Gesundheitspolitik und den Beitrag der Profession zu ihrer Lösung zu beschreiben. Kern der Perspektiven 2011 ist die Überlegung, wie die Versorgung psychisch kranker Menschen durch eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu verbessern ist.

Bundeseinheitliche Weiterbildungsordnungen notwendig

Neue rechtliche Rahmenbedingungen veranlassten den 12. DPT, sich nochmals intensiv mit dem Thema Weiterbildung zu befassen. Dr. Martin Stellpflug, Justiziar der BPTK, stellte die neue Rechtslage dar, die bundeseinheitliche Weiterbildungsordnungen

in allen Psychotherapeutenkammern erforderlich mache.

Der G-BA ermöglicht mit seinem Beschluss vom 20. Dezember 2007, auch psychotherapeutische Methoden zu prüfen und zuzulassen. Neue Behandlungsmethoden dürfen mit den gesetzlichen Krankenkassen aber nur erbracht und abgerechnet werden, wenn der G-BA u. a. Empfehlungen über die notwendige Qualifikation der Leistungserbringer sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung abgegeben hat. Dabei hat sich der G-BA an Regelungen zu orientieren, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Bundesmantelverträgen vereinbart werden. Diese müssen bei ihren Vereinbarungen wiederum auf vorhandenes Weiterbildungsrecht zurückgreifen – allerdings nur, wenn das Weiterbildungsrecht bundeseinheitlich und inhaltsgleich geregelt ist. Ist dies nicht der Fall, übernimmt die gemeinsame sozialrechtliche Selbstverwaltung diese Aufgabe.

Der Bundesgesetzgeber billigt den Heilberufskammern also eine Definitionshoheit über berufspolitische Qualifikationen zu. Die entscheidende Voraussetzung dafür ist, dass jede Landespsychotherapeutenkammer die spezifischen Qualifikationen in ihrer Weiterbildungsordnung normiert hat und diese bundesweit inhaltsgleich sind. „Die Psychotherapeutenchaft braucht ein einheitliches Weiterbildungsrecht, um Kompetenz zu dokumentieren und zu verhindern, dass Berufsfremde die Qualifikationen der Psychotherapeuten normieren oder gar negieren“, stellte Stellpflug fest.

Der 12. DPT richtete deshalb einen dringenden Appell an alle Landespsychotherapeutenkammern, noch im Laufe des Jahres 2008 eine Weiterbildungsordnung für den Bereich Neuropsychologie zu verabschieden. Er beauftragte den BPTK-Vorstand nach kontroverser Diskussion, auf dem nächsten DPT in Leipzig inhaltliche Vorschläge für die Weiterentwicklung der Musterweiterbildungsordnung zu unterbreiten. Er beschloss, bis zur Veröffentlichung des Forschungsgutachtens zur Zukunft der Psychotherapieausbildung keine Entscheidungen zur Weiterbildung zu

treffen. Eine Novellierung der Psychotherapeutenausbildung solle nicht präjudiziert werden.

Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Der 12. DPT forderte in einer Resolution eine Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von 20 Prozent. Anlass war ein Gesetzentwurf der Bundesregierung, in dem sie beabsichtigt, eine Mindestquote von nur zehn Prozent einzuführen. Eine solch niedrige Quote läge allerdings unter dem derzeitigen Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von bereits bundesweit 13,6 Prozent. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung würde die Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen also nicht verbessern. Gleichzeitig plant die Bundesregierung, die Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte auf 20 Prozent abzusenken und zu verlängern, obwohl dafür nicht genügend ärztliche Anwärter zur Verfügung stehen. Der 12. DPT forderte deshalb die Bundesregierung auf, diese Mindestquote – wie bisher vorgesehen – am 31.12.2008 auslaufen zu lassen.

Qualitätsstandards für die Kleinkinderbetreuung

Der DPT forderte schließlich die Gesetzgeber in Bund und Ländern in einer Resolution auf, für den Ausbau der Kapazitäten verbindliche Qualitätsstandards der Kleinkinderbetreuung und -förderung zu setzen. Erzieherinnen und Tagespflegerinnen bräuchten spezifische frühpädagogische Qualifikationen und ein umfangreiches entwicklungspsychologisches Wissen sowie emotionale Kompetenzen. Der Personalschlüssel für die Betreuung von Kindern unter drei Jahren müsse internationalen Mindeststandards folgen. Auf eine Betreuerin dürften nicht mehr als drei oder vier Kinder kommen.

Dokumente zum Download auf www.bptk.de:

- Proklamation gegen Folter und Hintergrundinformationen
- Resolutionen (G-BA, Mindestquote, KiFöG)
- Perspektiven 2011



Dr. Martin Stellpflug

Kostenstrukturerhebung 2007

Praxen von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten

Das Statistische Bundesamt (DESTATIS) führt auf der Grundlage des Gesetzes über Kostenstrukturstatistik in Kürze eine repräsentative Untersuchung zur Kostenstruktur bei Praxen von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten durch.

Die Erhebung bezieht sich auf das Jahr 2007. Erhebungszweck ist es, die in den Praxen erzielten Einnahmen und die dafür erforderlichen Aufwendungen sowie deren Zusammensetzung darzustellen.

Die Praxen werden mittels einer Zufallsstichprobe ausgewählt. Damit die Belastung möglichst gering ist, wird die Erhebung bundesweit bei höchstens fünf Prozent der Praxen durchgeführt. Das Ergebnis wird dann auf die Gesamtheit aller Praxen hochgerechnet. Um zuverlässige und aktuelle Ergebnisse zu gewinnen, die den gestiegenen Anforderungen an die Qualität und Aktualität der Daten genügen, sieht das Gesetz für diese Erhebung eine Auskunftspflicht vor.

Die Ergebnisse dienen u. a. der Erstellung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen und der berufspolitischen Arbeit von Verbänden und Kammern. Sie eröffnen aber auch den Praxen selbst die Möglichkeit, betriebswirtschaftliche Vergleiche durchzuführen und damit Ansatzpunkte für Rationalisierungs- oder Verbesserungsmaßnahmen zu erkennen. Die entsprechenden Fragebogen werden vom Statistischen Bundesamt im September 2008 versandt und innerhalb einer Frist von vier Wochen zurückerwartet. Die Veröffentlichung der Ergebnisse ist für den Sommer 2009 vorgesehen. Sofern sich über die in den Erhebungsunterlagen vermerkten Erläuterungen hinaus weitere Fragen ergeben, stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Statistischen Bundesamtes gerne zur Beantwortung zur Verfügung.

Ausführliche Informationen und Ergebnisse über die Kostenstrukturerhebungen erhalten Sie als kostenlosen Download unter www.destatis.de/shop.

das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegeben hat und das im Frühjahr 2009 vorgelegt werden soll. BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter wies vor 130 Psychotherapeuten darauf hin, dass auch künftig im Interesse der psychisch kranken Menschen ausreichend viele qualifizierte Psychotherapeuten ausgebildet werden müssten. Ähnlich äußerte sich Karin Knufmann-Happe, Ministerialdirektorin im BMG. Die heutige Psychotherapieausbildung habe sich im Grundsatz bewährt. Die Bologna-Reform (mit den neuen Bachelor- und Masterstudiengängen), Rückmeldungen von Ausbildungsteilnehmern insbesondere zum obligatorischen Praktikum (Psychiatriejahr) und Forderungen aus der Profession selbst hätten das Bundesministerium für Gesundheit jedoch bewogen, im Rahmen eines Gutachtens eine Sachstandsklärung vorzunehmen.

Psychotherapeutische Kompetenzen

Diagnostische Kompetenz, Behandlungskompetenz, die Fähigkeiten zur Gestaltung und Nutzung der therapeutischen Beziehung sowie die dazu erforderlichen personalen Kompetenzen: Für Prof. Dr. Dirk Revenstorf (Universität Tübingen) sind dies unter Berücksichtigung internationaler Forschungsergebnisse die entscheidenden psychotherapeutischen Kompetenzen. Der Erfolg einer Psychotherapie hänge nur zum Teil vom jeweiligen Therapieverfahren ab, sondern mehr noch von der Qualität der therapeutischen Beziehung.

Prof. Dr. Harald Rau (Zieglersche Anstalten, Wilhelmsdorf) setzte sich anschließend mit den Möglichkeiten von Kompetenzerweiterungen auseinander. So seien in den USA positive Erfahrungen mit Verordnungen von Arzneimitteln durch Psychotherapeuten gemacht worden. Mit einem solchen Verordnungsrecht könnte in Deutschland die Chance verbunden sein, die Versorgung in Krankenhäusern angesichts des Ärztemangels zu sichern.

Große Einigkeit bestand in der anschließenden Diskussion darin, die Verfahrensorientierung in der psychotherapeutischen Ausbildung zu erhalten. In welchem Umfang die Verankerung in einem Verfahren gegen Ende der Ausbildung und in der

Zukunft der Psychotherapieausbildung: Auftakt-symposium der BPTK

Mit einem Symposium am 9. April startete die BPTK eine Veranstaltungsreihe, mit der

sie die Diskussion zur Zukunft der Psychotherapieausbildung begleiten und mitgestalten wird. Hintergrund ist ein Gutachten zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), das



weiteren beruflichen Entwicklung aufrechterhalten werden müsse, war dagegen umstritten.

Psychotherapieausbildung heute und morgen

Im März 2008 gab es in Deutschland nach Angaben der BAG der Ausbildungsträger, für die Günter Ruggaber und Anne Springer

berichteten, an den 180 Ausbildungsinstituten etwa 6.000 Ausbildungsteilnehmer zum PP und ca. 2.500 zum KJP. Inzwischen gingen aus den Ausbildungsstätten jährlich etwa 1.000 Neuapprobierte hervor, eine Größenordnung, mit der die Zahl der Psychotherapeuten in Deutschland mittelfristig auf dem heutigen Niveau gehalten werden kann.

Anne Springer wies darauf hin, dass die für einen Psychoanalytiker notwendige Kompetenztrias aus persönlicher Kompetenz, Beziehungs- und Konzeptkompetenz ein komplexer Entwicklungsprozess sei, der in einer anwendungsorientierten Ausbildung an einer Universität nicht zu realisieren sei, sondern nur von Ausbildungsinstituten ermöglicht werden könne.

Bekanntmachung: Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG (WBP) hat – in Reflexion der Erfahrungen der bisherigen Begutachtungen – seine methodische Verfahrensweise entsprechend dem aktuellen Standard weiterentwickelt und in der Sitzung am 8. Oktober 2007 sowie in einer nachfolgenden schriftlichen Abstimmung vom 21. November 2007 ein neues Methodenpapier (Version 2.6) als Verfahrensgrundlage für die zukünftige Gutachtentätigkeit mehrheitlich bei einer Gegenstimme beschlossen. Das Methodenpapier trat am 21.11.2007 in Kraft.

Das neue Methodenpapier sieht neben der Bewertung von Psychotherapieverfahren die (ggf.) eigenständige Beurteilung von Psychotherapiemethoden vor.

Mit dem Inkrafttreten des neuen Methodenpapiers werden folgende Publikationen, die bisher die Grundlage der Begutachtung des WBP bildeten, außer Kraft gesetzt:

- Definition der Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Dtsch. Ärztebl 2000, 97: A 2190),
- Definition der Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Erwachsenen (Dtsch. Ärztebl 2002, 99: A 3132),
- Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie (Dtsch. Ärztebl 2004, 101: A 369),
- Leitfaden für die Erstellung von Gutachten-Anträgen zu Psychotherapieverfahren (Deutsches Ärzteblatt 1999, 96: A 1015).

Das Methodenpapier (Version 2.6 vom 21.11.2007) einschließlich eines Minderheiten-votums ist im Internet abrufbar unter <http://www.wbpsychotherapie.de>.

Bezüglich der Änderungen des neuen Methodenpapiers gegenüber der bisherigen Verfahrensweise des Beirats wird zur orientierenden Übersicht auf das Interview mit dem Vorsitzenden des WBP im Deutschen Ärzteblatt (Deutsches Ärzteblatt 2008, 105: A-388-390) verwiesen.

Prof. Dr. Schulte (Vorsitzender)

Prof. Dr. Rudolf (Stellvertr. Vorsitzender)

Korrespondenzadressen:

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64

10179 Berlin

(Geschäftsführung des WBP der zweiten Amtsperiode)

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Dr. Wolfgang Groeger (Universität Bochum) stellte abschließend ein an den anderen approbierten Heilberufen angelehntes dreigliedriges Modell einer Direktausbildung von Psychotherapeuten vor. Auf ein Bachelorstudium würde dabei ein Masterstudium Psychotherapie folgen, das eine psychotherapeutische Grundausbildung umfasst und mit der Approbation abschließt. Eine anschließende verfahrensorientierte Weiterbildung würde zum Erwerb der Fachkunde und damit zur Niederlassungsberechtigung führen.

Akuter Handlungsdruck bei praktischer Tätigkeit

In der abschließenden Diskussion mahnten Ausbildungsteilnehmer an, die aktuellen drängenden Probleme der Ausbildungsteilnehmer nicht aus den Augen zu verlieren. Während des einjährigen Praktikums würden sie oft als vollwertige Arbeitskräfte eingesetzt – ohne ausreichende Anleitung, Supervision und Vergütung.

Die BPTK wird die Veranstaltungsreihe mit drei Workshops weiterführen, um bis zur Vorlage des Forschungsgutachtens im Frühjahr 2009 eine Position der Psychotherapeutenchaft zur Zukunft der Psychotherapieausbildung formulieren zu können.

Geschäftsstelle

Klosterstraße 64

10179 Berlin

Tel. 030 / 278785-0

Fax. 030 / 278785-44

info@bptk.de

www.bptk.de



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

WICHTIG – WICHTIG

Im Mittelteil dieser Ausgabe sind für die Mitglieder in Baden-Württemberg die folgenden, am 08.03.2008 verabschiedeten Änderungssatzungen der LPK eingehaftet, nämlich die Neufassung der Gebührenordnung, die Satzung zur Änderung der Fortbildungsordnung, die Neufassung der Wahlordnung und die Beitragstabelle 2008.

WICHTIG – WICHTIG

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Gestaltung des Kammerbeitrags hatte, wie wir berichteten, in der Vertreterversammlung, im Haushaltsausschuss und Vorstand kontroverse und differenzierende Diskussionen ausgelöst. Die Vertreterversammlung fasste nach Anregung des Haushaltsausschusses und des Vorstandes den Beschluss, dass eine Kommission hierzu eine Umfrage unter den Kammermitgliedern durchführt und hierfür die zur Diskussion stehenden Beitrags-Modelle darstellt. Das Ergebnis dieser Umfrage wird in die weiterführende Diskussion einbezogen und wurde auf der Kammerhomepage (www.lpk-bw.de) veröffentlicht. Die Vertreterversammlung hat die Aufgabe, im Oktober über die endgültige Gestaltung des Kammerbeitrags zu beschließen. Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen Kammermitgliedern bedanken, die uns ihre Rückmeldung zur Umfrage zugeschickt haben.

Ende Februar hatten wir Ihnen den damaligen Kammer-Newsletter zugeschickt, in dem der neue Kammerbeitrag angekündigt und die Überarbeitung der Beitragsordnung dargestellt wurde. Die Kammer erhielt hierzu zahlreiche Rückmeldungen, kritische Kommentierungen und Rückfragen. Auf der Kammerhomepage und im neuen Kammernewsletter werden wir diese Kommentare nach Zustimmung der Autoren i. S. von Leserbriefen zusammen mit unseren Antworten oder

Anmerkungen veröffentlichen und zur weiteren Diskussion stellen. Wir laden Sie alle zu weiterer kritischer Diskussion der Kammerarbeit ein und danken den Mitgliedern, die unsere Arbeit so begleiten.

In der letzten Vertreterversammlung wurde Jürgen Pitzing als Nachfolger von Renate Hannak-Zeltner in den Kammervorstand als Rechnungsführer gewählt. Frau Hannak-Zeltner möchten wir für ihr Engagement im Kammervorstand auch an dieser Stelle nochmals danken. Klaus Häberle wurde zum Vorsitzenden des Haushaltsausschusses gewählt, Dr. Bernd Rothenberger zu seinem Stellvertreter. Wir danken beiden, dass sie die Leitung dieses Kammergremiums übernommen haben. Besonderer Dank gilt Ute Steglich, die seit Gründung der Kammer das Amt des Vorsitzes des Haushaltsausschusses wahrgenommen hat und weiterhin im Ausschuss mitarbeiten wird.

Die Zunahme psychischer Erkrankungen, die bei schwerer Ausprägung zu Krankenschreibung oder längerfristiger Arbeitsunfähigkeit und Chronifizierung führen, veranlasst die Krankenkassen, die Bedeutung psychotherapeutischer Behandlungen einerseits wertzuschätzen, andererseits wird die Wirkung von Psychotherapie wiederholt kritisch hinterfragt, obwohl immer mehr Studien auf wissenschaftlich hohem Niveau die Wirksamkeit nachweisen. Sowohl auf

Bundesebene als auch regional haben die Kammern die Aufgabe, diese Entwicklung aufmerksam zu verfolgen und gegenüber Krankenkassen immer wieder zu verdeutlichen, dass qualitativ hochwertige Psychotherapie die langfristig beste Hilfe für unsere Patienten ist. Deshalb konnte die Veröffentlichung der Gmünder Ersatzkasse (GEK) nicht unwidersprochen bleiben, in der der Psychotherapie eine geringe Wirksamkeit unterstellt wurde.

Erfreulich ist, dass die Kammer zunehmend mehr Gehör bei Politikern im Land findet und eingeladen wird, zu verschiedenen Fragen Stellung zu nehmen. Mit dem Landespsychotherapeutentag, der sich dieses Jahr anlässlich des 10. Jahrestages der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes mit den Perspektiven der Psychotherapie und zukünftigen psychotherapeutischen Versorgung befasst, wenden wir uns an unsere Mitglieder, die Fachöffentlichkeit und die Politik. Wir würden uns sehr freuen, wenn wir Sie am 5. Juli im Haus der Wirtschaft in Stuttgart zu unserem Landespsychotherapeutentag begrüßen dürften.

Mit den besten Grüßen

*Ihr Kammervorstand
Dietrich Munz, Martin Klett,
Kristiane Göpel, Birgitt Lackus-Reitter,
Heinz-Jürgen Pitzing*

15. Vertreterversammlung der LPK am 08.03.2008

Nach dem Bericht über die Aktivitäten des Kammervorstandes wurde von einem Mitglied der Vertreterversammlung kritisiert, dass sich die Kammer zu sehr in sozialrechtlichen Angelegenheiten engagieren würde und diese nicht ihre Aufgabe sei. Hierzu erklärte der Kammerpräsident, dass die Kammer es als ihre Aufgabe ansieht, bei Anfragen zu prüfen, ob in Verträgen zur integrierten Versorgung oder anderen Verträgen mit Krankenkassen berufsrechtliche Belange berührt sind. Sollten hier Zweifel bestehen, sieht der Kammervorstand seine Aufgabe darin, dies zu klären und im Zweifelsfall mit den Vertragspartnern Kontakt aufzunehmen.

Im weiteren Verlauf der Vertreterversammlung erhielt der Ausschuss „Ambulante Versorgung“ den Auftrag, auf der Basis der nach dem WSG möglichen Praxismodelle und Kooperationsformen für Psychotherapeuten Informationen zu erarbeiten, inwieweit Kammergesetze und Kammerordnungen, vor allem die Berufsordnung, Berücksichtigung finden müssen.

Der Vorstand berichtete nochmals ausführlich über die Unterschlagungen durch

die frühere Buchhalterin. Zwischenzeitlich wurde gerichtlich festgestellt, dass die frühere Buchhalterin in vollem Umfang für die falschen Verfügungen zu haften und diese zurückzahlen hat. In einer ausführlichen und teilweise heftigen Diskussion wurde nochmals die Verantwortung des Kammervorstandes ausführlich erörtert.

Nachwahl für die Rechnungs-führung

Nach dem Rücktritt der Rechnungsführerin, Renate Hannak-Zeltner, wurde Jürgen Pitzing als neuer Rechnungsführer gewählt. Im Haushaltsausschuss wurde Klaus Häberle zum Vorsitzenden, Dr. Bernd Rothenberger zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Ute Steglich bleibt weiterhin Mitglied des Haushaltsausschusses. Der Vorstand dankt Frau Hannak-Zeltner für ihr Engagement. Besonderer Dank gebührt Frau Steglich, die das Amt der Vorsitzenden des Haushaltsausschusses seit Kammergründung wahrgenommen hat und weiterhin im Ausschuss mitarbeiten wird. Harald Massing danken wir für seine Mitarbeit im Haushaltsausschuss, aus persönlichen Gründen musste er diese beenden.

Beitragsfreie freiwillige Mitgliedschaft der Psychotherapeuten während der Ausbildung

Die Vertreterversammlung bestätigte ihren früheren Beschluss, dass Psychotherapeuten in Ausbildung, die freiwillige Kammermitglieder sind, keinen Kammerbeitrag zu entrichten haben, durch eine Änderung der Umlageordnung.

Umfrage zur Umlageordnung

Nachdem die notwendige Änderung der Umlageordnung wieder auf der Tagesordnung war, beschloss die Vertreterversammlung nach Vorschlag des Haushaltsausschusses und des Vorstands, eine Kommission zu beauftragen, eine Mitgliederumfrage zu den beiden Umlagemodellen durchzuführen. Das Ergebnis der Umfrage, die Ende April allen Kammermitgliedern zuging, ist auf der Homepage der Kammer veröffentlicht. Die Umfrage soll für die Vertreterversammlung im Oktober den Delegierten eine Orientierung für ihre Entscheidung geben. Für Ihre Rückmeldungen und Voten bedanken wir uns.

Jürgen Pitzing – als Rechnungsführer neu gewähltes Vorstandsmitglied der LPK

Heinz-Jürgen Pitzing, geb. 1952 in Hamm/Westfalen, ist Psychologischer Psychotherapeut und seit 2006 Mitglied der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. Er studierte von 1980–1987 Diplompsychologie an der Technischen Universität Berlin. Hans-Jürgen Pitzing ist seit 2000 Leiter der Psychotherapeutischen Ambulanz für Sexualstraftäter im Verein Bewährungshilfe Stuttgart e.V. 1990–2000 war er Leiter von Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen für Drogenabhängige in Berlin und Baden-Württemberg, davor als Diplom-Psychologe in diversen Beratungsstellen in Kinder- und Jugendeinrichtungen in Berlin tätig. Weitere berufliche/therapeutische Qualifikationen: seit 1994 hat er die Anerkennung als Verhaltenstherapeut (DGVT), seit 1995 die Anerkennung als Supervisor BDP, seit 1999 die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut. 1999 machte er

darüber hinaus den Abschluss „Sozialwirt“ an der FH Esslingen, 2000 folgte die Eintragung in das Arzt (Psychotherapeuten-)register der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg – Fachkundenachweis Psychologischer Psychotherapeut. Verbandszugehörigkeit: DGVT seit 1984.

Sein soziales und berufspolitisches Engagement: 1989–1992 Reaktionsmitglied der Fachzeitschrift „Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (VPP)“ der DGVT in Tübingen, 1991–1994 Vorstand im „Therapladen – Verein zur sozialen und psychotherapeutischen Betreuung Suchtmittelgefährdeter e.V.“ Berlin. Seit 2001 Mitglied im Ausschuss „Psychotherapeuten in Institutionen“ der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

Heinz-Jürgen Pitzings Interessenschwerpunkte liegen in den Bereichen Qualitäts-



sicherung, Sozialmanagement, Vernetzung von sozialen Einrichtungen und staatlichen Institutionen, Psychotherapie von Straffälligen und Suchtpatienten.

10 Jahre Psychotherapeutengesetz – Landespsychotherapeutentag zu Perspektiven der Psychotherapie am 05. Juli 2008

PROGRAMM

10 Jahre Psychotherapeutengesetz – Perspektiven der psychotherapeutischen Versorgung

Samstag, 05.07.2007 – Haus der Wirtschaft, 70174 Stuttgart, Willy-Bleicher-Str. 19

- 9.15 **Begrüßung**
Dr. *Dietrich Munz*, Präsident der LPK Baden-Württemberg
- 9.30 **Grußwort**
Dr. *Monika Stolz*, Sozialministerin Baden-Württemberg
- 9.45 **10 Jahre Psychotherapeutengesetz – Rück- und Ausblick**
Dieter Best, Bundesvorsitzender Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, Mitglied Beratender Fachausschuss PT
- 10.15 **Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Risiken/Chancen für die Psychotherapie**
Dipl.-Psych. *Jürgen Hardt*, Präsident der PTK Hessen
- 10.45 **Diskussion**
- 11.00 **Kaffeepause**
- 11.30 **Podiumsdiskussion „Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung“**
mit *Andreas Vogt* (Techniker Krankenkasse), *Birgit Bender* (Bündnis 90/Die Grünen), *Rudi Bittner* (Kassenärztliche Vereinigung), *Harald Rau* (stationäre psychotherapeutische Versorgung), *Jürgen Doeber* (niedergelassene Psychotherapeuten) und *Jürgen Merz* (Beratungsstellen)
- 13.15 **Mittagspause (Essensmöglichkeit im Haus der Wirtschaft)**
- 14.30 **Workshops 1-9**
W1: Quo vadis Psychotherapeutenausbildung? (Loetz/Ruggaber)
W2: Neue Vertragsformen: Basiswissen und Umsetzung (Wachendorf)
W3: Mediensucht (Göpel)
W4: Frühe Hilfen, Modellprojekte, Prävention (Böttinger)
W5: Schnittstellen der Versorgung: KJ – Jugendhilfe (Reisch)
W6: Suchtbehandlung als mehrsäuliges Versorgungssystem (Müller-Mohnsen)
W7: Psychotherapie in der Reha – Modelle (Schmucker)
W8: Zulassungsverfahren: Berufs- und Sozialrecht (Santos-Dodt)
W9: Psychotherapeutische Versorgungsforschung (Nübling).
- ca. 16.30 **Ende**

vor allem Ausblick zum PTG und Jürgen Hardt geht auf die Folgen der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens und deren Risiken und Chancen für die Psychotherapie ein. Daran anschließend wird sich eine Podiumsdiskussion, durch die der Medizinjournalist Torsten Hoffmann leiten wird. Als Teilnehmer an der Podiumsdiskussion konnten gewonnen werden: Andreas Vogt (Leiter Techniker Krankenkasse Baden-Württemberg), Birgit Bender (Bündnis 90/Die Grünen, MdB, Mitglied im Ausschuss Gesundheit), Rudi Bittner (Kassenärztliche Vereinigung Bayern), Harald Rau (stationäre psychotherapeutische Versorgung), Jürgen Doeber (niedergelassene Psychotherapeuten) und Thomas Merz (Beratungsstellen). Thema der Podiumsdiskussion: „Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung“.

Für den Nachmittag sind darüber hinaus 9 Workshops zu folgenden Themenbereichen vorgesehen: Quo vadis Psychotherapeutenausbildung? (Loetz/Ruggaber); Neue Vertragsformen: Basiswissen und Umsetzung (Wachendorf); Mediensucht (Göpel); Frühe Hilfen, Modellprojekte, Prävention (Böttinger); Schnittstellen der Versorgung: KJ – Jugendhilfe (Reisch); Suchtbehandlung als mehrsäuliges Versorgungssystem (Müller-Mohnsen); Psychotherapie in der Reha – Modelle (Schmucker); Zulassungsverfahren: Berufs- und Sozialrecht (Santos-Dodt) und Psychotherapeutische Versorgungsforschung (Nübling).

Allen Mitgliedern der LPK Baden-Württemberg ging das Programm auf dem Postweg zu. Sie finden es darüber hinaus zum downloaden auf der Kammerhomepage.

Wie mehrfach berichtet, beschäftigt sich der diesjährige Landespsychotherapeutentag mit dem 10jährigen Bestehen des Psychotherapeutengesetzes (PTG), vor allem mit den aus heutiger Sicht möglichen Zukunftsperspektiven. Eröffnet wird

er von der baden-württembergischen Sozialministerin Monika Stolz. In einem ersten Impulsreferat gibt Dieter Best (Bundesvorsitzender Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, Mitglied Beratender Fachausschuss Psychotherapie) einen Rück- und

GEK-Report 2007 mit Schwerpunkt ambulante Psychotherapie – Massive Kritik

Ende November 2007 hatte die Gmünder Ersatzkasse (GEK) ihren jährlichen Bericht zur ambulanzärztlichen Versorgung vorgestellt. Schwerpunkt des so genannten GEK-Reports war in diesem Jahr die psychotherapeutische Versorgung. Die LPK Baden-Württemberg hat hierzu eine Stellungnahme veröffentlicht (zu finden auf der Kammerhomepage www.lpk-bw.de unter Aktuelles vom 4.3.2008 sowie im Newsletter 1/2008; hier Auszüge).

Im GEK-Bericht wurden die Daten von etwa 1,5 Millionen Versicherten der GEK

einer umfassenden Analyse unterzogen. Mit der Auswertung betraut wurde das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) in Hannover, das von Professor Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz, ehemals Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheitswesen,

geleitet wird. Unter der Überschrift „Bei Arztbesuchen ist Deutschland Weltmeister – Extremes Anstieg der ambulanten Psychotherapien – Zweifel an ihrer Wirksamkeit“ hebt die GEK in ihrer Presseerklärung hervor, dass im Zeitraum von 2000 bis 2006 die Zahl der mit ambulanter Psychotherapie behandelten Patienten um 61% gestiegen sei. Darüber hinaus zeigten die Daten, so die GEK, keine deutlich nachweisbaren positiven Wirkungen von Psychotherapie. Gefordert werden „vertiefende Untersuchungen zur Wirksamkeit von Kurz- und Langzeitpsychotherapie in der alltäglichen Versorgung“.

Der Bericht untersucht im Schwerpunktbereich Psychotherapie vor allem die Inanspruchnahmedaten aller 20–69jährigen Versicherten hinsichtlich medizinischer Leistungen vor und nach erst- und einmaliger Genehmigung einer Psychotherapie. Hauptkriterium für die Abschätzung des Behandlungsergebnisses ist die Quantität der Arztkontakte im Verlauf von 14 Quartalen (5 vor und 9 nach Bewilligung). Die Studie und v.a. die Interpretation der Ergebnisse hat weit reichende, teils heftige Reaktionen, u. a. der Psychotherapeutenverbände (z. B. bwvp, DPTV, vpp) hervorgerufen. Die wichtigsten Kritikpunkte aus Sicht der LPK Baden-Württemberg:

Kritikpunkt Bedarf/Versorgung: der Anstieg von 61% ist marginal. Der Anteil der GEK-Versicherten mit Psychotherapie stieg von 0,55 auf 0,88%. Dies bedeutet, dass nur knapp ein 1/10 der psychisch kranken Versicherten eine fachlich notwendige psychotherapeutische Behandlung erhält. *Kritikpunkt Kurztherapien:* der Bericht untersucht v.a. Kurztherapien (max. 25 Stunden). Dies entspricht nicht der Versorgungssituation, in der 25-stündige Kurztherapien eher die Ausnahme darstellen. Es muss u. a. infrage gestellt werden, welche Effekte von solchen kurzen Therapien überhaupt erwartet werden können. *Kritikpunkt unzureichende Vergleichsgruppe:* es werden keine Patienten mit der gleichen krisenhaften Zuspitzung herangezogen, und es wird nicht diskutiert, wie der Verlauf der PT-Patienten ohne Intervention aussehen würde. *Kritikpunkt Berücksichtigung Ergebnisse der Psychotherapieforschung:* die Befundlage aus über 50 Jahren Psychotherapieforschung wird schlicht ignoriert. *Kritikpunkt Stichprobe:* obwohl die GEK nur ca. 2% der Bevölkerung versichert, schließt der Bericht auf die bundesdeutsche Bevölkerung. Es werden keine Repräsentativitätsanalysen durchgeführt. *Kritikpunkt Ergebniskriterium:* die Studie verwendet v.a. ein einziges Ergebniskriterium. Andere Ergebniskriterien, weder weitere gesundheitsökonomische noch

störungs- bzw. klinisch relevante, werden einbezogen, die Kriterienproblematik nicht einmal diskutiert. *Kritikpunkt Gesundheitsökonomie:* vorliegende gesundheitsökonomische Analysen weisen für Psychotherapie auf ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis bzw. einen hohen „Return of Investment“ hin, d. h. es besteht ein erheblicher gesundheitsökonomischer Nutzen. Dies wird im GEK-Bericht nicht zu Kenntnis genommen. *Kritikpunkt Opportunitätskosten bei Nicht- oder Falschbehandlung:* es ist bekannt, dass im Verlauf psychischer Erkrankungen somatische Fehlbehandlungen eine nicht unwesentliche Rolle spielen. Die mittlere Chronifizierungsdauer, bis eine psychische Erkrankung erkannt und adäquat behandelt werden kann, beträgt nach wie vor 5–7 Jahre. Dabei erhält nur ein kleiner Teil der Bedürftigen eine geeignete psychotherapeutische Behandlung. Europaweit muss mit ca. 300 Mrd. Euro gesellschaftliche Gesamtkosten für psychische Erkrankungen ausgegangen werden, was darauf hinweist, in welchen Dimensionen sich Opportunitätskosten bewegen können.

Ausdrücklich unterstützt wird von der LPK die Auffassung des GEK-Reports, dass eine fundierte und umfangreiche Versorgungsforschung auch im Bereich der Psychotherapie auf den Weg zu bringen ist.

Jugendliches Komatrinken – Landtagsanhörung – SWR1-Interview mit Martin Klett

Mitte Februar wurde von der CDU Landtagsfraktion Baden-Württemberg ein Expertenhearing zum Thema Jugendalkoholismus – insbesondere zu dessen Einschränkungsmöglichkeiten durch nächtliche Alkoholverkaufsverbote an Tankstellen – durchgeführt, zu der auch die LPK geladen war. Die Kammer wurde dabei durch Vizepräsident Martin Klett, in Freiburg praktizierender analytischer Kinder- und Jugendlichentherapeut, vertre-

ten. Die Anhörung hatte ein großes Presseecho zur Folge, wie Sie den Meldungen in der regionalen Tagespresse entnehmen konnten. Im Radio wurde u. a. auch eine Sendung des SWR ausgestrahlt, zu der auch Martin Klett interviewt wurde. Den Wortlaut des in Auszügen gesendeten Interviews finden Sie im Kammernewsletter 01/2008, auf der Kammerhomepage können Sie darüber hinaus auch die Sendung im mp3-Format herunterladen. Dort

finden Sie zudem auch weitere Infos und Presseberichte zur Anhörung.

Geschäftsstelle

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

12. Delegiertenversammlung am 10. April 2008 in München

Die Delegiertenversammlung des Frühjahres 2008 stand erneut ganz im Zeichen der Zukunft unserer Berufe. Die Delegierten beschäftigten sich unter der Versammlungsleitung von Klemens Funk und seiner Stellvertreterin, Ellen Bruckmayer, mit den Auswirkungen europarechtlicher und nationaler politischer Entwicklungen auf die strukturelle und finanzielle Situation der Psychotherapie.

Dr. Nikolaus Melcop, Präsident der PTK Bayern, verwies in seinem Bericht über die Arbeit des Vorstands auf die Chancen der derzeitigen Unruhe in der politischen Szene in Bayern. Die Ergebnisse der Kommunalwahlen und die bevorstehende Landtagswahl haben gesundheitspolitische Themen in den Fokus gerückt. Es ist gerade jetzt eine besondere Offenheit der bayerischen Politiker für die Anliegen der Interessenvertreter im Gesundheitssystem zu erkennen.

Die PTK Bayern positioniert sich in diesem Umfeld eindeutig für die Interessen der Psychotherapeut/inn/en und die Sicherung der psychotherapeutischen Versorgung. Vornehmliche Ziele sind dabei die Orientierung und Stütze für unsere Mitglieder, die Beeinflussung von politischen Entscheidungsträgern, die selbstbestimmte Mitwirkung in neu entstehenden Strukturen, namentlich z.B. Beteiligung an Formen Integrierter Versorgung oder Netzen bzw. Einflussnahme auf deren Ausgestaltung.

Neben der Berichterstattung in Mitgliederbriefen, PTJ und Homepage werden die Positionen der Kammer auch durch Stellungnahmen gegenüber Minis-

terien bzw. der BPTk und durch persönliche Kontakte / Lobbyarbeit vertreten (z.B. in Gesprächen mit Ministerpräsident Beckstein, Finanzminister und CSU-Vorsitzendem Huber, Gesundheitsminister Bernhard, bayerischen Bundestagsabgeordneten, Vertretern von KV und Krankenkassen sowie Kontakten zu den relevanten Parteien).

Die Kammer übernimmt darüber hinaus weiterhin konkrete Verantwortung in vielfältigen Problem- und Zukunftsfeldern. Nikolaus Melcop verwies z.B. auf die ausgebuchten und geplanten Veranstaltungen der Kammer zu den Themen Palliativversorgung, Ältere Menschen, Sucht, Kinder krebserkrankter Eltern, Prävention u.a.m.

Anlässlich der durch eine Studie der PTK Bayern erneut belegten Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen engagiert sich die PTK Bayern zudem stark für die Versorgung dieser Patientengruppe.

Ein weiterer Schwerpunkt der Kammerarbeit liegt auf der gezielten Förderung des Psychotherapeutennachwuchses. Dabei stellte N. Melcop die Bemühungen der Kammer dar, dem drohenden Nachwuchsmangel im Rahmen der Umsetzung des sog. „Bologna-Prozesses“ gezielt entgegenzuwirken. Es besteht dabei ein enger



Foto: Dr. Nikolaus Melcop

Kontakt der PTK Bayern zu den Ausbildungsteilnehmer/innen, Ausbildungsinstituten und Hochschulen.

Dr. Melcop stellte zudem die Arbeit der Kammer auf den Gebieten Fortbildung, Berufsordnung, Veranstaltungen, Länderrat, Psychotherapeutenjournal, Versorgungswerk und bei Fragen der Anerkennung neuer Therapieverfahren (systemische Familientherapie, Gesprächspsychotherapie) vor.

Ausführlich berichtete er auch über die Vorbereitungen der Kammer anlässlich der Einführung der geplanten elektronischen Ausweise im Gesundheitssystem, namentlich der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) als funktionaler Erweiterung der bisherigen Krankenversichertenkarte und dem Heilberufenausweis (HBA).

Zum Abschluss des Vorstandsberichts machte Nikolaus Melcop noch besonders auf den 3. Landespsychotherapeutentag am 11. Oktober aufmerksam, zu dem alle Mitglieder ganz herzlich eingeladen sind.



Foto: Die 12. Delegiertenversammlung während einer Abstimmung.

Resolutionen zu Gesundheitspolitik und Studienreform

Nach ausführlicher Diskussion verabschiedete die Delegiertenversammlung einstimmig zwei Resolutionen.

Eine Resolution bezieht sich auf die aktuell in Bayern und bundesweit diskutierten Themen im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform. Anlass war die breite Diskussion darüber in den bayerischen Medien und mit Politikern im Vorfeld des Landtagswahlkampfes. Die PTK Bayern setzt sich dafür ein, dass Psychotherapie als unverzichtbarer Teil einer flächendeckenden Grundversorgung mit Erstzugangsrecht der Patienten gefördert wird und dies gerade auch bei der Etablierung neuer Versorgungs- und Vertragsmodelle. Im Hinblick auf die Bezahlung von Psychotherapeuten, die derzeit weit unter dem Niveau vergleichbarer Leistungserbringer liegt, hat sowohl in der Vergütungsstruktur der ambulanten Versorgung als auch bei der Eingruppierung angestellter Psychotherapeuten eine deutliche Verbesserung zu erfolgen.

Eine zweite Resolution zur Studienreform wurde anlässlich der aktuell inneruniversitär stattfindenden Festlegungen bzgl. Masterstudiengängen verabschiedet, um die Einplanung ausreichender Kapazitäten an Master-Studienplätzen mit Schwerpunkt Klinische Psychologie durch die Universitäten anzumahnen.

