

ISSN 1611-0773
D 60843
8. 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

2/2009

16. Juni 2009 (S. 117-228)

- Methodenvielfalt in der Psychotherapieforschung
- Leitlinien in der Psychotherapie
- Psychische Faktoren bei schweren Brandverletzungen
- Zum Einsichtsrecht von Patienten in die persönlichen Aufzeichnungen eines Psychotherapeuten

**Psychotherapeuten
Verlag**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor Ihnen liegt die zweite Ausgabe des PTJ in diesem Jahr.

Zwei der drei Hauptbeiträge in diesem Heft veranschaulichen in unterschiedlicher Weise in der Profession ausgesprochen kontrovers behandelte Themen.

Matthias Ochs, Wiesbaden, diskutiert in seinem Beitrag „Methodenvielfalt in der Psychotherapieforschung“ unterschiedliche forschungsmethodische Modelle – den quantitativen und den qualitativen Zugang. Dabei ist es dem Autor ein wesentliches Anliegen, über eine ideologisierende Gegenüberstellung der methodischen Ansätze hinausführend nachzudenken und für eine jeweils gegenstandsadäquate Kombination sowohl quantitativer als auch qualitativer Methoden der Psychotherapieforschung zu plädieren, wobei ihm besonders die Darstellung des qualitativen Ansatzes wichtig ist.

Auch der Beitrag „Leitlinien in der Psychotherapie“, verfasst vom **Ausschuss für Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung** der Berliner Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, befasst sich mit einem kontroversen Thema, nämlich der Bewertung von RCT-Studiendesigns in Bezug auf deren Aussagekraft, Praxisrelevanz und eventueller Folgewirkungen für die zukünftige Entwicklung und gesellschaftliche Relevanz der Psychotherapie. Der Text vermittelt Informationen zur Geschichte der Leitlinienerstellung und zu den Prinzipien ihrer Entwicklung und diskutiert die Methodik der Leitlinienerstellung. Kritisch reflektierte der Ausschuss die Methodik der Erstellung von Leitlinien und hierbei ganz besonders die Bewertung von RCT-Studien. Der Ausschuss sah sich schlussendlich nicht in der Lage, ein vollständig konsentiertes Papier

zu erstellen. Die Ausschussmitglieder entschieden sich, Ihnen die Kontroverse offen im Text zur Verfügung zu stellen. Die partielle Unmöglichkeit der Konsensfindung zu diesem Text spiegelt wahrscheinlich die kontroverse Diskussion zur Bewertung von Leitlinien in der gesamten Profession wider!

Schließlich schildern **Hanna Wallis-Simon, Ludwigshafen**, und **Babette Renneberg, Berlin**, aus der psychotherapeutischen Forschung und Praxis „Psychische Faktoren bei schweren Brandverletzungen: Psychotherapeutische Beiträge zur Verbesserung der Lebensqualität“. Die Autorinnen benennen die verschiedenen Formen körperlicher und psychischer Beschädigungen dieser Patientinnen und Patienten und den daraus resultierenden intensivmedizinischen und rehabilitativen Behandlungsbedarf. Sie akzentuieren auf die Notwendigkeit psychotherapeutischer, psychosozialer und rehabilitativer Begleitung durch hierfür aus- und fortgebildete PsychotherapeutInnen. Vermittelt werden Informationen zum aktuellen Stand der Forschung und zu den wenigen vorhandenen und für diesen Personenkreis geeigneten Behandlungsprogrammen. Die Autorinnen stellen wesentliche Ergebnisse einer groß angelegten Längsschnittstudie vor sowie ein auf dieser Basis neu entwickeltes verhaltenstherapeutisches Gruppenbehandlungsprogramm für Schwerebrandverletzte in der Rehabilitation. Auch die Auswirkungen der psychotherapeutischen Arbeit mit diesen Patientinnen und Patienten auf den Therapeuten und die Notwendigkeit fachkundiger Supervision werden thematisiert. Besonders in diesem Teil der Arbeit wird deutlich, wie tiefgreifend die nicht nur körperliche sondern auch innerpsychische Verletzung der Patientinnen ist und wie sehr PatientInnen und TherapeutInnen hierdurch mit



existentiellen Themen wie der Endlichkeit der menschlichen Existenz konfrontiert sind.

Aus juristischer Sicht bearbeitet **Bernd Raasehorn, Bremen**, die bisherige Rechtsprechung „Zum Einsichtsrecht von Patienten in die persönlichen Aufzeichnungen eines Psychotherapeuten“, ein Thema von hoher Relevanz für die gesamte Profession.

Einige interessante neue Forschungsergebnisse präsentiert wiederum **Matthias Ochs, Wiesbaden**, in der Rubrik „Aktuelles aus der Forschung“.

Ergänzend erhält auch dieses Heft wieder Rezensionen zu praxisrelevanten Themen, nämlich zur „Systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen“, zur „Psychotherapie zwischen Neurowissenschaften und Geisteswissenschaften“ und zur „Kultursensiblen Therapiebeziehung“ am Beispiel türkischer Klienten.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre!

Anne Springer (Berlin)
Mitglied des Redaktionsbeirates

Inhalt

Editorial	117
Originalia	
<i>Matthias Ochs</i> Methodenvielfalt in der Psychotherapieforschung	120
Quantitative und qualitative Forschungsmethoden sind das empirische Fundament der Psychotherapieforschung. Einige relevante Aspekte quantitativer Psychotherapieforschung werden im vorliegenden Artikel gewürdigt. Aspekte qualitativer Psychotherapieforschung werden unter dem Blickwinkel der möglichen Relevanz für die Praxeologie, für die psychotherapeutische Ergebnis- und Prozessforschung sowie für die Erforschung von Psychotherapie im Kontext des Gesundheitssystems dargestellt. Letztlich wird für die Kombination quantitativer und qualitativer Methoden plädiert.	
<i>Ausschuss Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung der Psychotherapeutenkammer Berlin</i> Leitlinien in der Psychotherapie	131
Der Artikel gibt einen Überblick zu dem kontrovers diskutierten Thema. Es werden Begriffe erläutert und wesentliche Hintergründe für die Entwicklung von Leitlinien im Gesundheitswesen erörtert. Fakten zur Methodik und zum Stand der Entwicklung von Leitlinien sowie zentrale Argumente für die Entwicklung und den Einsatz von Leitlinien in der Psychotherapie werden kritisch betrachtet. Einzelne Leitlinien werden exemplarisch für die Arbeitsfelder Psychologische Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie für das Arbeiten in Institutionen ausgewählt. Wesentliche Informationen und kritische Diskussionspunkte zum Thema Evidenzbasierung im Gesundheitswesen werden zusammenfassend erläutert.	
<i>Hanna Wallis-Simon & Babette Renneberg</i> Psychische Faktoren bei schweren Brandverletzungen: Psychotherapeutische Beiträge zur Verbesserung der Lebensqualität	142
Die Behandlung schwerbrandverletzter Patienten erfordert ein interdisziplinäres Team, dem auch ein klinischer Psychologe und Psychotherapeut angehören sollte. Im Artikel werden psychosoziale Faktoren, die Einfluss auf die Rehabilitation Schwerbrandverletzter haben, beschrieben und ein neu entwickeltes verhaltenstherapeutisches Gruppenbehandlungsprogramm für Brandverletzte in der Rehabilitationsphase vorgestellt. Ziel ist es, die Lebensqualität Schwerbrandverletzter zu verbessern.	
Recht: Aktuell	
<i>Bernd Rasehorn</i> Zum Einsichtsrecht von Patienten in die persönlichen Aufzeichnungen eines Psychotherapeuten	153
Der Beitrag stellt aktuelle Gerichtsentscheidungen vor und analysiert deren Bedeutung für die psychotherapeutische Praxis.	
Aktuelles aus der Forschung	
<i>Matthias Ochs</i>	156
Buchrezensionen	
<i>Hans Metsch</i> Retzlaff, R. (2008). <i>Spiel-Räume – Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen</i> . Stuttgart: Klett-Cotta.	161
<i>Gerd Möhlenkamp</i> Wollschläger, M. (Hrsg.). (2008). <i>Hirn Herz Seele Schmerz – Psychotherapie zwischen Neurowissenschaften und Geisteswissenschaften</i> . Tübingen: dgvt-Verlag.	162
<i>Wolf Ortiz-Müller</i> Kahraman, B. (2008). <i>Die kultursensible Therapiebeziehung: Störungen und Lösungsansätze am Beispiel türkischer Klienten</i> . Gießen: Psychosozial-Verlag.	163

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer	165
Baden-Württemberg	170
Bayern	174
Berlin	178
Bremen	182
Hamburg	186
Hessen	190
Niedersachsen	195
Nordrhein-Westfalen	199
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer	205
Rheinland-Pfalz	209
Saarland	213
Schleswig-Holstein	217
Leserbriefe	221
Inserentenverzeichnis	222
Kontaktdaten der Kammern	223
Stellen-/Praxismarkt	121, 123, 224
Kleinanzeigen	226
Branchenverzeichnis	227
Impressum	228

Hinweis:

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

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

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

KONGRESSPROGRAMM UND NÄHERE INFORMATIONEN UNTER:

www.unifortbildung-psychotherapie.de Anmeldung ab dem 30.06.2009

Insgesamt mehr als 40 spannende Workshops zum Themenschwerpunkt
Sucht sowie vielfältigen anderen Themen (PTBS, Essstörungen, Sexuelle
Störungen, Affektive Störungen, Schlafstörungen, Training emotionaler
Kompetenzen, ACT, Therapie bei Kindern und Jugendlichen etc.)

PLENUMSVORTRÄGE

Prof. Dr. Gerhard Bühringer: „Versorgung von Patienten mit Substanz-
störungen: Stand, Defizite und Verbesserungsvorschläge.“

Dr. Johannes Lindenmeyer: „Möglichkeiten und Grenzen ambulanter
Psychotherapie bei alkoholabhängigen Patienten.“

Prof. Dr. Joachim Körkel: „Kontrolliertes Trinken, Motivational Interviewing
und mehr: Was PsychotherapeutInnen im Umgang mit Suchtproble-
men wissen und können sollten.“

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



**Hochschulverbund
Psychotherapie NRW**
Universitäre Fortbildung Psychotherapie

24./ 25. Oktober 2009
5. Jahreskongress Psychotherapie
des Hochschulverbundes Psychotherapie NRW
und der Psychotherapeutenkammer NRW

Psychotherapie bei Sucht
Wissenschaft Praxis
Praxis Wissenschaft

www.unifortbildung-psychotherapie.de

Methodenvielfalt in der Psychotherapieforschung

Matthias Ochs

Psychotherapeutenkammer Hessen

Zusammenfassung: Quantitative und qualitative Forschungsmethoden bilden das empirische Fundament der Psychotherapieforschung. Denn wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren sind sowohl in natur-, als auch in kultur- und sozialwissenschaftlichen Traditionen verankert. In dem Artikel werden zum einen einige relevante Aspekte quantitativer Psychotherapieforschung gewürdigt. Zum anderen werden Aspekte qualitativer Psychotherapieforschung unter dem Blickwinkel der möglichen Relevanz für die Praxeologie, für die psychotherapeutische Ergebnis- und Prozessforschung sowie für die Erforschung von Psychotherapie im Kontext des Gesundheitssystems dargestellt. Abschließend wird für die Kombination quantitativer als auch qualitativer Methoden bei der Erforschung von Psychotherapie plädiert.

„Whether one uses numbers, narrative, poetry, drama, or photos as data, each points to a better understanding (or multiple understanding) of some phenomenon“

Acock, Van Dulmen, Allen und Piercy (2005)

Einführung

Dieser Artikel versteht sich als ein Diskussionsbeitrag zur Frage der Kombination quantitativer und qualitativer Methoden in der Psychotherapieforschung.¹ Hierzu werden verschiedene Überlegungen und Aspekte zum Thema cursorisch beleuchtet. Der Anspruch des Artikels ist es *nicht*, das weite Feld der quantitativen und qualitativen Psychotherapieforschung hinreichend umfassend darzustellen. Ein solches Unterfangen würde den Rahmen des Artikels deutlich sprengen. (Ein stärker forschungsorientierter, in die fachlich-inhaltliche Tiefe gehender Artikel zur qualitativen Forschung in der Psychotherapie wird vom Autor zurzeit vorbereitet.)

Der Artikel plädiert für den Einsatz von sowohl quantitativen *als auch* qualitativen Methoden in der Psychotherapieforschung.

Im Folgenden wird jedoch ein Schwerpunkt auf qualitative Psychotherapieforschung gelegt; da diese immer noch eher stiefmütterlich behandelt wird. Denn qualitative Psychotherapieforschung kann (a) möglicherweise einerseits (komplementär zur quantitativen Forschung) ebenfalls zur im berufs- und sozialpolitischen Kontext bedeutsamen Versorgungsforschung beitragen und ist (b) andererseits praxeologisch von hoher Relevanz.

Quantitative Forschung

Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, einen Überblick über das gesamte Spektrum quantitativ orientierter Psychotherapieforschung zu geben. Hierfür sei auf *gute aktuelle Überblicksarbeiten* z. B. bei Lutz und Grawe (2007), Hautzinger (2007) oder Strauss und Wittmann

(2005) verwiesen. Hier sollen lediglich einige m. E. relevant erscheinende Aspekte kurz skizziert werden.

Legitimation und Versorgung

Die Verdienste der quantitativ und experimentell orientierten Forschung für die psychotherapeutische Profession sind unbestritten und überwältigend. Dieser Forschung ist zu verdanken, dass heute innerhalb gesellschaftlicher, politischer sowie wissenschaftlicher Diskurse mit Fug und Recht festgestellt werden kann, *dass Psychotherapie wirkt* und diese Wirkung nicht (nur) auf Placebo-Effekte zurückzuführen ist, sondern auf eine Reihe von weiteren Faktoren, die beispielsweise Lambert und Barley (2002) folgendermaßen gewichten: 40% Veränderungen außerhalb der Psychotherapie; 30% unspezifische Wirkfaktoren (z. B. die therapeutische Beziehung, Therapeuteneigenschaften); 15% Erwartungseffekte (Placebo); 15% Therapietechniken. Diese Prozentangaben stellen keine endgültigen Werte dar; so wird etwa der Anteil der therapeutischen Beziehung am Therapieerfolg im Großen und Ganzen nicht bezweifelt, aber teilweise unterschiedlich bewertet (z. B. Martin et al., 2000, zitiert in Harfst, Wessels, Buchholz & Kächele, 2008). Anhand dieser Zahlen wird aber auch deutlich, dass die

¹ Für hilfreiche Anmerkungen danke ich Jürgen Hardt, Prof. Jürgen Kriz und Prof. Jürgen Hoyer.

Die Rems-Murr-Kliniken gGmbH verfügt über drei Kliniken an den Standorten Backnang, Schorndorf und Waiblingen mit insgesamt 915 Betten und rund 2.100 Mitarbeitern.

Bis Ende 2012 wird in Winnenden ein Krankenhausneubau mit 620 Betten auf Zentralversorgungsniveau im Rahmen eines gemeinsamen Nachfolgekonzepts für die Standorte Backnang und Waiblingen errichtet.

Rems
Murr
Kliniken



Wir haben für die psychologische Betreuung in den Rems-Murr-Kliniken neue Stellen geschaffen und suchen ab **01.06.2009** oder nach Vereinbarung

Diplompsychologen (w/m)

Das Tätigkeitsgebiet umfasst die Betreuung onkologisch erkrankter Patienten, die Begleitung Schwerkranker und Patienten mit chronischen Erkrankungen, die Betreuung der Angehörigen und die Unterstützung und ggf. Diagnostik bei psychosomatischen Erkrankungen. An der Rems-Murr-Klinik Waiblingen ist eine Klinik für Kinder- und Jugendmedizin angeschlossen, hier beinhaltet das Aufgabengebiet die Gesprächstherapie von Kindern und Jugendlichen bei psychisch und sozialen Problemen und ggf. Psychodiagnostik, Elternberatung sowie die psychotherapeutische Begleitung chronisch kranker Kinder (Diabetes mellitus, Asthma). Abgerundet wird das Aufgabengebiet durch Personalschulungen und -beratungen.

Wir wünschen uns engagierte und motivierte Psychologen mit möglichst einschlägiger beruflicher Vorerfahrung, die Freude an der Gestaltung einer neuen Stelle haben. Eine mindestens begonnene Psychotherapieausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren sowie eine abgeschlossene Approbation wären wünschenswert. Die Bereitschaft und Fähigkeit zur berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit setzen wir voraus.

Wir bieten eine anspruchsvolle und interessante Aufgabe mit vielfältigen Entwicklungsmöglichkeiten. Sie kann sowohl in Vollzeit als auch in Teilzeit (50%) besetzt werden. Die Vergütung erfolgt nach TVöD-K mit allen im öffentlichen Dienst üblichen Zusatzleistungen, zudem bieten wir Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Bei der Wohnungssuche sind wir gerne behilflich.

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne Frau Haalck, Direktorin Allgemeine Verwaltung, unter der Telefonnummer 07151/5006-2106.

Interessiert? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung. Bitte senden Sie Ihre aussagefähigen Unterlagen an



Rems-Murr-Kliniken gGmbH

Personaldirektion – Frau Karin Göller, Tel.: 07191/33-2002
Karl-Krische-Str. 4 -11, 71522 Backnang
Kagoeller@khrmk.de, www.rems-murr-kliniken.de



Klinik Nord

Wir sind

Die Asklepios Klinik Nord beschäftigt rund 2.550 Mitarbeiter an zwei Standorten (Heidelberg und Ochsenzoll). Das Klinikum verfügt über rund 1.500 Betten in der Somatik, Psychiatrie und dem Maßregelvollzug. Die Klinik ist zertifiziert nach KTQ 5.0.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

PSYCHOLOGISCHE/N PSYCHOTHERAPEUTIN/-EN

ODER

ÄRZTIN/ARZT FÜR PSYCHIATRIE U. PSYCHOTHERAPIE

für die Psychiatrische Institutsambulanz, befristet für zwei Jahre, mit der Hälfte der vollen Arbeitszeit

Orientiert an den Vorgaben des § 118, SGB V sind Sie schwerpunktmäßig verantwortlich für die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von türkischstämmigen Patienten der Psychiatrischen Institutsambulanz. Aufgrund der zunehmenden Zahl dieser Patienten werden Sie im Rahmen eines bereits angelaufenen Modellprojektes eine angemessene Versorgung türkischer Migranten weiter entwickeln und erproben.

Sie haben fundierte Kenntnisse und Erfahrungen in der Behandlung psychiatrisch erkrankter Menschen und sind gut geschult in der kollegialen Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team. Wegen der o. g. Zielgruppe sollten Sie sehr gute türkische Sprachkenntnisse und interkulturelle Kompetenz mitbringen. Wir gehen von einer Ausbildung in einem anerkannten Psychotherapieverfahren aus und erwarten zusätzlich einen systemischen Blickwinkel. Wir setzen voraus, dass Sie dieses wachsende Aufgabengebiet der Institutsambulanz mit viel Selbstständigkeit und Engagement aktiv fortführen.

Wir bieten

Vergütung nach EG Ä1 bzw. Ä2 TV-Ärzte KAH.

Nähere Auskünfte erteilt Ihnen gern Herr Dr. Bogun, Leiter der Psychiatrischen Institutsambulanz, Tel. 040/1818 87-2588 oder -2160.

Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte bis zum 30.06.2009 unter Angabe der Kennziffer 143-90 an Asklepios Klinik Nord

Personalmanagement, Frau Schmidt
Langenhorner Chaussee 560 • 22419 Hamburg

Gemeinsam für Gesundheit www.asklepios.com

Ergebnisse quantitativer Psychotherapieforschung manchmal nicht so leicht in die Praxis psychotherapeutischer Versorgung zu übertragen sind: Soll sich ein praktizierender Psychotherapeut etwa auf die Wirkfaktoren außerhalb der Psychotherapie verlassen und sich lediglich zusätzlich auf die unspezifischen Wirkfaktoren zurückziehen – womit er ja bereits 70% psychotherapeutischer Wirksamkeit abgedeckt hätte? Gibt es nachvollziehbare Zusammenhänge zwischen den Wirkfaktoren? Wie würden Psychotherapeuten aus ihren praxeologischen Erfahrungen und Zugängen heraus diese Zusammenhänge beschreiben (vgl. hierzu auch Hardt & Hebebrand, 2006)? All dies können Fragestellungen qualitativer Psychotherapieforschung sein. Es ist klar, dass sich Forschungsergebnisse, unabhängig ob quantitativ oder qualitativ, nicht eins zu eins in die Praxis übertragen lassen. Systemtheoretisch betrachtet hat dies damit zu tun, dass Praxis und Forschung unterschiedliche Systeme mit je eigener Logik darstellen, die für sich gegenseitig Umwelten darstellen und als solche sich vor allem Komplexität und Kontingenz gegenseitig zur Verfügung stellen. Qualitative Forschung kann jedoch möglicherweise die *Anschlussfähigkeit* zwischen Forschung und Praxis erhöhen.

Nach der Einteilung der Psychotherapieforschung in drei Phasen von Shapiro (z. B. 1989) kann diese Form von Forschung der Legitimationsforschung zugerechnet werden (gefolgt von den Phasen der Verlaufs- und Ergebnisforschung sowie der Phase der Mikroprozessanalysen). Das Gros der Studien, die der Legitimationsforschung zugeordnet werden können, wurde allerdings unter Bedingungen durchgeführt, die nicht recht mit der in der realen Versorgung durchgeführten Psychotherapie vergleichbar waren/sind. Dieser Sachverhalt hat mit dazu beigetragen, dass zurzeit in Deutschland ein verstärktes Bemühen erkennbar ist, die *Wirksamkeit von Psychotherapie unter Versorgungsbedingungen* mit überzeugenden Zahlen zu belegen bzw. zu legitimieren (z. B. Schulz, Barghan, Harfst & Koch, 2006) – u. a. um den von manchen Kostenträgern präsentierten Zahlen, die Zweifel an der Wirksamkeit von Psychotherapie unter Versorgungsbedingungen suggerieren möchten (z. B.

Grobe, Dörning & Schwartz, 2007), starke empirisch-quantitative Argumente gegenüberstellen zu können. Kordy (2008) bezeichnet Versorgungsforschung deshalb als „politiknah“, da sie Verteilung von Ressourcen und Einkommen beeinflusst. Dies ist wesentlicher Grund dafür, dass diese Form der Psychotherapieforschung im Kontext der Psychotherapeutenkammern von großem Interesse ist.

Unabhängig von möglichen Versäumnissen der Psychotherapieforschung besteht seit vielen Jahren eine Entwicklung, mittels *marktwirtschaftlicher Strategien*, wie finanziellen Anreizsystemen und *Verwaltungstechniken*, wie Qualitätssicherung per Dokumentation, das Sozial- und Gesundheitswesen zu optimieren (zur notwendigen kritischen Auseinandersetzung mit diesem Trend vgl. z. B. Hardt, 2008). Um innerhalb dieser Entwicklung bestehen zu können, sind überzeugende und robuste Zahlen vonnöten.

Verfahren und Therapeuten

Ein wesentlicher Befund quantitativ orientierter Psychotherapieforschung ist, dass es *kein* psychotherapeutisches Verfahren gibt, dass in seiner Wirksamkeit allen anderen Verfahren überlegen zu sein scheint und dass psychotherapeutische Verfahren, zu denen umfassende wissenschaftliche Studien vorliegen, in der Verrechnung ähnlich wirksam zu sein scheinen. Dieses Phänomen wird bekanntlich unter Begriffen, wie „*Dodo Bird Verdict*“² oder „Äquivalenzparadox“ diskutiert (z. B. Luborsky et al., 2003). Das Zutreffen des Dodo Bird Verdicts wird zwar ebenfalls öfters in Frage gestellt, z. B. im Rahmen des Ansatzes der „*empirically supported treatments*“, wo, verkürzt dargestellt, argumentiert wird, dass es sinnvoller (und ethisch eher vertretbar) sei, definierte Therapietechniken anzuwenden, die sich in experimentellen Untersuchungen für spezifische Patientengruppen als wirksam herausgestellt haben, als sozusagen über unspezifische Variablen zu spekulieren (z. B. Chambless, 2002). Lambert und Ogles (2004, zitiert nach Strauss, 2008) argumentieren jedoch, dass das Herausrechnen von *Forschungsartefakten* inner-

halb von Psychotherapiestudien das Dodo Bird Verdict eher zu bestätigen scheint. Solche Artefakte (Fehlresultate, die durch die Forschung an sich entstehen und wenig mit dem beforschten Gegenstandsreich zu tun haben) können etwa durch die Einbeziehung lediglich eher leicht bis mittelschwer gestörter Patienten in die Psychotherapieforschung oder durch die Loyalität des Forschers gegenüber einem bestimmten psychotherapeutischen Verfahren (dieses Artefakt wird in der Literatur unter dem Begriff „*allegiance*“ diskutiert) entstehen. Beutler et al. (2004, S. 292) gehen noch einen Schritt weiter und fordern eine *Synthese*: „We conclude that the tendency to pit relationship factors against technical ones, or common factors against specific ones, or the dodo bird against ‚empirically supported treatments‘, must be replaced by a more integrative and synergistic perspective.“³

Zu den oben angesprochenen psychotherapeutischen Verfahren mit umfassenden wissenschaftlichen Studien können zumindest die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) anerkannten Verfahren zählen, die recht gut mit dem *Vier-Säulen-Modell der Psychotherapie* von Kriz (2007) korrespondieren. Dieses Modell stellt psychodynamische, beha-

2 Im Kinderbuchklassiker „Alice im Wunderland“ von Lewis Carroll liefern sich die Tiere einen verrückten Wettlauf. Jedes rennt frei nach Schnauze irgendwo los und spurtet zu einem Ziel, das es sich selbst ausgesucht hat. Unmöglich, einen Sieger zu ermitteln. Schließlich urteilt ein Dodo Vogel (eine Vogelart, die zu Carrolls Lebzeiten schon rund 170 Jahre ausgestorben war): „Alle haben gewonnen und müssen einen Preis bekommen“ (Paulus, 2007).

3 Mario Pfammatter und Wolfgang Tschacher von der Universität Bern vermuten, dass der vermeintliche Widerspruch zwischen empirically supported treatments und dem Dodo Bird Verdict auf sprachlichen Missverständnissen beruht: Um mögliche begriffliche Unterschiede bzw. Ähnlichkeiten in der Terminologie zu den Wirkfaktoren von Psychotherapie zu analysieren, führen sie aktuell deshalb eine Untersuchung mit Hilfe der Repertory Grid-Technik nach George A. Kelly durch, in welcher die Konstrukte von Experten über psychotherapeutische Wirkfaktoren systematisch erfasst und geordnet werden sollen. Die Repertory Grid-Technik stellt im Übrigen einen methodischen Ansatz dar, der sich sowohl qualitativer als auch quantitativer Methodenelemente bedient.



An den Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk (TWW) ist auf der psychiatrischen Psychotherapiestation in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie I (Prof. Dr. A. Mackert) zum 01.09.2009 die Stelle einer/eines psychoanalytischen/tiefen-psychologisch orientierten

Diplom-Psychologin / Psychologen

zu besetzen.

Wir wünschen uns eine/n Bewerber/in, die/der

- eine abgeschlossene psychoanalytische Weiterbildung besitzt
- Erfahrung im Umgang und in der Behandlung psychisch kranker Menschen aufweist
- selbstständig die interaktionelle Gruppentherapie leitet
- Psychologinnen/Psychologen im Praktikum anleitet und supervidiert
- regelmäßig an externen Supervisionen und Fortbildungsveranstaltungen des analytischen Ausbildungsinstitutes teilnimmt
- aktiv die ärztliche Weiterbildung mit gestaltet und Interesse an qualitätssichernden Maßnahmen zeigt
- erforderliche Veränderungen des Stationskonzeptes mitentwickelt
- über ein hohes Maß an sozialer Kompetenz für die Leitung eines großen Teams verfügt

Wir bieten:

- ein engagiertes und multiprofessionelles Team
- eine Stelle mit 30 Wochenstunden
- eine 14-tägig extern geführte Teamsupervision
- Weiterbildungsmöglichkeiten, die von den Kliniken finanziell gefördert werden
- eine leistungsgerechte Vergütung und innerbetriebliche Altersversorgung

Wenn Sie an der beschriebenen Tätigkeit interessiert sind, richten Sie Ihre Bewerbung bitte an:

Theodor-Wenzel-Werk e.V. • Personalabteilung
Quantzstr. 4A • 14129 Berlin
schulzew@tww-berlin.de • www.tww-berlin.de



Heiligenfeld

Wir sind eine innovative psychosomatische Klinikgruppe in Bad Kissingen mit ganzheitlicher Ausrichtung, Patienten- und Mitarbeiterorientierung. Wir wurden mehrfach ausgezeichnet, zuletzt mit dem 4. Platz "Deutschlands Kundenchampions 2008" und als "Bester Arbeitgeber im Gesundheitswesen in Deutschland und in Europa 2007". Infos unter www.heiligenfeld.de

Für unsere Heiligenfeld Kliniken für psychosomatische Erkrankungen in Bad Kissingen suchen wir baldmöglichst eine/n

Approbierte/r Psychologin/ Psychologen

Wir wünschen uns:

- Approbation
- menschliche Wärme
- Fähigkeit zur kreativen Kooperation
- Offenheit für ganzheitliche Sicht

Wir bieten:

- ein gutes und unterstützendes Arbeitsklima
- 10 Tage Fortbildungsurlaub
- interne und externe Supervision
- eine lebendige und kooperative Unternehmenskultur
- Caring für Mitarbeiter und vieles mehr



Die schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an:

Heiligenfeld GmbH • Parkklinik
 Chefarzt Erwin Schmitt
 Bismarckstr. 44 • 97688 Bad Kissingen
 Tel. 0971 84-2025
waltraud.knaup@heiligenfeld.de



Für unser multiprofessionelles Team der AHG Klinik Hardberg suchen wir

je eine/n Diplom-Psychologin/en

für die Abteilungen „Psychosomatik“, „Suchtnahe Psychosomatik“ und „Abhängigkeitserkrankungen“.

Voraussetzung für eine Einstellung ist eine psychotherapeutische Ausbildung in einem Richtlinienverfahren (mindestens absolvierte Zwischenprüfung). Zu den Hauptaufgaben gehören die Durchführung von Einzel- und Gruppentherapien und psychoedukativer Gruppen.

Wichtig ist uns Ihr Interesse an interdisziplinärer Zusammenarbeit sowie Ihre Offenheit für therapieschulenübergreifende Ansätze. Wir bieten regelmäßige externe Supervision, die Möglichkeit zu intensiver fachbezogener Weiterbildung, flexibler Arbeitszeit und ggf. Unterbringung.

Die AHG Klinik Hardberg liegt bei Höchst im Odenwald. Durch öffentliche Verkehrsmittel ist der Ort mit Darmstadt, Aschaffenburg und Frankfurt am Main verbunden. Weitere Angaben zur Klinik unter www.ahg.de/hardberg.

Über die Zusendung Ihrer Bewerbungsunterlagen an den Leitenden Dipl.-Psychologen C. Hennch, Ernst-Ludwig-Straße, 64747 Breuberg oder chennch@ahg.de freuen wir uns.



Das Studienzentrum Verhaltensmedizin und Psychotherapie e.V. (SZVT) in Stuttgart sucht einen

approbierten Ausbildungsleiter (m/w)

Der Tätigkeitsbereich umfasst die Organisation der Lehrgänge in Psychologischer sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit dem Führen des Verwaltungsteams, eigene Lehrveranstaltungen und Supervision von Psychotherapeuten in Ausbildung (mit Schwerpunkt KJP).

Bitte nutzen Sie für Ihre Bewerbungen oder Anfragen das Internet und senden Sie Ihre Unterlagen an f.christmann@szvt.de.

SZVT
Christophstraße 8
70178 Stuttgart • www.szvt.de

viorale, humanistische (z. B. Gesprächspsychotherapie) und systemisch-familien-therapeutische Verfahren gleichberechtigt nebeneinander. Dass es für diese vier Hauptorientierungen in Deutschland unterschiedliche Möglichkeiten der Finanzierung über das GKV-System gibt, hat also wenig mit deren eben quantitativ nicht nachweisbaren unterschiedlichen Wirksamkeiten zu tun. Dies hat vielmehr mit *historischen und professionsspezifischen Entwicklungen* und Traditionen der mit Psychotherapie zusammenhängenden Gesundheits- und Bildungssysteme zu tun – und dem Niederschlag dieser Entwicklungen und Traditionen in entsprechenden entscheidungsrelevanten sozialpolitischen und Berufungsgremien. Retzlaff, von Sydow, Rotthaus, Beher und Schweitzer (2009) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine hohe Anzahl von Studien zu einem Psychotherapieverfahren allein ein Indikator dafür ist, dass innerhalb des Wissenschaftsbetriebs zu diesem Verfahren Forschungsgelder zu erhalten sind. Sie besagt *nicht*, dass weniger beforschte Verfahren nicht auch wirksam wären, sondern dass sie eine geringere Chance zu einer solchen Überprüfung haben.

Psychotherapeuten (nicht Verfahren) scheinen sich jedoch hinsichtlich ihrer Effektivität zu unterscheiden. Und hier scheinen tatsächlich einige Psychotherapeuten andere Psychotherapeuten in ihrer Wirksamkeit in den Schatten zu stellen. Okiishi, Lambert, Nielsen und Ogles (2003) und Okiishi et al. (2006) konnten beispielsweise zeigen, dass erfolgreiche Psychotherapeuten zehnmal effektiver sind als erfolglose Psychotherapeuten (vgl. auch Strauss, 2008). Sie identifizierten drastische Unterschiede zwischen „supershinks“ und „toxic shrinks“ und siedelten beide Extremgruppen bei ungefähr 10% an. Qualitative Forschung kann wesentlich dazu beitragen, diese Unterschiede noch besser zu verstehen und etwa für die Ausbildung von Psychotherapeuten nutzbar zu machen.

Weiterentwicklungen und Schulenüberschreitungen

Quantitative Psychotherapieforschung erschöpft sich natürlich nicht in Legitima-

tionsforschung. Die *Weiterentwicklung quantitativer Psychotherapieforschung* (siehe hierzu beispielhaft den Kriterienkatalog zur Beurteilung der Studienqualität von Psychotherapiestudien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, 2007), etwa mittels verbesserter Untersuchungsdesigns, Messinstrumente oder Auswertungsverfahren, wie zum Beispiel Intention-to-treat-Analysen, führt natürlich auch weiterhin zu wichtigen praxisrelevanten inhaltlich-fachlichen Erkenntnissen. So kann inzwischen etwa gezeigt werden, dass die Effektstärken der kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen lange Zeit überschätzt wurden und paartherapeutische Verfahren die größten Effektstärken aufweisen (Barnow, 2008, wobei nicht unterschieden wird etwa zwischen systemischer oder behavioraler Paartherapie). Ohne hier weiter ins Detail gehen zu können, kann aber formuliert werden, dass empirisch-quantitative Forschung auch zukünftig dazu beitragen wird, „scheinbar selbstverständliche Wahrheiten“ in der Psychotherapie, wie dies Jaques Barber, der ehemalige Präsident der Society of Psychotherapy Research (SPR), in seinem Eröffnungsvortrag auf dem 39. Meeting der SPR formuliert hat (zitiert in Harfst et al., 2008), zu hinterfragen.

Zudem werden auf der Basis der experimentell-quantitativen Überprüfung psychotherapeutische Methoden (z. B. sog. „Trademark-Therapien“, vgl. v. Sydow, 2007) entwickelt, die sozusagen „quer“ zu den Psychotherapieverfahren verlaufen. Ein Beispiel hierfür stelle die Multisystemische Therapie (z. B. Swenson & Henggeler, 2005) dar. Diese Methode, die bei schwer delinquenten Jugendlichen besonders gut greift, hat sich in einer Reihe hochwertiger RCT-Studien (Curtis, Ronan & Borduin, 2004) als sehr effektiv gezeigt. Die Methode setzt sich größtenteils aus systemischen, aber eben auch aus verhaltenstherapeutischen Techniken zusammen.

Qualitative Ansätze

Qualitativen Forschungsansätzen geht es innerhalb der Psychotherapieforschung weniger um Legitimation, Beleg und Vergleich psychotherapeutischer Wirksamkeit.

Es geht ergänzend hierzu darum, *subjektive Bedeutungs-, Sinngebungs- sowie Erlebnisprozesse* etwa seitens Therapeuten, Patienten und Angehörigen im Kontext von Psychotherapie zu erkunden, zu verstehen und zu beschreiben. Ein Beispiel: Es ist gut bekannt, dass Arbeitslosigkeit eine Fülle psychosozialer und psychischer Probleme nach sich zieht, wie Ängste, Depressionen, unklare körperliche Beschwerden, Sucht- und Familienprobleme (z. B. Berth, Balck, Brähler & Stöbel-Richter, 2008). Eine typische Fragestellung quantitativ orientierter Forschung könnte hier etwa sein: „Wie hoch ist der Anteil der behandlungsbedürftigen psychischen Störungen bei Arbeitslosen? Wie viele nehmen tatsächlich professionelle Hilfe in Anspruch?“ Ein qualitativ orientierter Forscher könnte hier eher Fragen: „Warum fällt es Arbeitslosen so schwer, sich an einen psychosozialen Profi zu wenden? Was sind mögliche Gründe dafür?“ Ein anderes Beispiel: Man weiß, dass Burnout unter Mitarbeitern der akutpsychiatrisch-stationären Versorgung gehäuft anzutreffen ist (z. B. Amstutz, Neuenschwander & Modestin, 2001). Eine interessante quantitative Fragestellung könnte sein: „Wie hoch ist der Durchschnittswert im Maslach Burnout Inventar bei Psychotherapeuten in der Psychiatrie? Unterscheiden sich in der Psychiatrie tätige von niedergelassenen Psychotherapeuten in ihrer Burnout-Ausprägung?“ Ein qualitativer Forscher würde vielleicht fragen: „Wie erlebt es ein Psychotherapeut heutzutage, auf einer psychiatrischen Akutstation zu arbeiten? Was hilft ihm dabei, dort gesund zu bleiben?“

Innerhalb der Sozialforschung (z. B. in der Sozialen Arbeit) erfreuen sich qualitative Ansätze großer Verbreitung und bunter Vielfalt (Bock & Miethe, 2009). Methodenvielfalt würde in diesem Kontext eher das Bemühen um eine verstärkte Einbeziehung auch experimentell-quantitativer Ansätze bedeuten (Sommerfeld & Hüttemann, 2007). Binnen der akademischen Psychologie unterlag die Akzeptanz qualitativer Ansätze allerdings bestimmten Wellenbewegungen. Inzwischen haben qualitative Ansätze dort jedoch wieder recht kräftigen Aufwind erfahren (z. B. Camic, Rhodes & Yardley, 2003). Das gilt auch für die Psychotherapieforschung (z. B. Buchholz &

Streeck, 1999; McLoad, 2001; Frommer & Rennie, 2001; Luif, Thoma & Boothe, 2006; in diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, dass 2008 das „European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy“ [www.europeanresearchjournal.com] gegründet wurde). Darüber hinaus wird in letzter Zeit verstärkt die Bedeutung qualitativer Ansätze im Kontext der Versorgungsforschung diskutiert (z. B. Bradley, Curry & Devers, 2007). Strauss (2008) nennt als wichtigsten Einsatzbereich von qualitativer Forschung in der psychotherapeutischen Versorgung beispielsweise besser zu verstehen, warum eine Reihe von Patienten auf Psychotherapie ungenügend oder gar nicht ansprechen (sog. „Non-responder“).

Qualitative Ansätze sind durch eine große Vielfalt ausgezeichnet.⁴ Auch das Datenrohmaterial, das mittels qualitativer Methoden ausgewertet wird, ist vielfältig.⁵ Dementsprechend sind auch die Einsatzmöglichkeiten qualitativer Ansätze im Kon-

text von Psychotherapieforschung mannigfaltig. Claire Hill (2006), die amtierende Präsidentin der SPR, formuliert treffend das Anliegen qualitativer Forschung folgendermaßen: „Qualitative methods are ideally suited for describing what goes on in therapy and for highlighting the inner events of participants in ways that other approaches cannot. These methods are also ideally suited for discovering new and unexpected things, which is important given that we do not really know the effective components of therapy.“

Praxeologie und Unter-determiniertheit

Qualitative Methoden helfen dabei nachvollziehbar zu machen, wie psychotherapeutisches Verstehen sich im Einzelfall gestaltet. Quantitative Methoden folgen oft einer nomothetischen Logik, haben also eher das Allgemeine anstelle des Ein-

zelfalls, der „ideographischen Gestalt“, im Blick. Der Psychotherapeut ist jedoch mit *klinischen Einzelfallphänomenen* konfrontiert, bei denen es um das Verstehen von Sinnzusammenhängen, nachvollziehbaren

- 4 Qualitative Ansätze lassen sich grob, wenn auch nicht trennscharf, in solche, die eher auf die Inhalte verbaler Daten fokussieren (z. B. Narrative Analyse, Grounded Theory, phänomenologische Forschungsansätze, qualitative Inhaltsanalyse) und solche, die eher strukturelle Aspekte der verbalen Daten untersuchen (z. B. Konversations- und Diskursanalysen oder strukturelle Inhaltsanalyse) unterteilen. Dann gibt es qualitative Ansätze, die sowohl inhaltliche als auch strukturelle Aspekte von Daten einbeziehen, wie etwa objektive Hermeneutik oder Ethnographie (vgl. auch Denzin & Lincoln, 2007).
- 5 Datenrohmaterial qualitativer Forschung stellen bekanntermaßen nicht Zahlen, Itemwerte, oder körperbezogene Parameter dar, sondern in der Regel verbale Daten (weniger häufig visuelles Material). Das können z. B. sein: Transkripte oder zusammenfassende Protokolle, etwa von Interviews, Therapie-sitzungen, Interventionen, Supervisionen oder Gruppendiskussionen; Dokumente verschiedenster Art; Beobachtungsnotizen.

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 Traumafolgeerkrankungen 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

15.-17.05.09 + 25.07.09 **Bad Endorf (Oberbayern)**
 12.-14.06.09 + 19.09.09 **Bad Segeberg/Hamburg**
 18.-20.06.09 + 28.08.09 **Köln**
 03.-05.07.09 + 10.10.09 **Stuttgart**
 23.-25.10.09 + 28.11.09 **München**
 05.-07.11.09 + 04.12.09 **Köln**
 27.-29.11.09 + 23.01.10 **Königsutter**

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

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HYPNOSE UND HYPNOTHERAPIE (DGH)

HYPNOTHERAPIEWEITERBILDUNG für DiplompsychologInnen, ÄrztInnen

KONSTANZ und WIESBADEN

Referent: Prof. Dr. Walter BONGARTZ
 www.hypnose-kikh.de
Beginn des curriculums: Konstanz: 03.10.2009
 Wiesbaden: 17.10.2009
**Kursinformationen/
Anmeldung:** K.I.K.H. (Klingenberger Institut für Klinische Hypnose)
 Färberstr. 3A
 78467 Konstanz
 Fon/Fax: 07531 - 6060350
 bongartz@hypnose-kikh.de

Zusatzseminar: Archaische Muster der Selbstentwicklung in der Hypnotherapie Konstanz: 18. - 20.9.09

COESFELD

Referent: Dr. Helga HÜSKEN - JANSEN
 www.dgh-hypnose.de
Beginn des curriculums: COESFELD: 09.10.2009
**Kursinformationen/
Anmeldung:** Westfälisches Institut für Hypnose und Hypnotherapie
 Druffelsweg 3
 48653 Coesfeld
 Fon: 02541 - 6500
 HHueskenJanssen@aol.com

Wenn-Dann-Beziehungen im Einzelfall geht. Was bedeutet das für diesen Fall? Warum tue ich was, welche Konsequenzen erwarte ich, wie gehe ich damit um, wenn es anders kommt? Solche Fragen sind in der geschlossenen klinischen Situation und für den konkreten Fall in der konkreten Beziehung nicht vermeidbar. Diese geschlossene klinische Situation ist jedoch von ihrer Grundstruktur her immer kontingent, die klinischen Phänomene, die dort auftauchen, immer unterdeterminiert.

Die *Unterdeterminiertheitsthese* (Quine, 1980) besagt, dass Theorien durch die Beobachtungsdaten nicht eindeutig bestimmt sind. Für jede Menge empirischer und klinischer Beobachtungen gibt es prinzipiell immer mehrere (klinische) Theorien, die mit ihnen kompatibel sein können. Es führt also nicht nur ein Weg von den klinischen Phänomenen zur den klinisch-psychotherapeutischen Handlungstheorien (und wieder zu ihnen zurück); es sind prinzipiell immer mehrere, auch untereinander unverträgliche klinische Theorien (vgl. auch Heintz, 1993) möglich. Um den Weg von den klinischen Phänomenen zur klinischen Handlungstheorie und vice versa verstehbar zu machen und zu klären, dafür sind qualitative Methoden sehr nützlich, quantitative Methode jedoch nur sehr bedingt (etwa in Form von quantitativen Einzelfallanalysen) hilfreich. Ein Beispiel: Wie geht ein Psychotherapeut konkret mit den Ergebnissen eines Intelligenztests im Elterngespräch um? Welche klinischen Handlungstheorien leiten ihn bei der Verwendung dieses empirischen Datums in der psychotherapeutischen Situation? Was erwartet er sich von der Vermittlung der Testergebnisse an die Eltern?

Prozess- und Ergebnisforschung

Traditionell eignen sich qualitativ-inhaltliche Analysen besonders für *Therapieprozessforschung*, also für das Geschehen innerhalb der klinischen Situation (vgl. auch Hill & Lambert, 2004): Moustakas (1990) zeigte etwa, wie mittels einer *heuristischen Forschungsmethode* das Erleben der intuitiven Verbindung zwischen Therapeut

und Patient auf einer sehr persönlichen Ebene untersucht werden kann. Vehviläinen (2008) identifizierte beispielsweise *konversationsanalytisch* Widerstandsphänomene anhand struktureller Merkmale psychoanalytischer Gespräche. Buchholz und v. Kleist (1997) analysierten Therapietranskripte *metaphernanalytisch* nach Sprachbildern der Heilung.

Aber auch die *Ergebnisse* psychotherapeutischer Behandlung lassen sich mittels qualitativer Methoden erfassen. Elliott, Slatick und Urman (2001) führten z. B. im Anschluss an Therapiesitzungen sog. Change-Interviews durch, die sie dann mittels *Grounded Theory* auswerteten. Miksch et al. (2004) führten Familieninterviews durch und werteten diese *inhaltsanalytisch* aus, um zu erfassen, welche Ressourcen im Umgang mit Kopfschmerzen Kinder und Jugendliche und ihre Familien im Rahmen eines ressourcen- und lösungsorientierten ambulanten Gruppen- und Familienbehandlungsprogramms für sich neu entdecken und/oder weiterentwickeln konnten und welche Bewältigungsstrategien sie als besonders hilfreich erfahren haben. Hill et al. (2000) untersuchten die Bedeutung der Einbeziehung von Träumen ins psychotherapeutische Arbeiten für das Therapieergebnis mittels der *consensual qualitative research (CQR) method*.

Diese Auswahl mag knapp illustrieren, was mit qualitativer Therapieprozessforschung und Therapieergebnisforschung gemeint sein kann.

Der Kontext von Psychotherapie

Qualitative Forschung eignet sich darüber hinaus auch vor allem dazu zu erkunden, wie Profis und Hilfesuchende *Psychotherapie als Teil des Gesundheitssystems* sowie *Psychotherapie anbietende Institutionen* erleben und bewerten. Connor, Robinson und Wieling (2008) haben in einer aktuellen Studie die Erfahrungen von Paaren, die wegen Vulvodynie Hilfe innerhalb des Gesundheitssystems suchen, mittels „transcendental phenomenology methodology“ (einem qualitativen Ansatz, welcher

der *hermeneutisch-phänomenologischen Analyse* zuzurechnen ist) erkundet. Bekanntlich stellen Patienten, die im Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden und Erkrankungen psychosoziale und psychische Probleme entwickeln, eine potentiell unterversorgte Gruppe dar (z. B. Dinger-Broda & Schüssler, 2005). Sobo, Seid und Leticia Reyes (2006) führten Fokusgruppen mit Eltern von Kindern mit chronischen körperlichen Erkrankungen durch und untersuchten die Protokolle der Gruppensitzungen *diskursanalytisch* danach, welche „Machtdiskurse“ in der pädiatrischen Gesundheitsversorgung Eltern an der Teilnahme an dieser hindern. Quirk und Lelliot (2002) haben mittels *ethnographischer teilnehmender Beobachtung* soziale Interaktionen (z. B. die Beziehungsgestaltung zwischen Profis und Patienten) auf einer akutpsychiatrischen Aufnahmestation untersucht. Ein weiteres Beispiel: Dokumente aus dem Kontext der psychotherapeutischen Versorgung (z. B. Perspektivenpapiere, Projektanträge, Pressemitteilungen und Stellungnahmen von Krankenkassen, Berufs-, Fach- und Interessenverbänden; Informationsbroschüren/ Internetauftritte von Institutionen, in denen Psychotherapie angeboten wird, wie etwa Medizinische Versorgungszentren oder psychosomatische Kliniken) könnten beispielsweise mit *struktureller Inhaltsanalyse* danach untersucht werden, wie häufig jeweils Begriffe mit ökonomischem Inhalt und Begriffe mit therapeutischer Konnotation Verwendung finden.

Die Qualität qualitativer Daten

Auch das weite Feld der qualitativen Psychotherapieforschung kann an dieser Stelle nicht annähernd dargestellt werden. Es soll jedoch nochmals kurz auf ein mögliches Missverständnis eingegangen werden, das im Zusammenhang mit qualitativer Forschung öfters auftaucht, nämlich, dass qualitative Methoden „unwissenschaftlicher“ als quantitative Methoden seien, etwa wegen ungenügender Gütekriterien, fehlender methodologischer Nachvollziehbarkeit oder zu geringer Stichprobengröße.

- **Gütekriterien** in der qualitativen Forschung sind nicht weniger zuverlässig als in der quantitativen Forschung – sie sind einfach (teilweise) anders. Das qualitative Gütekriterium der Interrater-Reliabilität ähnelt noch Gütekriterien aus dem Bereich der quantitativen Forschung: Es wird, vereinfacht ausgedrückt, die Übereinstimmung verschiedener Rater (etwa bei dem Identifizieren von Themenblöcken und Codes in einem Text) numerisch angegeben (Lisch & Kriz, 1978). Das Gütekriterium der „Verisimilitude“ (zu deutsch ungefähr „Plausibilität“ oder „Wahrscheinlichkeit“) wird herangezogen, um zu beurteilen, ob ein Text, in dem sich Ergebnisse qualitativer Forschung darstellen, in sich stimmig, nachvollziehbar und emotional bedeutsam ist (Taylor & Wallace, 2007). Hill und Lambert (2004, S. 103-105) geben einen Überblick zu qualitativen Gütekriterien.
- Was die *methodologische Nachvollziehbarkeit* betrifft, so zeichnen sich solide qualitative Forschungsmethoden durch konkrete Ablaufschritte und klare Auswertungsschemata aus, wie etwa die Auswertungsalgorithmen in der qualitativen Inhaltsanalyse bei Mayering (2000) oder die Darstellung von Rekonstruktionsschritten im Rahmen fallrekonstruktiver Familienforschung (Hildenbrandt, 1999).
- Schiere hohe *Stichprobengröße* ist für qualitative Forschung kein Gütekriterium. Qualitative Einzelfallstudien, also Untersuchungen mit einem $n=1$, können zum Verständnis eines Gegenstandsbereichs inhaltlich oft sehr viel beitragen: Wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren basieren häufig u. a. auf „berühmten Fallgeschichten“ (bekannteste Beispiele sind etwa „Anna O.“ oder „little Albert“). (Kleine n -Zahlen scheinen durch die Verwendung dieser in Studien mit bildgebenden Verfahren seit einiger Zeit zudem wieder „salonfähig“ zu werden.)
- Darüber hinaus existieren auch für qualitative wie für quantitative Studien *Metaanalysetechniken* (z. B. Timulak, 2008) oder *EDV-Unterstützung* (z. B. Hahn, 2008).

Diskussion

Evidenzbasierte Medizin (EbM) und Qualitative Forschung

Psychotherapeutische Evidenzbasierung und qualitative Forschung schließen sich keineswegs aus, das RCT- und EbM-Konzept sind *nicht* deckungsgleich: Nach David Sackett, einem der Väter des EbM-Konzeptes, bedeutet Evidenzbasierte Medizin (EbM) die Integration klinischer Expertise mit der best verfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung (z. B. RCT-Studien) (Sackett et al., 1996). Klinische Expertise lässt sich beispielsweise über Fallstudien beschreiben, die ein bewährtes Instrument qualitativer Forschung darstellen (z. B. Yin, 2009). Trisha Greenhalgh, ebenfalls eine Protagonistin der evidenzbasierten Medizin, beschreibt klare Kriterien, um die Qualität qualitativer Forschung zu bewerten und schlussfolgert: „Doctors have traditionally placed high value on numerical data, which may in reality be misleading, reductionist, and irrelevant to the real issues. The increasing popularity of qualitative research in the bio-medical sciences has arisen largely because quantitative methods provided either no answers or the wrong answers to important questions in both clinical care and service delivery. If you still feel that qualitative research is necessarily second rate by virtue of being a ‚soft‘ science, you should be aware that you *are out of step with the evidence*“ (Greenhalgh & Taylor, 1997, S. 740).

Mixed Methods: Die Kombination von qualitativen und quantitativen Ansätzen

Natürlich können qualitative und quantitative Forschungsmethoden auch *gemeinsam* verwendet werden. Oft werden etwa im Rahmen qualitativer Forschung inhaltlich relevante Fragestellungen, Hypothesen und Konzepte entwickelt, die dann quantitativ überprüft werden können. Gerade diese Kombination verspricht inhaltlich relevante Erkenntnisse auf breiter Datengrundlage. Onwuegbuzie und Leech (2005, S. 375) fordern deshalb

Neues aus der Klinischen Praxis



2009. Etwa 200 S.,
Abb., Tab., Kt
etwa € 24.95 /
CHF 42.00
ISBN 978-3-456-
84670-5

Roger Schaller

Stellen Sie sich vor, Sie sind ...

Das Ein-Personen-Rollenspiel in Beratung, Coaching und Therapie

Das Buch ist methodisch übergreifend und richtet sich an Praktiker verschiedener Richtungen, die in Psychotherapie, Coaching, Beratung, Bildung und Supervision tätig sind.



2009. Etwa 120 S.,
Abb., Tab., Kt
etwa € 24.95 /
CHF 42.00
ISBN 978-3-456-
84682-8

Hans-Jürgen Grabe /
Michael Rufer (Hrsg.)

Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation

Konzepte, Klinik und Therapie

Wenn Menschen nicht zwischen körperlichen Empfindungen und Gefühlsregungen unterscheiden können, Gefühle häufig nur als diffuse Spannungs- oder Erregungszustände wahrgenommen werden und keine bewusste Verarbeitung von Gefühlen stattfindet, spricht man von Alexithymie.

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

HUBER



die Verwendung beider Forschungsansätze und kritisieren mit deutlicher Schärfe die Tendenz zur „mono-method research“ (entweder qualitativ oder quantitativ) und urteilen: „Mono-method research is the biggest threat to the advancement of the social sciences.“ Die Kombination verschiedener Forschungsansätze bedeutet jedoch nicht, dass wild nach dem „anything goes“-Prinzip gemixt wird. Unabdingbare Voraussetzung jeder empirischen Forschung ist, dass transparent, methodologisch stringent und nachvollziehbar vorgegangen wird. Es ist ausdrücklich vor der „no-method-method“ (McWey, James & Smock, 2005) zu warnen (Ochs & Schweitzer, 2009). Ein Beispiel für solch ein Mixed-Method-Design stellt etwa eine eigene Untersuchung zur familientherapeutischen Kinderkopfschmerzfor schung dar (Ochs et al., 2005): Dort wurden einerseits halbstrukturierte Familiengespräche qualitativ-inhaltsanalytisch ausgewertet und andererseits die Belastung der Kinder durch ihre Kopfschmerzen quantitativ mittels einer numerischen Ratingskala erfasst. Beide Datenquellen wurden dann miteinander verrechnet, wobei herauskam, dass Kopfschmerzkinder aus Familien, bei denen sich im Behandlungsverlauf kopfschmerzassoziierte familiäre Beziehungsmuster veränderten, eine deutlich geringere Kopfschmerzbelastung zum Katamnesezeitpunkt angaben, als Kopfschmerzkinder aus Familien, bei denen sich im Behandlungsverlauf kopfschmerzassoziierte familiäre Beziehungsmuster nicht veränderten.

Ein Beispiel dafür, wie dringend sowohl qualitative als auch quantitative Forschung benötigt wird, um psychologische Phänomene hinreichend angemessen erfassen und verstehen zu können, stellt die Frage der Auswirkungen von Trennung und Scheidung der Eltern auf Kinder und Jugendliche dar: Qualitative Forschung in diesem Bereich (Wallerstein, Lewis & Blakeslee, 2000) sensibilisiert dafür, dass manche Betroffene im Einzelfall betrachtet lang anhaltende „Gefühlsspuren“ der Beziehungsverletzlichkeit und -unsicherheit entwickeln können, die sich manchmal wie „Schläfereffekte“ erst viele Jahre später auswirken können. Quantitative Forschung in diesem Bereich macht deutlich (Hetherington & Kelly, 2002), dass sich Kinder

von geschiedenen und nicht geschiedenen Eltern im Großen und Ganzen mittel- bis langfristig betrachtet im Allgemeinen in ihrer seelischen und körperlichen Gesundheit nicht unterscheiden (vgl. auch Ochs & Orban, 2008). Diese angedeutete Komplexität der Resultate ist nicht Ausnahme, sondern typisch für Phänomene im Kontext von Psychologie und Psychotherapie. Psychotherapeuten stehen immer wieder vor der Herausforderung solche Komplexitäten auszuhalten (und gar therapeutisch zu nutzen) und nicht in die Trivialisierungsfalle zu tappen. Auch hierbei kann Methodenvielfalt in der Forschung helfen.

Methodenvielfalt – eine Stärke von Psychotherapieforschung

Die wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren haben sich sowohl innerhalb kultur- und sozial- als auch naturwissenschaftlicher Traditionen entwickelt. Dementsprechend verwundert es nicht, dass auch die Forschungsansätze und -methoden zur Untersuchung von Psychotherapie sich beider Traditionen bedienen (es sei in diesem Zusammenhang etwa nochmals an die Eysenck-Wellek-Kontroverse oder die Debatte um die Angemessenheit nomothetischer oder ideographischer Methoden erinnert): Gerade der *Methodenpluralismus* stellt eine Stärke von Psychotherapieforschung dar, der in dieser Fundiertheit und Differenziertheit in sonst kaum einer anderen Disziplin zu finden ist. Ein gutes Beispiel hierfür stellt das Handbuch „Research Methods in Family Therapy“ (Sprenkle & Piercy, 2005), die internationale „Bibel“ für familientherapeutisch-systemische Forschung, dar. Hier finden sich unterschiedliche Forschungsansätze wie Ethnographie, Grounded Theory, Programmevaluationsmethodologie, klinische RCT-Studien bis zu Multilevel Growth Modellen sozusagen im friedlichen Einvernehmen nebeneinander dargestellt. Nicht zuletzt entspricht die Methodenvielfalt der, wie Reddemann (2008, S. 114) dies formulierte, „Würde des Reichtums und der Lebendigkeit unseres Faches“. Reddemann bezieht sich damit zwar explizit auf psychotherapeutische Verfahren – ihre Argumentationsfigur lässt sich aber m. E. auch auf psychotherapeutische Forschungsmethoden übertragen.

Literatur

- Acock, A. C., Van Dulmen, M. H., Allen, K. R. & Piercy, F. P. (2005). Contemporary and emerging research methods in studying families. In V. Bengtson, A. Acock, K. Allen, P. Dilworth-Anderson & D. Klein (Eds.), *Sourcebook of family theory & research* (pp. 59-89). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Amstutz, M. C., Neuenschwander, M. & Modestin, J. (2001). Burnout bei psychiatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzten. Resultate einer empirischen Studie. *Psychiatrische Praxis*, 10, 176-209.
- Barnow, S. (2008). *Psycho- und Pharmakotherapie der Depression und Borderline-Störung. Sind wir so gut wie wir glauben?* Antrittsvorlesung am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Heidelberg am 15.01.08.
- Berth, P., Balck, F., Brähler, E. & Stöbel-Richter, Y. (2008). Arbeitslosigkeits-erfahrungen, Arbeitsplatzunsicherheit und der Bedarf an psychosozialer Versorgung. *Das Gesundheitswesen*, 70 (5), 289-294.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist Variables. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 ed.) (pp. 227-306). New York: John Wiley & Sons.
- Bock, K. & Miethe, I. (Hrsg.). (2009). *Handbuch Qualitative Methoden in der sozialen Arbeit*. Leverkusen: Budrich.
- Bradley, E. H., Curry, L.A. & Devers, K.J. (2007). Qualitative Data Analysis for Health Services Research: Developing Taxonomy, Themes and Theory. *Health Services Research*, 42 (4), 1758-1772.
- Buchholz, M. B. & Kleist, C. v. (1997). *Szenarien des Kontakts: Eine metaphern-analytische Untersuchung stationärer Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial.
- Buchholz, M. B. & Streeck, U. (Hrsg.). (1999). *Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Camic, P. M., Rhodes, J. E. & Yardley, L. (Eds.). (2003). *Qualitative Research in Psychology: Expanding Perspectives in*

- Methodology and Design*. Washington: American Psychological Association.
- Chambless, D. L. (2002). Beware the Dodo Bird: The dangers of Overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 13-16.
- Connor, J. J., Robinson, B. & Wieling, E. (2008). Vulvar Pain: A Phenomenological Study of Couples in Search of Effective Diagnosis and Treatment. *Family Process*, 47 (2), 139-155.
- Curtis, N. M., Ronan, R. R. & Borduin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: A meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411-419.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. (2007). *The Landscape of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Dinger-Broda, A. & Schüssler, G. (2005). Chronisch-körperliche Erkrankungen. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 760-781). Thieme: Stuttgart.
- Elliott, R., Slatick, E. & Urman, M. (2001). Qualitative Change Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. In J. Frommer & D. L. Rennie. (Eds.), *Qualitative Psychotherapy Research – Methods and Methodology* (pp. 69-111). Lengerich: Pabst.
- Frommer, J. & Rennie, D. L. (Hrsg.). (2001). *Qualitative Psychotherapy Research – Methods and Methodology*. Lengerich: Pabst.
- Greenhalgh, T. & Taylor, R. (1997). Papers that go beyond numbers (qualitative research). *British Medical Journal*, 315, 740-743.
- Grobe, T. G., Dörning, H. & Schwartz, F. W. (2007). *GEK-Report ambulante-ärztliche Versorgung 2007*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 59. St. Augustin: Asgard.
- Hahn, C. (2008). *Doing Qualitative Research Using Your Computer. A Practical Guide*. London: Sage Publications Ltd.
- Hardt, J. (2008, Juli). *Sinn und Ökonomie der Psychotherapie*. Vortrag am 4. Landespsychotherapeutentag der LPK-BW, am 05.07.2008 in Stuttgart. Verfügbar unter: http://www.lpk-bw.de/archiv/lptage/lpt2008/080705_hardt_sinn_und_oekonomie_pt.pdf [09.04.2008].
- Hardt, J. & Hebebrand, M. (2006). Psychotherapie als Lebensform. *Psychotherapeutenjournal*, 5 (1), 4-10.
- Harfst, T., Wessels, T., Buchholz, M. B. & Kächele, H. (2008). Psychotherapie zwischen Forschung und Anwendung. Ein Bericht vom 39. Meeting der Society for Psychotherapy Research (SPR) in Barcelona. *Psychotherapeutenjournal*, 7 (3), 244-247.
- Hautzinger, M. (2007). Psychotherapieforschung. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (S. 61-73). Berlin: Springer.
- Heintz, B. (1993). Wissenschaft im Kontext. Neue Entwicklungstendenzen der Wissenschaftssoziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 45 (3), 528-552.
- Hetherington, E. M. & Kelly, J. (2002). *For Better or For Worse: Divorce Reconsidered*. New York: Norton.
- Hildenbrand, B. (1999). *Fallrekonstruktive Familienforschung. Anleitung für die Praxis*. Opladen: Leske & Budrich.
- Hill, C.E. (2006). Qualitative Research. In J.C. Norcross, L.E. Beutler & R.F. Levant (Eds.), *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions* (pp. 74-80). Washington: APA.
- Hill, C.E. & Lambert, M.J. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Process and Outcome. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 ed.) (pp. 84-136). New York: John Wiley & Sons.
- Hill, C. E., Zack, J. S., Wonnell, T. L., Hoffman, M. A., Rochlen, A. B., Goldberg, J. L., Nakayama, E. Y., Heaton, K. J., Kelley, F. A., Eiche, K., Tomlinson, M. J. & Hess, S. (2000). Structured Brief Therapy with a Focus on Dreams or Loss for Clients with Troubling Dreams and Recent Loss. *Journal of Counseling Psychology*, 47 (1), 90-101.
- Kordy, H. (2008). Psychosoziale Versorgungsforschung. Eine wissenschaftliche und politische Herausforderung. *Psychotherapeut*, 53 (4), 245-253.
- Kriz, J. (2007). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Weinheim: Beltz.
- Lambert, M. & Ogles, B. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 ed.) (pp. 139-193). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 17-32). Oxford: University Press.
- Lisch, R. & Kriz, J. (1978). *Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse. Bestandsaufnahme und Kritik*. Reinbek: Rowohlt.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Levitt, J. T., Seligman, D. A., Berman, J. S. & Krause, E. D. (2003). Are Some Psychotherapies Much More Effective Than Others? *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5 (4), 455-460.
- Luif, V., Thoma, G. & Boothe, B. (Hrsg.). (2006). *Beschreiben, erschließen, erläutern. Psychotherapieforschung als qualitative Wissenschaft*. Lengerich: Pabst.
- Lutz, W. & Grawe, K. (2007). Psychotherapieforschung: Grundlagen, Konzepte und neue Trends. In B. Strauss, F. Caspar & F. Hohagen (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (S. 727-768). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Mayring, P. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- McWey, L. M., James, E. J. & Smock, S. A. (2005). The Graduate Student Guide to Conducting Research in Marriage and Family Therapy In F. Piercy & D. Sprenkle (Eds.), *Research Methods in Family Therapy* (pp. 19-37). New York: Guilford.
- Miksch, A., Ochs, M., Franck, G., Seemann, H., Verres, R. & Schweitzer, J. (2004). Was hilft Kindern, wenn sie Kopfschmerzen haben? Qualitative Auswertung systemischer Familieninterviews nach Abschluss einer lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche mit primären

- Kopfschmerzen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53 (4), 277-288.
- Moustakas, C. (1990). *Heuristic Research. Design, Methodology and Applications*. Newbury Park: Sage.
- Ochs, M. & Orban, R. (2008). *Familie geht auch anders*. Heidelberg: Carl Auer.
- Ochs, M. & Schweitzer, J. (2009). Qualitative Ansätze im Kontext systemischer Forschung. In K. Bock & I. Miethe (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Methoden in der sozialen Arbeit*. Leverkusen: Budrich.
- Ochs, M., Seemann, H., Franck, G., Wredenhagen, N., Verres R. & Schweitzer, J. (2005). Primary Headache in Children and Adolescents: Therapy Outcome and Changes in Family Interaction Patterns. *Families, Systems & Health*, 23 (1), 30-53.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D. & Vermeersch, D. A. (2006). An Analysis of Therapist Treatment Effects: Toward Providing Feedback to Individual Therapists on Their Clients' Psychotherapy Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (9), 1157-1172.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for the supershrink: an empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 361-373.
- Onwuegbuzie, A. & Leech, N. (2005). On Becoming a Pragmatic Researcher: The Importance of Combining Quantitative and Qualitative Research Methodologies. *International Journal of Social Research Methodology*, 8 (5), 375-387.
- Paulus, J. (2007). Der Dodo ist tot. Verschiedene Psychotherapieformen sind unterschiedlich wirksam – das darf nicht unter den Tisch gekehrt werden. *Gehirn und Geist*, 7/8 2007, 23.
- Quine, W. V. O. (1980). *From a logical point of view*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Quirk, A. & Lelliot, P. (2002). Acute wards: A Participant Observation Study of Life on a Acute Psychiatric Ward. *Psychiatric Bulletin*, 26 (9), 344-345.
- Reddemann, L. (2008). *Würde – Annäherung an einen vergessenen Wert in Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Retzlaff, R., Sydow, K. v., Rotthaus, W., Behrer, S. & Schweitzer, J. (2009). Systemische Therapie als evidenzbasiertes Verfahren – aktuelle Fakten, Entscheidungen und Aussichten. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (1), 4-16.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Milton Keynes, R. B., Hamilton, H. & Richardson, W. S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2006). Die Versorgung von Patienten mit Psychischen Störungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 331-346). Berlin: Springer.
- Shapiro, D. A. (1989). Outcome research. In G. Parry & F. N. Watts (Eds.), *Behavioural and mental health research: A handbook of skills and methods* (pp. 163-187). Philadelphia, PA: Erlbaum.
- Sobo, E. J., Seid, M. & Leticia Reyes, G. (2006). Parent-Identified Barriers to Pediatric Health Care: A Process-Oriented Model. *Health Services Research*, 41 (1), 148-172.
- Sommerfeld, P. & Hüttemann, M. (Hrsg.). (2007). *Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis*. Hohengehren: Schneider.
- Sprenkle, D. H. & Piercy, F. P. (2005). *Research Methods in Family Therapy*. New York: Guilford.
- Strauss, B. (2008, November). *Qualitative und quantitative Methoden in der Psychotherapieforschung*. Vortrag auf dem Kongress „Heilen und Forschen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapiewissenschaft (DGPTW) am 14.11.2008 in Köln.
- Strauß, B. & Wittmann, W. W. (2005). Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergebnisse. In: W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 760-781). Thieme: Stuttgart.
- Swenson, C. C. & Henggeler, S. W. (2005). Die Multisystemische Therapie: Ein ökologisches Modell zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei Jugendlichen. *Familiendynamik*, 30 (2), 128-144.
- Sydow, K. v. (2007). Systemische Psychotherapie mit Familien, Paaren und Einzelnen. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (S. 61-73). Berlin: Springer.
- Taylor, P. C. & Wallace, J. (Eds.). (2007). *Qualitative Research in Postmodern Times*. Dordrecht: Springer.
- Timulak, L. (2008). Meta-Analysis of Qualitative Studies: A Tool for Reviewing Qualitative Research Findings in Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 18, 1-10.
- Vehviläinen, S. (2008). Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (Eds.), *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: University Press.
- Wallerstein, J., Lewis, J. M. & Blakeslee, S. (2000). *The unexpected Legacy of Divorce. The 25 Year Landmark Study*. New York: Hyperion.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2007). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie, Version 2.6.1*. Verfügbar unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.78> [09.04.2009].
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods (Applied Social Research)*. Thousand Oaks: Sage.



Dr. Dipl.-Psych. Matthias Ochs

Psychologischer Psychotherapeut
Wissenschaftlicher Referent der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeuten Hessen
Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
mochs@ptk-hessen.de

Leitlinien in der Psychotherapie

Ausschuss Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung¹ der Psychotherapeutenkammer Berlin

Zusammenfassung: Mit diesem Beitrag wird ein aktuell in der Profession kontrovers diskutiertes Thema aufgegriffen und dabei in wesentlichen Facetten im Sinne eines Überblicks dargestellt. Es geht darum, Begriffe zu erläutern sowie wesentliche Hintergründe für die Entwicklung von Leitlinien im Gesundheitswesen hinsichtlich der gesundheitspolitischen Intentionen und Implikationen zu erörtern. Fakten zur Methodik und zum Stand der Entwicklung von Leitlinien sowie zentrale Argumente für die Entwicklung und den Einsatz von Leitlinien in der Psychotherapie werden häufig genannte kritische Aspekte der Leitlinienentwicklung gegenüber gestellt. Entsprechend der Repräsentation verschiedener Praxisbereiche der Psychotherapie wurden zur Illustration einzelne Leitlinien exemplarisch für die Arbeitsfelder Psychologische Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie für das Arbeiten in Institutionen ausgewählt. Da die Entwicklung störungsbezogener Leitlinien auf der Basis evidenzbasierter Kriterien erfolgt, werden im Rahmen eines Exkurses wesentliche Informationen und kritische Diskussionspunkte zum Thema Evidenzbasierung im Gesundheitswesen zusammenfassend erläutert.

Der Text wurde von den Mitgliedern des Ausschusses „Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung“ der Psychotherapeutenkammer Berlin verfasst.

1. Zur Historie und zur Rolle von Leitlinien im Gesundheitswesen

Den Anstoß für die Entwicklung von Leitlinien in der Gesundheitsversorgung gab der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem 1995 veröffentlichten Sondergutachten mit dem Titel „Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität, mehr Wirtschaftlichkeit“. Unter besonderer Berücksichtigung der Interessen der Krankenversicherten wurden dort professionelle Standards und Leitlinien für ein indikationsorientiertes ärztliches Handeln gefordert, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen aufbauen (Sachverständigenrat, 1995, S. 18).

Zur Verbesserung der Qualitätssicherung schlugen die Sachverständigen unter der Überschrift „Vermeidung von Überfluss und Defiziten“ die Erstellung einer Sammlung diagnostischer und therapeutischer Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinien (Standards) vor (a.a.O., S. 23).

Handlungsbedarf wurde vor allem für die folgenden zwei Punkte gesehen:

- Verbesserung der Konsensbildung in Diagnostik und Therapie durch
- Abstimmung zwischen den einzelnen wissenschaftlichen Gesellschaften mit dem Ziel der Verringerung von Widersprüchen und überzogenen Ansprüchen.

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen übergab die Aufgabe der Erstellung

von Behandlungsleitlinien an die „Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften“ (AWMF). Die AWMF ist ein Zusammenschluss von 152 ärztlichen Fachgesellschaften. Der Bereich, der sich mit Themen der Psychotherapie befasst, wird von vergleichsweise wenigen Fachgesellschaften vertreten. Psychologische und psychotherapeutische Fachverbände werden bei psychotherapie-spezifischen Leitlinien jedoch meist mit einbezogen.

2. Was sind Leitlinien?

Leitlinien sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Hilfen zur Entscheidungsfindung über die angemessene therapeutische Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Hauptzweck ist die Darstellung des aktuellen fachlichen Entwicklungsstandes zu einer Erkrankung oder zu einem Problembereich. Sie sollen den Angehörigen des Berufs Orientierung im Sinne von Entscheidungsoptionen und Handlungsempfehlungen geben. Von diesen Empfehlungen kann und muss in begründeten Fällen abgewichen werden. Die Umsetzung liegt also im Ermessensspielraum des Therapeuten und hängt von der einzelfallspezifischen Einschätzung ab.

Leitlinien für die strukturierte medizinische Versorgung (d. h. für die Integrierte Versorgung und für Disease-Management-Programme) werden **Versorgungsleitlinien**

¹ Rolf Brückler, Renate Degner, Thomas Fydrich, Michael Heine, Mark Helle, Brigitte Reysen-Kostudis, Michael Schmude, Anne A. Springer, Uwe Wittenhagen.

en genannt (www.versorgungsleitlinie.de). Ein Programm für Nationale Versorgungsleitlinien wird beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ; Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; www.azq.de) unterhalten. Dieses Programm ist eine gemeinsame Initiative der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der AWMF.

Patientenleitlinien. Die Maxime der Transparenz und aktiver, mündiger Patientenbeteiligung impliziert, dass neben einer umfassenden, primär für das Fachpersonal verfassten Version einer Leitlinie auch ein gut verständlicher Text für betroffene Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt wird. Evidenzbasierte Empfehlungen für gesunde Menschen werden auch **Gesundheitsleitlinien** genannt (vgl. Glossar unter www.versorgungsleitlinien.de).

Leitlinien im institutionellen Bereich. Um eine angemessene Versorgung im institutionellen Bereich im Kontext der jeweiligen rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu sichern, wurden schon seit langem für die professionelle Arbeit in entsprechenden Institutionen – beispielsweise in stationären Einrichtungen, Beratungsstellen, psychiatrischen Tageszentren – Leitlinien erstellt. Schriftlich fixierte Arbeitsvorgaben, Standards und Vereinbarungen tragen dort eher den Charakter von internen Qualitätsmanagement-Systemen, im Rahmen derer durch strukturelle Einbindung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowohl organisatorische als auch behandlungsorientierte Vorgänge mit meist hoher Verbindlichkeit geregelt werden (vgl. Abschnitt 5.2).

3. Wie werden Leitlinien erstellt?

Die Erstellung von Behandlungsleitlinien ist an ein formalisiertes Verfahren der Recherche, Zusammenfassung, Diskussion sowie an die Übereinstimmung zwischen Fachleuten gebunden. In Deutschland werden Leitlinien primär von den Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der ärztlichen Selbstverwaltung oder von Be-

rufs- und Fachverbänden entwickelt und verbreitet. Dabei wird Wissen aus wissenschaftlicher Evidenz und klinischer Praxiserfahrung zusammengeführt und Empfehlungen im Konsensverfahren (oft multidisziplinärer) Expertengruppen formuliert.

Leitlinien werden nach dem System der AWMF als S1-, S2- oder S3-Leitlinie klassifiziert, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe darstellt. Die Klassifikation erfolgt auf der Basis der jeweiligen Entwicklungsmethodik:

- S1: von einer Fachgesellschaft repräsentativ zusammengesetzten Expertengruppe wird im informellen Konsens eine Empfehlung erarbeitet und von der Fachgesellschaft formal verabschiedet.
- S2: eine formale Konsensfindung (S2k; z. B. mittels Delphi-Befragung, Konsensuskonferenzen) und/oder eine formale Evidenzrecherche (S2e) hat stattgefunden und die Leitlinie wurde auf dieser Basis erstellt. Das Ergebnis wird abgestimmt und formal verabschiedet.
- S3: Leitlinie mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und „outcome“-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien), inklusive formaler Konsensfindung sowie Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Ziele.

Die fachliche Güte von Leitlinien im lokalen, regionalen, nationalen und internationalen Arbeitsgruppen werden mittels eines methodischen Instruments zur Leitlinien-Bewertung (DELBI = Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung) untersucht bzw. bewertet (vgl. www.versorgungsleitlinien.de/methodik/delbi). Im Rahmen der Bewertung nach DELBI werden Leitlinien auf der Basis von Checklisten auf ihren Geltungsbereich und ihren Zweck, auf die Beteiligung von Interessengruppen, auf methodologische Exaktheit, Klarheit und Gestaltung sowie auf ihre Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem und auf redaktionelle Unabhängigkeit geprüft.

Um der Vielzahl teilweise deutlich interessengeleiteter Leitlinien unterschiedlicher Fachgesellschaften mit ihren zum Teil deutlich unterschiedlichen Empfehlungen begegnen zu können, wurden seit 2002

vermehrt **Nationale Versorgungsleitlinien** (NVL) erstellt. Die Themenauswahl erfolgt durch Identifizierung prioritärer Versorgungsprobleme. Das Erstellen der NVL wird durch das ÄZQ in Auftrag gegeben. Für Psychotherapeuten besonders relevant ist die aktuelle Entwicklung einer kombinierten S3- und NVL für die Behandlung und Versorgung von Menschen mit Depressionen.

Die Entwicklung der S3- und NVL Depression befindet sich aktuell in der letzten Runde der Konsensfindung (Stand: Dezember 2008). Bei dem Prozess der Entstehung dieser Leitlinie waren und sind beteiligt (a) die Steuergruppe der NVL (u. a. Vertreter der ÄZQ, AWMF, verschiedene Fachverbände sowie Patienten- und Angehörigenvertreter), (b) ein Koordinationsteam bestehend aus Vertretern der ÄZQ, AWMF und der Leitliniengruppe sowie (c) die Konsensgruppe, in der 31 Fachgesellschaften, Berufsverbände und die Patienten- und Angehörigenvertreter mitarbeiten. Der Ablauf bei der Erstellung von NVL verläuft dabei in mehrfachen Abstimmungsschritten und verlief für die NVL Depression folgendermaßen (vgl. Härter et al., 2008):

1. Zusammenstellung des Koordinationsteams und der Konsensgruppe
2. Konsentierung der Schlüsselfragen
3. Extraktion der Information aus unterschiedlichen (international vorhandenen) Leitlinien
4. Erste Prüfung hinsichtlich der Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem/Abgleich mit Empfehlungen schon vorliegender deutscher Leitlinien
5. Erstellung, Diskussion und Abstimmung eines Hintergrundtextes und darin enthaltener Empfehlungen
6. Diskussion der Hintergrundtexte und Empfehlungen/formalisierte Abstimmung der Empfehlungen und Vergabe eines Empfehlungsgrades
7. Erstellung der endgültigen Textfassung
8. Kommentierung im Peer-Review-Verfahren
9. Sammlung, Sichtung, Aufarbeitung und Konsentierung der Kommentare
10. Erstellung und Veröffentlichung der finalen Fassung

Evaluation und Aktualisierung von Leitlinien. Allgemein gilt, dass Leitlinien einer wissenschaftlichen Evaluation unterzogen werden müssen. Dabei wird systematisch untersucht, ob die jeweilige Leitlinie tatsächlich zur Verbesserung der Versorgung beiträgt. Dies steht für die meisten der existierenden Leitlinien noch aus. Für den Bereich der Versorgung von depressiv Erkrankten liegen erste positive Befunde vor (Härter & Bermejo, 2006).

4. Welche Behandlungsleitlinien gibt es aktuell?

Im gesamten Bereich der Medizin werden fortlaufend Leitlinien entwickelt oder aktualisiert. Auf ihrer Internetseite verweist die AWMF für den gesamten Bereich der Medizin und Psychotherapie derzeit (Stand: März 2009) auf etwa 500 gültige und aktualisierte S1-Leitlinien zu sehr unterschiedlichen Bereichen und Erkrankungen. Etwa 110 Leitlinien wurden nach Kriterien

von S2-Richtlinien erstellt und 56 Leitlinien haben derzeit S3-Status. Für den Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen **Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen bei Erwachsenen** (Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) liegen derzeit Behandlungsleitlinien für 16 Störungsbereiche vor, die meist den Status von S2-Leitlinien haben (siehe www.uni-duesseldorf.de/awmf/II).

Für den Bereich der **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** gibt die AWMF aktuell 38 Leitlinien nach der Entwicklungskategorie S1 sowie eine zum Bereich „Persönlichkeitsstörungen“ auf Entwicklungsstufe S2. Das Spektrum der Leitlinien reicht beispielsweise von „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns“ über „Angststörungen“ und „Essstörungen“ bis hin zur Leitlinienfassung der „Kinder- und Jugendpsychiatrischen Untersuchung“. Alle aufgeführten Leitlinien wurden von der


Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, dem Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland und der Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie entwickelt (www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II_028.htm).

Aktuelle Tabellen finden sich im Internet unter www.awmf.de.

5. Beispiele für Leitlinien

5.1 Leitlinien für Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

Auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) wurde ein Expertenkomitee gebildet, an dem sich neben der DGPPN folgende Fachgesellschaften



Die Software zum einfachen und schnellen Schreiben der Antragsberichte für Psychotherapie

- umfangreiche Mustertextsammlung (min. 250 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 TFP Erwachsene
 - Erst- & Umwandlungsanträge TFP Kinder u. Jugendliche
 - Erst- & Umwandlungsanträge anal. PT Erwachsene
- Module in Vorbereitung:
 - Fortführungsanträge TFP Erwachsene

Weitere Informationen und Bestellmöglichkeit
www.antrag-pro.de
 01805-012214*

*14 cent/Minute, Mobilnetz ggf. teurer

PSY.DV Software für Psychotherapeuten
 Dipl.-Psych. D. Adler, Heckenweg 22, 53229 Bonn

Das neue Fort- und Weiterbildungsprogramm ist da!



mit Frühbuecher-konditionen
2009 - 2010

Neuropsychotherapie, Interkulturelle Kompetenz, Lerntherapie, Traumatherapie, Schematherapie, Gruppentherapie, Psychotherapie-Supervision

...und viele weitere Themen

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

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

Evidenzbasierte Medizin und Psychotherapie

Unter evidenzbasierter Medizin (EbM) wird verstanden, dass medizinische Behandlungen für individuelle Patienten gemäß der besten zur Verfügung stehenden externen Evidenz umgesetzt werden sollen. Dabei umfasst die „externe Evidenz“ im besten Fall das zu einem bestimmten Problembereich vorhandene und systematisch gesammelte „objektive“ Fachwissen. Im Unterschied dazu wird unter „interner Evidenz“ das individuelle, auf der Grundlage der Ausbildung und der Erfahrungen erworbene Wissen und Können, also die klinische und therapeutische Expertise verstanden. Das Verfahren zur Definition evidenzbasierter therapeutischer Maßnahmen umfasst die Suche der relevanten Literatur für ein konkretes klinisches Problem, den Einsatz einfacher wissenschaftlich abgeleiteter Regeln zur kritischen Beurteilung der Validität der Studien sowie der Größe des beobachteten Effekts und die Anwendung dieser Evidenz auf den konkreten Patienten unter Berücksichtigung der klinischen Erfahrung.

Zur Definition der evidenzbasierten Medizin sagt einer der namhaften „Väter“ der EbM, Sackett: „Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“ und weiter „die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung“ (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). Dieses häufig wiedergegebene Zitat spiegelt die zentrale Intention der evidenzbasierten Medizin wider. Es geht um die praxisgerechte Anwendung und Umsetzung von externen, empirischen Befunden möglichst hohen Evidenzgrades bei der Behandlung eines konkreten (medizinischen) Problems bei einer konkreten Person. Evidenzbasierte Medizin (und Psychotherapie) beinhaltet weiterhin, den eigenen Informationsbedarf zum Patientenproblem definieren zu können, durch bestmögliche externe

Evidenz Wissenslücken zu schließen und dieses Wissen patientenorientiert umzusetzen. Dennoch kann bei einer konkreten Behandlung die Situation auftreten, dass die Forschungsbefunde (externe Evidenz) keine angemessenen Handlungsanleitungen zur Verfügung stellen. Sackett sagt dazu: „Ohne klinische Erfahrung riskiert die ärztliche Praxis durch den bloßen Rückgriff auf die Evidenz ‚tyrannisiert‘ zu werden, da selbst exzellente Forschungsergebnisse für den individuellen Patienten nicht anwendbar oder unpassend sein können“ (a.a.O.).

Tabelle 1 zeigt die in der wissenschaftlichen Literatur und in den Leitlinienkommissionen sehr häufig verwendete Einteilung von Evidenzstufen (vgl. Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, 2003; Härter et al., 2008); von anderen Autoren bzw. Institutionen werden jedoch auch davon abweichende Einteilungen vorgeschlagen.

Da die Einteilung verschiedener Evidenzgrade allein nur die Güte von Studien klassifiziert und dabei die Praxisrelevanz der Studien nicht unbedingt berücksichtigt wird, hat sich seit dem Jahre 2000 eine internationale Arbeitsgruppe, die GRADE Working Group (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) zur Aufgabe gemacht, diese zu ordnen und weitere wichtige Aspekte wie Relevanz und Durchführbarkeit klinischer Interventionen mit zu berücksichtigen. Das GRADE System zur Bewertung der

Evidenz und Formulierung von Empfehlungen „übersetzt“ daher das Vorliegen von Studien und deren Evidenzgrade in klinische Handlungsempfehlungen. Handlungsempfehlungen werden dabei in den Leitlinien als Soll-, Sollte-, oder Kann-Empfehlungen formuliert und zusammenfassend dann auch als „gute klinische Praxis“ (KKP = Klinischer Konsenspunkt) bezeichnet (siehe Tabelle 2). Neben den Evidenzgraden werden bei der Formulierung von Empfehlungen jedoch zusätzlich auch die klinische Relevanz der Befunde, ethische Aspekte, die externe Validität der Studien und damit die Übertragbarkeit auf die Versorgungssituation sowie auch Präferenzen der Patientengruppe berücksichtigt (vgl. Härter et al., 2008).

Bei der Beurteilung klinischer Studien ist auch die Unterscheidung von so genannten „efficacy-“ und „effectiveness-“ Studien von Bedeutung. Kontrollierte Wirksamkeitsstudien (efficacy-Studien) werden von eher versorgungsorientierten Studien (effectiveness-Studien) unterschieden, bei denen die Wirksamkeit von Interventionen unter Versorgungsbedingungen untersucht wird. Eine weitere Kategorie sind efficacy-Studien, in denen der Behandlungsaufwand (Kosten) zur Kostenersparnis durch die Behandlung ins Verhältnis gesetzt wird (vgl. u. a. Fydrich & Schneider, 2007).

Die Einteilung der Evidenzstufen verdeutlicht den hohen Stellenwert, der aus me-

Ia	Evidenz aus wenigstens einer Metaanalyse von mindestens drei randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs)
Ib	Evidenz aus mindestens einer RCT oder einer Metaanalyse von weniger als drei RCTs
IIa	Evidenz aus wenigstens einer methodisch gut kontrollierten Studie ohne Randomisierung
IIb	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, quasi-experimentellen deskriptiven Studie
III	Evidenz aus methodisch guten, nicht-experimentellen Beobachtungsstudien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien
IV	Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten

Tabelle 1: Evidenzstufen für klinische Studien

thodischen Gründen den RCT-Studien (randomized controlled trials) zugemessen wird. In RCT-Studien werden Patienten nach Zufall auf Therapie- und Vergleichsgruppen aufgeteilt. Allein durch diese Zufallszuteilung kann – unter Berücksichtigung der externen Validität (Übertragbarkeit auf die Versorgung) und der Kontrolle von anderen Einflussvariablen – die Wirksamkeit der (aktiven) Behandlung kausal nachgewiesen werden, da mögliche Faktoren, die die Ergebnisse von Studien beeinflussen können, gleichmäßig auf die Bedingungen verteilt und damit kontrolliert werden.

Im Kontext der Nutzenbewertung von Psychotherapie wird die Methodik und die Aussagekraft von RCT-Studien jedoch häufig kritisiert (z. B. Wampold, 2001). Zentrale Kritikpunkte betreffen vor allem das Dilemma, dass bei steigender interner Validität (erhöht die Aussagekraft der Befunde hinsichtlich Kausalität durch gute Untersuchungspläne und Kontrolle von Einflussvariablen) oft die externe Validität (Übertragbarkeit auf reale Versorgungsbedingungen) verringert wird. Andere oft diskutierte kritische Punkte sind:

1. Patienten in RCT Studien werden spezifisch rekrutiert und sind dadurch stark selektiert. Daher entsprechen sie nicht den Patienten im regulären Versor-

beteiligten: die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), die Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) sowie die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP). Alle Leitlinien wurden über insgesamt sechs Konsensuskonferenzen systematisch erarbeitet und schließlich abstimmdend konsentiert. Die S2-Leitlinie wurde in den Jahren 2004 bis 2007 erarbeitet und im Mai 2008 publiziert.

Die Leitlinien geben zunächst einen Überblick über grundsätzliche Aspekte der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Dabei wird vor allem darauf hingewiesen, dass Persönlichkeitsstörungen

A	„Soll“-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte, kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).
B	„Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
C	„Kann“-Empfehlung: Bericht von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
KKP	(Klinischer Konsenspunkt) „Standard in der Behandlung“: Empfohlen als gute klinische Praxis im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

Tabelle 2: Grade der Empfehlung

gungskontext. So würden Patienten mit zusätzlichen (komorbiden) Störungen meist nicht in Studien aufgenommen.

2. Bei einer Randomisierung werden mögliche Präferenzen von Patienten für bestimmte Therapieansätze oder Therapeuten nicht berücksichtigt, was möglicherweise zu einer nicht optimalen Passung von Patient und Therapeut/Therapie führt.
3. Eine glaubhafte Placebobedingung als Kontrollbedingung ist im Rahmen der Psychotherapieforschung kaum realisierbar.
4. In RCT Studien werden insbesondere störungsorientierte (statt patienteno-

rientierte) Sichtweisen umgesetzt. In diesem Zusammenhang wird das hinter RCT-Studien stehende „medizinische Modell“ kritisiert, in welchem vermeintlich abgrenzbare, isolierte Störungen im Fokus stehen.

5. Bei der in RCT-Studien meist geforderten Manualisierung und Standardisierung der Behandlung wird die therapeutische Versorgungsrealität nicht abgebildet; so gibt es in RCT Studien beispielsweise häufig festgelegte Stundenkontingente, über die im Rahmen der Studie nicht hinausgegangen werden darf. Siehe dazu auch die „ergänzenden Diskussionsbeiträge“ am Ende des Textes.

vor Abschluss der mittleren Adoleszenz, also etwa dem 14. Lebensjahr, nicht mit ausreichender Sicherheit zu stellen sind und die Diagnose einer Dissozialen (Antisozialen) Persönlichkeitsstörung nicht vor dem 18. Lebensjahr gestellt werden sollte. Es wird zudem auf prinzipielle Probleme der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen hingewiesen und eine merkmalsorientierte, dimensionale Diagnostik als Alternative erläutert.