Kommentar zu den „Perspektiven 2011“ der BPTK

Anlässlich der bevorstehenden Herausforderungen für unsere Berufe sind die Entwicklungen auf Bundesebene von erheblicher Bedeutung. Der Präsident der

Bundespsychotherapeutenkammer, Prof. Dr. Rainer Richter, stellte der Delegiertenversammlung als Gastredner den Stand der Perspektivenplanung der BPTK bis 2011 vor, woraufhin eine breite Diskussion des Perspektivenpapiers der BPTK durch die Delegierten folgte.

Im Ergebnis stimmte die Delegiertenversammlung einer vom Vorstand der PTK Bayern vorgelegten und um einige Beiträ-



Foto: Prof. Dr. Rainer Richter

ge aus der Delegiertenversammlung ergänzten Stellungnahme zu diesem Papier der BPTK ohne Gegenstimme zu. Diese Stellungnahme finden Sie im geschützten Mitgliederbereich unserer Homepage.

Jahresabschluss, Ausschüsse, Vertreter der PiA

Vizepräsident Peter Lehndorfer stellte ausführlich den Jahresabschluss 2007 vor. Dieser war von Vorstand und Finanzausschuss jeweils einstimmig angenommen worden. Die auf freiwilliger Basis in Auftrag gegebene Prüfung des Abschlusses durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ergab wie in den Jahren zuvor keine Einwendun-

gen. Nach der anschließenden Diskussion und einer Stellungnahme durch Rudolf Bittner für den Finanzausschuss wurde der Jahresabschluss 2007 durch die Delegiertenversammlung angenommen und der Vorstand entlastet.

Anschließend folgten die Berichte aus den übrigen regelmäßig tagenden Ausschüssen der Kammer für Aus-, Fort- und Weiterbildung (Klemens Funk), für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Silke von der Heyde) sowie Psychotherapie in Institutionen (Dr. Peter Dillig).

Zum Abschluss informierten die satzungsgemäßen Vertreter der Psychotherapeut/inn/en in Ausbildung (Frank Mutert), der Ausbildungsinstitute (Susanne Färber) und Hochschulen (Prof.

Dr. mult. Georg Hörmann) über ihre Tätigkeiten.

Expertenkommission und -hearing des Sozialministeriums

Das bay. Sozialministerium richtete in Folge der Proteste des bay. Hausärzterverbandes ein Expertenforum zur Zukunft der ambulanten Versorgung ein, das zwischenzeitlich dreimal tagte. Als Leiter wurde der Bundesverfassungsrichter a.D. Prof. em. Dr. Udo Steiner berufen. Teilnehmer sind: Spitzenvertreter vom Sozialministe-

rium (Ministerin, Staatssekretärin, lfd. Beamte), Politiker verschiedener Parteien, mehrere Vertreter der bay. Krankenkassen, KV-Vorstand, Bay. Ärztekammer, PTK Bayern, Hausarzt- und Facharztvertreter. Die Kommission sucht nach Möglichkeiten, die Arbeits- und Vergütungssituation der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeut/inn/en transparenter zu machen und zu verbessern. Weiterhin veranstaltete das Sozialministerium in Zusammenarbeit mit der Expertenkommission auch am 30. April ein „Expertenhearing“, bei dem niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, die sich direkt mit Anliegen an das Sozialministerium gewandt hatten, Gelegenheit hatten, der Sozialministerin und den anwesenden führenden Vertretern des Gesundheitswesens ihre Probleme und Sorgen vorzutragen.

Krankenkassen bekräftigen Bedeutung der flächendeckenden psychotherapeutischen Versorgung

Die Kammer hatte bei unterschiedlichen Anlässen Gelegenheit, sich mit Vertretern von Krankenkassen über die aktuelle gesundheitspolitische Situation und insbesondere über die Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung in Bayern vertieft auszutauschen. Insbesondere fanden Gespräche mit Vertretern der Landesvertretungen der AOK, der Techniker Krankenkasse und von Betriebskrankenkassen statt. Sowohl die Vertreter der Kammer als auch der Kassen betonten, dass es in der ambulanten Versorgung keine Alternative zum Kollektivvertrag über die Kassenärztliche Vereinigung gäbe. Die Vertreter der Krankenkassen betonten übereinstimmend, dass sie großes Interesse an der Aufrechterhaltung und (bei Unterversorgung) auch dem gezielten Ausbau der flächendeckenden Versorgung mit Psychotherapie haben. Auch hochqualifizierte stationäre psychotherapeutische Angebote hätten einen sehr wichtigen Stellenwert. Angesichts der enormen Umstrukturierungen und unsicheren Einnahmesituation der Kassen betonten deren Vertreter, dass sie derzeit keine differenzierten Aussagen zum kom-

menden Jahr und weiteren Planungen machen könnten.

PTK Bayern unterstützt Aktion „Gesundheitsfonds – So nicht!“

Die Kammer unterstützt zusammen mit den anderen Heilberufekammern in Bayern und Baden-Württemberg und weiteren Institutionen die am 7. Mai durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) gestartete Initiative „Gesundheitsfonds – So nicht!“. Ziel der umfassend angelegten Kampagne der KVB ist es, der Öffentlichkeit in Bayern die strukturellen Mängel des Gesundheitsfonds, der nach dem Willen der Bundesregierung am 1.1.2009 starten soll, eindringlich bewusst zu machen und vor dem Hintergrund der bevorstehenden Landtags- bzw. Bundestagswahl den Start des Gesundheitsfonds in der derzeitigen Form zu verhindern. Auf dieser Plattform werden nun auch die psychotherapeutischen Anliegen im Gesundheitssystem in Bayern vertreten.

Gerade die von der PTK Bayern verfolgten Ziele der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und der angemessenen Bezahlung von Psychotherapeuten werden durch die Einführung des Gesundheitsfonds und des zeitgleich startenden sog. morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) torpediert. Neben den für die bayerischen Leistungserbringer zu erwartenden Mittelabflüssen mit den entsprechenden Folgen für die Versorgung sieht die Kammer eine gravierende Fehlsteuerung darin, dass der Wettbewerb der Krankenkassen nach dem System des Gesundheitsfonds sehr stark darauf beschränkt wird, ob eine Krankenkasse Zusatzbeiträge erheben muss oder nicht. Es wird kaum noch Spielräume geben, regional strukturierte Programme zu fördern, wie dies bisher auch im Bereich der Psychotherapie in Bayern z.B. über Strukturverträge teilweise vorbildlich der Fall war.

Es konnte über Stellungnahmen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) zwar erreicht werden, dass auch einige psychische Erkrankungen im Rahmen des Morbi-RSA Berücksichtigung finden werden.

Die Kassen werden jedoch trotzdem zur Vermeidung von Zusatzbeiträgen auch bei den berücksichtigungsfähigen Krankheiten höhere Ausgaben und Investitionen scheuen, obwohl solche zum Abbau bestehender Unterversorgungen im Bereich der Psychotherapie dringend erforderlich wären.

Die PTK Bayern unterstützt daher nachdrücklich die Bemühungen dieser Kampagne, den Gesundheitsfonds in der derzeit geplanten Ausgestaltung noch zu stoppen.

Initiativen zur Nachwuchsförderung PP / KJP

Der sog. „Bologna-Prozess“ ist in vollem Gange und die geplanten Veränderungen der Studiengänge berühren uns als Kammer insofern, als wir fürchten müssen, dass es nicht mehr genügend entsprechend qualifizierte Hochschulabgänger geben wird, um die psychotherapeutische Versorgung durch PP/KJP in Zukunft zu sichern.

Aus den bayerischen Universitätsinstituten für Psychologie haben wir erfahren, dass nach dem jetzigen Stand der Planungen für die Zukunft nicht die gleiche Zahl an Masterabsolventen zu erwarten ist, die zuvor für die Diplomstudienplätze vorgesehen war. Zudem wird zukünftig, im Unterschied zur früheren Rahmenprüfungsordnung in Psychologie, keineswegs jeder Psychologie-Masterabsolvent einen Studienschwerpunkt Klinische Psychologie belegen. Bereits heute ist die Zahl der bayerischen Diplomabsolventen in Psychologie nicht ausreichend, um genügend „Nachwuchs“ für unsere Berufsgruppe sicher zu stellen, wie wir anhand unserer Mitgliederstatistik und der Altersverteilung der Mitglieder feststellen müssen.

Bei einer zu befürchtenden ähnlichen Entwicklung in den anderen Bundesländern wird nach Umsetzung des „Bologna-Prozesses“ die Zahl an Studienabsolventen in Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie voraussichtlich nicht ausreichen, um die Zahl der Berufsangehörigen mindestens konstant halten zu können.

Nachdem die Kammer bereits im letzten Jahr Kontakt zur Landespolitik mit dem Ziel aufgenommen hatte, dass die Schaffung der erforderlichen Kapazitäten von dieser Seite unterstützt wird, haben wir uns nun auch direkt an die Universitätsleitungen gewandt, damit diese sich vor Ort dafür einsetzen, die Zahl der psychologi-

schen Masterstudienplätze, in denen der Schwerpunkt Klinische Psychologie belegt werden kann, in der Zahl der früheren Diplompsychologiestudienplätze zu erhalten. Angesichts der guten Berufsaussichten für die Absolventen wäre aus unserer Sicht ein Ausbau der Studienplätze wünschenswert.

Dieses Thema war auch ein wesentlicher Anlass eines Treffens der PTK Bayern mit den Hochschullehrer/innen aus Studiengängen der „Zugangsberufe“ für die Psychotherapieausbildung am 12. Juni in der Kammergeschäftsstelle, zu dem auch Vertreter der zuständigen Ministerien eingeladen waren. Ein Bericht wird im nächsten PTJ folgen.

Kurznachrichten

Termin bei Gesundheitsminister Dr. Bernhard

Bei einem Termin im Gesundheitsministerium mit Staatsminister Dr. Ottmar Bernhard und leitenden Beamten wurden Möglichkeiten zur Zusammenarbeit bei der Thematik Prävention psychischer Störungen und die Situation der Psychotherapeut/inn/en in Bayern einschl. der Nachwuchsproblematik besprochen. Dabei wurde dem Minister auch die aktuelle PTK-Studie zur Psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Bayern übergeben, die belegt, dass nur etwa die Hälfte der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen einen Behandlungsplatz findet.

PiA-Treffen mit Wahlen in der Kammer

Am 2. April fand in der Kammergeschäftsstelle das vierte Treffen der Sprecher der Ausbildungsteilnehmer (PiA) statt. Bei diesem Treffen informierten die Vertreter der PiA in der Kammer-DV über ihre zurückliegende Arbeit und die PiA-Bundeskonferenz (Sprecher Frank Mutert). Bei den Wahlen für die PiA-Vertreter wurden die bisherigen Vertreter wieder gewählt (Sprecher: Frank Mutert, Stellvertreterinnen Michaela Erger und Britta Herrmann).

Psychotherapie mit älteren Menschen – Fortbildung

Am 12. April veranstaltete die PTK Bayern in München die zweite Fortbildungsveranstaltung zum Thema Psychotherapie mit älteren Menschen. Prof. Susanne Zank (Universität Siegen) stellte in ihrem Vortrag die Besonderheiten der Psychotherapie im dritten und vierten Alter aus psychoanalytischer Sicht dar. Anschließend berichtete Prof. Gabriele Wilz (Berlin) über

Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten von pflegenden Angehörigen. Am Nachmittag beschrieb Prof. Martin Teising (Frankfurt/Main) in seinem Workshop psychotherapeutische Ansätze bei Suizidalität im Alter. Im Workshop von Dr. Käte Schüssel (Erlangen-Nürnberg) stand das Thema Gesprächsführung mit älteren Menschen im Mittelpunkt.

Suchtforum 2008

Am 23. April fand in München das 7. Suchtforum statt – eine Gemeinschaftsveranstaltung von PTK Bayern, Bayerische Akademie für Suchtfragen, Ärztekammer und Apothekerkammer. Diesmal standen unter dem Titel „Mann SUCHT Frau“ die geschlechtsspezifischen Aspekte von Sucht und Abhängigkeit zur Diskussion. Prof. Irmgard Vogt stellte den Aufbau von geschlechtsspezifischen Behandlungseinrichtungen dar. Chantal Mörsen berichtete über geschlechtsspezifische Verhaltenssüchte (Glücksspiel, Kaufsucht, Online-Sucht) und deren Behandlung. Dr. Thorsten Kienast beschrieb aus ärztlicher Sicht männerspezifische Süchte (Alkohol, Kokain, etc.), Matthias Bastigkeit ging aus Apothekersicht auf frauenspezifische Süchte (Medikamente etc.) ein. In der abschließenden Podiumsdiskussion zeigte sich ein besonders starkes Interesse der Veranstaltungsteilnehmer an Online- und Computersucht.

Stellungnahme zu einer Landtagspetition zur Zulassung von Familientherapie in der GKV

Die PTK Bayern äußert sich zu einer Landtagspetition eines Vaters einer Patientin mit Essstörung zur Zulassung von Familientherapie in der GKV. Neben einigen klarstellenden Ausführungen zum Sachstand, zur gesetzli-

chen Lage und zur laufenden Bewertung der systemischen Therapie durch den Wissenschaftlichen Beirat wird die Stellung der Familientherapie in der psychotherapeutischen Versorgung positiv kommentiert.

Zweites Symposium zur Palliativversorgung in Nürnberg gut besucht

Auch das zweite Symposium der PTK Bayern zur Palliativversorgung am 15. März in Nürnberg stieß auf großes Interesse der Mitglieder. In Vorträgen und Workshops wurden unterschiedliche Aspekte der psychotherapeutischen und der medizinischen Versorgung im Palliativbereich dargestellt.

Teilnahme an regionalen Kinderschutzkonferenzen

Die in Bayern vom Sozialministerium ins Leben gerufenen Kinderschutzkonferenzen dienen der stärkeren Vernetzung unterschiedlicher Hilfsangebote vor Ort. Auf diesen Konferenzen an unterschiedlichen Orten in Bayern werden regionale Projekte vorgestellt, die sich dem Kinderschutz verschrieben haben. Das Motto lautet: Kinderschutz braucht starke Netze.

Vorstand der Kammer:

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

Geschäftsstelle

80336 München, St.-Paul-Str. 9
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

Fortbildungsveranstaltungen der PTK Bayern

3. Bayerischer Landespsychotherapeutentag am 11. Oktober 2008

in München, Technische Universität, Arcisstraße 21

„Schneller, billiger, transparenter...!? – Ansprüche an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der globalisierten Moderne“

Schneller, billiger, transparenter – die Veranstaltung greift den aktuellen Zeitgeist auf, den Druck zunehmender Ökonomisierung, Beschleunigung und Effizienzsteigerung. Auch an Psychotherapeut/inn/en werden diese Ansprüche herangetragen. Sind diese Tendenzen für unsere Arbeit hilfreich – oder besonders gefährlich?

Aus psychotherapeutischer, sozialwissenschaftlicher und biologischer Perspektive werden diese Themen beleuchtet und aus Sicht der Psychotherapeut/inn/en diskutiert. Kann die Gratwanderung zwischen individueller Psychotherapie und Effizienz gelingen? Taugt unser Gehirn für schnelle Psychotherapie-Effekte? Was schlagen aktuelle Normierungen und Leitlinien vor? Wie viel Psychotherapie, wie viel Zeit darf bei psychischen Problemen erlaubt sein? Können und sollen Behandlungen normiert, im Verlauf extern kontrolliert und durch Technik wie das Internet unterstützt werden - oder drohen gläserner Patient und Therapeut? Wann „muss ein Patient wieder gesund“ sein?

**Buchung bis zum 30. Juni 2008: 80,-- Euro, danach 100,-- Euro;
Psychotherapeuten in Ausbildung und Studenten zahlen die Hälfte.
Für die Veranstaltung werden 7 Fortbildungspunkte anerkannt.**

Zu allen Veranstaltungen finden Sie weitere Informationen, Programme und Anmeldeformulare auf unserer Homepage: www.ptk-bayern.de

Kinder krebskranker Eltern am 5. Juli 2008

Klinikum der Universität München,
Campus Großhadern, Hörsaal VIII

Eine gemeinsame Fachtagung von Lebensmut e.V., LMU Klinikum und PTK Bayern zu Themen wie Perspektiven seelischer Gesundheitsvorsorge, aktuelle Forschungsergebnisse, ambulante psychotherapeutische Betreuung von Kindern krebskranker Eltern.

**Für die Veranstaltung werden 3
Fortbildungspunkte anerkannt.**

Psychotherapeut/inn/en in Behandlung und Prävention von Süchten am 12. Juli 2008

in München, LMU, Hauptgebäude,
Geschwister-Scholl-Platz 1

Vorträge und Workshops über Präventionsansätze zur Behandlung von Suchtkranken und neue Behandlungsmethoden.

**Gebühr: 100,-- Euro
Für die Veranstaltung werden 8
Fortbildungspunkte anerkannt.**

1. Tag der Heilberufe in Bayern am 23. Juli 2008

in München, Hörsaal Physiologie, Pettenkoferstr. 14

Vor der Landtagswahl im September 2008 stellen die Heilberufekammern Bayerns gemeinsam die Aussagen der Parteien zum Gesundheitsstandort Bayern im Rahmen einer Podiumsdiskussion mit hochrangigen Vertretern der Politik auf den Prüfstand. Neben den Aussagen zur Gesundheitspolitik und hier insbesondere zur Zukunft der flächendeckenden Versorgung soll auch über die beruflichen Perspektiven der Heilberufe diskutiert werden.

Wir würden uns freuen, wenn Sie an der Diskussion teilnehmen würden und laden Sie herzlich ein, diese kostenlose Veranstaltung zu besuchen!

Neu im Fortbildungskalender

Seit kurzem können Sie gezielt nach akkreditierten Veranstaltern suchen.



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Aufgabe – Verkauf – Fortführung – Nachfolge – ... einer KV-Praxis: das sind Fragen, die die Berliner Psychotherapeutenkammer und ihre Mitglieder zurzeit und in den kommenden Jahren bewegen. Egal welcher Begriff verwendet wird, die damit verbundenen inhaltlichen Aspekte und Fragestellungen sind meist identisch. 47% der Berliner Kammermitglieder sind 55 Jahre und älter. 43,5% sind zwischen 55 und 67 Jahren. Unterstellt, dass sich diese Verhältniszahlen etwa auch bei den KV-zugelassenen Mitgliedern widerspiegeln, könnten in den nächsten 10 bis 12 Jahren über 500 Praxisitze frei werden. Wird der Praxisausstieg nicht von langer Hand geplant und strukturiert, kann es passieren, dass keineswegs all diese Sitze wieder vergeben werden. Die Praxisaufgabe ist insofern nicht nur wegen der großen Zahl der betroffenen Kolleg/-innen, sondern auch unter dem Aspekt der zukünftigen Patientenversorgung von ganz erheblicher Relevanz.

Wesentliches zu den rechtlichen Rahmenbedingungen und unterschiedlichen Gestaltungsmöglichkeiten einer Praxisabgabe wurde von den Rechtsanwältinnen Fr. Dr. Uta Rüping und Frau Soffner im PTJ 1/2008 (S. 12 ff) anschaulich dargestellt. In den folgenden beiden Artikeln werden einige ergänzende berufspolitische und berufsrechtliche Erwägungen aus Sicht der Berliner Psychotherapeutenkammer dargestellt.

Einstieg in den Ausstieg – Zulassungsentziehungen vermeiden und psychotherapeutische Versorgung langfristig sichern

Jede in einem Richtlinienverfahren – analytisch, tiefenpsychologisch fundiert oder verhaltenstherapeutisch – ausgebildete Psychologische Psychotherapeutin¹, bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, begründete bis zum Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1.1.1999 ihren Praxissitz darin, dass sie im Delegationsverfahren mit einer Ärztin arbeitete.

De iure führte die Psychotherapeutin Behandlungen im Auftrag und unter Aufsicht einer Ärztin durch. Die damaligen psychotherapeutischen Praxen wurden analog den ärztlichen nach der Approbation und Eintragung in das Arztregister und der Zulassung durch den Zulassungsausschuss zu Praxissitzen. Psychologische Psychotherapeutinnen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) fielen

wie die ärztlichen Kolleginnen damit auch unter die Bedarfsplanung.

Die offenen Praxissitze mit 60% für PP und KJP und 40% für psychotherapeutisch tätige Ärztinnen² wurden seitens der PP und KJP relativ schnell besetzt. In der Konsequenz wird jetzt jeder abzugebende Praxissitz öffentlich ausgeschrieben und in der Regel gemäß Empfehlung der Praxisinhaberin die Nachfolgerin vom Zulassungsausschuss bestimmt.

Von Jahr zu Jahr wächst durch die steigende Zahl von Ausbildungsabsolventinnen bei gleichzeitiger Zulassungsbeschränkung die Nachfrage nach Praxissitzen. Damit ist in Berlin ein doppeltes Problem entstanden. Zum einen ist durch die wachsende Nachfrage nach Praxissitzen ein Markt entstanden, in dem die Preise für PT-Praxen

zum Teil in unangemessene Höhen getrieben wurden, zum anderen kann der psychotherapeutische Praxissitz wegfallen, wenn die abgebende Praxisinhaberin dem Zulassungsausschuss keine Nachfolgerin vorschlägt bzw. es sich um eine nichtfortführungsfähige Praxis handelt. Wir müssen uns beiden Problemen zuwenden. Wenn die Preise zu hoch sind, wird der nachfolgenden Generation der Einstieg in die freiberufliche Arbeit unmöglich gemacht, wenn Vertragspsychotherapeutinnensitze wegfallen, werden die Arbeitsmöglichkeiten für unsere Profession immer geringer und den Patientinnen wird ein gutes und effektives Behandlungsangebot sukzessive entzogen.

Wir müssen also in zwei Richtungen denken und handeln. Zum einen, wie der Verkauf einer psychotherapeutischen Praxis sachlich gerechtfertigt und fair vonstatten gehen kann, zum anderen, wie die psychotherapeutischen Kassenpraxen weitergeführt werden können. Beim Verkauf der psychotherapeutischen Praxis wird es darum gehen, den materiellen und immateriellen Wert angemessen zu berücksichtigen, da sich daraus der Verkaufspreis zusammensetzen soll. Das Thema Praxisverkauf wird in dem nachfolgenden Beitrag von Frau Struck ausführlich gewürdigt; ich wende mich deshalb dem zweiten Aspekt zu, der Weitergabe der psychotherapeutischen Praxen.

Weitergabe einer psychotherapeutischen Kassenpraxis: Die Berliner Psychotherapeutenkammer hat ein großes Interesse daran, dass die Kolleginnen,

1 Der besseren Lesbarkeit wegen benutze ich durchgehend die weibliche Form; die Ausführungen betreffen selbstverständlich auch Männer.

2 Ob diese Aufteilung von 60% für PP und KJPs und 40 % für Ärztinnen erhalten bleiben soll und wie sich ggf. ein Wegfall auf die Gesamtversorgung auswirken kann, wird derzeit kontrovers diskutiert.

die ihre Vertragspsychotherapeutinnenpraxis aufgeben, ihren Sitz nicht verfallen lassen, sondern ihn weitergeben. Dabei kann die Tatsache, dass hiermit auch Geld verdient wird, eventuell motivierend sein. Damit der Sitz nicht wegfällt, dürfen die Ausscheidenden nicht bis zur Aufgabe der Kassentätigkeit die Stunden reduzieren und damit die Kassentätigkeit auslaufen lassen. Wird die Kassentätigkeit bis auf ein Minimum reduziert, bleibt am Ende nichts, was weitergegeben und damit verkauft werden kann. Auf Grund des verbotenen Konzessionshandels ist die KV-Zulassung nicht verkäuflich. Ist das KV-Volumen zu gering, besteht keine fortführungsfähige Praxis mehr. Ein solches Ausschleichen ist besonders bei analytisch und tiefenpsychologisch arbeitenden Kolleginnen bisher üblich, da gerade bei Langzeitbehandlungen das Ende der Kassentätigkeit im Sinne der Patientinnen langfristig geplant wird.

Im Grunde muss also die Praxistätigkeit erhalten bleiben. Diejenige, die ihre individuelle Behandlungskapazität reduzieren will, sollte dies durch Umverteilung auf andere Schultern tun.

Hier ist die **Praxisassistenz**³ ideal; sie erfordert jedoch, wenn sie sinnvoll greifen soll, einen mehrjährigen Vorlauf von 5 bis 6 Jahren. Bei voll ausgelasteter, laufender Vertragspsychotherapeutinnenpraxis stellt die den Ausstieg planende Kollegin eine Praxisassistentin ein, die das Stundenkontingent übernimmt, das die abgebende Kollegin nicht mehr arbeitet. Praxisassistenten dürfen nicht (auch nicht bei genehmigungspflichtigen Leistungen!) zur Ausweitung der Abrechnungsziffern führen, sondern müssen im Kontingent der Abgebenden liegen. Die Einstellung einer Praxisassistentin kann zur Verstärkung der Diagnostik und Übernahme von Patientinnenbehandlungen führen. Indem die Praxisassistentin Diagnostik betreibt (z. B. probatorische Sitzungen für vorhandene Institutsambulanzen übernimmt und damit die Scheinzahl der abgebenden PP oder KJP für das Quartal erhält bzw. erhöht) oder reguläre Patientinnenbehandlungen durchführt (KZT und entsprechend dem jeweiligen Verfahren Langzeitbehandlungen), bleibt die psychotherapeutische Praxis ausgelastet und fällt nicht weg. Solange

dies im Rahmen des bisherigen Arbeitsvolumens bleibt (geringfügige Steigerungen bis zu 3 % dürften möglich sein, am sichersten bei der KV zu erfragen), führt hier die Praxisassistenz dazu, dass der Kassensitz (aus Sicht der KV) nicht zum Ruhen kommt. Diese Lösung ist für alle Seiten günstig. Die sukzessiv ausscheidende Kollegin erhält ihren Vertragspsychotherapeutinnensitz im System der GKV sowohl für die Patientinnen als auch für die folgende Generation. Die Kolleginnen, die neu approbiert sind und keinen Kassensitz haben, können mit ihrem erworbenen Wissen ihren Lebensunterhalt sichern, Erfahrungen sammeln und sich für die späteren Praxisübernahmeverhandlungen mit der KV einfühen (spielte bei Bewerberinnen in der Spruchpraxis des Zulassungsausschusses immer wieder eine Rolle!).

Praxisassistenz ist ebenso möglich wie **Jobsharing**. Welches Modell passt, muss jede, die das Ende ihrer Berufstätigkeit ansteuert, selbst überlegen. Hier beraten wir Sie im Rahmen unserer Möglichkeiten gerne.

Da nach herrschender Rechtsmeinung auch eine psychotherapeutische Praxis verkäuflich ist, kann die Möglichkeit der Praxisassistenz vielleicht ein materieller Anreiz für die abgebende Kollegin sein. Denn nur eine ausgelastete Kassenpraxis lässt sich weitergeben, offiziell „fortführungsfähiges Praxissubstrat“ (Patientenstamm, Praxisräume, Sprechstunden, Praxisinfrastruktur etc.).

Ausblick: Es geht jetzt darum, strukturelle Voraussetzungen zu schaffen, um die Kassenpraxen reibungslos weitergeben zu können. Fallen die Sitze weg, haben wir in den letzten Jahrzehnten umsonst dafür gekämpft, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen an der gesellschaftlichen Gesundheitsversorgung flächendeckend beteiligt sind. Gleichzeitig geht es darum, zu verhindern, dass durch überhöhte Preise beim Praxisverkauf unser Berufsstand in Misskredit gerät, und dass die nachfolgende Generation von PPs und KJPs sich den Berufseinstieg ins Gesundheitssystem finanziell leisten kann und sich nicht durch die Ausbildung und den

Kauf eines Vorschlagsrechtes für einen Kassensitz ruiniert.

Eine Praxisabgabebörse kann perspektivisch, wenn alle das wollen, in Kooperation zwischen Kammer und Fachverbänden organisiert werden.

Zur berufspolitischen und -rechtlichen Frage eines angemessenen Verkaufspreises verweise ich auf den Artikel von Frau Struck.

Abschließend einige Gedanken aus psychotherapeutischer Sicht hinsichtlich der verlangten Kaufpreise. Die rechtliche Konstruktion des immateriellen Wertes sollte Psychotherapeutinnen hellhörig machen. Gerade wenn etwas allein durch die Gesetze des Marktes so unübersehbar von außen bestimmt ist, haben wir als Psychotherapeutinnen mit anderen ethischen Grundsätzen die Aufgabe, darüber nachzudenken, was hier innerpsychisch passiert. Werden Erkenntnisse vermieden, die wehtun?

Was bekommt die Praxiskäuferin für ihr Geld? In der Regel nichts Materielles! Warum fordern Psychotherapeutinnen Geld für nichts, was verbirgt sich hinter dem immateriellen Wert? Wieso verlangt eine Psychotherapeutin 10.000 bis 100.000 Euro für einen Vorschlag an den Zulassungsausschuss? Mir drängt sich die Frage auf, wieso Kolleginnen für die Beendigung ihres Berufslebens Geld haben wollen. Warum kann eine Berufstätigkeit nicht einfach beendet werden? Wieso soll die nachfolgende Generation Geld dafür zahlen, dass jemand aufhört, mit den Krankenkassen abzurechnen? Wo kommt ein solches Anspruchsdenken her? Etwas haben zu wollen, weil etwas zu Ende geht? Ich vermute, dass mit dieser Begehrlichkeit, für Nichts Geld haben zu wollen, ein schmerzhafter Prozess vermieden wird – die Erkenntnis und der Schmerz, dass ein Abschied, ein

³ Die Verwendung der Begrifflichkeiten Praxisassistenz und Jobsharing erfolgt in der Kollegenschaft und unter Fachleuten nicht einheitlich. Hier ist mit Praxisassistenz die Aufnahme einer Kollegin im Anstellungsverhältnis gemeint und mit Jobsharing eine gleichberechtigte Partnerschaft in Form einer Gemeinschaftspraxis.

Ende dessen ansteht, das einen wesentlichen Teil des Lebens ausmachte.

Mit Patientinnen bearbeiten wir das Ende einer Behandlung. Wir wissen, dass es nötig ist, diesen schmerzhaften Prozess zu bewältigen. Ich gehe davon aus, dass mit dem Praxisverkauf möglicherweise ein schmerzhafter Prozess verleugnet, vergoldet wird. Als Psychotherapeutinnen wissen wir, dass das nicht funktioniert. Die versuchte Ermittlung des immateriellen Praxiswertes ist, wenn dies nicht berücksichtigt wird, eine Form von Selbstbetrug. Auch Psychothera-

apeutinnen erleiden den Schmerz des Abschieds, der nicht vergoldet werden kann. Wird dieser Schmerz vermieden, kann das nur destruktive Folgen haben.

In langen Jahren psychotherapeutischer Praxis lernen wir auszuhalten, uns (im Winnicottischen Sinne) gebrauchen zu lassen. Dafür muss und kann die nachfolgende Generation uns nicht entschädigen, sie kann nicht das wiedergutmachen, was zu unserem Beruf gehört. Narzisstische Defizite machen es unmöglich, den Kindern voll Stolz das Feld zu überlassen, sie und ihr

Tun libidinös zu besetzen. Vielleicht kann die Psychotherapeutenkammer hier in Zukunft eine wichtige Rolle übernehmen und die Erfahrungen der Kolleginnen nutzen, die sich aus der aktiven psychotherapeutischen Tätigkeit zurückziehen (müssen). Erst dann kann ein Dialog zwischen den Generationen beginnen, der von gegenseitiger Anerkennung und Wertschätzung geprägt ist.

*Christiane Angermann-Küster
Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Berlin*

Streit um Praxisverkäufe: Was ist ein angemessener Preis für eine KV-Praxis?

Der Streit um die Angemessenheit eines Kaufpreises von psychotherapeutischen Praxen droht den Berufsstand zu spalten. Im Rahmen von Beschwerdefällen liegen der Kammer erste Streitigkeiten von Kammermitgliedern untereinander vor.

Der Wert einer Praxis wird aus zwei einzelnen Komponenten zusammengesetzt, dem materiellen und dem immateriellen Wert. Der materielle Wert bezieht sich auf alles, was körperlich vorhanden ist, d. h. auf konkrete Praxisräume, Praxisausstattung – wie Computer, Literatur, Möbel etc. Er lässt sich relativ einfach sachlich ermitteln und stellt bei psychotherapeutischen Praxen häufig nur einen kleinen Anteil an dem insgesamt vereinbarten Kaufpreis dar. Der immaterielle Praxiswert dagegen bezieht sich auf eher subjektiv geprägte Aspekte, wie Einführung der Praxis, Bekanntheitsgrad, Kooperationspartner, die auf die Praxis zuweisen, vorhandene Wartelisten, potenzielle Privatpatienten etc. Dieser subjektive Anteil macht den weitaus größten Anteil bei der Praxiswertermittlung aus. Er lässt sich nur schwer operationalisieren und damit im Verwaltungsverfahren auch nur begrenzt kontrollieren.

In den so genannten übertversorgten und damit zulassungsbeschränkten Gebieten führt die Berücksichtigung eines immateriellen Verkaufswertes derzeit zu sehr hohen Gesamtverkaufspreisen, die objektiv betrachtet oft überhöht sind. Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin nimmt diese Tendenz mit Besorgnis zur Kenntnis.

Zwar sind eine Reihe von Aspekten der Praxisabgeber durchaus nachvollziehbar, aber auch die Praxiserwerber haben berechnete Interessen. In den seltensten Fällen spielt die Haltung „warum soll ich nicht nehmen, was ich kriegen kann“ und der Gedanke, dass der Markt nun mal solch hohe Preise zulasse, die ausschlaggebende oder einzige Rolle. Vielmehr soll das Geld häufig dazu dienen, eine ungenügende Alterssicherung aufzubessern oder einen Ausgleich für eine Lebensphase schaffen, die häufig als lange Zeit des Darbens oder als große Ungerechtigkeit empfunden wurde, wie etwa der Kampf um Anerkennung des Berufes oder dem Kampf um eine KV-Zulassung etc.

Teilweise sollen durch den Verkaufserlös auch die Kosten für einen Umzug in neue Praxisräume, und damit zum Teil ebenfalls hohe Ausgaben für einen Praxiserwerb oder für Steuerverluste abgedeckt werden. Das sind alles nachvollziehbare Erwägungen. Dabei wird aber übersehen, dass für die tatsächlichen oder vermeintlichen erlebten Ungerechtigkeiten, für die mangelhafte Altersvorsorge u. ä. nicht die jungen bzw. nachwachsenden Kolleg/-innen verantwortlich sind. Der Wunsch nach einem Ausgleich wird auf ihrem Rücken ausgetragen und das, wo sie selbst häufig Opfer (zahlreicher) Benachteiligungen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen sind. Die jungen Kolleg/-innen sind häufig aufgrund der langen Ausbildung und der schlechten Vergütung im Rahmen der notwendigen praktischen Ausbildung beim Start ins Be-

rufsleben schon verschuldet und sollen nun durch Erwerb einer Praxis den Schuldenberg noch erhöhen. Von den Praxisabgebern wird darüber hinaus häufig übersehen, dass sich der Verkaufspreis eben nicht durch das freie Spiel der Kräfte am Markt entwickelt, sondern – zumindest in Berlin – hauptsächlich durch die staatliche Reklementierung (Zulassungsbeschränkung) geprägt ist. Ohne diese Rahmenbedingungen könnten die z. Zt. gehandelten Preise nicht erzielt werden. Ebenfalls nicht bedacht wird, dass die KV-Zulassung kein Eigentum des Praxisinhabers ist, sondern eine staatliche Lizenz, die nicht verkäuflich ist. Diejenigen, die heute ihre KV-Praxis verkaufen, mussten dafür in der Regel zum meist keinen immateriellen Wert bezahlen. Aufgrund der unmittelbar nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes fehlenden Zulassungsbeschränkung konnten sie sich niederlassen oder eine vorhandene eigene Praxis zur KV-Praxis umwandeln. Neben den unter Umständen notwendigen Aufwendungen für Anwaltskosten, die dazu dienten, den Sitz zu erringen oder zu erhalten, mussten sie in der Regel lediglich in den materiellen Praxiswert – wie z. B. Raum- und Technikausstattung – investieren.

Bei der Nachfolgelassung, die in § 103 Abs. 5 SGB V geregelt ist, hat der Zulassungsausschuss die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswertes der Praxis nicht übersteigt.

Das Landessozialgericht Baden-Württemberg hat in seiner Entscheidung vom 22.11.2007 (L 5 KA 4107/07 ER-B) sehr schön ausgeführt, dass dies auch bedeutet, dass die Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Prüfung der Voraussetzungen der Nachfolgezulassung eigenständig Wertermittlungen anstellen dürfen. Die Einigkeit der Beteiligten über einen Kaufpreis ist für die Zulassungsgremien nicht bindend. Bestehen Zweifel an der Angemessenheit eines Kaufpreises, können diese Zweifel auf Grundlage der Untersuchungsmaxime des § 20 SGB X durch eigenständige Wertermittlungen der Zulassungsgremien behoben werden.

Die sachliche Rechtfertigung erfährt der Untersuchungsgrundsatz darin, dass das öffentliche Interesse an der Feststellung des wahren Sachverhalts Vorrang vor den Privatinteressen der Beteiligten haben soll. Daher kann der Zuschlag der KV-Zulassungsstellen bei unangemessener Preisgestaltung anders erfolgen, als es der Praxisabgeber in seiner Vorschlagsliste angibt. Das Urteil des Landessozialgerichtes lässt sich etwa wie folgt zusammenfassen: Der Teil eines Kaufpreises, der nicht auf der Leistung des Abgebers beruht, sondern durch eine staatlich verordnete Knappheit (Zulassungsbeschränkung) entsteht, ist kein zu berücksichtigender Verkehrswert.

Das Landessozialgericht gibt noch einen weiteren Aspekt für eine Beschränkung der Verkaufserlöse zu bedenken: *Ein Vertragsarzt, der eine Praxis zu überhöhten Preisen erwirbt, geht damit eine Belastung ein, die er angesichts der budgetbedingt begrenzten Praxiseinnahmen nur schwer auszugleichen vermag. Ein finanziell zu stark unter Druck stehender Vertragsarzt neigt aber nach Erfahrung des Senats aus zahlreichen Verfahren dazu, durch unwirtschaftliches Handeln oder durch das Unterlaufen von Qualitätsstandards seinen Praxiserlös zu verbessern, also durch Verhaltensweisen, denen im SGB V in zahlreichen Vorschriften entgegen gewirkt wird.*

Daher appelliert der Vorstand:

- An die Praxisverkäufer: Maßvolle Preise zu verlangen, die sich an dem objektiven Wert einer Praxis orientieren. Anhaltspunkte können hier z. B. die Umsätze der letzten zwei 2 Jahre sein und auch die Frage, inwieweit tatsächlich ein Patientenstamm bzw. angebaute Behandlungen zum Verkaufsobjekt gehören.⁴
- An den Zulassungsausschuss der KV Berlin: Bei einer Nachfolgezulassung die Frage eines angemessenen Preises für die Praxis explizit zum Prüfungsgegenstand zu machen, wie es offensichtlich auch in dem Verfahren beim Landessozialgericht Baden-Württemberg zugrunde liegenden Fall geschehen ist.
- An die Kolleg/-innen, die mit möglicherweise oder sicher überhöhten Preisen konfrontiert werden, sich an die Kammer zu wenden. Sie wird im Stadium der Vertragsverhandlung versuchen Einfluss zu nehmen und ggf. auch im Nachhinein im Rahmen eines Beschwerdeverfahrens Übervorteilungen sanktionieren.

K. Struck
Geschäftsführerin

Weiterführende Literatur:

Uta Rüping; E. Mittelstaedt (2008): „Abgabe, Kauf und Bewertung psychotherapeutischer Praxen“, Heidelberg: Psychotherapeutenverlag

Der Vorstand der Kammer sieht in der Forderung unangemessen hoher Verkaufspreise von KV-Praxen einen Verstoß gegen die guten Sitten sowie gegen das Gebot des kollegialen Umgangs miteinander. Die Berufsordnung der Berliner Psychotherapeutenkammer hat das in den §§ 17, Abs. 1 und 24, Abs. 5 festgeschrieben. In Beschwerdefällen wurden bereits Rügen ausgesprochen und zum Teil mit einer Geldauflage bis zu 3000 EUR versehen.