Weiterhin werden Studien zur Epidemiologie, zum Krankheitsbeginn, zu Modellen der Entstehung und Aufrechterhaltung der Problematik sowie zu Verlauf und Prognose zusammengefasst. Im Kapitel zur Diagnostik und Differentialdiagnostik werden sowohl die einzelnen diagnostischen Kriterien der ICD-10 und des DSM-IV-R referiert als auch einzelne diagnostische Verfahren

zur kategorialen und dimensional Diagnostik bei Persönlichkeitsstörungen vergleichend dargestellt. Zudem findet sich ein Abschnitt zur Komorbidität und deren Bedeutung für Verlauf und Prognose von Persönlichkeitsstörungen.

Im Teil zur Behandlung werden zunächst allgemeine Probleme der Behandlung von Personen mit Persönlichkeitsstörungen dargestellt und Regeln zur Hierarchisierung von Behandlungszielen vorgestellt (von Verhinderung von Suizid oder Fremdgefährdung über Gefährdung der Therapie, Störung der Verhaltenskontrolle und des emotionalen Erlebens bis zu Problemen der Lebensgestaltung). Es werden Möglichkeiten und Maßnahmen erläutert, die vom Kommunizieren der Diagnosen, der Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung bis hin zu therapeutischen Interven-

tionsstrategien reichen. Dabei werden sowohl allgemeine therapeutische Strategien als auch Vorgehensweisen bei einzelnen Persönlichkeitsstörungen dargestellt.

Auf der Grundlage der Evidenzklassen werden empirische Befunde zu Therapiestudien sowohl für psychotherapeutische als auch psychopharmakologische Behandlungen vorgestellt. Zusammenfassend wird festgestellt, dass „psychotherapeutische Verfahren derzeit als Methode der Wahl zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen gelten, dass die Behandlungsplanung bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen jenseits der spezifischen psychotherapeutischen Methode eine Hierarchisierung der Behandlungsziele sowie eine detaillierte Problemanalyse unter Berücksichtigung der Erhebung externer Bedingungen, akzentuierter Wahrnehmungen und Interpretationen, akzentuierter Denk-, Erlebens- und Beziehungsmuster, akzentuierter Handlungstendenzen, manifester Verhaltens- und Interaktionsmuster und schließlich die Analyse spezifischer Reaktionen des sozialen Umfeldes“ berücksichtigen sollte. Dabei ist ersichtlich, dass empirisch abgesicherte Therapieempfehlungen nur für drei Störungen – die Borderline-, die antisoziale und die ängstliche (vermeidende) Störung – vorliegen. „Die Empfehlungen zur Behandlung der anderen Störungen basieren wegen weitgehend fehlender Wirksamkeitsstudien überwiegend auf der klinischen Erfahrung der beteiligten Experten oder anderer veröffentlichter Expertenmeinungen“ (www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/).

Weitere zusammenfassende Hinweise:

- Es wird empfohlen, die Diagnose, eingebettet in ein psychoedukatives Vorgehen und ein sinnstiftendes Erklärungsmodell, unter Bezugnahme auf die biographische Entwicklung mit dem Patienten zu kommunizieren.
- Zu Behandlungsbeginn ist die therapeutische Beziehung komplementär zu gestalten, d. h. der Therapeut passt sich an biographisch geprägte Beziehungserwartungen des Patienten an. Im weiteren Verlauf sind dysfunktionale Erwartungen nach und nach zu irritieren und zu neuen Erfahrungen anzuregen. In einer dialektischen Dynamik zwischen

akzeptierender Wertschätzung und Irritationen von Selbstbild und erwarteten Interaktionsmustern liegt ein wesentlicher Schlüssel zu einer erfolgreichen Behandlung.

- Alle pharmakologischen Behandlungsversuche, die auf die Coupierung einer krisenhaften Zuspitzung, auf die Behandlung komorbider Störungen oder die Behandlung von besonders dysfunktionalen Persönlichkeitsmerkmalen abzielen können, erfolgen „off-label“ (d. h. ohne Zulassung für diese Indikation). Sie sind stets mit Psychotherapie zu kombinieren. „Off-label“ erfolgen Behandlungen nur dann nicht, wenn die komorbide Störung die Hauptindikation darstellt.
- Für die Früherkennung und kompetente Diagnostizierung von maladaptiven Verhaltensweisen und dysfunktionalen Formen der Erlebnisverarbeitung ist es notwendig, Entwicklungsstörungen der Persönlichkeit bereits im Kindes- und Jugendalter festzustellen, um gezielte therapeutische Interventionen rechtzeitig zu ermöglichen.

5.2 Leitlinie „Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“

Die Leitlinien zur Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter wurde von Vertretern von zehn Fach- sowie drei Berufsverbänden erarbeitet und wurden im Januar 2009 als S3-Leitlinie publiziert. Ziel der Leitlinie ist es nach Angabe der Expertengruppe, (a) das Bewusstsein für das Gesundheitsproblem Adipositas im Kindes- und Jugendalter zu stärken, (b) Therapeuten und Patienten eine orientierende Hilfe zu geben und (c) krankheitsspezifische Informationen und Empfehlungen zur Therapie der Adipositas für alle im Gesundheitswesen sowie in der Gesundheitspolitik tätigen Personen bereitzustellen (Leitlinientext, S. 8, www.a-g-a.de). Auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche wurde ein erster Entwurf der Leitlinien verfasst, der in mehreren Runden von den Mitgliedern der Expertenkommission hinsichtlich der Konsensusstärke abgestimmt wurde. Vor der endgültigen Veröffentlichung wurde der Leitlinientext in einem öffentlich zugänglichen Diskussi-

onsforum für Kommentierungen zur Verfügung gestellt.

Einige zentrale Aussagen der Leitlinie sind:

- Der Zugang zu einem kombinierten multidisziplinären Therapieprogramm sollte jedem adipösen bzw. übergewichtigen Kind oder Jugendlichen mit Komorbidität (6 bis 17 Jahre) ermöglicht werden (starker Konsens).
- Kombinierte multidisziplinäre Therapieprogramme sollten Therapien, die nur einzelne Aspekte berücksichtigen, vorgezogen werden (Konsens).
- Die Familie soll motivierend und unterstützend im Rahmen der Adipositasbehandlung mitwirken (starker Konsens).

Bei Adipositas im Kindes- und Jugendalter kann in Einzelfällen eine medikamentöse Therapie zur Übergewichtsreduktion erwogen werden insbesondere bei Patienten mit erheblicher Komorbidität und einem extrem hohen Gesundheitsrisiko sowie Versagen einer herkömmlichen verhaltenensorientierten Therapie über mindestens 9 bis 12 Monate (starker Konsens).

Die Module einer multidisziplinären Therapie umfassen dabei in der Regel (a) Ernährungstherapie, (b) Steigerung der körperlichen Aktivität und (c) Verhaltenstherapie. Dabei wird vorgeschlagen, die Steigerung körperlicher Aktivität aus motivationalen Gründen in Gruppen ohne Leistungsanspruch bei gleichzeitiger Wissensvermittlung anzubieten. Die körperliche Aktivität sollte dem Grad der Adipositas und dem Geschlecht der Teilnehmer angepasst sein und möglichst durch das soziale Umfeld unterstützt werden. Weiterhin sollte durch ein verhaltenstherapeutisches Programm ein flexibel kontrolliertes statt rigides Essverhalten erlernt werden.

5.3 Leitlinie für den Konsiliar- und Liaisondienst in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin in Krankenhäusern der Akutversorgung

Ein Beispiel für Leitlinien im institutionellen Kontext ist die Leitlinie der AWMF zum

Konsiliar- und Liaisondienst in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin in Krankenhäusern der Akutversorgung (Entwicklungsstufe 2). Unter dem Begriff Konsiliar- und Liaisondienst werden hier Interventionen zusammengefasst, die nicht im engeren Sinne zur ärztlichen Behandlung gehören, sondern eher psychosoziale und psychotherapeutische Elemente enthalten. Diese Maßnahmen können sowohl im Bedarfsfall bei externen Behandlern nachgefragt als auch routinemäßig im Krankenhaus von angestellten Kolleginnen und Kollegen durchgeführt werden. Adressaten sind neben dem Patienten dessen Angehörige sowie die behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal. Dementsprechend vielfältig ist die Art des Angebots, das von patientenbezogener Beratung der Ärzte bei Diagnose- und Indikationsstellung sowie im Einzelfall der Durchführung von Psychotherapie, über Information und Betreuung von Angehörigen bis hin zu Weiterbildungsangeboten für das Krankenhauspersonal reicht.

In der Leitlinie wird zunächst der Bedarf an dieser Art von Leistungen an Krankenhäusern der Akutversorgung eingeschätzt. Danach weisen mindestens 30% aller Patienten psychische bzw. psychosomatische Störungen auf. Bei 10% wird eine psychotherapeutische Interventionsnotwendigkeit festgestellt. Ein Bedarf für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wird vor allem für Ärzte und Pflegepersonal in psychisch belastenden Arbeitsbereichen gesehen, wozu beispielsweise die Intensivmedizin und die Onkologie gehören.

Ausgehend von dieser Bedarfsanalyse gibt die Leitlinie im weiteren Verlauf Empfehlungen zur Planung, Implementierung und Evaluation der Versorgung. Behandlungs-

maßnahmen und institutionelle Bedingungen werden anhand von Experteninterviews und Auswertung wissenschaftlicher Daten dahingehend bewertet, inwieweit sie den folgenden Zielen entsprechen:

- qualifizierte Versorgung der Patienten und deren Angehörigen,
- Verbesserung der Kompetenz der Behandler (Weiterbildung, Supervision),
- Wahrnehmung einer Schnittstellenfunktion zwischen der Klinik und anderen Agenten der psychosozialen Versorgung.

In diesem Zusammenhang wird auch der Zeitaufwand für entsprechende Behandlungen bzw. Dienste abgeschätzt, aus dem sich dann auch der Umfang des notwendigen Stellenpools ergibt. Bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von drei bis acht Stunden pro Patient veranschlagen die Verfasser der Leitlinie für jede Vollzeitkraft die Versorgung von 160 bis 300 Patienten im Jahr. Die große Spannweite erklärt sich durch unterschiedliche institutionelle Aufträge an die Behandler. Neben diesen Behandlungsstunden werden weitere Zeiten für Supervision, Weiterbildung, kollegialen Austausch und die Anfertigung von Berichten veranschlagt (Rudolf & Eich, 2003).

In der Berücksichtigung der Vielschichtigkeit dieses Aufgabenbereiches, der Einbeziehung institutioneller Bedingungen sowie der Vernetzung mit anderen Berufsgruppen und Institutionen greift diese Leitlinie in großen Anteilen den Berufsalltag angestellter Psychotherapeuten auf.

Da diese Leitlinie derzeit aktualisiert wird, ist sie zurzeit nicht auf der oben angeführten Internetseite der AWMF einzusehen.

6. Kritische Aspekte²

Die Entwicklung der Psychotherapie seit den 60er Jahren erscheint unter dem Aspekt der Professionalisierung als Erfolgsgeschichte. Die Etablierung des Berufsstandes der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die Integration von Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung tragen wesentlich zum heutigen Ansehen der Psychotherapie bei. Gleichzeitig zeigte sich im Zuge dieser Professionalisierung und der Integration in die Gesetzliche und Privaten Krankenversicherungen, dass die Psychotherapie zwar einen überaus wichtigen Anteil in der Versorgung übernehmen konnte, aber auch, dass diese notwendige Versorgungsorientierung die Vernachlässigung gesellschafts- und kulturkritischer Potentiale, die die Theorien von Verfahren und Behandlungstechniken beinhalten, mit sich bringen kann. Psychotherapie wird jedoch immer mit erkrankten Menschen durchgeführt, die im Kontext zu bestimmender gesellschaftlicher, historischer und kultureller Bedingungen vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Geschichte dekomensieren, die also nicht isolierbare (psychische) Störungen zeigen. Die Störungsorientierung im Kontext der Versorgung zeigt sich jedoch an vielen

² Nach umfassenden Diskussionen war der Ausschuss nicht in der Lage, zu diesem Abschnitt in allen Teilen konsentierbare Einschätzungen zu formulieren. Diese Tatsache spiegelt wahrscheinlich auch die umstrittene und facettenreiche Diskussion zur Bewertung von Leitlinien in der Profession wider. Von daher haben wir entschieden, neben der konsentierten Fassung der Diskussion im Anschluss zusätzlich zwei weitere, stärker pointierte Diskussionsbeiträge aufzunehmen.

KURSE FÜR PSYCHOLOG(INN)EN UND FACHINTERESSIERTE

Unseren tagesaktuellen Veranstaltungskalender finden Sie unter:
www.koenigundmueller.de

Wir bringen es auf den Punkt!

Bei unseren Kursen erhalten Sie Punkte der Psychotherapeuten- und / oder Ärztekammern



Akademie bei König & Müller

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

Stellen. Die Orientierung an Diagnosen und psychischen Störungen findet sich vor allem in zentralen Verfahrensregeln von Gremien, die für die Profession im Rahmen der berufs- und sozialrechtlichen Zulassung von Psychotherapieverfahren eine hohe Bedeutung haben. Hierzu gehören in erster Linie der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG und der Gemeinsame Bundesausschuss. Störungsorientierte Psychotherapiestudien und RCT-Studien spielen bei deren Beurteilungskriterien und bei der Bewertung der Evidenz psychotherapeutischer Interventionen eine dominante Rolle. Die Bedeutung des störungsorientierten Modells zeigt sich daher auch in besonderer Weise im Zusammenhang mit der Erstellung von Behandlungsleitlinien.

Dieser Logik folgt, dass in Leitlinien nur in geringem Maße sozialwissenschaftliche Aspekte von Krankheit und Gesundheit berücksichtigt werden. Zudem werden Befunde und Ergebnisse der psychotherapeutischen Prozessforschung wenig oder gar nicht berücksichtigt. Sollten Psychotherapie-Leitlinien, so wie sie gegenwärtig erstellt werden, in die Praxis implementiert werden, besteht die Gefahr, dass das störungsorientierte Modell für psychische Erkrankungen zunehmend festgeschrieben wird. Dies wird Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgung und auch auf die zukünftige Psychotherapieausbildung haben.

Hinsichtlich der Erstellung von Behandlungsleitlinien werden vielfach auch die im Kasten zur evidenzbasierte Medizin erwähnten kritischen Punkte zur Bewertung von RCT-Studien und der ihnen zugesprochenen hohen Evidenz problematisiert. Prinzipiell kann die Frage gestellt werden, ob das Vorgehen, störungsspezifische Leitlinien für Psychotherapien in der Praxis in erster Linie störungsorientiert und auf der Basis einer primär naturwissenschaftlichen Methodik zu erstellen, der richtige Weg ist. Behandlungsleitlinien in der aktuellen Form legen nahe, dass der Erfolg von Psychotherapien weitgehend von der behandelten Störung und einer dazu als passend angenommenen Intervention (Therapieverfahren, -methode oder -technik) abhängt.

In der Profession wird diskutiert, dass die jeweilig im Fokus stehende zu behandelnde Störung bzw. Problematik auf der Seite des Patienten und darüber hinaus auch die verfahrensspezifische Ausbildung der angehenden Therapeutinnen und Therapeuten nur einen Teil des gesamten Behandlungsgeschehens repräsentieren (vgl. allgemeines Modell der Psychotherapie von Orlinsky & Howard, 1986). Von manchen Seiten wird kritisiert, dass bei der Erstellung von Behandlungsleitlinien die in der Praxis charakteristischen idiosynkratischen Prozesse und Faktoren in der Patient-Therapeut-Interaktion zu wenig Berücksichtigung finden. Zu diesen Faktoren werden v. a. die in der Versorgung wichtigen besonderen Lebensbedingungen der Patientinnen und Patienten in ihrem jeweiligen sozialen und beruflichen Umfeld, deren wirtschaftliche Belastungen oder Besonderheiten der Therapeut-Patient-Beziehung gezählt.

Kritisiert wird zudem, dass eine explizit psychotherapeutische Sicht auf Krankheitsentstehung, -verlauf und Therapie bei der Entwicklung von Leitlinien bislang oft noch fehlt. Beispielsweise haben im kinder- und jugendpsychotherapeutischen Bereich auf dem Hintergrund einer auf Psychotherapieverfahren bezogenen Differenzierung verschiedene Experten eine Reihe im engeren Sinne psychotherapeutischer Leitlinien erarbeitet. Hierzu gehören Entwicklungen und Vorschläge zur evidenzbasierten Leitlinien bei Persönlichkeitsstörungen, Angst- und phobischen Störungen, depressiven Störungen, aggressiv-dissozialen Störungen, Regulationsstörungen und Zwangsstörungen, die auf psychodynamischen und/oder verhaltenstheoretisch fundierten Therapieansätze beruhen (Zeitschrift „Kindheit und Entwicklung“, 2004; Schneider & Döpfner, 2004).

Leitlinienintern betrachtete Aspekte

Die Hypothese, dass Leitlinien die Versorgung im Sinne einer geeigneten Qualitätssicherungsmaßnahme verbessern, bedarf der fortlaufenden Überprüfung durch Anwendungsbeobachtung und systematische Forschung. Hierzu gibt es bislang nur we-

nige Untersuchungen. Leitlinien benötigen einen fortlaufenden Aktualisierungsdienst.

Die Qualität einer Leitlinie bildet immer auch die Qualität des Konsens-Prozesses der entsprechenden Gremien, Arbeits- und Interessengruppen ab. Bei der Zusammensetzung und der Arbeitsweise von Leitliniengruppen sind daher u. a. folgende Faktoren besonders wichtig:

- Ist das Gremium repräsentativ zusammengesetzt?
- Ist das Vorgehen in allen Punkten transparent?
- Werden mögliche Interessenskonflikte und -kollisionen offen gelegt?
- Wie wird mit abweichenden Meinungen und Einschätzungen umgegangen?

Berufs- und haftungsrechtliche Implikationen: Werden aus Leitlinien Richtlinien?

Behandlungsleitlinien sind keine Richtlinien. Sie könnten aber unter versicherungsrechtlicher und Institutionsperspektive normierenden Charakter bekommen. Die Nichtbeachtung von Leitlinien müsste dann unter Umständen gerechtfertigt werden. Hart (1998) definiert eine Leitlinie dann als rechtlich verbindliche Vorgabe, wenn sie einen medizinischen Standard darstellt. Allerdings benutzen die Zivilgerichte bis jetzt nicht den Begriff der Leitlinie, sondern den des Standards und holen deswegen ggf. Gutachten ein. Deren Methodik entspricht jedoch der StandardEinstufung und nicht dem Entstehungsprozess von Leitlinien. Die Gutachten definieren aber häufig gerade nicht den Standard, sondern evidenzbasierte und konsensual gefundene Entscheidungswege (Hess, 2004).

Angesichts der fortschreitenden Ökonomisierung auch im Gesundheitswesen sollten solche Entwicklungen kritisch gesehen werden. So werden z. B. medizinische Leitlinien in die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses als strukturierte Behandlungsprogramme (z. B. Disease Management Programme) aufgenommen. Zwar hält die entsprechende Verordnung fest, die im Einzelfall notwendige Entscheidungsfreiheit des Arztes bzw. Psy-

chotherapeuten sei nicht tangiert, aber die leitlinienbasierte grundsätzliche Verbindlichkeit der jeweiligen Anforderungsprofile für DMPs wird damit indirekt festgestellt. Hierdurch wird die Therapiefreiheit zu einer zu begründenden Ausnahme. Derartige indirekte Verwandlungen von Leitlinien zu Richtlinien finden sich auch in den Anforderungsprofilen von Verträgen im Selektivvertragssystem.

Kritisch zu reflektieren sind Leitlinien insgesamt auch unter dem Aspekt der zunehmend auch rechtlich ausgetragenen Auseinandersetzungen im ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Bereich und der damit möglichen Zunahme von Schadenersatzprozessen. Leitlinien können in diesem Zusammenhang leicht zu „Richtlinien“ umgedeutet werden. Was zur Unterstützung der Profession gedacht war und zur Verbesserung der Versorgung beitragen sollte, könnte in zunehmend bindende Verpflichtung umschlagen. Weiterhin könnte ein fachlich begründetes Arbeitsinstrument (also hier die Leitlinien) missbräuchlich in erster Linie zur Kostendämpfung eingesetzt werden, ohne dass dabei die Behandlungsqualität für Betroffene gesichert bzw. erhalten wird.

Zusammenfassend ist die Intention zu begrüßen, verfügbares Wissen über psychische Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten verfahrenübergreifend zu sammeln, zu sichten und daraus Orientierungshilfen für praktisch Tätige sowie Patientinnen und Patienten abzuleiten. Gleichzeitig wird jedoch von verschiedenen Seiten auf die Gefahr aufmerksam gemacht, dass Leitlinien, so wie sie aktuell wissenschaftstheoretisch konzipiert sind, von den Interessen der Ökonomisierung im Gesundheitswesen sowie den Abläufen im Wissenschaftsbetrieb (mit) bestimmt sein können und möglicherweise die Versorgung von Patienten sogar verschlechtern. Psychotherapeutinnen und -therapeuten sollten in der Leitlinienarbeit mitwirken und sich mit ihrem theoretischen und behandlungstechnischen Wissen einbringen. Sie sollten jedoch gleichzeitig ihr Wissen um die Besonderheit und die Funktion psychischer Erkrankungen im Kontext der Individualität der Patientinnen und Patien-

ten sowie der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in den Diskussionsprozess einbringen.

Erster ergänzender Diskussionsbeitrag eines Ausschussmitglieds:

Wie in anderen Bereichen der evidenzbasierten Medizin ist es auch bei der Beurteilung von Befunden aus der Psychotherapieforschung aus methodischen Gründen angemessen und gerechtfertigt, randomisiert-kontrollierten Studien (RCT-Studien = randomized-controlled trials) den höchsten Evidenzgrad zuzuerkennen. Allein durch diese Studiendesigns kann ein eindeutiger Nachweis für den kausalen Zusammenhang zwischen Veränderungen in der Therapie und der Intervention erbracht werden. Mit den Fortschritten bei der Planung und Durchführung von RCT-Psychotherapiestudien wurden in den letzten 20-30 Jahren zunehmend Untersuchungspläne realisiert, die neben der hohen internen Validität auch hohe externe Validität sicherstellen. So ist die Kritik, dass in RCT Studien meist nur „monosymptomatische“ Patienten behandelt wurden, keineswegs haltbar. Zusammenfassende Untersuchungen von Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph und Brody (2003) sowie Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph und Rothman (2005) zeigen, dass Patientinnen und Patienten in RCT Studien sich hinsichtlich wichtiger zentraler Variablen – wie Komplexität der Störungen (Komorbidität) und Schweregrad der Problematik bzw. der Störung – von Patienten im Versorgungskontext nicht unterscheiden. Shadish, Matt, Navarro und Phillips (2000) zeigen in einer Metaanalyse, dass auch bei hoher externer Validität von RCT-Studien vergleichbar gute Effekte mit standardisierten Therapien erreicht werden. Das bedeutet, dass die im Rahmen von RCT-Studien getroffenen Aussagen gut auf die psychotherapeutische Praxis übertragen werden können. Dies setzt jedoch voraus, dass die in dieser Art empirisch validierten Behandlungen in der Praxis berücksichtigt und umgesetzt werden.

Das oft kritische so bezeichnete „medizinische Modell“ beinhaltet, dass das zentrale Motiv des Patienten bzw. der Patientin ernst genommen wird: Das wesentliche Ziel einer Psychotherapie ist die Verringerung von

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
duensing@meisterernst.de
www.meisterernst.de

Institut für Psychoanalyse Nürnberg (DPG)

bietet staatlich anerkannte und qualifizierte psychoanalytische Aus- und Weiterbildung für

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

Nächster Beginn der Ausbildung: Oktober 2009

► **Zum Kennenlernen** bieten wir Ihnen die Teilnahme an folgenden Seminaren des Instituts an:

- 8.7.+15.7.09 „A. Mitscherlich: Wie weiter?“
- 10.7.09 „Analyt. Neurosenlehre I“
- 18.7.09 Film-Sem. „Die Anruferin“
- 20.7.09 „Freud: Das Unbehagen in der Kultur“

Infos zu Aus- und Weiterbildung sowie Anmeldung zu den Kennenlernseminaren oder zur Studienberatung über:

IPN, Penzstr. 10, 90419 Nürnberg
Tel: 0911/ 97797101
e-mail: sekretariat@dpg-nuernberg.de
www.psychanalyse-nuernberg.de

individuellem, durch die Symptomatik bzw. Problematik hervorgerufenem Leid. Dabei helfen störungsbezogene Kenntnisse und spezifische, auf die Problematik bezogene Interventionen.

Die weiteren häufig geäußerten kritischen Punkte sind m. E. weniger bedeutsam. So spielen Placebobedingungen als Kontrollbedingungen in Psychotherapiestudien kaum eine bedeutsame Rolle. Die häufigsten Kontrollbedingungen in Psychotherapiestudien sind andere Therapien (oft z. B. psychopharmakologische Behandlungen oder die reguläre Versorgung: TAU = treatment as usual) oder Wartekontrollbedingungen. Eine Verfälschung von Ergebnissen durch Randomisierung, die die Präferenz von Patienten für alternative Behandlungen nicht berücksichtigt, ist in Psychotherapiestudien ebenfalls kaum relevant, da bei klarer Präferenz für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren Patientinnen und Patienten eine Einwilligung zur Teilnahme nicht geben würden und zudem dieser Effekt sich in vergleichbarem Maße in allen Untersuchungsbedingungen auswirken würde.

Leitlinien, die auf der Grundlage der gegebenen Evidenzbeurteilung erstellt werden, implizieren die höchste Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Behandlung. Entsprechend dem Modell der evidenzbasierten Psychotherapie enthebt dies den Therapeuten jedoch nicht von der Notwendigkeit, im jeweiligen Einzelfall konkrete Entscheidungen über differentielle und adaptive Indikationen zu treffen. Dabei müssen ggf. die vorgesehenen Therapiemanuale bzw. die vorgeschlagenen therapeutischen Interventionen auf die individuellen Gegebenheiten angepasst werden.

Zusätzlich zur Prüfung und Weiterentwicklung der Psychotherapie durch RCT-Studien müssen im Rahmen versorgungsnaher (naturalistischer) Forschung Therapieprozesse untersucht werden und die Wirksamkeit von Psychotherapie auch in der Versorgungspraxis überprüft werden. Zu diesen Forschungsaufgaben gehören auch die Prüfung der Übertragbarkeit von neuen, empirisch validierten Interventionen in die Praxis sowie die fortlaufende Prüfung,

ob Leitlinien tatsächlich die Versorgung von Patientinnen und Patienten verbessern.

Zweiter ergänzender Diskussionsbeitrag eines Ausschussmitglieds:

In dem Bestreben, praktizierenden Psychotherapeuten empirisch abgesicherte Handlungsempfehlungen an die Hand zu geben, findet eine drastische Einingung dessen statt, was Psychotherapie in der Praxis ausmacht. Ausgangspunkt und gleichzeitige Hauptfehlerquelle ist das zugrunde liegende Verständnis von so genanntem evidenzbasierten Wissen. Auch hier liegt die Problematik nicht in der Forderung selbst, sondern in dem verkürzten Verständnis von Evidenz.

Wie Tabelle 1 zu entnehmen ist, wird das anscheinend ideale Studiendesign zur Bestimmung von evidenzbasierten Psychotherapieverfahren durch so genannte RCTs (randomized controlled trials) realisiert. Aus solchen Studien aber Wirksamkeitsprognosen für die psychotherapeutische Praxis ableiten zu wollen, ist vor dem Hintergrund der mangelnden externen Validität nicht zulässig. Ziel von RCTs ist es, den Effekt einer bestimmten Intervention zu messen, indem Individuen zufällig der Behandlungsgruppe bzw. Kontrollgruppe zugewiesen werden. Im Sinne eines naturwissenschaftlichen Experiments sollen so gesetzmäßige Ursache-Wirkungs-Ketten aus der Masse zufälliger Korrelationen isoliert werden. Entsprechend dem medizinischen Modell stehen die Behandlung isolierbarer Störungen und *nicht* die behandlungsbedürftigen Patienten im Mittelpunkt.

Psychotherapieverfahren, die unter Laborbedingungen ohne angemessene Berücksichtigung komorbider Störungen evaluiert wurden, können nur sehr begrenzten Aussagewert für die psychotherapeutische Praxis haben. So sollte viel grundsätzlicher gefragt werden, ob das Ziel, störungsspezifische Leitlinien für Psychotherapien zu erstellen vor dem Hintergrund der faktischen Komorbiditätsraten überhaupt ein sinnvolles Anliegen sein kann. Informationen, die Psychotherapeuten für eine Behandlung benötigen, erschöpfen sich nicht in der

Erhebung einzelner Syndrome, die dann ICD-Codes zugeordnet werden. Vielmehr sind neben dem psychopathologischen Befund auch Beziehungsmuster und -probleme im sozialen und beruflichen Umfeld, wirtschaftliche Belastungen sowie sonstige aktuelle Konflikte therapierelevante und auch therapiebestimmende Faktoren, welche aber in den gegenwärtigen Leitlinien eine zu geringe bzw. keine Berücksichtigung erfahren.

Psychotherapie in der Praxis ist nach wie vor ein hochgradig idiosynkratischer Prozess, bei dem sowohl die Störungszugehörigkeit als auch die Therapieschulenzugehörigkeit nur einen kleinen Teil des gesamten Behandlungsgeschehens prägen.

Nach einer Untersuchung von Lambert, Shapiro und Bergin (1986) kann ein Forschungsansatz, der ausschließlich die Wirksamkeit von Techniken bzw. Verfahren bei einzelnen Störungen erfassen will, im Idealfall 15% des Psychotherapieergebnisses aufklären. Nach Wampold (2001) beträgt die aufgeklärte Ergebnisvarianz sogar nur 8%. In der Summe scheinen daher unspezifische Faktoren (z. B. Therapeut-Patient-Beziehung und Empathie, therapieunabhängige Veränderungen im Umfeld des Patienten oder auch reine Erwartungseffekte) einen weitaus größeren Einfluss auf das Therapieergebnis zu haben, was sich entsprechend in praxisorientierten Handlungsempfehlungen niederschlagen müsste.

So sehr die Intention zu begrüßen ist, das verfügbare Wissen über psychische Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten schulenübergreifend zu sammeln, zu sichten und daraus Orientierungshilfen für den Praktiker und die Patienten abzuleiten, so soll doch auf die Gefahr aufmerksam gemacht werden, dass unter dem Deckmantel vorgeblich hoher Wissenschaftlichkeit die Leitlinien im Bereich Psychotherapie, wie sie bisher wissenschaftstheoretisch konzipiert sind, von den Interessen der Wissenschaftspolitik und der Ökonomisierung in der Gesundheitspolitik für die eigenen Zwecke in Dienst genommen und so zum Schaden für die Patienten missbraucht werden können.

7. Abschluss

Die Mitglieder des Ausschusses haben sich bemüht, die möglichen Vorteile, aber auch die Gefahren, die mit der Entwicklung und der Implementierung von Behandlungsleitlinien im Bereich Psychotherapie verbunden sein können, in verdichteter Weise darzustellen. Wir hoffen, damit einen Beitrag zu einer fruchtbaren, vertiefenden und konstruktiven Diskussion geleistet zu haben.

8. Literatur

- AWMF & ÄZQ (Hrsg.). *Leitnienglossar* (Stand 20. Juni 2007). Verfügbar unter: <http://www.versorgungsleitlinien.de/glossar/glossar/index?key=A> [16.04.2009].
- Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ). (2003). *Leitlinien-Clearingbericht „Depression“*. Schriftenreihe 12. Niebüll: Videel.
- Fydrich, T. & Schneider, W. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 55-68.
- Hart, D. (1998). Ärztliche Leitlinien. Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen. *Medizinrecht*, 16, 8-16.
- Härter, M. & Bermejo, I. (2006). Leitlinien. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F. W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression?* (S. 387-404). Heidelberg: Springer.
- Härter, M., Klesse, C., Bermejo, I., Lelgemann, M., Weinbrenner, S., Ollenschläger, G., Kopp, I. & Berger, M. (2008). Entwicklung der S3- und Nationalen Versorgungsleitlinie Depression. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51, 451-457.
- Hess, R. (2004). Ökonomisierung der Medizin Standards und Leitlinien: Un-erwünschte Wirkungen und rechtliche Konsequenzen. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 98, 185-190.
- Orlinsky, D. & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 311-381). New York: Wiley.
- Rudolf, G. & Eich, W. (2003). Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und -psychiatrie. In T. Herzog, B. Stein, M. Söllner & M. Franz (Hrsg.), *Leitlinie und Quellentext für den psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst*. Stuttgart: Schattauer.
- Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (1995). *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit*. Verfügbar unter: www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm [16.04.2009].
- 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. (deutsch: Münchener Medizinische Wochenschrift, 1997). *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Schneider, S. & Döpfner, M. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst und phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 80-96.
- Shadish, W.R., Matt, G., Navarro, A. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies and clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Stirman, S.W., DeRubeis, R.J., Crits-Christoph, P. & Brody, P.E. (2003). Are Samples in Randomized Controlled Trials of Psychotherapy Representative of Community Outpatients? A New Methodology and Initial Findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 963-972.
- Stirman, S.W., DeRubeis, R.J., Crits-Christoph, P. & Rothman, A. (2005). Can the Randomized Controlled Trial Literature Generalize to Nonrandomized Patients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 127-135.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. London: Lawrence Erlbaum.
- Wiegand, G. (2007). Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Leitlinien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – unter der Perspektive psychoanalytischer Konzepte. *AKJP*, 38, 104-116.

Internetquellen

www.awmf.de
www.aezq.de
www.leitlinien.de
www.versorgungsleitlinien.de
www.a-g-a.de

Ausschuss Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung der Psychotherapeutenkammer Berlin

Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin
 Kurfürstendamm 184
 10707 Berlin
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de



DiagnoPro 2.0

Das Computerprogramm zur Unterstützung in Ihrer psychotherapeutischen Praxis

- Berichterstellung
- Anamnese
- Dokumentation
- Praxisverwaltung



Psychoholic Software - Konrad-Adenauer-Str. 16 - 85221 Dachau - Tel.: 08131-2976847 - Fax: 08131-2976848 - info@psychoholic.de - www.psychoholic.de

Psychische Faktoren bei schweren Brandverletzungen: Psychotherapeutische Beiträge zur Verbesserung der Lebensqualität

Hanna Wallis-Simon¹ & Babette Renneberg²

¹ BG Unfallklinik Ludwigshafen, ² Freie Universität Berlin

Zusammenfassung: Brandverletzungen ziehen häufig lang anhaltende emotionale, berufliche und soziale Folgeprobleme nach sich. Obwohl Studien belegen, dass der Bedarf an psychologischer Unterstützung bei Patienten mit Brandverletzungen hoch ist und dass viele Betroffene gerade auch im Langzeitverlauf psychische Probleme entwickeln, mangelte es bisher an fundierten psychotherapeutischen Konzepten zur gezielten Unterstützung dieser Patientengruppe. Der Artikel gibt einen Einblick in die relevante Forschungsliteratur, fasst Ergebnisse aktueller Studien unserer eigenen Forschungsgruppe zusammen und benennt hieraus abgeleitete Implikationen für die psychotherapeutische Unterstützung von Schwerbrandverletzten. Ein auf Basis der Forschungsbefunde neu entwickeltes verhaltenstherapeutisches, ressourcenorientiertes Gruppenbehandlungskonzept für Schwerbrandverletzte in der Rehabilitationsphase wird vorgestellt. Neben psychoedukativen Elementen ist ein Training sozialer Kompetenzen im Umgang mit Reaktionen der Öffentlichkeit auf den durch die Brandnarben veränderten Körper zentraler Bestandteil des Behandlungsprogramms.

1. Einleitung

In Deutschland erleiden jährlich circa 20.000 Menschen einen Unfall mit Brandverletzungen, wobei etwa 1.500 Erwachsene dabei derart schwere Verbrennungen davontragen, dass sie in einer Spezialklinik für Brandverletzungen intensivmedizinisch versorgt werden müssen. Die medizinische Therapie von Verbrennungswunden ist aufwändig, langwierig sowie ausgesprochen schmerzhaft und kann zahlreiche Operationen erfordern (siehe hierzu Künzi & Wedler, 2004; Bruck, Müller & Steen, 2002). Die narbigen Veränderungen der Hautoberfläche nach einer Brandverletzung sind permanent sicht- und fühlbar, sie verändern sich über den Zeitraum von zwei Jahren nach der Verletzung weiter und beeinträchtigen die körperliche Leis-

tungs- und Funktionsfähigkeit – unter Umständen lebenslang. Jahre nach der Verletzung können körperliche Probleme wie erhöhte Hautsensibilität, Schmerzen oder Parästhesien vorliegen (Altier, Malenfant, Forget & Choiniere, 2002) und weitere Operationen erforderlich sein, beispielsweise um die durch Narbenstränge eingeschränkte Funktionsfähigkeit zu verbessern oder zur ästhetischen Korrektur. Neben körperlichen Funktionseinschränkungen und ästhetischen Entstellungen kommt es häufig zu lang währenden psychischen, sozialen, beruflichen und ökonomischen Veränderungen (Pallua, Künsebeck & Noah, 2003; Thompson & Kent, 2001). Eine schwere Brandverletzung bedeutet also einen starken Einschnitt in das Leben des Betroffenen¹ und stellt gleichermaßen eine physische wie psychische Verletzung dar.

Durch die hohe Effektivität medizinischer Maßnahmen in der Erstversorgung sind die Überlebenschancen von Brandverletzten in den letzten Jahren enorm gestiegen (Waymack & Rutan, 1994; Saffle, 1998; Germann, Wentzensen, Brandt & Steinau, 1999). Wird aus medizinischer Sicht meist „alles Menschenmögliche“ für den Verletzten getan und nach dem neuesten Forschungsstand vorgegangen, so werden gleichzeitig viele brandverletzte Patienten nur unzureichend psychologisch versorgt. Keineswegs in jedem Brandverletztenzentrum zur Erstversorgung ist psychologische Betreuung ausreichend gewährleistet und nur ein Bruchteil der Betroffenen erhält tatsächlich psychologische Unterstützung (Van Loey, Faber & Taal, 2001). Auch mangelt es bisher an tragfähigen psychotherapeutischen Konzepten zur speziellen Behandlung von Brandverletzten. Im Zusammenhang mit der Verbesserung der medizinischen Versorgung besteht ein hoher Bedarf, Konzepte zur psychosozialen Betreuung Brandverletzter weiterzuentwickeln, zu standardisieren und in ihrer Wirksamkeit zu prüfen, um auch von psychotherapeutischer Seite einen Beitrag da-

¹ Im weiteren Text wird zugunsten der besseren Lesbarkeit auf die korrekte Nennung beider Geschlechterformen verzichtet. Es wird lediglich die männliche Form verwendet. Diese schließt stets beide Geschlechter mit ein.

zu leisten, die Lebensqualität Schwerbrandverletzter² zu verbessern.

2. Aktueller Forschungsstand zu psychischen Faktoren bei schweren Brandverletzungen

Fasst man den aktuellen Forschungsstand zusammen, so wird deutlich, dass das Auftreten psychischer und sozialer Probleme nach schweren Brandverletzungen eher die Regel als Ausnahme zu sein scheint. Gerade in der akuten Behandlungsphase sind Brandverletzte zahlreichen Belastungsfaktoren ausgesetzt (vgl. Rossi, da Vila, Zago & Feirreira, 2005). Viele Verletzte erleben ein Wechselbad von intensiven Gefühlen wie Schock, Angst, Verwirrung, Trauer, Furcht, Depression (vgl. z. B. Ptacek, Patterson & Heimbach, 2002), berichten von Konzentrations- und Schlafproblemen sowie von Flashbacks (Ehde, Patterson, Wiechmann & Wilson, 1999), dem Erleben von tiefem Verlust, aber auch von Euphorie, überlebt zu haben (Partridge & Robinson, 1995). In verschiedenen Studien wurden bei 60-70% der Betroffenen in der akuten Behandlungsphase Symptome einer akuten Stressstörung, depressive und Angstsymptome gefunden (Überblick bei: Patterson et al., 1993). Bei einem beträchtlichen Anteil der brandverletzten Patienten kommt es während des Aufenthalts auf der Verbrennungsintensivstation in der Phase der Analgosedierung außerdem zum Auftreten eines so genannten „Durchgangs-

syndroms“, einer organischen Psychose mit Symptomen wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen (vorwiegend optisch), Albträumen und Bewusstseinsstörungen. Viele der in der akuten Behandlungsphase beschriebenen psychischen Reaktionen und Symptome klingen im weiteren Behandlungsverlauf ab. Sie sind als vorübergehende und normale Reaktionen auf ein bedrohliches Lebensereignis und außergewöhnliche physische und psychische Belastung zu bewerten. In der Arbeit mit Betroffenen und deren Angehörigen ist es häufig wichtig, Symptome in dieser Form zu interpretieren und damit zu normalisieren, um Ängste, z. B. bezüglich deren Persistenz, abzubauen.

Betrachtet man Forschungsarbeiten zu psychischen Langzeitfolgen schwerer Brandverletzungen, werden erhöhte Prävalenzraten vor allem für psychische Störungen wie die Posttraumatische Belastungsstörung (Flatten, Wälte & Perlitz, 2008; Wiechmann & Patterson, 2004), Depressionen, Alkohol- und Substanzmissbrauch (Bernstein et al., 1992) sowie Phobien und andere Angststörungen (Malt & Ugland, 1989; Altier et al., 2002; Van Loey & Van Son, 2003) angegeben. Allerdings werden in diesen Studien sehr unterschiedliche Angaben zur Auftretensrate psychischer Störungen nach schweren Brandverletzungen gemacht. Einige Forscher gehen davon aus, dass etwa jeder vierte Schwerbrandverletzte im Langzeitverlauf psychische Probleme entwickelt (Flatten et al., 2008; Altier et al., 2002), andere sprechen von bis zu jedem zweiten (Elhamaoui, Yaalaoui, Chihabessine, Boukind

& Moussaoui, 2002). Eine dritte Gruppe von Autoren wiederum äußert optimistisch, dass lediglich ein sehr geringer Prozentsatz der Brandverletzten in der Unfallfolge ernsthaft psychisch beeinträchtigt sei (Patterson et al., 1993). Das Variieren der berichteten Prävalenzraten ist vor allem auf methodische Gesichtspunkte zurückzuführen, z. B. auf die uneinheitliche Operationalisierung psychischer Probleme und Störungen, auf sehr unterschiedliche Verletzungsschweregrade der Probanden und damit auf die Stichprobensammensetzung sowie auf hohe Dropout-Raten bei Längsschnitterhebungen (siehe Wallis, 2006).

² In Literatur, Forschung und Behandlungspraxis hat sich für brandverletzte Patienten, welche einer stationären Versorgung bedürfen, der Terminus „Schwerbrandverletzte“ als fachklassifikatorische Bezeichnung eingebürgert, ohne dass diese direkt an die übliche Einteilung von Verbrennungen in Schweregrade geknüpft wäre. Es ist also nicht eindeutig definiert, ab welchem Verletzungsausmaß ein brandverletzter Patient als „Schwerbrandverletzter“ zu bezeichnen ist. Ergänzt sei, dass zur Einteilung der Schwere einer Brandverletzung die Größe der betroffenen verbrannten Körperoberfläche (in Prozent) sowie die Verbrennungstiefe (erst-, zweit-, dritt- und viertgradig) herangezogen werden. Der sogenannte ABSI-Score (Abbreviated-Burn-Severity-Index, siehe Bruck et al., 2002) als Index zur groben Abschätzung der globalen Verbrennungsschwere und der damit einhergehenden Überlebenswahrscheinlichkeit des brandverletzten Patienten bezieht zusätzlich zu Tiefe und Ausdehnung der Verbrennung das Lebensalter und das Geschlecht des Patienten sowie das Vorliegen eines Inhalationstraumas mit ein.

Fachkundenachweis in Verhaltenstherapie für approbierte PsychotherapeutInnen

Berliner FortbildungsAkademie für Psychotherapie

Konzept:

- Integration von bewährten und neuen Methoden und Techniken in die Verhaltenstherapie
- Kollegiale und praxisorientierte Wissensvermittlung
- Refinanzierung durch vergütete Behandlungsstunden innerhalb der Weiterbildung
- Wohnortnähe durch Lehrpraxen in Berlin und den neuen Ländern
- Voraussetzungen für die Abrechnungsgenehmigung Gruppenbehandlung VT inklusive

Ziel:

- Eintragung ins Arztregister
- Zugang zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung (‘Kassenzulassung’) sowie den ‘Neuen’ Versorgungsformen

Format:

- 2-jähriges Theoriecurriculum im Umfang von 400 Stunden
- 120 Stunden Selbsterfahrung
- mind. 250 Behandlungsstunden VT unter Supervision

Mit dem Nachweis der Approbation entfällt das ‘psychiatrische Jahr’.

Start: 26. September 2009

Berliner FortbildungsAkademie · Schloßstr. 107/108 · 12163 Berlin-Steglitz · Telefon: 030 / 797 03 982 · email: info@b-f-a.de · www. b-f-a.de

Die Berliner FortbildungsAkademie ist eine staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für Psychotherapie

Es ist zu ergänzen, dass das Vorgehen, lediglich das Vorliegen von Kriterien psychischer Störungen nach den gängigen Klassifikationen zu überprüfen, zu kurz greift, um Leid und Schwierigkeiten schwerbrandverletzter Patienten in der Anpassung an eine lebensverändernde Verletzung zu ermessen. Denn bei vielen Patienten besteht subjektiv der Bedarf an Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung, ohne dass sie das Vollbild einer definierten psychischen Störung erfüllen. Häufig ergeben sich in der Folge der Brandverletzung auch Veränderungen am Arbeitsplatz und Konflikte in den sozialen Beziehungen und Funktionen der Verletzten. Höhen und Tiefen des Verarbeitungsprozesses, also emotionale Krisen und belastende Gefühle in der Auseinandersetzung mit einer Brandverletzung, können *normaler Bestandteil* des Versuchs sein, einen Einschnitt im Leben, wie ihn eine Brandverletzung darstellt, zu verarbeiten und zu integrieren, und dennoch großes Leid für die Betroffenen bedeuten.