Redaktion

Ch. Stößlein, I. Brombacher, M. Henkel-Gessat, P. Isaac-Candeias, Dr. B. Locher, U. Meybohm, R. Mrazek, Dr. M. Thielen

Neue Fortbildung ab Herbst: „Psychosomatik in der Zahnmedizin“

Im Rahmen der Dienstagabendfortbildungen der Zahnärztekammer Berlin präsentierten am 8. April 2008 Dr. Wolfgang Schmiedel, Kammerpräsident der Zahnärztekammer Berlin, und Michael Krenz, Kammerpräsident von der Psychotherapeutenkammer Berlin, vor rund 120 Teilnehmer/-innen das neue Fortbildungskonzept „Psychosomatik in der Zahnmedizin“. Das fachübergreifende Curriculum richtet sich an Zahnärzt/-innen wie auch an Psychotherapeut/-innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen. Es umfasst 8 eintägige Ausbildungsmodule, die im Zeitraum von September bis Dezember 2008 angeboten werden. Weitere Informationen finden Sie auf den Webseiten der Zahnärztekammer Berlin (www.zahnaerztekammer-berlin.de), des Fortbildungsinstituts der Zahnärztekammer (www.pfaff-berlin.de) sowie auf den Webseiten der Psychotherapeutenkammer Berlin (www.psychotherapeutenkammer-berlin.de).

⁴ Es gibt unterschiedliche Berechnungsmodelle, z.B. das Niedersächsische oder Hamburger Berechnungsmodell

Geschäftsstelle

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



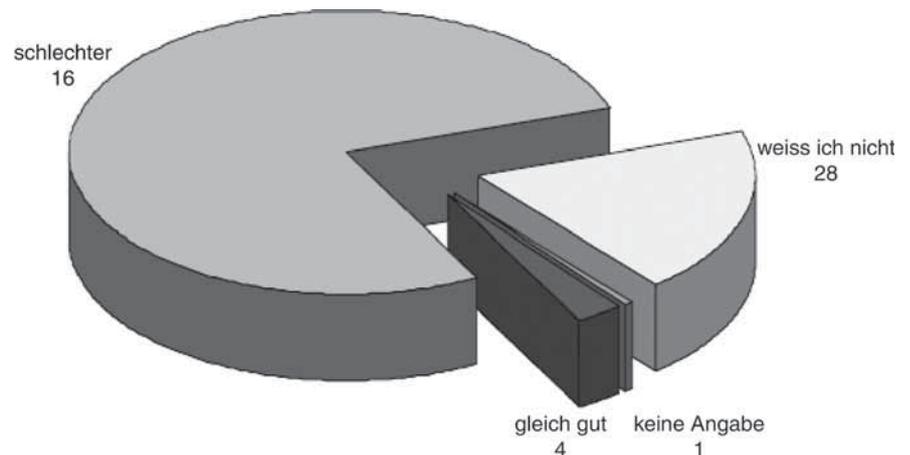
Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Ergebnisse der Erhebung über die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund im Land Bremen

Die von der Volkswagenstiftung geförderte Bremer Studiengruppe am Zentrum für Europäische Rechtspolitik „Neuen Subjekten eine Stimme geben: Kulturelle Diversität im Gesundheitssystem“ untersucht seit 2005 Zugangsbarrieren von Migranten in Gesundheitssysteme. In Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer Bremen und dem Gesundheitsamt Bremen führte die Studiengruppe im Herbst 2007 eine Erhebung zur psychotherapeutischen Versorgung von Bremer Migranten/innen durch.

Im Folgenden wird sich auf die Darstellung von Eckdaten der Erhebung unter psychologischen Psychotherapeuten/innen und Fachärzten für psychotherapeutische Medizin im ambulanten Bereich begrenzt. Eine ausführlichere Vorstellung der Ergebnisse ist noch geplant.

Auf den Fragebögen vermerkte Kommentare lassen bei einigen Psychotherapeuten/innen ein großes Interesse und Handlungsbedarf in Bezug auf das Thema erkennen, was auch an der verhältnismäßig hohen Rücklaufquote von 35,36% deutlich wurde. Die Kommentare bestätigten teilweise Aussagen der Interviews mit Psychotherapeuten/innen mit Migrationshintergrund und deren lange Wartelisten. Insgesamt war der Migrantenanteil unter den Patienten/innen der Befragten sehr gering. Die Befragten gaben an, dass Patienten/innen recht gute Deutschkenntnisse aufwiesen, was darauf hindeutet, dass die Gruppe nicht-deutschsprachiger Bremer/innen psychotherapeutische Dienste selten oder gar nicht in Anspruch nimmt. Da es sich hier jedoch um eine recht große Gruppe handelt, ist anzunehmen, dass bei dieser Gruppe eine Unterversorgung vorliegt.



151 der im Lande Bremen zugelassenen 427 psychologischen Psychotherapeuten/innen für Erwachsene und Fachärzte für psychotherapeutische Medizin nahmen an der Erhebung teil. 20 der 47 in Bremerhaven zugelassenen Therapeuten/innen und 131 der 380 in Bremen Stadt zugelassenen Therapeuten/innen sandten uns ausgefüllte Fragebögen zurück, was einer Rücklaufquote von 42,55% für Bremerhaven und 34,47% für Bremen entspricht. Das im Verhältnis zur Stadt Bremen größere Interesse der Bremerhavener Gruppe weist evtl. auf ein größeres Problembewusstsein und/oder eine größere Unterversorgung in Bremerhaven hin. Dementsprechend könnte die geringere Anzahl von Sozialangeboten für Migranten/innen in Bremerhaven bei oftmals größeren gesundheitlichen Belastungen dieser Gruppe ein Erklärungsmuster für das höhere Interesse der Bremerhavener Psychotherapeuten/innen an der Erhebung sein. Auffällig ist, dass nur sechs der Befragten einen Migrationshintergrund haben. Zwei gaben neben Deutsch als Muttersprache auch Englisch und Polnisch an und sechs Teilnehmer zusätzliche englische oder französische Sprachkenntnisse. Lediglich ein Teilnehmer machte Angaben über

türkische Sprachkenntnisse. Hieraus folgt, dass die Gruppe der Befragten kaum bzw. keine muttersprachlichen Angebote für die beiden größten Migrantengruppen, (türkischsprachig/russischsprachig) anbieten kann. Schlüssig ist in diesem Zusammenhang, dass 93% aller Befragten die psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund für nicht ausreichend halten und 68% die Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Patienten ohne Migrationshintergrund als schlechter beurteilen:

Dieser Ausschnitt eines Teils der Ergebnisse bestätigt die Forschungshypothese eines geringen Zugangs von Migranten in das deutsche Gesundheitssystem am Beispiel Psychotherapie und macht einen dringenden Handlungsbedarf zur Senkung von Zugangsbarrieren für Migranten/innen im Bereich psychischer Gesundheit offenkundig. Aus der im Zusammenhang mit der Befragung durchgeführten Lotterie werden fünf Preise an folgende Gewinner vergeben: 1. Preis: Dr. Jürgen Lemke, 2. Preis: Mechthild Merschmcke-Borchert, 3. Preis: Gabriele Kattenhorn, 4. Preis: Cornelia Kienzler, 5. Preis: Matthias Früh.

Gründung des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes Bremen

Nach langer Vorbereitungsphase konnte jetzt die Idee eines Interkulturellen Gesundheitsnetzes in Bremen am 28. März Wirklichkeit werden. Entstanden ist die Idee 2007 bei der Fachtagung „Grenzerfahrungen – Grenzbegegnungen – interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen“. Einige der dort erarbeiteten Empfehlungen werden jetzt durch das Netzwerk verfolgt:

- Fortbildungsangebote für die Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in migrationspezifischen Fragen
- Entwicklung von Informationsblättern für Migrantinnen und Migranten
- Integration älterer Migrantinnen und Migranten in das Altenhilfesystem
- Verbesserung der sprachlichen und kommunikativen Verständigung zwischen Patienten und Trägern des Gesundheitssystems (von Piktogrammen bis zur Sensibilisierung für die unterschiedlichen kulturellen Sinndeutungen)
- Integrationsbeauftragte in den Bremer Kliniken
- Förderung einer Ambulanz für Migranten

Das sind nur einige der Ziele, die bei dem Runden Tisch zur interkulturellen Öffnung angesprochen wurden und die jetzt im Interkulturellen Netzwerk Bremen in Angriff genommen werden. Die Psychotherapeutenkammer Bremen wird sich daran aktiv beteiligen.

Die gesundheitliche Versorgung von Migranten zeigt in Deutschland Lücken, die tiefer werden, je geringer der Bildungsstand, das Einkommen, die Aufenthaltsdauer und die Sprachkenntnisse sind. Die Gruppe der sozial benachteiligten Migranten hat auf Grund ihrer sprachlichen Schwierigkeiten sowie ihrer kulturellen Unterschiede, das oft stattfindende Migrationstraumata und die geringe Kenntnis über das Gesundheitssystem höhere Zugangsbarrieren, die zu einer mangelhaften Versorgung dieser Gruppe im Gesundheitssystem führen.

Dabei geht es bei dem interkulturellen Netzwerk nicht nur um Veränderungen, die direkt für die Migrantengruppe gedacht sind, vielmehr geht es um Konzepte, die auch den Verantwortlichen im Gesundheitssystem zugute kommen sollen. Kulturelle Konflikte und Missverständnisse belasten nicht nur die Migranten. Eine Sensibilisierung für die kulturellen Unterschiede, die Sprachen, die unterschiedliche Sinndeutung, die Zeitstrukturen, etc. öffnet den Verstehenshorizont auf beiden Seiten und trägt zur Klarheit und Verständigung in der Behandlung, Pflege und Versorgung von Patienten bei.

Die Vermittlung einer Interkulturellen Kompetenz wird in den Fortbildungsplänen des gesamten Personals im Gesundheitswesen (Ärzte/innen, Pfleger/innen, Psychotherapeuten/innen, Verwaltungs-

mitarbeiter/innen) gefördert und wurde bei der Gründungsveranstaltung mehrfach wiederholt.

Andere einfache aber wirkungsvolle Maßnahmen wie eine klare mehrsprachige Beschilderung, Piktogramme und Flyer können ebenfalls einen Beitrag in der Verbesserung der Gesundheitsversorgung leisten.

Zu der Gründungsveranstaltung kamen mehr als 75 Teilnehmer, viele von ihnen aus Bremer Institutionen des Gesundheits- und Sozialbereichs. Zu dieser Kooperationsveranstaltung hatte das Referat „Migration und Gesundheit“ des Gesundheitsamts Bremen, die Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. (LVG) und die Bremer Arbeitsgruppe „Interkulturelle Öffnung der Bremer Krankenhäuser“ (ZERP) eingeladen.

Hintergründe zur Entstehung des Bremer Interkulturellen Gesundheitsnetzwerkes, Dokumentation oder Information über die Aktivitäten kann man im Internet lesen:

www.lv-gesundheitbremen.de

www.gesundheitsamt.bremen.de

www.zerp.uni-bremen.de

Eckhard Lotze („Migration und Gesundheit“ am Gesundheitsamt Bremen) wird für ein Jahr die Arbeit des Netzwerkes koordinieren.

Erstes Treffen Kammervorstand – Berufs- und Fachverbände in Bremen

Der Vorstand der PKHB hat sich zum Ziel gesetzt, die Kommunikation und Kooperation mit den in Bremen aktiven psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbänden zu fördern. Ein Ziel dabei ist, nach außen geschlossener und effektiver auftreten zu können. Zum 6. März wurden die Vorstände aller in Bremen tätigen Verbände zu einem ersten Treffen eingeladen.

Anwesend waren neben dem Vorstand der PKHB Vertreter der Verbände: Karin Borowski (VPP im BDP), Peter Hegeler (DGVT), Hans Nadolny und Helmut Hendry (DPTV), Hans-Otto Platte und Bernd

Klipp (DGPT), Henning Schmidt (DGIP), Margarete Zepf und Roswitha Rotzoll (VAKJP), Volker Prüser (GwG).

Waren die ersten Wortmeldungen noch von vorsichtigem Abtasten bestimmt, entstand dann schnell eine zunehmend konstruktive und lebendige Atmosphäre. Es wurden verschiedene Ideen, Wünsche und auch Sorgen für zukünftige Klärungen und Kooperationsprojekte geäußert, z. B.

- Austausch unter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verschiedener

Verbände und Schulen gedeihlicher gestalten

- mehr Kooperation in der Öffentlichkeitsarbeit
- Mangel- und Fehlversorgung in Bremen und Bremerhaven ermitteln und nach Abhilfe suchen, möglicherweise auch über alternative Versorgungsformen
- Kooperation mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich verbessern

Deutlich wurde, dass Verbände, deren Therapieverfahren bisher sozialrechtlich nicht anerkannt sind, eher mit Themen wie z. B. sozialrechtliche Anerkennung und Ar-

beitsmöglichkeiten für Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung beschäftigt sind.

Einig waren am Ende alle darüber, dass die Kammer-Verbandetreffen fortgesetzt wer-

den sollen. Als Frequenz wurden halbjährige Treffen für sinnvoll gehalten.

Psychotherapeutische Kompetenz in Frühförderzentren

Im Haus der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wird derzeit an der Umsetzung der bundesweit gültigen Frühförderungsverordnung aus dem Jahr 2003 gearbeitet. Neu geregelt wird darin nicht nur die möglichst frühe Förderung von Kindern mit Behinderungen und solchen Kindern, die von einer Behinderung bedroht sind, sondern auch die frühzeitige und umfassende Diagnostik. Dabei geht der Gesetzgeber ausdrücklich davon aus, dass Behinderungen auch von Entwicklungsstörungen, Entwicklungsgefährdungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen einschließlich Verhaltens- und seelischen Störungen ausgehen. Diese Aufgaben sollen in sozialpädiatrischen Zentren und interdisziplinären Frühförderstellen geleistet werden. Im vorge-

sehen Leistungskatalog werden neben ärztlichen, medizinisch-therapeutischen (z. B. Ergotherapie) und heilpädagogischen auch psychologische Leistungen ausgewiesen. Ein Blick auf die hier genannten Aufgaben (z. B. „Austausch über den Entwicklungs- und Förderprozess des Kindes einschließlich Verhaltens- und Beziehungsfragen“) zeigt, dass es sich bei dieser Tätigkeit um Ausübung von Psychotherapie im Sinne des PsychThG handelt.

Dessen ungeachtet wurden in der personellen Ausstattung der genannten Einrichtungen in den uns vorliegenden Entwürfen bislang Diplompsychologen als Berufsgruppe genannt, nicht aber die approbierten Heilberufe des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und des Psychologi-

sehen Psychotherapeuten. Die PK Bremen hatte – informiert durch eine in diesem Feld tätige aufmerksame Kollegin – bereits im Frühjahr 2006 gegenüber der senatorischen Behörde angemahnt, dass unsere Berufsgruppe hier zuständig ist. Dennoch bedurfte es eines weiteren Schreibens, das nachrichtlich auch den Mitgliedern des Jugendhilfeausschusses übersandt wurde, um eine schriftliche Reaktion des Ressorts zu erwirken. In diesem Schreiben vom März 2008 wird der Kammer nun zugesichert, dass im Personalbedarf des interdisziplinären Systems der Bremer Frühförderung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten als behandlungsrechtigte Berufsgruppe ausgewiesen sein werden.

Bremerhaven: Viele Menschen mit psychischen Störungen bleiben unbehandelt.

„Die hohe Arbeitslosenzahl von nahezu 20 % und die Strukturprobleme in der Stadt Bremerhaven führen zu erheblichen sozialen Verwerfungen.“ Dies wird unmittelbar in der psychotherapeutischen Arbeit spürbar. Ohne die sozialen Probleme zugleich in den Blick zu nehmen, könne in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis kaum noch angemessen gearbeitet werden“, so Dipl.-Psych. Mathias Früh in einer Sitzung des Kammervorstandes, in der er als Vorstandsbeauftragter für Bremerhaven den Vorstand informierte. Trotz einer statistischen Überversorgung von 125% bestehe ein erheblicher Mangel an Psychotherapieplätzen. Wartelisten könnten kaum noch geführt werden, weil eine Zuführung in eine Psychotherapie in einem vertretbaren Zeitrahmen nicht mög-

lich sei. Insbesondere Kinder und Jugendliche als die Schwächsten der Gesellschaft wären kaum versorgt. So gibt es keinen Psychotherapeuten, der ausschließlich Kinder- und Jugendlichen behandle. Die acht von 30 vertragstherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, die eine Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche besitzen, könnten den enormen Bedarf nicht befriedigen. Wenn weiterhin Sonderbedarfszulassungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom Zulassungsausschuss abgelehnt werden, sei dies unverantwortlich. Eine jetzt ausgesprochene erste Ermächtigung an eine KJP-Kollegin sei nur ein Tropfen auf dem heißen Stein. Wegen des hohen Migrantenanteiles in der Stadt und fehlender spezifischer Behandlungsangebote seien

Mitbürger ausländischer Herkunft ebenfalls schlecht versorgt. Für spezielle Patientengruppen wie Borderliner, Süchtige und Gewalt- und Sexualstraftäter könne man von „Null-Chance“ sprechen. Verschärfend komme hinzu, dass es zu Personalreduzierungen in psychosozialen Beratungseinrichtungen gekommen sei. Bedauerlich sei ebenfalls, dass es in Bremerhaven – anders als in der Stadt Bremen – keinen sozialpsychiatrischen Not- und Krisendienst rund um die Uhr gebe.

In der Sitzung bestand Einigkeit, dass zum einen die Öffentlichkeit über diese Zustände informiert werden und dass zum anderen in Gesprächen mit politisch Verantwortlichen diese Problematik von der Kammer thematisiert werden muss.

5 Jahre Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW)

Seit Gründung im Winter 2002 durch die Psychotherapeutenkammer **Niedersachsen** besteht das PVW jetzt über 5 Jahre. Nach dem Beitritt der Psychotherapeutenkammer **Bremen** (2004) folgten die

Psychotherapeutenkammern **Hamburg** (2005), **Rheinland-Pfalz** (2005) und **Hessen** (2006), so dass sich die Mitgliederzahl des PVW inzwischen auf über **3500 Mitglieder** versechsfacht hat.

Mit der großen Zahl beitragszahlender Mitglieder steht das PVW auf einem soliden finanziellen Fundament. Die Mitgliederzahl des PVW wird sich zukünftig durch die Pflichtmitgliedschaft neuer

Kammermitglieder automatisch noch weiter erhöhen.

Nach dem Beitritt der o.g. Kammern wurden neue Wahlen für die Delegiertenversammlung des PVW notwendig. Im September 2007 fand die 1. Sitzung der jetzigen Delegiertenversammlung als

30-köpfiges Gremium statt. Als gewählte **Delegierte für Bremen** nahmen **Anke Herold** und **Frank Bodenstein** teil.

Nach fünf Jahren endete im November 2007 die Amtszeit des 1. Verwaltungsrates, der noch in der Gründungs-Zusammensetzung war. Die Delegiertenver-

sammlung wählte auf ihrer 2. Sitzung am 30.11.07 die Mitglieder dieses obersten Entscheidungsgremiums des PVW satzungsgemäß neu.

Im **neuen Verwaltungsrat** wird Frank Bodenstein weiter die Interessen der Bremer Mitglieder vertreten.

Kammer im Gespräch mit der Bremer Politik

In den zurückliegenden Wochen suchte der Vorstand der Bremer Kammer vermehrt das Gespräch mit den Verantwortlichen für Gesundheitspolitik in bremischen politischen Raum. So trafen sich Frau Bataller und Herr Schrömgens Ende April mit dem neuen Gesundheits-Staatsrat Dr. Hermann Schulte-Sasse zu einem ersten Austausch über die psychotherapeutische Versorgung im Land Bremen und die Arbeit der Bremer

Kammer. Ebenfalls im April fand ein Treffen mit dem gesundheitspolitischen Sprecher der FDP-Fraktion Oliver Möllenstedt statt. Im Mai und Juni folgten Gespräche mit den gesundheitspolitischen Sprechern der Koalitionsfraktionen, zum einen mit Herrn Winfried Brumma von der SPD und zum anderen mit Frau Doris Hoch und Frau Zahra Mohammadzadeh vom Bündnis 90/Die Grünen. Ebenfalls das Gespräch wurde

gesucht mit Frau Dr. Rita Mohr-Lüllmann, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU und dem Sprecher der Fraktion „Die Linke“, Peter Erlanson. Im Mittelpunkt der Gespräche standen die Zunahme psychischer Erkrankungen und die psychotherapeutische Versorgungssituation im ambulanten und stationären Bereich, aber auch die Anforderungen, vor der die Beratungseinrichtungen im Land Bremen stehen.

Leserbrief

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im November 2007 gab es ein Novum in unserer Interventionsgruppe: Wir drei Verhaltenstherapeutinnen wagten den Blick über die Grenzen des eigenen Richtlinienverfahrens. Wir suchten den Dialog mit einer psychoanalytischen Kollegin.

Mehrfach waren wir auf Fragestellungen gestoßen, bei denen uns die Sicht und auch die Vorgehensweise eines Psychoanalytikers sehr interessiert hätten. So trafen wir uns schließlich mit einer Psycho-

analytikerin, die ihrerseits großes Interesse am Vorgehen der Verhaltenstherapie hatte. Anhand von zwei Fallbeispielen wurde das jeweilige therapeutische Vorgehen beleuchtet und dabei erstaunte uns, dass es weit mehr Gemeinsamkeiten der beiden Therapierichtungen gibt, als wir uns vorgestellt hatten. Gleichzeitig erlebten wir die unterschiedliche Betrachtungsweise als sehr bereichernd und nahmen viele neue Ideen mit in unseren Praxisalltag. Die Grenzen beider Methoden wurden sichtbar, aber auch die Stärke des jeweils anderen Verfahrens sowie die Tatsache, dass

beides einander ergänzen kann. So erlebten wir unser Treffen als sehr fruchtbar und würden uns wünschen, dass es Anstoß für den ein oder anderen sein könnte, Ähnliches umzusetzen. Im Sinne des Patienten, der beim Anspruch, gute Arbeit zu leisten, im Zentrum stehen sollte, scheint uns der schulenübergreifende Austausch unverzichtbar.

In der Hoffnung auf einen regelmäßigen Dialog

Dipl.-Psych. Jutta Eilers

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Dr. Isabel Bataller, Dr. Christine Block, Frank Bodenstein, Dr. Christiane Falge, Hans Schindler, 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

Aus der Praxis des Beschwerdeausschusses:

Das Ausfallhonorar

Die Frage, ob, wann und in welcher Höhe ein Ausfallhonorar bei Nichterscheinen eines Patienten erhoben werden kann, ist eine Frage, die die Kammergeschäftsstelle und den Beschwerdeausschuss rein zahlenmäßig am Häufigsten beschäftigt, wenn Patienten sich an die Kammer wenden.

Wie in vielen Rechtsbereichen, ist diese Frage bislang nicht höchstrichterlich entschieden worden, da die Streitwerte in der Regel so gering sind, dass Klagen nicht über das Amtsgericht hinauskommen. Deswegen möchten wir an dieser Stelle einige erklärende Worte zum Thema „Ausfallhonorar“ anbringen, dies gepaart mit der Bitte an die Mitglieder, sich dieses Themas anzunehmen. KV-Zugelassene und Privatbehandler sind dabei in gleicher Weise betroffen und angesprochen.

Grundsätzlich haben sich zwei rechtliche Ansätze bei der Begründung des Rechtsanspruches auf ein Ausfallhonorar bei Nichterscheinen des Patienten herauskristallisiert: Zum einen der Annahmeverzug durch den Patienten (§§ 615, 611 BGB) sowie zum Anderen der Gesichtspunkt der positiven Vertragsverletzung. Die Argumentation des Annahmeverzuges wird von den allermeisten Gerichten mitgetragen, wenn der Behandlungstermin kalendermäßig bestimmt und ausschließlich für diesen Patienten vereinbart ist. Davon ist in der psychotherapeutischen Praxis, die wohl in allen Fällen als reine Bestellpraxis organisiert ist, auszugehen. Das Nichterscheinen eines Patienten zu einem Behandlungstermin oder auch schon zu einem Erstgespräch rechtfertigt den Anspruch auf das Ausfallhonorar. Unter dem Gesichtspunkt der positiven Vertragsverletzung entstände

ebenfalls der Anspruch auf das Ausfallhonorar, weil der Patient seinen Pflichten aus dem Behandlungsvertrag schuldhaft nicht nachgekommen ist und dem/der Behandler/in hierdurch ein durch den Patienten zu ersetzender Schaden in Höhe des ausgefallenen Honorars entstanden ist.

Soweit die auf den ersten Blick überschaubare Rechtslage. Der Teufel steckt jedoch im Detail. Im Fall des Ausfallhonorars auf Basis der positiven Vertragsverletzung hängt dies ganz offensichtlich vom „Behandlungsvertrag“ ab. Um auf diesem Wege ein Ausfallhonorar geltend machen zu können, muss ein solcher Behandlungsvertrag vorliegen. Theoretisch kann ein Behandlungsvertrag mündlich geschlossen werden. Da die Beweislast aber bei demjenigen liegt, der den Anspruch erhebt – also dem/der Behandler/in – empfiehlt sich der Abschluss eines schriftlichen Behandlungsvertrages. Unter dem Gesichtspunkt des Schadensersatzes wegen Annahmeverzug gilt diese Empfehlung gleichermaßen.

Ein Behandlungsvertrag sollte Angaben über die Behandlung, die Behandlungsdauer, wenn möglich auch über die Behandlungstermine und deren Frequenz sowie Regelungen für den Fall der vorzeitigen Beendigung der Therapie enthalten. Sinnvollerweise sollte der Vertrag auch das Ausfallhonorar bzw. die Tatbestände definieren, die zu einem Ausfallhonorar führen. Wenn ein Patient ohne vorherige Absage nicht erscheint, ist der Fall einfach. Was aber, wenn der Patient vorher absagt? Im Vertrag sollte geregelt werden, wie viele Tage vorher ein Termin durch den Patienten abgesagt werden kann. Zu dieser Frist und der Frage der Angemessenheit gibt es ebenfalls keine klaren Regelungen, da die bisherige Rechtsprechung auch hier sehr voneinander abweicht. In der Praxis haben sich hierbei Fristen von 3–7

Werktagen herauskristallisiert. Was auch geregelt werden muss und oft zu Auseinandersetzungen zwischen Patient und Behandler führt, ist die Frage nach der Ursache einer zu kurzfristigen oder gar nicht erfolgten Absage. Stellen Tatbestände wie eine plötzliche Erkrankung oder ein Unfall Gründe dar, um einen Behandlungstermin nicht wahrzunehmen, ohne dass der/die Behandler/in ein Ausfallhonorar verlangen kann? Auch hier sollte der Behandlungsvertrag klare Aussagen enthalten. Entweder das Ausfallhonorar ist unabhängig von einem Grund fällig oder es werden befreiende Gründe definiert (z. B. Krankheit, Unfall).

Bezüglich der Höhe des Ausfallhonorars ergibt sich aus der Rechtslage – Ausfallhonorar als Ersatz des entstandenen Schadens wegen Annahmeverzug oder Nichterfüllung seitens des Patienten –, dass auch nur das ansonsten entgangene Honorar als Ausfallhonorar erhoben werden kann. Also bei einer GKV-Therapie das von der KV gezahlte Honorar, bei einem Privatpatienten das Honorar nach GOP bzw. das vertraglich vereinbarte Honorar.

Ein besonders „beliebter“ Streitpunkt im Zusammenhang mit dem Ausfallhonorar sind die sog. „Urlaubsregelungen“. Aus psychotherapeutischer Sicht, aber auch unter dem Gesichtspunkt einer optimalen Praxisorganisation sind Urlaubsregelungen in Behandlungsverträgen sicher sinnvoll und nachvollziehbar. Gleichwohl sind Regelungen, wonach der Patient seinen Urlaub nach dem Urlaub des/der Psychotherapeuten/in auszurichten hat und ansonsten für die Behandlungsstunden, die ausfallen, weil der Patient seinen Urlaub anders plant und nimmt, ein Ausfallhonorar erhoben wird, unzulässig und nicht durchsetzbar, wenn der Patient seine Urlaubsplanung rechtzeitig mitteilt.

Ein weiterer „beliebter“ Streit- und Beschwerdepunkt sind sog. „Ausschleichenstunden“. Gemeint sind Regelungen, wonach ein Patient am Ende der Therapie an einer bestimmten Anzahl privat zu vergütender Stunden zwecks Beendigung der Therapie teilnehmen soll und ansonsten ein Ausfallhonorar verlangt wird. Gleichermaßen undurchsetzbar sind Regelungen, nach denen Patienten, die eine Therapie vorzeitig und zumeist fristlos beenden, für eine gewisse Zahl von Stunden, die durch die Kündigung des Patienten aus Sicht des Behandlers ja ausfallen, ein Ausfallhonorar zu tragen haben.

Wir wollten Sie mit diesen kurzen Erläuterungen für das Thema „Ausfallhonorar“ und „Behandlungsvertrag“ sensibilisieren. Dies konnte und sollte jedoch keine umfassende Abhandlung zu dieser komplexen Problematik sein. Wenn Sie Fragen in diesem Zusammenhang haben, wenden Sie sich an Ihren Berufsverband oder die Kammergeschäftsstelle.

Gemeinsame Arbeitsgruppe der Ärzte- und der Psychotherapeutenkammer zu Fragen der Versorgung psychisch Kranker

Im Rahmen eines Gespräches mit dem Vorstand der Ärztekammer Hamburg wurde die Einrichtung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe beider Kammern vereinbart, die sich aus Vertretern aller an der Versorgung psychisch Kranker beteiligter Behandlergruppen auf ärztlicher und psychotherapeutischer Seite zusammensetzen soll. Ziel soll die Verbesserung der Zusammenarbeit und die Entwicklung von Konzepten zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker in Hamburg sein. Das erste Treffen findet im Juni in der Geschäftsstelle der PTK-Hamburg statt. Die gemeinsame Arbeitsgruppe aus ÄK-HH und PTK-HH soll auch die Vorbereitung einer gemeinsamen öffentlichen Veranstaltung zur Situation und Versorgung psychisch Kranker unter dem Arbeitstitel „Psychische Gesundheit in Hamburg“ vorbereiten. Als Termin ist der Spätherbst 2008 vorgesehen. Die Veranstaltung sollte sich dabei an ähnlichen Veranstaltungen im Bundesgebiet (z. B.: Woche der seelischen Gesundheit Berlin) orientieren.

Häufige Fragen zum Praxisnachfolgeverfahren (Folge 1)

■ Wann ist der beste Zeitpunkt für die Abgabe meiner Kassenpraxis?

Eine Praxis wird zum Ende eines Abrechnungsquartals übergeben. Die Praxis muss aus Altersgründen spätestens zum Ende des Quartals aufgegeben werden, in dem die PraxisabgeberIn 68 Jahre alt wird. Wenn die PraxisinhaberIn noch keine 20 Jahre mit gesetzlichen Krankenkassen (direkt, im Delegations- oder Kostenerstattungsverfahren) abgerechnet hat, kann sich dieser Zeitpunkt entsprechend verschieben, bis 20 Jahre Kassentätigkeit zusammengekommen sind. Welches der beste Zeitpunkt ist, hängt von den individuellen Gegebenheiten ab.

■ Wann muss ich mit der Vorbereitung anfangen?

Für ein reguläres Übergabeverfahren sollte mindestens ein halbes bis dreiviertel Jahr eingeplant werden. Je früher eine Praxis ausgeschrieben wird, desto reibungsloser lässt sich in der Regel der Übergang gestalten.

■ Meine Praxis befindet sich in meinem Privathaus. Kann ich nicht einfach meine Zulassung verkaufen und meine alte Praxis schließen?

Nein, das geht leider nicht. Nach der Rechtsprechung der Sozialgerichte muss immer die konkrete Praxis übergeben werden (am bisherigen Praxisort, Patientenstamm, evtl. Telefonnummer usw.). Ein Verkauf von/Handel mit Zulassungen ist nicht erlaubt. Der PraxisnachfolgerIn steht es dann aber frei, nach einer angemessenen Zeit einen Antrag auf Verlegung der Praxis zu stellen. Hamburg gilt als ein Bedarfsplanungsbezirk. Deshalb wird dem Verlegungsantrag in der Regel auch statt gegeben, wenn nicht die Verlegung zu einer Unterversorgung am bisherigen Praxissitz führt (bei KJP-Zulassungen wichtig!).

Ethikkommission der Psychotherapeutenkammer Hamburg eingesetzt

Gemäß § 9 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGGH) wurde eine Ethikkommission berufen, die ihre Arbeit Anfang 2008 aufgenommen hat. Damit besteht nun auch für Psychologische Psychotherapeuten die Möglichkeit, sich durch Angehörige des eigenen Heilberufs bei ihren Forschungsvorhaben nach ethischen Richtlinien beraten zu lassen. Insbesondere wird sie Stellungnahmen zu ihr vorgelegten Forschungsvorhaben abgeben, wie sie bei Anträgen auf Forschungsförderung und bei der Publikation der Ergebnisse mittlerweile Standard sind. Die Beratung dient vor allem dem Schutz der in die Klinische Forschung einbezogenen Patienten. Sie erfolgt auf der Grundlage der allgemeinen Menschenrechte gemäß der Charta der Vereinten Nationen (v. a. §55c) sowie der letztgültigen Fassung der Helsinki Deklaration des Weltärztebundes. Die Mitglieder der Ethikkommission sind zur Vertraulichkeit verpflichtet.

Die Ethikkommission hat sich eine Geschäftsordnung gegeben, die von der Delegiertenversammlung beschlossen und von der Behörde für Gesundheit genehmigt wurde (www.ptk-hh.de). Bis auf weiteres ist der Geschäftsordnung zu entnehmen, welche Unterlagen über das beabsichtigte Forschungsvorhaben wie z. B. Studiendesign, Befunddokumentation, Patienteninformation der Ethik-Kommission vorgelegt werden müssen. Für die Zukunft ist die Erstellung eines Merkblatts geplant. Alle für die Prüfung relevanten Unterlagen sind mindestens einen Monat vor Beginn der Studie in zweifacher Ausfertigung der Geschäftsstelle der Ethikkommission bei der Psychotherapeutenkammer Hamburg zuzuleiten. Die Ethikkommission trifft sich in der Regel vierteljährlich oder bei Bedarf.

Mit der Einrichtung einer eigenen Ethikkommission hat die Psychotherapeutenkammer einen weiteren wichtigen Schritt der Professionalisierung unseres Heilberufs vollzogen. Die in der Forschungspraxis üblichen bzw. notwendigen Stellungnahmen über die Einhaltung ethischer Richtlinien können damit ab sofort von unser eigenen

Kammer abgegeben werden. Die Ethikkommission regte an, über diese Möglichkeit die Deutsche Forschungsgemeinschaft, das Bundesforschungsministerium und andere große Forschungsförderungseinrichtungen (z. B. VW-Stiftung, Robert-Bosch-Stiftung, Bertelsmann-Stiftung) zu informieren.

Der Ethikkommission gehören als ordentliche Mitglieder Frau Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt (Vorsitzende), Herr Prof. Dr. Gerhard Süß und Dr. Michael Wunder an. StellvertreterInnen sind Frau Dr. Dörte Lashinsky, Prof. Dr. Jochen Eckert und Dipl.-Psych. Andreas Weber-Meewes. Ergänzt wird die Kommission durch den von der Behörde benannten Juristen, Herrn Helmut Gramm.

*Hertha Richter-Appelt
(Vorsitzende der Ethikkommission)*

ALT trifft JUNG

Nachdem wir bereits 2006/2007 in einer Reihe von Veranstaltungen das Thema „Praxisnachfolgeregelung“ angesprochen hatten, haben wir Ende Mai dieses Thema erstmals im Rahmen einer bewusst zahlenmäßig klein gehaltenen Runde fortgesetzt. Ziel war, ältere Kollegen, die sich mit der Frage der Praxisabgabe befassen oder altersbedingt befassen müssen und zumeist jüngere Kollegen, die gerne eine Praxis mit Kassenzulassung übernehmen wollen, konkret zueinander zu bringen.

Hierbei standen die Fragen des Zulassungsverfahrens, der Nachfolgebesetzung und der Möglichkeiten und Voraussetzungen des „Job-Sharing“ im Vordergrund. Aufgrund der enormen Resonanz – die Veranstaltung im Mai war binnen weniger Tage mehr als zweifach überbucht – werden wir im September erneut einladen. Diejenigen, die im Mai wegen der hohen Anmeldezahl nicht teilnehmen konnten, haben wir auf der Warteliste und berücksichtigen diese vorrangig. Für eine weitere Veranstaltung sollten sich vor allem potentielle PraxisabgeberInnen melden – es besteht bisher leider eine Überzahl bei den KollegenInnen, die den Einstieg in eine Praxis wünschen.

Denken Sie daran, dass es für das Jobsharingmodell günstig ist, bereits 6-7 Jahre vor dem geplanten Praxisausstieg mit den Vorbereitungen zu beginnen.

Fortbildung für Apotheker

Auf Bitten der Apothekerkammer Hamburg hat die PTK-Hamburg für die Hamburger Apotheker eine Fortbildungsveranstaltung zu Fragen der Versorgung durch Psychotherapeuten/innen (Überblick über das Versorgungssystem, Störungsbilder, Behandlungsmethoden und Verfahren) vorbereitet. Referent der ersten Fortbildungsveranstaltung wird Prof. Richter sein. Es ist vorgesehen, diese oder ähnliche Fortbildungen zu Fragen psychischer Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten für Apotheker fortzusetzen. Weiterhin möchten wir in Gesprächen mit der Hamburger Apothekerkammern erreichen, dass zukünftig auch die Flyer zum „Psych-Info-System“ in Apotheken ausliegen.

Fortschreibung der KJP-Expertise

Wie schon berichtet hat der Vorstand der PTK-Hamburg im Jahr 2007 beschlossen, die KJP-Expertise zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in Hamburg aus dem Jahr 2003 zu aktualisieren und fortzuschreiben. Dankenswerterweise hat uns die KV-HH vor wenigen Wochen die neuen Daten geliefert, so dass Frau Dr. Albota mit der Auswertung beginnen konnte. Wir hoffen das Ergebnis noch vor den Sommerferien vorliegen zu haben und sind gespannt, wie sich die doch recht zahlreich von der KV-HH erteilten Sonderbedarfszulassungen und die zusätzlichen stationären und teilstationären Angebote auf die Versorgungslage auswirken. Eine Veröffentlichung ist für das 3. Quartal vorgesehen.

Curriculare Fortbildung „Palliativversorgung“

Das curriculare Fortbildungskonzept zur Palliativ-Care-Versorgung ist fertiggestellt und setzt sich nunmehr aus vier Seminarnblöcken, einem Selbsterfahrungsblock sowie 35 Std. supervidierter Hospitationen zusammen. Der Gesamtumfang be-

trägt 160 Stunden ohne Hospitationen. Es ist vorgesehen, den ersten Durchgang im September 2008 zu beginnen und bis ca. Mitte 2009 die Gesamtfortbildung mit einem entsprechenden Zertifikat abzuschließen. Teilnehmen können nicht nur Hamburger Kammermitglieder, sondern auch Mitglieder der Nachbarkammern (Teilnehmerzahl ist auf insgesamt 15 begrenzt). Alle erforderlichen Unterlagen werden in den nächsten Wochen auf der Kammerhomepage (www.ptk-hh.de) zur Verfügung stehen. Die Hamburger Kammermitglieder werden zusätzlich per Mail (Kammertelegramm) informiert.