In vielen Studien wird unterstrichen, dass psychische Probleme bei Brandverletzten nicht vorübergehend, sondern stabil seien und häufig über die Zeit sogar zunehmen (z. B. Wallace & Lees, 1988; Tedstone & Tarrier, 1997). Hinsichtlich des Vorliegens psychischer Folgeprobleme nach einem Brandunfall erscheint es also nicht sinnvoll, darauf zu vertrauen, dass Zeit alleine „alle Wunden heilt“, sondern professionelle Unterstützung anzubieten. In der bisherigen Forschung wurde es jedoch weitgehend versäumt, geeignete spezifische Interventionsprogramme zur psychosozialen Unterstützung von brandverletzten Menschen zu entwickeln und zu evaluieren (Pruzinsky, 1998).

Natürlich gibt es verschiedene Therapieprogramme, von denen anzunehmen ist,

dass die Anwendung einiger ihrer Bausteine und Übungen auch in der Patientengruppe der Schwerbrandverletzten sinnvoll ist, beispielsweise bereits erprobte und evaluierte Gruppenkonzepte zum Thema Depressionsprophylaxe (z. B. Kühner & Weber, 2001), zu Stressbewältigung (z. B. Kaluza, 2004), zu Entspannungsverfahren (z. B. Ohm, 1999) oder zu Schmerzbewältigung (z. B. Rief & Hiller, 1998). Auch Übungen aus dem Bereich der Körperpsychotherapie (z. B. Görlitz, 2005) scheinen viel versprechend in ihrem Einsatz für brandverletzte Menschen, wenn es um eine Bearbeitung des Körperkonzepts und um die Herstellung des geistig-körperlichen Gleichgewichts nach einem schweren Unfall geht, zeigt doch die körperpsychotherapeutische Forschung, dass durch den Einbezug des Körpers in das therapeutische Geschehen Erlebnis- und Empfindensdimensionen aktiviert werden können, die über die rein sprachliche Ebene nur sehr begrenzt ansprechbar sind (vgl. Sulz, Schrenker & Schrickler, 2005). In der Behandlung von chronischen Schmerzen hat sich der Einbezug körperpsychotherapeutischer Ansätze und Achtsamkeitsbasierter Therapien bewährt (Astin, 2004).

Bisher liegen jedoch so gut wie keine konkreten therapeutischen Empfehlungen und Interventionen spezifisch für brandverletzte Patienten vor. Eine Ausnahme stellt ein aus England stammendes Trainingsverfahren der Organisation „Changing Faces“ dar, das sich speziell an Menschen mit Entstellungen richtet. Ziel des Trainingsprogramms ist die Verbesserung sozialer Kompetenzen der Betroffenen für einen selbstbewussten Umgang mit der Entstellung in der Öffentlichkeit (z. B. Robinson, Rumsey & Partridge, 1996; Partridge, 1997; Partridge & Robinson, 1995). Ferner liegt ein verhaltenstherapeutisches Konzept zur Bearbeitung von Körperbildproblemen und hieraus resultierendem Vermeidungsverhalten nach schweren Verletzungen vor (Newell, 2001). Diese beiden interessanten Ansätze sind die bisher einzigen publizierten Arbeiten zum Thema. Sie widmen sich einzelnen für Brandverletzte wichtigen Aspekten, wie beispielsweise der sozialen Aktivität trotz verändertem Aussehen, lassen aber andere verbrennungsspezifische Thematiken, wie z. B. den Umgang mit

möglichen psychischen Symptomen nach einem schweren Unfall, außer Acht.

Wesentliche Ergebnisse der Ludwigshafener Multicenterstudie


Im Rahmen einer groß angelegten, multizentrischen Längsschnittstudie an verschiedenen Schwerbrandverletzententren in Deutschland³ wurden über 380 brandverletzte Patienten und Patientinnen befragt. In diesem vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften⁴ geförderten Forschungsprojekt wurden psychosoziale Belastungen, Ressourcen, Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit bei Patienten mit schweren Brandverletzungen untersucht. Ziel war es unter anderem, auf Basis der Befunde ein Gruppenbehandlungskonzept für die Behandlung Schwerbrandverletzter zu entwickeln. Im Folgenden werden wesentliche Ergebnisse des Projekts zusammengefasst.

In einer zwei Jahre nach dem Unfall durchgeführten qualitativen Interviewstudie und Inhaltsanalyse zu Belastungsfaktoren und Ressourcen von Brandverletzten (Wallis, Renneberg, Neumann, Ripper & Bastine, 2007) wurden vielfältige Bereiche von Belastungen deutlich, welche Brandverletzte erleben, insbesondere im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich. Phasen von Gefühlen wie Enttäuschung und Depressivität scheinen normale Bestandteile des Anpassungsprozesses an eine Brandverletzung darzustellen. Häufig, so wurde offenbar, treten psychische

- 3 An der Multicenterstudie beteiligte Zentren:
- BG Unfallklinik Ludwigshafen, Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, Schwerbrandverletzententrum,
 - Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannstrost Halle/Saale, Klinik für Plastische und Handchirurgie, Brandverletzententrum,
 - Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil Bochum, Universitätsklinik, Klinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte,
 - Unfallkrankenhaus Berlin, Zentrum für Schwerbrandverletzte mit Plastischer Chirurgie,
 - Schwerbrandverletzententrum des BG-Unfallkrankenhauses Hamburg, Klinik für Hand-, Plastische und Mikrochirurgie, Schwerbrandverletzte.
- 4 Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG), seit 2008: Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV).

Anzeige

BurnoutProphylaxe
 13.09. - 18.09.09
 Info: 0761/4004187



CME
62
Pkte

Resilio.org

Probleme erst Wochen oder Monate nach dem Unfall zutage, z. B. wenn eine Reintegration ins Berufsleben misslingt. Viele der Befragten äußerten Bedarf an zusätzlicher psychologischer Betreuung. Die Ergebnisse verdeutlichen weiterhin, dass die meisten Betroffenen auch anhaltende positive Auswirkungen des Unfalls berichten, wie beispielsweise eine Intensivierung zwischenmenschlicher Beziehungen, eine erhöhte Wertschätzung des Lebens oder eine Veränderung von Prioritäten. Subjektiv als positiv erlebte Auswirkungen und Folgen des Unfalls lassen sich im Sinne von posttraumatischem Wachstum („posttraumatic growth“) interpretieren (Rosenbach & Renneberg, 2008; Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004).

Im Rahmen einer quantitativen Studie wurde ein umfassendes Assessment zu psychischer Belastung und psychosozialen Ressourcen mit stationär behandelten Brandverletzten durchgeführt (Wallis et al., 2006). Brandverletzte weisen eine erhöhte psychische Belastung auf, z. B. erhöhte Depressivitäts- und Angstwerte sowie posttraumatische Stresssymptomatik. Gleichzeitig verfügen sie über gute psychosoziale Ressourcen. Ein Brandunfall kann zu psychischer Instabilität und starker emotionaler Belastung führen, gleichzeitig scheint eine schwere Brandverletzung eine Krisensituation darzustellen, welche ein Maximum an Copingstrategien und Ressourcen, wie beispielsweise soziale Unterstützung, aktiviert. Das ausschließliche Fokussieren auf psychisches Leid, Probleme und Belastungsfaktoren bei Brandverletzten greift zu kurz, um den Verarbeitungs- und Anpassungsprozess an einen Brandunfall zu erklären. Behandlungsangebote sollten soziale Ressourcen fördern und unmittelbar an sozialen Schwierigkeiten, welche Patienten im Umgang mit ihren Mitmenschen haben, ansetzen. Hierbei gilt

es beispielsweise, die eigene Krankenrolle und den Umgang mit Hilfsbedürftigkeit zu reflektieren sowie den selbstbewussten Umgang mit dem veränderten Äußeren in der Öffentlichkeit zu unterstützen.

In einem weiteren Auswertungsschritt der Daten fokussierten wir auf den Zusammenhang zwischen Arbeitsunfähigkeitsdauer sowie psychosozialen Belastungen und Ressourcen und verglichen Daten zu zwei Messzeitpunkten miteinander (während der akuten Behandlung und sechs Monate später; Ripper, Renneberg, Wallis, Bröking & Ofer, 2007). Es zeigte sich, dass das Gros der brandverletzten Patienten nach dem Unfall psychisch stark belastet ist, sich aber in den folgenden sechs Monaten relativ gut hiervon erholt. Patienten, die in der Akutphase der Behandlung eine höhere psychische Belastung zeigen, weisen bei vergleichbarer Verletzungsschwere signifikant mehr stationäre Aufenthalte auf, ihre stationären Aufenthalte dauern länger und sie berichten eine geringere Zufriedenheit mit der Behandlung als Patienten, die gering psychisch belastet sind (Renneberg, Seehausen & Ripper, 2008). Es handelt sich also bei der Gruppe der psychisch stark belasteten Patienten um eine Risikogruppe für komplikationsreiche und kostenintensive Langzeitverläufe. Patienten, welche auch sechs Monate nach dem Unfall noch arbeitsunfähig sind, zeigen bei vergleichbarer Verletzungsschwere höhere Depressionswerte als zu diesem Zeitpunkt erneut arbeitsfähige Patienten. Depressivität erwies sich neben der Verletzungsschwere als stärkster Prädiktor für die Arbeitsunfähigkeitsdauer.

Konform mit bereits vorliegenden Studienergebnissen unterstreichen unsere Forschungsbefunde einerseits den hohen Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung schwerbrandverletzter Patienten,

gleichzeitig werden vielfältige Ansatzpunkte für Behandlungsinterventionen deutlich, z. B. die Unterstützung beim Aufbau von Körperakzeptanz und dem sozial aktiven und sicheren Umgang mit der Verletzung in der Öffentlichkeit. Sie zeigen weiterhin, wie wichtig die frühzeitige Identifikation psychisch hoch belasteter Patienten durch routinemäßig durchgeführte klinische Screenings sowie die gezielte Unterstützung besonders belasteter Personen zur Vorbeugung psychischer Folgeerkrankungen ist. Die Anwendung von klinischen Routineinstrumenten, wie z. B. der SCL-K-9 (Kurzform Symptom-Check-List, Klaghofer & Brähler, 2001), der HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, deutsche Version von Herrmann & Buss, 1994) oder der PSS (PTSD-Symptom-Scale, Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993), als Basiscreening für alle stationär behandelten Brandverletzten stellt eine bei knappen personellen Ressourcen ökonomische Möglichkeit dar, Behandlungsbedarf offenbar zu machen. Die Befunde verdeutlichen die Relevanz psychischer und sozialer Faktoren für den Behandlungsverlauf sowie die Wichtigkeit klinisch-psychologischer und psychotherapeutischer Beteiligung im interdisziplinären Brandverletztenbehandlungsteam.

3. Grundzüge des neu entwickelten Behandlungsprogramms

Ausgehend von vorliegender Forschungsliteratur und eigenen Befunden hat unsere Forschungsgruppe ein Gruppenbehandlungsprogramm für Schwerbrandverletzte in der Rehabilitationsphase entwickelt (Wallis, 2006). In diesem Programm werden Themen vorgestellt und gemeinsam mit den Patienten erarbeitet, welche für viele Brandverletzte gerade in der Phase der Rehabili-

Forum für Persönlichkeitsstörungen

5. Symposium: Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Samstag, 21. November 2009, 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

Stefan Röpke

Charité-CBF Universitätsmedizin Berlin

Thomas Fydrich

Humboldt-Universität zu Berlin

Rolf A. Kromat

Institut für Verhaltenstherapie Berlin GmbH

Michael Krenz

Psychotherapeutenkammer Berlin

Babette Renneberg

Freie Universität Berlin



tation von Bedeutung sind. Derzeit wird das Programm im ambulanten wie auch im stationären Kontext angeboten und evaluiert.

Setting des Gruppenangebots: Die Gruppe ist teilstrukturiert konzipiert und wird in ihren insgesamt acht Sitzungen idealerweise geschlossen mit denselben Teilnehmern durchgeführt. Die Sitzungen, welche sich unterschiedlichen Themenschwerpunkten widmen, dauern jeweils eine Zeitstunde. An den Sitzungen können bis maximal acht brandverletzte Patienten teilnehmen, die sich in der Rehabilitationsphase befinden. Die Sitzungen werden von einem Psychologischen Psychotherapeuten und im Idealfall gemeinsam mit einem Co-therapeuten durchgeführt. Die Gruppe kann ein bis zwei Mal wöchentlich stattfinden. Der Gruppenraum sollte ausreichend Platz für die Durchführung von Rollenspielen bieten. Mit jedem potenziellen Teilnehmer wird ein Vorgespräch durchgeführt, um bereits vorab beratend relevante Informationen zu vermitteln und die Compliance für die Gruppenteilnahme zu erhöhen.

Ziel und Nutzen des Programms: Das kompetenzfokussierende, verhaltenstherapeutische Gruppenangebot soll Betroffenen den Austausch und die Reflexion ihrer Erfahrungen und ihrer aktuellen Probleme in Bezug auf die Brandverletzung ermöglichen. Durch die Vorgabe und die psychotherapeutisch angeleitete, gezielte Bearbeitung bestimmter Themenkomplexe unterscheidet es sich von einer Selbsthilfegruppe. Neben der Verbesserung der Körperakzeptanz sowie dem Aufbau von Stressbewältigungskompetenzen im Umgang mit dem Unfall und seinen Folgen ist ein weiteres wichtiges Ziel die Vermittlung spezieller sozialer Kompetenzen für einen kompetenten und selbstbewussten Umgang mit Reaktionen anderer auf den durch Brandnarben gezeichneten Körper, um so sozialen Rückzugstendenzen vorzubeugen. Hierdurch soll die Krankheitsbewältigung unterstützt und der Verhaltensspielraum im Umgang mit der Verletzung erweitert und gegebenenfalls verändert werden. Den Teilnehmern soll als wesentlicher Inhalt im Umgang mit der Brandverletzung einerseits vermittelt werden, die persönliche Situation akzeptieren zu lernen. Andererseits kann ausgehend von einer Annah-

Sitzungsinhalte	Vorgehen/Therapieziele
1. Sitzung: Einführung in das Behandlungsprogramm, Informationen zum Thema „Haut und Narben“	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vorstellung des Gruppenprogramms ■ Kennenlernen der Teilnehmer ■ Erwartungsabgleich ■ Informationsvermittlung zum Thema Narben ■ Einführung in die Entspannungsmethode Progressive Muskelrelaxation (PMR)
2. Sitzung: Expertenfrage-runde zum Thema „Haut und Narben, Schmerz und Schmerzbewältigung“	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schaffen eines Frageforums für die Patienten ■ Wissensvermittlung zu Schmerzen und Schmerzbewältigung ■ Erarbeiten von Bewältigungsstrategien und Handlungsplänen für Schmerzsituationen
3. Sitzung: Seelische Belastungen in der Folge schwerer Brandverletzungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informationsvermittlung ■ Enttabuisierung/-dramatisierung ■ Erarbeitung von Bewältigungsstrategien
4. Sitzung: Umgang mit dem veränderten Körper	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aufbau und Stärkung positiver Empfindungen und Kognitionen gegenüber dem eigenen Körper ■ Offenes Thematisieren von Problemen im Umgang mit dem eigenen Körper ■ Verbesserung der Entspannungs- und Genussfähigkeit
5. Sitzung: Stress und Stressbewältigung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informationsvermittlung zur Entstehung und zum Wesen von Stress ■ Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien
6. Sitzung: Kompetenz im Umgang mit sozialen Reaktionen auf die Brandverletzung, Teil 1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aufbau spezieller sozialer und kommunikativer Kompetenzen im kompetenten Umgang mit den Reaktionen anderer auf den Unfall und die Verletzung/-folgen, z. B. mit unerwünschten Blicken anderer auf die Narben
7. Sitzung: Kompetenz im Umgang mit anderen, Teil 2: Wie kann ich Kontakte angenehm gestalten?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Steigerung der sozialen Aktivität, Abbau von Rückzugs- und sozialem Vermeidungsverhalten ■ Erarbeitung eines Verhaltensrepertoires für schwierige soziale Situationen ■ Thematisieren von spezifischen Problemen mit Angehörigen
8. Sitzung: Abschlusssitzung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bilanz und Reflexion des Erreichten ■ Verabschiedung ■ Verankern der eigenen Ressourcen und Kompetenzen im Umgang mit Stress und schwierigen Situationen im Alltag

Tabelle 1: Inhaltliche Bausteine des Gruppenbehandlungsprogramms

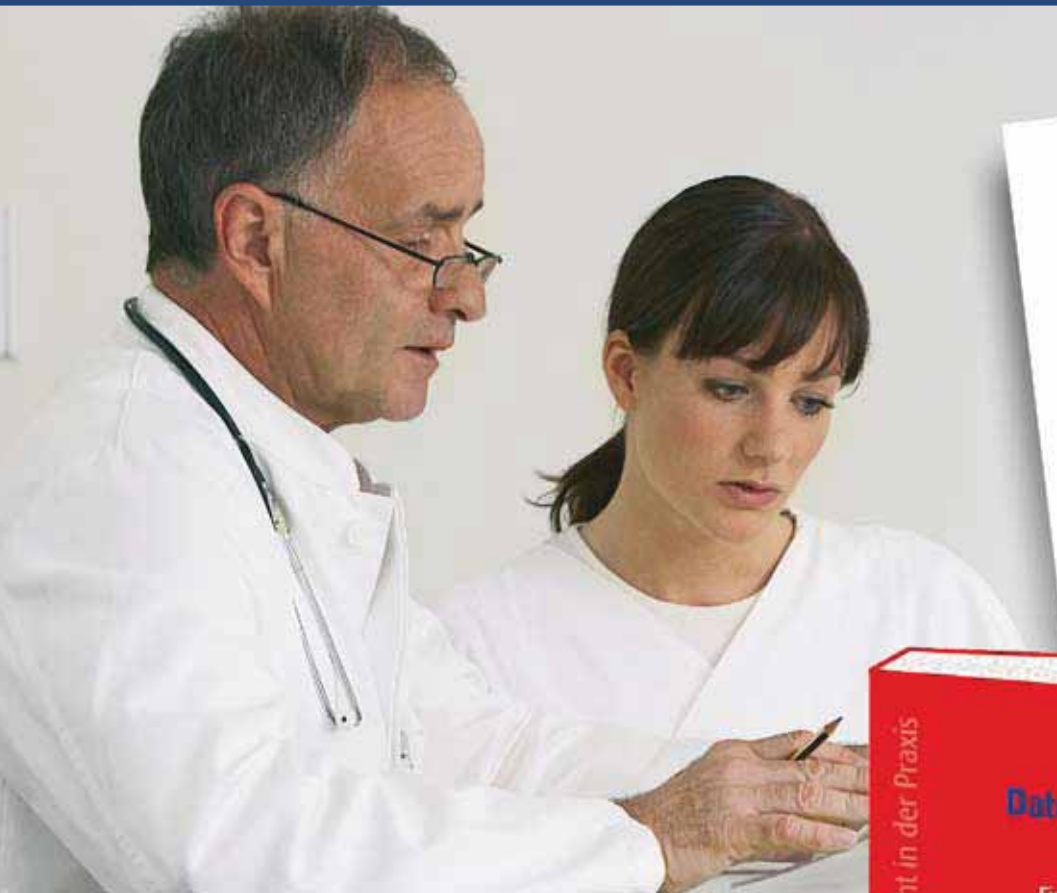
me der bisherigen Bewältigungsversuche des Patienten die Möglichkeit eröffnet werden, in einigen Bereichen Veränderungen anzustoßen und erste Schritte begleitend zu unterstützen. Beide Elemente sind gleichwertige und wichtige Schritte im Vorgehen des Konzepts. Wertschätzung und Ressourcenorientierung stellen die Basis der therapeutischen Grundhaltung dar.

Sicherlich ist es nicht möglich, alle für die psychotherapeutische Unterstützung von Brandverletzten relevanten Aspekte im Rahmen eines komprimierten Gruppenprogramms erschöpfend zu behandeln. Vielmehr ist es Ziel, einen ersten Überblick zu geben, einzelne Problembereiche herauszugreifen und exemplarisch zu vertiefen. Die Gruppe stellt *keine* Alternative zur psychotherapeutischen Einzelbehandlung dar, sondern ist als Ergänzung hierzu wie auch

zur medizinischen Behandlung zu verstehen. Bei brandverletzten Patienten mit manifesten psychischen Störungen, z. B. mit Depression, Anpassungsstörung oder Posttraumatischer Belastungsstörung, kann die Gruppe flankierend zur Einzeltherapie eingesetzt werden. Für andere Patienten bietet die Gruppe die Möglichkeit, mit psychologischer Beratung in ersten Kontakt zu treten, sich einen Überblick über verschiedene, für Brandverletzte relevante Themenbereiche zu verschaffen und eventuell bestehende Berührungspunkte hinsichtlich psychologischer Unterstützung abzubauen.

Das von uns entwickelte Gruppenprogramm macht Anleihen bei anderen, bereits erprobten Konzepten, z. B. bei Programmen zur Depressionsprophylaxe (vgl. Kühner & Weber, 2001) und zur Stressbewältigung (vgl. z. B. Kaluza, 2004). In der

Patientendaten im Griff



Lösungsansätze

Ein Selbst-Check

Einen Selbst-Check zum Datenschutz in der Arztpraxis, wie er vom Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein durchgeführt wurde, finden Sie auf den folgenden Seiten.

Anhand dieser Checkliste können Sie ermitteln, ob und wie weit die Anforderungen des Datenschutzes in Ihrer Arztpraxis umgesetzt sind.

Empfang

- Ist sichergestellt, dass der Zugang zur Praxis nicht unbeaufsichtigt geschieht?
- Wird durch eine ausreichende organisatorische Maßnahmen bzw. Organisation der Abläufe der Praxis dafür gesorgt, dass ihr Anliegen schildern können, ohne dass neugierig mithören können?
- Werden die Daten der Patienten (Anschrift, Grund des Besuchs, Kassensart ...) auf eine Weise erhoben, dass Unbefugte mithören können?
- Kann das Personal Telefongespräche führen, ohne dass Patienten zwangsläufig von Daten anderer Personen erfahren werden können?



Datenschutz in der Arztpraxis

Ein Leitfaden für den Umgang mit Patientendaten

Von Dr. Andreas Höpken und Helmut Neumann

2., überarbeitete Auflage 2008

96 Seiten. Kartoniert. € 29,80

ISBN 978-3-8114-3461-5

Mit diesem Leitfaden bekommen Sie das Thema Datenschutz schnell und einfach in den Griff. Das Buch liefert Ihnen zielgerichtet die wesentlichen Informationen, die Sie für den datenschutzgerechten Umgang mit Patientendaten benötigen. Die Darstellung der rechtlichen Anforderungen beinhaltet auch konkrete Handlungsanweisungen. Checklisten erleichtern Ihnen das Strukturieren der organisatorischen Abläufe. Konkrete Tipps für den Praxisalltag reichen von der Praxiseinrichtung bis zum Umgang mit dem Praxis-PC und insbesondere den Aktivitäten der Arztpraxis im Internet.

Auch Datenschutzpraktiker oder Datenschutzbeauftragte, die sich neu mit dem Thema auseinandersetzen müssen, finden grundlegende Informationen und praktische Handlungsalternativen.

„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

C.F. Müller
MedizinRecht.de

Zusammenstellung und Kombination der einzelnen Module und Inhalte ist das vorliegende Programm jedoch als einzigartig anzusehen, da es das erste spezifische Konzept für Menschen mit Brandverletzungen ist. Es geht auf Themen ein, die auf die Bedürfnisse und Interessen dieser speziellen Patientengruppe abgestimmt sind, z. B. werden Informationen zum Umgang mit Narben gegeben. Wir gehen davon aus, dass das Grundkonzept auch für den Einsatz bei Menschen mit äußeren Entstellungen ganz allgemein oder bei Patienten nach anderen schweren äußerlich versehenden Unfällen geeignet ist. Die Anwendbarkeit des geschilderten Gruppenkonzepts bei Patienten, bei denen wesentliches therapeutisches Ziel eine Anpassung an krankheits- oder unfallbedingte äußerliche Veränderungen ist, sollte in Zukunft überprüft werden.

Inhaltliche Bausteine des Gruppenbehandlungsprogramms: Tabelle 1 listet überblickartig neben thematischen Einheiten der einzelnen Sitzungstermine, wesentliche hiermit einhergehende Vorgehensweisen und Therapieziele auf.

Ausgestaltung der einzelnen Sitzungen: Alle acht Sitzungen haben einen ähnlichen strukturellen Aufbau. Im Anschluss an eine Einleitung und die Besprechung der Hausaufgaben der letzten Stunde wird das Thema der Stunde bearbeitet, entweder in Form von Informationsgabe, einer Gruppendiskussion mit Auswertung oder über Rollenspiele und Verhaltensexperimente. Am Ende jeder Stunde werden Hausaufgaben zum aktuellen Sitzungsthema aufgegeben und eine PMR-Entspannungsübung durchgeführt. Ein Abschlussblitzlicht und eine Feedbackrunde runden jede Stunde ab.

Bezüglich des genauen Vorgehens in den einzelnen Sitzungen sei auf das in Kürze publizierte Gruppenmanual verwiesen (Holtfreich et al., in Druck). Zur Verdeutlichung des Konzepts soll an dieser Stelle exemplarisch auf zwei Themenblöcke des Programms, die „Herzstücke“ des Behandlungskonzepts, eingegangen und das konkrete therapeutische Vorgehen skizziert werden.

Die *Bearbeitung des Körperkonzepts* (Sitzung 4) zieht sich indirekt durch alle Sit-

zungen, denn stets ist es übergeordnetes Ziel, die Selbstfürsorge der Patienten zu verbessern und sie zu einem achtsamen Umgang mit dem eigenen Körper zu ermutigen. Im Rahmen der vierten Sitzung wird das Körperkonzept explizit bearbeitet. Zunächst berichten die Patienten anhand geleiteter Fragen, was sich für sie im Umgang mit ihrem Körper durch den Brandunfall verändert hat. Hierbei sollten auch mögliche positive Auswirkungen zur Sprache kommen, Entwicklungen und Veränderungen im Langzeitverlauf sowie der Umgang mit den Narben in der Öffentlichkeit. In einem anschließenden psychoedukativen Teil zur kognitiven Umstrukturierung werden Zusammenhänge zwischen Denken, Fühlen und Verhalten in Form eines negativen Kreislaufs (z. B. Gedanke: „Die Narben sind eklig!“; Gefühl: Angst, Scham; Verhalten: Rückzug) und eines positiven Kreislaufs (z. B. Gedanke: „Narben sind ein Zeichen der Heilung.“, „Sie sind nur ein Teil von mir.“; Gefühl: Ausgeglichenheit; Verhalten: soziale Aktivität) dargestellt und auf die Entstehung und Auswirkungen von Vermeidungsverhalten eingegangen. Angeregt durch das Modell werden die Patienten dazu befragt, welche hilfreichen Gedanken zu ihren Narben und ihrem Äußeren sie von sich selbst kennen. Es wird zusätzlich eine Liste potenziell hilfreicher Gedanken und Bewertungen vorgestellt, aus welcher die Teilnehmer die für sie subjektiv stimmigen Alternativen auswählen sollen und die Aufgabe erhalten, diese im Verlauf der kommenden Woche bis zur nächsten Sitzung einzusetzen und zu erproben.

Im Rahmen des Moduls zu *spezifischen sozialen Kompetenzen im Umgang mit Reaktionen auf Brandnarben* (Sitzung 6 und 7) soll den Patienten Sicherheit in der Bewältigung schwieriger sozialer Situationen vermittelt werden. Hierzu erfolgt zunächst Psychoedukation zur Bedeutung von Blicken, Kommunikation, Neugierreaktionen bei Ungewöhnlichem etc. Hierauf aufbauend werden Zusammenhänge zwischen der Interpretation einer Situation (z. B. Deutung von Blicken anderer), Gefühlen und dem hierdurch hervorgerufenen Verhalten thematisiert. Dann wird die Gruppe zur Durchführung von verschiedenen Rollenspielen angeregt, innerhalb derer es darum geht,

starrenden Leuten oder schwierigen Kommentaren Außenstehender zu begegnen. Es soll mit unterschiedlichen Interpretationsmöglichkeiten und damit einhergehenden verschiedenen Verhaltensweisen experimentiert werden (z. B. „Sie finden mich abstoßend und ekelhaft.“ vs. „Wahrscheinlich haben sie noch nie einen Brandverletzten gesehen. Sie brauchen eine Weile, um sich an meinen Anblick zu gewöhnen. Das ist eine normale Neugierreaktion bei Ungewohntem.“). Eine weitere Rollenspielvariante besteht aus dem Nachstellen von Situationen, innerhalb derer der Verletzte direkt auf sein Äußeres angesprochen wird („Was ist denn mit Dir passiert?“). Hierbei haben die Teilnehmer die Möglichkeit, sich ein Repertoire unterschiedlichster Antwortalternativen zurechtzulegen und diese in ihren Auswirkungen auf das Gegenüber und den Kontakt auszuprobieren, z. B. Varianten, die das Thema sofort beenden, solche, die überleitend Gesprächsangebote für andere Themenbereiche offerieren, oder solche, welche Bereitschaft zu weiterer persönlicher Auskunft signalisieren usw. Die Auswertung aller gemachten Rollenspiele erfolgt stets unter Ressourcenperspektive.

4. Evaluation des Behandlungsprogramms

Aktuell wird in einem weiterhin vom DGUV finanzierten Folgeforschungsvorhaben das skizzierte Gruppenbehandlungsprogramm an verschiedenen Standpunkten in Deutschland in Form eines Kontrollgruppendesigns evaluiert. Insgesamt fünf Zentren, an denen Rehabilitation für Schwerbrandverletzte stattfindet, nehmen an dieser Studie teil. Neben dem Schwerbrandverletztenzentrum der BG Unfallklinik Ludwigshafen, des Unfallkrankenhauses Berlin und des BG-Unfallkrankenhauses Hamburg sind dies die Moritz Klinik in Bad Klosterlausnitz und das Rehabilitationszentrum der Kliniken Passauer Wolf in Bad Griesbach-Therme. In regelmäßigen Zeitabständen finden dort Gruppen für Schwerbrandverletzte nach dem skizzierten Konzept statt. Auch die ambulante Teilnahme durch Patienten, bei denen die Brandverletzung

schon länger zurück liegt und die eventuell derzeit keine weiteren medizinischen Behandlungen erhalten, die aber nach wie vor Probleme im Umgang mit und der Anpassung an die Verletzungsfolgen haben, ist möglich.⁵

5. Bisherige therapeutische Erfahrungen im Einsatz des Behandlungsprogramms

In den bisher durchgeführten Gruppen zeigt sich eine hohe subjektive Zufriedenheit der Teilnehmer. Sehr positive Resonanz erzielten vor allem immer wieder die Durchführung von Rollenspielen zum Umgang mit der Brandverletzung in der Öffentlichkeit sowie die Anregung zu kognitiven Umbewertungen subjektiv schwieriger Situationen. Die Patienten erlebten es als sehr unterstützend, verschiedene Antwortmöglichkeiten vorbereiten und einüben zu können und berichteten häufig von unmittelbaren Auswirkungen dieser Stunden auf ihre soziale Aktivität und ihr Zutrauen in ihre eigenen Fähigkeiten, fordernde soziale Situationen zu meistern. Vom Angebot, PMR zu erlernen, profitierten viele Gruppenmitglieder nach eigener Aussage sehr. Auch die psychoedukativen Bausteine zum Thema „Haut und Narben“ sowie zu psychischen Folgen schwerer Unfälle wurden ebenfalls sehr positiv bewertet. Als besonders hilfreich und wichtig wurde von den Teilnehmern auch der Austausch und Kontakt untereinander hervorgehoben. Es wurde begrüßt, dass die Gruppe ausschließlich für brandverletzte Patienten angeboten wurde und somit viele Gemeinsamkeiten unter den Teilnehmern bestanden, was eine hohe Gruppenkohäsion ermöglichte. Eine sehr interessante Feststellung war bei den bisher durchgeführten Gruppenschritten die Erfahrung, dass sich das Repertoire der in den Sitzungen angebotenen Themen sehr stark mit den zu Gruppenbeginn von den Teilnehmern geäußerten Erwartungen deckte. Es scheint uns also tatsächlich gelungen zu sein, in unserem Gruppenbehandlungskonzept die wesentlichen relevanten Themenbereiche für die Patientengruppe der Schwerbrandverletzten zusammenzustellen.

6. Auswirkungen der Arbeit mit schwerbrandverletzten Patienten auf den Therapeuten

„Ist es nicht extrem belastend, mit schwerbrandverletzten Patienten zu arbeiten?“ Diese oder ähnliche Fragen bekommt man häufig gestellt, wenn man sich Kollegen, Freunden oder Bekannten gegenüber über seine Tätigkeit äußert. Natürlich kann die Arbeit mit körperlich so schwer versehrten Menschen fordernd und sehr belastend sein. Selbstverständlich muss jeder Therapeut allem voran für sich selbst die Entscheidung treffen, ob er oder sie es sich prinzipiell vorstellen kann, schwerpunktmäßig mit körperlich schwer versehrten Menschen zu arbeiten. Insbesondere im Bereich der Intensivstation und Akutversorgung ist die therapeutische Arbeit mit Schwerbrandverletzten und ihren Angehörigen für einen Psychologen anstrengend und durch zahlreiche Belastungsfaktoren und extreme Bedingungen gekennzeichnet, wie z. B. auch hohe Temperaturen und penetrante Gerüche im Zimmer des Patienten. Die Auseinandersetzung mit dem schweren Unfall, dem drohenden Tod des Verletzten, den Behandlungsprozeduren, dem Anblick der unbekleidet daliegenden versehrten Körper und der Apparatedizin, der unklaren Prognose und der Angst der Angehörigen ist belastend. Hier ist der enge Austausch mit dem interdisziplinären Behandlungsteam bestehend aus Ärzten, Pflegepersonal, Ergo- und Physiotherapeuten sowie Sozialarbeitern unterstützend und kann viele der geschilderten Belastungen auffangen und abmildern, ferner ist regelmäßige Supervision und Intervention im Kollegenkreis stützend. In der Supervision, welche von einem Psychotherapeuten geleitet werden sollte, der speziell in den Bereichen „Notfallpsychologie“ und „Traumabehandlung“ weitergebildet sein und idealerweise selbst über Erfahrungen in der Arbeit mit Schwerbrandverletzten oder schwer Unfallverletzten verfügen sollte, muss ausdrücklich für Selbsterfahrung Raum eingeräumt werden.

5 Brandverletzte Teilnehmer und Teilnehmerinnen für weitere Gruppenschritte werden derzeit gesucht. Interessierte Personen können sich direkt an die teilnehmenden Zentren wenden.

Ihre Praxis im...

Rhein-Main-Gebiet

Standort: Frankfurt

Rhein-Main-Residenz

Praxisflächen von 65 m² bis 250 m²

Standort: Neu-Isenburg

Exklusives Lofthaus

Praxisfläche ca. 156 m²

Standort: Rödermark

Residenz am Badehaus

Praxisfläche von 100 m² bis 165 m²

Ihre Vorteile:



- sehr gute Sichtlagen
- Beste Infrastruktur
- Miete oder Kauf möglich
- Moderne Ausstattung
- Erstbezug (Neubauprojekte)

Telefon : 06103 / 804 990
www.vetterundpartner.de

**Milton Erickson Institut –
M.E.G. Bonn**

Institut Systeme Anne M. Lang

Weiterbildungen für Hypnose,
Hypnotherapie und Systemisches Arbeiten

3 Hypnose Weiterbildungen

1. Klinische Hypnose für Psychotherapeuten „KliHyp-MEG“

(8 Grund-, 4 Anwendungsseminare
u. Supervision je 30 Kammer-Punkte)

Start: 27.-29.08.09

2. Medizinische Hypnose für Ärzte

aller Fachrichtungen „MedHyp-MEG“

(Mi.-nachmittags 12 Grund-, 4 Anwendungsseminare u. Supervision, je 10 Kammer Punkte)

Start: 20.01.10 Mi.- Nachm.

3. Ericksonsches Coaching für Coaches/ Berater „KomHyp-M.E.G.“

(8 Grund-, 4 Anwendungsseminare u. Supervision)

Start: 10.-12.09.2009

Praxisseminare offen buchbar

Supervisionen offen buchbar

Info-Abende kostenfrei:

17.06.; 08.07.; 19.08.; 11.11.09

Sekretariatskernzeit: 8.30-13.30 Uhr

Tel: **0228-94 93 120**

www.meg-bonn.de

www.institut-systeme.de

Zusätzlich zur Supervision entlastend ist der Austausch mit Kollegen, welche in der Schwerbrandverletztenrehabilitation arbeiten, erhält man doch hier immer wieder Informationen darüber, wie sich Patienten im Langzeitverlauf weiterentwickeln und stabilisieren und damit Zugang zu einer langfristigeren Perspektive, die in vielen Fällen Hoffnung macht.

Gerade dann, wenn bisher wenig Erfahrung in diesem speziellen Bereich vorliegt, wenn also beispielsweise der Anblick brandverletzter Menschen noch unvertraut ist, kann die Konfrontation mit der brandverletzten Haut oder mit von Brandnarben stark gezeichneten Menschen schockierend sein. Unsere Erfahrung ist jedoch, dass man sich hieran sehr schnell gewöhnt und es oft nur wenige Konfrontationen benötigt, um das unter Umständen entstellte Aussehen einer Person als vertraut und völlig „normal“ zu empfinden. Ergänzt sei an dieser Stelle, dass dies ja auch ein zentraler Aspekt unseres Behandlungsprogramms in der Bearbeitung des Körperkonzepts ist, den wir unseren Patienten zu vermitteln versuchen, dass nämlich ihr Äußeres von anderen toleriert und als „normal“ empfunden werden kann, so das Gegenüber die Möglichkeit hat, sich nach einer ersten neugierigen Orientierungsreaktion hieran zu adaptieren.

Die Arbeit mit schwerbrandverletzten Patienten konfrontiert den Therapeuten immer wieder aufs Neue mit existenziellen Themen, rückt die Verletzlichkeit und Endlichkeit der menschlichen Existenz ins Blickfeld. Dies kann – gerade auch in besonderen Lebensphasen wie beispielsweise bei Konfrontation mit schwerer Krankheit am eigenen Leib oder im Familien- und Freundeskreis, bei Schwangerschaft etc. – belastend und überfordernd sein und eine verstärkte Angst vor eigenen oder wichtige Bezugspersonen betreffenden Unfällen, unkontrollierbaren Katastrophensituationen etc. auslösen. Unserer Erfahrung nach ist jedoch ebenso das Erleben von einer tiefen Bereicherung durch die Konfrontation mit existenziellen Themen möglich im Sinne eines spirituellen Wachstums (vgl. Yalom, 2000). Es ist immer wieder berührend, längere Behandlungsverläufe von Schwerstverletzten mitzuerleben, de-

ren Entwicklung begleiten zu dürfen und dabei zu erfahren, zu welch enormen Bewältigungsleistungen Menschen fähig sind. Natürlich ist regelhafte Supervision sowie der kollegiale Austausch in Form von Teambesprechungen und Intervisionsgruppen sehr hilfreich dabei, das Gleichgewicht zwischen der geschilderten Überforderung auf der einen und Bereicherung auf der anderen Seite zu finden.

7. Ausblick

Die Evaluation des Programms wird derzeit durchgeführt, die Publikation des Gruppenmanuals erfolgt in Kürze (Holtfnerich et al., in Druck). Wir sind davon überzeugt, dass mit dem Gruppenangebot von psychotherapeutischer Seite ein zentraler Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität und Rehabilitation schwer brandverletzter Menschen geleistet wird. Sicherlich ist zu diskutieren, inwiefern es möglich wäre, das Programm umfangreicher zu gestalten und zu erweitern, beispielsweise noch mehr körpertherapeutische Übungen miteinzubeziehen und für manche Themenbereiche mehr als nur eine Stunde zur Verfügung zu haben. Das mit acht Sitzungen sehr knapp gehaltene Programm stellt eine ökonomische Variante dar, die sich an kurze stationäre Rehabilitationsdauern anpasst.

Ungeachtet der Relevanz, welche das entwickelte Gruppenprogramm für die multiprofessionelle Rehabilitation von schwerbrandverletzten Patienten hat, ist abschließend die Wichtigkeit von zusätzlichen psychologischen Unterstützungsangeboten in Form der Einzel- und der Angehörigenbetreuung zu betonen. Die Tätigkeit eines klinischen Psychologen in einem Schwerbrandverletzentrum umfasst ein weites Spektrum an therapeutischen Angeboten, beispielsweise Traumatherapie, Vermittlung von Bewältigungsstrategien im Umgang mit starken Schmerzen und schmerzhaften Verbandswechseln sowie die Unterstützung der Angehörigen, welche häufig stark belastet sind. Die Möglichkeit psychologischer Betreuung sollte in Zukunft noch selbstverständlicher Bestandteil der Akutbehandlung und Rehabilitation Schwerbrandverletzter sein. Denn nur durch multiprofessionelles Vorgehen

und die Ausrichtung an einem bio-psycho-sozialen Modell ist es möglich, die großen Herausforderungen, vor welche die Verbrennungsmedizin alle Behandelnden stellt, konstruktiv zu bewältigen. Es wäre wünschenswert, dass psychische Aspekte im Rahmen der Gesamtbehandlung Brandverletzter mehr Berücksichtigung finden. Zitate wie das folgende, das von einem Patienten aus einer unserer Interviewstudien stammt, würden dann der Vergangenheit angehören: *„Um meinen Körper haben sie sich gekümmert, aber für das Innere, für die Psyche, wird nichts gemacht, da ist man ganz alleine.“*

Unser ganz herzlicher Dank gilt Prof. Dr. med. Günter Germann, Dipl.-Psych. Sabine Ripper, Dr. phil. Dipl.-Psych. Annette Stolle, Dipl.-Psych. Annika Seehausen, Dipl.-Psych. Diemut Holtfnerich, Dipl.-Psych. Gerhard Wind sowie Dr. med. Bernd Hartmann.

8. Literatur

- Altier, N., Malenfant, A., Forget, R. & Choiniere, M. (2002). Long-term adjustment in burn victims: a matched-control study. *Psychological Medicine*, 32, 677-685.
- Astin, J. (2004). Mind-body therapies for the management of pain. *Clinical Journal of Pain*, 20 (1), 27-32.
- Bernstein, L., Jacobsberg, L., Ashman, T., Musagni, G., Goodwin, C.W. & Perry, S. (1992). Detection of alcoholism among burn patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43 (3), 255-256.
- Bruck, J.C., Müller, F.E. & Steen, M. (Hrsg.). (2002). *Handbuch der Verbrennungsmedizin*. Landsberg: ecomed.
- Ehde, D. M., Patterson, D.R., Wiechmann, S.A. & Wilson, L.G. (1999). Post-traumatic stress symptoms and distress following acute burn injury. *Burns*, 25, 587-592.
- El hamaoui, Y., Yaalaoui, S., Chihabessine, K., Boukind, E. & Moussaoui, D. (2002). Post-traumatic stress disorder in burned patients. *Burns*, 28, 647-650.
- Flatten, G., Wälte, D. & Perlitz, V. (2008). Self-efficacy in acutely traumatized patients and the risk of developing post-traumatic stress syndrome. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 5, 1-8.

- Foa, E., Riggs, D., Dancu, C. & Rothbaum, B. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-474.
- Germann, G., Wentzensen, A., Brandt, K.A. & Steinau, H.U. (1999). *Denkschrift Rehabilitation Brandverletzter. Empfehlungen des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften*. Köln: HVBG Öffentlichkeitsarbeit.
- Görlitz, G. (2005). Körperorientierte Übungen für Erwachsene, Kinder und Jugendliche. In: S.K.D Sulz, L. Schrenker & C. Schrickler (Hrsg.), *Die Psychotherapie entdeckt den Körper – oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit* (S. 25-47). München: CIP-Medien.
- Herrmann, C. & Buss, U. (1994). Vorstellung und Validierung einer deutschen Version der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HAD-Skala). Ein Fragebogen zur Erfassung des psychischen Befindens bei Patienten mit körperlichen Beschwerden. *Diagnostica*, 40, 143-154.
- Holtfrerich, D., Ripper, S., Seehausen, A., Stolle, A., Wallis, H. & Renneberg, B. (in Druck). *Ein Gruppenbehandlungsprogramm für Brandverletzte in der Rehabilitation. Manual*.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer.
- Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49, 115-124.
- Kühner, C. & Weber, I. (2001). Depressionen vorbeugen. *Ein Gruppenprogramm nach R.F. Munoz. Reihe: Therapeutische Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Künzi, W. & Wedler, V. (2004). *Wegweiser Verbrennungen. Beurteilung und Behandlung von Verbrennungen bei Erwachsenen*. Pambio-Noranco: IBSA Institut Biochemie SA.
- Malt, U.F. & Ugland, O.M. (1989). A long-term psychosocial follow-up study of burned adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (Suppl. 355), 94-102.
- Newell, R. (2001). *Body image and disfigurement care*. London: Routledge essentials for nurses.
- Ohm, D. (1999). *Progressive Relaxation. Tiefmuskelentspannung nach Jacobson. Einführung und Übungen. Kombinationsmöglichkeiten mit dem Autogenen Training* (3. Auflage). Stuttgart: Trias.
- Pallua, N., Künsebeck, H.W. & Noah, E.M. (2003). Psychosocial adjustment 5 years after burn injury. *Burns* 29 (2), 143-152.
- Partridge, J. (1997). About Changing Faces: promoting a good quality of life for people with visible disfigurements. *Burns*, 23, 186-187.
- Partridge, J. & Robinson, E. (1995). Psychological and social aspects of burns. *Burns*, 21 (6), 453-457.
- Patterson, D.R., Everett, J.J., Bombardier, C.H., Questad, K.A., Lee, V.K. & Marvin, J.A. (1993). Psychological Effects of Severe Burn Injuries. *Psychological Bulletin*, 113 (2), 362-378.
- Pruzinsky, T. (1998). Rehabilitation challenges for burn survivors with residual disfigurement: promising directions for interventions, research and collaboration. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 19, 169-173.
- Ptacek, J.T., Patterson, D.R. & Heimbach, D.M. (2002). Inpatient depression in persons with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 23 (1), 1-9.
- Renneberg, B., Seehausen, A. & Ripper, S. (2008, Juli). *Predictors of quality of life after severe burn injury*. Vortrag auf dem International Congress of Psychology, Berlin.
- Rief, W. & Hiller, W. (1998). *Somatisierungsstörung und Hypochondrie. Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Band 1*. Göttingen: Hogrefe.
- Ripper, S., Renneberg, B., Wallis, H., Bröcking, K. & Ofer, N. (2007). Arbeitsfähigkeit, Belastungen und Ressourcen nach schweren Brandverletzungen. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 78, 237-243.
- Robinson, E., Rumsey, N. & Partridge, J. (1996). An evaluation of the impact of social interaction skills training for facially disfigured people. *British Journal of Plastic Surgery*, 49, 281-289.
- Rosenbach, C. & Renneberg, B. (2008). Positive change after severe burn injuries. *Journal of Burn Care and Research*, 29, 638-643.