Initiative gegen den Missbrauch von Praktika

Bundesarbeitsminister Olaf Scholz hat Ende März eine Gesetzesinitiative angekündigt, mit der die Möglichkeiten des Missbrauchs von Praktikanten als „billige“ Arbeitskräfte eingeschränkt bzw. unterbunden werden sollen. Kernpunkte der Initiative sind die Stärkung des Charakters von Praktika als angeleitete Maßnahme zur Erlangung von Berufsfähigkeiten und die angemessene Bezahlung von Praktikanten. Die PTK-Hamburg begrüßt diese Initiative des Bundesarbeitsministers vor dem Hintergrund, dass die überwiegende Mehrzahl der in der Ausbildung befindlichen Psychotherapeuten/innen während der praktischen Tätigkeit zwar nahezu vollwertige Arbeitsleistungen erbringen, hierfür aber zumeist überhaupt keine Vergütung erhalten. Kammerpräsident Prof. Richter hat sich deswegen an den Bundesarbeitsminister gewandt und einerseits Unterstützung zugesichert, andererseits aber auch angemahnt, dass bei der Gesetzesinitiative die per Ausbildungs-/Prüfungsverordnung vorgeschriebenen Praktika/Praktischen Tätigkeiten berücksichtigt werden und nicht nur freiwillige Praktika.

Geschäftsstelle

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Der Umbau der sogenannten Gesundheitsversorgung geht weiter. Bisher beschäftigten sich Gremien mit den Gesundheitsreformen: Gesundheitsverwalter, Gesundheitsökonom und Gesundheitspolitiker sowie einzelne berufspolitisch engagierte Fachkollegen. Diese vereinbarten Rahmenbedingungen und Verfahrensregeln, deren Auswirkungen Sie nur mittelbar in Form von Zulassung von Verfahren, Fortbildungsverpflichtung Honorargestaltung, u. ä. m. tangierten.



Jürgen Hardt

Jetzt sind Sie selbst gefordert. Neue Vertragsformen für Praxen und Institutionen stehen zur Wahl. Sie werden sich über Modelle informieren und Sie müssen entscheiden. Die Wahl können Sie nicht mehr Eingeweihten überlassen. Die Neuregelung wird Ihre Initiative erfordern. Um die Optionen und Konsequenzen zu verstehen, müssen Sie die hermetische Sprache des Gesundheitswesens erlernen: Wenn nicht, bleibt Ihnen nichts übrig, als den Spezialisten Ihre Angelegenheiten zu überlassen.

Die Sprache des Gesundheitsversorgungssystems ist den meisten Therapeuten fremd und es gibt eine verständliche Scheu, sie zu erlernen und sich ihrer zu bedienen. Aber in dieser Sprache und der damit verbundenen Logik werden die Regelungen der solidarischen Krankenbehandlung entschieden. Nach dieser Logik werden die Normen festgelegt, welche Behandlungen wofür und wie lange von

Kostenträgern finanziert werden. Im Gesundheitsversorgungssystem sind Sie als Leistungserbringer angesprochen und das hat wenig mit dem zu tun, was die meisten von uns werden wollten, als sie Psychotherapie zum Beruf wählten.

Es bleibt zu hoffen, dass die Sprache der Therapeutik trotz aller Übergriffe des Systems erhalten bleibt. Das wird von uns allen abhängen, ob wir weiterhin über seelische Krankheit, über Menschen und das Leben reden oder nur noch über Leistungserbringung entsprechend bestimmter Ziffern in genormten verwaltungstauglichen Prozessen.

Auch wenn wir jetzt anders gefordert sind, sollten wir nicht vergessen, worum es ursprünglich in der Psychotherapie ging: Um die Behandlung der Seele.

Ihr Jürgen Hardt
Präsident

„Bologna“ und Folgen – Nachwuchsmangel für psychotherapeutische Heilberufe

Auf Einladung der hessischen Psychotherapeutenkammer trafen sich am 6. Februar 2008 Professoren, Vertreter des Ministeriums für Wissenschaft und Kunst, des Hessischen Sozialministeriums und der Approbationsbehörde zu einem Austausch über die Zukunft und Nachwuchssituation der psychotherapeutischen Heilberufe.

In seiner Begrüßungsrede verwies Kammerpräsident Jürgen Hardt auf die besondere



Susanne Walz-Pawlita

Verantwortung bei der Ausbildung von Psychotherapeuten. Diese fordere eine hohe wissenschaftliche Qualifikation, die fachlich fundiertes therapeutisches Handeln begründe und zugleich eine Erweiterung des Blicks auf

die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ermögliche. Psychotherapie müsse realisieren, dass psychische Erkrankung nicht an der Grenze des individuellen Körpers halt mache. Mit der wachsenden Bedeutung psychischer Erkrankungen und ihrer Folgekosten werde die Ausbildung zunehmend auch zu einer Kammeraufgabe, meinte Vizepräsident Hans Bauer. Die Umstrukturierung der Studiengänge im Rahmen des Bolognaprozesses und das anstehende Forschungsgutachten des Bundesgesundheitsministeriums seien entscheidende Veränderungen. Gerade letzteres lasse vermuten, dass die Ausbildungslandschaft sich durch neue gesetzliche Regelungen weiter verändern werde und daher einer besonderen Aufmerksamkeit und Sorge der Kammern zur Sicherung des Berufsstandes und seiner therapeutischen Verpflichtung bedürfe. Anschließend verwies Thomas Merz, Vorstandsmitglied der Kammer, auf die große Zahl der angestellten Psychotherapeuten hin, die in einem breiten Berufsfeld wichtige Versorgungsaufgaben übernahmen, was in der Öffentlichkeit weniger wahrgenommen würde als die große Gruppe der Niedergelassenen.

Susanne Walz-Pawlita, ebenfalls Mitglied im Kammervorstand, präsentierte anschließend Befunde aus zwei Untersuchungen aus Herbst/Winter 2006 zur aktuellen und mittelfristigen Nachwuchssituation für die



Vertreter aus Hochschulen, Ministerien und Psychotherapeutenkammer reflektierten am 6. Februar 2008...

therapeutischen Heilberufe in Hessen. Im Moment sei an den 16 hessischen Ausbildungsstätten mit ca. 880 Ausbildungsteilnehmern die Nachwuchssituation noch befriedigend; allerdings verliere die Ausbildung durch das Übergewicht an verhaltenstherapeutischen Ausbildungen an Pluralität. Aufgrund der Überalterung der derzeit Berufstätigen und angesichts der zunehmenden medizinischen und ökonomischen Bedeutung psychischer Erkrankungen sei die ermittelte Mindest-Nachwuchsquote von jährlich 120 neuapprobierten PP und 20 KJP ab 2012 das Minimum an neu auszubildenden Psychotherapeuten, um die bestehende psychotherapeutische Versorgung aufrecht erhalten zu können.

Zur Prognose der Nachwuchssituation vor dem Hintergrund der Bologna-Studienreform hatte die Kammer im Sommer 2007 die hessischen Universitäten und Fachhochschulen nach ihren Planungen befragt und die vorgesehenen Plätze in den Bachelor- und Masterstudiengängen mit den bisherigen Absolventenzahlen verglichen. Hier erwies sich die „Flaschenhalsproblematik“ am Übergang vom Bachelor- ins Masterstudium Psychologie als erste massive Verknappung des Studienangebots um fast 30% gegenüber den bisherigen Diplomstudiengängen.

Im Ergebnis kam Walz-Pawlita zu einem alarmierenden Mangel von über 60 fehlenden Masterabsolventen im Fach Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie/Psychotherapie. Die aktuell geplante Zahl von ca. 200 Studienplätzen mit Basisqualifikation in Klinischer Psychologie reiche nach der vorgestellten Prognose zur Sicherung des Nachwuchses in den psychotherapeutischen Heilberufen nicht aus. Die Bologna-Reform

schaffe aufgrund des Elitgedankens eine gezielte Verknappung der Studenten in den Master- und Promotionsstudiengängen, die den Nachwuchs in die psychotherapeutische Ausbildung und damit langfristig auch die Versorgung gefährde.

Aus Sicht der Psychotherapeutenkammern sei zudem eine gesetzliche Änderung der Zugangswege in die Ausbildung notwendig, die einen einheitlichen akademischen Bildungsgrad für PP wie KJP festschreibe, da sonst die Abqualifizierung der KJP in einen Heilberuf zweiter Klasse drohe, was langfristig die Ausbildungsäquivalenz zu den medizinischen Heilberufen gefährde.

*Susanne Walz-Pawlita
Mitglied des Vorstands*

Vertreter von Hochschulen und Ministerien: Nachwuchssituation unabsehbar – Detailfragen künftiger Ausbildungswege ungeklärt

Unter der Moderation von **Jürgen Hardt** und **Dr. Ulrich Müller** vom Vorstand der

LPPKJP machte die lebhafteste Diskussion um das vorgelegte Zahlenmaterial deutlich, dass aus Sicht der anwesenden Hochschullehrer die Lage eher noch ernster zu beurteilen sei.

Prof. **Winfried Rief**, Klinische Psychologie in Marburg und Sprecher der Fachgruppe in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), gab die Position der Fachbereiche Psychologie in Hessen wieder, die sich auf eine auch zukünftig breit angelegte Ausbildung in den psychologischen Bachelor- und Masterstudiengängen unter Einschluss einer Basisqualifikation in Klinischer Psychologie geeinigt hätten, so dass prinzipiell allen Master-Absolventen der Zugang in die Ausbildung offen stehe. Die Praxis anderer Bundesländer, in denen kleine, spezialisierte Masterstudiengänge, auch für das Fach Klinische Psychologie/Psychotherapie, angeboten würden, habe sich hier nicht durchgesetzt. **Hardo Sorgatz**, Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der TU Darmstadt, wies auf den großen klinischen Studienanteil im seit 2006 bestehenden Bachelor-Studiengang hin. Da viele Interventionsmethoden auch in nicht-klinischen Tätigkeitsfeldern von großer Bedeutung seien, würden diese Themen auch im Masterstudiengang fortgeführt. Der Studienabschluss M. Sc. Psychologie müsse den rechtlichen Minimalvoraussetzungen für eine spätere Approbation u. a. auch deswegen genügen, weil sich die Approbation neben der Promotion zu einem wichtigen Qualifikationsmerkmal für Führungspositionen in Wissenschaft und Wirtschaft entwickle.



... die Ausbildung künftiger Psychotherapeuten in Hessen

Prof. **Rudolf Stark**, Klinischer Psychologe und Leiter des Ausbildungsinstituts an der Universität Gießen, hielt in seinem Statement eine Prognose noch nicht für möglich, wie viele der Masterstudenten wirklich die Therapieausbildung beginnen: Die Schätzungen der Kammer, wonach 60% der Hochschulabsolventen „M.Sc. Psychologie“ eine therapeutische Ausbildung anstreben könnten, hielt er für zu optimistisch. Er schätzte den Mangel an erforderlichen klinischen Studienplätzen im Masterstudiengang eher noch höher ein. Darüber hinaus gebe es Vermutungen über zu erwartende Wanderungsbewegungen, ergänzte Dr. **Heike Winter** vom verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut der Universität Frankfurt: Die Neuapprobierenden nähmen ihre psychotherapeutische Tätigkeit nicht unbedingt in Hessen auf, sondern könnten in Regionen abwandern, in denen mit besserer Vergütung ihrer Arbeit zu rechnen sei.

Regierungsdirektor **Christoph Gädeke**, Referent im Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst (HMWK), verwies bei Fragen nach einer Aufstockung des Studienplatzangebots auf die Hochschulen: Diese entschieden autonom anhand der ihnen zugewiesenen Mittel über die Ausgestaltung des Lehrangebots. Sollte sich gleichwohl erweisen, dass die Zahl der entsprechend qualifizierten Hochschulabsolventen nicht ausreichte, den Nachwuchs im Bereich der Psychotherapie zu sichern, werde das HMWK Konsultationen mit den Hochschulen führen, um zu versuchen, ein erhöhtes Studienplatzangebots zu erreichen.

Prof. **Rolf-Peter Warsitz** von der Universität Kassel berichtete von Überlegungen, Masterstudiengänge etwa in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder Klinischer Psychologie zu entwickeln. Eine interessante Entwicklungsmöglichkeit im Zuge des „Bologna-Prozesses“ liege zudem in der Schaffung spezialisierter Masterstudiengänge, die aufbauend oder berufsbegleitend zu den Bachelor-Studiengängen in Sozialer Arbeit absolviert werden könnten. Vor dem Hintergrund der aktuellen berufspolitischen Diskussion sei klar, dass diese FH-Master-Studiengänge keine Psychotherapieausbildung ersetzen könnten, auch wenn eine Kooperation von Instituten und Hochschu-

len zur Sicherung eines Masterstudiums bei paralleler Approbationsausbildung oft der einzige Weg sei, auch den KJP einen Masterabschluss zu ermöglichen. Prof. **Michael Wolf**, Fachhochschule Fulda, formulierte die Frage, ob nicht eine stärkere Trennung zwischen praxisorientierter Psychotherapie- und wissenschaftlicher Hochschulausbildung den zukünftigen Berufswegen der Absolventen besser gerecht würde. Die Vertreter der klinischen Psychologie wiesen jedoch diese Möglichkeit mit dem Verweis auf ein notwendiges Junktim von wissenschaftlicher und praxisorientierter Universitätsausbildung zurück.

Prof. **Tilman Habermas**, Arbeitsbereich Psychoanalyse des Instituts für Psychologie an der Universität Frankfurt, ergänzte, dass nach seiner Einschätzung als Erwachsenenanalytiker Behandlungen von Kindern und Jugendlichen oft komplexer seien als die von Erwachsenen und eine stärkere Einbeziehung gesellschaftlicher und sozialer Bedingungen erforderten. Umso wichtiger sei es, keine Schmalspurausbildung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu verankern und den besonderen Zugang in die KJP-Ausbildungen zu sichern. Die ungleiche akademische Ausbildung lasse langfristig eine Abwertung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie befürchten und sei für den hochkomplexen Heilberuf nicht angemessen. Prof. **Alexa Köhler-Offierski**, Präsidentin der evangelischen Fachhochschule Darmstadt, warnte hingegen vor zu hohen akademischen Voraussetzungen für einen Zugang in die KJP-Ausbildung. Sie wisse, dass von jährlich ca. 150 Absolventen im B.A. Soziale Arbeit nur wenige eine kinder- und jugendlichentherapeutische Ausbildung anstrebten. Daher plädiere sie für eine Beibehaltung des Bachelor-Zugangs in die KJP-Ausbildung und befürworte stattdessen die Aufnahme spezifischer gesundheitsbezogener und klinischer Module in die Bachelor-Studiengänge, um das Interesse an diesem Berufsweg zu stärken. Alle

Bachelor-Studiengänge „Soziale Arbeit“ in Hessen seien so ausgestattet, dass sie die vom Gesetz geforderte sozialpädagogische Qualifikation vermitteln und einen Zugang in die KJP-Ausbildung vorbereiteten.

Helga Bußmeier-Lacey, Leiterin des Referats Gesundheitsberufe, Pflege- und Kammeraufsicht im Hessischen Sozialministerium, und Regierungsdirektor **Christoph Diefenbach**, Leiter des Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamtes im Gesundheitswesen, begrüßten weitere Erhebungen zur Ausbildungslandschaft und Zukunft der psychotherapeutischen Heilberufe.

Abschließend wurde seitens der Kammervertreter die Frage der Methodenvielfalt in der universitären Psychotherapie-Ausbildung angesprochen: Die fast ausschließlich verhaltenstherapeutisch orientierten klinisch-psychologischen Lehrstühle ließen eine Verarmung der Ausbildungslandschaft befürchten. Prof. Hardo Sorgatz äußerte hierzu, dass auch an verhaltenstherapeutisch orientierten klinischen Lehrstühlen psychotherapeutische Methodenvielfalt gelehrt werden würde. Prof. Winfried Rief warb in diesem Zusammenhang für die wissenschaftliche Freiheit der universitären Forschung, die nicht aus beruflichen oder paritätischen Erwägungen heraus eingeschränkt werden dürfe. Zudem konkurrierten die Universitäten in einem internationalen wissenschaftlichen Feld, dem man sich nicht entziehen dürfe.

In Übereinstimmung der Anwesenden wurde vereinbart, nach der Publikation des Forschungsgutachtens im Frühsommer 2009 ein weiteres Treffen einzuberufen, um dessen Folgen für die Entwicklung der Ausbildungslandschaft zu diskutieren und zu Vereinbarungen über weitere Planungen zu kommen.

*Susanne Walz-Pawlita,
Dr. Matthias Ochs*

Informationen zu Datenschutz und Datensicherheit

1. Datenschutz und Telefax

Beim Telefaxverkehr werden die Informationen unverschlüsselt übertragen und sind, wie ein Telefongespräch, abhörbar.

Seitenspeicher oder Übertragungen auf dem Farbband können unbefugt gelesen werden. Auch können bei der Adressierung durch die Telefaxnummer Adressie-

rungsfehler vorkommen. Eine erhöhte Gefahr besteht bei Telefaxgeräten, die an Nebenstellenanlagen angeschlossen sind. Übertragungen an den falschen Adressaten können unbemerkt bleiben oder erst nachträglich bemerkt werden.

Aufgrund dieser Gefährdungen sollte die Übertragung sensibler Daten per Telefax nur im Ausnahmefall und unter Einhaltung zusätzlicher Sicherheitsvorkehrungen (z. B. Verschlüsselungsgerät) erfolgen. Der Sendezeitpunkt sollte mit dem Empfänger abgestimmt werden, damit Unbefugte keinen Einblick nehmen können oder Fehlleitungen etwa durch veraltete Anschlussnummern oder Rufumleitungen vermieden werden. Es sollte beim Fax ein Vorblatt oder ein aussagekräftiger Aufkleber mit Seitenzahlangebe verwendet werden. Sende- und Empfangsprotokolle unterliegen dem Fernmeldegeheimnis und sind vertraulich abzulegen. **Verfügt das Faxgerät über eine Fernwartefunktion, sollte diese grundsätzlich deaktiviert und nur für notwendige Wartungsarbeiten freigegeben werden.**

Vor Verkauf, Weitergabe oder Aussortieren von Faxgeräten ist zu beachten, dass im Gerät gespeicherte Daten gelöscht bzw. Speicherelemente vernichtet werden.

2. Sicherheit bei PCs und Laptops

Auf den PCs und Laptops von PsychotherapeutInnen sind üblicherweise hochsensible Patientendaten gespeichert. **Alle vertraulichen Daten sollten durch Passwörter geschützt sein,** wobei für verschiedene Ordner (z. B. Praxis, Psychotherapeutenkammer) am besten unterschiedliche Passwörter verwendet werden sollten. Passwörter dürfen nicht leicht erraten werden können, sollten aus einer Kombination von Buchstaben, Zahlen und Sonderzeichen bestehen und von Zeit zu Zeit gewechselt werden.

Laptops sollten nicht unbeaufsichtigt bleiben, z. B. in einem nicht abgeschlossenen Konferenzraum während der Mittagspause. Neuerdings gibt es für Laptops eine besondere Diebstahlsicherung durch ein **Alarmsystem,** auf die ich kürzlich aufmerksam wurde.

Ich zitiere: „Gänzlich verhindern können Sie den Diebstahl mit einer Software wie ‚Laptop Alarm‘ zwar nicht, doch zumindest die Aufmerksamkeit von Passanten und zufällig Anwesenden auf den Dieb lenken. Denn Laptop Alarm tritt immer dann in Aktion, wenn jemand unberechtigterweise den Rechner runterfahren oder den Benutzer abmelden will. [...] Also ein absolut praktisches Tool, das Sie immer dann nutzen sollten, wenn Sie Ihren Laptop für einige Minuten nicht beaufsichtigen können – beispielsweise, wenn Sie allein in einem Café sitzen und die Toilette aufsuchen müssen oder auf langen Zugfahrten, bei denen sich ein WC-Besuch ebenfalls nicht vermeiden lässt.“ (Download von Laptop Alarm: www.syfer.nl). Eine Möglichkeit zur Sicherung von Laptops kann daneben die **Anmeldung des Geräts bei einem Internetserver der Fa. Steganos** sein (Steganos Privacy Suite). Über den Kontakt dorthin kann durch die Firma eingegrenzt werden, **wo sich ein gestohlener PC befindet** (Download der Software unter www.steganos.de).

Vielfach wird die Verbindung von PCs ins Internet über kabellose Netzwerke, sogenannte WLANs, hergestellt. **Die Verbindung zu WLANs ist nur vertretbar, wenn diese über eine der aktuellen Verschlüsselungsmethode WPA oder WPA2 hergestellt wird.** Ein Zugang ohne Verschlüsselung oder über den veralteten WEP-Standard kann leicht geknackt und dann von unbefugten Personen abgehört werden.

Vor Verkauf oder Weitergabe von PCs und Laptops sollte unbedingt dafür gesorgt werden, dass alle sensiblen Dateien nicht nur über den Papierkorb und Löschen der Dateien im Papierkorb gelöscht werden, sondern zusätzlich mit einem geeigneten Löschmodul so überschrieben werden, dass eine Rekonstruktion der Daten auch für einen versierten Fachmann nicht mehr möglich ist. Sollte das Laufwerk bzw. die Festplatte defekt sein, empfiehlt es sich, den Datenträger auszubauen und mechanisch zu zerstören.

3. Datenschutz im E-Mail-Verkehr

E-Mails und E-Mail-Anhänge, soweit sie nicht verschlüsselt sind, müssen hinsichtlich der Datensicherheit als unsicher

angesehen werden. **Sensible personenbezogene Daten, z. B. patientenbezogene Daten, sollten daher nur dann per E-Mail versandt werden, wenn die E-Mail adäquat verschlüsselt wurde:** Unter www.gpg4win.de kann eine als sicher geltende **Verschlüsselung** für E-Mails nach dem PGP-Standard für verschiedene gebräuchliche Mailprogramme kostenfrei bezogen werden. Um diese Methode nutzen zu können, muss diese Software aber sowohl beim Versender wie auch beim Empfänger installiert sein. Eine andere, einfacher nutzbare Möglichkeit zur E-Mail-Verschlüsselung für Windows-Systeme kann (kostenpflichtig) bezogen werden unter www.steganos.de.

4. Sicherheit bei USB-Sticks

Auf USB-Speichersticks können bei einer Speicherkapazität von 15 GB und mehr riesige Datenmengen ausgelagert werden. Die handlichen kleinen Teile sind nicht nur sehr praktisch, sie beinhalten gleichzeitig besondere Risiken für den Datenschutz. Sie können leicht verloren gehen, missbraucht oder entwendet werden. **Auch der kurzfristige Austausch von Daten unter Kollegen oder in einer Arbeitsgruppe mittels USB kann dazu führen, dass weitere auf dem Stick enthaltene Daten unbeabsichtigt oder auch gezielt mit übertragen werden, da die Daten an jedem modernen Rechner rasch und unauffällig ausgelesen werden können. Schutzmaßnahmen sind deshalb dringend zu empfehlen:**

Die einfachste Absicherung von USB-Sticks gegen Datenmissbrauch besteht in der Vergabe eines Passworts, ohne dessen Eingabe weder der USB-Stick als temporäres Laufwerk unter „Arbeitsplatz“ eines Windows-Rechners angezeigt wird, noch die Ordner und Dateien auf dem Stick freigegeben werden. Falls der Stick in einer Gruppe verwendet wird, sollten mehrere Passwörter vergeben werden. Z. B. ein erstes Passwort, mit dem man in den öffentlichen Bereich der Arbeitsgruppe gelangt, mit weiteren Passwörtern können dann einzelne Ordner geschützt werden.

Zur sicheren Verschlüsselung von Memorysticks und bei Bedarf ganzer

Festplatten eignet sich die kostenlos für Windows-, Apple- und Linux-PCs unter www.truecrypt.org erhältliche freie Software TrueCrypt. Die Software enthält eine Hilfestellung zur Erstellung einer Verschlüsselung auf dem Memory Stick („Traveller Disk erstellen“).

Vor Verkauf oder Weitergabe von USB-Speichersticks ist hinsichtlich der Löschung der Daten analog zu verfahren wie oben bei Laptops/Festplatten beschrieben.

Nachrichten

Umgang mit Patientenakten im Todesfall – Vorsorgevollmacht empfohlen

Gemäß §8 Abs. 3 der Berufsordnung haben PPs und KJPs dafür Sorge zu tragen, dass Patientendokumentationen oder -akten bei Praxisaufgabe und -übergabe, aber auch im Todesfall „in gehörige Obhut gegeben“ und „nach Ablauf der Aufbewahrungszeit ... vernichtet werden“.

Verschiedene Berufskollegen und Kammern waren schon wiederholte Male damit konfrontiert, dass niedergelassene PPs oder KJPs plötzlich verstarben und dass danach der Verbleib von Patientenunterlagen und -akten zu regeln war: Gesetzlich fällt die Verantwortung für den Umgang mit solchen Akten den Erben der verstorbenen Person zu, sofern kein anderes Procedere festgelegt wurde. Wenn die verstorbene Person ohne Hinterbliebene ist oder jene das Erbe ausschlagen, ist der Verbleib von Patientendaten unregelt.

Der Ausschuss für ethische Fragen und Berufsordnung empfiehlt daher, dass für den Fall des Todes eines praktizierenden Kammerangehörigen der Umgang mit den Patientendaten geregelt werden sollte: Beim zuständigen Amtsgericht sollte eine Vorsorgevollmacht hinterlegt werden, in der festgehalten ist, wer im Todesfall für Patientendokumentationen und Praxisunterlagen zuständig ist. Das Formular einer Vorsorgevollmacht kann z. B. auf der Internetseite des Bundesjustizministeri-

5. Datenvernichtung

Vernichtung von Akten: Personenbezogene Daten müssen vor der Entsorgung unkenntlich gemacht werden, d. h. z. B. geschreddert werden. Größere Aktenmengen sollten am besten von einem Vernichtungs-Dienstleister entsorgt werden. Dieser sollte als Entsorgungsfachbetrieb zertifiziert sein – Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001:2000 – Durchführung der Aktenvernichtung gemäß Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Am besten lässt man sich über die fach-

ums unter www.bmj.bund.de/files/-/953/Vorsorgevollmacht.pdf geladen oder in der Geschäftsstelle der Kammer angefordert werden. Es sollte ausgefüllt an das zuständige Amtsgericht gesandt werden, das ein Aktenzeichen vergibt. Im Versorgungsfall kann die bevollmächtigte Person unkompliziert beim Amtsgericht Vollmachten erhalten. Die Registrierung mit Aktenzeichen ist kostenlos.

Auf Anregung des Ausschusses für ethische Fragen und Berufsordnung erhalten Hinterbliebene verstorbener Kammerangehöriger von der LPPKJP eine Information mit Empfehlungen, wie sie mit Patientenunterlagen und -akten umgehen sollten (Informationen und Dokumente dazu siehe unter www.ptk-hessen.de/ptj).

Dirk Fiedler

Vorsitzender des Ausschusses für ethische Fragen und Berufsordnung

Berufshaftpflichtversicherung für angestellte PPs und KJPs? Beim Arbeitgeber nachfragen!

Im Psychotherapeutenjournal 2/07 wurden auf den Seiten unserer Hamburger Kammerkolleginnen und -kollegen angestellte Mitglieder aufgefordert, grundsätzlich eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen.

Der Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ (PTI) ist unter Mitwirkung des

gerechte Entsorgung eine Bescheinigung ausstellen.

Vernichtung von CDs / DVDs: Diese werden am besten mit einem speziellen Schredder vernichtet, wie er z. B. in Entsorgungsbetrieben vorhanden ist.

*Dr. Rainer Doubrawa,
Datenschutzbeauftragter LPPKJP
Hessen*

Für ergänzende Hinweise bedanke ich mich bei Dipl.-Psych. Stefan Baier.

Geschäftsführers der Kammer, Herrn Rautschka-Rücker, dieser Frage nachgegangen, zumal Anfragen von Kammermitgliedern zu diesem Thema eingegangen sind: Grundsätzlich sollten sich alle angestellten PPs und KJPs bezüglich möglicher Haftungsansprüche von Patientinnen und Patienten absichern, wie dies auch die Berufsordnung in § 5, Abs. 3 fordert. Der Ausschuss empfiehlt deshalb angestellten Mitgliedern, die keine private Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen haben, welche auch dienstliche Tätigkeiten einschließt, beim Arbeitgeber nachzufragen, in welchem Umfang die abgeschlossene Haftpflichtversicherung bei Schadensersatzansprüchen eintritt und ob Regressforderungen gegenüber Mitarbeitern erhoben werden können.

Von einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen hat der PTI-Ausschussvorsitzende auf Anfrage erfahren, dass „Versicherungsschutz bei jedem Grad der Fahrlässigkeit“ besteht, der in der Höhe nicht begrenzt ist, und dass auf Regressforderungen bei Fahrlässigkeit verzichtet wird. Anzumerken ist, dass dies nicht unbedingt für andere LWV-Einrichtungen oder für Einrichtungen anderer Träger gelten muss. Bei einem solchen umfassenden Schutz erscheint der Abschluss einer privaten Berufshaftpflichtversicherung entbehrlich. Nicht abgedeckt ist in so einem Fall nur vorsätzliches Handeln, welches aber auch anderweitig nicht versicherbar ist.

Fazit: Nachfragen und bei Unsicherheit lieber den relativ geringen Jahresbeitrag für eine Berufshaftpflichtversicherung aufbringen. Im Zweifelsfall können Sie sich mit Rückfragen an die Geschäftsstelle der Kammer wenden.

Ralph Wohlfarth, Vorsitzender des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“

Punktekonto für Fortbildungen: Teilnahmebescheinigungen einreichen

Die Kammer führt für die Mitglieder ein Punktekonto, auf dem die Teilnahme an akkreditierten Fortbildungsveranstaltungen erfasst wird. Die Geschäftsstelle bitet aus organisatorischen Gründen, mit der Übermittlung nicht bis zum Ende der Fünfjahresfrist zu warten. **Bitte senden**

Sie einmal jährlich Kopien Ihrer Fortbildungsbescheinigungen ein.

Umgezogen oder neuer Telefonanschluss? Änderungen der Privat- oder Dienstadresse mitteilen

Wenn Sie umgezogen sind oder sich Ihre Daten geändert haben, teilen Sie das der Geschäftsstelle bitte schnellstmöglich mit. Sie können dies formlos tun oder auch die Internetseite der Kammer nutzen: Ein Formular zur Übermittlung der neuen Adressdaten finden Sie unter www.ptk-hessen.de unter Mitgliederservice, Formulare.

Nachrichten im Internet

- TK-Modell: Erste Trends
- Hat der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie doch nicht nur recht

mit seiner Auslegung des Begriffs „wissenschaftlich anerkannt“?

- Wer bestimmt den Praxiswert?
- Hilfe bei der Praxiswertermittlung
- Nachvergütungen für den Zeitraum 1. Quartal 1999 bis 2. Quartal 2004. Urteil des Sozialgerichts Frankfurt
- Symposium der Bundeskammer zur Zukunft der Ausbildung vom 9. April 2008
- Mitgliederöffentliches Plenum „Veränderungen in der ambulanten Versorgung psychisch Kranker“ vom 16. Mai 2008
- Delegiertenversammlung vom 17. Mai 2008

Diese und seit Redaktionsschluss neu eingegangenen Nachrichten finden Sie im Internet unter www.ptk-hessen.de/ptj.

Rubriken

Termine

Termine und Informationen finden Sie immer aktuell unter www.ptk-hessen.de/ptj.

- „Verloren in virtuellen Welten!?“ – Computerspielsucht im Spannungsfeld zwischen Psychotherapie Pädagogik. Arbeitstagung von LPPKJP mit u. a. Jugend- und Sozialamt Frankfurt, 6. September 2008, Jugend- und Sozialamt Frankfurt. Eschersheimer Landstr. 241-249, 60320 Frankfurt.
- Delegiertenversammlung 7.-8. November 2008, Achat Plaza Hotel, Ernst-Griesheimer-Platz 7, 63071 Offenbach.

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegin:

Dipl.-Psych. Barbara Lemisz, Wiesbaden, geb. 02.10.1946, gest. 13.04.2008.

Redaktion Hessische Kammerseiten:

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

Geschäftsstelle

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

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

aus der Vorstandsarbeit der letzten Monate ist zu berichten:

Die Kooperation mit den anderen Heilberufekammern entwickelt sich zunehmend: Nachdem sich NiZZA (der Niedersächsische Zweckverband zur Approbationserteilung) als gelungenes Modell der Kooperation von Psychotherapeutenkammer, Ärztekammer und Zahnärztekammer erwiesen hat, auf das die Kammern anderer Bundesländer nach anfänglicher Skepsis zunehmend neugierig gucken, bahnen sich weitere Kooperationsansätze an: Von der erfolgreichen Zusammenarbeit mit der Tierärztekammer in einer Weiterbildungsangelegenheit hatten wir schon berichtet; nun wird die Frage erörtert, ob die gemeinsame Übernahme weiterer Aufgaben im Zusammenhang mit der Berufsausübung zweckmäßig sein könnte.

Ein Treffen mit dem ÄKN-Vorstand Ende Februar fand in ausgesprochen kooperativer und entspannter Atmosphäre statt und mündete nicht nur in der Festlegung eines weiteren gemeinsamen Termins, sondern auch in der Feststellung erster gemeinsam weiter zu bearbeitender Themen. So wurden zwei für beide Kammern wichtige gemeinsame Anliegen ins Auge gefasst:

- Die Arbeit mit PatientInnen mit geringen oder völlig fehlenden Deutsch-Kenntnissen und der Erwerb von Wissen über kulturell geprägtes Krankheitsverständnis; die Arbeit mit Dolmetschern und ähnliche Themen sollen zunächst von den Kammern im Rahmen eines Themenkatalogs spezifiziert werden, um darauf aufbauend gemeinsame Fortbildungen zu planen.
- Zu Fragen des Kinderschutzes und den sich aus den Entwicklungsbedingungen in unserer Gesellschaft ergebenden Belastungen für Kinder wollen sich die bei-

den Kammern austauschen und wechselseitig ihre Initiativen unterstützen.

Und: Der PKN-Vorstand erhielt eine Einladung zur Teilnahme an der Kammerversammlung der ÄKN – wir haben diese Einladung gern angenommen: Dr. Wittmann war am 12.04. Gast bei den Delegierten der ÄKN.

Ein anderes Feld, auf dem Kooperation zunehmend Gestalt gewinnt, sind die regelmäßigen Treffen der „Nordkammern“ (Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Niedersachsen); das letzte Treffen fand unter Teilnahme fast aller Vorstandsmitglieder aus diesen Kammern Anfang Februar in Hannover statt.

ReferentInnen der PKN stellten zu überregional relevanten Themen ihre Kenntnisse und Erfahrungen zur Verfügung:

- zum Thema Gutachterlisten Herr Dr. Borchard (Forensik-Beauftragter der PKN),
- zu den Themen Vergütungsfragen und Titelschutz Frau Dr. Karoff (für die PKN tätige Arbeitsrechtlerin),
- zum Thema Notfallpsychotherapie Herr Dr. Kröger (Beauftragter der PKN für Notfallpsychotherapie).

Neben diesen Themen wurden vor allem Nachwuchsfragen erörtert, darunter die Bedingungen, unter denen PiA im „psychiatrischen Jahr“ in Kliniken arbeiten (müssen). Zur Situation der PiA ist eine Erhebung bei allen Ausbildungsinstituten im Norden verabredet worden.

Außerdem wurde vereinbart, dass länderübergreifend die Zahlen der Studienplätze in Masterstudiengängen Psychologie ermittelt werden, um zunächst auf dieser Basis Schätzungen anzustellen, ob mit

den verfügbaren Studienplätzen der Nachwuchs an PP zu sichern ist, und dann gegebenenfalls bei Feststellung eines Mangels an Studienplätzen bei den einzelnen Länderministerien aktiv zu werden.

Aus einem Gespräch mit „unserem“ Ministerium für Wissenschaft und Kultur im Januar diesen Jahres (unter Beteiligung von Professor Dr. Wolfgang Schulz von der TU Braunschweig) sind wir diesbezüglich mit vorsichtigem Optimismus herausgegangen: Wir fanden nicht nur Verständnis für unser Anliegen, die Übergangsquote von Bachelorabsolventen zum Masterstudiengang Psychologie ausreichend hoch anzusetzen, um den Nachwuchs im Heilberuf PP nicht zu gefährden; wir konnten dem Gespräch auch entnehmen, dass die Planungen zum gegenwärtigen Zeitpunkt – wenn sie denn umgesetzt werden – in etwa die Zahl von Master-Absolventen prognostizieren lassen, die für den Erhalt der jetzigen Zahl von PP in Niedersachsen knapp ausreichend sein könnte – auch wenn das ein bescheidenes Ergebnis angesichts des zu erwartenden größeren Bedarfs an PP und KJP wäre. Auch deshalb ist es wichtig, mit Zahlen aus den anderen norddeutschen Bundesländern immer wieder in den zuständigen Ministerien und in der Politik vorstellig zu werden.

Unsere Presseerklärung zum geplanten Abbau von Schulpsychologen-Stellen in Niedersachsen (auf unseren Internetseiten nachzulesen) fand breite Unterstützung in der Fachöffentlichkeit, wurde von der Presse aufgegriffen und löste auch bei einigen Politikern Bestürzung aus. Wir werden zusammen mit Vertretern der Schulpsychologie zu diesem Thema am Ball bleiben.

Bei der Verabschiedung von Prof. Dr. Maathe (ehemaliger ärztlicher Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses

Königsutter (jetzt: AWO-Psychiatriezentrum Königsutter)), mit dem uns eine langjährige Zusammenarbeit verband und sicherlich weiter verbindet, war die PKN mit drei Vorstandsmitgliedern (Wittmann, Köthke, Schwartz) vertreten. Wir haben bei dieser Gelegenheit unser Interesse bekundet, auch zukünftig mit dieser Klinik zusammenzuarbeiten, vor allem auch mit der Psychiatriekademie Königsutter, mit der wir gemeinsam das Forensik-Curriculum auf den Weg gebracht haben..

Im Gesundheitsplenum der Region Hannover (wir berichteten darüber) hat sich als Arbeitsschwerpunkt die Früherkennung und -behandlung von Depressionen herauskristallisiert. In der dazu gegründeten AG „Bündnis gegen Depression“ ist die PKN jetzt mit Frau Corman-Bergau in der Kernarbeitsgruppe vertreten. Wir können also auch dort unsere Kompetenzen einbringen und die Interessen unserer Berufsgruppe vertreten.

Dass das nicht selbstverständlich ist, sondern dass unser Beitrag zum Gesundheitssystem immer noch nicht bzw. nicht überall als bedeutsam und notwendig wahrgenommen wird, konnte Dr. Wittmann auf einer Tagung des Landesfachbeirats Psychiatrie in Braunschweig feststellen. Dr. Wittmann musste sich einer sehr kritischen Diskussion zum Versorgungsbeitrag der Psychotherapie stellen, die durch die Vorstellung der GEK-Studie mit der Behauptung der Wirkungslosigkeit von Psychotherapie (vgl. dazu den Artikel von Jacobi & Hoyer in diesem Heft) ausgelöst wurde. Immerhin wurde von allen Seiten am Ende der Veranstaltung betont, wie wichtig es sei, im Gespräch zu bleiben.

Nach dem Angestellten-Tag im November 2007 fand Ende Februar eine weitere Veranstaltung für unsere angestellten Mitglieder statt, und zwar speziell für die in Kliniken tätigen PP und KJP. Auch diese Veranstaltung, die dafür gedacht war, die spezifischen Themen dieser Gruppe von Mitgliedern und ihre Anliegen an die PKN aufzunehmen (auch über einen dort verteilten Fragebogen), war gut besucht und löste offenbar sehr positive Resonanz aus. Einen ausführlichen Bericht über Verlauf, Ergebnisse und Konsequenzen dieser Veranstaltung, die von unserer Kollegin Annika Gnath moderiert worden war, werden Sie im nächsten Heft des ptj finden.

Wir machen schon jetzt darauf aufmerksam, dass wir die bereits in der Vergangenheit erfolgreich durchgeführten Seminare zu den Themen

- Berufseinstieg: „Approbation – was nun?“
- Praxisweitergabe
- Qualitätssicherung in der Psychotherapeutischen Praxis

regelmäßig wieder anbieten werden. Ein weiteres Seminar zum Thema „Angestellt oder selbständig?“ ist in Planung. Die Termine werden Sie demnächst auf unseren Internetseiten finden können..

Um Mitwirkung werben wir bei der Erstellung einer Liste von Kolleginnen und Kollegen, die psychotherapeutisch mit geistig behinderten Menschen arbeiten. Wir weisen dazu auf einen Aufruf von Frauke Werther hin, der Vorstandsbeauftragten zu diesem Thema, – Sie finden ihn am Ende unserer Seiten in diesem Heft.

Apropos Veröffentlichung unserer psychotherapeutischen Angebote: Wir werben immer wieder darum, dass Sie sich mit Ihrem Angebot in Psych-Info (das Psychotherapeutesuchsystem der Länder Schleswig-Holstein, Hamburg, Berlin, Bremen, Niedersachsen, Saarland) eintragen – das System wird von potentiellen PatientInnen, aber auch von Institutionen ausgesprochen gut genutzt, ist aber – was die Repräsentanz niedersächsischer Kolleginnen und Kollegen angeht – immer noch recht dürtig bestückt. Der Eintrag ist sehr unkompliziert möglich, wenn Sie sich auf unseren Internetseiten unter „Mitgliederbereich – geschlossener Bereich“ mit Ihrer Mitgliedsnummer und Ihrem Kennwort einloggen; bei Unklarheiten wenden Sie sich gern an die Geschäftsstelle.

Auf Beschluss der Kammerversammlung im April (Bericht: siehe unten) können im Rahmen einer Übergangsregelung zur Weiterbildungsordnung Kolleginnen und Kollegen, die neben Ihrer Approbation zu PP eine zusätzliche Qualifikation in Neuropsychologie nach den Bedingungen der GNP absolviert haben und bis jetzt in diesem Bereich arbeiten, auf Antrag an die PKN die Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ erhalten.

Und dann noch: Denken Sie daran, sich rechtzeitig zu unserem niedersächsischen Psychotherapeutentag am 26. und 27. September 2008 in Osnabrück zum Thema „Kinderzeiten – Kindheit in der Psychotherapie“ anzumelden!

Ihr PKN-Vorstand:

Dr. Lothar Wittmann, Gertrud Corman-Bergau, Werner Köthke, Bertke Reiffen-Züger, Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz

Die Kammerversammlung der PKN hat getagt

Am 05.04.08 sind die Delegierten der PKN zur ersten Kammerversammlung in diesem Jahr zusammengekommen.

Im Vordergrund standen nach den Berichten des Präsidenten, Dr. Wittmann, und des Vorsitzenden des PVW-Verwaltungsrats, Werner Köthke, diesmal zwei inhaltliche Themen:

Frauke Werther, Vorstandsbeauftragte der PKN für Menschen mit geistiger Behinderung, berichtete von den Schwierigkeiten, Psychotherapeuten für diese Klientel zu finden, die – legt man z. B. auch die Verschreibung von Psychopharmaka an 30% der geistig Behinderten zugrunde – offensichtlich großen Hilfebedarf haben. Frau Werther informierte darüber, dass einige

Psychiater zusammen mit anderen Berufsgruppen sich dieses Themas bereits mit einigem Engagement angenommen und eine Gesellschaft gegründet haben, in der mitzuwirken die PP und KJP eingeladen sind. Dass diese Einladung ernst gemeint ist, werde verdeutlicht durch die Tatsache, dass sie zum nächsten DGPPN-Kongress eingeladen worden sei, um dort über Diag-

nostik und Behandlung geistig Behinderter aus Sicht von PP und KJP vorzutragen. Ihr sei es dabei ein Anliegen, die von ihr auf ärztlichen Kongressen wahrgenommene Tendenz zur Reduktion der Diagnostik auf immer mehr verfeinerte Verhaltensbeobachtungsverfahren zu thematisieren und die mit den psychodynamischen Verfahren verbundenen diagnostischen Möglichkeiten (Verstehen der Patienten über Analyse von Übertragung und Gegenübertragung und der Szene) mehr ins Blickfeld zu rücken.

Die Kammerversammlung beschließt die Einrichtung einer Liste von PP/KJP, die bereit und in der Lage sind, mit geistig behinderten Menschen psychotherapeutisch zu arbeiten; der Vorstand wird beauftragt, entsprechend tätig zu werden.

Nach Anfragen des Ausschusses für Berufsordnung und Berufsethik, wie bei Beschwerden die Rechte von Patienten und Psychotherapeuten in Beschwerdefällen und in berufsgerichtlichen Verfahren gleichermaßen gewahrt werden können, hat der vom Vorstand als „Beschwerdebeauftragter und Ermittler in berufsrechtlichen Angelegenheiten“ eingesetzte RA Matthias Vestring das Verfahren vorgestellt, das durch eine Beschwerde bzw. einen Vorwurf gegen einen psychotherapeutischen Behandler bei der PKN ausgelöst wird. Herr Vestring wird bei jeder Beschwerde tätig, unabhängig davon, ob diese sich als möglicher Verstoß gegen die Berufsordnung, also als milder zu bewertendes Vergehen, erweisen wird, oder ob es sich nach näheren Erkundungen um einen strafrechtlich relevanten Sachverhalt handeln könnte (vgl. auch die Information im Flyer „Berufsaufsicht und Beschwerdemanagement“, die Sie im Internet unter „Schlichtung“ finden). Herr

Vestring berichtete, dass es sein Ziel sei, die notwendige Intervention so niedrig wie möglich zu halten, also möglichst zur Klärung zwischen Beschwerde führendem Patienten und Behandler beizutragen. Dieses an sich begrüßenswerte Vorgehen warf die Frage auf, ob sich der an der Klärung aktiv mitwirkende Psychotherapeut selbst durch seine Aussagen belasten könne, die im Fall eines dann doch erforderlichen berufsrechtlichen Verfahrens gegen ihn verwendet werden könnten, und ob er daher nicht gleich zu Beginn über sein Recht zur Aussageverweigerung informiert werden müsse. Angesichts der zu leistenden Güterabwägung wurden Möglichkeiten erörtert, wie Mitwirkung an Klärung und Aufklärung über die Rechte des Beschwerzten „unter einen Hut“ gebracht werden können, ein Prozess, der im Austausch zwischen Beschwerdebeauftragtem, Vorstand und Ausschuss fortgesetzt wird.

Aus dem Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung war anlässlich der Vorbereitung einer palliativ-psychotherapeutischen Fortbildung durch die PKN das Anliegen an die Kammerversammlung herangetragen worden, generell zu entscheiden, ob die PKN nicht nur als Entwickler, sondern selbst auch als Veranstalter von curricularen Fortbildungen aktiv werden solle – oder ob die niedersächsischen Ausbildungsinstitute, die auch Fortbildungen anbieten, vor Konkurrenz durch die PKN geschützt werden sollen. Die Kammerversammlung hat nach zunächst kontroverser Diskussion mit großer Mehrheit beschlossen, sich mit den Anträgen, die eine Einschränkung der Handlungsmöglichkeiten der PKN bedeu- tet hätten, nicht weiter zu befassen.

Frau Surmelyeva, eine unserer PiA-Vertreterinnen, hat den Bericht von der ersten

PiA-Bundesdelegierten-Konferenz in Berlin vorgestellt. Sie finden diesen Bericht auf unseren Internetseiten.

Der Geschäftsführer der PKN, Herr Mittelstaedt, gab der Versammlung eine Übersicht über die Arbeit der Akkreditierungsstelle und die bisher gesammelten Fortbildungspunkte auf den Konten unserer Mitglieder. Sie finden auch diesen Bericht auf unseren Internetseiten.

Die im April 2007 beschlossene Weiterbildungsordnung (WbO) der PKN nennt als bisher einzigen Bereich, in dem eine Weiterbildung vorgesehen ist, die Neuropsychologie. Die Kammerversammlung hatte zu entscheiden, wie im Rahmen einer Übergangsregelung Kolleginnen und Kollegen, die approbiert sind und sich darüber hinaus in Neuropsychologie weiter qualifiziert haben, die Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ erwerben können. Die Versammlung hat sich darauf verständigt, dass dafür neben einer Ausbildung nach den Vorgaben der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) mit entsprechendem Zertifikat der Nachweis weiterer neuropsychologischer Praxis bis zum Zeitpunkt der Beantragung der Zusatzbezeichnung erforderlich ist.

Was immer auf der ersten Kammerversammlung eines Jahres ansteht, ist die Entlastung des Vorstands. Nach den vorgelegten Kassenberichten und dem Bericht des Wirtschaftsprüfers hat der Vorsitzende des Finanzausschusses, Dr. Liebeck, Vorstand und Geschäftsführung der PKN eine „sparsame Haushaltsführung“ bescheinigt und der Versammlung die Entlastung des Vorstands empfohlen – die Kammerversammlung ist diesem Vorschlag ohne Gegenstimmen gefolgt.

Psychotherapeuten für die Behandlung geistig Behinderter gesucht

Zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung beschloss die Kammerversammlung im April, ein Netzwerk von Kammermitgliedern aufzubauen, die mit geistig behinderten Menschen arbeiten. Bereits vor einiger Zeit war die Bundesvereinigung Lebenshilfe mit dem Wunsch an die Psychotherapeutenkammern her-

angetreten, die extrem schlechte Versorgungslage zu verbessern. Zuletzt hatte die interdisziplinäre „Deutsche Gesellschaft zur Förderung der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung e.V.“ (DGSGB) die Psychotherapeutenkammern gebeten, Listen mit geeigneten Behandlern zu führen, so dass dieser be-

sonders schützenswürdigen Klientel und ihren Betreuern entmutigende Odysseen erspart bleiben. Die Kammermitglieder, die sich für die Arbeit mit dieser Gruppe von Patienten bereit erklären, können selbstverständlich entscheiden, ob diese Bereitschaft veröffentlicht werden soll (was z.B. bei Psych-Info auch jetzt schon möglich

ist), oder ob ihr Name nur auf konkrete Anfrage und Rücksprache weitergegeben werden soll. Interessierte werden gebeten, per e-mail Kontakt mit Frauke Werther aufzunehmen.

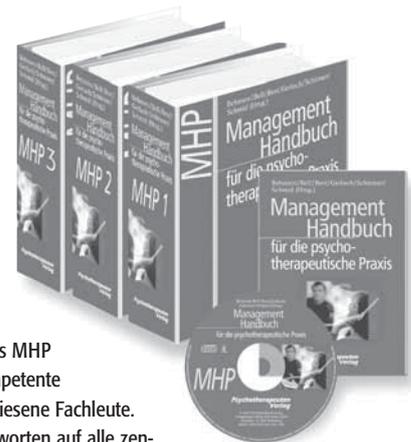
Frauke Werther, Beauftragte des Vorstands der PKN für Menschen mit geistiger Behinderung
frauke.werther@t-online.de

**Psychotherapeutenkammer
Niedersachsen**

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
Sprechzeiten allgemein:
Mo, Mi, Do, Fr 09.00–11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30–15.00 Uhr

Sprechzeiten 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

Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis MHP



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

Loseblattwerk in 3 Ordnern. Ca. 3.300 Seiten. € 138,-*
ISBN 978-3-938909-01-0

MHPplus CD-ROM. € 148,-*
ISBN 978-3-938909-02-7

Kombi-Ausgabe Loseblattwerk und MHPplus CD-ROM. € 218,-*
ISBN 978-3-938909-09-6

*Zzgl. ca. 4 Aktualisierungen jährlich zu je ca. € 45,- bis € 50,- / je € 49,- pro CD-ROM-Update bzw. € 32,- für Kombi-Abonnenten.

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

Die CD-ROM MHPplus bietet neben dem kompletten Inhalt des Loseblattwerkes zusätzlich die Rubrik „Praxishilfen“. Dort finden Sie für sämtliche Praxissituationen Verträge, Muster, Formulare und Checklisten, die Sie individuell bearbeiten können.

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

**Psychotherapeuten
Verlag**



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Multiprofessionelle Teams haben sich durchgesetzt – Ergebnisse einer Befragung von angestellten Psychotherapeuten in NRW-Krankenhäusern

In nordrhein-westfälischen Krankenhäusern arbeiten rund 700 angestellte Psychotherapeuten. Sie sind damit eine wesentliche Säule in der stationären Behandlung psychisch Kranker. Die Psychotherapeutenkammer NRW initiierte deshalb eine Befragung dieser Kolleginnen und Kollegen, um systematisch detailliertere Informationen zu deren Arbeitsbedingungen zu ermitteln. Den Fragebogen entwickelte die Kommission „Psychotherapie im Krankenhaus“, die mit berufspolitisch aktiven Mitgliedern besetzt wurde, die selbst in Krankenhäusern tätig sind. Der Fragebogen wurde im Herbst 2007 an alle Psychotherapeuten in NRW verschickt, die nach dem Mitgliederverzeichnis der Kammer in einem Krankenhaus angestellt sind. Nach vier Wochen wurde nochmals an den Fragebogen erinnert, wodurch eine relativ hohe Rücklaufquote von 57 Prozent erreicht werden konnte. Letztlich wurden 335 beantwortete Bögen in die Auswertung einbezogen. Die Kommission (R. Mertens, D. Dewald, H. Schürmann) fasst im Folgenden die Ergebnisse der Befragung zusammen.

Das Geschlechterverhältnis und das Verhältnis von Psychologischen Psychotherapeuten (PP) zu Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) entspricht annähernd der Verteilung in der PTK NRW: 44% männlich, 56% weiblich sowie 77% PP, 13% KJP, 7% doppelapprobiert (Rest keine Angabe).

41 Prozent der Antwortenden gaben an, sie seien als Psychologischer Psychotherapeut eingestellt, neun Prozent als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Dies überrascht, da der Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten erst seit 1999 existiert und die Altersverteilung der Kammermit-

glieder nahe legt, dass eine Mehrheit der Arbeitsverträge älter als neun Jahre ist. Hier hätte möglicherweise im Fragebogen präzisiert werden müssen „laut Arbeitsvertrag bin ich als ... eingestellt“ (s. Tabelle 1).

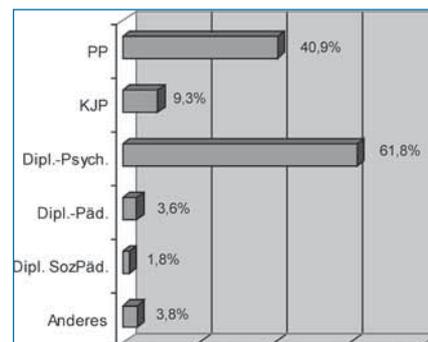


Tabelle 1

Drei von vier Psychotherapeuten arbeiten in einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie (73%), rund jeder zehnte in einer Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (12%) oder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (8%). Lediglich drei Befragte gaben an, in einer somatischen Abteilung zu arbeiten.

Häufig in Leitungsfunktionen

Das Krankenhausgestaltungsgesetz NRW sieht die Möglichkeit vor, dass Psychotherapeuten auch als Leiter von Krankenhausabteilungen tätig werden. Deshalb interessierte die Kammer besonders, inwieweit von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wird.

Etwa 10 Prozent gaben an, leitender Psychotherapeut zu sein, etwas mehr noch (13%), dass ihnen Personalverantwortung übertragen sei. Weitere 15 Prozent haben

Leitungsfunktionen: im Wesentlichen Stationsleitung, Ambulanzleitung und häufig die Leitung von Tageskliniken. Hier nutzen die Krankenhäuser – häufiger als erwartet – die soziale Kompetenz von Psychotherapeuten, um ihnen ursprünglich ärztliche Aufgaben zu übertragen – eine Tendenz, die angesichts des Ärztemangels sicher noch zunehmen wird.

Drei Viertel in multiprofessionellen Teams

Die Kammer interessierte ferner, nach welchem strukturellen Konzept Psychotherapeuten heutzutage in Krankenhäusern tätig sind. Die Antworten (s. Tabelle 2) überraschen insofern, als sich das Konzept eines „multiprofessionellen Teams“ durchgesetzt hat.

Rund drei Viertel der Kolleginnen und Kollegen behandeln ihre Patienten in enger Kooperation mit anderen Berufsgruppen. Lediglich 12 Prozent sind noch wie früher stations- bzw. abteilungsübergreifend im „Psychologischen Dienst“ tätig, 15 Prozent arbeiten überwiegend in einer Ambulanz.

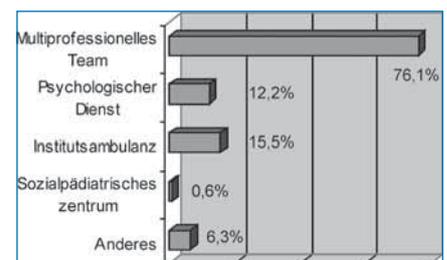


Tabelle 2

Diese Strukturen machen verständlich, warum die Initiative „4. Säule“ im Krankenhaus (neben ärztlichem Dienst, Pflege, Verwal-

tung auch ein Psychologischer Dienst), keine Resonanz gefunden hat. Dies Ergebnis zeigt aber auch, wie gut Psychotherapeuten in die stationäre Behandlung psychisch Kranker integriert sind und dort auch nicht wieder „herausdiskutiert“ werden können.

Stationäre Behandlungen sind rechtlich dadurch gekennzeichnet, dass sie unter „ärztlicher Leitung“ durchgeführt werden. Wie dies in der Praxis aussieht, sollte durch zwei Fragen genauer erfasst werden: „Wer entscheidet, welche Patienten psychotherapeutisch behandelt werden?“ und „Wer entscheidet über den Entlassungszeitpunkt?“.

42 Prozent der Befragten gaben an, dass alle Patienten ihrer Station psychotherapeutisch behandelt werden, weitere 23 Prozent: „das wird im Team entschieden“. In 24 Prozent der Fälle entscheidet ein leitender Arzt darüber, wer psychotherapeutisch behandelt wird und wer nicht.

Bei der Entscheidung über den Entlassungszeitpunkt ergab sich ein ähnliches Bild. In knapp 60 Prozent der Fälle wird im Team entschieden, bei 28 Prozent entscheidet der leitende Arzt und in 10 Prozent der Stationsarzt.

Erstaunlich war, dass bei dieser Frage 13 Prozent der Befragten handschriftlich eintrugen, selbst über den Entlassungszeitpunkt zu entscheiden. Explizit oder implizit wurde ihnen diese Entscheidung von den Ärzten, „die die Behandlung leiten“, übertragen. Das kann als ein Hinweis auf die Kompetenzzuschreibung verstanden werden, die im Gegensatz zu manchen (berufspolitischen) Äußerungen der Ärztfunktionäre steht.

Kombinationen von Verfahren und Methoden

Die Frage nach dem Behandlungsverfahren bzw. der -methoden, die von den angestellten Psychotherapeuten angewendet werden, ergab erwartungsgemäß ein sehr heterogenes Bild (s. Tabelle 3). Dies ist deshalb bemerkenswert, weil die Einschränkungen der Psychotherapierichtlinien in Krankenhäusern nicht gelten und stationäre Behandlungen zudem unter Verbotsvorbehalt stehen: „Erlaubt ist alles, was nicht ausdrücklich verboten ist.“

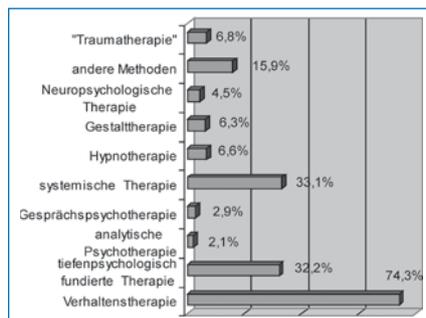


Tabelle 3

Für die Zukunft wäre es sicher hilfreich, wenn häufiger präzise untersucht und beschrieben würde, wie diese unterschiedlichen Behandlungsmethoden miteinander wirken, welche Kombinationen für die Behandlung nachweisbar besonders hilfreich sind. Dies könnte auch Impulse für eine Reform der Psychotherapierichtlinien geben, in denen die Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie, aber auch die Kombination von verhaltenstherapeutischen Methoden und psychodynamischer Psychotherapie, bislang nicht erlaubt ist.

Hinsichtlich der Qualitätssicherung psychotherapeutischer Behandlung im Krankenhaus gibt es sicherlich Verbesserungsbedarf. Zwar arbeiten 47 Prozent in einem zertifizierten Krankenhaus, doch haben nur 27 Prozent eine Stellenbeschreibung. 21 Prozent berichten über spezielle Qualitätssicherungsmaßnahmen für Psychotherapie und nur 18 Prozent der Befragten arbeiten aktiv im Qualitätsmanagement des Krankenhauses mit.

Kombination von stationärer und ambulanter Versorgung

Die Gesundheitspolitik fordert seit Jahren verstärkt eine Verbesserung des Übergangs vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung. Im Rahmen der Krankenhausversorgung psychisch Kranker gaben über 40 Prozent der Befragten an, dass sie Patienten, die sie stationär behandelt haben, auch ambulant weiterbehandeln können, eine Tendenz, die in den nächsten Jahren noch zunehmen wird.

Die psychiatrischen Krankenhäuser bauen derzeit ihre Ambulanzen aus, zum einen, weil das ambulante psychotherapeutische Behandlungsangebot nicht ausreicht und viele niedergelassene Psychotherapeuten Wartelisten haben, zum anderen aber

auch, weil es den Ambulanzen so möglich ist, die multiprofessionelle Behandlung ambulant weiterzuführen, also neben der psychiatrischen Behandlung auch psychotherapeutische, ergotherapeutische und bewegungstherapeutische sowie sozialtherapeutische Angebote zu machen.

55 Prozent der Befragten gaben an, dass die Klinik über „regelmäßige Kooperationen“ mit ambulanten Versorgungseinrichtungen verfügt, im Wesentlichen mit niedergelassenen Fachärzten und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Eine wichtige Rolle spielt auch der Sozialpsychiatrische Dienst.

Bei der „Integrierten Versorgung“ ergibt sich ein heterogenes Bild. Zwar wird in 25 Prozent der Einrichtungen diskutiert, sich an integrierten Versorgungsformen zu beteiligen. 12 Prozent der Kliniken haben sogar schon einen entsprechenden Vertrag. Doch sind nur vier Prozent der befragten Psychotherapeuten daran beteiligt, weitere vier Prozent sind mit der Konzepterstellung für solch einen Vertrag befasst.

Dies entspricht dem vorherrschenden Eindruck, dass integrierte Versorgungsformen aktuell eher im Bereich der somatischen Medizin bei sehr spezifischen Erkrankungen abgeschlossen werden. Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich sind die ökonomischen Risiken und Rahmenbedingungen schwerer zu präzisieren. Ferner wird die Diskussion über Behandlungspfade und leitlinienorientierte Behandlungen noch sehr kontrovers geführt. Hier könnte eine wichtige Kammeraufgabe liegen, den Erfahrungsaustausch derjenigen zu fördern, die in entsprechenden Projekten arbeiten, um eine stärkere Beteiligung der Psychotherapeuten zu fördern.

Die ausführliche Auswertung der Umfrage wurde denjenigen, die ausführliche schriftliche Informationen wollten, bereits mitgeteilt, sie kann auch in der Kammergeschäftsstelle angefordert werden.

Im Herbst dieses Jahres wird die Kammer einen Workshop speziell für die Adressaten dieser Umfrage anbieten, um den Erfahrungsaustausch unter den Kammermitgliedern zu fördern.

Werbung für eine psychotherapeutische Tätigkeit – Möglichkeiten und Grenzen

Die Psychotherapeutenkammer NRW erhielt wiederholt Anfragen, ob es berufsrechtlich zulässig ist, seine fachlichen Fähigkeiten gegenüber Dritten hervorzuheben, insbesondere ob es möglich ist, Rechtsanwälten für Strafrecht oder Führungsaufsichts- und Bewährungshilfestellen wesentliche Informationen über die eigene berufliche Tätigkeit zuzusenden.

Im Kern geht es um die Frage, ob es für einen Psychotherapeuten zulässig ist, sich mit seinem Leistungsangebot an „Dritte“, die er als „Multiplikatoren“ ansieht (keine Patienten), zu wenden.

Die Beantwortung dieser Frage bedarf einer rechtlichen Prüfung, wobei grundsätzliche Fragen des Selbstverständnisses der Profession aufgeworfen werden. Maßgeblich ist, welche Grenzen die Berufsordnung solchen im Kern werbenden Aktivitäten setzt.

Berufsordnung: Sachlicher Hinweis auf berufliche Tätigkeit möglich

Paragraph 21 Abs. 2 der Berufsordnung regelt, dass Psychotherapeuten auf ihre berufliche Tätigkeit grundsätzlich werbend hinweisen dürfen. Die Werbung muss sich in Form und Inhalt allerdings auf die sachliche Vermittlung des beruflichen Angebots beschränken.

Außerdem regelt Paragraph 24 Abs. 2 der Berufsordnung, dass irreführende Heilversprechen und unlautere Vergleiche mit anderen Psychotherapeuten und deren Methoden berufswidrig sind. Nach Absatz 3 der Vorschrift haben Psychotherapeuten insbesondere alles zu unterlassen, was geeignet ist, das Ansehen ihres Berufsstandes herabzusetzen.

Zu klären ist also, ob es die Berufsordnung erlaubt, z.B. bei Rechtsanwälten und Institutionen, die mit Strafgefangenen zu tun haben, auf die Behandlungsmöglichkeiten in der eigenen psychotherapeutischen Praxis hinzuweisen.

Berufsordnung erlaubt Zeitungsanzeige

Das Versenden solcher beruflichen Selbstdarstellungen an einen ausgewählten Adressatenkreis stellt aus Kammersicht keine allgemeine abstrakte, sondern eine gezielte konkrete Werbemaßnahme dar. Eine gezielte Werbemaßnahme geht insoweit über eine zulässige Anzeige in einer Zeitung oder ähnlichem hinaus, als dass sie sich dem Adressaten aufdrängt.

Zwar tritt ein Psychotherapeut mit einem solchen Anschreiben nicht direkt an potentielle Patienten heran. Das Herantreten an Dritte ist dennoch als gezielte Maßnahme zu beurteilen, da diese Dritten in erheblichem Maße Einfluss auf die Willensbildung von eventuellen Patienten nehmen können und ja eventuell auch sollen.

Unaufgefordertes Zusenden von Werbematerial ist unzulässig

Ein solches Vorgehen beurteilt die Kammer deshalb als einen Versuch, gezielt Werbung für eine psychotherapeutische Tätigkeit zu veranlassen. Dies ist aber unzulässig. Explizit regelt dies beispielsweise auch das absolute Mandatswerbungsverbot bei Rechtsanwälten in § 6 BerufsO-RA; § 43b BRAO.

Der Versand einer beruflichen Selbstdarstellung beruht in diesem Fall auch nicht auf einer Anfrage Dritter. Der Psychotherapeut wurde nicht dazu aufgefordert, über sein Leistungsspektrum zu informieren. Das unaufgeforderte Zusenden von Werbematerial ist daher auch aus diesem Grunde als berufswidrig zu beurteilen (so auch für die Ärzte: Ratzel/Lippert MBO-Ä §§ 27/28 Rn. 14).

Patientenbroschüren in eigenen Praxisräumen gestattet

Die Ärztekammern kommen zur gleichen Wertung. So heißt es beispielsweise in den Auslegungsgrundsätzen der Bundesärztekammer, dass es dem Arzt zwar gestattet sein soll, Flyer/Patienten-Informationsbro-

schüren mit Hinweisen zum Leistungsspektrum in seinen Räumen anzubieten. Es soll aber verboten sein, solche Hinweise/Broschüren bei anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen (z.B. in Apotheken, Fitness-/Wellnesseinrichtungen, Massagepraxen) auszulegen.

Erst recht gilt dies aus Sicht der Psychotherapeutenkammer NRW für das Auslegen bei Dritten, die noch nicht einmal dem Gesundheitswesen zugeordnet werden können, also z.B. bei Rechtsanwälten.

Insgesamt kommt die Psychotherapeutenkammer NRW daher zu dem Ergebnis, dass solche Werbemaßnahmen unzulässig sind.

Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der PTK NRW

Gemäß § 23 Abs. 3 i.V.m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern in der Fassung der Verordnung vom 11. Juli 1996 gebe ich bekannt:

Herr Jürgen Schramm, Wahlkreis Düsseldorf, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Kooperative Liste“ hat am 13.11.2007 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Frau Maria Hoyer, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Kooperative Liste“.

Gez.

Dr. jur. Peter Abels

Hauptwahlleiter

In der Ausgabe 1/2008 hat der Fehlerteufel zugeschlagen. Natürlich muss es heißen:

Herr Ulrich Schlünder, Wahlkreis Arnberg Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „Qualität durch Methodenvielfalt“, hat am 17.10.2007 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Frau Eva Ellinghaus, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Qualität durch Methodenvielfalt“.



Weiterbildung „Klinische Neuropsychologie“

Mit Veröffentlichung im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen ist die Weiterbildungsordnung (WBO) der Psychotherapeutenkammer NRW am 14. Juli 2007 in Kraft getreten. Seitdem kann die Qualifikation für den Bereich „Klinische Neuropsychologie“ anerkannt und als Bezeichnung geführt werden.

Diese Möglichkeit stand allerdings erst einmal nur auf dem Papier. Nach intensiver Vorarbeit in der Geschäftsstelle und unter den in NRW arbeitenden Neuropsychologinnen und Neuropsychologen konnte der WBO nun „Leben eingehaucht“ werden.

Am 4. April 2008 versammelten sich die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder des Prüfungsausschusses zu ihrer konstituierenden Sitzung.

In den Prüfungsausschuss wurden Prof. Dr. Gauggel (Vorsitz), Frau Unverhau und Herr Dr. Völzke (Mitglieder) berufen. Als stellvertretende

Vorsitzende wurden zu-

gleich Frau Unverhau, Herr PD Dr. Suchan und Herr Dr. Völzke berufen, als stellvertretende Mitglieder Herr PD Dr. Suchan, Frau Dr. Wittlieb-Verpoort, Frau Kroll, Frau Luppen, Herr Dr. Ringendahl, Herr Floß, Herr Wolbeck und Herr Dr. Schmitz-Gielsdorf.

Dem Anlass angemessen wurde nicht nur gearbeitet, sondern auch gefeiert. Nach einer Einführung in die Aufgaben und Arbeitsweise des Prüfungsausschusses gab es bei einem kleinen Imbiss und Umtrunk Gelegenheit,

sich kennen zu lernen und auszutauschen, ehe es an die erste Aufgabe ging: die Stellvertreter mussten über die Anerkennung der Mitglieder entscheiden und anschließend die Mitglieder über die Anerkennung der Stellvertreter.

Der nächste Meilenstein wird bereits ins Auge gefasst: die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen und die Einrichtung von Weiterbildungsstätten.



„Eine Profession, die sich klar und geschlossen hinter den Nachwuchs stellt!“ – das wünschen sich Jürgen Tripp, 28 Jahre, und Cornelia Beeking, 32 Jahre, von ihren approbierten Kolleginnen und Kollegen. Die beiden sind seit Februar 2008 die ersten Sprecher der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) in Nordrhein-Westfalen.

Änderung der Geschäftsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen vom 17. November 2007

Auf Grund § 23 Heilberufsgesetz (HeilBerG) vom 9. Mai 2000 (GV. NRW. S. 403), zuletzt geändert durch Gesetz vom 1. März 2005 (GV. NRW. S. 148), hat die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen in ihrer Sitzung am 17. November 2007 folgende Änderung der Geschäftsordnung beschlossen:

Artikel I § 1 der Geschäftsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen vom 12.12.2003 (SMBl. NRW. 21222) wird wie folgt geändert:

Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Kammerversammlung tagt öffentlich.“

Änderung

2. Es wird folgender neuer Absatz 4 angefügt:

„(4) Die Öffentlichkeit kann auf Antrag ausgeschlossen werden.“

Die vorstehende Änderung der Geschäftsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW wird hiermit ausgefertigt.

Düsseldorf, den 30. Januar 2008

Monika Konitzer

Präsidentin

Genehmigt.

Düsseldorf, den 13. Februar 2008

Ministerium

für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

III C 2 – 810.101

Im Auftrag

(Godry)

-MBI.NRW.2008.S. 168

Geschäftsstelle

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211 / 52 28 47-0
Fax 0211 / 52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Mitteilungen der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Ende der Mindestquote – im Osten Chance zur Überwindung der Unterversorgung Stellungnahme des Vorstandes der (OPK)

Zehn Jahre nach Einführung der Mindestquote für ärztliche Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten zeigt sich für die neuen Bundesländer, dass ärztliche Psychotherapeuten die für sie reservierten Praxissitze zum großen Teil nicht besetzen konnten. Dieser Umstand bedeutet Aufrechterhaltung erheblicher Unterversorgung mit Psychotherapie ohne Not, denn ohne diese Mindestquote könnten die freien Praxissitze mit Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bis zur Grenze der Überversorgung (110 Prozent) besetzt werden.

Aufgrund der Quote sind nach Berechnungen der OPK zur Zeit in Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen insgesamt 508 von 671 für ärztliche Psychotherapeuten reservierte Sitze nicht besetzt. Für Mecklenburg-Vorpommern gibt die KV die Zahlen leider nicht bekannt.

Da die Grenze zur Überversorgung bei ambulant tätigen Psychotherapeuten fast nirgends erreicht oder überschritten wird, vielmehr in vielen Bedarfsplanungsgebieten die Versorgungslage zur Unterversorgung tendiert, könnten sich noch mehr als 500 Psychotherapeuten niederlassen, wenn der Gesetzgeber die bis Ende 2008 befristete Regelung nicht fortschreibt. Somit besteht die Chance zur seit langem überfälligen Verbesserung der Versorgung mit ambulanter Psychotherapie.

Eine Weiterführung der Quote, auch in abgewandelter Form, wäre eine für den Versorgungsanspruch der Bevölkerung unzumutbare Fortsetzung von berufsständischen Partikularinteressen, macht der OPK-Vorstand deutlich. „Die psychotherapeutischen Leistungen sind durch die

Psychotherapierichtlinien festgelegt. Die unterschiedlichen Berufsgruppen weisen kein unterschiedliches Leistungsspektrum auf, es stehen ausreichend ausgebildete Behandler zur Verfügung, die bei Freigabe der seit zehn Jahren ungenutzten Kassensitze die Versorgung auf den durch die Bedarfsplanung vorgesehenen Stand bringen könnten“, unterstreicht OPK-Präsidentin Andrea Mrazek das Anliegen der Kammer.

Zu prüfen wäre allerdings, so Mrazek, ob die besonders prekäre Versorgungslage mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die auf die Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher bis zum Alter von 21 Jahren spezialisiert sind, kurzfristig durch Sonderbedarfszulassungen für diese Behandlergruppe der KJP verbessert werden kann oder mittelfristig für KJPs eine eigene Bedarfsplanung eingerichtet werden sollte.

Um die zuständigen Gesundheitsministerien der fünf Bundesländer auf die durch die Mindestquote bedingte Schiefelage hinzuweisen, hat die OPK mit deren Vertretern und Abgeordneten des Bundestages Gespräche aufgenommen. Sollte eine Gesetzesinitiative zur Weiterführung der Quote gestartet werden, wird die OPK auf Lösungen drängen, die dem Versorgungsbedarf gerecht werden können.

Zum Verständnis: Die Mindestquote hat der Gesetzgeber 1999 in der Übergangsregelung des Psychotherapeutengesetzes vorgesehen. Sie bedeutet, dass 40 Prozent der Praxissitze in der Planungsgruppe Psychotherapie den psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten sind. Die Quote diente dem besonderen Schutz psychotherapeutisch tätiger Ärzte im Wettbewerb mit den Psychotherapeuten.

Daten zur Einschätzung der Versorgungslage nach Bundesländern vor dem Hintergrund noch bestehender Mindestquote:

Bezugsmaßstab ist dabei die Grenze zur Überversorgung (= 110 Prozent Versorgungsgrad) und die Grenze zur Unterversorgung (= 50 Prozent Versorgungsgrad).

Brandenburg: Hier sind 96 Sitze für ärztliche Psychotherapeuten reserviert, aber nur 19 Ärzte sind niedergelassen. Das heißt, 77 der reservierten Sitze sind unbesetzt.

An psychologischen Psychotherapeuten sind 174 tätig. Um die Grenze zur Überversorgung zu erreichen, könnten sich noch 83 PP/KJP niederlassen. Bei den 16 Planungsbereichen wird nur in zwei (Frankfurt (Oder) Stadt, Oder-Spree und Ostprignitz-Ruppin) ein Versorgungsgrad von 110 Prozent erreicht. Unterversorgung besteht hingegen in Cottbus (25,4 Prozent), Oberspreewald-Lausitz und Spree-Neiße (44 bzw. 40 Prozent). In den anderen Planbereichen bewegt sich der Versorgungsgrad zwischen 62,9 und 93,5 Prozent.

Sachsen: In 26 Planbereichen sind 332 Sitze für ärztliche Psychotherapeuten reserviert, aber nur 85 besetzt. 247 Sitze sind unbesetzt.

Psychologische Psychotherapeuten sind 620 tätig. 264 dürften bis zur Überversorgungsgrenze noch hinzukommen. Hier weisen 9 der 26 Planbereiche Überversorgung und sieben (Chemnitz Stadt und Land, Zwickau Stadt und Land, Aue-Schwarzenberg, Mittweida und Stollberg) Unterversorgung aus mit Versorgungsgraden zwischen 18,5 und 45,9 Prozent. Allein in Chemnitz Stadt „blockieren“ 37

unbesetzte, für ärztliche Psychotherapeuten reservierte Sitze die Überwindung der Unterversorgung!

Sachsen-Anhalt: Bei 23 Planbereichen sind 123 Sitze ärztlichen Psychotherapeuten vorbehalten, aber nur 28 Sitze sind besetzt. 95 sind unbesetzt.

Die Zahl der tätigen psychologischen Psychotherapeuten beträgt 246, bis zur Überversorgungsgrenze wären noch 84 Niederlassungen möglich. Überversorgt sind die Kreise Quedlinburg und der Altmarkkreis/Salzwedel, im Saalkreis und in Wernigerode liegt der Versorgungsgrad leicht über 100 Prozent, unterversorgt ist das Mansfelder Land mit 33,7 Prozent Versorgungsgrad.

Thüringen: Von den 120 Sitzen für ärztliche Psychotherapeuten sind 31 besetzt, 89 unbesetzt.

In den 20 Planbereichen sind 263,5 psychologische Psychotherapeuten tätig, 335 könnten es bis zur Grenze der Überversorgung sein. Die Differenz beträgt also 71,5. Überversorgt sind Erfurt und der Saale-Holzlandkreis. In fünf weiteren Kreisen bewegt sich der Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 Prozent. In Thüringen weist kein Planbereich Unterversorgung aus.

Anmerkung zu fehlenden Daten für Mecklenburg-Vorpommern: Da von der KV die Daten nicht bekannt gegeben werden, kann für MV keine Berechnung erstellt werden.

Der rechnerische Versorgungsgrad soll überall weit über 110 Prozent liegen, was die tatsächliche Versorgungslage der Bevölkerung nicht wiedergibt. Es sind 134 psychotherapeutische Praxen zugelassen, davon 109 PP/KJP und 25 Ärzte. Die von Ärzten nicht besetzten Sitze werden mit 35 beziffert.

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zur Mindestquote: Die BPtK hat das Ende der Mindestquote ebenfalls in ihrer Stellungnahme als überfällig bezeichnet. Die Stellungnahme kann über die Homepage der BPtK unter www.bptk.de/aktuelles/stellungnahmen/849970.html eingesehen und heruntergeladen werden. (Kathrin Luft, Andrea Mrazek, Brigitte Düring)

OPK-Präsidentin Andrea Mrazek zum Wegfall der Quotenregelung



Der OPK-Vorstand hat in einigen Gesundheitsministerien der neuen Länder und mit Abgeordneten des Deutschen Bundestages über das Auslaufen der Quotenregelung für ärztliche/psychologische Psychotherapeuten Ende 2008 Gespräche geführt.

Frau Mrazek, Sie baten um Unterstützung für die Position der Kammer, die durch ärztliche Psychotherapeuten bisher nicht genutzten Sitze für PP und KJP freizugeben, um die Situation für Patienten verbessern zu können. Wie haben ihre Gesprächspartner reagiert? Stößt die OPK offene Türen auf oder haben Sie den Ein-

druck, die Ost-Gesundheitsminister könnten für eine Verlängerung der Quotenregelung plädieren?