Berliner Institut für Familientherapie
Systemische Therapie · Supervision
Beratung und Fortbildung e.V.
www.bif-systemisch.de

Systemische Beratung in der Sozialen Arbeit (SG)

Systemische Therapie / Familientherapie (SG)

Systemische Kinder- und Jugendlichentherapie

Systemische Supervision (DGSv und SG) Beginn: 10/09

Ergänzungsweiterbildung Supervision (DGSv)

Systemische Beratung und Prozessbegleitung (SG) bzw.

Systemische Beratung und Unternehmensentwicklung (SG)

Systemisches Coaching (SG) Beginn 22.06.09

Sommerworkshop: 15. – 17.07.09

Seminar: Family Group Conference 26./27.09.09

Dozent: Andreas Hampe-Grosser, Berlin

BIF – Berliner Institut für Familientherapie e.V.

Dudenstr. 10, 10965 Berlin,
☎ 2 16 40 28, ☎ 2 15 76 35

E-Mail: info@bif-systemisch.de,
Internet: www.bif-systemisch.de

igw

Institut für Integrative Gestalttherapie
Anerkannter Fortbildungsveranstalter

Weiterbildung in Gestalttherapie
Informations- und Auswahlseminare 2009

München	03.07.-04.07.2009
Freiburg	30.10.-31.10.2009
Würzburg	09.10.-10.10.2009
Zürich	05.06.-06.06.2009

Fortbildungen:

Systemisches GestaltCoaching - 12-tägige Fortbildung für Berater, Trainer und Therapeuten.

Gestalt Kinder- und Jugendlichentherapie – 16-tägige Fortbildung.

Kompakttraining in integrativer Gestalttherapie
vom 09. bis 21.08.2009 in Ellwangen

Tagung: **Gestalt und Politik**
vom 06.11. bis 08.11.2009 in Würzburg

Anmeldungen und ausführliches Informationsmaterial erhalten Sie von

IGW Würzburg

Theaterstraße 4
D-97070 Würzburg

Tel.: 0931/35 44 50, Fax: 0931/35 44 544

E-Mail: Monika.Uhlschmidt@igw-gestalttherapie.de

Internet: www.igw-gestalttherapie.de

- Rossi, L.A., da Vila, V., Zago, M.M.F. & Ferreira, E. (2005). The stigma of burns perceptions of burned patients' relatives when facing discharge from hospital. *Burns*, 31, 37-44.
- Saffle, J.R. (1998). Predicting outcomes of burns. *New England Journal of Medicine*, 338 (6), 387-388.
- Sulz, S.K.D., Schrenker, L. & Schricker, C. (Hrsg.). (2005). *Die Psychotherapie entdeckt den Körper – oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit*. München: CIP-Medien.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 455-472.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1-18.
- Tedstone, J.E. & Tarrier, N. (1997). An investigation of the prevalence of psychological morbidity in burn-injured patients. *Burns*, 23 (7/8), 550-554.
- Thompson, A. & Kent, G. (2001). Adjusting to disfigurement: Processes involved in dealing with being visibly different. *Clinical Psychology Review*, 21 (5), 663-682.
- Van-Loey, N.E., Faber, A.W. & Taal, L.A. (2001). A European hospital survey to determine the extent of psychological services offered to patients with severe burns. *Burns*, 27, 23-31.
- Van Loey, N.E. & Van Son, J.M. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4 (4), 245-272.
- Wallace, M. & Lees, J. (1988). A psychological follow-up study of adult patients discharged from a British burn unit. *Burns*, 14 (11), 39-45.
- Wallis, H. (2006). *Entwicklung eines Gruppenbehandlungsprogramms für Brandverletzte in der Rehabilitationsphase*. Unveröffentlichte Dissertation, Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg.
- Wallis, H., Renneberg, B., Ripper, S., Germann, G. Wind, G. & Jester, A. (2006). Emotional distress and psycho-social resources in the recovery from severe burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 27 (5), 734-741.
- Wallis, H., Renneberg, B., Neumann, M., Ripper, S. & Bastine, R. (2007). Ressourcen und Belastungsfaktoren nach schweren Brandverletzungen – eine qualitative Studie zwei Jahre nach dem Unfall. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 28, 173-187.
- Waymack, J.P. & Rutan, R.L. (1994). Recent advances in burn care. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 31, 230-238.
- Wiechman, S.A. & Patterson, D.R. (2004). Psychosocial Aspects of burn injuries. *British Medical Journal*, 329, 391-393.
- Yalom, I. (2000). *Existenzielle Psychotherapie* (3. Auflage). Köln: Edition Humanistische Psychologie.



Dr. phil. Hanna Wallis-Simon

Diplom-Psychologin,
Psychologische Psychotherapeutin (VT)
BG Unfallklinik Ludwigshafen
Klinik für Hand-, Plastische und
Rekonstruktive Chirurgie,
Schwerbrandverletzentzentrum
Ludwig-Guttman-Straße 13
67071 Ludwigshafen/Rhein
wallis@bgu-ludwigshafen.de



Prof. Dr. Babette Renneberg

Freie Universität Berlin
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
b.renneberg@fu-berlin.de

Recht: Aktuell

Praxistipps – Hinweise – Informationen

Zum Einsichtsrecht von Patienten in die persönlichen Aufzeichnungen eines Psychotherapeuten

Bernd Rasehorn

Rechtsanwalt und Justitiar der Psychotherapeutenkammer Bremen

Zusammenfassung: Zwei aktuelle Entscheidungen des Landgerichts Münster (Urteil vom 16. August 2007, AZ. 11 S 1/07) und des Landgerichts Bremen¹ (Urteil vom 25. Juli 2008, AZ. 3 O 2011/07) treffen zur Fortentwicklung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Einsichtsrecht von Patienten² in die persönlichen Aufzeichnungen des Psychotherapeuten folgende Aussagen: „Ein therapeutischer Vorbehalt gegen die Einsichtnahme von Patienten in Behandlungunterlagen ihres Psychotherapeuten gilt auch nach der neueren Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in NJW 2006, 1116, fort. Dem therapeutischen Vorbehalt kann dadurch Rechnung getragen werden, dass die Einsichtnahme durch einen anderen sachkundigen Arzt/Fachbehandler/Nachbehandler erfolgt. Ein Einsichtsrecht in die persönlichen Aufzeichnungen des Psychotherapeuten besteht nur so weit, wie das Persönlichkeitsrecht des Psychotherapeuten dem nicht entgegensteht. Der Psychotherapeut ist berechtigt, durch Schwärzung oder Überdeckung persönliche Informationen unkenntlich zu machen, die ihn in seinem Persönlichkeitsrecht betreffen.“

Nachdem das Bundesverfassungsgericht mit seiner Entscheidung vom 9. Januar 2006, AZ. 2 BvR 443/02, abgedruckt in Neue Juristische Wochenschrift (NJW), 2006, S. 1116, die Rechtsprechung zum Einsichtsrecht von Patienten in die Dokumentation des Psychotherapeuten, insbesondere in die persönlichen Aufzeichnungen, weiterentwickelt hatte, liegen nunmehr Folgeentscheidungen zu den Auswirkungen dieser Rechtsprechung auf die psychotherapeutische Praxis vor (vgl. Rasehorn, 2007, Psychothe-

rapeutenjournal, 6 (4), 368-372). Beide Gerichte kommen zu folgenden Kernaussagen.

1. Therapeutischer Vorbehalt

Ein therapeutischer Vorbehalt gegen die Einsichtnahme des Patienten in die Dokumentation des Psychotherapeuten kann weiterhin begründet geltend gemacht werden. Mit der Herausgabe der Dokumentation an einen anderen Arzt/Fachbehandler/Nachbehand-

ler kann dem Vorbehalt Rechnung getragen werden und der (vor-)behandelnde Psychotherapeut kann hierdurch seiner Verpflichtung aus dem Behandler-Patienten-Verhältnis, dem Patienten bestmögliche Hilfe zu leisten, gerecht werden. Der drittbeteiligte Behandler entscheidet dann in eigener Verantwortung, welche Informationen über die Vorbehandlung der Patient erhält. Gegenüber einem neutralen Drittbeteiligten dürften keine durchgreifenden Bedenken bestehen.

Fraglich könnte allerdings sein, das Einsichtsrecht des Patienten durch einen Nachbehandler wahrnehmen zu lassen, weil dessen Behandlungsverhältnis zu dem Patienten belastet wird durch die Auswertung und Auswahl und ggf. das Verweigern von Informationen aus dem vorangegangenen Behandlungsverhältnis, insbesondere wenn persönliche Aufzeichnungen des Vorbehandlers betroffen sind. Hier sollte jeder psychotherapeutische Nachbehandler sorgfältig prüfen, ob die Einsichtnahme, die Auswahl und das Vorkommen von Informationen aus der Dokumentation des Vorbehandlers gegenüber dem Pati-

enten der Behandlung dienlich ist oder an einen neutralen Fachbehandler delegiert werden sollte.

2. Persönlichkeitsrecht des Psychotherapeuten

Das Einsichtsrecht des Patienten in die Dokumentation ist auch eingeschränkt durch das Persönlichkeitsrecht des Psychotherapeuten an seinen persönlichen Aufzeichnungen, die von vornherein nicht für den Gebrauch durch Dritte oder durch den Patienten selbst bestimmt waren, sondern ausschließlich seiner eigenen Reflexion und der Kontrolle seiner Wahrnehmungen dienen. Hat der Psychotherapeut ein überwiegendes berechtigtes Interesse daran, dass seine persönlichen Aufzeichnun-

1 Die Entscheidungen des LG Bremen und LG Münster können eingesehen und heruntergeladen werden von den Internet-Seiten des Verfassers unter www.dasgesetz.de dort unter >Service >Formulare >Psychotherapeutenrecht.

2 Der besseren Lesbarkeit wegen, wird die männliche Form für Therapeut/in, Behandler/in und Patient/in benutzt.

gen dem Patienten nicht zur Kenntnis gelangen, muss das Einsichtsrecht des Patienten auch in die persönlichen Aufzeichnungen zurücktreten. Das Einsichtsrecht wird (lediglich) für die Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen benötigt, so dass die Belastung des Patienten mit einer (etwaigen teilweisen) Nichtherausgabe von Unterlagen und der damit möglicherweise verbundenen Beweiserschwernis im Schadenersatzprozess geringer zu bewerten ist als die mögliche Verletzung des verfassungsrechtlich geschützten Persönlichkeitsrechts des Psychotherapeuten (so ausdrücklich LG Bremen, Urteil vom 25. Juli 2008, AZ. 3 O 2011/07, S. 9 f.).

Dies beruht darauf, dass gegenüber der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu der erheblichen grundrechtlichen Gefährdungslage eines Patienten im Maßregelvollzug und dem daraus abgeleiteten weitgehenden Einsichtsrecht eine solche Gefährdung von Grundrechten des Patienten in einem privatrechtlichen Behandlungsverhältnis nicht in gleicher Intensität gegeben ist. Diese hier in der Entscheidung des Landgerichts Bremen nachvollzogene Differenzierung wird allerdings in der Entscheidung des Landgerichts Münster nicht berücksichtigt.

Im Ergebnis kommen beide Gerichte zu der vom Bundesverfassungsgericht vorgegebenen Lösung, dass der Psychotherapeut berechtigt ist, diejenigen Passagen in seinen persönlichen Aufzeichnungen unkenntlich zu machen, die ihn in seinem Persönlichkeitsrecht betreffen. Fraglich könnte sein, wie weit der Psychotherapeut zur Unkenntlichmachung der

persönlichen Aufzeichnungen berechtigt ist und ob er hierbei einer Kontrolle unterliegt. Soweit von Patientenseite eine zu weitgehende Unkenntlichmachung von persönlichen Aufzeichnungen bis hin zum Missbrauch dieses Rechts geltend gemacht würde, ist eine Missbrauchsgefahr hinzunehmen, da eine Überprüfung, ob es sich tatsächlich um persönliche Aufzeichnungen handelt, durch unbeteiligte Dritte mangels persönlicher Beteiligungen nicht möglich ist (LG Bremen und LG Münster unter Bezugnahme auf BGH in NJW, 1983, S. 328).

Insbesondere ist nach Auffassung des Landgerichts Bremen nicht erheblich, wenn der Psychotherapeut möglicherweise nur persönliche Aufzeichnungen angefertigt hat und infolge dessen möglicherweise ausschließlich unkenntlich gemachte Unterlagen herausgibt. Soweit dann ein Behandlungsfehler auf Grund einer dann ggf. weitgehend unkenntlich gemachten Behandlungsdokumentation nicht nachgewiesen werden kann, gelten für den Patienten Beweiserleichterungen bis zur Beweislastumkehr gegenüber dem Psychotherapeuten (vgl. Rasehorn, 2007, Psychotherapeutenjournal, 6 (4), S. 369 unter I. 4.). Insbesondere wären die persönlichen Aufzeichnungen nicht schon deshalb herauszugeben, weil keine objektive Verlaufsdokumentation vorhanden wäre. Ein solches Ergebnis würde die Beweisnot des Patienten pauschal höher gewichten als das Persönlichkeitsrecht des Psychotherapeuten (LG Bremen, a.a.O., S. 11).

Auf jeden Fall sind aber die Berichte an den Gutachter der Krankenkasse herauszugeben, da diese Berichte ohnehin an

einen Dritten gerichtet waren und nicht zum geschützten Persönlichkeitsbereich des Psychotherapeuten gehört (LG Münster, a.a.O., S. 2).

3. Zur Durchführung des Einsichtsrechts

Beide Gerichte sprechen aus, dass die Einsichtnahme in die Dokumentation durch Aushändigung der Unterlagen an einen drittbeteiligten Behandler in Kopie Zug um Zug gegen Kostenerstattung der durch das Kopieren und ggf. Schwärzen entstehenden Kosten zu erfolgen hat, wobei das Landgericht Bremen einen Kostensatz von 0,50 € je Kopie festsetzt.

Aus den Urteilen kann entnommen werden, dass die Gerichte eine vollständige Herausgabe der Behandlungsdokumentation für berechtigt ansehen, d. h. Aushändigen der objektiven Verlaufsdocumentation, der Berichte an Gutachter, Krankenkasse oder sonstige Dritte, der mit und über den Patienten geführten schriftlichen Korrespondenz, auch mit anderen natürlichen und juristischen Personen sowie der Therapieprotokolle bzw. persönlichen Aufzeichnungen. Der Psychotherapeut ist berechtigt bzw. es bleibt ihm freigestellt, dabei solche Passagen durch Schwärzung oder Überdeckung unkenntlich zu machen, die seine subjektiven Empfindungen, Gegenübertragungen oder andere persönliche Informationen über den Psychotherapeuten zum Inhalt haben, die einen Einblick in seine Persönlichkeit erlauben würden.

Für die Praxis dürfte es Sinn machen, die Behandlungsdokumentation

chronologisch fortlaufend in einer Aktenheftung zu führen und subjektive Aufzeichnungen ggf. in einer gesonderten Heftung zu dieser Patientenakte. Bei einem Einsichtsverlangen kann sodann eine schnelle Durchsicht und Zusammenstellung der Unterlagen für einen Kopiersatz zur Aushändigung erfolgen. Dasselbe gilt sodann für die persönlichen Aufzeichnungen und die ggf. vorzunehmenden Schwärzungen.

Grundsätzlich darf jede auszuhändigende Kopie mit einem Betrag von 0,50 € berechnet werden. Der Aufwand für die Durchsicht und Schwärzung der persönlichen Aufzeichnungen kann beispielsweise mit dem Stundensatz für ein Ausfallhonorar abgerechnet werden. Die Kosten der Tätigkeit des einsichtnehmenden drittbeteiligten Behandlers hat der Patient zu tragen.

Ggf. entstehen dem Patienten hiernach Kosten für die Gewährung der Einsichtnahme in einer Höhe, die wiederum Anlass für Streitigkeiten zwischen Psychotherapeut und Patient geben könnte. Beide Gerichte weisen allerdings darauf hin, dass die Einsichtnahme nur Zug um Zug gegen Kostenerstattung zu gewähren ist. Der vorausleistungspflichtige Psychotherapeut kann die Aushändigung der Unterlagen bei erkennbarer Gefahr der mangelnden Zahlungsfähigkeit oder -bereitschaft des Patienten solange zurück halten bis zunächst der Kostenerstattungsbetrag gezahlt oder zumindest hinterlegt oder hierfür eine Sicherheit gegeben wird. Allerdings dürften derartige Streitigkeiten für keinen Beteiligten zielführend sein.

4. Bedeutung für die psychotherapeutische Praxis

Mit den vorliegenden Urteilen des Landgerichts Bremen und des Landesgerichts Münster dürfte eine wesentliche Fortentwicklung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Einsichtsrecht des Patienten in die persönlichen Aufzeichnungen des Psychotherapeuten erfolgt sein. Grundsätzlich wird bestätigt, dass ein therapeutischer Vorbehalt gegen das Einsichtsrecht begründet geltend gemacht werden kann und dies lediglich zu einer Einsichtnahme durch einen drittbeteiligten Behandler führt. Grundsätzlich halten die vorbezeichneten Gerichtsentscheidungen aber auch die Einsichtnahme in die persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten für gerechtfertigt, weil diesem das Recht verbleibt, diejenigen persönlichen Aufzeichnungen unkenntlich zu machen, die sein Persönlichkeitsrecht betreffen.

Es ist zu erwarten, dass sich diese Rechtsprechung durchsetzen wird, weil hierdurch ein praktikabler Weg zum Ausgleich zwischen dem Einsichtsrecht des Patienten und dem Persönlichkeitsrecht des Psychotherapeuten aufgezeigt ist. Soweit nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts im Raum stand, dass der Psychotherapeut zum Schutze seines Persönlichkeitsrechts zukünftig persönliche Aufzeichnungen nur noch in eingeschränkter bzw. objektiver Fassung vornehmen könnte (vgl. Rasehorn, 2007, Psychotherapeutenjournal, 6 (4), S. 371, unter III. 2.), bleibt es nach den jetzt vorliegenden Gerichtsentscheidungen dem

Psychotherapeuten freigestellt, aus seinen uneingeschränkten subjektiven persönlichen Aufzeichnungen ggf. nachträglich gegenüber einem geltend gemachten Einsichtsrecht des Patienten eine eingeschränkte bzw. objektivierte Fassung zu erstellen.

Bedeutsam ist insbesondere die Aussage des Landgerichts Bremen, dass selbst bei (hier einmal unterstellt) lediglich vorliegenden persönlichen Aufzeichnungen aus dem Behandlungsverhältnis es dem Psychotherapeuten dennoch freigestellt bleibt, die zum Schutze seines Persönlichkeitsrechts notwendigen Schwärzungen vorzunehmen und hieraus nicht ein Anspruch auf uneingeschränkte Einsichtnahme in die persönlichen Aufzeichnungen erwächst. Vielmehr gewinnt in derartigen Fällen das Beweiserleichterungsrecht für den Patienten im Arzthaftungsprozess an Bedeutung.

5. Praktischer Umgang mit Einsichtsverlangen

Psychotherapeuten, die mit einem Anspruch auf Einsichtnahme in die Behandlungsdokumentation durch einen Patienten konfrontiert sind, sollten hiernach folgende Regeln beachten:

Zunächst sollte geprüft werden, ob ein therapeutischer Vorbehalt in die Einsichtnahme besteht und in diesem Falle eine Einsichtnahme nur an einen drittbeteiligten Behandler angeboten wird. Sodann sollte die objektive Behandlungsdokumentation daraufhin geprüft werden, ob darin bereits sub-

jektive Wahrnehmungen des Psychotherapeuten enthalten sind, die zum Schutze des Persönlichkeitsrechts unkenntlich zu machen sind. Dies dürfte aber generell nicht gelten für alle Berichte und Korrespondenz mit Drittbeteiligten. Schließlich ist zu prüfen, inwieweit persönliche Aufzeichnungen für eine Einsichtnahme durch den Patienten zum Schutz des Persönlichkeitsrechts unkenntlich zu machen sind. Für den sodann zu fertigenden Kopsatz der Behandlungsdokumentation können 0,50 € je Kopie Kostenerstattung berechnet werden sowie ggf. der Aufwand für das Unkenntlichmachen der subjektiven Wahrnehmungen in der Behandlungsdokumentation. Abschließend kann dem Patienten angeboten werden, den Kopsatz der Behandlungsdokumentation Zug um Zug gegen Erstattung/Vorausleistung des berechneten Kostenbetrages an diesen bzw. bei einem therapeutischen Vorbehalt an einen geeigneten drittbeteiligten Behandler auszuhandeln.

In den Fällen, in denen ggf. als Behandlungsdokumentation im Wesentlichen die persönlichen Aufzeichnungen des Psychotherapeuten vorliegen, könnte es sinnvoll sein, aus diesen heraus eine Rekonstruktion der objektivierten Verlaufsdokumentation vorzunehmen unter Beifügung der vorliegenden Berichte und Korrespondenzen. Sodann ist abzuwägen, in welchem Umfang aus den persönlichen Aufzeichnungen Behandlungsdaten mitgeteilt werden und eine Unkenntlichmachung nur zurückhaltend ausgeführt wird, um in einem etwaigen Haftungsprozess nicht die Beweiserleichterungen für den Patienten auszulösen.³

Regelmäßig dürfte es sinnvoll sein, in derartigen Angelegenheiten frühzeitig die eigene Berufshaftpflichtversicherung einzuschalten sowie einen Rechtsanwalt. Die Berufshaftpflichtversicherung gewährt aber im Rahmen der Klärung des Einsichtsrechts des Patienten nicht unbedingt Kostendeckung für die Einschaltung eines Rechtsanwaltes, solange vom Patienten noch kein Berufshaftpflichtfall gegenüber dem Psychotherapeuten geltend gemacht wird. Die Wahrnehmung des Einsichtsrechts durch den Patienten stellt für sich genommen noch keinen Haftpflichtfall dar, sondern die Erfüllung einer Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag.



Bernd Rasehorn

Rechtsanwalt und Justitiar der Psychotherapeutenkammer Bremen
Engel und Partner
Rechtsanwälte Fachanwälte
Notare
Schwachhauser Heerstr. 25
28211 Bremen
www.dasgesetz.de

³ In Psychotherapeutenjournal 2007, 6 (4), S. 386 unter I. 3. a) hatte ich darauf hingewiesen, dass Formularbögen für eine objektivierte Verlaufsdokumentation von entsprechenden Fachverlagen bezogen werden könnten. Dieser Hinweis hat zu Nachfragen und Missverständnissen geführt. Muster für die Gestaltung von Dokumentationen können über folgende Bezugsquellen angefragt werden: www.apw-wiegandt.de, www.turbomed.de, www.bv-med.de (Stand November 2008).

Aktuelles aus der Forschung

Matthias Ochs

Psychotherapeutenkammer Hessen

Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie stellt wirksame Alternative zu Antidepressiva bei Rückfallprophylaxe dar

Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E. & Teasdale, J.D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76 (6), 966-978.

Die Rückfallrate bei unbehandelten Depressionen wird im Erwachsenenalter bei 80% angesiedelt. Die Rückfallvorsorge stellt deshalb eine wichtige Aufgabe in der nachhaltigen Behandlung von Patienten mit Depressionen dar. In der vorliegenden Studie wird bei Patienten mit antidepressiver Medikamentenbehandlung untersucht, ob sich a) die Beibehaltung dieser Behandlung oder b) Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (bei gleichzeitiger Verringerung bzw. Beendigung der Medikamentenbehandlung) für die Rückfallprophylaxe besser eignet. Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie stellt einen Hybrid aus Achtsamkeitsbasiertem Stressreduktionstraining, das seine Wurzeln u. a. in buddhistisch-meditativen Konzepten hat und von John Kabat-Zinn entwickelt wurde, und kognitiver Depressionstherapie nach Beck dar. Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie wird in der

Regel, so auch in dieser Studie, in Form eines achtwöchigen, manualisierten Gruppentherapieprogramms angewendet. Es wurde eine Therapievergleichsuntersuchung mit zwei Therapiegruppen durchgeführt (eine Gruppe bestehend aus 62 Patienten mit Beibehaltung der Medikamentenbehandlung, eine andere Gruppe bestehend aus 61 Patienten mit Achtsamkeitsbasierter Kognitiver Therapie plus Verringerung bzw. Beendigung der Medikamentenbehandlung), wobei die Patienten per Zufall den Gruppen zugewiesen wurden (Randomisierung). Untersucht wurden hierbei folgende Parameter als abhängige Variablen: 1. Rückfallrate; 2. Sekundäre Erfolgsmaße, wie Lebensqualität und komorbide seelische und körperliche Symptome und 3. Kosteneffektivität. In der 15-Monate-Katamnese ergab sich für die Patientengruppe mit Beibehaltung der antidepressiven Medikamentenbehandlung eine Rückfallrate von 60%, in der Gruppe mit Achtsamkeitsbasierter Kognitiver Therapie eine Rückfallrate von 47%. Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie hat sich zudem als wirksamer herausgestellt, was die Verringerung depressiver Residualsymptomatik, die psychopathologische Komorbidität sowie die Verbesserung der

Lebensqualität angeht. 75% der Patienten in der Gruppe mit Achtsamkeitsbasierter Kognitiver Therapie setzten die Antidepressiva komplett ab. Bezüglich Kosteneffektivität haben sich keine Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsarten gezeigt. Patienten (aus beiden Gruppen), die einen Rückfall im Untersuchungszeitraum hatten, tendierten interessanterweise zur Behandlung des Rückfalls eher zu Antidepressiva.

Kommentar: Es war explizit nicht Ziel der Studie, mögliche Mechanismen der Rückfallvorsorge mittels Achtsamkeitsbasierter Kognitiver Therapie zu untersuchen. Möglich ist jedoch, so spekulieren die Autoren, dass größere Achtsamkeit Patienten dazu befähigt, Rückfallssignale an sich selbst frühzeitiger zu erkennen und automatisierte Reaktionsmuster (z. B. überforderndes Verhalten, negatives Denken) diesbezüglich zu unterbrechen. Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie kann eine Alternative zur medikamentösen Rückfallprophylaxe sein, denn die Compliance hierfür betrug zumindest in der vorliegenden Studie 85% (die Einnahmecompliance von Antidepressiva beträgt bekanntlich mitunter nur 50%). Zudem erlernen Pa-

tienten, dass sie mittels einer verbesserten Aufmerksamkeit und Achtsamkeit gegenüber Frühwarnsymptomen durch verändertes Handeln und Denken aktiv gegensteuern können und werden so in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt. Allerdings verlangt das Erlernen von Achtsamkeit im Sinne der Behandlung ein hohes Maß an Disziplin, wofür Patienten aufgrund ihrer Sozialisation und Ausstattung bekanntlich sehr unterschiedlich befähigt sind.

Für den Kontext der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass Achtsamkeitsbasierte Kognitive Psychotherapie trotz kognitiv verhaltenstherapeutischer Elemente und Manualisierung keine wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Methode im Sinne des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie darstellt (wenngleich eine Vielzahl von Studien in renommierten Fachzeitschriften vorliegen). Eine sozialrechtlich Anerkennung durch den G-BA liegt für die Methode ebenfalls nicht vor. Zudem werden Kurse in Achtsamkeitsbasierter Kognitiver Psychotherapie in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezuschusst. Es gibt aber Ausnahmen. Die meisten Betriebs-

krankenkassen bezuschussen Gruppenkurse zur Achtsamkeitsbasierten kognitiven Psychotherapie (etwa im Rahmen von Präventionskursen), sofern der Kursanbieter die berufliche Qualifikation und eine entsprechende Ausbildung besitzt. Außerdem scheint es so, dass Psychotherapeuten selbst über eine solide Achtsam-

keits-/Meditationspraxis verfügen müssen, um das Manual fachgerecht und professionell durchführen zu können. Dennoch können Elemente des Manuals, wie etwa der sog. „body scan“ auch im Kontext von Richtlinienpsychotherapie, beispielsweise im Rahmen von Entspannungsinduktionen, Verwendung finden.

Körperpsychotherapie hilft bei generalisierten Angststörungen

Levy-Berg, A., Sandell, R. & Sandahl, C. (2009). *Affect-Focused Body Psychotherapy in Patients with generalized Anxiety Disorder: Evaluation of an Integrative Method. Journal of Psychotherapy Integration*, 19 (1), 67-85.

Gefühlsfokussierte Körperpsychotherapie ist ein manualisierter Behandlungsansatz, der vor psychodynamischem Hintergrund körperorientierte psychotherapeutische Techniken zur Erkundung von Gefühlen nutzt. Ziel ist hierbei, den Patienten dabei zu unterstützen, die „Information“ seiner Gefühle, die in bestimmten somatischen Symptomen „stecken“, besser zu verstehen und die Toleranz für Gefühle im Allgemeinen und für Angst im Speziellen zu erhöhen. Die vorliegende Studie stellt eine randomisierte Vergleichsgruppenuntersuchung mit 61 Patienten mit der Diagnose einer generalisierten Angststörung dar. Verglichen wurden hierbei eine Untersuchungsgruppe, die mit gefühlsfokussierter Körperpsychotherapie behandelt wird (eine Sitzung pro Woche über den Zeitraum von einem Jahr) und eine Untersuchungsgruppe, die nach üblichem Vorgehen psychiatrisch be-

handelt wird. Zur Überprüfung der Wirksamkeit beider Behandlungsbedingungen wurden drei Fragebögen (ein Angstfragebogen, die Symptom Checklist SCL-90 und der WHO Well Being-Index) zu Beginn, am Ende der Behandlung sowie ein Jahr nach Ende der Behandlung eingesetzt. Insgesamt betrachtet konnte in beiden Behandlungsgruppen über den Behandlungszeitraum eine statistisch bedeutsame Verringerung der Gesamtsymptombelastung verzeichnet werden. Diese Verringerung setzte sich auch ein Jahr nach der Behandlung fort, allerdings weniger stark. Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen gab es allerdings betreffend der Gesamtsymptombelastung, gemessen mit der Symptom-Checklist SCL-90: Die Patienten in der Körperpsychotherapie-Behandlungsgruppe konnte diese deutlich mehr reduzieren, als die Untersuchungsgruppe, die nach üblichem Vorgehen psychiatrisch behandelt wurde. Zudem reagierten die Messinstrumente zur Erfassung der Angst unterschiedlich sensitiv: Mithilfe des Beck Anxiety Inventory konnten keine statistisch bedeutsamen Wirksamkeitsunterschiede zwischen den



DGPPN KONGRESS 2009

25. – 28. November 2009 • ICC Berlin

mit DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung und Pflegekongress



CME-akkreditiert
Fortbildungsprogramm jetzt online
500 Stipendien für Medizinstudenten

Psychische Erkrankungen in der Lebensspanne

- Verlauf und Prävention psychischer Erkrankungen
- Psychosoziale und biologische Einflüsse auf den Krankheitsverlauf
- Psychische Erkrankungen am Übergang von der Kindheit und Jugendzeit zum Erwachsenenalter
- Demenzielle Erkrankungen
- Alters- und störungsspezifische Psycho- und Pharmakotherapie
- Bedarfsgerechte Versorgung, Qualitätssicherung und Honorierung

Anmeldeschluss für wissenschaftliche Beiträge

1. Juli 2009 Freie Vorträge und Poster

Anmeldung unter www.dgppn-kongress.de



In Zusammenarbeit mit der World Psychiatric Association WPA

beiden Behandlungsbedingungen ausgemacht werden, wohl aber mittels der Angst-Unterskala der Symptom Checklist SCL-90. Diese Unterskala weist auf eine größere Reduktion der Angst in der Körperpsychotherapie-Behandlungsgruppe hin.

Die Autoren machen auf eine Reihe von Begrenzungen der Aussagekraft der Untersuchung aufmerksam, die vor allem damit zusammenhängen, dass sie im Versorgungskontext durchgeführt wurde. So muss etwa eine fehlende „Reinheit“ der Patientengruppe (z. B. teilweise vorhandene schwere Komorbiditäten, unterschiedlicher Chronizität) konstatiert werden. Zudem wurden in der Untersuchungsgruppe mit üblicher psychiatrischer Behandlung konkret recht unterschiedliche Behandlungen durchgeführt, teilweise, wie die Autoren betonen, sogar hochwertige Psychotherapie.

Die Studie kann als Kompromissversuch betrachtet werden, einerseits künstlichen Laborbedingungen zu entkommen (und somit die externe Validität zu erhöhen) und andererseits gleichzeitig trotzdem bestimmte Standards experimenteller Psychotherapieforschung, wie Randomisierung und Manualisierung der Körperpsychotherapiebedingung, zu erfüllen. Trotz dieser Limitierungen folgern die Autoren, dass Körperpsychotherapie eine wirksame Behandlung bei Angststörungen darstellt, vergleichbar etwa mit kognitiv-behavioralen Strategien.

Kommentar: Die Autoren betrachten die Einbeziehung körperpsychotherapeutischer Elemente in die Behandlung von Patienten mit generalisierter Angststörung deshalb als indiziert, da diese Patienten häufig wegen Muskelverspannungen und Schmerzen somatische

Mediziner und Physiotherapeuten aufsuchen – jedoch durch deren Zugang zu den körperlichen Symptomen oft frustriert werden. Ein körperpsychotherapeutischer Zugang hingegen setzt ebenfalls an den körperlichen Symptomen an, versucht jedoch über diesen zugrundeliegende Gefühle, vor allem Ängste, anzusteuern.

Erwähnt werden sollte, dass die „Dosis“ der Therapie – Sitzungen über ein ganzes Jahr hinweg – in der vorliegenden Studie größer ist als in anderen publizierten Studien zur generalisierten Angststörung und die Effekte geringer als beispielsweise in neueren verhaltenstherapeutischen Studien, mit etwa um eine Akzeptanzkomponente erweiterte psychotherapeutische Methode.

Es haben sich mittlerweile viele interessante Ansätze zur

Arbeit mit dem Körper in der Psychotherapie entwickelt (wie etwa auch der in der Studie applizierte Ansatz), jedoch haben solche Verfahren „bisher wenig Verbindung zur Sprache und Praxis der Richtlinienpsychotherapie gefunden“, so der Körperpsychotherapeut Thomas von Stuckrad. Dies hängt vor allem auch damit zusammen, dass in den Psychotherapie-Richtlinien explizit festgestellt wird, dass „körperbezogene Therapieverfahren“ keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sind und nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehören. Für die Praxis der psychotherapeutischen Versorgung stellt sich also die Herausforderung, wie Patienten innerhalb der Richtlinienvorgaben dazu ermutigt werden können, auf Körperprozesse zu achten und diese therapeutisch genutzt werden können.

Psychotherapie geht häufig mit positiven Veränderungen in der Lebensqualität einher

Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M.B., Ring-Kurtz, S., Gallop, R., Stirman, S., Present, J., Temes, C. & Goldstein, L. (2008). Changes in positive quality of life over the course of psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol 45 (4), 419-430.

Die vorliegende Untersuchung stellt eine Zusammenfassung von fünf Studien dar, in denen die Veränderungen der Lebensqualität über den Verlauf von Psychotherapie (vier Messzeitpunkte: prä, post, 6- und 12-Monate-Katamnese) bei Patienten (n=139) mit unterschiedlichen psychischen Störungen (generalisierte

Angststörung, Panikstörung, Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Adipositas) erfasst wurde. Eingesetzt wurden verschiedene psychotherapeutische Ansätze, u. a. interpersonelle Psychotherapie nach Luborsky und kognitive Therapie nach Beck. Als Messinstrumente kamen eine Reihe symptombezogener Fragebögen, ein Fragebogen zur Erfassung interpersoneller Probleme sowie das „Quality of Life Inventory“ (QOLI) zur Anwendung. Die Fragen des QOLI beziehen sich auf Bereiche, wie beispielsweise Beruf, Beziehung, Freunde, Finanzen, Gesundheit, Nachbarschaft, Kreativität, Lernen, Ziele und Werte, Verwandte, Erholung.

Als ein interessanter Befund erscheint zunächst einmal, dass sich zu Therapiebeginn die Lebensqualität zwischen den fünf Patientengruppen bedeutsam unterschied: Patienten mit Adipositas und Panikstörungen wiesen vergleichsweise deutlich positivere Lebensqualitätsmaße auf, während Patienten mit Depressionen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen deutlich negativere Lebensqualitätswerte angaben. Patienten mit generalisierter Angststörung gaben leicht negative Lebensqualitätswerte an.

Es zeigte sich, dass sich die Lebensqualität insgesamt betrachtet im Durchschnitt

moderat bis stark vom Beginn der Behandlung bis zur Nachbefragung nach 6 Monaten (prä-post-Effektstärke $d = 0.61$; prä-6-Monate-Katamnese-Effektstärke $d = 0.75$) positiv veränderte. Bei der Einjahres-Katamnese zeigte sich allerdings wieder eine leichte Abschwächung dieses Effektes (prä-1-Jahres-Katamnese-Effektstärke $d = 0.41$). Wie aufgrund der Lebensqualitätswerte zu Therapiebeginn zu erwarten ist, zeigen Patienten mit Depressionen und Borderlinestörungen die höchsten Veränderungswerte. Des Weiteren wurden moderate negative Korrelationswerte (-0.40 bis -0.52) zwischen den Symptommaßen sowie den Maßen

für interpersonelle Probleme und der Lebensqualität ermittelt. Allerdings haben sich keine Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge ermitteln lassen – auch keine Hinweise darauf, wie zunächst einmal klinisch plausibel erscheinend, dass Symptomverbesserung zu Verbesserung der Lebensqualität führt. Eine Ausnahme bildeten Angstsymptome: Hier konnte gezeigt werden, dass der Verbesserung der Angstsymptomatik eine Verbesserung der Lebensqualität vorausging.

Kommentar: Zunächst einmal widerlegt die Untersuchung

ein manchmal geäußertes Vorurteil gegenüber Psychotherapie – nämlich dass diese „nur“ Störungen repariere, um Patienten wieder „funktionsfähig“ zu machen. Es scheint auf Grundlage der Ergebnisse der vorliegenden Studie vielmehr so, dass Psychotherapie oftmals positive Nebenwirkungen auf weitere Lebensbereiche des Patienten, über Symptomverbesserung hinausgehend, nicht verhindern kann. Psychotherapie kann also niemals nur eng gefasste Symptomreduktion und -behebung sein; nolens volens wirkt sie sich oft auch auf andere Bereiche der

Lebensqualität salutogenetisch aus. Allerdings scheint individuelle Psychotherapie, wie hier appliziert, den größten Effekt eben auch auf individuelle Aspekte der Lebensqualität (z. B. Selbstwert, eigene Lebensziele, individuelle Gefühle) zu haben, weniger auf soziale Aspekte der Lebensqualität (z. B. Beziehungen zur Nachbarschaft). Dies kann als Hinweis dafür verstanden werden, so die Autoren, dass bei einer gewünschten Ansteuerung sozialer Lebensqualitätsaspekte, diese auch explizit in der Behandlung angesprochen werden müssen.

Zudem bleibt bei bestimmten Patienten die Lebensqualität trotz Verbesserung derselben im Verlauf der Psychotherapie bedeutsam unter dem Normdurchschnitt. Dieser Befund veranlasst die Autoren, Psychotherapeuten zu empfehlen, nicht nur auf die Lebensqualität verbessernde Kraft von Psychotherapie zu vertrauen, sondern Lebensqualitätsansätze oder verwandte Konzepte, wie jenes der positiven Psychotherapie von Seligman, aktiv in die Behandlung mit einzubeziehen.

Komorbid sexuelle Probleme verbessern sich oft unter Psychotherapie – auch wenn diese nicht explizit behandelt werden

Hoyer, J., Uhmann, S., Rambow, J. & Jacobi, F. (2009). *Reduction of sexual dysfunction: by-product of cognitive-behavioral therapy for psychological problems? Sexual and Relationship Therapy, 24* (1), 64-73.

In dieser Studie wurden 451 Patienten (83,7% mit einer Angst oder Depressionsstörung, 13,7% mit einer moderaten bis schweren depressiven Episode) vor und nach psychotherapeutischer Behandlung (kognitive Verhaltenstherapie) per Fragebogen (deutsche Fassung des „Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire“, MGH) zu sexuellen Dysfunktionen befragt. Der MGH beinhaltet folgende Dimensionen: Sexuelles Interesse; die Fähigkeit, sexuell erregt zu sein; die Fähigkeit, einen

Orgasmus zu erleben; die Fähigkeit, eine Erektion/Lubrikation zu haben; allgemeine sexuelle Zufriedenheit. Ziel der Studie war, die klinisch plausible Vermutung empirisch zu überprüfen, dass eine Verbesserung/Heilung der Angst oder Depression auch mit einer Verbesserung sexueller Dysfunktionen einhergeht – und zwar ohne dass diese spezifisch in der Psychotherapie behandelt werden. Rund 2/3 der Patienten gaben zu Behandlungsbeginn an, unter sexuellen Dysfunktionen zu leiden – was auch im Einklang mit anderen Studien und Überlegungen zur gemeinsamen Psychopathogenese bestimmter psychischer Störungen steht. Nach einer erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung der Angst/Depression verbesserten sich bei einem Großteil der Patienten auch die sexuellen

Funktionen bedeutsam. Bei Patienten, die auf die psychotherapeutische Behandlung bezüglich der Primärstörung nicht ansprachen, veränderten sich auch sexuelle Dysfunktionen nicht positiv. Dieser Befund bestätigt die Vermutung, dass Psychotherapie sich auf sexuelle Dysfunktionen positiv auswirkt, auch wenn diese nicht explizit behandelt werden. Eine statistische Analyse der Kovarianzen ergab zu dem, dass erwartungsgemäß sexuelle Dysfunktionen mit Alter und Geschlecht (Frauen leiden vermehrt unter sexuellen Dysfunktionen) kovariieren.

Zudem scheinen spezifische Aspekte der sexuellen Funktionen sich leichter, schneller zu verändern als andere. So veränderte sich innerhalb des Behandlungszeitraums die Orgasmusfähigkeit bei Frauen unabhängig

davon, ob eine Verbesserung der Primärstörung eintrat.

Kommentar: Bedeutet dieses Ergebnis nun, dass Psychotherapeuten auf die positiven Nebenwirkungen von Psychotherapie bezüglich sexueller Dysfunktionen vertrauen können und solche Probleme nicht mehr aktiv thematisieren müssen? Mitnichten, argumentieren die Autoren der Studie: Denn ein bedeutsamer Anteil von Patienten, die von der Psychotherapie hinsichtlich ihrer Angst/Depression profitierten, zeigte keine Verbesserungen hinsichtlich sexueller Dysfunktionen. Die Autoren betonen die Notwendigkeit, dass Psychotherapeuten über diagnostische Kompetenzen verfügen, sexuelle Dysfunktionen zu diagnostizieren und entscheiden zu können, ob gegebenenfalls eine spezifische Sexualtherapie indiziert erscheint.

Resilienz, Überleben, Verwundbarkeit: Drei unterschiedliche Profile junger Erwachsener beim Umgang mit der Trennung ihrer Eltern

Eldar-Avidan, D., Haj-Yahia, M.M. & Greenbaum, C.W. (2009). *Divorce is a part of my life... Resilience, Survival, and Vulnerability: Young adults' perception of the implications of parental divorce*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35 (1), 30-46.

Die vorliegende Untersuchung stellt eine qualitative Studie mittels Grounded Theory dar. Grounded Theory eignet sich zur Entwicklung von theoretischen Konzepten und Modellen in Bereichen, in denen noch recht wenig empirisch gesichertes Wissen vorhanden ist. Einen solchen Bereich stellen Bewältigungsmodi und Erfahrungsmuster elterlicher Trennung/Scheidung von jungen Erwachsenen dar (wenngleich recht viel quantitativ empirisch gesichertes Wissen zu den Auswirkungen von Trennung und Scheidung auf die psychische Gesundheit vorliegt). In der Studie wurden mit 22 jungen Erwachsenen (20-25 Jahren) halbstrukturierte Tiefeninterviews durchgeführt. Die Interviewmitschriften wurden kodiert. Kodieren bedeutet, dass Aussagen und Sätze im Interview nach thematischen Ähnlichkeiten/Unähnlichkeiten und Bedeutungszusammenhängen und -divergenzen strukturiert werden. Dieser Auswertungsschritt wird im Rahmen der Grounded Theory auch als „offenes Kodieren“ oder „Aufbrechen der Daten“ bezeichnet. Hierbei ergaben sich 52 Kodes bzw. Kategorien. Diese Kategorien wurden im nächsten Auswertungsschritt „axial kodiert“. Damit ist das

Zusammenfügen der Kategorien zu Kernkonzepten gemeint. In einem letzten Auswertungsschritt wurden die Kategorien und Kernkonzepte nochmals nach Zusammenhängen untereinander analysiert und nochmals umgruppiert.

Als Resultat dieses Kodierungsprozesses konnten drei inhaltlich gut unterscheidbare Profile im Umgang und Erleben von elterlicher Trennung/Scheidung ermittelt werden. Diese drei Profile sind: Resilienz (resilience), Überleben (survival) und Verletzlichkeit (vulnerability). Resilienz (9 der 22 jungen Erwachsenen wurden diesem Profil zugeordnet) bedeutet hier, dass die elterliche Trennung von den jungen Erwachsenen als ein sinnstiftender und „befähigender“ Prozess wahrgenommen wird, der zu positiven psychosozialen Entwicklungsprozessen etwa hinsichtlich Identitätsbildung beigetragen hat. Überleben (8 der 22) bedeutet, dass die elterliche Trennung von den jungen Erwachsenen als ein vielschichtiger Prozess erlebt wird, der sowohl bedeutsame Anpassungsleistungen und Bewältigungsschritte erfordert, als auch mit erhöhter Verwundbarkeit und schmerzhaften Erfahrungen zusammenhängt. Verletzlichkeit (5 der 22) bedeutet, dass die elterliche Trennung von den jungen Erwachsenen als schmerzhaftes Ereignis interpretiert wird, das sich negativ auf das Leben aller davon Betroffenen ausgewirkt hat und weiter auswirkt. Die Autoren differenzieren diese drei Profile anhand von Leitthemen

weiter aus, wie z. B. „Zentralität familiärer Bindungen“, „Entwicklungsaufgaben im jungen Erwachsenenalter“ oder „Selbstwahrnehmung“. Als Leitunterscheidungskriterium zwischen den drei Profilen stellte sich die Qualität der Beziehung der jungen Erwachsenen zu ihren Eltern nach deren Trennung/Scheidung dar. Hierbei erschien als besonders maßgeblich das Erleben der jungen Erwachsenen, ob elterliche Verantwortung nach der Trennung weiterhin wahrgenommen wurde.