Die bisher erfolgten Kontakte zu den Gesundheitsministerien in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg ergeben Unterstützung für unser Vorbringen, dass eine Fortführung der Quotenregelung ein gravierendes Problem in der ambulanten Versorgung darstellen würde. Insoweit war hier in der Sache durchaus Übereinstimmung. Wie sich das faktisch letztendlich niederschlagen wird, hängt allerdings auch von den politischen Bündnissen in dem jeweiligen Bundesland ab. Teilweise waren auch die Ministerien noch nicht über das Gesetzgebungsvorhaben informiert.

Erwartet die Kammer aus den KVen oder von den Kassen Widerstand gegen eine verbesserte Zulassung von PP/KJP? Wenn ja, was sind die Gründe?

Hier ist zu differenzieren zwischen den Organisationen auf Bundesebene, also der KBV und den Spitzenverbänden der Kassen, die für eine Fortführung der Quote eintreten: die KBV aus standespolitischen, die Bundesverbände der Kassen aus finanziellen Gründen. Sowohl Kassen vor Ort als auch die örtlichen KVen sind durch ihre größere Nähe zu den Patienten für eine Verbesserung der Versorgung und

das heißt letztlich für eine Besetzung der langfristig freigehaltenen Praxissitze.

Welche Verbesserungen könnten Patienten erwarten, wenn die unbesetzten Arztsitze alle besetzt werden können?

Da es jetzt schon Wartelisten für frei werdende Praxissitze gibt, ist davon auszugehen, dass bisher wenig oder nicht versorgte Gebiete, z.B. die Erzgebirgskreise in Sachsen, besetzt werden und dann vor Ort Behandlungsmöglichkeiten vorhanden sind und die Patienten nicht mehr weite Wege auf sich nehmen müssen. Das ist besonders für die Behandlung von Kindern wichtig, da hier weite Anfahrtswege eine besonders hohe zusätzliche Belastung darstellen.

Worin sehen Sie die Ursache für die Nachwuchsprobleme der ärztlichen Psychotherapeuten?

Es gibt ja ein generelles Nachwuchsproblem – die konkrete Arbeit an Patienten ist durch unzureichende Bezahlung und schlechte Arbeitsbedingungen unattraktiv geworden. Zusätzlich nimmt die Psychotherapie als ärztliches Berufsfeld eine Randstellung ein und die Bedingungen sind dort noch schlechter, so dass Ärzte auf andere Tätigkeitsfelder ausweichen. Die Orientierung auf Psychotherapie ent-

wickelt sich im ärztlichen Bereich auch erst spät, z. T. erst im Verlauf der Facharztausbildung, d.h. sie wird nicht primär nach dem Studium angestrebt. Das ist bei Psy-

chologen anders, die schon im Studium eine Entscheidung für klinische Psychologie treffen und dann gezielt eine Psychotherapieausbildung machen, weil sie genau

diesen Beruf anstreben. Im Unterschied zu den Medizinern üben dann approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch diesen Beruf aus.

Tatsächlicher Bedarf an Psychotherapie ist unbekannt

OPK startet Forschungsprojekt

In der Diskussion um die Bedarfsplanung wird suggeriert, den Kassenärztlichen Vereinigungen wäre bekannt, wie vieler Psychotherapeuten es in den „Planungsbezirken“ bedarf. Demzufolge benötigen etwa die Bewohner „ländlicher Kreise“ wenig Psychotherapeuten, nämlich einen auf 15.692 Einwohner. Die Menschen in „Kernstädten“ brauchen nahezu fünfmal so viele Therapeuten: einen auf 2.577 Einwohner. Vielleicht ist der Bedarf ja tatsächlich so unterschiedlich – bewiesen oder widerlegt wurde das bisher nicht. Leider wurden die Bedarfsplanungsrichtlinien keineswegs an einem tatsächlichen Bedarf ermittelt, sondern anhand des bestehenden Versorgungsgrades zu einem Stichtag in den neunziger Jahren errechnet (Psychotherapeuten: 01.01.1999, Vertragsärzte: 31.12.1990).

Wie groß ist der Bedarf an Psychotherapie tatsächlich? Immer so groß wie das Angebot, argwöhnen Kostenträger und Psychotherapie-Kritiker. Zynische Konsequenz daraus wäre, das Angebot möglichst weit zu beschneiden. Eine patientengerechtere Alternative bestünde dagegen darin, den tatsächlichen Psychotherapie-Bedarf zu ermitteln.

Die OPK plant ein Forschungsprojekt zu dieser Frage. Erster Arbeitsschritt wird die Erstellung einer „Versorgungslandkarte“ sein. Diese soll – möglichst fein aufgelöst – Aufschluss darüber geben, welche Patienten in den einzelnen Regionen wie gut versorgt werden. Dazu sollen vorhandene Daten der OPK, der KVen u.a. sowie Ergebnisse einer Befragung von OPK-Mitgliedern genutzt werden. Die Versorgungslandkarte soll dazu beitragen, regionale Versorgungsdefizite und eventuelle Fehlentwicklungen aufzudecken.

In einem nächsten Schritt soll das Abbild der momentanen Versorgungssituation mit epidemiologischen Daten verglichen werden. Daraus ließen sich Schätzungen darüber ableiten, wo für bestimmte Patientengruppen bereits ausreichende Behandlungsangebote bestehen und wo sie ggf. schlechte Chancen haben, geeignete Psychotherapeuten zu finden.

Die OPK konnte u.a. Psychologen der Universitäten Dresden und Greifswald als Kooperationspartner gewinnen. Der Forschungsausschuss möchte OPK-Mitglieder schon jetzt bitten, das Vorhaben durch die im späteren Verlauf nötige Bearbeitung von Fragebögen tatkräftig zu unterstützen.

Ansprechpartner: Dr. Gregor Peikert, Vorstand OPK, gregor.peikert@opk-info.de

Auftakt der Informationsveranstaltungen in den Bundesländern

Liebe Mitglieder,

die Diskussionen zur Berufsordnung und zur Quotenregelung für ärztliche/psychologische Psychotherapeuten, zur elektronischen Zertifizierung der Fortbildung und zum elektronischen Heilberufsausweis sind am 18. Juni 2008 vom Vorstand der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer in Magdeburg eröffnet worden. In der Zeit vom 9. Juli bis Ende Oktober 2008 folgen die Veranstaltungen für die Kammermitglieder in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Brandenburg und Thüringen.

Unser Geschäftsführer, Herr Jacknau, wird für alle Fragen zur Fortbildungspflicht und Zertifizierung zur Verfügung stehen. Rechtsanwalt Immen wird Ihnen die rechtliche Relevanz der Berufsordnung erläutern und über praktische Auswirkungen wie Bedeutung für die Dokumentation

oder die Berufsergibtbarkeit sprechen. Zur Mindestquote informieren wir Sie über den aktuellen Stand der Absichten des Gesetzgebers und die Aussichten, die bisher für Ärzte reservierten jedoch nicht besetzten Sitze für PP und KJP freizugeben. Das Programm lässt spannende Diskussionen erwarten, die bei einem anschließenden Imbiss gern noch vertieft werden können.

Die Veranstaltungen beginnen jeweils 16 Uhr. Nach den Vorträgen von Rechtsanwalt Jan H.L. Immen (Berufsordnung), Kammerpräsidentin M.A., M.S. (USA) Andrea Mrazek (Mindestquote) und Geschäftsführer Carsten Jacknau (Zertifizierung der Fortbildungen, elektronischer Fortbildungsnachweis und elektronischer Heilberufsausweis) besteht von circa 18.30 bis 20 Uhr Gelegenheit zur Diskussion und zu Gesprächen beim Imbiss.

Sie erhalten rechtzeitig vor Beginn in den jeweiligen Bundesländern die Einladung. Die nächsten Informationsveranstaltungen finden zu folgenden Terminen statt:

09.07.2008 Mecklenburg-Vorpommern
24.09.2008 Sachsen
15.10.2008 Brandenburg
29.10.2008 Thüringen
(Änderungen vorbehalten)

Der Vorstand der OPK sieht diese Veranstaltungsreihe als eine Möglichkeit, aktiv mit Ihnen in Verbindung zu treten und sowohl die Arbeit der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, als auch deren Ergebnisse in einem passenden Rahmen zu präsentieren. Deshalb freuen wir uns auf Ihr zahlreiches Erscheinen,

Ihr Vorstand der OPK

Laufende, großangelegte Psychotherapiestudien mit BMBF-Förderung

Psychodynamische Kurzzeit-Therapie und Kognitive Verhaltenstherapie in der Behandlung der Sozialen Phobie: Wem hilft was?

Die soziale Phobie ist eine der häufigsten Angststörungen mit meist frühem Erkrankungsbeginn und oft chronischem Verlauf. Der **Forschungsverbund Soziale Phobie (SOPHO-NET)** möchte das Verständnis und die Behandlung der sozialen Phobie verbessern und wird dabei vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziell unterstützt. Die zentrale Studie zur psychotherapeutischen Behandlung der sozialen Phobie wird dabei ergänzt durch Projekte zur Indikations- und Prognoseforschung, zu gesundheitsökonomischen Fragen und zur neurobiologischen Forschung (weitere Informationen unter www.sopho-net.de).

Besonders die kognitive Verhaltenstherapie und die Psychodynamische Kurzzeittherapie haben sich in der Behandlung der Sozialen Phobie als wirksam erwiesen. Welche Therapieform jedoch bei wem langfristig erfolgreicher ist, soll als eine von mehreren Fragestellungen mit Hilfe dieser deutschlandweiten Studie näher untersucht werden. Bei der wissenschaftlich begleiteten Behandlung handelt es sich um Psychotherapie im Rahmen von 25 Sitzungen.

Die beteiligten Forschungszentren im Zuständigkeitsbereich der OPK nehmen noch bis zum Spätsommer 2008 Patienten auf.

Kontaktadressen:

1) Dresden: Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Prof. Dr. Jürgen Hoyer, Dipl.-Psych. Anja Berg, Hohe Straße 53, 01187 Dresden, Tel.: 0351/463-36956, E-Mail: sophonet@psychologie.tu-dresden.de. Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Prof. Dr. Peter Joraschky, PD Dr. Karin Pöhlmann, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden, Tel.: 0351/458-2525, E-Mail: sopho@uniklinikum-dresden.de

2) Jena: Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Psychologie, Klinisch-Psychologische Intervention, Prof. Dr. Ulrich Stangier, Dipl.-Psych. Viktoria Ritter, Humboldtstr. 11, 07743 Jena, Tel.: 03641/945176, E-Mail: sozialphobieprojekt@uni-jena.de. Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Prof. Dr. Bernhard Strauß, Dipl.-Psych. Susan Tefikow, Stoyst. 3, 07740 Jena, Tel.: 03641/935482, E-Mail: sozialphobieprojekt@uni-jena.de

BMBF Psychotherapiestudie zur Erforschung der Mechanismen in der Behandlung von Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie

Ein umfangreiches Forschungsvorhaben zur psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie konnte aufgrund einer Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung auch in vier Zentren im Einzugsbereich der OPK realisiert werden. Im Mittelpunkt steht eine Psychotherapiestu-

die, die die Mechanismen der Expositionsbehandlung näher beleuchten will. Dabei stellt sich z.B. die Frage, ob Therapeuten zwingend und wenn ja unter welchen Umständen bei einer Expositionsübung anwesend sein müssen. Das Therapieprojekt wird durch weitere Forschungsgruppen ergänzt, die biologische Mechanismen der Panikstörung untersuchen, wie z.B. psychophysiologische Reaktionsmuster und deren Bedeutung für den Therapieerfolg, die Aktivierung bestimmter Regelkreise im Gehirn und deren Veränderung durch Therapie sowie genetischen Grundlagen der Erkrankung. Informationen zum Projekt finden sich unter www.paniknetz.de.

Patienten können bei Interesse an folgenden Zentren verwiesen werden: **1) Dresden:** Panikambulanz der IAP der TU Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden, Chemnitz Str. 46, 01187 Dresden, Info-Telefon: 0351-46336889, E-Mail: paniknetz@psychologie.tu-dresden.de. **2) Berlin:** Hochschulambulanz für Psychotherapie und Psychodiagnostik, Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Psychologie, Rudower Chaussee 18, 12489 Berlin, Tel.: 030-20939322, E-Mail: panikhilfe@psychologie.hu-berlin.de. Spezialambulanz für Angsterkrankungen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Campus Mitte, Charité Platz 1, 10117 Berlin, Tel.: 030-450617089, E-Mail: angstambulanz@charite.de. **3) Greifswald:** Poliklinische Psychotherapieambulanz, Rudolph-Breitscheid-Str. 27, 17487 Greifswald, Sekretariat: 03834-863738, E-Mail: psychotherapieambulanz@uni-greifswald.de.

Ausstellung zum Glück im Deutschen Hygiene-Museum Dresden – alles andere als ein Glücksratgeber

Was ist Glück? Was suchen wir, wenn wir nach Glück streben? Wie gelingt es uns, glücklich zu sein? Ist Glück ohne Leid denkbar? Was wünschen wir Freunden, Angehörigen, Arbeitskollegen, wenn wir Ihnen zu besonderen Anlässen Glück wünschen? Glück lässt sich nicht so leicht definieren.

Unter dem Titel „Glück – welches Glück“ hat das Deutsche Hygiene-Museum in Dresden

zusammen mit Siemens Arts Programm zur Zeit die Suche nach dem Glück in einer Sonderausstellung inszeniert, die noch bis zum 2. November 2008 durchstreift werden kann. Den Besucher erwarten in sieben Ausstellungsräumen rund 400 Exponate aus der Kunst- und Kulturgeschichte.

Der künstlerische Leiter der Ausstellung Meschac Gaba hat für die Ausstellung gro-

ße Raumbilder entworfen und innerhalb der Abteilungen verschiedene Installationen geschaffen, mit denen experimentiert werden kann. Zum Beispiel am Hirnmodell im Neuronenraum, wo das Belohnungszentrum aufblinkt, wenn die Besucher auf eine Männer- oder Frauenbrust drücken.

Die verschiedenen Facetten des Glücks sind auf dem Parcours überschrieben mit

„Liebe“, „Restaurant“, „Sport“, „Neuronen“, „Musik“, „Körper“ und „Fortuna“. Den Eingang zur Ausstellung betreten die Besucher durch eine Palisade aus Rosen, die den Eindruck erweckt, in einen geheimen Garten des Glücks einzutreten. Der Spruch „Ich liebe die Rose, aber ich fürchte ihre Dornen“ inspirierte den Künstler Gaba zu dem Bild vom Gehirn, auf dem eine Rose mit Dornen steht. Ein Schlüssel für die Ausstellung, der besagt, dass Glück nie ohne sein Gegenteil zu denken ist, Unglück und Verlust gleichwertige Bestandteile des menschlichen Lebens sind.

Mit seiner Präsentation der Objekte in den verschiedenen Räumen will Gaba auch ihm wichtige Lebensregeln vermitteln, wie dieser: Liebe kann man nicht kaufen, sie wird

einem gegeben oder man gibt sie jemand anderem. „Aber ohne Liebe zu geben oder zu bekommen, können wir nicht glücklich sein“, erklärt er. Oder im Restaurant-Raum: Essen verbindet Nahrung mit Gesundheit und Gesundheit mit Glück. Im letzten Raum – einem Labyrinth voller Banknoten, zum Greifen nah, aber nicht fassbar, steht die Frage, ob Geld wirklich glücklich macht oder ob es eher verschiedene Arten von „Reichtum“ gibt, die uns beglücken können.

Zur Ausstellung ist ein Begleitbuch mit Aufsätzen zum Glück erschienen und es wird ein umfangreiches Begleitprogramm offeriert. In der Vortragsreihe in Kooperation mit Professor Dr. Michael Bauer, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psycho-

therapie des Uniklinikums Dresden, spricht er selbst zum Thema „Himmelhochjauchzend – zu Tode betrübt: Wie viele Stimmungsschwankungen hält ein Mensch aus“. (dür)

Infos zur Sonderausstellung: www.dhmd.de

Geschäftsstelle

Karl-Rothe-Str. 4
04105 Leipzig
Telefon: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
www.opk-info.de
info@opk-info.de
Telefonische Sprechzeiten des Vorstandes:
Mi. 11.00–13.00 Uhr

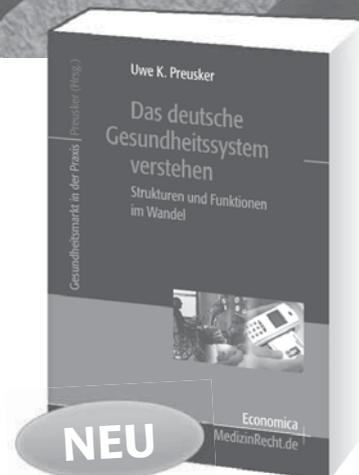
Das deutsche Gesundheitssystem verstehen

Strukturen und Funktionen im Wandel

Von Dr. Uwe K. Preusker. 2008. Ca. 250 Seiten. Kartoniert.
Ca. € 48,-. ISBN 978-3-87081-456-4

Wer sich im Rahmen seiner Ausbildung oder seiner Berufstätigkeit intensiver mit dem deutschen Gesundheitssystem beschäftigt, wird schnell feststellen: Hier handelt es sich um ein außerordentlich komplexes Geflecht verschiedener Subsysteme. Der Mix aus staatlichen Regelungskompetenzen und Selbstverwaltungsbefugnissen, aus Freiberuflichkeit und bürokratischer Regelungsdichte, aus freiem Unternehmertum und körperschaftlicher Verfassung ist in dieser Form einmalig auf der Welt.

In diesem Werk wird das deutsche Gesundheitssystem in seinen aktuellen Strukturen und Funktionen beschrieben und es werden die Wandlungsprozesse hin zu einem sich entwickelnden Gesundheitsmarkt illustriert. Hinzu kommt die Darstellung der wesentlichen Änderungen, die das deutsche Gesundheitssystem durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erfahren hat; die Neuregelungen der Reform und ihre Auswirkungen werden analysiert und kommentiert.



8011320-1

Economica
MedizinRecht.de

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

Mitteilungen der LandesPsychotherapeuten-Kammer Rheinland-Pfalz

Bericht aus der Vertreterversammlung vom 12.04.2008

Bei der dritten Vertreterversammlung dieser Wahlperiode nahm auf Einladung des Vorstandes der **Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, Prof. Dr. Rainer Richter**, teil, um gemeinsam mit den Vertretern der LPK Rheinland-Pfalz den Entwurf „**Perspektiven bis 2011 – Psychotherapie in Deutschland**“ zu diskutieren. Dieses programmatische Positionspapier zu den Entwicklungsvorstellungen unserer Profession im Gesundheitswesen soll mit den Anregungen aus den Länderkammern beim nächsten Deutschen Psychotherapeutentag am 31. 5. in Bremen vorgelegt werden.

Prof. Richter stellte am Anfang seines Statements klar, dass zwei Zielgruppen angesprochen werden sollen:

- nach außen die Vertreter in der Gesundheitspolitik, denen die Position der Psychotherapeutenchaft nahe gebracht werden soll,
- nach innen die Psychotherapeuten selbst zur Identitätsbildung. Diese soll die bisherige Identität nicht ersetzen, aber ergänzen und erweitern. Des Weiteren soll die Formulierung von Zielen auch auf die Psychotherapeuten in Ausbildung wirken.

Aufgrund der angestrebten Wirkung auf die erste Zielgruppe mag die gewählte Sprache für Psychotherapeuten eher befremdlich wirken, sie sei aber nötig, um die politischen Akteure zu erreichen betonte Richter. Es darf aber auch nicht übersehen werden, dass die unterschiedlichen Sprachwelten mit konträren Vorstellungen zu den Prozessen therapeutischer Veränderung korrespondieren. In der empirischen Wissenschaft ist inzwischen unstrittig, dass spezielle Interventionen den am wenigsten wirksamen Faktor beim Zustandekommen von Therapieeffekten darstellen. Die wesentliche Wirkvariable ist die therapeutische Beziehung. Auf der gesund-



Die Präsidenten der BPTK und der LPK im Gespräch mit der Vertreterversammlung

heitspolitischen Ebene und bei den Prüfschritten zur sozialrechtlichen Zulassung neuer Verfahren werden jedoch sowohl die für die Wirksamkeit einer Therapie ausschlaggebenden Beziehungsvariablen als auch wissenschaftliche Evidenz der Verfahrensäquivalenz ignoriert. Stattdessen werden analog zum Forschungsdesign zur Überprüfung von Medikamentenwirkungen verfahrensspezifische Interventionen verglichen.

Viele kritische Punkte waren im Vorfeld von verschiedenen Landeskammern schon angemerkt worden, z. B. der Abschnitt zur „Medikamentendämmerung“ oder die sehr kurze Darstellung der Arbeit niedergelassener Therapeuten. Im Zusammenhang mit der Darstellung der neuen Versorgungsformen sollen die Grenzen der „alten“ Formen genauer dargelegt werden.

Prof. Richter war im Weiteren vor allem daran interessiert, das Thema „Psychotherapeutische Ausbildung“ zu diskutieren, da dies in diesem Jahr im Zentrum der Diskussion stehen wird. Hier wird es nötig, dass sich die Psychotherapeutenchaft

deutlich positioniert. Da dies aber ein sehr komplexes Gebiet ist, soll eine gründliche Beleuchtung der verschiedenen Modelle sowie des Ergebnisses des Forschungsgutachtens erfolgen. Zentrale Fragen in diesem Kontext sind:

Wie ist die arbeitsrechtliche Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiAs)?

Soll die Ausbildung analog zur ärztlichen Ausbildung in eine Weiterbildung umgewandelt werden?

Zur Klärung der ersten Frage werden zurzeit verschiedene Aktivitäten entwickelt, unter anderem auch von den PiAs in Rheinland-Pfalz. Arbeitsrechtliche Änderungen sollten parallel zur Erstellung des Forschungsgutachtens verfolgt werden, da sich eine Umsetzung der Ergebnisse des Gutachtens sicher zeitlich hinziehen wird.

Die zweite Frage stellt sich vor dem Hintergrund der Umwandlung der Studiengänge in Bachelor- und Masterstudiengänge. So gibt es Modelle, welche die Einführung eines Masterstudiengangs „Psychotherapie“



In der Vertreterversammlung entwickelte sich eine angeregte Diskussion über die Perspektiven 2011.

befürworten. Dies wird aber von vielen Instituten sehr kritisch gesehen, ebenso von vielen Hochschullehrern, da befürchtet wird, dass nur noch wenige Studenten andere Schwerpunkte belegen werden und die wissenschaftliche Psychologie damit „ausblutet“. Viele Mitglieder der Vertreterversammlung waren sich einig, dass eine psychologische Grundausbildung unbedingt wichtig ist, da dadurch wesentliche wissenschaftliche Kompetenzen erworben werden, aber auch ein Weltbild geprägt wird, das sich doch wesentlich von dem z. B. von Ärzten unterscheidet.

Positiv wurde die Überlegung Prof. Richters aufgenommen, die bisherigen Lerninhalte durch zu definierende Lernziele zu ergänzen. In diese Lernziele/Kompetenzen könnten evidenzbasiert die Kenntnisse aller Schulen einfließen. Diskutiert wurde, ob es zum jetzigen Zeitpunkt sinnvoll wäre, eine verfahrensübergreifende Ausbildung anzubieten. Dies scheint nach der Einschätzung einiger Anwesender allerdings nicht sinnvoll, da viele Ausbildungstherapeuten zunächst ein Verfahren gut kennenlernen und anwenden lernen wollen. Der Einfluss anderer „Schulen“ kann hierbei einen stark

verunsichernden Charakter haben. Angemerkt wurde weiter, dass vermehrt sozialrechtliches Wissen in der Ausbildung vermittelt werden sollte.

Es war Konsens, dass sich die Kammer in die Diskussion um die Strukturqualität einmischen kann und sollte. So sollte z. B. betont werden, dass es in den Kliniken unerlässlich ist, gut ausgebildete Betreuer und Supervisoren vorzuhalten. Diese Fragen müssen mit der DGPPN und den zuständigen Klinikleitungen diskutiert werden.

Als weitere Herausforderungen an die Profession wurden andiskutiert:

- der demographische Wandel und die Zunahme chronischer und altersbedingter Erkrankungen
- die Finanzierungsstruktur von Psychotherapie
- der medizinische Fortschritt mit flankierenden psychotherapeutischen Hilfen (Gesundwerden auch als Beziehungsgeschehen)
- die gesundheitspolitische Entwicklung, dass immer mehr Geld in die medizinischen Hochtechnologiebereiche fließt

und immer weniger in die Grundversorgung

- Aufrechterhaltung bzw. Veränderungen der Psychotherapierichtlinien, damit verbunden die Einführung von Weiterbildungsordnungen
- die Änderung des SGB V, § 28 im Sinne einer Öffnungsklausel z. B. für die Begleitung chronisch und Schwerstkranker.

Es wurde darüber hinaus gefordert, dass in den Perspektiven 2011 der Begriff „Psychiatrie“ für die Fachgruppe verwandt werden soll, nicht für einen Versorgungsbereich. Des Weiteren sollen die Belange und Forderungen der angestellten Psychotherapeuten deutlich dargestellt werden, denn auch dies dient der Identitätsbildung nach innen.

Ebenso soll die schlechtere Versorgung von Kindern und Jugendlichen pointiert dargestellt werden. Denn selbst wenn man die Versorgung der Erwachsenen als gut und ausreichend betrachten wollte, so ist die der Kinder und Jugendlichen in jedem Falle unzureichend.

Nach drei Stunden war die Diskussion beendet. Die Vertreterversammlung bedankte sich für die offene und konstruktive Auseinandersetzung um diese Perspektiven, die sicher wichtig sind, um die Profession nach innen und außen zu positionieren.

Auf der Vertreterversammlung wurden darüber hinaus **Satzungsänderungen** in der Berufsordnung, Gebührenordnung und Weiterbildungsordnung vorgenommen (s. Beilage in der Mitte des Heftes).

Landeskongress der PiA

Die Bundespsychotherapeutenkammer hatte vom letzten Deutschen Psychotherapeutentag die Aufgabe bekommen, einmal jährlich eine Bundeskongress der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) zu

veranstalten, auf der die PiA ihre Anliegen diskutieren und der Bundespsychotherapeutenkammer zu Gehör bringen können. Um dieses Unterfangen auf breiter Basis zu legitimieren, waren die Landespsycho-

therapeutenkammern aufgerufen, bis zu zwei Delegierte in diese Kongress zu entsenden. Die Bundeskongress fand erstmals am 12.03.08 statt.

Die LPK Rheinland-Pfalz unterstützt in vollem Umfang die Initiative der BPTK. Am 23. Februar 2008 fand auf Einladung der LPK Rheinland-Pfalz in deren Geschäftsstelle in Mainz die erste Landeskonferenz der rheinland-pfälzischen PiAs statt. Diese Konferenz diente einem ersten Austausch über die für PiAs besonders relevante Themen, der Bildung eines institutsübergreifenden PiA-Netzwerkes sowie einer Interessenvertretung auf Landesebene und der Wahl zweier Landesvertreter für die Bundeskonferenz. Vertreter aus zehn der 13 rheinland-pfälzischen Ausbildungsinstitute nahmen daran teil, von der LPK waren die Vizepräsidentin, Frau Dr. Benecke, das für den Bereich Ausbildung zuständige Vorstandsmitglied, Herr Gönner, und die Geschäftsführerin, Frau Heinrich, anwesend.

In die Ämter der Bundesdelegierten wurden Sabine Wagner vom Weiterbildungsstudiengang Psychologische Psychotherapie der Universität Mainz (PP, VT) und Sandra Hirschler vom Alfred-Adler-Institut, Mainz (KJP, PA/TP) gewählt. Dr. Heiko Hölzel (Universität Trier; PP, VT) und Ulrike Sawitzki-Wild (IFKV Bad Dürkheim, KJP, VT) wurden als deren Vertreter bestimmt.

Die Unterstützung der Kammer zu einer institutsübergreifenden Vernetzung wurde von den PiA-Vertretern dankbar in Anspruch genommen. Die Ausbildung betreffende Problemfelder und Konfliktthemen wurden intensiv und konstruktiv diskutiert, es wurde versucht, sich auf gemeinsame Ziele zu einigen und es wurden Wege gesucht, wie diese Ziele erreicht werden können. In neu gebildeten Arbeitsgruppen sollen Lösungen für die Problemfelder erarbeitet werden. Im Mittelpunkt der Diskussionen stand insbesondere die zentrale „Ausbildungsschwachstelle“ Praktische Tätigkeit.



Sabine Wagner, PiA Vertreterin der LPK

Es wurde deutlich, dass nicht nur die unter dem Existenzminimum liegende (häufig gänzlich fehlende) Bezahlung ein Problem darstellt, sondern auch die Qualität der Ausbildung im Rahmen der praktischen Tätigkeit. Häufig besteht keine oder nur eine unzureichende Betreuung im Rahmen der Ausbildung. Nicht selten gibt es nur formale Betreuungsverhältnisse und die PiAs werden in der Praxis oft nur durch andere PiAs angeleitet, die in der Ausbildung schon weiter fortgeschritten sind. Auch die Tätigkeitsinhalte werden häufig nicht der Ausbildungssituation gerecht. In Extremfällen kommt es vor, dass PiAs überwiegend für psychologische Testungen oder im Rahmen von Forschungsprojekten eingesetzt werden. Nicht selten verfügen PiAs über keinen festen Arbeitsplatz oder ihnen stehen nicht mal die notwendigen Arbeitsmittel zur Verfügung. Ein weiteres Problemfeld ist die mangelnde Kostentransparenz in vielen Ausbildungsinstituten, was von vielen PiAs bemängelt wurde.

Die erste PiA-Konferenz wurde sowohl von PiA-Seite als auch von Kammerseite als Er-



Sandra Hirschler, PiA Vertreterin der LPK

folg und als wichtiger Schritt für eine wirksame politische Vertretung der PiA-Interessen gewertet. Es bleibt zu hoffen, dass nun ein Prozess angestoßen ist, durch den es zu Verbesserungen der völlig inakzeptablen wirtschaftlichen Situation der PiAs und zu einer Verbesserung der Ausbildungsqualität im Rahmen der Praktischen Tätigkeit kommen wird. Ein weiteres Treffen der PiA ist für den 13.09.08 geplant.

An diesen Seiten arbeiteten mit:

Dr. Andrea Benecke, Sascha Gönner, Alfred Kappauf, Sabine Wagner

Geschäftsstelle

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel 06131/5 70 38 13
Fax 06131/5 70 06 63
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de
Telefonische Sprechzeiten:
Mo.–Fr. 10.00–12.30 Uhr und
Di.–Do. 14.00–16.00 Uhr



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes – PKS

PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PIA)

PIA-Vertreter für die Teilnahme an der Bundeskonferenz gewählt

Am 14.02.08 fand ein Treffen der von allen Saarländischen Ausbildungsinstituten benannten PsychotherapeutInnen in Ausbildung in der Kammer statt. Die anwesenden AusbildungskandidatInnen wählten Frau Dipl. Psych. Almut Mengel-Föhl (AKJP/AEP – SIAP) zur Vertreterin der PKS für die Teilnahme an der ersten Bundeskonferenz für PIA in Berlin. Als Stellvertreterin wurde Frau Dipl. Psych. Simone Oellerich (AKJP – SITP) benannt. Die 1. Bundeskonferenz PIA hat inzwischen am 12.03.2008 in der Geschäftsstelle der BPTK in Berlin stattgefunden. Am 09.04.2008 lud die BPTK zu einem Workshop zur Zukunft der Ausbildung ein, an dem auch die Kammerpräsidentin teilnahm.

Regelmäßiger Austausch der saarländischen PIA mit der Kammer

Mit den PIA wurden regelmäßige Treffen in der Kammer vereinbart. Der erste Termin war am Mittwoch, dem 02. April 2008 18.30 Uhr in der Geschäftsstelle der PKS. Alle Psychotherapeuten in Ausbildung waren zu diesem Treffen eingeladen. Die anwesenden PIA nutzten die Gelegenheit zum ersten Austausch und Kennenlernen. Die Vertreter der Kammer machten auf Anfragen der Teilnehmer u. a. Erläuterungen zur rechtlichen Regelung der Mitgliedschaft von PIA in der Kammer und zu Unterstützungsmöglichkeiten der PIA durch die Kammer. Es wurde deutlich, dass die PIA die Unterstützung durch die Kammer gerne annehmen, da sie sich im Rahmen ihrer Ausbildung eher als „Einzelkämpfer“ fühlen und kaum „neutrale“ Ansprechpartner haben. In weiteren Treffen wollen die PIA der 4 saarländischen Ausbildungsinstitute fol-

gende Themen angehen: a) Vergleich der Ausbildungs- und Praktikumverträge; b) Vergleich der Praktikumsstellen c) Vergleich der Ausbildung im 2. Ausbildungsabschnitt an den verschiedenen Instituten; d) Handling der Supervision

Freiwillige Mitgliedschaft der PIA in der PKS

Wie bereits im FORUM 24 berichtet, können mit der Neufassung des Saarländischen Heilberufekammergesetzes (SHKG) all die saarländischen PIA freiwillige Mitglieder der Kammer werden, die sich im Praktischen Teil ihrer Ausbildung befinden, also dem Teil der vertieften Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren nach Psych / KJPTH-AprV § 4 Abs.1. PIA sind als freiwillige Mitglieder zwar noch nicht wahl- oder stimmberechtigt, profitieren jedoch als Kammermitglieder von der berufsständischen Interessenvertretung in allen ihre Berufsausübung betreffenden Fragen. Sie stehen damit unter Recht und Pflicht der Berufsordnung und können im Bedarfsfalle als AusbildungskandidatInnen auch auf die Unterstützung und Beratung der Psychotherapeutenkammer zurückgreifen. Als Kammermitglieder beziehen sie u. a. unser öffentliches Mitteilungsorgan, das FORUM. Der Jahres-Beitrag für die freiwillige Mitgliedschaft von PIA beträgt 40 €.

Aus der Vertreterversammlung vom 25.02.2008

Tätigkeitsbericht des Vorstandes

Der Vorstand legte der Vertreterversammlung in der Sitzung am 25.02.2008 seinen Tätigkeitsbericht vor. Zusammenfassend fanden im Berichtsjahr (Februar 2007 – Februar 2008) folgende Aktivitäten statt: 17 Vorstandssitzungen, 3 Vertreterversammlungen, die ständigen Ausschüsse der

Psychotherapeutenkammer hielten jeweils 3–5 Sitzungen ab. Der Vorstand hat im Berichtszeitraum 6 Ausgaben des FORUM (Nr.18 – Nr. 23) herausgegeben, in welchen die Kammermitglieder fortlaufend über die Aktivitäten der Kammer innerhalb und außerhalb des Saarlandes informiert wurden.

Auszug Aktivitäten auf Landesebene:

- Anhörung im Landtag zur Neufassung des SHKG im Juni
- Saarländische Krankenhauskonferenz (Krankenhausplan 2006–2010) im Juni
- 6 Planungstreffen zur Vorbereitung des Saarländischen Psychotherapeutentages (SPT) 2008
- 3 Treffen Initiativkreis Kompetenznetz Depression
- Beitritt zur Arbeitsgemeinschaft PSYCH-INFO, Teilnahme an Sitzung AG, Umsetzung des Psychotherapeuten-Informationsdienstes für Mitglieder der PKS
- Aktion gelbe Seiten/blau Telefonbuch – Klarstellung zur korrekten Verwendung der Berufsbezeichnung Psychotherapeut/in in den entsprechenden Rubriken

Auszug Teilnahme/Organisation Tagungen /Termine etc.:

- Fachtagung und Empfang anlässlich des 60. Geburtstages von Ilse Rohr im März
- Mitveranstalter der Fachtagung ‚Psychotherapie und Geistige Behinderung‘ im Festsaal des Saarbrücker Schlosses
- Sommer: Kolloquium Uni SB: Approbation nach dem Studium – Ein Weg der sich lohnt ?
- Expertenhearing zu BA/MA Uni im Juni
- Angestelltenfachtagung der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg im Juni
- Fachtagung Dt. Gesellschaft für bipolare Störungen (DGBS) im September

- Transkulturelle Psychotherapie – Mitgestaltung Fachtagung SIAP im Oktober
- Landes-Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS) – Tagung Kindergesundheit
- Saarländische Schmerzkonferenz im Oktober
- 1. Neuapprobiertentreffen im November
- SR-Interview zum Thema Weihnachten anlässlich Eröffnung des SB Weihnachtsmarktes Ende November.

Aktivitäten auf Ebene der Bundespsychotherapeutenkammer:

Die Saarländischen Delegierten für die BPTK (Ilse Rohr, Ludger Neumann-Zielke und Bernhard Morsch) nahmen an 2 Deutschen Psychotherapeutentagen teil, die Präsidentin an 4 Sitzungen des Länderrates und 2 Sitzungen des Redaktionsbeirates des PTJ. Irmgard Jochum nahm an den Sitzungen des Finanzausschuss der BPTK teil, Bernhard Morsch an zwei Sitzungen der Lenkungsgruppe Musterberufsordnung der BPTK.

Planungen 2008:

- Saarländischer Psychotherapeutentag
- Fortbildungsreihe Ausschuss Angestellte: 4 Veranstaltungen zu Methodenvielfalt
- Fortbildungsreihe KJP: 3 Veranstaltungen
- Vorbereitung, Planung und Durchführung der Wahl 2008

Schlichtungsordnung verabschiedet

Die Vertreterversammlung der PKS hat die Schlichtungsordnung einstimmig verabschiedet. Während die im vergangenen Jahr beschlossene Berufsordnung insbesondere die Rechte und Pflichten der Kammermitglieder formuliert, hat die Schlichtungsordnung die Aufgabe, das Verfahren festzulegen, wie bei berufsbezogenen Streitigkeiten unter den Kammermitgliedern und bei der Berufsausübung betreffenden Streitigkeiten zwischen Kammermitgliedern und Dritten außergerichtlich verfahren werden soll. Mit der Verabschiedung der Schlichtungsordnung hat die PKS gemäß ihrem Auftrag nach dem Saarländischen Heilberufekammergesetz (§ 12 Abs. 1 SHKG) ihr vorläufig letztes Satzungswerk verabschiedet. Die Schlichtungsordnung erlangt Gültigkeit, wenn sie nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde im FORUM veröffentlicht wird.

Perspektiven bis 2011 – Psychotherapie in Deutschland

Ausführlich diskutierte die VV das Entwurfspapier der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) „Perspektiven bis 2011 – Psychotherapie in Deutschland“. In ihm sind die wichtigen Themen der kommenden 3 Jahre bzgl. der weiteren Positionierung der Psychotherapie im Gesundheitswesen benannt. Dieser Aspekt wurde von allen ausdrücklich begrüßt. Kritischer wurden die inhaltlichen Stellungnahmen im Einzelnen gesehen, da sie keinesfalls einen breiten Konsens aller KollegInnen widerspiegeln. Da es im Moment erst eine Grundlage zur Diskussion sein soll, ist dieser Aspekt durch weitere Diskussionen sicher zu klären. Unklar bleibt jedoch, in welcher Funktion das Papier dann eingesetzt werden soll: Als To-do-Liste für die BPTK und die einzelnen Länderkammern? Als Orientierung für alle Mitglieder? Als Darstellung nach außen? Beschrieben werden in vier Kapiteln 1. Herausforderungen für die Profession, 2. Prävention und psychische Gesundheit, 3. Grundlagen einer patientenorientierten Versorgung und 4. Qualität und Wettbewerb im Gesundheitswesen. Der Entwurf steht allen Interessierten auf unserer Website zum Download bereit (www.ptk-saar.de unter Aktuelles/Infos). Diskutieren Sie mit – Rückmeldungen an die Kammer sind ausdrücklich erwünscht.

Start Psych-Info

Wie angekündigt konnte der Onlinedienst Psych-Info am 15. April auch im Saarland starten. Rund 65% der Kammermitglieder haben spontan ihre Zustimmung zum Eintrag in die Datenbank erteilt. Dabei ist der Anteil der eingetragenen Psychotherapeuten in Niederlassung mit ca. 55% und der in Beschäftigungsverhältnissen mit rund 45% vergleichbar hoch. Etwa 10% der Kammermitglieder wünschen keinen Eintrag, viele derer sind freiwillige Mitglieder,

nicht mehr berufstätig und / oder im Ruhestand. Etwa ein Viertel der Kammermitglieder sind noch unentschlossen, ein Eintrag ist allerdings jederzeit möglich. Die Kammer freut sich über die rege Beteiligung an diesem wichtigen und notwendigen Psychotherapeuten-Informationsdienst.

Die Suche nach geeigneten Psychotherapeuten ist für Patienten wie Rat- und Hilfesuchende bislang schwierig gewesen. Psych-Info soll die Suche in Wohnortnähe vereinfachen und die Information, was Psychotherapie ist, wer sie bezahlt und wo sie angeboten wird, verbessern. Unter www.psych-info.de haben zunächst die Psychotherapeutenkammern der „Nordländer“ Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein einen Psychotherapeuten-Informationsdienst im Internet eingerichtet. Später kamen Berlin und nun auch das Saarland dazu. In Psych-Info erhält man Zugriff auf Praxis-Adressen Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und auf Adressen von Psychotherapeuten, die als Angestellte/Beamte qualifizierte Beratungs- und Behandlungsangebote in einer Institution wie z. B. einer Beratungsstelle, Klinik oder im schulpsychologischen Dienst machen können.

Babyverwechslung in Saarlouiser Geburtsklinik

Psychologisch-psychotherapeutische und seelsorgerische Krisenintervention in der St.-Elisabeth-Klinik und im Landkreis Saarlouis

Am Freitag, den 7. Dezember 2007, berichtete die Bild-Zeitung, dass in einer saarländischen Klinik zwei Babys nach der Geburt vertauscht worden seien. Der tragische Vorfall habe sich nach Angaben eines Sprechers des betroffenen Krankenhauses bereits im Sommer ereignet. Es wurde angegeben, dass es sich bei den Säuglingen um zwei Mädchen handeln solle. Nach einem Vaterschaftstest sei die Tragödie ans Tageslicht gekommen.

Erst einen Tag vor dieser Berichterstattung hatte man im Kreisjugendamt Saarlouis

letzte Gewissheit, dass im Landkreis Saarlouis eine Mutter mit ihrer Tochter zweifelsfrei nicht genetisch verwandt ist. Auf Wunsch dieser Familie war im Herbst ein Verfahren zur Feststellung der Vaterschaft des Mädchens eingeleitet worden. Als in diesem Zusammenhang Zweifel an der Mutterschaft aufgetaucht sind, wurden weitere Gentests am Institut für genetische Diagnostik und in der humangenetischen Abteilung der Uniklinik in Homburg in Auftrag gegeben. Auf der Grundlage dieser Untersuchungen konnte der Verdacht auf Vertauschung des Babys schließlich zweifelsfrei bestätigt werden.

Um möglichst schnell Aufschluss darüber zu erhalten, welches weitere Elternpaar von dieser Verwechslung betroffen ist, hatte man im Jugendamt beim Familiengericht den Beschluss beantragt, sogenannte Screening-Proben auszuwerten. Diese medizinisch verwertbaren Proben werden drei Tage nach der Geburt bei dem Neugeborenen entnommen. Man hoffte durch die Auswertung dieser Proben zeitnah das zweite betroffene Elternpaar ausfindig machen zu können. Auf diese Weise hätte eine unnötige Belastung und Beunruhigung anderer, potentiell von der Verwechslung betroffener Eltern verhindert werden können.

Unmittelbar nach den ersten Medienberichten wurde in Kooperation zwischen der St. Elisabeth-Klinik und dem Landratsamt Saarlouis am 07.12.07 ein Krisenstab eingerichtet, der mit dem Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes eng kooperierte. In diesem Gremium arbeiteten neben Vertretern der Klinik die Sozialdezernentin Susanne Schwarz, Gerd Leidinger als Leiter des Jugendamtes, Josef Rath, Leiter des Amtes für Presse, Öffentlichkeitsarbeit sowie Kommunikationstechnik und Norbert Rupp als Leiter des Polizeibezirkes Saarlouis mit. Die Landrätin Monika Bachmann hatte mit Roland Waltner, der den Schulpsychologischen Dienst des Landkreises Saarlouis leitet, auch einen Psychologischen Psychotherapeuten von Beginn an eingebunden. Eine erste Pressekonferenz fand an diesem Freitagmorgen im großen Sitzungssaal des Landratsamtes statt. Landrätin Monika Bachmann, Sozialdezernentin Susanne Schwarz, Franz-Josef

Backes, Geschäftsführer des Klinikträgers, Dr. Klaus-Peter Reimund, Ärztlicher Leiter der St.-Elisabeth-Klinik, Dr. Mathias Uhlig, Chefarzt der Geburtsklinik und Herbert Frieling, Pressesprecher des Klinikums, informierten die Journalisten eingehend über die aktuelle Situation.

In dem Zeitraum, in dem die betroffene Mutter in der St.-Elisabeth-Klinik lag, wurden insgesamt 14 weitere Mädchen geboren. Diesen Müttern wurde seitens der Klinik noch am selben Tag ein DNA-Test angeboten, um das Verfahren der Identifizierung des zweiten, verwechselten Babys zu beschleunigen. Erst die Auswertung dieser Tests, deren Ergebnisse spätestens in einer Woche erwartet wurden, konnte Klarheit bringen, ob das Baby tatsächlich in der Geburtsklinik vertauscht worden ist.

Wegen des starken Medieninteresses fand am Nachmittag noch eine zweite Pressekonferenz im Landratsamt statt.

Zeitgleich wurden über den gesamten Nachmittag bis in die Abendstunden in der St.-Elisabeth-Klinik die DNA-Tests für die möglicherweise betroffenen Mütter durchgeführt. Die ärztliche Betreuung der Mütter und Väter ergänzend standen die Psychologin Sabine Hesidens-Lion und der Psychotherapeut Roland Waltner als Mitarbeiter des Schulpsychologischen Dienstes des Landkreises Saarlouis, Anne Huwig-Groß, Psychotherapeutin des Caritasverbandes Saarlouis und Pfarrer Gerhard Schwetje als Seelsorger der St. Elisabeth-Klinik zur Verfügung, die unmittelbar vor Ort in der Klinik Hilfe anboten. Den Eltern, die an diesem Nachmittag keine psychologisch-psychotherapeutische bzw. seelsorgerische Unterstützung in Anspruch nahmen, wurde zugesagt, auch am Wochenende und weiterhin entsprechende Hilfe erhalten zu können. Dieses Angebot wurde von mehreren Eltern samstags und sonntags eingehend genutzt. Zusätzlich fanden an diesem Wochenende und in der Folgezeit intensive Gespräche zwischen Eltern, Landrätin Monika Bachmann, Sozialdezernentin Susanne Schwarz und Jugendamtsleiter Gerd Leidinger statt.

Die Ergebnisse der DNA-Tests konnten am Mittwoch, den 12.12.07, den Müttern mit-

geteilt werden und einerseits beruhigende, aber andererseits auch schockierende Gewissheit bringen. Dazu wurden neben den bereits eingesetzten Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten noch weitere, bei dem Krankenhausträger Marienhaus GmbH beschäftigte Kolleginnen und Kollegen tätig.

Um alle betroffenen Eltern vor dem heftigen Medieninteresse zu schützen und eine angemessene psychische Verarbeitung der schockierenden Nachricht zu ermöglichen, wurden diese an einen geheimen Ort gebracht und dort mehrere Tage intensiv psychologisch-psychotherapeutisch und sozialarbeiterisch betreut. Gleichzeitig wurde der Kontakt zu der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung der Universitätskliniken in Homburg hergestellt. Eine Zusammenarbeit mit diesem Institut unter der Leitung von Prof. Dr. Alexander von Gontard, Kinderarzt und Kinder- und Jugendpsychiater, erschien dem Krisenstab sinnvoll, weil in dieser Klinik Hilfs- und Behandlungsangebote sowohl für Kinder als auch für Erwachsene bestehen.

In der Folgezeit wurde die Kontaktabahnung der Familien in Kooperation der beteiligten Institutionen behutsam und fachlich fundiert eingeleitet. Nach intensiver, psychotherapeutischer und kinder- und jugendpsychiatrischer Begleitung und Behandlung konnten am Sonntag, den 20. Januar 2008, die verwechselten Babys wieder ihren leiblichen Eltern zugeführt werden.

Am darauf folgenden Montag trat ein Elternpaar in der Saarbrücker Kanzlei ihres Rechtsanwaltes Prof. Dr. Egon Müller vor die Presse, um durch umfassende Information der Journalisten das belastende, gigantische Medieninteresse zu beruhigen. Die Eltern baten die anwesenden Pressevertreter um zukünftige Zurückhaltung, um den Familien die Eingewöhnung in ihre neue Lebenssituation zu erleichtern.

Die Eltern des zweiten Kindes nahmen an der Pressekonferenz nicht teil, weil sie von ihrem Recht auf informationelle Selbstbestimmung Gebrauch machen wollten.

Auf der Grundlage der hervorragenden Bemühungen der Eltern und eines sehr kooperativen Krisenmanagements aller beteiligten Fachinstitutionen konnte schließlich ein stabilisierender Rücktausch der verwechselten Babys erreicht werden. Von einem „Happy End“ bzw. „Verwechslungs-Drama zu Ende“, wie es in Zeitungsschlagzeilen zu lesen war, kann jedoch leider noch keine Rede sein. Die psychischen Folgen der Vertauschung wiegen schwer und belasten die betroffenen Familien nach wie vor erheblich.

Autoren:

Monika Bachmann, Landrätin des Landkreises Saarlouis und Roland Waltner, PP, KJP, Leiter des Schulpsychologischen Dienstes Saarlouis.

Psychologische und psychosoziale Beratung und Psychotherapie für Migranten und Migrantinnen.

Die Arbeit des DRK Beratungszentrums Saarland

Migranten und Migrantinnen gehören seit langem zur Wohnbevölkerung in Deutschland. Sie haben ebenso psychologische Probleme und benötigen Hilfe und Unterstützung durch Fachleute. Darüber berichtete unter anderem das Psychotherapeutenjournal 4/2007 und auch das Forum Psychotherapie im November 2007.

Im Saarland unterhält der DRK-Landesverband seit Mitte der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts ein Beratungszentrum, dessen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sich speziell um Migranten und Migrantinnen kümmern.

Das DRK-Beratungszentrum ist Mitglied von BAFF, der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Behandlungszentren für Folteropfer und Flüchtlinge. In den Jahren 2000 bis 2004 kooperierte es mit den DRK-Zentren in Freiburg und Berlin (siehe www.trauma-netz.drk.de). In dieser Zeit wurden die „Materialien zur Traumarbeit mit Flüchtlingen“ entwickelt (Von Loeper Verlag, Karlsruhe 2003).

Ort und Zielgruppen

Das Beratungszentrum hat seinen Sitz in Saarbrücken-Burbach und eine Nebenstelle in der Landesaufnahmestelle für Asylbewerber und Flüchtlinge in Lebach.



Es macht Angebote für alle Migranten und Migrantinnen, d. h. für ausländische Flüchtlinge ebenso wie für deutschstämmige (Spät-) Aussiedler/innen, ausländische Arbeitnehmer/innen und deren Familien.

Es stellt Hilfe bereit für eine breite Palette von Problemlagen, von Primärhilfen über psychosoziale und sozialrechtliche Beratung bis hin zu psychologischer Beratung und Psychotherapie. Bisher haben Menschen aus mehr als 30 Ländern das Beratungszentrum in Anspruch genommen, z. B. vietnamesische Flüchtlinge („boat-people“), russlanddeutsche Aussiedler/innen und ausländische Arbeitnehmer/innen aus Afrika.

Personelle Ausstattung

In dem Beratungszentrum arbeiten Psychologen/Innen, Psychotherapeuten/Innen und Sozialarbeiter/Innen, zum Teil mit Migrationshintergrund, in einem interdisziplinären Team, z.T. auch auf Honorarbasis. Zusätzlich werden Dolmetscher/innen in verschiedenen Sprachen auf Honorarbasis eingesetzt.



Wolf B. Emminghaus

Arbeitsansatz

Die Arbeit nahm ihren Ausgang in der psychosozialen Betreuung von Flüchtlingen. Darüber berichtete Report Psychologie im Heft 5–6/1992 unter dem Titel „Flucht und Kulturkontakt: Ein Arbeitsfeld für Psychologen?“. Das Beratungszentrum ist offen für alle psychosozialen und psychologischen Probleme von Migranten/innen.

Es gibt eine Reihe von Belastungen und Störungen, die mit dem Migrationsschicksal verbunden sind, besonders wenn die Migration unfreiwillig ist und aufgrund von Verfolgung und Not geschieht, etwa im Fall von Flüchtlingen. Der Grund von psychischen Störungen bei Migranten/innen wird zum Teil in Faktoren des Herkunftslandes und der Lebensgeschichte dort gesehen (social selection Hypothese) zum Teil in den Bedingungen des Aufnahmelandes (social causation Hypothese). Beides muss im Einzelfall berücksichtigt werden. Mit Migration und Flucht sind regelmäßig negative kritische Lebensereignisse verbunden sowie der Wegfall von sozialer Unterstützung.

Das Beratungszentrum hat im Laufe seiner langjährigen Arbeit einen Ansatz entwickelt, der davon ausgeht, dass die psychischen Belastungen von Flüchtlingen in drei Komponenten systematisiert werden können, nämlich 1. „Das Trauma des Exils“ (akkulturative Belastungen in unterschiedlichem Ausmaß), 2. die posttraumatischen Belastungsstörungen (als Folge der Vorerfahrungen im Heimatland und während der Flucht) und 3. das sogenannte Abhängigkeitssyndrom (als Folge der langjährigen institutionellen Versorgung).

In diesem Kontext entwickeln sich eine Reihe von Störungen, insbesondere Anpassungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, somatoforme Störungen, Angststörungen und anderes mehr.

Seit Beginn der 90er Jahre entwickelte sich im DRK Beratungszentrum ein besonderer Schwerpunkt der Behandlung, Beratung und Betreuung von traumatisierten Flüchtlingen, anfänglich insbesondere aus Bosnien und anderen Balkanländern.

Diese Arbeit ist nicht nur eine therapeutische Arbeit, sondern zugleich ein Einsatz für die Respektierung der Menschenrechte im individuellen Fall. Insofern können Psychologen/innen und Sozialarbeiter/innen als Mitarbeiter/innen des Roten Kreuzes in besonderer Weise helfen. Gerade die Kriegsereignisse und die ethnische Verfolgung in Bosnien, später auch im Kosovo, führte zu einem allgemeinen Bewusstsein für die Notwendigkeit, Opfern von Gewalt zu helfen, durch entsprechende Traumatherapie und politisch durch die Gewährung eines Bleiberechts.

Migrantenkinder und jugendliche Migranten/innen

Im DRK-Beratungszentrum gibt es seit 2002 auch psychologische und psychotherapeutische Unterstützung für Kinder und Jugendliche, insbesondere in Sammelunterkünften angeboten.

Hier dienen insbesondere kunsttherapeutische Maßnahmen (bildnerisches Gestalten, Musiktherapie) einzeln und in Gruppen dem Ausdruck des „Nichtsagbaren“ und der Wiederbelebung der eigenen Stärken. Diese Maßnahmen werden komplementiert durch sozialpädagogische Angebote.

Therapeutische Angebote

Die Behandlung erfolgt in einer Kombination von narrativer Expositionstherapie, kognitiver Verhaltenstherapie, Entspannungsverfahren, künstlerischem Gestalten und EMDR.

Im Rahmen eines neuen Projektes mit dem Namen WEG – Weg vom Opferdasein

–, das am 01.03.2008 begonnen hat, werden die verschiedenen therapeutischen Komponenten in einem neuen thematisch orientierten Ansatz zusammengeführt.

Das DRK-Beratungszentrum ist auf die Unterstützung durch die niedergelassenen Therapeuten/innen angewiesen und bietet umgekehrt Hilfe an, wenn niedergelassene Kollegen/innen, u.U. ergänzend und flankierend, eine Begleitung ihrer eigenen Therapien für wünschenswert halten.

Nähere Informationen auch zur Arbeit mit Migranten/innen finden Sie auf unserer Webseite www.lv-saarland.drk.de unter „Migration und Integration“.

Autor:

Wolf B. Emminghaus, Dipl. Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut

Die vorstehenden Artikel stammen überwiegend aus den Ausgaben FORUM 25. Sie finden alle vollständigen Ausgaben des FORUM auf unserer Website:

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



Mehr Handlungsspielraum bei der Praxisabgabe!

Abgabe, Kauf und Bewertung psychotherapeutischer Praxen

Von Dr. Uta Rüpung und Ekkehard Mittelstaedt.

2008. XXI, 291 Seiten. Gebunden. € 49,- ISBN 978-3-938909-23-2

Der Prozess der Praxisübergabe der vertragspsychotherapeutischen Praxis ist ein komplexes Unterfangen: Das gilt für die Veräußerung genauso wie für den Kauf.

Wie sollte der Übergabeprozess gestaltet werden? Welche Handlungsalternativen gibt es bei der Veräußerung, welche gibt es beim Kauf? Wie lässt sich der Wert einer Praxis feststellen?

Das Werk wird den Besonderheiten psychotherapeutischer Praxen gerecht, zeigt Gestaltungsvarianten, rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen auf und umfasst die Themenkomplexe:

- Vertragsarztrechtliche Bedingungen und Verfahren der Praxisnachfolge
- Vertragsgestaltung
- Praxiswertberechnung
- Bewertung der Investition „Praxiskauf“ (aus Käufersicht)

Das Buch wendet sich nicht nur an Verkäufer und Käufer psychotherapeutischer Praxen. Praxisinhaber erfahren was sich wertsteigernd auswirkt und verschaffen sich durch frühzeitiges Herangehen an das Thema mehr Chancen und Handlungsspielraum beim Verkauf. Berater, Steuerberater und Juristen finden ebenso Antworten wie Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern.

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

**Psychotherapeuten
Verlag**

Liebe Kolleginnen und Kollegen, herzlich willkommen PiA!



Mit der letzten Änderung des Heilberufesgesetzes im Dezember 2007 sind die PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) Mitglieder der PKS, sobald sie praktisch tätig sind. Am 04. März 2008 hat auf Einladung des Vorstands ein erstes Treffen der neuen Mitglieder stattgefunden; das nächste ist für den 27. Mai 2008 geplant, auf welchem die PiA ihre(n) SprecherIn wählen. Der Vorstand der PKS ist an aktiven PiA interessiert, denn das Thema Ausbildung und Weiterentwicklung des

Berufes wird uns vor dem Hintergrund der Umstellung des Studiums und der ständigen Gesundheitsreformen besonders betreffen. Unser Berufsstand ist in einer steten Veränderung begriffen; diesen Prozess werden wir aufmerksam und achtsam gestaltend begleiten.

*Mit kollegialen Grüßen
Juliane Dürkop
Präsidentin*

Bericht aus der Kammerversammlung

Am 14.03.2008 fand in Kiel die 15. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein statt. Verschiedene Diskussionen und z. T. auch Beschlussfassungen zu inhaltlichen Themen bildeten dabei die Schwerpunkte. Daneben standen auch die Entlastung des Vorstandes für das Haushaltsjahr 2007 sowie der Geschäftsbericht des Versorgungswerkes für 2006 und Entlastung von Verwaltungs- und Aufsichtsrat des Versorgungswerkes auf der Tagesordnung.

Zunächst folgte der Bericht des Vorstandes, der erfreulicherweise von der Versammlung nicht nur zur Kenntnis genommen wurde, sondern offensichtlich auch zum Hinterfragen und zu lebendiger, konstruktiver und in Teilen auch kontroverser Diskussion einlud. Von der Geschäftsführung wurden einige statistische Daten zur Kammerentwicklung vorgestellt. Die Mitgliederzahl entwickelte sich in 2007 positiv (+19), so dass in der Kammer jetzt über 1.000 KollegInnen repräsentiert sind. Die Anzahl der selbstständig tätigen KollegInnen überwiegt dabei etwas die der abhängig Beschäftigten (533:427). Seit Jahresbeginn sind auch die KollegInnen in Ausbildung ab dem Beginn ihres prakti-

schen Ausbildungsteiles beitragsfreie Kammermitglieder, so dass die Mitgliederzahl aktuell bei ca. 1.150 liegt.

Eine der zentralen gesetzlichen Aufgaben der Kammer ist die Berufsaufsichtsfunktion. Im Jahre 2007 gingen bei der Kammer 15 Beschwerden über KollegInnen ein, was eine deutliche Steigerung gegenüber 2006 (9) und 2005 (2) darstellt. Wir gehen davon aus, dass dieser Anstieg primär mit der Etablierung der Kammer und ihrer zunehmenden öffentlichen Wahrnehmung erklärt werden kann. Erfreulicherweise konnte in ca. 60% der Fälle kein berufsrechtlicher Verstoß festgestellt werden. Auch bedurfte es noch in keinem Fall der Anrufung des Berufsgerichtes, sondern die Verstöße ließen sich vorher einvernehmlich regeln. Etwa die Hälfte der Beschwerden bezog sich auf Honorarfragen, gefolgt von Beschwerden über das Verhalten von PsychotherapeutInnen. Liebe KollegInnen, helfen Sie bitte mit, diesen Teil der Vorstandsarbeit möglichst gering zu halten. Den KollegInnen auf die Finger zu gucken und ihnen ggf. auf dieselbigen auch zu klopfen, gehört zwar zu den notwendigen, aber sicher auch zu den unangenehmeren Aufgaben, die zudem recht zeitintensiv

sind. Und manche Beschwerde scheint uns vermeidbar.

Auch nach der Reduktion der Aufwandsentschädigungen hat der Vorstand weitere Aktivitäten zur Kostenoptimierung unternommen. So findet in diesen Wochen eine Überprüfung von Strukturen und Abläufen in der Geschäftsstelle durch eine Unternehmensberatung statt, die ihren Schwerpunkt im Non-Profit-Bereich hat. Ziel ist die Erarbeitung von Verbesserungspotenzialen. Darüber hinaus hat der Vorstand auch den Gedanken einer länderübergreifenden, kostenreduzierenden Kooperation weiter forciert. Im Februar 2008 fand ein Treffen mit den Vorständen der Kammern Bremens, Hamburgs und Niedersachsens in Hannover statt. Neben der Erörterung einer Reihe inhaltlicher Themen wurde von uns auch die „Nordkammer“ auf die Tagesordnung gesetzt. Während die KollegInnen aus Bremen und Hamburg hierauf leider eher verschnupft reagierten, gab es vom Vorstand der Niedersächsischen Kammer sehr erfreuliche Signale, über konkrete kostensparende Kooperationen ins Gespräch zu kommen. Nach Redaktionsschluss dieser PTJ-Ausgabe hat es hier zu auch bereits ein weiteres Treffen mit

dem Niedersächsischen Kammervorstand gegeben, über das wir in der nächsten Ausgabe sicher berichten können.

Neue Mitarbeiterin in der Geschäftsstelle

Wir möchten Ihnen an dieser Stelle gern unsere neue Mitarbeiterin Frau Sabrowski-Hentschel vorstellen, die uns seit dem 01.04.2008 tatkräftig unterstützt und für Frau Mildner eingestellt wurde, die ihr Arbeitsverhältnis auf eigenen Wunsch zum 31.03.2008 beendet hat.



Roswitha Sabrowski-Hentschel

geb. in Bordesholm, eine erwachsene Tochter, ein erwachsener Sohn, Ausbildung zur Bürokauffrau, langjährige Tätigkeit als Lohn-/Gehaltsbuchhalterin in großen Unternehmen. Nach Erziehungszeit der Kinder mehrjährige Tätigkeit als Immobilienfachkraft in der Grundstücks- und Wohnungswirtschaft.

Fortsetzung Bericht Kammerversammlung:

Inhaltlich erfreute sich der Vorstandsbericht in dem Teil einer besonderen Aufmerksamkeit, der primär die kassenzugelassenen KollegInnen betrifft. Offensichtlich sind noch nicht alle Mitglieder der Kammerversammlung davon überzeugt, dass auch deren Interessen im neuen Kammervorstand angemessen Berücksichtigung finden. Um dieser besonderen Aufmerksamkeit auch auf den PTJ-Länderseiten gerecht zu wer-

den, haben wir diese Aktivitäten aus dem Bericht herausgenommen und widmen ihnen einen eigenen Artikel (siehe nachfolgenden Beitrag von Dr. Dietmar Ohm).

Schließlich nahm die Diskussion über eine mögliche Weiterbildungsordnung in Schleswig-Holstein breiten Raum ein. Teile der Kammerversammlung und Teile des Ausschusses für Fort- und Weiterbildung drängten darauf, nun zügig eine Weiterbildungsordnung zu erlassen und in ihr eine Weiterbildung in Neuropsychologie zu regeln. Nach der Anerkennung der Neuropsychologie als Therapiemethode durch den Wissenschaftlichen Beirat wurde von den Befürwortern einer Weiterbildungsordnung argumentiert, dass nur eine Verankerung der Neuropsychologie in einer entsprechenden Weiterbildungsordnung auch die Abrechenbarkeit neuropsychologischer Leistungen im Rahmen der GKV gewährleisten und nur so eine adäquate Versorgung der Bevölkerung mit den entsprechenden Leistungen ermöglicht werden könne. Darüber hinaus wurden Wettbewerbsnachteile für die KollegInnen in Schleswig-Holstein befürchtet, wenn hier, anders als in den meisten anderen Bundesländern, keine Weiterbildungsgänge eingerichtet würden. In der Tat ist es so, dass die meisten Landespsychotherapeutenkammern die Neuropsychologie im Rahmen einer Weiterbildungsordnung geregelt haben und seitens der Bundespsychotherapeutenkammer auch Druck ausgeübt wird, in allen Ländern identische Weiterbildungsordnungen zu erlassen, da damit größere sozialrechtliche Vorteile verbunden seien. Unstrittig war auch bei den Skeptikern einer Weiterbildungsordnung, dass eine Abrechenbarkeit neuropsychologischer Leistungen im Rahmen der GKV und damit eine verbesserte Versorgung der Bevölkerung anzustreben sei. Jedoch wurde die Notwendigkeit einer Weiterbildungsordnung für diese Zwecke bezweifelt. Eine Handlungsmaxime des Kammervorstandes ist es, Hürden für den Erwerb von Zusatzbezeichnungen keinesfalls höher zu legen, als dies fachlich sowie berufs- und sozialrechtlich unbedingt erforderlich ist. Die Übernahme etwa der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer würde bedeuten, dass KollegInnen zukünftig berufsrechtlich eine

entsprechende Zusatzbezeichnung im Bereich der Neuropsychologie nur erwerben können, wenn sie an eine komplette Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz eine zweijährige Vollzeitweiterbildung anhängen. Es wurde argumentiert, dass die sozialrechtlichen Implikationen unklar seien (entsprechende Regelungen auf der sozialrechtlichen Seite gibt es noch nicht) und sich die propagierten sozialrechtlichen Vorteile keineswegs zwingend aus einer Weiterbildungsordnung ergäben. Auch aus versorgungspolitischen Überlegungen heraus seien möglichst niedrige Hürden anzustreben, denn die Bevölkerung profitiere nur, wenn sich auch genügend KollegInnen finden, die eine entsprechende Qualifikation erwerben wollen.

Vor dem Hintergrund dieser Argumentationen gab es dann zwei Anträge. Heiko Borchers beantragte, den Ausschuss für Fort- und Weiterbildung mit der Erarbeitung einer Weiterbildungsordnung zu beauftragen, in der der Bereich der Neuropsychologie geregelt wird. Juliane Dürkop beantragte, den Ausschuss mit der Prüfung der Fragen zu beauftragen, wie eine Verbesserung der Versorgung erreicht werden kann, wie es mehr KollegInnen ermöglicht werden kann, neuropsychologische Leistungen zu Lasten der GKV abzurechnen und welche Alternativen es zu einer Weiterbildungsordnung gibt, um diese Ziele zu erreichen. Der Antrag von Heiko Borchers fand bei 7 Ja-Stimmen, 7 Nein-Stimmen und einer Enthaltung keine Mehrheit. Der Antrag von Juliane Dürkop wurde von der Kammerversammlung mit 8 Ja-Stimmen bei 7 Enthaltungen angenommen.

Soweit zum inhaltlichen Teil. Heinrich Thomsen und Britta Beers erläuterten den Kassenprüfungsbericht für das Geschäftsjahr 2007. Es wurde insgesamt eine ordnungsgemäße Kassen- und Buchführung attestiert. Einige Anregungen zur Optimierung wurden gemacht und von der Geschäftsführung aufgegriffen. Die Kassenprüfer empfahlen abschließend die Entlastung des Vorstandes. Da in 2007 der Vorstand gewechselt hat, waren zwei Abstimmungen erforderlich. Sowohl der alte Vorstand für die Zeit von Januar bis August wie auch der neue Vorstand für die Zeit von September bis Dezember wurden von

der Kammerversammlung jeweils ohne Gegenstimme entlastet.

Schließlich wurde der Geschäftsbericht des Versorgungswerkes 2006 auf der Kammerversammlung vorgestellt, diskutiert und verabschiedet. Der versicherungsmathematische Gutachter empfahl, den entstandenen rechnerischen Überschuss voll der satzungsgemäßen Rücklage zur Deckung der Rentenzahlungen zuzuführen. Dieser Empfehlung folgte die Kammerversammlung einstimmig. Verwaltungsrat und Aufsichtsausschuss des Versorgungswerkes wurden jeweils ohne Gegenstimme für das Geschäftsjahr 2006 entlastet. Schließlich wurde die Satzung des Versorgungswerkes in mehreren, meist redaktionellen Punkten bei einer Enthaltung ohne Gegenstimme geändert. Interessant dürfte noch sein, dass sich das doch recht überschaubare Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein auch bundesweiten Interesses erfreuen darf. So gab es in letzter Zeit zwei Anstöße anderer Psychotherapeutenkammern, über Kooperationen nachzudenken.

*Bernhard Schäfer
Vizepräsident*

Tätigkeitsbericht: Was hat der Vorstand der PKSH in den ersten Monaten nach den Wahlen für die niedergelassenen KollegInnen getan?

Anlässlich der Kammerversammlung am 14.03.2008 berichtete Dr. Dietmar Ohm als der im PKSH-Vorstand für die Betreuung der niedergelassenen Mitglieder Zuständige über die bisher geleistete Arbeit.

Einen Großteil der Arbeit machte die Beratung von anfragenden Mitgliedern aus, die sich mit ihren Anliegen telefonisch oder schriftlich an die PKSH wandten. Zur Veranschaulichung sollen einige Themen beispielhaft herausgegriffen werden:

- Eintrag ins Psychotherapeutenregister
- Fortführungsanträge bei Überschreiten der Höchstgrenzen im jeweiligen Therapieverfahren

- Neue Formulare für Therapieanträge ab Januar 2008: Was heißt „persönliches Verfassen der Berichte?“ (Man kann das Tippen der Berichte natürlich weiter delegieren, Supervision für das Verfassen der Berichte in Anspruch nehmen; genauso wie Formulierungs- und Antrags-hilfen in der Fachliteratur.)
- Einrichtung einer Zweitpraxis: In gesperrten Gebieten genehmigungspflichtig? Sonderzulassung? (Genehmigungspflicht besteht in gesperrten Gebieten, wobei Sonderzulassungen bei Vorliegen bestimmter Bedingungen auf Antrag möglich sind.)
- Rückgabe der KV-Zulassung mit 68 Jahren: Bedeutung der 20-Jahre-Regelung. (Die KV-Zulassung ist in bestimmten Fällen über das 68. Lebensjahr hinaus möglich, falls die KV-Zulassung vor dem 01.01.1999 erfolgt ist.)
- Verkauf des Praxissitzes: Räumlichkeiten im eigenen Haus (Der Praxissitz kann auch ohne entsprechende Räumlichkeiten verkauft werden.)
- Abrechnungsmöglichkeiten gemäß GOP.

In dem folgenden Fall konnte einer Kollegin geholfen werden, die ihre Praxis in Schleswig-Holstein verkaufen und sich in einem anderen Bundesland niederlassen wollte. Aufgrund der vorgeschriebenen Fristen konnte ihr Fall nicht mehr im Sitzungstermin des Zulassungsausschusses am 07.05.2008 verhandelt werden. Der folgende Termin sollte aber erst am 17.09.2008 stattfinden, sodass der Kollegin wegen dieses Zeitverzuges erhebliche finanzielle Nachteile entstanden wären (u. a. monatelang doppelte Miete für die Praxisräume). Eine entsprechende Nachfrage ergab, dass es bei Krankenkassenvertretern im Zulassungsausschuss Vertretungsprobleme gab, so dass sich die Sitzungen monatelang hinausziehen konnten. Die Intervention der PKSH beim Zulassungsausschuss und bei den Krankenkassenvertretern führte zu einem sehr erfreulichen Ergebnis: Es wurde ein zeitnaher Sitzungstermin am 21.05.2008 anberaumt, an welchem u. a. der Fall der Kollegin entschieden werden konnte. Dieser Abbau bürokratischer Hemmnisse ließ nicht nur bei der betroffenen Kollegin, sondern auch beim PKSH-Vorstand Freude aufkommen.

Ein weiteres Beispiel für die geleistete Arbeit betrifft die Tatsache, dass Psychotherapie mit Strafgefangenen unseres Erachtens unzureichend honoriert wird. Dementsprechend wandte sich die PKSH mit einem Schreiben an das Justizministerium Schleswig-Holstein, aus dem ausschnittsweise zitiert wird:

„... Gemäß Ihrer Vorgaben kann beispielsweise für eine Einzelsitzung tiefenpsychologische Psychotherapie (Abrechnungsziffer 861, Dauer mindestens 50 Minuten) nur ein Honorar von 40,22 € abgerechnet werden. Für Verhaltenstherapie (Abrechnungsziffer 870, Dauer mindestens 50 Minuten) beträgt das Honorar nur 43,72 €. Für übende Verfahren in Einzelsitzung (z. B. Progressive Relaxation, Dauer mindestens 20 Minuten) kann nur 8,74 € abgerechnet werden.“

Diese Honorare sind nicht kostendeckend. Aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichtes ist das Honorar für Versicherte gesetzlicher Krankenversicherungen geregelt worden und beträgt für psychotherapeutische Einzelsitzungen (tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch) z. Zt. etwa 70,- €. Bei Privatpatienten kann ohne schriftliche Begründung bis zum 2,3fachen Satz abgerechnet werden, so dass sich beispielsweise für verhaltenstherapeutische Einzeltherapie ein Honorar von 100,55 € ergibt.

... Bei Straftätern, die sich im Strafvollzug befinden, kommen auf die psychotherapeutisch tätigen KollegInnen nicht etwa geringere, sondern erfahrungsgemäß überdurchschnittlich hohe Anforderungen zu. Dementsprechend sollte sich das Honorar am Besten am 2,3 fachen Satz der GOÄ bzw. GOP orientieren. Zumindest sollte es dem Honorarsatz der gesetzlichen Krankenversicherungen entsprechen. Wir bitten Sie darum, Ihre Honorarvorgabe zu verändern und für sachgerechte und angemessene Honorierung Sorge zu tragen ...“

Unsere Intervention hat zwar noch zu keiner Verbesserung der Situation geführt, aber wir werden weiter auf dieses Problem hinweisen.

Viele Mitglieder wandten sich wegen eines Zwischenfalls der Techniker Krankenkasse

se und der KVSH geschlossenen Vertrages an die PKS. Gemäß diesem Vertrag wird eine Erhöhung der Honorare für probatorische Leistungen und die Erhebung des biographischen Befundes (93,5% des Mindestpunktwertes für genehmigungspflichtige Leistungen) angeboten. Psychologische PsychotherapeutInnen können diesem Vertrag beitreten, wenn sie sich verpflichten, TK-Versicherten innerhalb von 14 Tagen einen Ersttermin zu geben. Außerdem muss sichergestellt werden, dass die beteiligten PsychotherapeutInnen an drei Tagen in der Woche erreichbar sind, wobei das auch über telefonischen Anrufbeantworter möglich ist.

Es gibt sicher sowohl für den Beitritt als auch für die Ablehnung nachvollziehbare Gründe. So ist es verständlich, wenn KollegInnen die versprochenen finanziellen Vorteile als derart gravierend ansehen, dass sie dem Vertrag beitreten. Andererseits wurde von Mitgliedern auf Gründe verwiesen, diesem Vertrag gegenüber skeptisch zu sein: Er führt u. a. wahrscheinlich zu einer Ungleichbehandlung der Versicherten gesetzlicher Kassen, was moralische oder ethische Bedenken aufwerfen kann. Außerdem fragen sich viele KollegInnen, ob es berufspolitisch klug sein kann, besondere Zusatzverpflichtungen einzugehen, nur um das Honorar in fast „normaler“ Höhe zu erhalten.

In der Kammerversammlung am 14.03.2008 wurden Vor- und Nachteile eines solchen Vertrages erörtert. Ein eindeutiges Meinungsbild gab es nicht – es fanden sich sowohl Befürworter als auch Kritiker. Da die Geschäftsstelle eine Vielzahl von Anfragen zur Haltung der Kammer zu diesem Vertragsangebot erhielt, hat der Kammervorstand in einem Antwortschreiben einige der aus seiner Sicht zu bedenkenden Aspekte zusammengestellt. Es wurde allerdings darauf hingewiesen, dass die PKS nicht Vertragspartnerin war und die Entscheidung, an diesem Vertrag teilzunehmen, jedem einzelnen Mitglied überlassen sein muss.

*Dr. phil. Dipl.-Psych. Dietmar Ohm
Vorstandsmitglied der PKS*

Vereinbarung zwischen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (PKSH) und der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) zur Fortbildungspflicht und zu Fortbildungszertifikaten

Am 30.06.2009 endet der erste Fünf-Jahres-Zeitraum, für den die KV-zugelassenen PsychotherapeutInnen erstmals ihre Fortbildungspflicht der KVSH gegenüber nachweisen müssen. Dementsprechend reichen immer mehr KollegInnen ihre Fortbildungsnachweise bei der PKS ein, um das Fortbildungszertifikat zu erlangen. Hierfür müssen anerkannte Fortbildungen im Umfang von 250 Punkten bescheinigt werden.

Die Psychotherapeutenkammern haben den gesetzlichen Auftrag erhalten, diese Fortbildungszertifikate bei ausreichenden Fortbildungsnachweisen auszustellen. Die KVSH müssen wiederum überprüfen, ob diese Fortbildungszertifikate vorliegen. Dementsprechend wurde ein Treffen mit RepräsentantInnen der KVSH am 03.03.08 in Bad Segeberg notwendig, um zu Vereinbarungen hinsichtlich des gemeinsamen Vorgehens zu gelangen.

Bei der genaueren Beschäftigung mit dieser Thematik fiel dem Vorstand der PKS im Vorfeld ein Problem auf, das bisher unseres Erachtens unangemessen und zu Ungunsten der KollegInnen geregelt war. Es geht darum, dass es durchaus vorkommt, dass KollegInnen zum Zeitpunkt des Einreichens ihrer Fortbildungsnachweise bereits mehr als 250 Fortbildungspunkte angesammelt haben. Bei der bisherigen Regelung hätte das bedeutet, dass die überzähligen Fortbildungspunkte „verloren“ wären, da sie nicht hätten in den nächsten Fünf-Jahreszeitraum übertragen werden können. Da das Fortbildungszertifikat jederzeit innerhalb des geltenden Fünf-Jahreszeitraumes beantragt werden kann, hätte es beispielsweise sein können, dass ein Jahr vor Fristablauf 300 Fortbildungspunkte nachgewiesen werden. Nach der bisherigen Regelung wären dementsprechend 50 Fortbildungspunkte überzählig und würden verfallen.