Kommentar: Zunächst bestätigt diese Studie, was umfangreiche quantitative Langzeituntersuchungen auch zeigen: nämlich dass die Mehrzahl von Menschen, die die Trennung ihrer Eltern im Kindes- und Jugendalter erfahren haben, sich von Menschen, die ein solches kritisches Lebensereignis nicht erlebten, hinsichtlich ihrer seelischen und körperlichen Gesundheit nicht bedeutsam unterscheiden. Außerdem bestätigt die Studie, was auch bei anderen Untersuchungen, in denen vor allem mit kleinen Stichproben und mit qualitativer Methodik gearbeitet wird, herauskommt: nämlich dass es eine bedeutsame Minderheit von eindeutigen „Scheidungsverlierern“ mit lang anhaltenden Verletzungen gibt. Für die Praxis folgt daraus: von der Forschungsseite her ist es berechtigt davon auszugehen, dass bei den Betroffenen häufig Ressourcen im Kontext von Scheidungsbewältigung vorhanden sind und dass es förderlich sein kann, diese zu erkunden und zu stärken.

Darüber hinaus gibt die vorliegende Studie wichtige Hinweise darauf, was bei suboptimaler Scheidungsbewältigung therapeutisch hilfreich sein kann: Die Erkundung und, falls möglich und indiziert, die Stärkung der Bindungen zu den Eltern, und zwar nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, sondern auch bei jungen Erwachsenen. Hierzu kann die Einbeziehung der Eltern in die Therapie dienlich sein. Es kann zudem, so das wichtigste Ergebnis der Studie, sehr nützlich sein, Eltern dabei zu unterstützen, ihre elterliche Verantwortung trotz eigener Belastungen durch die Scheidung/Trennung adäquat wahrnehmen zu können – und zwar auch noch im jungen Erwachsenenalter ihrer Kinder. Abschließend ist allerdings anzumerken, dass aufgrund der geringen Fallzahl der Studie und der qualitativen Methodik eine gültige Verallgemeinerung der Ergebnisse nicht möglich ist. Gültigkeit haben die Ergebnisse lediglich als empirisch begründete Anregungen für die Praxis.

**Dr. Dipl.-Psych.
Matthias Ochs**

Psychologischer Psychotherapeut
Wissenschaftlicher Referent der Landeskommission für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen
Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
mochs@ptk-hessen.de

Buchrezensionen

Retzlaff, R. (2008). Spiel-Räume – Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta. 431 Seiten. 34,00 €.

Hans Metsch

In weiten Teilen der Psychotherapieforschung werden Einzeltechniken beschrieben und auf ihre therapeutische Wirksamkeit hin untersucht. Das geht im Wesentlichen nach dem Paradigma der pharmakologischen Forschung, wo dasselbe mit einzelnen Substanzen oder Präparaten gemacht wird: Welches Mittel/welche Technik hilft gegen welche Krankheit? Unter den Tisch fallen dabei die in der Psychotherapie so wichtigen unspezifischen Faktoren, wie etwa die therapeutische Beziehung und die Haltung des Therapeuten.

Das vorliegende Buch besteht nun in der Tat hauptsächlich aus der Vorstellung einzelner Techniken der Familien- und Kindertherapie. Es ist aber ein sehr schönes Buch geworden, denn es gelingt Retzlaff, den Leser in keiner Minute vergessen zu lassen, dass all dieser Reichtum an Techniken immer an eine entsprechende Haltung des Therapeuten gebunden bleibt und ohne sie sinnlos ist. Die Haltung beschreibt er als „Leichtigkeit“, die bei aller Anstrengung und Sorge um die Patienten vorherrscht und mit der er auch an die Beschreibung der im Buch vorgestellten Techniken geht, so dass man sie als Leser immer vor Augen hat.

Es geht hier wirklich um die Schaffung von Spiel-Räumen

für Therapeuten und ihre kleinen und großen Patienten. Deshalb ist das Buch auch nicht rezeptartig störungsspezifisch geordnet. Und weil das zugrundeliegende systemische Krankheitsmodell – ähnlich wie das der Verhaltenstherapie – offen ist, sind dem therapeutischen Erfindungsreichtum kaum Grenzen gesetzt. Die schiere Anzahl der Interventionen, die Retzlaff hier zusammengetragen und – als Lehrtherapeut des Heidelberger Helm Stierlin Instituts und Leiter der familientherapeutischen Ambulanz der Universität Heidelberg – teilweise selbst entwickelt hat, ist beeindruckend.

Im ersten Teil des Buches wird ein Therapieverlauf nachgebildet. Es beginnt mit einer kurzen Einführung in den Kontext und die Konzepte der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen und der Gestaltung des therapeutischen Settings. Der darauf folgende „Aufbau eines therapeutischen Systems“ beschäftigt sich mit dem Erstgespräch, den Besonderheiten der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und der Diagnostik.

Dabei diskutiert der Autor auch den Umstand, dass das psychotherapeutische System seinerseits wieder Teil eines Versorgungszusammenhangs und eines größeren systemi-

schen Ganzen ist, zu der die medizinische und schulische Betreuung ebenso gehört wie die Angebote der Jugendhilfe.

Der zweite Teil ordnet weitere Interventionen nach psychologischen und kommunikationstheoretischen Gesichtspunkten. Hier finden sich zunächst „sprach- und handlungsorientierte“ Maßnahmen, etwa die auch außerhalb der systemischen Therapie inzwischen bekannten „paradoxen Interventionen“, aber auch lösungsorientierte und vor allem narrative Techniken, also Metaphern und Geschichten. Die Darstellung therapeutischer Rituale und kommunikativer Elemente zur Stärkung von Bindung und Grenzen runden das Bild ab.

Die sich anschließenden sogenannten „analogen Techniken“ befassen sich mit sprachfreien Elementen, etwa Familienskulpturen, Bildern, Rollenspielen und Spielen mit Handpuppen. Schließlich folgen noch Abschnitte über „bewegungs- und körperorientierte Interventionen“, Techniken der Entspannung, Hypnose und Imagination sowie eine Darstellung der systemischen Elternarbeit, die einmal mehr die wichtige Einbeziehung von Eltern im systemischen Kontext unterstreicht. Der Therapieabschluss wird in einem

eigenen Abschnitt ausführlich besprochen.

Durchgängig lockern viele Fallbeispiele die Darstellung auf und geben Anleitungen zur Umsetzung der Techniken in realen Therapiesituationen. So liefert das Buch viele Anregungen sowohl für beginnende Therapeuten, die hier einen Eindruck von den vielfältigen Möglichkeiten gewinnen, als auch für die schon Erfahrenen, die neue Ideen sammeln und aus dem reichen Fundus dasjenige auswählen können, was zu ihrem eigenen therapeutischen Stil passt.

Das Buch ist also ein Praxisbuch. Es verzichtet daher weitgehend auf grundlegende theoretische Erörterungen zum systemischen Modell und deren philosophischem und epistemologischem Hintergrund. Denn es geht, wie gesagt, um die Schaffung eines therapeutischen Raumes für Spiel, Phantasie und Leichtigkeit.

Mein Lieblingscharakter in dem Buch ist der Kannichtosaurus. Aber lesen Sie selbst.

Dipl.-Psych. Hans Metsch

PP, KJP
Hermann-Dreher-Str. 13
70839 Gerlingen
praxis@psyon.de

Wollschläger, M. (Hrsg.). (2008). Hirn Herz Seele Schmerz – Psychotherapie zwischen Neurowissenschaften und Geisteswissenschaften. Tübingen: dgvt-Verlag. 304 Seiten. 24,00 €.

Gerd Möhlenkamp

Der Titel des Readers weist darauf hin: es geht nicht nur um Hirn und Seele, sondern auch um Herz und Schmerz, d. h. der inhaltliche Rahmen ist weit gesteckt und soll die Psychotherapie zwischen Neurowissenschaften und Geisteswissenschaften verorten.

Die meisten der insgesamt neunzehn Beiträge befassen sich kritisch mit dem Reduktionismus der Neurowissenschaften und deren Anspruch, Leitwissenschaft auch von Psychologie und Psychotherapie zu sein. Die Abwehrfront gegen den vorherrschenden Neurohype scheint sich zu formieren. Die Geisteswissenschaftler müssten endlich aus der Defensive herauskommen, ihre „Leisetreteri“ überwinden und dem medialen „Brintainment“ etwas entgegensetzen, so fordert es z. B. Gerald Ulrich in seinem Beitrag.

Grob lassen sich die Beiträge zwei Kategorien zuordnen. Zum einen mehr erkenntnistheoretische und wissenschaftshistorische Auseinandersetzungen mit der Frage, was in Psychologie und Psychotherapie naturwissenschaftlich – respektive neurobiologisch in Erfahrung gebracht werden kann und was nicht. Zum anderen mehr anwendungsorientierte Beiträge, die Eigenarten und Qualitäten von Psychotherapie beleuchten, die sich einer naturwissenschaftlichen Herangehensweise entziehen.

Worum geht es in den einzelnen Beiträgen?

Der schon zitierte Gerald Ulrich streitet in zwei Beiträgen gegen die Neuropathologisierung von Psychologie, Medizin und Gesellschaft und redet Klartext, was die hinter diesen Pathologisierungskampagnen stehenden Interessen betrifft. Auch die psychologische Forschung bekommt ihr Fett ab, wenn der Psychiater Ulrich die Psychologen fragt, weshalb sie die eigenen experimentell hervorragend abgesicherten Befunde der psychologischen Kognitionsforschung, z. B. der gestaltpsychologischen Schule aus den 20er Jahren, nicht nutzen.

Hervorzuheben ist der Beitrag „Was ist Neuropsychotherapie?“ des Herausgebers Martin Wollschläger, der sich als Psychologe mit der „Substratfixierung“ der empirisch psychologischen Therapieforschung kritisch auseinandersetzt. Zusammenarbeit und Zusammenschau von Geistes- und Neurowissenschaft sind für ihn nur denkbar unter Anerkennung der Komplementarität und Perspektivendifferenz beider Ansätze.

Manfred Velden zeichnet die Etappen des „Neurowahns“ wissenschaftshistorisch nach und macht verständlich, wie der geisteswissenschaftliche Ansatz unter die Räder „harter Wissenschaft“ geriet.

Vor einer „Verhirnlichung“ der Psychologie warnt Uwe Lücken. Hinter der derzeitigen Dominanz physisch naturwissenschaftlicher Erklärungsversuche vermutet er eine intellektuelle und politische Krise. Zum einen seien viele Wissenschaftler von technischen Allklärungsfantasien beseelt, zum anderen sieht er dahinter auch viel Aufschneiderei aufgrund nachvollziehbarer Forschungsförderinteressen.

Volker Gadenne gibt einen Überblick über die Rolle von Bewusstsein und Erleben in der Psychologie – ein ausgewogener und umfassender Grundkurs über die aktuellen wissenschaftstheoretischen Positionen und Gegenstandsentwürfe.

Getragen von der Vision einer Einheit der Wissenschaften sind die Beiträge von Werner Strik und Bettina Walde. Strik kommt als Vertreter der biologisch orientierten Psychiatrie zu Wort und vertritt mit viel Selbstbewusstsein die These, dass die bildgebenden Methoden Rückschlüsse auf die Arbeitsweise des Gehirns selbst bei höchsten psychischen Funktionen erlauben. Eine gemeinsame Sprache von Neurobiologie, Psychopathologie und Geisteswissenschaft hält er für durchaus denkbar. Für Walde hat die Philosophie als Neurophilosophie für die verschiedenen Beschreibungsebenen und Erklärungspers-

pektiven des Geistes eine verbindende Funktion.

Wolfgang Leuschner versucht eine psychoanalytische Deutung und sieht das „Brain engineering“ im Zusammenhang mit Allmachtsfantasien, Krankheit und Tod besiegen zu können.

Aus verhaltenstherapeutischer Sicht denkt Peter Fiedler „Über Nutzen und Grenzen der Neurobiologie für die Psychotherapie“ nach. Er kommt dabei zu einer erstaunlich selbstkritischen Einschätzung der kognitiven Verhaltenstherapie, die eine Art Wende der kognitiven Wende einläuten könnte. Er plädiert für eine sowohl theoretische als auch therapiepraktische Aufwertung emotionszentrierter Psychotherapie in der Verhaltenstherapie. Endlich – und wenn die offizielle Verhaltenstherapie sich diesen überfälligen Schritt auch nur traut unter Hinweis auf neurobiologische Erkenntnisse – sei's drum.

Thomas Fuchs schlägt auf seine Weise in zwei sehr lesenswerten Beiträgen den Bogen von der Neurobiologie zur Psychotherapie. Er betont die Bedeutung „phänomenologischer Spurensuche“ für den gelingenden therapeutischen Prozess, d. h. real erlebte prägende Ereignisse müssen aufgespürt und über bloße Einsichtvermittlung hinausgehend emotional nacherlebt werden. In

seinem zweiten Beitrag „Psychotherapie und Neurobiologie: Ein neuer Dialog“ betont er die methodischen Grenzen des neurobiologischen Ansatzes. „Psychotherapeuten sprechen immer noch mit dem Patienten und nicht mit seinen Synapsen“. Er sieht die Gefahr einer „medikalisierten Gesellschaft“ – befördert durch eine das Selbstbild durchdringende Gehirnsprache, die die Verantwortlichkeit für psychisches Leiden, die Psychotherapie den Patienten aus gutem Grund zumutet, nivelliert.

Fünf weitere Beiträge führen vom Thema Neurobiologie und Psychotherapie etwas weg, lockern die Zusammenstellung aber mit ihrer Betonung von Herz und Schmerz inhaltlich angenehm auf.

In einem Gespräch von Ekkehard Pohlmann mit Theodor Weißborn geht es um die Heilkraft von Literatur. Ingo Wolf-Kittel hebt in seinem Beitrag „Mundwerk – Psychotherapie vom Standpunkt des Praktikers“ die Bedeutung der Alltagsprache für den the-

rapeutischen Prozess hervor. Martin Bührig beschäftigt sich mit existenzialphilosophischen Aspekten der Psychologie. Bruno Müller-Oerlinghausen, Claudia Berg und Wolfgang Droll stellen einen körpertherapeutischen Ansatz vor und Wolfgang Schulz gibt in seinem kulturvergleichenden Beitrag einen Einblick in die „antik-chinesische Sichtweise von Hirn und Herz“.

Was bleibt zusammenfassend zu sagen: Endlich ein Buch, das sich traut, offensiv gegen

den neurobiologischen Reduktionismus anzutreten – ohne dabei die Komplexität der Zusammenhänge aus den Augen zu verlieren.

Dr. phil. Gerd Möhlenkamp

Psychologischer Psychotherapeut
Warfer Landstraße 5 g
28357 Bremen
Gerd.Moehlenkamp@t-online.de

Kahraman, B. (2008). Die kultursensible Therapiebeziehung: Störungen und Lösungsansätze am Beispiel türkischer Klienten. Gießen: Psychosozial-Verlag. 331 Seiten. 32,90 €.

Wolf Ortiz-Müller

Ausgangspunkt dieses Buches sind die langjährigen Praxiserfahrungen der Autorin in Einrichtungen, die Beratungs- und Therapieangebote für Migranten (mit überwiegend türkischen KlientInnen) machen. Dort erlebte sie die strukturellen Barrieren, die MigrantInnen überwinden müssen, um im Bedarfsfall in Beratungseinrichtungen oder bei niedergelassenen Psychotherapeuten ihren Platz zu finden und nicht nur auf die wenigen, rasch überfüllten Spezialangebote mit muttersprachlichen BeraterInnen angewiesen zu sein. Ihr eigener Migrationshintergrund erleichterte ihr das Erkunden der verschiedenen Kulturen und der expliziten wie impliziten Erwartungen, die sich an therapeutische Hilfestellung knüpfen.

Daraus formulierte Kahraman vielfältige Fragen, die sie zum Untersuchungsgegenstand ih-

rer Dissertation machte: Welche Bedeutung hat die kulturelle Differenz, über die soviell gestritten wird, in der Therapiebeziehung? Welche Fragen und Ängste, welche Bilder der jeweils eigenen und „fremden“ Kultur bringen Patienten wie Behandler in die Begegnung mit ein? Welche Rolle spielen sprachliche Verständigungsschwierigkeiten? Was verändert sich für die Ratsuchenden, wenn sie auf deutschsprachige statt auf muttersprachliche Professionelle treffen? Wo sich Fragen um *Beziehung* ranken, müssen beide Seiten gehört werden: Konsequenterweise hat die Autorin 12 Klienten und ihre Therapeuten befragt.

Doch zunächst führt die Autorin auch den nur wenig bewanderten Leser in einem Überblick in die kulturellen Faktoren in der gegenwärtigen psychosozialen Versorgung ein und belegt anhand zahlreicher

Erfolgreich mit Paaren arbeiten – Körpersprache und die 7 Nothelfer – 25. - 26. September / 6. - 7. November 2009 Würzburg



Eine praxisbezogene Fortbildungsveranstaltung mit Klienten

Die Veranstaltung ist von der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten mit 40 Fortbildungspunkten anerkannt.

**IPS – Institut für Partner- und Sexualtherapie
Sternstraße 17 · 97074 Würzburg
www.ips-wuerzburg.de**

Quellen und an Beispielen aus eigener Erfahrung die Mangel-situation bei gleichzeitig größerem Versorgungsbedarf. Sie beschreibt die Defizite eines Gesundheitssystems, dessen Therapieformen sich traditionell mit einer bildungsnahen sprachgewandten Klientel entwickelt haben. Zugangsbarrieren für Migranten bestehen bereits im strukturellen Mangel muttersprachlicher Therapeuten, der von den kassenärztlichen Vereinigungen ignoriert wird. Die Barrieren setzen sich fort in fehlender kultursensibler Weiterbildung und reichen bis in das Krankheitsverständnis, aus dem leicht eine kulturelle Pathologisierung resultieren kann.

Anschließend verdeutlicht sie ihren eigenen relationalen Begriff der Kultur, indem sie auf die Tücken vorschneller „kultureller“ Etikettierungen verweist, die sich in unserem Gesundheitssystem und seinen Akteuren an vielen Stellen finden lassen.

Nachdem dieser Rahmen gesteckt ist, kommen eher die wissenschaftlich interessierten Leserinnen auf ihre Kosten: Um die Vielfalt und Vielschichtigkeit der Aussagen über den Therapieprozess strukturieren zu können, hat sie für jedes TherapeutIn-KlientIn-Paar de-

ren subjektive Bewertungskategorien auf einer Art Landkarte (für Wissenschaftler: den sog. Repertory Grids) abgebildet. Denn für jede Therapiebeziehung mögen unterschiedliche Vorstellungen über den idealen bzw. einen schlechten Therapeuten, den typisch deutschen Therapeuten, die typisch türkische Patientin (Vice versa), die idealen bzw. die schwierigen PatientInnen gelten.

Diese können dann einem Koordinatensystem mit unterschiedlichen spezifischen Polen (z. B. *Selbständigkeit vs. Umsorgtwerden* als Lebensziel auf einer Achse und auf einer zweiten Achse *Reflexionsbereitschaft bzw. Mangel an Reflexionsbereitschaft*) zugeordnet werden. So entsteht eine individuelle Landkarte, die Probleme erfasst und die Ziele überprüfbar macht.

Mit diesen Forschungsinstrumenten ausgerüstet hat Kahraman die Erfahrungen der Klientinnen und der Therapeutinnen evaluiert und untersucht, wie sich die unterschiedlichen Voraussetzungen der drei Gruppen (türkischstämmige Therapeuten, Therapeuten mit viel und mit wenig interkultureller Therapieerfahrung) auf die Begegnungen ausgewirkt haben:

Wie wurde der Erstkontakt erlebt, welche Haltungen, Wahrnehmungen und Äußerungen der Therapeuten stießen auf welche Resonanz bei den Klientinnen? Wo entstehen Schwierigkeiten in der gegenseitigen Kommunikation und in der Beziehungsgestaltung bei gleichem oder verschiedenem kulturellen Hintergrund der Therapeuten, was haben diese mit der Biografie und der Migrationserfahrung zu tun?

Die kultursensible Therapiebeziehung bildet sich in den vier Ebenen ihres Modells ab: den wechselseitigen Erwartungen an die Therapie, der affektiven Beziehungsebene, der verbalen wie der nonverbalen Kommunikation und der kulturellen Wertungen. Kulturspezifische Unterschiede können in jeder der vier Ebenen erfahren werden.

Kahraman schlägt somit eine Brücke von der Wissenschaft hin zur Praxis: Als Psychotherapeut – in einer Beratungsstelle oder in eigener Praxis – bekommt man durch die Lektüre einen erweiterten Zugang zum Erleben der Klientenseite. Man kann sich ein Instrumentarium erschließen, um die eigene Tätigkeit hinsichtlich ihrer interkulturellen Dimension zu reflektieren.

Die Ergiebigkeit für die wissenschaftlich interessierten LeserInnen erscheint mir noch ungleich größer: Hier wird ein Forschungsansatz vorgestellt, der von der Fragestellung und der Methodik danach ruft, weiterentwickelt und vertieft zu werden. Dem Charakter einer Dissertation entsprechend, fordert das Buch seine Leserinnen, sich auf die Materie einzulassen und sie intellektuell zu durchdringen.

Statt verallgemeinernde Ratschläge und Rezepte zu verbreiten, entfaltet Kahraman auf den gut 300 Seiten ein Panorama differenzierter Beschreibungen, die auch Platz für vielleicht unerwartete Ergebnisse lassen: Wenn z. B. eine türkische Patientin bei einer deutschen Therapeutin weniger Befürchtungen hegen mag, für ihr „kulturell abweichendes“ Verhalten moralisch bewertet zu werden. Nicht immer muss der gleiche kulturelle Hintergrund von Vorteil sein, jedoch entscheidend ist die Möglichkeit, individuell wählen zu können. Es bleibt zu wünschen, dass dieses Buch ein Beitrag dazu ist, mehr intra- wie interkulturelle Wahlfreiheit zu schaffen und kultursensible Wahrnehmung zu stärken.

Wolf Ortiz-Müller

wolf@ortiz-mueller.de



Prof. Dr. Niels Korte**
Marian Lamprecht*
Constanze 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.

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

Achtung: Fristablauf für Wintersemester teilweise schon zum 15.07.2009!

* Unter den Linden 12
10117 Berlin-Mitte

** Rudower Chaussee 12
12489 Berlin-Adlershof

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

Mit wenigen Zügen am Ziel!



www.ptv-anzeigen.de

14. Deutscher Psychotherapeutentag in Berlin



Der 14. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) am 9. Mai 2009 in Berlin diskutierte die Zukunft der Psychotherapeutenausbildung und gesundheitspolitische Positionen für die nächste Gesundheitsreform.

Forschungsgutachten

Prof. Dr. Bernhard Strauß vom Universitätsklinikum Jena gab als Leiter der Forschergruppe¹ einen Überblick über die zentralen Ergebnisse des Gutachtens².

Ausbildungsangebot und -qualität

Die Befragten äußerten im Durchschnitt eine mittlere Zufriedenheit mit Qualität und Angebot der Ausbildungsstätten. Ausbildungsteilnehmer wünschen sich mehr Kostentransparenz und niedrigere Kosten.

Verfahrensorientierung

Die Verfahrensorientierung der Ausbildung wurde von den Befragten vom Umfang her als angemessen eingeschätzt; auch der Anteil störungsspezifischen Wissens sollte so bleiben. Dagegen sollte der Anteil des verfahrensübergreifenden Wissens ebenso wie Grundkenntnisse anderer Vertiefungsverfahren nach Meinung der Befragten erhöht werden.

Praktische Tätigkeit

Die Befragten beurteilten die praktische Tätigkeit relativ negativ. Die Gründe sehen die Gutachter darin, dass etwa die Hälfte der Ausbildungsteilnehmer überhaupt keine Vergütung erhält und in vielen Ein-

richtungen ein nur sehr eingeschränktes Spektrum psychischer Störungen und entsprechender Behandlungen kennengelernt werden konnte.

Neue Studiengänge

Als Zugang zur Psychotherapieausbildung empfiehlt das Gutachten den Master als Studienabschluss. Alle Ausbildungsteilnehmer sollten nachweisen können, dass die Hälfte ihrer Hochschulausbildung allgemein-psychologische und klinisch-psychologische Inhalte umfasst, wobei ein Teil davon ggf. nach dem Studium im Rahmen eines „Propädeutikums“ nachgeholt werden kann. Diese Zulassungsbedingungen sollten künftig Masterabschlüsse in den Studiengängen Psychologie, Soziale Arbeit und (Heil-)pädagogik und ggf. wenigen weiteren Studiengängen erfüllen können.

„Ausbildung nach der Ausbildung“ empfohlen

Die Befragten sprachen sich mehrheitlich für die Beibehaltung der postgradualen Ausbildung aus. Für eine Direktausbildung „sei die Zeit noch nicht reif“, so Prof. Strauß. Um Weiterentwicklungen zu fördern, sollten integrierte Modellausbildungsgänge („Direktausbildung“) ermöglicht werden.

„Common trunk“ für PP und KJP

Die Gutachter empfehlen, die Differenzierung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und der Behandlung von Erwachsenen beizubehalten, allerdings das für beide Bereiche relevante Basiswissen in einem „common trunk“ zu vermitteln. Auf

PiA-Bundeskonferenz

Am 29.04.2009 fand in Berlin die zweite Bundeskonferenz der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) statt. Sie befasste sich im Schwerpunkt mit der Zukunft der Psychotherapieausbildung, insbesondere mit einer besseren Finanzierung der praktischen Tätigkeit sowie der Struktur der Ausbildung. Dabei sprachen sich die PiA generell für einen Master als Zugangsvoraussetzung aus. Die Bundeskonferenz wählte Jürgen Tripp aus Nordrhein-Westfalen zum Sprecher und Christiane Götze aus Bayern zu seiner Stellvertreterin.



- 1 Weitere Mitglieder der Forschergruppe: Prof. Dr. Sven Barnow (Universität Heidelberg), Prof. Dr. Elmar Brähler (Universitätsklinikum Leipzig), Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert (Universitätsklinikum Ulm), Dr. Steffen Fliegel (Gesellschaft für Klinische Psychologie und Beratung Münster), Prof. Dr. Harald J. Freyberger (Universität Greifswald/Hanse-Klinikum Stralsund), Prof. Dr. Lutz Goldbeck (Universitätsklinikum Ulm), Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber (Sigmund Freud Institut Frankfurt/Universität Kassel), Prof. Dr. Ulrike Willutzki (Universität Bochum)
- 2 Das Gutachten ist als Download auf www.bptk.de erhältlich.

diese Weise – so Strauß – könnten künftig Psychotherapeuten mit „Schwerpunkt Erwachsene“ oder „Schwerpunkt Kinder und Jugendliche“ gleichberechtigt ausgebildet werden bzw. eine Doppelapprobation erwerben.

Kompetenzen

Die Gutachtergruppe empfiehlt als Ergebnis intensiver Diskussionen eine begrenzte Erweiterung des Kompetenzprofils. Eine entsprechende Qualifizierung vorausgesetzt, sollten Psychotherapeuten in Zukunft die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen, psychotherapierelevante Heil- und Hilfsmittel verschreiben und Patienten zu (Fach-)ärzten überweisen sowie zur stationären Heilbehandlung (in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken) einweisen können. Allerdings sollen sie auch zukünftig nicht berechtigt sein, Psychopharmaka zu verordnen bzw. abzusetzen oder Zwangseinweisungen zu veranlassen.

Verkürzung der Ausbildung

Das Gutachten – so Strauß – empfehle eine Verkürzung der Ausbildung von 4.200 auf 3.400 Stunden. Dies könne durch Kürzung der praktischen Tätigkeit auf insgesamt 1.200 Stunden sowie eine deutliche Reduzierung der „Freien Spitze“ erreicht werden. Parallel sollten – entsprechend der Voten der Ausbildungsteilnehmer – die Anteile der Einzelsupervision, der Selbsterfahrung und der praktischen Ausbildung etwas erhöht werden.

Positionierung der Profession

BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter hob eingangs der Debatte hervor, dass mit dem Gutachten nunmehr eine empirische Grundlage für Änderungen des Psychotherapeutengesetzes vorliege. Es sei nun Aufgabe der Profession, den Änderungsbedarf zu bewerten und politische Schlussfolgerungen daraus zu ziehen.

Richter stellte noch einmal heraus, dass sich die psychotherapeutische Versorgungslandschaft angesichts einer gravierenden Unterversorgung, einer sich ändernden Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen und einem stärkeren Fokus auf leitlinienbasierte, multiprofessionelle Kooperationen in neuen Organisati-

Verleihung des Diotima-Ehrenpreises

Zum ersten Mal hat die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) am 8. Mai 2009 in Berlin den Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeutenchaft verliehen. Mit der Diotima möchte die BPTK auch in Zukunft jährlich Personen ehren, die sich besonders um die Versorgung psychisch kranker Menschen verdient gemacht haben oder sich durch ein besonderes berufspolitisches oder wissenschaftliches Engagement auszeichnen. Dieses Jahr ging der Preis an Detlev Kommerl, Annelies Arp-Trojan, Hans-Joachim Schwarz und Prof. Dr. Hans-Volker Werthmann. Die Preisverleihung fand im festlichen Rahmen mit musikalischer Begleitung durch das Adumá-Saxophonquartett statt.

Die Begrüßungsrede und die Laudatio hielt BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter. Die Berliner Gesundheitssenatorin, Frau Katrin Lompscher, richtete ein Grußwort an die Teilnehmer. Dr. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit stellte fest, mit den neuen akademischen Heilberufen habe man Neuland betreten. Die beiden Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten seien in der vertragsärztlichen Versorgung verankert und ein Rechtsanspruch auf Versorgung mit deren Leistungen geschaffen worden. Dies habe sich bewährt (ausführlich: www.bptk.de).



Detlev
Kommerl

Annelies
Arp-Trojan

Hans-Joachim
Schwarz

Prof. Hans-Volker
Werthmann

onsstrukturen verändern werde. Die dafür notwendigen Kompetenzprofile müssten in der Ausbildung zumindest teilweise erworben werden.

BPTK-Vorstandsmitglied Andrea Mrazek forderte, immer im Blick zu haben, um wessen Qualifikation und Qualifizierung es gehe. In Abhängigkeit davon, ob man von Ausbildungsteilnehmern, frisch approbieren oder lange etablierten Psychotherapeuten spreche, werde man die Konsequenzen von Weiterentwicklungen der Versorgung für die Kompetenzen von Psychotherapeuten sehr unterschiedlich beurteilen. Mrazek appellierte daher an den 14. DPT, in der Debatte um die Zukunft der Ausbildung auch tatsächlich die jungen Kollegen im Auge zu haben. Flexibilisieren der Versorgung, könne dem Nachwuchs durchaus Chancen eröffnen und sollte unter diesem Gesichtspunkt weiter diskutiert werden.

Delegierte verwiesen darauf, dass die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen

bereits heute Spielräume in diesem Sinne ließen und einige Ausbildungsinstitute diese Möglichkeiten auch nutzten. Allerdings komme dies in der Praxis viel zu selten vor und werde noch keinesfalls regelhaft genutzt. Lösungen sahen Delegierte insbesondere darin, Inhalte und Dauer der praktischen Tätigkeit zu überdenken und durch angemessene Vorgaben die psychotherapeutische Versorgung in diesem Ausbildungsabschnitt besser abzubilden.

BPTK-Vizepräsidentin Monika Konitzer und BPTK-Vorstandsmitglied Peter Lehndorfer skizzierten gemeinsam die Diskussion um ein oder zwei Heilberufe und leiteten daraus ein Zukunftsmodell ab. Übereinstimmend stellten sie fest, dass PP und KJP mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung Kinder, Jugendliche und Erwachsene versorgen und dafür spezifische Kompetenzen bräuchten. Sie schlugen daher vor, in Zukunft, ausgehend von einer breiten gemeinsamen Wissensbasis, die jeweils spezifischen Kompetenzen zu vermitteln.

Wenn für beide Berufe die notwendigen wissenschaftlichen und klinischen Kenntnisse in qualifizierenden Studiengängen vermittelt würden, könnten sowohl Absolventen psychologischer als auch pädagogischer Studiengänge Zugang zu diesen Ausbildungen haben.

In der Versorgung werde es dann Psychotherapeuten geben, die ihre Kompetenzen speziell in die Behandlung von Kindern und Jugendlichen einbringen, und Psychotherapeuten, die sich auf die Versorgung von Erwachsenen konzentrieren. Psychotherapeuten mit Spezialisierung für Kinder- und Jugendliche könnten sich für die Behandlung Erwachsener weiterqualifizieren und umgekehrt.

Fortbildungspflicht im Krankenhaus

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat neue bundeseinheitliche Regeln für die Fortbildung von Psychotherapeuten in Krankenhäusern beschlossen, die zum 29. April 2009 in Kraft getreten sind. Innerhalb von fünf Jahren müssen im Krankenhaus tätige Psychotherapeuten mindestens 250 Fortbildungspunkte sammeln. Davon müssen mindestens 150 Punkte dem Erhalt und der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Kompetenz dienen. Der erste Fünfjahreszeitraum reicht vom 1. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2013.

Davon sind Psychotherapeuten ausgenommen, die gleichzeitig als Vertragspsychotherapeutinnen oder -psychotherapeuten ermächtigt sind oder im Angestelltenverhältnis an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmen und deshalb bereits der Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V unterliegen.

BPTK-Vizepräsident Dr. Dietrich Munz erinerte an die Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke (BT-Drs. 16/12401): Darin werde festgestellt, dass weder das Psychologiestudium noch die pädagogischen Studiengänge eine dem Medizinstudium vergleichbare Qualifikation zur Diagnose und Therapie psychischer Krankheiten vermitteln. Daher sei es

nicht angemessen und auch rechtlich nicht zulässig, wenn Psychotherapeuten in Ausbildung (PIA) im Rahmen der praktischen Tätigkeit unter Supervision eigenständig Behandlungen durchführen. Vielmehr diene die praktische Tätigkeit während der Ausbildung in erster Linie dem Kennenlernen der Krankheitsbilder, die einer psychotherapeutischen Behandlung nicht zugänglich seien.

Das BMG ignoriere damit – so Munz – den Stand der Wissenschaft. Psychotherapie sei bei den meisten psychischen Erkrankungen allein oder in Kombination mit Psychopharmaka das Mittel der Wahl. Es könne kurzfristig also nur darum gehen, in diesem Sinne in der praktischen Tätigkeit Erfahrung im Umgang mit Patienten zu erwerben. Dafür müssten dann – so Munz – während des qualifizierenden Studiums ausreichende Grundkenntnisse und Grundkompetenz zur Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen erworben werden können. Diese Kompetenzen müssten formal abgeprüft und attestiert werden, sodass die rechtlichen Voraussetzungen für eine eigenständige psychotherapeutische Tätigkeit unter Anleitung und Supervision erfüllt seien. Die anderen approbierten Heilberufe hätten hier unterschiedliche Lösungen gefunden. Beispielsweise hätten Mediziner vor der Ausbildungsreform am Ende ihres Studiums zunächst eine befristete Berufsausübungsgenehmigung und erst nach dem damaligen (auch vergüteten) „Arzt im Praktikum“ eine Approbation erhalten.



Prof. Dr. Bernhard Strauß



Peter Lehndorfer, Monika Konitzer

Ohne Frage wäre für Psychotherapeuten diese befristete Berufsausübungsgenehmigung nicht mit den gleichen Kompetenzen verbunden wie die derzeitige Approbation von PP und KJP. Voraussetzung für eine eigenverantwortliche psychotherapeutische Tätigkeit müsse daher auch künftig eine zweite Qualifizierungsphase sein. In dieser würden dann die Kenntnisse und Behandlungsfertigkeiten im Psychotherapieverfahren in vertiefter Theorieausbildung, Selbsterfahrung und Anwendung des Verfahrens unter Supervision erlernt. Erst der erfolgreiche Abschluss dieser zweiten Qualifizierungsphase ermögliche die eigenverantwortliche Ausübung von Psychotherapie, z. B. im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung oder in einer Leitungsfunktion im Krankenhaus.

Bericht des Vorstands

Unter- und Fehlversorgung

Mindestens fünf Millionen Menschen litten in Deutschland jährlich an einer schweren psychischen Krankheit und seien dringend psychotherapeutisch behandlungsbedürftig, berichtete BPTK-Präsident Richter in seiner Grundsatzrede zur Gesundheitspolitik der 17. Legislaturperiode. Dazu gehörten ca. 700.000 Kinder unter 18 Jahren, ca. 2,9 Millionen psychisch kranke Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren und etwa 1,5 Millionen Menschen über 65 Jahren. Psychotherapie alleine oder in Kombination mit Pharmakotherapie sei unter Evidenz Gesichtspunkten in den meisten

Round-Table: Pauschalen in der Psychiatrie

In der Schweiz wird bereits seit Herbst 2005 an einem leistungsbezogenen Entgeltsystem für die Psychiatrie gearbeitet. Die BPTK hatte deshalb am 27. April 2009 Experten zu einem Round-Table-Gespräch nach Berlin eingeladen. Fazit des Austauschs war: Die Psych-PV hat sich in der Schweiz als Basis eines pauschalierten Entgeltsystems bewährt. Die Soll-Minuten für die einzelnen Berufsgruppen weichen von den erhobenen Ist-Minuten in der Schweiz beträchtlich ab. In der Intensivbehandlung werden für Psychotherapeuten nun genauso viele Minuten veranschlagt wie für Ärzte. Das neue Entgeltsystem soll vor allem die Finanzierung der Versorgung psychisch kranker Menschen sicherstellen. Es sollte darüber hinaus aber so anpassungsfähig gestaltet werden, dass eine stärker ambulante und psychotherapeutische Ausrichtung der Krankenhausversorgung nicht behindert wird (ausführlich: www.bptk.de).



Prof. Dr. Rainer Richter, Dr. Dietrich Munz

Fällen das Mittel der Wahl. Diesem psychotherapeutischen Behandlungsbedarf stünden in Deutschland jedoch höchstens 1,5 Millionen psychotherapeutische Behandlungsplätze im ambulanten und stationären Bereich gegenüber. Konsequenzen dieses Missverhältnisses zwischen Versorgungsbedarf und -angebot seien lange Wartezeiten bei niedergelassenen Psychotherapeuten, zu wenig Psychotherapie in der stationären Versorgung und generell eine besorgniserregend hohe Verordnungsrate von Psychopharmaka. „Ärzte drohen mit Wartelisten für somatisch kranke Patienten. Wartelisten für psychisch kranke Menschen sind längst Versorgungsalltag“, hielt Richter fest.

Honorarreform 2009

Richter hob hervor, dass die Honorarreform 2009 einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität leiste. Die Sicherung einer festen Vergütung pro Zeiteinheit innerhalb gegebener Kontingente erlaube eine stärkere Versorgungsorientierung,

denn Psychotherapeuten erhielten seit 1. Januar 2009 endlich ein festes Honorar, z. B. auch dann, wenn sie sich ein Bild vom Behandlungsbedarf der Patienten auf ihren Wartelisten machen wollten. Der Einbezug der Richtlinienpsychotherapie und weiterer Gesprächsleistungen in die Regelungen der Kapazitätsgrenzen sei ein der Sache angemessener Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA).

Resolution: Versorgung sichern

Der 14. DPT appellierte an die gemeinsame Selbstverwaltung von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, diesen nicht infrage zu stellen und psychotherapeutische Leistungen keinen weiteren Mengenbegrenzungen zu unterwerfen. Die massive Unterversorgung psychisch kranker Menschen verbiete ein solches Vorgehen (Resolutionstext: www.bptk.de).

Versorgungsforschung

Richter prognostizierte, dass die massive Unterversorgung psychisch kranker Men-

schen die Frage nach der Verteilung der begrenzten Behandlungskapazitäten der Psychotherapeuten verstärkt aufwerfen werde. Die Profession dürfe nicht aufhören, auf diesen Missstand hinzuweisen und eine Ausweitung der Behandlungskapazitäten für psychisch kranke Menschen einzufordern. Gleichwohl werde die Frage der Priorisierung von Gesundheitsleistungen auch auf die psychotherapeutische Versorgung zukommen. Die Profession müsse und wolle Antworten darauf finden, wie der Zugang zur Psychotherapie besser zu steuern sei und unabhängig von Alter, Geschlecht und sozialer Schicht gesichert werden könne. Zu entscheiden sei, welchen Beitrag eine bessere hausärztliche Versorgung leisten und wie der Direktzugang zur Psychotherapie dennoch erhalten bleiben könne. Zu klären sei, wer wie viel Psychotherapie erhalten solle und wie ein besser gestuftes Behandlungsangebot aussehen könne, das von Angeboten zur Selbsthilfe und -management, einer qualitätsgesicherten psychosomatischen



Andrea Mrazek

Grundversorgung, flexibel den Patientenbedürfnissen angepasster Einzel- und Gruppentherapie bis hin zur Versorgung schwer psychisch kranker Menschen durch multiprofessionelle Teams reiche.

Richter unterstrich, dass Antworten auf diese Fragen mehr Daten aus dem Versorgungsalltag erforderten. Er gab deshalb zu bedenken, dass eine solche Versorgungsforschung auch die Routinedaten der Krankenhäuser, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen benötige. Die

Morbidität der Versicherten werde auf der Basis ambulanter und stationärer Diagnosen beurteilt. Das Ausmaß von Unter- und Fehlversorgung müsse ausreichend dokumentiert werden. Er wisse, dass die Profession in der Vergangenheit sehr zurückhaltend mit diesem Thema umgegangen sei. Er sehe die Probleme der Stigmatisierung, des Datenschutzes und vor allem der fachlich begrenzten Aussagekraft der ICD-10-Diagnosen. Die Psychotherapeutenchaft solle nach Verbesserungsmöglichkeiten bei der Kodierqualität suchen.

Resolution: Mindestquote

Der 14. DPT verabschiedete abschließend eine Resolution zur kurzfristigen Umsetzung der Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durch den G-BA. Es sei nicht weiter hinnehmbar, dass die vom Gesetzgeber angestrebte kurzfristige Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher an einem verzögerten Verfahren im G-BA scheitere (Resolutionstext: www.bptk.de).

Symposium: Psychotherapie im Alter

Depressive Störungen gehören neben dementiellen Erkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter. Fast jeder zehnte Erwachsene über 60 Jahren leidet unter einer Depression. Von 100 älteren Menschen mit einer Depression, erhält nicht einmal ein Patient eine Psychotherapie. Hingegen nimmt jeder vierte Erwachsene über 70 Jahren ein Psychopharmakon. Das Symposium „Psychotherapie im Alter“ der BPTK, das am 8. Mai 2009 in Berlin stattfand, beschäftigte sich deshalb damit, wie eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker älterer Menschen gestaltet werden kann.

Versorgungsbedarf steigt

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier von der Charité in Berlin stellte fest, dass mit der steigenden Lebenserwartung auch die psychiatrische Gesamtmorbidität zunehme. Neben Depressionen hätten demenzielle Erkrankungen hieran den größten Anteil. Verlässliche Daten zur psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen existierten derzeit nicht. In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung liege der Anteil von Patienten über 60 Jahren vermutlich zwischen 0,2 und 0,9 Prozent. Daraus sei nicht unbedingt auf eine psychotherapeutische Unterversorgung alter Menschen zu schließen. Die ältere Generation habe häufig noch ein biologisches Krankheitskonzept und nehme Psychotherapie kaum in Anspruch.

Die größten Versorgungslücken bestünden, so Kuhlmeier, im psychiatrisch-geriatrischen Bereich. Es mangle an einer Umsetzung

guter therapeutischer Konzepte in den Pflegeheimen, aber auch an ambulanten Angeboten, die die Heimunterbringung von Demenzkranken hinauszögern könne. Psychotherapeuten sollten ihr Leistungsspektrum erweitern und z. B. auch Angebote für Angehörige Demenzkranker machen oder Schulungen und Supervision für in Heimen arbeitende Pflegekräfte.

Psychotherapeutische Praxis

Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker von der Universität Zürich stellte zunächst die Theorien zur Lebensspanne dar, die das Alter unter einer Gewinn-Verlust-Perspektive betrachten. Zu den alterstypischen Verlusten gehörten kognitive Funktionseinbußen, Alterserkrankungen, Pensionierung und der Tod nahestehender Personen. Ihnen stünden insbesondere reifere Bewältigungs- und Lebenserfahrungen gegenüber. Diese typischen Bewältigungsstile könnten in der Psychotherapie mit Älteren genutzt werden.

Ältere Patienten seien allgemein auch keine „schwierigeren“ Patienten. Nach seinen Untersuchungen seien sie zu Beginn einer Psychotherapie sogar weniger psychisch belastet als jüngere Patienten. In der Regel seien Ältere im Therapieprozess zudem lösungsfokussierter, was häufig schon nach fünf bis sieben Sitzungen deutliche Verbesserungen ermögliche.

Diskussion

In der Podiumsdiskussion forderte BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter eine grö-

ßere Bereitschaft insbesondere jüngerer Psychotherapeuten, mit älteren Menschen zu arbeiten. Dies sei sehr lohnend, ergänzte Dr. Johannes Kipp, Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Kassel. Dafür seien spezifische Fortbildungen und die Verankerung von Alterspsychotherapie in der Ausbildung wichtige erste Schritte. Johannes Klüsener von der Techniker Krankenkasse erklärte, dass der spezielle Versorgungsbedarf von älteren Patienten mit psychischen Störungen von den Kassen nur erkannt und in spezifische Versorgungsangebote umgesetzt werden könne, wenn die entsprechenden Diagnosen auch dokumentiert würden.

Die rund 800.000 Pflegekräfte könnten helfen, die Lücke zwischen Bedarf und Versorgung zu schließen, stellte Prof. Dr. Stefan Görres von der Universität Bremen fest. Psychotherapeuten sollten sich bei der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen verstärkt als Supervisoren begreifen und Versorgungskonzepte erarbeiten, in denen Pflegekräfte durchaus als Co-Therapeuten und Multiplikatoren eingesetzt würden (ausführlich: www.bptk.de).

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Amoklauf in Winnenden ist zwischenzeitlich hinter zahllosen neuen Ereignissen etwas in Vergessenheit geraten. Für unmittelbar und mittelbar Betroffene war dies eine psychische Extrembelastung, auch die dort rasch und gezielt arbeitenden Einsatzkräfte der Polizei und Hilfsorganisationen waren starker psychischer Belastung ausgesetzt. Die Kammer hat auf die Situation sofort reagiert und den entsprechenden Stellen Listen von Psychotherapeuten zur Verfügung gestellt und die Kolleginnen und Kollegen gebeten, Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Für die Resonanz und Hilfsbereitschaft der Kolleginnen und Kollegen wollen wir an dieser Stelle ausdrücklich danken. Für uns ist dieses Ereignis Aufforderung, die mit dem Innenministerium geführten Gespräche zur Integration der psychotherapeutischen Fachkompetenz in die schon jetzt gut ausgebaute Notfallversorgung zu intensivieren und zu beschleunigen. Wir alle können nur hoffen, dass ähnliche Ereignisse möglichst selten vorkommen, zu verhindern sind sie nicht. Wir müssen

uns jedoch darauf vorbereiten, fachlich und organisatorisch.