Es konnte nach intensiven Verhandlungen mit den KV-RepräsentantInnen eine aus unserer Sicht günstigere Regelung vereinbart werden: Im Fortbildungszertifikat wird der Zeitpunkt angegeben, an dem die 250 Punkte auf dem Fortbildungskonto erreicht werden. Dieser Zeitpunkt wird als Ausstellungsdatum angesehen. Bei weiteren Zertifikaten werden natürlich nur noch Fortbildungspunkte, die nach dem letzten Ausstellungsdatum erzielt worden sind, berücksichtigt. Für unser Beispiel würde das bedeuten, dass die oben erwähnten überzähligen 50 Fortbildungspunkte für das nächste Fortbildungszertifikat genutzt werden können. Hierdurch kann eine etwas größere Flexibilität bei der Ableistung der Fortbildungspflicht erreicht werden. Dies könnte beispielsweise für Mütter ein Vorteil sein, die in einem Fünf-Jahreszeitraum ihre Fortbildungspflicht schwieriger ableisten können als in einem anderen.

Um zu einem effektiven und ökonomischen Datenaustausch zu gelangen, wird die PKS der KVSH zukünftig mindestens vierteljährlich einen Datensatz derjenigen KV-zugelassenen Kammermitglieder übermitteln, die bereits ein Zertifikat erhalten haben. Dementsprechend brauchen die PKS-Mitglieder ihre Fortbildungszertifikate nicht selbst bei der KVSH einzureichen. Im Gegenzug wird die KVSH der PKS die Fortbildungspunkte für die Teilnahme an Qualitätszirkeln mindestens jährlich per Datensatz zur Verfügung stellen, so dass damit ebenfalls ein ökonomischer Weg des Datenaustausches vereinbart werden konnte. Eine entsprechende Umsetzung hinsichtlich der notwendigen EDV-Angleichungen und eine Regelung der damit verbundenen Kosten konnte ebenfalls einvernehmlich erreicht werden.

*Dr. phil. Dipl.-Psych. Dietmar Ohm
Vorstandsmitglied der PKS*

Schweigen – aber richtig!

Zur Praxis der Verschwiegenheitspflicht

Vertrauen ist die Basis jeder erfolgreichen Beziehung, sei sie rechtlicher, heilberuflicher oder nur menschlicher Natur. Dies gilt erst recht für den Bereich der Psychotherapie.

Nur wenn der Patient zu seiner Therapeutin/seinem Therapeuten Vertrauen gefasst hat, wird er die Offenheit zeigen, die für eine erfolgreiche Therapie erforderlich ist.

Der Patient muss insbesondere darauf vertrauen dürfen, dass sein Therapeut verschwiegen ist. Die Wahrung der Geheim- und Individualsphäre des einzelnen Patienten ist daher das höchste Gut, das der Therapeut zu schützen hat.

Um die Verschwiegenheit nicht der individuellen Vereinbarung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten zu überlassen, hat der Gesetzgeber Regeln aufgestellt, die den Psychotherapeuten zur Verschwiegenheit verpflichten und ihm das Recht geben, Aussagen als Zeugen in einem Gerichtsverfahren zu verweigern. Rechtliche Grundlage hierfür ist das verfassungsrechtlich geschützte allgemeine Persönlichkeitsrecht des Artikels 2 Abs. 1 i. V. m. Artikel 1 Abs. 1 Grundgesetz, das im „Recht auf informationelle Selbstbestimmung“ konkretisiert ist.

Damit soll zugleich die positive Einstellung des Einzelnen angesprochen werden, sich ohne Angst vor Ausforschung durch staatliche Stellen in heilberufliche Behandlung zu begeben.

Nach § 203 StGB macht sich derjenige strafbar, der als Angehöriger einer im Gesetz ausdrücklich genannten Berufsgruppen ein fremdes Geheimnis, das ihm im Rahmen der Berufsausübung anvertraut worden ist oder sonst wie bekannt wurde, unbefugt offenbart. Zu den danach verpflichteten Berufsgruppen gehören auch die Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten.

Strafbar macht sich jedoch nur derjenige, der Informationen preisgibt, die ihm im Zusammenhang mit seiner beruflichen Tätigkeit bekannt wurden. Als Privatperson erlangte Kenntnisse sind dagegen nicht geschützt. Die Kenntnisnahme ist dabei jedoch nicht nur auf die Therapiezeit beschränkt, sondern erfasst alles, was dem Therapeuten gerade deshalb gesagt wurde, weil er als Therapeut angesprochen wird. Wenn dagegen der Therapeut als Privatperson angesprochen wird,

so bei privaten Veranstaltungen, greift die Verschwiegenheitspflicht nicht.

Rechtlich geschützt ist immer nur das Geheimnis, also eine Tatsache, die sich auf eine bestimmte Person und seine vergangenen und bestehenden Lebensverhältnisse bezieht und nur dieser Person oder einem beschränkten Personenkreis bekannt ist und an deren Geheimhaltung der Betroffene ein schützenswürdiges Interesse hat. Meinungen und Wertungen dagegen können nicht Gegenstand eines Geheimnisses sein. Sie werden erst dann zur Tatsache, wenn bekannt wird, dass eine bestimmte Person ein bestimmtes Werturteil vertritt.

Es muss nicht nur objektiv geheim sein, also höchstens einem beschränkten Personenkreis bekannt sein, sondern auch subjektiv vom Betroffenen als Geheimnis behandelt werden. In der Regel wird der Betroffene diesen Wunsch mehr oder weniger deutlich zum Ausdruck bringen. Das Interesse an der Geheimhaltung kann sowohl sachlicher als auch persönlicher Art sein. Das Geheimhaltungsinteresse muss unter Abwägung von Lage und Standpunkt des Patienten nachvollziehbar verständlich sein, so dass Bagatellinformationen keine schutzwürdigen Tatsachen begründen. Für den Begriff des Geheimnisses kommt es jedoch nicht darauf an, ob die Tatsachen rechtlich oder moralisch akzeptabel sind oder für den Betroffenen günstig oder ungünstig ausfallen.

Mit dem Tode des Betroffenen endet der Schutz des Geheimnisses nicht. Gegen § 203 StGB verstößt derjenige Therapeut, der das ihm anvertraute Geheimnis offenbart. Die Offenbarung kann geschehen durch Veröffentlichung, Auskunftserteilung, Akteneinsichtsgewährung, mündliche Weitergabe, indem Dritten die Möglichkeit verschafft wird, auf Daten zuzugreifen. Von der Offenbarung erfasst sein muss die geheime Tatsache und die Person des Betroffenen, wobei es ausreichend ist, dass ein Dritter auch unter Zuhilfenahme von besonderen Kenntnissen die Person identifizieren kann. Für den Empfänger der Informationen muss das Geheimnis noch ganz oder teilweise unbekannt sein. Kennt also der Dritte die Tatsachen, die das Geheimnis ausmachen, bereits, liegt kein Verschwiegenheitsverstoß vor.

Die Offenbarung setzt kein aktives Handeln voraus. Sie kann auch durch Unterlassen geschehen. Wer als Therapeut aus Faulheit davon absieht, seinen Schreibtisch aufzuräumen, seinen PC vor Zugriffen Dritter zu schützen und dabei in Kauf nimmt, dass ein Dritter geheime Daten zur Kenntnis erhält, handelt durch Unterlassen und macht sich ebenso strafbar.

Der Therapeut ist immer dann zur Offenbarung eines Geheimnisses berechtigt, wenn er befugt handelt. Die Befugnis zur Offenbarung kann sich aus unterschiedlichen Umständen ergeben.

Der wichtigste Fall der Befugnis ist die Einwilligung des Geheimnisgeschützten. Die Einwilligung ist grundsätzlich formlos, es empfiehlt sich jedoch zu Nachweiszwecken eine schriftliche Zustimmung einzuholen. Die Einwilligung setzt bei Patienten keine Geschäftsfähigkeit voraus, so dass auch Minderjährige die Einwilligung wirksam und auch gegen den gesetzlichen Vertreter erklären können, soweit sie in der Lage sind, die Bedeutung ihrer Erklärung zu verstehen.

Soweit die Person nicht einsichtsfähig ist, weil sie z. B. unter Betreuung steht, ist die Erklärung des Personensorgeberechtigten erforderlich.

Daneben kann sich die Befugnis ableiten aus gesetzlichen Offenbarungspflichten (z. B. §§ 202, 203 SGB VII, § 100 SGB X) und aus rechtfertigendem Notstand, wenn durch die Offenbarung eine gegenwärtig, nicht anders abwendbare Gefahr beseitigt werden soll, die für Leib, Leben, Freiheit, Ehre und Eigentum gegeben ist und der Grad der drohenden Gefahr die Offenbarung rechtfertigt. Hier ist immer eine sorgfältige Abwägung im Einzelfall erforderlich.

**RA Andreas Kühnelt, Justitiar der PKSH
Kanzlei Koch Staats Kickler Schramm
und Partner, Kiel**

Geschäftsstelle

Walkerdamm 17, 24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 09 – 12 Uhr
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
info@pksh.de www.pksh.de

Leserbriefe

Die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich 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.

Hofmann: „Editorial“ Psychotherapeutenjournal 3/2007

Sehr geehrte Damen und Herren des Redaktionsbeirates,

es ist mir zu Jahresbeginn ein Bedürfnis, Ihnen für Ihre wertvolle Arbeit am Psychotherapeutenjournal zu danken! Es tut gut, mit dem Psychotherapeutenjournal eine Zeitschrift in Händen zu halten, die über aktuelle und praxisrelevante Themen gut informiert und interessant diskutiert.

Besonders bedanken möchte ich mich für das Editorial aus Heft 3/2007. Einerseits ist

es erfrischend, dass bei aller Brisanz der vielseitigen und vielschichtigen berufsinfernen Problematiken der Blick über die „Insel“ möglich ist, wie Sie, Herr Hofmann, es hier tun.

Andererseits zeigt dieser Artikel, wie wertvoll die psychotherapeutische Sicht für Gesellschaft und Politik sein kann! Es ist verständlich, dass regierende Menschen angesichts von Gewalt gegen Kinder genau wie alle anderen mit Hilflosigkeit reagieren, die schier unerträglich ist und die aktuell –

wie leider sehr oft – dazu führt, sich durch die Suche nach dem Schuldigen (und dessen Maßregelung) von Überlegungen abhalten zu lassen. Zu wünschen bleibt, dass es uns gelingt, uns in diesem Sinne Gehör zu verschaffen!

Mit freundlichen Grüßen

Fricka Wankmüller (KJP)
Siedlungsweg 35
48268 Greven

Buchholz: „Entwicklungsdynamik psychotherapeutischer Kompetenzen“ Psychotherapeutenjournal 1/2007

Balsam für die Therapeuten-seele

Der Artikel von Professor Buchholz ist Balsam für meine Therapeutenseele, die sich in seinen Gedanken wiederfindet.

Mit meinen 66 Jahren bin ich manchmal verunsichert, manchmal auch verärgert angesichts all der „wissenschaftstheoretischen Positionen“ und „Evaluationen“ etc. im Angebot. Gut dass auch mal ein so lesens- und für die Praxis der Psychotherapie bedenkenswerter Artikel veröffentlicht wird. Er gibt uns im Feld der Psychotherapie die Erlaubnis zum Vertrauen auf unsere – gewiss theoriegestützte (die neue beschriebene „Naivität“ ist ja eine zweite Naivität, die sich sinnvollerweise erst eine Zeit nach der durch Theoriearbeit und Selbsterfahrung durcheinander gewirbelten ersten Naivität einstellt) – „Bauchintelligenz“ (Gigerenzer) zurück. Analytiker traktieren ihre Patienten nicht mit Regelsystemen, sondern begegnen ihnen mit

der erfahrungsgesättigten „Sensibilität des Herzens“.

Astrid Greil-Bartholomäus (KJP)
Paul-Lechler-Str. 14
72072 Tübingen
bartholom@t-online.de

Die Landkarte ist nicht die Gegend

Liebe Kolleginnen und Kollegen in der Redaktion des Psychotherapeutenjournals,

der Kollege Buchholz legt dar und belegt, was jedem erfahrenen Psychotherapeuten und jeder erfahrenen Psychotherapeutin, der bzw. die nicht in Dienst und Brot oder in sonstiger Abhängigkeit von einem methodengebundenen Ausbildungsinstitut steht, zwangsläufig bewusst wird: Die Landkarte ist nicht die Gegend und seelische Prozesse sind besonders im Zuge eines Heilungsgeschehen nur bedingt voraussagbar. Insofern sind Methoden und

die ihnen zugrundeliegenden Theorien, Werte und Menschenbilder notwendige Werkzeuge und das Rüstzeug, auf deren Grundlage Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihren Stil entwickeln, nicht weniger, aber auch nicht mehr. Aber mit einer solchen Haltung lässt sich kein Regelbuch schreiben, wohl auch kaum ein Ausbildungsinstitut betreiben, also kein Geld verdienen. Das Erforschen einer solchen, lebendigen Psychotherapie ist außerdem ungleich viel schwieriger als z. B. die Erbsenzählerei von angeblich isolierbaren Wirkfaktoren... Es wäre schön, wenn sich wieder mehr herumsprechen würde, dass die menschliche Seele im Grunde herrlich unberechenbar ist. Beschreibbar ist sie schon.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Michael Botho (PP)
michael.botho@T-Online.de
„knowledge“ und „knowing“

„knowledge“ und „knowing“

Mit großem Interesse habe ich den fundierten und mit zahlreichen sehr anschaulichen Beispielen untermauerten Artikel von Michael B. Buchholz gelesen.

... [Es] bewegt mich eine ganz praktische Frage, nämlich: Wie passt wachsende Therapiekompetenz zusammen mit meinen ... zunehmenden Problemen, mich dem Gutachter im Rahmen der erforderlichen Berichte verständlich zu machen? Im Bericht an den Gutachter ... muss man ... die eigene Vorgehensweise deutlich machen

und intuitive implizite Überlegungen können nur sehr schwer zum Ausdruck gebracht bzw. ... nachvollzogen werden. Eine plausible Erklärung für dieses Dilemma findet sich in der von Buchholz dargelegten Unterscheidung von „knowledge“ und „knowing“, die beide zusammen in dem deutschen Begriff „Wissen“ enthalten seien, wobei knowledge „das mitteilbare Wissen, das in die Lehrbücher eingeht“ umfasst und knowing ein intuitives Können ist, das nur schwer in mitteilbares Wissen zu überführen ist. Bei zunehmender Berufserfahrung werden wir laut Buchholz

von Novizen, die zunächst genau nach den Regeln des Lehrbuches arbeiten, aber noch in geringerem Ausmaß über Intuition verfügen, über mehrere Zwischenstadien zu Könnern. Je mehr therapeutische Erfahrung man hat, desto intuitiver geht man vor, und desto schwieriger wird es, das eigene Handeln in Worte zu kleiden, welche dem Gutachter das Vorgehen deutlich machen sollen.

*Dipl. Psych. Karin Krüll
Südring 85
37079 Göttingen*

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer

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

Baden-Württemberg

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

Bayern

St.-Paul-Straße 9
80336 München
(Post: Postfach 151506
80049 München)
Tel. 089/515555-0
Fax 089/515555-25
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Berlin

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 14.00 – 19.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Bremen

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel. 0421/27 72 000
Fax 0421/27 72 002

Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Hamburg

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226 226 060
Fax 040/226 226 089
Mo, Di, Do 9.00 – 15.00 Uhr
Mi 9.00 – 17.00 Uhr
Fr 9.00 – 14.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de

Hessen

Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Niedersachsen

Roscherstraße 12
30161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@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

Karl-Rothe-Str. 4
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Stellen-/Praxismarkt

Jobsharing

Psych. Psychotherapeutin, promoviert, Approb., Arztreg., Psychiatrie und Praxis Erfahrung, erfahren VT Erw., Sucht, Einzel- u. Gruppenarbeit sucht Jobsharing auch Praxisassistentz f. 15-20 Stunden Woche in Raum Düsseldorf. Tel: 0211 75 84 94 11

Raum **Osnabrück, MS, BI** erf. psych. Psychotherapeut (TP-Appr., Einzel + Gruppe, Arztreg.) sucht sofort oder langfristig Jobsharing/Mitarbeit, perspektivisch Übernahme eines KV -Sitzes. Tel.: 0160-98692009

Psychologische Psychotherapeutin (VT) sucht stundenweise Mitarbeit/Praxisassistentz/ Jobsharing in Praxis (Mainz oder Wiesbaden). Tel.: 0160 / 93578383

Hamburg und Umgebung Psycholog. Psychotherapeutin (TP, Traumaverfahren, Hypnotherapie, Arztregistereintrag) mit langer Berufserfahrung sucht Job-Sharing. Tel.: 040-41497370

Erfahrene **Psychologische Psychotherapeutin** mit Arztregistereintragung sucht Jobsharing mit späterer Praxisübernahme oder Praxiskauf in Raum **München/Augsburg** Tel: 0177/3128345

Raum **Aschaffenburg/Frankfurt** Biete Sicherstellungsassistentz (VT, Erw.) für 5 - 10 Std./Woche

E-Mail: vt.assistentz.ufr@arcor.de

PP „Fachkundenachweis in VT, Arztregistereintrag, weiblich, 41, sucht Jobsharingspartner-In in und um Köln für ca. 5 Stunden wöchentlich. Kontakt: Tel: 0221 726418, mail-adresse: veranoencolonia@web.de

Psychologischer Psychotherapeut (TP) sucht **KV-Sitz** oder **Job-Sharing** in **Berlin**, sofort oder später. Bringe **Computerkenntnisse** mit (abgeschlossenes Informatikstudium) sowie Erfahrungen in **QM** (kann z.B. QM für eine Gemeinschaftspraxis übernehmen) Tel.: 030 91 62 766 Email: ssskor@gmail.com

Raum Oldenburg/Bremen und umzu

Psych. Psychotherapeutin (TP, bald auch PA) sucht Jobsharing oder Praxis-Assistentz. Tel.: 04487/980407

Psychologische Psychotherapeutin (TP+GruppenT) sucht Jobsharing, ggf. perspekt. KV-Sitz (ganz/teil) im Großraum Gießen/MR/FB/HG/F Kontakt: 0175-3405888 o. Email: gh53@gmx.net

Großraum **Bremen/Oldenburg** Psychologische Psychotherapeutin (Arztreg. TP Erw.) sucht **Job-Sharing** (auch geringe Stundenzahl) Tel.: 0421/7940076 eMail: 2686-914@online.de

Regensburg: Biete Jobsharing / Anstellung in VT-Praxis
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080218

Praxisabgabe

Pläne für **Januar 2009** den Verkauf meiner umsatzstark. Verh.-ther. Praxis (KV-Zulass., incl. KJP-Zulass.) in gesperrt. Bezirk (Mittelhess.) Anfragen unter Chiffre PTPJ 080207

KV-Praxis in Südost-Bayern Einkommensintensive Praxis an PP und/oder KJP günstig bis Herbst 2008 zu verkaufen. Existenz für VT, TP, AP gegeben, Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080216.

Bodensee und Alpen vor der Haustür langjährig eingeführte Praxis Psych. Analyse/ TP/Erw./Ki/Ju altershalber zum 1.10.2009 zu verkaufen Verhandlungen jetzt: sieglinde@schreiber-ueberlingen.de

Praxisabgabe nach 2. Quartal 09 VHS KV-Bezirk Baden-Baden an PP mit A/T Erwachsene.

Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080201

KV Praxis Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Wuppertal zu verkaufen

Tel: 0202 7595527

Kleine Anzeigen – mit GROSSER Wirkung!

... und das schon ab € 53,- zzgl. MwSt

München

TP KV-Sitz 12/08 zu verk. u. sehr schöner Raum (Glockenbach) zu vermieten Tel.: 089/8349253

Praxisabgabe in Haan bei Düsseldorf zum 01.04.09.

Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080202

KV-Sitz (Psychoanalyse, Tiefenpsychol. PT, KJP) im S-Bahn-Bereich **MÜNCHEN** ab sofort nach Mitarbeit abzugeben. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080204

Wenn Preis und Qualität stimmen – kann inserieren Spaß machen!

Psychotherapeutische Praxis in Augsburg abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080213

KV-Sitz (PA + PP Erw.) in **AACHEN** zu verkaufen.

Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080211

Kreis Aachen

KV-Sitz, gut eingeführt, sehr gute Verkehrsanbindung Köln-Aachen, an PP (TP-Erwachsene) abzugeben zu Ende 2008. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080217

Praxis (PP) in Gotha ruhige, zentrale Lage optimale Verkehrsanbindung bestens etabliert abzugeben.

psth-g@web.de

Nachfolger(in) für ländliche Gruppen- u. Einzelpraxis gesucht. Bereich Lüneburg. Job-Sharing möglich. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080214.

KV-Praxis (VT) in Ostwestfalen zum 31.12.2009 zu verkaufen. Vorher ist Job-Sharing möglich. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080203

München Zentrum KV-Praxis PP (PA/TF) ab 01.07.2009 abzugeben

Tel.: 089/5438724

KV Sitz für PP AT + TP für Erwachsene im Großraum südlich von Stuttgart zu verkaufen, 2. oder 3. Quartal 09 (auch Jobsharing möglich). Angebote unter argusaugen@yahoo.de

KV-Sitz in Leipzig (PP, TP) gut eingeführte Praxis im 3./4. Quartal abzugeben. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080219

Praxistausch

Praxistausch Psychologische Psychotherapeutin (VT/Erw.) tauscht KV-Sitz. **Biete Kreis Groß-Gerau (Rhein-Main-Gebiet) suche Lübeck oder Aachen** bis jeweils 60 km Entfernung. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080208

Praxistausch Psychologischer Psychotherapeut Biete: Oberbergischer Kreis bei Köln Suche: Süd-/Südwest-Deutschland tausch@gmx.eu

Praxisübernahme

Psychol. Psychotherapeutin (VT, Erw.)

sucht KV-Sitz/Jobsharing im Großraum Bonn/Köln

vt-praxis@tiscali.de

Kaufe KV-Praxis

in Köln oder Berlin

01785378634 Psych. Psychother. (TP)

Raum Saarbrücken

Erfahrene Psych. Psychotherapeutin

sucht KV-Sitz oder Jobsharing

Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080212

Psych. Psychotherapeutin (VT, Erw.)

sucht KV-Sitz / Jobsharing oder Assistentz in **München** und Umgebung Tel: 089 / 81 89 42 98

Raum Wiesbaden
Erfahrene Psych. Psychotherapeutin (TP mit Arztregistereintrag) sucht **KV-Sitz** (halb/ganz) o. **Jobsharing**
Tel. 0611 / 373 472 o. 373 604

Psych. Psychotherapeutin
sucht KV-Sitz od. Jobsharing im Großraum Nürnberg (auch Lk. Nürnberg, Roth)
Tel. 09181 500790

Suche KV-Sitz
in Berlin
Tel.: 0176-20318286

Psychologische Psychotherapeutin (TP) sucht **KV-Sitz** im Raum **Offenbach Land, Wiesbaden oder Aschaffenburg**
Tel.: 0171-9010372

Marburg-Biedenkopf, Gießen
Erfahrene Psychologische Psychotherapeutin (Einzel- u. Gruppe tpf/pa Erw.) sucht KV-Sitz.
Tel.: 01520/1892589

Psychologische Psychotherapeutin (TP;Erw.) sucht KV-Sitz oder Job-Sharing in Saarbrücken und Umgebung. Angebote bitte unter 06805 207971

Zahle **Höchstpreis** für KV-Praxis an der Nordsee, bevorzugt Schleswig-Holstein, NF. Eventuell Tausch mit rheinischer Großstadt. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080205.

Nachfolger(in) für ländliche Gruppen- und Einzelpraxis gesucht. Bereich Lüneburg. Job-Sharing möglich. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080214.

Psychologische Psychotherapeutin (VT, auch berufserfahren in Familienth. und Psychodr.), 45 Jahre, sucht bundesweit KV-Sitz oder Job-Sharing für sofort oder später. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080220.

Praxisvermietung

Schöner Raum (20 m²) in Praxengemeinschaft in **Kiel, Niemmannsweg 41** ab sofort zu vermieten
0431/697473

Hannover-Zentrum
Praxisgemeinschaft bietet ab sofort 14 m²-Raum zur Untermiete (€ 280,00 brutto p.M.) oder stundenweisen Nutzung an.
Tel.: 0172-5178263

Gut eingeführte psychotherapeutische Praxisgemeinschaft bietet Räumlichkeiten für neue(n) Kollegen oder Kollegin in zentraler Lage von **Vechta**.
Tel 04441 91 90 250

Praxisraum (16m²) in Psychotherapeutischer Praxengemeinschaft in Mönchengladbach-Rheydt ab Juli zur Untermiete oder stundenweisen Nutzung frei.
Tel. 0160-93067965

Berlin-Schöneberg
Niveauvoller, heller 23qm großer Praxisraum stunden- oder tageweise zu vermieten, stilvoller Altbau. Extra-WC und Telefon.
Tel. 0355-4948134 oder 0173-6130021

Gesucht – Gefunden!
Mit PTJ erreicht man über 34.500 Psychologische Psychotherapeuten

Stellenangebote

Herrenberg: Praxisassistentin in geringfügigem Umfang gesucht, VT Erwachsene, Honorarbasis, abgeschl. VT-Ausbildung, Approbation, Eintrag ins Arztregister vorausg. 07032/287617

Gesundheitszentrum im Kreis WAF sucht approbierte Psychologische Psychotherapeuten/innen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation für Arbeit mit (jungen) Erwachsenen und Eltern. Sehr selbstständige Arbeit im Angestelltenverhältnis, Umsatzbeteiligung. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080206

Kassel: Eigenverantwortlich arbeitende/r **psychol. Psychotherapeut/in** (Approb.; Arztregister) zum 1. Okt. 2008 zur **Festanstellung** (Vollzeit o. Teilzeit) für **MVZ-Neugründung** gesucht.
Tel: +49 (0)6172/127-211

Biete Mitarbeit mit Option auf Praxisübernahme für Psychologische/n Psychotherapeutin in TP zugelassener, gut eingeführter Praxis im schönen Passau. Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080209

Für das Erstellen **Familienpsychologischer Gutachten** wird PP oder klinisch erfahrene Kollegin im Raum D gesucht. Ggf. ist eine Weiterbildung „Training on the Job“ möglich. Kurzbewerb an: **Gutachtenstelle Nordrhein** Kopernikusstr. 55 40225 Düsseldorf

Das **Zentrum Psychotraumatologie** im Krankenhaus Maria-Hilf in Krefeld sucht ab sofort **Psychologische/n Therapeutin mit Approbation oder in fortgeschrittener Weiterbildung** für Tiefenpsychol. und/oder Analytische Psychotherapie in Festanstellung für halbe Tage, Vergütung analog BAT IIa oder PPT auf Honorarbasis Schriftliche Bewerbung an: DIPT e.V. Herrn Univ.prof. Dr. G. Fischer Springen 26, 53804 Much

Psychol. Psychotherapeutin Raum Niederrhein 5-10Std./Wo. VT-Erw., schriftl. Bewerbung mit Qual.nachw. und Zeugn. erbeten hs@training-coaching.com

Stellengesuche

Kinder- und Jugendpsychotherapeutin (TP) (Approbation/Arztregistereintrag) sucht Anstellung, Mitarbeit auf Honorarbasis, Job-Sharing/KV-Sitz in Recklinghausen und Umgebung
Tel.: 02361/26922
psychotherapie-b-mo@t-online.de

Raum OL
Psychologischer Psychotherapeut (Arztreg. TP/Analyt. + System. PT) sucht Mitarbeit auf 400,-EUR-Basis in Praxis/Institution: Zuschr. an Chiffre PTPJ 080210

Schnell, einfach und bequem!

Kleinanzeigen schaltet man unter www.ptv-anzeigen.de

Dipl.-Psychologin und approb. KJPin mit langjähr. Erfahrung in teilstat./stat. Jugendhilfe sucht (TZ-)Anstellung in Praxis oder Einrichtung Raum ER-N-FO-BA Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080215

Anzeigenschluss

für die nächste Ausgabe

ist der **22. August 2008.**

PTJ Ausgabe 3/08

erscheint

am **25. September 2008.**

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

Kleinanzeigen

**Systemisch für
PsychotherapeutInnen**
Bielefeld
26. - 28. 11. 2008 320,- Euro
30 Weiterbildungspunkte
www.iagus.de
0521/174972

**Tiefenpsychologisch fundierte
sowie analytische Psychotherapie**
Fallarbeit zu Psychodynamik, Diagnostik und Behandlungsplanung
Erwachsene, Kinder und Jugendliche
16 Jahre 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

**Supervision bei der
Berichterstellung (TP, AP)**
durch erfahrene Dipl.-Psychologin.
Kompetent, schnell, zuverlässig.
Tel: 0221-3319983
email: berichterstellung@psydie.de
web: http://www.psydie.de

Qualifizierte, zuverlässige und kostengünstige **Supervision bei Antragstellung (TP)** für Erwachsene, Kinder u. Jugendliche v. **Psychol. Psychotherapeutin (App.)** mit langj. Erfahrung Tel.: 06731/996247
e-mail: A.Etgen@gmx.de

FocusingZentrum Rheinland
akkreditierter Veranstalter der LPK-RLP
Focusing-Ausbildung 6 WE
Beginn 19. – 21.9.08
SystemCoaching 3 WE,
5 FR/SA ab 26. – 28.9.08
Focusingberatung/Coaching
8 WE ab 7. – 9.11.08
Gesundheitsförderung und Selbstentfaltung durch Achtsamkeit 4-Tage u. 4 WE ab 20. – 24. 5. 09
Selbsterfahrung (Focusing, therap. Tanz, "inneres Kind")
www.focusingzentrum.de
T 06742 1359 Boppard
Dr. Sybille Ebert-Wittich
Dipl.-Psych, PPT, Supervisorin

**Supervision
bei der Antragsstellung
www.psychdienst.de**
Dienstleistungen für
Psychotherapeuten und Ärzte
E-Mail: dunja.hergenroether@koeln.de
Telefon: 02 21 / 5 70 88 31

Nach der ab 1.1.08 gültigen **Qualitätsmanagement-Richtlinie** werden Klinische Einrichtungen sowie PPT in freier Praxis dazu verpflichtet Maßnahmen zur Qualitätssicherung einzuführen. Dazu gehört die systematische Doku., Planung u. Evaluation von Behandlungsverläufen. Dies gelingt mit dem Kölner Dokumentationssystem Psychotherapie und Traumabehandlung.
KÖDOPS I am 07.11.08 und KÖDOPS II am 21./22.11.08
Infos: www.psychotraumatologie.de
DIPT e.V., Springen 8, 53804 Much,
Tel.: 02245-9194-0 in Zusammenarbeit mit dem Inst. f. Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik der Universität zu Köln

Erfahrenes Team von Psychotherapeuten bietet Supervision nach Aktenlage bei VT Antragserstellung. Wir liefern alle Berichtstypen - schnell, kompetent und kostengünstig.
Infos: www.ixcodi.com
Fon: 0341-14991060
Email: webinfo@ixcodi.com

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte
Supervision bei VT-Antragstellung
Von Dipl.-Psych. Tel. 02234-949170,
E-Mail: jubender@freenet.de

Psydea, die Fragebogensoftware
Diagnostik und psychologische Datenerhebung - schnell und einfach per PC.
Info: www.psyprasoft.de

Workshops aus dem Nähkästchen:
• empirisch fundiert
• aus der Praxis für Praktiker
• Online-Teilnehmerbereich
Dipl.-Psych. Günter Drechsel
www.g-drechsel.de

www.ptv-anzeigen.de

Inserentenverzeichnis PTJ 2/08

Akademie bei König & Müller, Würzburg	131	Klinikum Berchtesgardener Land, Schönau	110
Antrag pro Adler & Röhn, Essen	121	Mediations-Ausbildungsinstitut, Saarlouis	139
Christoph-Dornier-Klinik, Münster	105	Prop e.V., München	113
CIP-Medien, München	4. US	Psychoholic, Remscheid	101
Datakontext, Frechen	148	Psychometrika, Hannover	3. US
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen	121	Psychotherapeutenkammer Berlin, Berlin	129
EMDR-Institut Deutschland, Bergisch-Gladbach	105	Salus Klinik, Salus-Friedrichsdorf	113
Ergosoft, Hassloch	2. US	Springer Verlag, Heidelberg	107
MVG Verlag, Heidelberg	142	Universitätsklinikum Jena, Jena	109
Institut f. Integrative Gestalttherapie, Würzburg	129	Verlag Hans Huber, CH-Bern	135
Institut für Familientherapie, Weinheim	143	Vogelsbergklinik, Grebenhain	109
Institut für Gestalttherapie und Gestaltpädagogik, Berlin	143		
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena	141	Einen Teil dieser Ausgabe liegen Beilagen folgender Institute/Kammern bei:	
Institut für Verhaltenstherapie, Berlin	110	■ IVB, Berlin	
Kanzlei Korte, Berlin	147	■ Märkisches Institut, Baruth	
Kanzlei Meisterernst, Münster	141	■ Psychotherapeutenkammer Berlin, Berlin	
Klingenberger Institut, Konstanz	131	■ Psychotherapeutenkammer NRW, Düsseldorf	
		Wir bitten unsere Leser um Beachtung !	

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

Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftliche Psychotherapie
Berlin (AWP-Berlin)
Fortbildungen in Dialektisch-
Behavioraler
Therapie (DBT) und weiteren
achtsamkeitsbasierten Verfahren
Bundesring 58 12101 Berlin
Tel.: 030/8974 5599
www.awp-berlin.de

AVT Köln GmbH
Akademie für Verhaltenstherapie
Marzellenstraße 2-8
50667 Köln
Tel.: 0221 - 42 48 570
E-Mail: info@avt-koeln.org
www.avt-koeln.org

**Ärztlich-Psychologischer
Weiterbildungskreis
München - Südbayern**
aktuelles Semesterprogramm
im Internet

Berliner Fortbildungsakademie
staatlich anerkanntes Ausbildungs-
institut für VT
Rothenburgstr. 38
12163 Berlin-Steglitz
Internet: www.b-f-a.de
email: b-f-a@t-online.de
Tel.: 030 79703982
Fax.: 030 79703984
Sprechzeiten:
Mo: 9-11 Uhr; Do: 9-11 Uhr

**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 Psycho-
dynamische Traumatherapie

EMDR-Institut Deutschland
51427 Bergisch Gladbach
02204-25866
www.emdr.de
info@emdr-institut.de

**FoBiS
Systemisches Institut für Bildung,
Forschung und Beratung**
Altdorfer Str. 5
71088 Holzgerlingen
07031/ 60 59 88
07031/ 60 49 75
info@fobis-online.de
http://www.fobis-online.de

**Fort- und Weiterbildungsinstitut
MFK Münchner FamilienKolleg**
Pfarrstr. 4, 80538 München
Tel.: 089 - 22 29 92
mfk.familienkolleg@t-online.de
www.mfk-fortbildung.de

Fortbildung Klinische Hypnose
in Darmstadt. Veranstalter: DGH
Tel.: 06033/73667 oder
www.hypnoseausbildung.de

INNTAL INSTITUT
NLP und systemische Ausbildung
in München, Rosenheim, Ulm,
Bremen anerkannt von
Ärztammer und PTK
Tel.: 08031 50601 Fax 50409
mail@inntal-institut.de
www.inntal-institut.de

www.psycho-vision.de
Virtuelle Realität in der Angstbe-
handlung www.cme-pt.de Zertifizierte
Online-Fortbildung

Helm-Stierlin-Institut
Schloß-Wolfsbrunnenweg 29
69118 Heidelberg
Tel.: 06221-71409-0
Fax: 06221-71409-30
mail: info@hsi-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 Traumatherapie
Oliver Schubbe**
EMDR-Kurse, Curricula
Psychotraumatologie
und EMDR-Vertiefungsseminare,
kammerzertifiziert
Tel.: 030-4642185
www.traumatherapie.de
info@traumatherapie.de

**Institut für Verhaltenstherapie,
Verhaltensmedizin u.
Sexuologie (IVS)**
Nürnberg Str. 22,
90762 Fürth
Tel.-Nr. 0911 / 78 72 72 7
FAX: 0911 / 78 72 72 9
Email: ambulanzen@ivs-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

milton erickson institut berlin
wartburgstr. 17, 10825 berlin
fon & fax: 030 . 781 77 95
büro: do 9 - 12 uhr
www.erickson-institut-berlin.de
mail@erickson-institut-berlin.de

**Münchner Institut für Trauma-
therapie (MIT)**
Leitung: Prof. Dr. Willi Butollo
Zertifizierte Aus- und Fortbildung
Mehrphasige Integrative Traumathe-
rapie (MIT)
& Dialogische Exposition
Information und Termine:
www.trauma-ambulanz.com

**Schule für Initiatische
Gestalttherapie**
Tel. 09721/34627
winfried-wagner@aiki-institut.de
Nußbergstr. 35, 97422 Schweinfurt
www.initiatische-gestalttherapie.de

**SGAZ - Seminar für
Gruppenanalyse Zürich**
Quellenstraße 27
CH-8005 Zürich
Tel.: +41-442718173
Email: sgaz@bluewin.ch
Internet: www.sgaz.ch

systema-institut mannheim
Fon: 0621-7992828
www.systema-institut.de
systema-institut@t-online.de

Thies Stahl Seminare
Dipl.-Psych. Thies Stahl
Aus- und Fortbildung in NLP,
Coaching, Mediation und
Systemischer Aufstellungsarbeit
Tel.: 04106 645763
TS@ThiesStahl.de
www.ThiesStahl.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
Hühig 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

**Schattauer GmbH
Verlag für Medizin
und Naturwissenschaften**
Hölderlinstr. 3
70174 Stuttgart
Tel. ++49 0711 22987-0
Fax ++49 0711 22987-80
info@schattauer.de
www.schattauer.de

Verlag Hans Huber
Hogrefe AG
Länggassstr. 76
CH 3000 Bern 9
www.verlag-hanshuber.com

Kliniken/Rehazentren

**Christoph-Dornier-Klinik
für Psychotherapie**
Tibusstr. 7-11
48143 Münster
Tel. 0251/4810-100
Fax. 0251/4810-105
info@c-d-k.de
www.c-d-k.de

Fachklinik Waren (Müritz)
Auf dem Nesselberg 5, 17192 Waren
Tel.: 01803/244142-0
Fax: 01803/244142-404
info@fachklinik-waren.de
www.fachklinik-waren.de

**Medizinisch-Psychosomatische
Klinik Bad Bramstedt**
Schön Kliniken
Birkenweg 10, 24576 Bad Bramstedt
Tel.: 04192/5040
Fax: 04192/504550
KlinikBadBramstedt@schoen-
kliniken.de
www.schoen-kliniken.de

Medizinisches Versorgungszentrum

**Timmermann und Partner
MVZ für körperliche und
Psychische Gesundheit**
Marienstraße 37, 27472 Cuxhaven
Tel. 04721-393650 + 04721/396351
mail@timmermann-und-partner.de

Softwareanbieter

ergosoft GmbH
Postfach 12 26
67446 Haßloch
Hotline: 06234/5995-11/-12/-13
Tel.: 06324/5995-0
Fax: 06324/5995-16
ergosoft@t-online.de
www.psychodat.de

Antrag pro Adler & Röhn GbR
Isenbergstraße 66
45130 Essen
Tel.. 0228-211406

Epikursoftware
Praxisverwaltung Psychotherapie
Tel.: (030) 21 23 25 63
www.epikur.de

Impressum

Das „Psychotherapeutenjournal“ publiziert Beiträge, die sich – direkt oder indirekt – auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Das „Psychotherapeutenjournal“ ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten verpflichtet. Leserbriefe und andere Beiträge zu kammer-spezifischen Themen werden nicht im redaktionellen Teil der Zeitschrift abgedruckt. Sie werden von den jeweiligen Länderkammern selbst bearbeitet und können ggf. auf ihren Mitteilungsseiten veröffentlicht werden.

Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat

Prof. Dr. Rainer Richter (BPTK), Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Gramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Prof. Dr. Jürgen Hoyer (OPK), Sascha Gönner (Rheinland-Pfalz), Ilse Rohr (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

Anschrift Redaktion

Karin Welsch
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
St.-Paul-Str. 9
80336 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
welsch@ptk-bayern.de

Anzeigen

Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

Verlag

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hühlig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/489-318; Fax: 06221/489-529, annette.kerstein@hjr-verlag.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, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer ist der Bezugspreis durch den Kammerbeitrag abgegolten.

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Manuskripte

Redaktionsschluss der Ausgabe 3/2008 ist der 30. Juni 2008, für Ausgabe 4/2008 der 12. September 2008. 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.