In diesem Jahr wird die zweite Wahlperiode der Vertreterversammlung (VV) und des Vorstands sowie der anderen Kammergremien zu Ende gehen. In der Zeit des Bestehens der Kammer können wir auf zahlreiche erfolgreich abgeschlossene Aufgaben zurückblicken. Die vorletzte VV dieser Wahlperiode im März beschäftigte sich weniger mit Rückblick oder Bestandsaufnahme, sondern erarbeitete Perspektiven für die nächsten Jahre der Kammer. Hierbei war die Frage der Finanzierung möglicher und notwendiger Projekte und die durch Gesetze vorgegebenen Aufgaben ein wiederholt auftauchender Diskussionspunkt. Der Geschäftsführer der Kammer, Herr Gerlach, verdeutlichte dies auch in seinem Bericht des Geschäftsführers und teilte der VV mit, die Kammer Ende September zu verlassen, da Vorstand und Kammergremien seine Forderung nach notwendiger Personalstellenerweiterung nicht unterstützten. Wir danken Herrn Gerlach für seine Arbeit für die Kammer, deren

Aufbau er seit Beginn mit großem Engagement unterstützt hat. Eine ausführliche Würdigung wird noch an anderer Stelle erfolgen.

Wir würden uns freuen, wenn sich zu den anstehenden Wahlen neben den schon erfahrenen und engagierten Kolleginnen und Kollegen auch jüngere Kolleginnen und Kollegen bereit erklären würden, die Kammer durch Mitarbeit in den Gremien aktiv mitzugestalten und für die VV zu kandidieren. Nur durch Mitarbeit möglichst vieler Mitglieder aus verschiedenen Bereichen der Psychotherapie kann die Kammerpolitik ausgewogen und die verschiedenen Interessen integrierend gestaltet werden.

Für den kommenden Sommer und die Urlaubszeit wünschen wir Ihnen schöne und erholsame Tage.

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

Vertreterversammlung (VV) der LPK am 20./21.03.2009

Am **ersten Sitzungstag** beschäftigte sich die VV mit dem Thema: „Gesetzliche Aufgaben, Standort und Visionen der Kammer“. Zunächst stellte Kammerpräsident Dietrich Munz die im Heilberufekammergesetz festgelegten Aufgaben der Heilberufekammern und die hierauf bezogenen Aktivitäten der Psychotherapeutenkammer vor. Anschließend erarbeiteten die Mitglieder der VV in fünf Arbeitsgruppen Perspektiven für die weitere Kammerarbeit. Dabei wurde deutlich, dass die Kammerarbeit sich auch in einer guten Öffentlichkeitsarbeit zeigen sollte, sowohl gegenüber

den Patienten als auch gegenüber der Fachöffentlichkeit und der Politik. Bei der Begrenztheit der finanziellen Mittel wurde eine bessere Vernetzung mit andern Kammern und den Verbänden vorgeschlagen. Klar wurde aber auch, dass dennoch eine professionelle Öffentlichkeitsarbeit Kosten verursacht, die höher liegen als der bestehende Ansatz.

Für einen besseren Service gegenüber den Mitgliedern wurde der weitere Ausbau der Homepage mit Fachportalen vorgeschlagen als auch eine verstärkte juristische,

aber auch betriebswirtschaftliche Beratung der Mitglieder gefordert. Die Fortbildungsangebote sollten ausgebaut werden. Auch hier zeigte sich die Diskrepanz zwischen den gewünschten Leistungen der Kammer und der Bereitschaft, dafür zusätzliche Mittel zur Verfügung zu stellen. Eine erhöhte direkte Beteiligung der Mitglieder, wie bei der Mitgliederbefragung zur Beitragsordnung, wurde ebenfalls für sinnvoll erachtet. Klare Ansprechpartner für Mitgliederanfragen sollten benannt und auf der Homepage mit Sprechzeiten veröffentlicht werden.

Bei den Kammerausschüssen wurde eine klarere Aufgabenbeschreibung sowie eine bessere Vernetzung untereinander und mit dem Vorstand gefordert. Die Arbeit der Ausschüsse sollte außerdem besser nach außen vermittelt werden.

Bei der Frage nach einem Leitbild für die Kammer zeigten sich unterschiedliche Positionen zu deren gegenwärtigem Image. Neben einer vermuteten Überbürokratisierung und Überkontrolle wurden ebenso positive Aspekte benannt, wie die Interessensvertretung und die Stärkung der psychotherapeutischen Identität durch die Kammer. Ein Leitbild sollte insbesondere eine Orientierungsfunktion für die Kammermitglieder und die Mitarbeiter haben, aber auch für die Patienten.

Die Aufgabe und Funktion der Kammergeschäftsstelle wurde ebenfalls in einer Arbeitsgruppe beleuchtet. Dabei wurde deutlich, dass die Geschäftsstelle grundsätzlich die Mitglieder und deren Beiträge im Sinne der satzungsmäßigen Aufgaben der Kammer verwaltet. Insbesondere dient sie als Ansprechpartner der Mitglieder, der interessierten Öffentlichkeit, der Politik und der Aufsichtsbehörde. Sie setzt Beschlüsse der VV und des Vorstandes um und dient den Ausschüssen und dem Vorstand als Ansprechpartner für fachlich/sachliche Fragen. Kritisch hinterfragt wurde, ob die Geschäftsstelle möglicherweise ein Eigenleben entwickeln könnte, im Sinne einer Aufblähung der Verwaltung. Dagegen wurde bemerkt, dass diese mit gesetzlich vorgegebenen Aufgaben konfrontiert sei, was einen entsprechenden Personaleinsatz erforderlich mache. Die Arbeit der Geschäftsstelle sollte besser vermittelt werden, sowohl gegenüber der Vertreterversammlung als auch der Öffentlichkeit.

Kammerwahl Oktober/November 2009

Hinsichtlich der im Oktober/November 2009 anstehenden Wahl zur 3. Vertreterversammlung der LPK Baden-Württemberg wurden bereits die Vorbereitungen in die Wege geleitet. Die Wahlen werden nach der Wahlordnung (siehe www.lpk-bw.de unter Kammer/Satzungen u. a. oder *Psychotherapeutenjournal*, Heft 2, 2008, S. 153, Einhefter S. 8) als Briefwahl

Am **zweiten Tag** der VV wurde, nach dem Bericht des Vorstands über seine Aktivitäten in den letzten Monaten, ausführlich über die Entwicklung der Honorierung niedergelassener Psychotherapeuten und Ärzte in der kasernenärztlichen Versorgung diskutiert. In diesem Zusammenhang wurden auch andere Versorgungsstrukturen außerhalb des KV-Systems besprochen. Da es bei diesen Fragen um die Zukunft des Berufsstandes der Psychotherapeuten geht, wurde der Kammervorstand gebeten, die Aktivitäten der in den Gremien der KV aktiven Psychotherapeuten besser mit denen der Kammer zu vernetzen. Zusätzlich sollten gemeinsame Strategien der Kammer und der Verbände zur Entwicklung der Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung gebildet werden. Präsident Munz berichtete des Weiteren, dass die von der ehemaligen Geschäftsstellenmitarbeiterin veruntreuten Gelder inzwischen komplett an die Kammer zurückgeführt wurden.

Erstmals stellte auch Geschäftsführer Hartmut Gerlach einen **Geschäftsbericht** vor. Er setzte sich darin mit den Aufgaben der Kammer auseinander und machte deutlich, dass die Forderung nach Wirtschaftlichkeit des Verwaltungshandelns ein eindeutig gesetzlich vorgegebenes Verwaltungsziel sei, das allerdings in einem ständigen Spannungsfeld zum Verfassungsziel der Rechtmäßigkeit des Verwaltungsvollzugs stehe. Im Falle eines Zielkonflikts habe die Rechtmäßigkeit Vorrang. Um diese Rechtmäßigkeit der Verwaltung sicherzustellen, bedürfe es des notwendigen, erforderlichen Personals. Die Träger öffentlicher Aufgaben seien verpflichtet, das zur Gewährleistung ihrer Erfüllung notwendige Personal bereit zu stellen. Hier äußerte der Geschäftsführer seine große Sorge, dass das vorhandene Personal nicht ausreiche, um die anfallenden Arbeiten zu erledigen. Diese Aufgaben seien

größtenteils gesetzlich vorgegeben, so z. B. die Fortbildungspflicht. Hier und auch in der Abteilung Rechnungswesen seien seiner Meinung nach die personellen Ressourcen nicht ausreichend, der Haushaltsplan sei diesbezüglich zu knapp bemessen. Der Geschäftsführer gab in diesem Zusammenhang der VV bekannt, dass er die Kammer zum 30.09.09 verlassen werde, da er seine Vorstellungen von zusätzlichem Personal, was seiner Meinung nach dringend zur Erfüllung der anfallenden Kammeraufgaben notwendig wäre, nicht durchsetzen könne.

In einem weiteren Tagesordnungspunkt wurde in der Berufsordnung der Umgang mit Jugendlichen ab dem 15. Lebensjahr präziser gefasst.

Kristiane Göpel berichtete der VV ausführlich aus der Kommission zum Beschwerdemanagement der Kammer. Sie stellte den Verlauf des Workshops im Dezember vor (siehe anschließenden Artikel) und referierte erste Überlegungen, wie eine diesbezügliche Stelle bei der Kammer verortet werden könnte. Eine Kommission der Kammer mit Kristiane Göpel, RA Dagmar Löffler, RA Hartmut Gerlach und Prof. Reiner Bastine arbeiten an der weiteren Ausgestaltung einer Stelle für das Beschwerdemanagement. Als Arbeitstitel dafür wurde der Begriff „Ombudsstelle“ gewählt. Auf Wunsch der Vertreterversammlung wurde der Vorsitzende des Berufsordnungsausschusses, Friedrich Gocht, ebenfalls in die Kommission berufen.

Darüber hinaus wurden die Mitglieder der VV des Versorgungswerks gewählt. In dieser wird die LPK BW mit fünf Mitgliedern gleichberechtigt neben der PTK NRW vertreten sein. Weitere Informationen hierzu finden Sie unten.

RA Dr. Steck, als dessen Stellvertreter RA Dr. Vogel, beide Stuttgart, benannt.

Die **Wahl** wird vom **15. Oktober 2009 – 16. November 2009** stattfinden.

Gewählt wird getrennt nach den Wahlgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsycho-

therapeuten und der freiwilligen Mitglieder der Psychotherapeuten in der praktischen Ausbildung (PiA).

Voraussetzung, um als Vertreter gewählt werden zu können, ist die Erstellung eines Wahlvorschlags, der von mindestens zehn Kammermitgliedern durch die Abgabe einer entsprechenden schriftlichen Erklärung unterstützt sein muss. Zusätzlich müssen jeweils Erklärungen der Kandidaten vorliegen, dass sie zu einer Kandidatur bereit seien (§ 12 Wahlordnung). Die **Wahlvorschläge** sind **bis zum 15. September 2009 einzureichen**. Danach müssen die Wahlvorschläge vom Wahlleiter auf Übereinstimmung mit dem Wählerverzeichnis geprüft werden; er entscheidet dann über die Zulassung zur Wahl (§ 13 Abs. 2 Wahlordnung) innerhalb einer Woche. Das Wählerverzeichnis wird in der Kammergeschäftsstelle mindestens

zehn Tage lang zur Einsicht ausliegen und kann bis zum letzten Tag vor Ablauf der Wahlfrist vom Wahlausschuss ggf. berichtigt oder ergänzt werden. Der Versand der Stimmzettel wird spätestens einen Monat vor Ende der Wahlfrist erfolgen (spätestens bis 15. Oktober 2009). Jeder Wähler hat nur eine Stimme, die durch Ankreuzen eines/r Kandidaten/in auf einem Stimmzettel vergeben wird (§ 16 Wahlordnung). Der **Stimmbrief**, der den Stimmzettel enthält, wird den wahlberechtigten Kammermitgliedern zugesandt und muss **spätestens am 16. November 2009 (Ende der Wahl)** in der Geschäftsstelle der Landespsychotherapeutenkammer eingegangen oder mit einem Poststempel gleichen Datums bei der Post aufgegeben worden sein.

Insgesamt sind 42 Sitze der Vertreterversammlung durch Wahlen zu besetzen,

Psychotherapeuten in der praktischen Ausbildung (PiA) stehen davon zwei Vertreter fest zu. Der 43. Sitz steht einem Vertreter der Psychologischen Institute an den Universitäten des Landes zu, der auf Vorschlag des Wissenschaftsministeriums besetzt wird.

Nach Abschluss der Wahl wird der Präsident das Ergebnis der Wahl innerhalb von zwei Wochen durch ein besonderes Rundschreiben und auf der Homepage bekannt geben. Der neue Vorstand wird dann voraussichtlich im Januar 2009 die Amtsgeschäfte übernehmen.

Die Mitglieder der LPK BW erhalten demnächst noch ein besonderes Wahlrundschreiben („*Informationen zur Wahl der dritten Vertreterversammlung*“), das auch auf die Homepage der Kammer gestellt wird.

Amoklauf in Winnenden / Wendlingen

Die LPK Baden-Württemberg hat schnell auf den Amoklauf in Winnenden/Wendlingen und seine Folgen für die Betroffenen reagiert. Listen mit Psychotherapeuten, die kurzfristig Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stellen konnten, wurden ins Netz gestellt und den für die Versorgung der Betroffenen zuständigen Stellen übermittelt. Betroffene, Eltern, Geschwister, Verwandte, Freunde, Mitschüler und deren Angehörige sowie die Helfer des Amoklaufs sind mit einem Schicksal konfrontiert, das schwer erschüttert. Jeder Mensch reagiert auf eine solche Belastung in zwar in-

dividuell unterschiedlicher, aber dennoch vergleichbarer Weise.

Die LPK verweist in ihrem Anschreiben an die Betroffenen zunächst auf die Homepage der LPK Niedersachsen (www.pknds.de), die unter der Rubrik „Öffentlichkeit/Rat-suchende/Presse“, Stichwort „Psychosoziale Notfallhilfen“ zahlreiche Informationen zur Verfügung stellt, die den Umgang mit Notfällen erleichtern können. Des Weiteren hat die Kammer Listen mit Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen der Region in und um Winnenden zusammengestellt, die

besonders spezialisiert und qualifiziert sind für die psychotherapeutische Notfallversorgung und Behandlung von akut traumatisierten Menschen. Diese sind auf der Kammerhomepage unter „Aktuelles, 12.03.09“ downloadbar. Betroffene Schüler, Lehrer und Angehörige konnten sich auf der Grundlage dieser Liste an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Region wenden. Die Kosten für die psychotherapeutische Betreuung der unmittelbar Betroffenen werden von der Unfallkasse Baden-Württemberg übernommen, die der Angehörigen von ihrer jeweiligen Krankenkasse.

Psychotherapeutenversorgungswerk

Mitglieder der VV gewählt

Mit dem Beitritt ist die LPK Baden-Württemberg Mitglied im Versorgungswerk der Psychotherapeuten NRW. Die VV der LPK hat in ihrer Sitzung am 21.03.09 fünf Mitglieder für die VV des Versorgungswerkes gewählt: Dr. Dietrich Munz, Mareke Santos-Dodt, Michaela Willhauck-Fojkar, Jürgen Pitzing und Marianne Funk. Die 4. (konstituierende) Sitzung der VV des Versorgungswerkes NRW fand am 02.04.09 in Düsseldorf statt, an der dann die neu gewählten Vertreter aus Baden-Württemberg erstmals teilgenommen haben. In

ihr wurde Mareke Santos-Dodt als Stellvertretende Vorsitzende der VV sowie Dietrich Munz als Stellvertretender des Verwaltungsrates des Versorgungswerkes gewählt.

30. Juni 2009: Letzte Möglichkeit zur Entscheidung zum Beitritt/Nichtbeitritt zum Versorgungswerk – Info des PTI-Ausschuss für angestellte PP und KJP

Der Ausschuss Psychotherapie in Institutionen (PTI) der LPK Baden-Württemberg hat für die angestellten Mitglieder ein Paper zusammengestellt, das eine gute Hilfe zur

Entscheidung für den Eintritt/Nichteintritt in das Psychotherapeutenversorgungswerk bieten kann. Das Papier informiert in sehr übersichtlicher Form über die unterschiedlichen Alternativen der Mitgliedschaft im Versorgungswerk. Je nach Altersgruppe der baden-württembergischen Mitglieder bestehen unterschiedliche Voraussetzungen für den Eintritt oder eine Befreiung von der Mitgliedschaft. Die **Entscheidung** muss **auf jeden Fall bis zum 30.06.2009** getroffen sein.

Ausführliche Informationen finden Sie unter <http://lpk-bw.de> (Nachricht 12.03.09).

Veranstaltungen „Die Kammer stellt sich Ihren Fragen“

Bei bislang zwei Veranstaltungen der Kammer, bei denen sich Vorstands- und Ausschussmitglieder den Fragen der Kammermitglieder stellten, war das Interesse eher gering. 10-15 (!) Anwesende hatten neben Fragen zum Kammerbeitrag insbesondere sozialrechtlich relevante Fragen zu halben Sitzen, Zulassungsrangfolge etc. Sehr kritische Nachfragen wurden zur Beitragshöhe gestellt, der Sinn der Kammer dabei grundsätzlich in Frage gestellt.

In der Diskussion konnte verdeutlicht werden, dass die Aufgaben der Kammer, die ihr weitgehend durch das Heilberufkammergesetz übertragen wurden, durch die Verkammerung unseres Heilberufes von der Profession selber geregelt werden können, die Alternative dazu nur in der Regelung durch staatliche Stellen und Behörden liegen würde. Dass das dann mit mehr Sachverstand getan werden würde oder gar zu einem größeren Nutzen für

uns führen würde, das nahm dann doch keiner der Anwesenden an. Gewünscht wurde auch mehr Präsenz der LPK in der Öffentlichkeit, Stellungnahmen zu gesundheitspolitisch relevanten Themen und die aktuelle Information der Mitglieder zu relevanten Themen. Dass die LPK zu einigen wichtigen gesundheitspolitischen Themen der letzten Zeit Stellungnahmen abgegeben hatte, war den KollegInnen wenig bekannt, was von uns als Hinweis verstanden wurde, die Tätigkeiten der Kammer nach außen besser darzustellen. Die Information der Mitglieder zu relevanten Themen allerdings erfolgt bereits durch Homepage, Newsletter und PTJ, hier scheint der bestehende Service seitens der Mitglieder noch nicht optimal genutzt.

Deutlich wurde auch, dass die Fragen der Angestellten und die der Niedergelassenen sehr verschiedene Bereiche betrafen. Die Niedergelassenen hatten viele Fragen

zu den aktuellen Entwicklungen bezüglich der halben Praxissitze, des neuen EBM, der neuen Versorgungsformen. Die Angestellten fragten nach der Fortbildungspflichtung in den Kliniken, den Besonderheiten des Versorgungswerkes bezüglich der Angestellten etc.

Die Kammerfortbildungsveranstaltungen zu bestimmten Themen waren wesentlich besser besucht: in Freiburg nahmen ca. 100 KollegInnen an der Veranstaltung zur Praxisübergabe teil.

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

Vierte Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Vom 21. März 2009

Aufgrund von §§ 9, 10 Nr. 15 und 31 des Heilberufe-Kammergesetzes (HBKG) Baden-Württemberg in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. S. 314), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung heilberufrechtlicher Vorschriften vom 11. Oktober 2007 (GBl. S. 473, 474), hat die VV der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg am 21. März 2009 folgende Satzung zur Änderung der Berufsordnung vom 31. Januar 2005 (Psychotherapeutenjournal 1/2005, S. 49, Einhefter S. 1), geändert durch Satzungen vom 17. März 2007 (Psychotherapeutenjournal 2/2007, S. 167, Einhefter S. 5), 13. Oktober 2007 (Psychotherapeutenjournal 1/2008, S. 44, Einhefter S. 2) und 18. Oktober 2008 (Psychotherapeutenjournal 4/2008, S. 375, Einhefter S. 4), beschlossen:

§ 1

1. § 9 wird wie folgt geändert:

- Abs. 2 Satz 4 wird aufgehoben.
- Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst und ein Absatz 3a eingefügt:

„(3) Probatorische Sitzungen, die zur Abklärung der Indikationsstellung durchgeführt werden, kann ein Elternteil alleine veranlassen.“

(3a) Die Durchführung einer Psychotherapie ist nur möglich, wenn das Einverständnis beider Sorgeberechtigten vorliegt. Können sich die Sorgeberechtigten nicht einigen, ist die Durchführung einer Behandlung mit dem noch nicht einrichtsfähigen Patienten von einer gerichtlichen Entscheidung abhängig. Gesetzlich versicherte Patienten, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, können eine Psychotherapie ohne Kenntnis ihrer Eltern beantragen, wenn sie über die erforderliche Einsichtsfähigkeit verfügen; § 36 SGB I bleibt unberührt.“

2. § 18 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 18 Fortbildung“

Psychotherapeuten, die ihren Beruf ausüben, sind verpflichtet, entsprechend der Fortbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer ihre beruflichen Fähigkeiten zu erhalten und weiterzuentwickeln. Sie müssen ihre Fortbildungsnachweise auf Verlangen der Kammer vorlegen.“

§ 2

Ermächtigung zur Neubekanntmachung

Präsident und Schriftführer werden ermächtigt, den Wortlaut der Berufsordnung (BO) in der zum Zeitpunkt der Bekanntmachung geltenden Fassung mit neuer Paragraphenfolge bekannt zu machen und Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

§ 3

In-Kraft-Treten

Die vorstehende Satzung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vom 24. April 2009, Az.: 55-5415.2-4.5.2, hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Stuttgart, den 29. April 2009

gez. Dipl.-Psych. Dr. Dietrich Munz

Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psychologi- schen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten

Delegiertenversammlung setzt sich für die hohe Qualität der Versorgung durch Psychotherapeut/inn/en und für den Erhalt der Kassenärztlichen Vereinigungen ein

Die Delegiertenversammlung am 2. April 2009 stand im Zeichen der Diskussionen um die ambulante Gesundheitsversorgung, die zukünftige Qualifikation von Psychotherapeut/inn/en und die Berufsethik. Zur Ausgestaltung der ambulanten Versorgung wurde eine Resolution verabschiedet und an die politischen Parteien übersandt mit dem Appell, für die Patient/inn/en eine umfassende, flächendeckende, nachhaltige und persönliche Versorgung zu gewährleisten und hierzu die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Mitgliedschaft aller zugelassenen Behandler in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten. Weiterhin unabdingbar sind die freie Arzt- und Psychotherapeutenwahl und der Erhalt der Freiberuflichkeit als Voraussetzung für die eigenständige Verantwortung des Psychotherapeuten. Diese Punkte wurden insbesondere mit Blick auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten oder körperlichen Krankheiten mit psychischen Anteilen gefordert.

Kammerpräsident Nikolaus Melcop stellte im Vorstandsbericht vor dem Hintergrund der Wirtschaftskrise, der Ärzteproteste und der aktuellen Diskussion zur Zukunft des Kollektivvertrages fünf zentrale Forderungen auf:

- Die flächendeckende Versorgung psychisch und körperlich kranker Menschen muss gesichert sein. „Wenn wir die flächendeckende Versorgung wollen, brauchen wir den Kollektivvertrag für alle zugelassenen Behandler. Selektivverträge darf es nur für zusätzliche Modellprojekte geben.“

- Der Verhinderung von Krankheit und unnötigen Kosten kommt dabei eine besondere Bedeutung zu – und gerade deshalb neben der Primärprävention auch der Psychotherapie.
- Die eigenständigen Praxen der Psychotherapeut/inn/en müssen erhalten werden als besonderer Raum für Vertraulichkeit und Individualität.
- Vehement forderte er die Aufwertung von Psychotherapeut/inn/en in Kliniken und Beratungsstellen.
- Als letzte Forderung plädierte er für die Erprobung zukunftsorientierter Modelle, in denen Psychotherapeuten ihr gesamtes Leistungsspektrum noch besser in den Dienst einer größeren Gruppe von Patient/inn/en und der Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen stellen können.

Die hochqualifizierte Ausbildung müsse, betonte Melcop, erhalten werden mit mindestens Masterniveau des Studiums, einer engen Anbindung an die wissenschaftliche Psychologie und einer anspruchsvollen und praxisorientierten Ausbildung nach dem Studium. Hierfür habe sich die PTK Bayern intensiv und mit ersten Erfolgen eingesetzt. Er dankte der Vertreterin der Hochschulen in der Kammer-DV, Prof. Weber aus Würzburg, für die gute Zusammenarbeit.

Vizepräsident Lehndorfer stellte beim entsprechenden Tagesordnungspunkt zur Zukunft von Zugangsstudiengängen und Ausbildung die Sachlage noch einmal differenziert dar einschließlich der aktuellen

Ergebnisse der Abstimmungen zwischen der Bundespsychotherapeutenkammer und den Vertretern der Universitäten und Hochschulen zu Studieninhalten in den Bereichen Psychologie und Pädagogik/Sozialpädagogik, die als Voraussetzung für die Ausbildung zum PP oder KJP erfüllt sein sollten.

Neue Info-Flyer über PP und KJP

Die deutlich intensivierte Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Kammer stellte Dr. Melcop am Beispiel diverser Medienberichte vor. Er präsentierte dabei auch die beiden neuen Flyer „Psychotherapie für Erwachsene – Ablauf, Verfahren, Kostenübernahme“ sowie „Psychische Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern und Jugendlichen“. Beide Flyer stehen in der Website der Kammer im Bereich Patienteninformation zum Download zur Verfügung und können auch in größerer Stückzahl – gegen Unkostenbeitrag – bei der Kammer bestellt werden.

Positiv hob Präsident Melcop des Weiteren die hohe Zahl der von Mitgliedern bereits erworbenen Fortbildungszertifikate hervor.

Jahresabschluss 2008 angenommen, Vorstand entlastet

Vizepräsident Peter Lehndorfer stellte ausführlich den Jahresabschluss des Haushaltes 2008 vor. Der Jahresabschluss 2008 wurde durch die Delegiertenversammlung antragsgemäß angenommen und der Vorstand entlastet, beides einstimmig.

Berufsethik: DV betont hohen Stellenwert und die Bedeutung niedrigschwelliger Beratung von Patient/inn/en

Vizepräsident Bruno Waldvogel begründete beim TOP Berufsaufsicht die Wichtigkeit berufsethischer Grundsätze und den hohen Stellenwert der eigenen Berufsregeln für den Berufsstand der Psychotherapeuten. Er informierte u. a. über die gesetzlichen Grundlagen und deren konkrete Umsetzung durch die PTK Bayern. Nach einer intensiv geführten Diskussion über die Notwendigkeit und Möglichkeit einer niederschwelligen Beratung von Patienten, die in Psychotherapien problematische, grenzüberschreitende bzw. ethisch fragwürdige Erfahrungen beklagen, beauftragte die Delegiertenversammlung den Vorstand, diese Frage weiter zu prüfen und Ergebnisse hierzu der Delegiertenversammlung vorzustellen.

Anerkennung der Systemischen Therapie

Zur Frage der Anerkennung der Systemischen Therapie einigten sich die De-

legierten der PTK Bayern auf folgende Stellungnahme: „Die PTK Bayern begrüßt die Feststellung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie in seinem ‚Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie‘ vom 14.12.2008, dass die Systemische Therapie nach den von ihm angewandten Beurteilungskriterien als ‚wissenschaftlich anerkannt‘ gelten kann. Die PTK Bayern setzt sich dafür ein, dass der G-BA eine Überprüfung einleitet, ob Systemische Therapie als Verfahren zur Krankenbehandlung zugelassen wird.“

Bundesdelegierte nachgewählt, Kammersatzung und Geschäftsordnung ergänzt

Aufgrund der stetig zunehmenden Zahl der Kammermitglieder stehen der PTK Bayern für die diesjährigen Deutschen Psychotherapeutentage 14 (statt bisher 13) Bundesdelegierte zu. Die erforderliche Nachwahl einer/eines Bundesdelegierten und zweier Stellvertreter setzte eine entsprechende Ergänzung der Kammersatzung voraus, die von den Delegierten vorgenommen wurde. Als

14. Bundesdelegierter wurde Dr. Klaus Stöhr gewählt. Sein 1. Stellvertreter ist Dr. Peter Dillig, 2. Stellvertreterin Martina Kindsmüller.

Weitere Schwerpunkte der Delegiertenversammlung

Im Anschluss folgten wie stets die **Berichte aus den Ausschüssen** der Kammer für **Aus-, Fort- und Weiterbildung** (Dr. Andreas Rose), für die **psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen** (Thomas Stadler) sowie **Psychotherapie in Institutionen** (Dr. Peter Dillig).

Ferner erstattete Andreas Rose in seiner Funktion als Beauftragter der Kammer für den Bereich Forensik seinen Sachstandsbericht.

Zum Abschluss der Versammlung informierten die **satzungsgemäßen Vertreter der Hochschulen** (Prof. Angelika Weber), der **Ausbildungsinstitute** (Susanne Färber) und der **Psychotherapeut/inn/en in Ausbildung** (Frank Mutert) über ihre Tätigkeit.

Überwältigender Andrang bei Präventionsveranstaltung

Die Informationsveranstaltung „Prävention psychischer Störungen – eine Herausforderung für die Zukunft“, die sich an Experten und die interessierte Öffentlichkeit wandte, stieß auf ein überwältigendes Interesse: Rund 600 Personen nahmen an der Veranstaltung am Samstag, 21. März 2009, in der LMU München teil. Zu der im Vorfeld der Veranstaltung am 19. März im PresseClub München organisierten Pressekonferenz waren rund 30 Journalisten gekommen. Als prominenter Gast stand in der Pressekonferenz Alexander Huber zur Verfügung, der derzeit zur absoluten Weltspitze in der internationalen Kletterer- und Bergsteigerszene gehört. Alexander Huber gab Auskunft über eine zurückliegende psychische Störung, die er auch in seinem Buch „Der Berg in mir“ dargestellt hat. Die Informationen und Statements der PTK Bayern zur Pressekonferenz finden Sie in der Website der Kammer.

Bei der Veranstaltung am Samstag herrschte dann großer Andrang, sowohl

in den Vorträgen, als auch an den Ständen verschiedener Krankenkassen, Institutionen und Verbände, die Informationsmaterial anbieten.

In der Eröffnung bezeichnete Nikolaus Melcop die Prävention psychischer Störungen als eines der wichtigsten gesundheitspolitischen Themen unserer Zeit. Er stellte die Notwendigkeit von wissenschaftlich geprüften psychologisch-psychotherapeutischen Präventionsprogrammen dar und erläuterte den Stellenwert von Psychotherapie zur Verhinderung von Rückfällen und Verschlimmerungen bei psychischen Störungen.



Volles Haus in der Großen Aula der LMU München: Rund 600 Personen drängten in den Vortragssaal.

Dr. Georg Walzel, Referatsleiter im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, führte in seinem Grußwort aus, dass „der Vorstoß und die Vorreiterrolle der PTK Bayern eminent wichtig“ sei.

Angelika Wagner-Link, Vorstandsmitglied der PTK Bayern, betonte die Wichtigkeit von

Prävention zur Verhinderung von seelischen Störungen und nahm in ihren einleitenden Worten zur Veranstaltung Bezug auf aktuelle Zahlen des Statistischen Bundesamtes, nach denen die Krankheitskosten für psychische und Verhaltensstörungen im Jahr 2006 auf 26,7 Milliarden Euro angestiegen seien. Die Kosten durch diese Erkrankung lägen damit um 3,3 Milliarden Euro höher als 2002. Verglichen mit allen anderen Krankheitsarten wäre das der höchste Anstieg in diesem Zeitraum. „Alle Präventionsprogramme müssen sorgfältig den verschiedenen Risikogruppen angepasst werden“, so Wagner-Link.

Im ersten Fachvortrag betonte Prof. Dieter Kleiber, Arbeitsbereich Prävention und

psychosoziale Gesundheitsforschung, Freie Universität Berlin, die Notwendigkeit verstärkter Primärprävention psychischer Störungen, gab Beispiele, Ansätze und Anwendungsfelder primär-präventiver Interventionen und verdeutlichte deren Nutzen. Im zweiten Fachvortrag befasste sich Dipl.-Psych. Julia Scharnhorst, Health Professional Plus, Wedel, mit ressourcenorientiertem Stressmanagement. Prof. Martin Hautzinger, Leiter der Abteilung für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der Eberhard Karls Universität Tübingen, befasste sich in seinem Vortrag mit „Frühprävention von Angst und Depression“. Der letzte Fachvortrag mit dem Titel „Prävention kindlicher Ver-

haltensstörungen: Bevor das Kind in den Brunnen fällt“ wurde von Prof. Kurt Hahlweg, Institut für Psychologie, TU Braunschweig, gehalten.

Die am Nachmittag parallel stattfindenden vier Workshops zu den Bereichen „Lebenslust mit Lars und Lisa“, „EPL – ein partnerschaftliches Lernprogramm“, „Stressprävention“ sowie „Triple P“ waren bis auf den letzten Platz ausgebucht.

Die Vorträge der vier Hauptreferenten und Experten der Workshops stehen alle in der Website der PTK Bayern zum Download zur Verfügung.

Die PTK Bayern im Gespräch mit Gesundheitsminister Dr. Markus Söder

Präsident Nikolaus Melcop, die Vizepräsidenten Peter Lehndorfer und Bruno Waldvogel sowie Geschäftsführer Alexander Hillers waren am 11. März 2009 im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit im Gespräch mit Staatsminister Dr. Markus Söder. Die Vertreter der PTK Bayern stellten dabei den großen Bedarf in Bezug auf die Arbeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dar, insbesondere angesichts der hohen Zuwachsraten an psychischen Störungen. Dabei wurde auch die wachsende Bedeutung der Prävention psychischer Störungen betont. Der Minister war sehr interessiert am intensiven Austausch zu möglichen Ursachen dieser Entwicklung und zu psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten. Er unterstrich angesichts der anstehenden Probleme im Gesundheitswesen den wichtigen Stellenwert von Prävention, Früherkennung und frühzeitiger Behandlung psychischer Störungen.

Zweiter Schwerpunkt des Gespräches war die Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeut/inn/en und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/inn/en und die schwierige Situation in den Zugangsstudiengängen Psychologie, Pädagogik und Sozialpädagogik nach der Studienreform. Dr. Söder betonte die Bedeutung einer hochqualifizierten Ausbildung als Grundlage für diese verantwortungsvolle freiberufliche Tä-

tigkeit. Insbesondere vor dem Hintergrund der Entwicklung im europäischen Kontext betonte der Minister die Notwendigkeit der Absicherung des erreichten Qualitätsstandards in diesen Berufen. Melcop wies auf die Notwendigkeit eines Masterabschlusses auch und gerade für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung hin. Das Ministerium verwies dazu auf die bekannte Haltung des Bundesgesundheitsministeriums und die laufenden Gespräche auf der Bundesebene. Es bestand Einigkeit über die Notwendigkeit einer bundesweit einheitlichen Definition von Mindestvoraussetzungen in diesen Studiengängen.

Der Präsident bedankte sich bei dieser Gelegenheit für die bisherige Unterstützung dieser Anliegen durch das Ministerium. Der Minister sagte zu, dass sich das Gesundheitsministerium auch weiterhin für die Sicherstellung der Qualität in den Zugangsstudiengängen einsetzen werde – in Zusammenarbeit mit dem bayerischen Wissenschaftsministerium. Die Thematik solle entsprechend auch in der Arbeitsge-



Bruno Waldvogel, Nikolaus Melcop und Peter Lehndorfer (v. l.) im Gespräch mit Gesundheitsminister Dr. Markus Söder (2. v. r.).

meinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) vorangebracht werden.

Im Zusammenhang mit der Ausbildungsdiskussion wurde erneut auch auf die Problematik der Finanzierung der Ausbildung, insbesondere während des sog. Psychiatriejahres hingewiesen. Weiterhin wurde in dem Gespräch die Situation von Psychotherapeut/inn/en in Kliniken und Beratungsstellen ausführlich erörtert. Der Minister sagte in diesem Zusammenhang zu, dass er die Möglichkeiten prüfen werde, die PTK Bayern in den Krankenhausplanungsausschuss aufzunehmen.

Zum Abschluss wurde im Hinblick auf die aktuellen Diskussionen zur Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) von Seiten der PTK Bayern die Notwendigkeit einer verbindlichen Institution KV für die

Gesundheitsversorgung in Bayern betont. Die KV könne als einzige Einrichtung flächendeckend für die gesamte Bevölkerung die Sicherstellung und die Integration

der verschiedenen ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen gewährleisten. Dies sei aus Sicht der PTK Bayern sowohl in Bezug auf die Versorgung

psychisch kranker Menschen als auch auf die Behandlung der psychischen Anteile bei körperlichen Krankheiten von besonderer Bedeutung.

PTK Bayern zum SZ-Artikel „Psychotherapie“

Unter der Rubrik „Aktuelles Lexikon“ ist in der Süddeutschen Zeitung am 16. März ein Artikel mit der Überschrift „Psychotherapie“ erschienen, der deutlichen Anlass zur Kritik gegeben hat. Unmittelbar nach der Veröffentlichung des Artikels hat die

PTK Bayern Kontakt mit der Redaktion der SZ aufgenommen. Diese hat versichert, dass eingestanden missverständliche Deutungen nicht in der Absicht der Zeitung gelegen hätten und zugesagt, einen von der PTK Bayern verfassten Leserbrief zu veröf-

fentlichen. Der Leserbrief ist am Donnerstag, 19. März 2009, in der Rubrik FORUM unter dem Titel „Das Erbe von Sigmund Freud“ veröffentlicht worden. Er steht in der Website der Kammer zum Download zur Verfügung.

PTK Bayern und Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen starten eine Informationskampagne zu AD(H)S

In Bayern leiden etwa 300.000 bis 700.000 Kinder an AD(H)S. Hinsichtlich der Ätiologie der Erkrankung spielt die Interaktion biologischer und psychosozialer Faktoren eine wesentliche Rolle. In der alltäglichen Praxis erleben wir, dass viele Kinder mit der vermeintlichen Diagnose „AD(H)S“ vorgestellt werden, ohne dass diese Diagnose von einem Fachmann gestellt worden wäre. Häufig werden Eltern von pädagogischem Fachpersonal in

Kindergärten, Kinderhorten und Schulen auf eine mögliche psychische Störung aufmerksam gemacht, die dann allzu schnell als AD(H)S identifiziert wird. Das war für die PTK Bayern Anlass, noch mit der damaligen Ministerin Christa Stewens Kontakt aufzunehmen, um eine Informationskampagne zu AD(H)S für pädagogisches Personal in den bayerischen Kindergärten und -horten vorzuschlagen. Das Ministerium hat nun auch unter der

neuen Führung großes Interesse angemeldet, so dass für Anfang 2010 zwei große Fachtagungen gemeinsam geplant werden. Angedacht ist auch die Erstellung von Mustervorträgen und -folien, die interessierte Kolleginnen und Kollegen in Anspruch nehmen können, wenn sie vor Ort in pädagogischen Einrichtungen referieren wollen. Die PTK Bayern wird über das Projekt in Mitgliederrundbriefen bzw. im PTJ weiter informieren.

Kurznachrichten

Großes Interesse am 8. Suchtforum

Am 29. April 2009 fand in München-Großhadern das 8. Suchtforum unter dem Titel „Jugend und Sucht“ statt. Rund 550 Personen nahmen daran teil. Im Fokus der interdisziplinären Fortbildungsveranstaltung, die von der Bayerischen Akademie für Suchtfragen BAS e.V., der Bayerischen Landesapothekenkammer, der Bayerischen Landesärztekammer und der PTK Bayern organisiert wurde, standen die Darstellung der verschiedenen Formen der Sucht Jugendlicher und die Möglichkeit der Verbesserung der Prävention durch eine intensivere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Eine Podiumsdiskussion rundete das Programm der Veranstaltung ab. Am gleichen Tag fand im Vorfeld auch

eine Pressekonferenz statt. Vorstandsmitglied Heiner Vogel hielt hierzu das Kurzstatement der PTK Bayern zum Thema „Jugendkultur“.

Bevorstehende Veranstaltungen

Mitglieder-Infoveranstaltungen: Würzburg – 29.9.2009; Nürnberg – 15.10.2009; Rosenheim – 17.11.2009; München – 26.11.2009. Alle Veranstaltungen werden voraussichtlich von 18.30 Uhr bis 21.00 Uhr dauern.

Angestelltentag: Service- und Informationsveranstaltung der PTK Bayern für angestellte und beamtete PP und KJP in Institutionen. Termin: 18.9.2009. Ort: Bezirk Oberbayern, Prinzregentenstr. 14, 80538 München.

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

Vorstand der Kammer:

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

Geschäftsstelle

St.-Paul-Str. 9, 80336 München
Post: Postfach 151506, 80049 München
Tel. 089 515555-0, Fax -25
Mo – Do 9.00 – 15.30, Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@ptk-bayern.de, www.ptk-bayern.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Landespsychotherapeutentag 2009: Psychotherapeuten und Psychotherapie – Entwicklung, Entwicklungsprozesse, Entwicklungskrisen ...

Das Thema des diesjährigen Landespsychotherapeutentages war bewusst breit angelegt, um sich der Frage der Entwicklung von Psychotherapeuten und Psychotherapie (jeweils für PP und KJP) von verschiedenen Seiten her zu nähern. Nach einem fachlich interessanten Eingangsreferat von Staatssekretär Dr. Benjamin-Immanuel Hoff „Zur Bedeutung der Rolle der Psychotherapeuten in der Berliner Gesundheitspolitik“, standen vier Themen im Fokus der Betrachtung:

- Entwicklung der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- Veränderungen in der Generation der Kinder- und Jugendlichen und ihre Auswirkung auf psychotherapeutische Leistungen,
- der „schwierige Patient“ und Anforderungen an die Psychotherapie sowie
- Umgang mit Fehlentwicklungen in psychotherapeutischen Behandlungen und Facetten des Beschwerdeverfahrens.

Ausbildung von PP und KJP

Besonders gespannt waren die rund 350 Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die ersten Trends aus dem Forschungsgutachten zur Ausbildung von PP und KJP. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erarbeitet Prof. Dr. Bernhard Strauß, Direktor des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena, in Kooperation mit einem nationalen Forschungsnetzwerk ein Gutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Laut Pressemitteilung des Informationsdienstes Wis-



Bild: Prof. Strauß

senschaft (idw) vom 7.12.2007 soll das Forschungsgutachten „die Qualität der bisherigen Ausbildung von Psychotherapeuten überprüfen und Empfehlungen zur möglichen Neugestaltung aussprechen“. Das mit 250.000 EURO geförderte Projekt startete am 1. Januar 2008. Die Abgabe des Forschungsgutachtens erfolgt Ende April 2009. Im Anschluss einer Prüfung durch das Bundesgesundheitsministerium wird es der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

In Folge der Umstellung psychologischer und pädagogischer Studiengänge auf die Bachelor-Master-Systematik werden in der Fachwelt neue Zugangsvoraussetzungen zur PP- und KJP-Ausbildung gefordert, was eine Gesetzesänderung notwendig macht. PP und KJP haben derzeit uneinheitliche Zugangsvoraussetzungen. Aktuell ist für die Zulassung zur KJP-Ausbildung der Bachelor-Abschluss ausreichend, während für die PP-Ausbildung ein Master-Abschluss erforderlich ist.

Ziel des Gutachtens ist es zunächst, einen Überblick über die bisher sehr heterogene Ausbildungslandschaft zu geben. Bezugnehmend auf 178 deutsche, staatlich anerkannte Ausbildungsinstitute (darunter 100 Ausbildungsinstitute für PP, 19 für KJP

und 59 für PP und KJP) wurden Lehrende, Psychologiestudenten und Psychotherapeuten in Ausbildung befragt. Ergänzend dazu wurden Behördenvertreter, Kollegen im Ausland sowie Experten aus Psychotherapieverbänden um eine Stellungnahme gebeten. Die Wünsche der Profession wurden vom Forschungsverbund in einem Hearing am 28. Januar 2009 abgefragt und sind schon heute auf der Website der Bundespsychotherapeutenkammer nachzulesen: www.bptk.de.

Strauß skizzierte Trends aus den für das Forschungsgutachten erhobenen Daten:

Eine Befragung von Lehrkräften ergab ein frappierendes Ergebnis: Nur die Hälfte der Ausbildungsgänge würden evaluiert werden. Besonders zufrieden zeigten sich die Befragten mit Angeboten zur Supervision und zur Selbsterfahrung. Uneinheitlich seien die Rückmeldungen zu verfahrenübergreifenden Inhalten. Die Theorievermittlung sollte im Wesentlichen beibehalten werden. Konsens seien Inhalte zu störungsspezifischem Wissen, wobei nur VT-Dozentinnen und Dozenten auch störungsspezifisches Wissen für besonders relevant halten. Die Lehre an den Ausbildungsinstituten sollte noch praxisnäher erfolgen. Noch mehr gefordert wird die Vermittlung



Bild: Plenum

psychotherapeutischer Techniken. Interessant sei, dass das Verfahrensinteresse der angehenden Psychotherapeuten sich stark am Schwerpunkt der Klinischen Psychologie an ihrer Uni orientiere. Das spreche im Umkehrschluss dafür, für Verfahrensvielfalt an den Unis zu werben.

Eine Psychotherapieausbildung kostet im Schnitt 30.000 EURO. Gründe, die gegen eine Ausbildung sprechen würden, seien die hohen Ausbildungskosten und der zeitliche Aufwand. Auch hinsichtlich der Niederlassungsmöglichkeit gebe es Unsicherheiten. Die meisten PiA könnten diese Ausbildung nur mit Hilfe eines Ausbildungskredits finanzieren. Rund die Hälfte der PiA erhalte während ihrer praktischen Tätigkeiten keine Vergütung und benötige entsprechend mehr Zeit – als vorgesehen – für die Ausbildung. Ein Drittel gab sogar ein Arbeitsverhältnis dafür auf, 40% übernahmen eigenständige Arbeitsbereiche. 75% der PiA gaben an, durch die Ausbildung ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessern zu können.

Der internationale Survey innerhalb des Forschungsgutachtens ergab: Je qualifizierter die Ausbildung sei, desto besser sei die Ausbildung in den Gesundheitssystemen und innerhalb der Gesundheitspolitik etabliert. Auf europäischer Ebene gebe es noch keine Bestrebungen, europaweite Regularien zu treffen.

Über einheitliche Voraussetzungen für die PP und KJP-Ausbildung waren sich die Befragten einig. Der Masterabschluss soll hierbei als allgemeingültiger Zulassungsmaßstab gelten.

Das befragte Lehrpersonal hielt als zusätzliche Lehrinhalte die Einweisung in stationäre Behandlungen durch PP bzw. KJP für sinnvoll. Die Verschreibung von Psychopharmaka oder die Ausstellung von AU-Bescheinigungen sollten kein Bestandteil der Lehrinhalte sein.

Als persönliche Lehre zog Prof. Strauß aus dem Forschungsgutachten: „Die Psychotherapieausbildung ist ein zunehmend heiß umkämpfter Markt. Dennoch ist sich die Profession erstaunlich einig. Eine nationale und internationale Psychotherapie-

und Ausbildungsforschung halte ich für zwingend notwendig. Wenn man bedenkt, dass eine Pharmastudie im Schnitt 3 Mio EURO kostet, Studien zu Psychopharmakawirksamkeit rund 58 Mio EURO betragen, dann kann die Psychotherapieforschung nur davon träumen“.

Veränderungen der Generation der Kinder- und Jugendlichen und deren Bedeutung mit Blick auf psychotherapeutische Leistungen

Lebendig schilderte der Soziologe Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Gründungsdekan der ersten deutschen School of Public Health und langjähriger Sprecher des Sonderforschungsbereiches 227 „Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter“ an der Uni Bielefeld, die veränderten Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Kinder und Jugendlichen.



Bild: Prof. Hurrelmann

In den vergangenen 100 Jahren habe eine gravierende Umschichtung der Lebenslaufarchitektur stattgefunden. Es gebe eine neue Aufteilung der Lebensbereiche; vertraute Muster, Vorstellungen und Entwicklungsdynamiken seien ins Wanken geraten. Die Lebenserwartung hat sich insgesamt verlängert (Männer: 77 Jahre; Frauen 82 Jahre), die Entwicklungsabschnitte teilen sich auf ungewohnte Weise neu auf. Die Kindheit hat sich seit 1900 um 6 Jahre reduziert. Durch die Vorverlagerung der geschlechtlichen Reife (infolge hormoneller und Umweltveränderungen) sei die Kindheit heute mit durchschnittlich 11,5 Jahren bei den Mädchen und mit 12 Jahren bei den Jungen abgeschlossen. Der Schonraum der Kindheit gehe zunehmend verloren. Das Jugendalter beginne so früh wie noch nie in der Menschheitsgeschichte und stelle auch keine Übergangszeit mehr dar. Aufgrund der verlängerten

Ausbildungszeiten und der unsicheren ökonomischen Situation dauere der Abschnitt der Jugend heute 15 Jahre, wobei ein klares Abschlusskriterium von Jugend – wie die ökonomische Reproduktion (Berufseinstieg) oder die soziale Reproduktion (Heirat) so nicht mehr existiere. Die Shell-Jugendstudie von 2006 zeige, dass das „Hotel Mama“ eine beliebte Zuflucht darstelle und die symbiotische Beziehung zu den Eltern noch nie so stark war. Sie biete den notwendigen Schonraum bis die Jugendlichen mit ihrer Lehre oder ihrem Studium fertig sind. Darüber hinaus, so die Studienergebnisse, würden sich heute viele junge Erwachsene keine eigene Familie mehr zutrauen. Jugendliche seien zunehmend auf Identitätssuche. Psychotherapeutische Angebote müssten genau hier ansetzen, so Hurrelmann.

Die Situation sei gekennzeichnet durch eine Umschichtung der erfahrbaren Welt auf die Medien: Die Wirklichkeit ist auf dem Bildschirm erschließbar und eroberbar. Viele Kinder könnten beide Welten nicht mehr trennen. Gefragt seien strukturierte und fallbezogene Angebote, die auf die inneren und äußeren Entwicklungsanforderungen der Kinder und Jugendlichen Bezug nehmen. Viele der Jugendlichen würden heute an einem gestörten oder geschwächten Immunsystem leiden, 6-7% seien übergewichtig. Durch mangelnde Bewegung und zunehmende soziale Ungleichheit seien gesundheitliche Risiken und Fehlentwicklungen vorprogrammiert. Wie jedoch sieht das Sozialisationsumfeld der Jugendlichen aus, welches ihnen dabei hilft? Unterstützungsimpulse, so Hurrelmann, kämen willkürlich. Das liege an der pädagogischen Unsicherheit der Vorschuleinrichtungen. Schulen würden sich zwar bemühen, fungieren aber gleichzeitig als Selektionsinstanzen.

„Als Therapeut müssen Sie in die Schulen und Vorschuleinrichtungen hineingehen“ – so Hurrelmann.

Psychotherapie müsste im Vorfeld dieser Fehlentwicklungen ansetzen. Hurrelmann forderte die Psychotherapeuten auf, sich mit Schulen und Kindertagesstätten in Verbindung zu setzen. Besonders wichtig sei es, mit Eltern und anderen Disziplinen zu

kooperieren und eine professionelle Haltung zu entwickeln, was bedeute, auch die Grenzen der eigenen Profession zu kennen.

Innerhalb der Settings müssten dringend gemeinsame Strategien zur Verbesserung der Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen entwickelt werden. Mädchen könnten mit den unsicheren Entwicklungsbedingungen offener umgehen. Jungen seien hingegen eher traditionell orientiert und würden sich oft selbst blockieren. Abgesehen von den Zielgruppen, die über ein geringeres Bildungsniveau verfügen oder die aus sozialen Brennpunkten kommen, müssten sich Präventionsangebote insbesondere an männliche Jugendliche und an Migrantinnen und Migranten richten.

Der Kinder- und Jugendlichenanalytiker Patrik Herrmann berichtete – auch im Gedenken an den Amoklauf von Winnenden – über die dramatisch zunehmende Ersatzfunktion virtueller Welten für die psychische Entwicklung und sozialen Bedürfnisse von Heranwachsenden. Die natürliche kindliche Tendenz zu Selbsterfahrung und Autopoesie werde der neuen Patientengeneration durch die „Inflation elektronischer Objekte im Kinderzimmer“ behindert und erschwert. In Therapien schlage es sich als Sprachlosigkeit, Affektentleerung und sozialer Resignation nieder. Anhand kurzer Fallbeispiele erläuterte Herrmann, wie Psychotherapie die neuen Medien und ihre Bilder (einschließlich ihrer Gewaltbetonung) dennoch nutzen kann. Er beschrieb anschaulich Möglichkeiten, die spezifische Symbolik virtueller Kommunikationsformen und damit verknüpfte, nonverbale Beziehungsbotschaften der jungen Patienten aufgreifen zu können. Das Ziel der Wiederentdeckung von subjektivem Erleben und von Selbstbestimmung innerhalb lebendiger realer Beziehung verlange therapeutisch v. a. einen responsiven Raum für Spontaneität und Kreativität, gerade auch, wenn sie sich zunächst über aggressive Affekte oder Größenphantasien vermittele.

Einig waren sich die Experten in der anschließenden Diskussion darüber, dass es bei der momentanen „Komm-Struktur“ psychotherapeutischer Angebote nicht bleiben könne. „Das Aufsuchen ist die einzige Zugangsmöglichkeit, um an schwer erreichbare Klientengruppen wie an

männliche Jugendliche oder an Migrantinnen und Migranten heranzukommen“, so Hurrelmann.

„Schwierige Patienten“ und Anforderungen an die Psychotherapie

Prof. Dr. Thomas Fydrich von der Humboldt-Uni zu Berlin und Prof. Dr. Ulrich Streeck, ärztlicher Direktor der Klinik Tiefenbrunn und Professor für Psychotherapie und psychosomatische Medizin an der Uni Göttingen, referierten zu diesem Thema. Laut Streeck galten Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung bis Mitte des letzten Jahrhunderts als unbehandelbar. Der Begriff „der Schwierige Patient“ tauchte erstmals Mitte der 80er Jahre auf und wurde unter Verhaltenstherapeuten häufig stigmatisierend diskutiert, so Fydrich. Erst in den letzten 20 Jahren gelte die „Persönlichkeitsstörung“ als eigenes Krankheitsbild.

Der Anteil der Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung schwanke je nach Untersuchung (Lenzenweger et al 2007 oder Samuels et al 2002) zwischen 6 und 12% (12-Monatsprävalenz). G-Kriterien (ICD-10) für Persönlichkeitsstörungen seien: Extreme Form des Erlebens oder Verhaltens; Abweichung in den Bereichen Kognition/Affekt/Impulskontrolle/Verhalten; unflexibel/dysfunktional; bestehend seit später Kindheit/Adoleszenz oder Erwachsenenalter; lang andauernd, mit hohem Leid für den Patienten verbunden und nicht im Rahmen der Symptome anderer Störungen einzuordnen.

„Persönlichkeitsstörungen sind weniger als Störungen der Person, sondern viel mehr als komplexe interpersonelle Interaktionsstörungen zu verstehen“ – so Fydrich. Streeck formulierte dies ähnlich: „Schwere Persönlichkeitsstörungen manifestieren sich überwiegend als ‚Störungen des Sozialen‘“, also in interpersonellen Beziehungen. Wie andere psychiatrische Störungen finde man auch Persönlichkeitsstörungen kaum jemals als isolierte Beeinträchtigungen, sondern so gut wie immer zusammen mit anderen Störungen.

Für den Therapieprozess und für die Therapeut-Patient-Interaktion sei es nach Fydrich hilfreich, das konkrete Erleben und Verhalten

von Patienten mit ausgeprägten Persönlichkeitsmerkmalen vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte des Patienten zu sehen. So verhalte sich z. B. eine Person mit Persönlichkeitsstörung (z. B. paranoid) in Bezug auf Andere eher vorsichtig, wachsam, dependent oder anhänglich. Hilfreich sei eine umfassende Analyse der handlungsleitenden Schemata, Motive und des interpersonellen Verhaltens. Für die Behandlung bedeute dies, dass z. B. mit Hilfe gestuft aufgebauter Rollenspiele komplexe interpersonelle Interaktionsstörungen als psychologische Eigenart transparent gemacht und bearbeitet werden sollten. Für die Gestaltung der therapeutischen Arbeitsbeziehung heißt das, so Fydrich, dass unbedingt Therapieanalyse und Auftrag berücksichtigt werden sollten und die Symptomstörung als primärer Therapieauftrag zu sehen sei, worin auch die Therapie- und Veränderungsmotivation liege.

Nach Streeck verlange die therapeutische Arbeit mit Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen besondere Aktivitäten wie die Etablierung verlässlicher, Halt vermittelnder Rahmenbedingungen. Es sollten die Probleme fokussiert werden, die es dem Patienten erschweren und manchmal unmöglich machen, am sozialen Alltagsleben teilzunehmen. Streeck geht von einem impliziten Beziehungswissen bei den Klienten aus (knowing how versus knowing what). Für Psychotherapeuten sei ein Handlungswissen wichtig, um Einlassen zu erwirken und ggf. Grenzen zu setzen und Rahmenbedingungen zu schaffen. Einerseits sollte der Therapeut unerschrocken sein und auch die Bereitschaft mitbringen, sich zu verstricken, andererseits sei es wichtig, als Therapeut klar zu sein. Es gehe darum, in verlässlicher, emotional berührbarer Weise dem (stationären) Patienten Sicherheit zu vermitteln (ausführlich nachzulesen bei Streeck, U.: Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen, Stuttgart, Klett-Cotta-Verlag 2007).

Umgang mit Fehlentwicklungen in psychotherapeutischen Behandlungen und Facetten des Beschwerdeverfahrens

In seiner Eingangsfrage zu seinem Vortrag forderte Prof. Dr. Horst Kächele die Anwesenden auf, sich ihre wenig erfolgreichen Behandlungen vor Augen zu führen.

„Psychotherapie hilft – aber nicht immer!“, meint Kächele.

Wenngleich, so Kächele, Psychotherapeuten selbstreflexiv seien, sei es innerhalb der Gruppe meist tabuisiert, über das Scheitern von Psychotherapie zu sprechen. Bereits der Fall Dora bei Freud sei ein historisches Beispiel für eine gescheiterte Psychotherapie. Steven Martens, Literaturwissenschaftler habe in den 70er Jahren Dora als Innbegriff von Freuds Gegenübertragung analysiert. Bergin, ein humanistischer Therapeut, spreche vom „Phänomen der Varianzerweiterung“, was im Klartext bedeute: Ein Medikament, das wirkt, hat auch Nebenwirkungen.

Gründe für das Scheitern von Therapien seien nach:

- Falsch angewandte psychotherapeutische Technik (Mängel in der Aus- und Weiterbildung; Präferenz für bestimmte Ansätze und Vorgehensweisen),
- Auswirkung der Persönlichkeit des Psychotherapeuten (z. B. Therapeut ist dominant/direktiv – der Patient submissiv/angepasst; Patient ist feindselig/dominant – der Therapeut feindselig/vermeidend; jüngere Therapeuten berücksichtigen oft nicht spezifische Erfahrungen der älteren Generation; unkontrollierte Aktivierung persönlicher Muster des Therapeuten; Therapeut hat selbst schwaches Selbstwertgefühl),
- Auswirkung der Störung bzw. der Persönlichkeit des Patienten oder
- Folge ungünstiger Einwirkungen der personalen Umgebung.

„Verhalte Dich so, dass stets ein Dritter anwesend sein könnte“ – das ist die Maxime von Prof. Dr. Horst Kächele vom Universitätsklinikum Ulm.

Selten stehe nur eine Ursache im Vordergrund. Oft gehe es um eine Kombination verschiedener Aspekte.

Es gebe viel zu wenige Berichte von Patienten über gescheiterte Psychotherapien. Wenig untersucht sei auch der Schaden, den viele Angehörige durch Psychotherapie nehmen. Kächele vertritt die Auffassung,

dass auch Psychotherapeuten viel zu wenig über die Nichtwirksamkeit von Psychotherapie sprechen würden. Vielmehr sei es notwendig, eine „Fehlerkultur“ zu entwickeln. Negative Behandlungsverläufe sollten ausgewertet werden. Auch sollten Therapeuten die Möglichkeit nutzen, sich negative Erfahrungen ihrer Patienten schildern zu lassen. Kächele geht sogar soweit, dass er eine Supervision für Patienten (mit 5% der bewilligten Stunden) fordert. Im Sinne einer Empowermentdimension müsse die Kompetenz der Patienten gestärkt werden.

Die Psychotherapeutenkammer Berlin hat für das Entschlüsseln von Fehlentwicklungen eigens eine Ombudsstelle und ein Beschwerdemanagement eingerichtet. Dort zeigen sich – manifest oder latent – die unterschiedlichsten Probleme und Konflikte von Psychotherapeuten, Psychotherapie, Patienten oder strukturelle Probleme des Gesundheitswesens. Kammerpräsident Michael Krenz erläuterte das Prinzip der Ombudsstelle und wie diese innerhalb des Beschwerdemanagements der Kammer eingebunden ist.

Häufig bei der Ombudsstelle eingehende Probleme und Fragestellungen seien: Behandlungskonflikte und -probleme, Indikationsstellung; Einzel- und Gruppenbehandlung; Zunahme der Symptomatik/Krisen; Abstinenzverletzungen, Ausfallhonorar, Schweigepflichtverletzungen etc. Bevor Beschwerden bei der Kammer schriftlich eingereicht werden, haben Patienten oder Therapeuten die Möglichkeit, mit unabhängigen Ombudspersonen vertraulich ins Gespräch zu gehen.

Ist die Problematik schwerwiegender, können Patient oder Therapeut bei der Kammer offiziell eine Beschwerde einreichen. Innerhalb der Kammer werde geprüft, ob ein berufsrechtlicher Verstoß vorliegt. Ggf. werde ein Untersuchungsführer eingeschaltet.

Wie lassen sich das Beschwerdemanagement und die Funktion der Ombudsstelle weiter optimieren? Dazu hatte Michael Krenz bereits einige Vorstellungen:

- Die Aufgaben der Berufsaufsicht, des Beschwerdemanagements und der Ombudsstelle sollten präzise definiert und voneinander getrennt werden.

- Gemeinsam mit den Ärzten und Zahnärzten könnte eine fach- und kammerübergreifende Ombudsstelle geschaffen werden.
- Zwischen Berufsaufsicht der Kammer und dem Beschwerdemanagement sollte es möglichst eine personelle Trennung geben.
- Eine Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements ist notwendig und sollte von der Kammer gefördert werden.
- Hinsichtlich des Patientenschutzes sollten entsprechende Maßnahmen entwickelt werden.

Gesamtfazit: Die Auswahl und Zusammenstellung der Themen wurde von den Teilnehmern überwiegend mit sehr gut und gut bewertet. Mehr Zeit hätten sich die Teilnehmer für Diskussion und fachlichen Austausch in den Pausen gewünscht.

Dr. Beate Locher, Referentin für Öffentlichkeitsarbeit und Dipl.-Psych. Karin Jeschke, Wissenschaftliche Referentin

Psychosomatik in der Zahnmedizin

Die Zahnärztekammer Berlin hat gemeinsam mit der Psychotherapeutenkammer Berlin eine interdisziplinäre strukturierte Fortbildung entwickelt. Die neue Fortbildungsreihe startet im Sept. 09 und richtet sich an Zahnärzte und Psychotherapeuten. Die 8-teilige Fortbildung findet an vier Wochenenden im Herbst 2009 statt. Nähere Details dazu finden Sie auf unter www.psychotherapeutenkammer-berlin.de.

Redaktion

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

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Armut, Arbeitslosigkeit und Depression

Das Bremer Bündnis gegen Depression hat Ende April gemeinsam mit der „Solidarischen Hilfe“ – einem sozialpolitischen Interessenverband, der Menschen mit geringem Einkommen, Sozialhilfeempfänger und Erwerbslose berät und unterstützt –, eine Veranstaltung zum Thema „Armut, Arbeitslosigkeit und Depression“ im Bürgerhaus Hemelingen durchgeführt. Hans Schindler, Mitglied im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bremen, führte in das Thema ein.

Arbeitslosigkeit bedeutet nicht nur finanzielle Einschränkungen. Wichtige Funktionen von Arbeit wie Sinnstiftung, soziale Integrationen und geregelter Tagesablauf gehen verloren und sind durch keine andere Tätigkeit zu ersetzen.

Nach der Hartz IV-Gesetzgebung folgt in der Regel nach 12 Monaten das sogenannte AL-Geld II, was aber eher der Sozialhilfe von früher gleichkommt. Schnell wird aus Arbeitslosigkeit Armut.

Bei den meisten Betroffenen führt die Erfahrung, arbeitslos zu werden und über einen längeren Zeitraum zu bleiben, zu Prozessen der Selbstinfragestellung und oft auch zu sozialem Rückzug. Sinnkrisen sind

die Folge, Perspektivlosigkeit macht sich breit, weil die Zukunft keine Veränderung zu bringen scheint. Auf diese Situation reagieren viele Betroffene mit depressiven Verstimmungen. Wenn dann noch andere Probleme hinzukommen, verstärkt sich die Verstimmung oft zu einer Depression. Wenn durch die Hartz IV-Verwaltung dann noch Druck und Repressionen hinzukommen, erhöht das die Wahrscheinlichkeit, psychische Probleme zu bekommen.

Die Techniker Krankenkasse hat in einer Untersuchung in Bezug auf ihre Mitglieder festgestellt, dass bei Hartz IV Empfängern 9 von Tausend eine Diagnose im Rahmen psychischer Erkrankungen bekommen, während es bei den regulär Berufstätigen nur 3,6 von Tausend sind. Dabei hat die TK sicherlich keine für die Gesamtbevölkerung repräsentative Mitgliedschaft.

Mit der Dauer der Arbeitslosigkeit nehmen die gesundheitlichen Risiken zu. Aber auch Krankheit führt zu Arbeitslosigkeit oder trägt zu deren Andauern bei. Schindler sprach von einer „zirkulären Verknüpfung“, durch die ein Mensch, der einmal in die Arbeitslosigkeit gerutscht ist, riskiert krank zu werden und in der Arbeitslosigkeit zu verbleiben.

Arbeitslosen ist es dann nicht leicht, Hilfe zu suchen, denn oft haben sie schon die Erfahrung von Stigmatisierung gemacht. Sie befürchten, dass Berater- und Therapeutinnen ihre psychischen Probleme individualisieren. Untersuchungen zeigen, dass Arbeitslosigkeitsbewältigung psychisch ganz ähnlich wie Traumabewältigung verläuft. Hilfreich sind Lösungsorientierung und Stärkung, gefährlich sind Emotionalisierung und Individualisierung. Im Rahmen einer Psychotherapie sei es daher wichtig, die gesellschaftlichen Ursachen und die persönlichen Folgen differenziert herauszuarbeiten.

Über 50 Zuhörer zeigten reges Interesse an dem Thema, wollten wissen, woran sie eine Depression erkennen könnten, und welche Hilfsangebote es in Bremen gäbe. Sie interessierten sich auch für schützende Maßnahmen für Betroffene. Die überraschende Erkenntnis war, dass z. B. Schwarzarbeit ein solcher Faktor ist, denn es kommt dadurch nicht nur zu einer finanziellen Entspannung, sondern auch zu Kontrollerfahrungen in einer bedrohlichen Situation. Das ließ viele aufhorchen.

Im Herbst ist eine ähnliche Veranstaltung im Bremer Westen in Kooperation mit einer Bremer Arbeitsloseninitiative geplant.

KV-SafeNet: Unmut über Verpflichtung zur Online-Abrechnung

Die Entscheidung der KV Bremen, ab 2010 die Online-Abrechnung über das sogenannte KV-SafeNet verpflichtend zu machen, löste bei zahlreichen Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten heftigen Unmut aus. Insbesondere die dann anfallenden Leitungsgebühren in Höhe von 16,90 € monatlich stießen auf Unverständnis. Warum ein so hoher Aufwand für lediglich eine viermalige Nutzung im Jahr für wenige Sekunden?

Die KVHB beruft sich bei Ihrer Entscheidung, das System der Online-Abrechnung einzuführen, auf den § 295, Absatz 4 im SGB V und auf die darauf aufbauende „Richtlinie für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis“ der KBV, die am 1. Januar 2008 in Kraft getreten ist.

Eine juristische Prüfung hat ergeben, dass es keine rechtliche Handhabe gegen die verpflichtende Einführung der Online-

Abrechnung gibt. In dieser Richtlinie, die für die KVen und die Leistungserbringer verbindlich ist, steht festgeschrieben: Die Übermittlung der Abrechnungsdaten und der damit verbundenen weiteren Daten hat ab dem 01.01.2010 leitungsgebunden elektronisch zu erfolgen.

Lediglich Leistungserbringer, die das 63. Lebensjahr überschritten haben, können weiterhin die Abgabe einer Diskette nut-

zen – aber nur bis zur flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Nach dem KBV-Newsletter vom 27.04.09 soll die Ausgabe der eGK an alle Versicherten bis zum 31.12.09 abgeschlossen sein. Sollte dies so geschehen, hieße das somit: Auch diese Gruppe von Psychotherapeuten muss sich ab dem 1.01.10 auf die Online-Abrechnung einstellen.

In einem Brief an protestierende Kammermitglieder, die die Kammer um Eingreifen baten, schrieb Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens: „Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir als Kammer zu

der konkreten Gestaltung des KV-SafeNet nicht Stellung nehmen können. Dies ist eine Angelegenheit der KVHB, die eine eigenständige Körperschaft öffentlichen Rechts ist. Alle zugelassenen Psychotherapeuten sind Mitglieder der KVHB. Bitte wenden Sie sich mit Ihrer Kritik und Ihrem Anliegen direkt an den gewählten Vorstand der KVHB, bzw. an die gewählten psychotherapeutischen Vertreter in der Vertreterversammlung, dem Parlament der KVHB.“

Trotz einer durchaus berechtigten Kritik wegen der Einführung elektronischer In-

formationssysteme in der ärztlichen/psychotherapeutischen Praxis zeigen sich Politik, Bundesgesundheitsministerium, aber auch viele Krankenkassen entschlossen, die elektronische Vernetzung durchzusetzen. Das KV-SafeNet ist darin ein kleiner Baustein in der Elektronifizierung unserer Gesellschaft. Die Kammerversammlung der PKHB hatte sich im Mai 2008 kritisch mit der Einführung der eGK befasst und Forderungen aufgestellt, an deren Erfüllung sie die Einführung der Karte gebunden sehen wollte. Die dort aufgeworfenen Probleme sind bisher nicht befriedigend gelöst.

Über den Tellerrand geschaut – Diagnostik und Indikationsstellung aus Sicht unterschiedlicher psychotherapeutischer Verfahren

Am 27.03.09 fand das erste Diagnostik- und Indikationsseminar dieser Reihe statt.

Zu diesem Seminar wurden Kollegen aus unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren eingeladen, um anhand von Fällen eine fachliche Diskussion über Diagnostik und Indikation zu führen. Zunächst wurden die Symptomatik, die Pathologie, die soziale und familiäre Situation oder die Ressourcen eines Patienten erörtert, um nach und nach zu der Erstellung der Diagnose und dem Herausarbeiten der psychotherapeutischen Indikation zu kommen. Dabei wurden alle diese Aspekte unter den Gesichtspunkten der mannigfachen Verfahren beleuchtet. Verhaltenstherapeuten, Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch fundierte Therapeuten erörterten und diskutierten während mehr als vier Stunden drei Fälle aus unterschiedlichen Perspektiven. Erfreulicherweise besprachen die Bremer Kollegen die Fälle mit großer Genauigkeit und Offenheit und zeigten einen großen Respekt für die jeweiligen Methoden und Verfahren. So konnten die drei Fälle aus den verschiedenen Blickwinkeln vorgestellt werden, und die Teilnehmern und Teilnehmerinnen bereicherten den Diskurs mit neuen Gedanken. Bei dieser ersten Veranstaltung wurden eine Angststörung, eine Persönlichkeitsstörung und eine sexuell traumatisierte Patientin vorgestellt.

Das Konzept der Veranstaltung war folgende: Die drei Referenten aus verschie-

denartigen Richtlinienverfahren stellen jeweils einen Fall vor mit der spezifischen Art der Gesprächsführung bzw. Verhaltensanalyse etc. dieses Verfahrens. Der Referent oder Referentin stellten den Fall dar, ohne selber zunächst zu einer Diagnose zu kommen oder eine Indikation zu stellen. Anschließend stellten die beiden Co-Referenten ihre Sicht des Falls dar, auf der Grundlage ihres jeweiligen Verfahrens, die dann durch die Beurteilung des Referenten ergänzt wurde. Im Anschluss fand ein fachlicher Austausch mit allen TeilnehmerInnen der Veranstaltung statt.

Durch das Seminar konnten die Teilnehmer am konkreten Fall die jeweils spezifischen Herangehensweise besprechen, neue Gesichtspunkte beleuchten und das Pro und Kontra der technischen Empfehlungen diskutieren. Oft konnte man so einen Fall anders verstehen oder plötzlich den Verlauf der Therapie aus einer anderen Perspektive sehen. Die Referenten waren Frau Dr. Schröder (Verhaltenstherapeutin), Herr Prof. Dr. Bruns (Psychoanalytiker), und Herr Dr. Szonn (Psychoanalytiker). Die Moderation wurde von Frau Dr. Isabel Bataller Bautista übernommen. Die Teilnehmerzahl war auf 40 begrenzt. Kontroversen entstanden z. B. bei der Frage, in wiefern die Strukturierungsmaßnahmen des Alltags die pathologische Abwehr einer Patientin stärken könnten. Bei dem Fall mit

der Persönlichkeitsstörung wurde ausführlich diskutiert, wie schwierig es sei, genau festzulegen, was Diagnose und was schon Therapie sei und dass die Trennungslinie schwer zu ziehen sei. Sehr intensiv war auch das Gespräch über die technische Herangehensweise bei Phänomenen der Dissoziation im Fall der Traumatisierung. Zu diesem Thema entbrannte eine emotional aufgeladene Diskussion, was „richtig“ sei. In Laufe der Auseinandersetzung wurde zunehmend deutlich, dass das Verfahren, die Persönlichkeit des Therapeuten und des Patienten sowie deren Beziehungsform unterschiedliche Entscheidungen bezüglich der passenden Technik begründen können.

Das Seminar wurde sehr gut angenommen und als bereichernd empfunden. Wir konnten tatsächlich über den „Tellerrand hinaus gucken“ und andere therapeutische Ansichten besser kennenlernen. Wir denken, dass dadurch die Möglichkeit entstand, am konkreten Fall Unterschiede deutlicher werden zu lassen und gleichzeitig den Horizont zu erweitern. Wir danken allen, die dieses Seminar möglich gemacht haben, und ganz besonders Frau Dorothee Reinecke für die organisatorische Unterstützung.

Die nächste Veranstaltung dieser Reihe findet am 06.11.09 statt.

Angestellten- und Beamtenforum

Am 24. März hatte Vorstandsmitglied Axel Janzen die angestellten und beamteten Mitglieder der Kammer zu einem Treffen eingeladen.

Nach dem Austausch über die aktuellen Entwicklungen in den Bremer Kliniken und Institutionen referierte Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens zur Diskussion um ein regionales Psychiatriebudget und informierte über die Fortbildungsverpflichtung für angestellte Psychotherapeuten in Kliniken. Axel Janzen erläuterte abschließend die neuesten tarifpolitischen Entwicklungen, insbesondere zum Tarifvertrag der Länder und dem Diskussionsstand in der ver.di-Bundesfachkommission PP/KJP.

Die Berichte der TeilnehmerInnen aus den Bereichen Gesundheit Nord, Friedehorst, Sozialpädiatrisches Zentrum, Initiative zur Sozialen Rehabilitation, dem Zentrum für Schülerbezogene Beratung, JVA und der Jugendhilfe Bremerhaven offenbarte z. T. sehr unterschiedliche Problemlagen. Eingruppierungsfragen, Hierarchie und Konkurrenz zu Ärzten oder Juristen, drohende oder vollzogene Personalreduzierung und die besondere Situation für die KJP in Bremerhaven waren zentrale Themen in den Berichten.

Im Zusammenhang mit der Information zum Psychiatriebudget stellte Karl Heinz Schrömgens das Finanzierungsmodell ‚Steinburg‘ vor, das Pflegesätze im Verhältnis zur Einwohnerzahl des Einzugsgebiets

errechnet. Dieses Modell wird auch in Bremen von Krankenkassen und Behörden diskutiert und derzeit auf seine Umsetzbarkeit geprüft.

Axel Janzen erläuterte abschließend die Ergebnisse der Tarifeinigung für die Beschäftigten der Länder. Neben der Darstellung der Erhöhung der Entgelte verwies er darauf, dass es nach der Sommerpause zu Verhandlungen über die Entgeltordnungen kommen wird, da sich die gegenwärtigen Eingruppierungen noch auf den BAT beziehen. Für einige PP und die KJP könnte zudem die Vereinbarung interessant sein, dass eine Verlängerung des Besitzstandes für vor dem 1.11.06 begonnen Bewährungsaufstiege bis zum 31.12.2010 vorgenommen wurde.

Burnout in der psychotherapeutischen Praxis: „Wenn sich der (eigene) Akku immer schwerer aufladen lässt...“

...ist eine Infoveranstaltung der Psychotherapeutenkammer Bremen mit einem durchaus doppeldeutig gemeinten Titel: Zunächst soll der aktuelle Wissensstand über das Phänomen „Burnout“ übersichtsartig dargestellt werden, denn auch in der (Fach-)Öffentlichkeit werden vage Vorstellungen und einige Halbwahrheiten gehandelt. Mittels

Präsentation und Videobeispielen werden Ursachen, Risikofaktoren und Verlauf erörtert, aber auch das Thema „Ausbrennen unter Psychotherapeut(inn)en“ beleuchtet. Weitere Oberbegriffe sind Diagnosestellung, Prophylaxemaßnahmen und Eckpunkte einer therapeutischen Behandlung, wobei der Rolle der Aktivierung salutogener Res-

sourcen z. B. durch Entspannungsverfahren und Achtsamkeitsarbeit besondere Bedeutung beigemessen wird.

Referent: Dipl.-Psych. Björn Husmann, Psychologischer Psychotherapeut
Termin: 2. September 2009, 20-22 Uhr, Fortbildungszentrum der Ärztekammer, Klinikum Bremen Mitte, St. Jürgenstr.

Neues sehr praktikables Handbuch zum Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis vorgestellt

Die Kammern aus Niedersachsen, Hamburg und Bremen haben sich im März entschlossen, gemeinsam ein Handbuch für das Qualitätsmanagement zu günstigen Konditionen herauszugeben. Das Handbuch wird im Juli dieses Jahres allen Kolleginnen und Kollegen zur Verfügung stehen. Aus Sicht der Kammervorstände sind die bisherigen Systeme zum Qualitätsmanagement nur unzureichend für die

konkrete Praxis der Psychotherapeuten geeignet.

Dieses QM-Handbuch basiert auf den Leitlinien der PKN zum Qualitätsmanagement und ist damit optimal auf die Anforderungen psychotherapeutischer Praxen ausgerichtet. Es erscheint so rechtzeitig, dass darauf aufbauend das eigene Handbuch ohne Probleme bis Ende 2009 erstellt werden und somit den Anforderungen des

Gesetzgebers an eine Einführung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements entsprochen werden kann. Das Handbuch selbst ist bereits in 3 Versionen fertig, jeweils spezifiziert für die verhaltenstherapeutische, die psychodynamische und die Praxis von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Es wird onlinebasiert und zu einem günstigen Preis angeboten. Das Nähere kann der Webseite der PKHB entnommen werden.

Depressionen Erkennen und Verstehen: „Moderatorentaining“ und „Erlebendes Verstehen der depressiven Dynamik“

Am 17. und 18. April fand ein zweitägiges Seminar für Psychologen, Ärzte und Psychotherapeuten statt. Sie wollten sich für

Schulungen von Mitarbeitern in Institutionen qualifizieren, die Kontakte zu depressiven Menschen haben, die von ihnen als solche

oft aber nicht identifiziert werden. Dies hat zur Folge, dass Mitarbeiter in psychosozialen Berufen – wie Lehrer, Sozialarbeiter, Pfleger

und andere – manchmal keinen angemessenen und professionellen Umgang mit diesen Menschen und ihrer Erkrankung finden.

Für psychologische und ärztliche Psychotherapeuten, die Menschen in psychosozialen Berufen (z. B. Altenpfleger, Lehrer, Telefonseelsorger oder Gemeindemitarbeiter) zum Thema Depression weiter fortbilden möchten, wurde diese zweiteilige Fortbildungsveranstaltung organisiert.

Das Bremer Bündnis in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Bündnis gegen Depression bot den Teilnehmern zunächst Moderationstechniken an, um solche Seminare selbst leiten zu können.

Am Folgetag fand ein analytisch orientiertes Seminar zur Psychodynamik der De-

pression mit der Methode der Balintgruppenarbeit statt: **Erlebendes Verstehen der depressiven Psychodynamik.**

Bei diesem zweiten Teil der Veranstaltung ging es darum, sich für die spezifischen emotionalen Prozesse und Beziehungsaspekte der Depression zu sensibilisieren. Anhand von eigenen Fallbeispielen hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, dies im Rahmen der Balintgruppenarbeit mit erfahrenen Gruppenanalytikern zu erarbeiten. Die Teilnehmer konnten neben den kognitiven die emotional bewussten und unbewussten Prozesse mit depressiven Patienten erleben und diese zunächst aus einer beziehungsnahe Position zu verstehen. In einem zweiten Prozess war es möglich die depressive Dynamik unter einer reflektierten Position zu verstehen.

Der zweiten Teil der Veranstaltung wurde von Frau **Marita Barthel-Rösing**, Frau **Dr. Isabel Bataller Bautista**, Frau **Dr. med. Astrid Keune** und **Christian Warrlich** konzipiert und als Ergänzung zum ersten Teil gedacht.

Die 8 Teilnehmer fanden dieses zum ersten Mal in Deutschland organisiertes „Train the Trainer Seminar“ als sehr bereichernd und als eine hervorragende Ergänzung des seit Jahren durchgeführten Moderatorentrainings. Hierzu ist neben den oben genannten Organisatoren und Referenten noch Frau **Ursula Kapelhoff** und Frau **Thal-Georgi** von Bremer Bündnis gegen Depression für die lange Kooperationsarbeit zu danken.

Diotima-Ehrenpreis für den Bremer Psychotherapeuten Hans-Joachim Schwarz

Am Vortag des 14. Deutschen Psychotherapeutentages am 9. Mai in Berlin hat die Bundespsychotherapeutenkammer erstmals den Diotima-Ehrenpreis der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung verliehen. Insgesamt wurden vier Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich um die Erarbeitung und Erstreitung des Psychotherapeutengesetzes nach Auffassung des BPTK-Vorstandes besonders verdient gemacht hatten, mit diesem Preis ausgezeichnet. Preisträger wurden Detlev Kom-

mer, dem dieser Preis posthum verliehen wurde, die Kindertherapeutin Annelies Arp-Trojan aus Hamburg, der Psychoanalytiker Prof. Hans-Volker Werthmann aus Frankfurt und Hans-Joachim Schwarz aus Bremen.

Hans-Joachim Schwarz war sowohl vom Bremer als auch vom niedersächsischen Kammervorstand einstimmig für diesen Preis vorgeschlagen worden. Damit wurde gewürdigt, dass Herr Schwarz seit Mitte der 70er Jahre engagiert und wegweisend für die Anerkennung unserer Profession gestritten hat. Er war lange Jahre Vorsitzender der Sektion Klinische Psychologie des Berufsverbandes Deutscher Psychotherapeuten und später der langjährige Präsident des Deutschen Psychotherapeutenverbandes, heute Deutsche Psychotherapeutenvereinigung. In den 90er Jahren war er an allen wichtigen Gesprächen und Verhandlungen beteiligt und gilt zu Recht als einer der Mütter und Väter des Psychotherapeutengesetzes. Er lebt seit einigen Jahren im aktiven Ruhestand und hat sich in letzter Zeit einen Namen als Künstler gemacht.

Der Preis ist nach Diotima aus Mantinea benannt, einer mythischen Priesterin der Antike. Sie gilt als Lehrerin des Sokrates,

die ihn dazu inspirierte, als erster Philosoph die Seele des Menschen in den Mittelpunkt seines Denkens und Lehrens zu stellen.

Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Dr. Isabel Bataller Bautista, Björn Husmann, Axel Janzen, Hans Schindler, 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

Vorstandsnachwahlen

Bedingt durch den Rücktritt von Dipl.-Päd. Petra Rupp, die seit Gründung der Kammer und somit seit 1 ½ Legislaturperioden dem Kammervorstand als Vizepräsidentin angehört hatte und dem Rücktritt von Dr. Brigitte Gemeinhardt, die für die Angestelltenliste in die Delegiertenversammlung und als Beisitzerin in der 2. Legislaturperiode in den Vorstand gewählt worden war, fanden im Rahmen der 32. Delegiertenversammlung am 29. April Nachwahlen für den Rest der Amtszeit des Vorstands statt. Die Delegierten wählten dabei mit großer Mehrheit Gabriele Küll als Vizepräsidentin und Bettina Nock als Beisitzerin. Nachfolgend eine kurze Selbstdarstellung der beiden „Neuen“ im Vorstand:

Gabriela Küll

Ich wurde 1950 in NRW geboren, bin aber am Bodensee groß geworden. Ich habe nach dem Abitur von 1969 bis 1975 in Tübingen Erziehungswissenschaften, Germanistik und Politikwissenschaft studiert. Nach dem Referendariat habe ich lange im Beruflichen Schulwesen an Fachschulen für Sozialpädagogik unterrichtet, zunächst in Tübingen und Stuttgart, später in Hamburg. Von 1986 bis 1994 habe ich die Ausbildung zur analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin am Michael-Balint-Institut in Hamburg gemacht. Seit 1994 arbeite ich als KJP in freier Praxis in Hamburg. Dem Michael-Balint-Institut bin ich als Dozentin mit dem Arbeitsschwerpunkt Säuglingsbeobachtung verbunden.

Mein Fach- und Berufsverband ist die Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VaKJP). Seit 2003 bin ich im Vorstand des Landes-

verbandes Hamburg der VaKJP. Ich bin außerdem stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg und Mitglied im Berufungsausschuss. Vor zwei Jahren wurde ich in die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg gewählt und arbeite außerdem im Fort- und Weiterbildungsausschuss.

Für meine Arbeit im Vorstand der PTK Hamburg sind mir neben allen KJP-Angelegenheiten insbesondere die Zukunft der Psychotherapieausbildung, Fragen der Weiterbildung und die Entwicklung neuer Versorgungsformen wichtige Anliegen.

Bettina Nock

Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin. Studium der Psychologie, Ethnologie, (Medizin-)Soziologie und Volkskunde in Hamburg. Diplom in Psychologie 1981. Wissenschaftliche Angestellte am Institut für Ethnologie der Universität Hamburg (1982-1989); parallel div. Feldforschungsaufenthalte, freiberufliche Tätigkeit als Übersetzerin und Lektorin, und Lehraufträge an der Universität Hamburg (bis 2005). Ab 1991 bis heute in Praxisgemeinschaft in Hamburg-Eimsbüttel als Psychotherapeutin mit den Schwerpunkten interkulturelle Psychotherapie, Schmerztherapie, Essstörungen, Traumatherapie tätig. Seit 1999 Kassenzulassung (VT).

Berufspolitische Aktivitäten: Vorsitzende der Landesgruppe Hamburg im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP e.V.), und weitere langjährige Tätigkeiten im BDP (ehrenamtliche Patientenberatung, Vorstandsarbeit, Mitarbeit im Präsidium, Mitglied der Delegiertenkonferenz). Mitglied in der Delegiertenversammlung des Psy-

chotherapeutenversorgungswerks (PVW). Mitglied in der Delegiertenversammlung der PTK-Hamburg (2. Legislaturperiode), außerdem Vorsitzende des Haushaltsausschusses und Beisitzerin im Beschwerdeausschuss.

Modell zur Bewertung psychotherapeutischer Praxen:

Notwendige Modifikation des Bundesärztekammer/KBV-Modells zur „Bewertung von Arztpraxen“

Eine gemeinsame Arbeitsgruppe von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung hat „Hinweise zur Bewertung von Arztpraxen“ erarbeitet, die von den Vorständen von BÄK und KBV verabschiedet und im Dezember 2008 veröffentlicht wurden. Das neue Modell ist aus Sicht des Verfassers für die Bewertung von psychotherapeutischen Praxen nicht ohne eine sinnvolle Modifikation geeignet. Es soll auf die Bewertung einer psychotherapeutischen Beispielpraxis angewandt werden, die Auswirkungen diskutiert und eine denkbare Lösung vorgeschlagen und zur Diskussion gestellt werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Bestimmung eines „objektiven Praxiswertes“ immer nur als Konsens verschiedener Subjekte, also auf politischem Wege ermittelt werden kann. Hierbei kommt der Konsensbildung innerhalb der Psychotherapeutenchaft eine hohe Bedeutung zu. Die folgenden Ausführungen sollen hierzu einen Beitrag leisten.

Genannt seien drei Beispiele, bei denen ein Modell zur Berechnung des Wertes ei-

ner Praxis gefunden und angewandt werden muss:

- Eine psychotherapeutische Praxis soll an eine NachfolgerIn weitergegeben werden.
- Eine PraxisinhaberIn verstirbt und der Praxiswert soll zur Berechnung der Erbschaftsteuer ermittelt werden.
- In einem Scheidungsverfahren muss der Wert der Praxis einer der Beteiligten ermittelt werden, um den Zugewinn zu berechnen.

Für die Ermittlung eines angemessenen Praxiswertes gibt es eine Vielzahl von möglichen Methoden und auch ausführliche Darstellungen in der entsprechenden Fachliteratur (vgl. z. B. Rüping/Mittelstaedt 2008). Deshalb soll hier nicht vertieft darauf eingegangen werden.

Von besonderer Bedeutung ist die Ermittlung des „angemessenen Verkehrswertes“ einer Praxis im Verfahren der Nachbesetzung nach § 103, Abs. 4 SGB V. Hierbei haben sich im Falle einer zwischen PraxisabgeberIn und BewerberIn strittigen Auffassung über den Wert einer Praxis die meisten Zulassungsausschüsse (und die weiteren Instanzen des Zulassungsverfahrens) in der Vergangenheit an der sogenannten Bundesärztekammermethode von 1987 orientiert. Diese Methode ist rein *umsatzbezogen* und geht vom um Besonderheiten bereinigten durchschnittlichen Jahresumsatz der letzten 3 Kalenderjahre aus. Neben dem materiellen Wert (also dem Wert der verkauften Praxiseinrichtung etc.) spielt der sogenannte ideelle Wert eine zentrale Rolle. Dieser wurde berechnet, indem der Jahresumsatz um einen fiktiven Facharztlohn vermindert und das Ergebnis gedrittelt wurde. Keine Rolle spielen bei diesem Modell die Kosten der Praxis oder die zukünftigen Ertragsmöglichkeiten.

Deshalb wurde das Modell vielfach kritisiert und andere, am Ertragswert orientierte Modelle entwickelt und zur Bewertung von Praxen vorgeschlagen. Für den Sonderfall der Bewertung psychotherapeutischer Praxen legten die PTK Niedersachsen und die PTK Hamburg (2007) jeweils eigene, ertragswertorientierte Modelle vor. Beide

Modelle haben Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede. Niedersachsen orientierte die Berechnung des Ertragswertes an den übertragbaren Erträgen (aus der Behandlung von GKV- und PrivatpatientInnen) der konkreten Praxis, während das Hamburger Modell von den Ertragsmöglichkeiten einer fiktiven, voll ausgelasteten Kassenpraxis ausgeht. Auf die Einzelheiten soll hier nicht weiter eingegangen werden. Der Grundgedanke beider Modelle ähnelt aber den Vorschlägen der KBV/BÄK-Arbeitsgruppe aus 2008.

Gemeinsamer Vorschlag von KBV und BÄK vom September 2008

Aufgrund der vielfältigen Kritik an der alten umsatzorientierten Methode und vermutlich vor dem Hintergrund zunehmender Schwierigkeiten der Nachbesetzung von Kassenarztsitzen in vielen ärztlichen Fachgruppen wurde im September 2008 ein neues, ertragswertorientiertes Modell der Bewertung von Arztpraxen vorgelegt (Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 51–52 22. Dezember 2008). Es ist davon auszugehen, dass das von BÄK und KBV konsentrierte Modell (auch wegen seiner Einfachheit) sehr schnell in die Entscheidungspraxis der Zulassungsgremien Eingang finden wird.

Die direkte Anwendung des BÄK/KBV-Modells würde aufgrund der im Vergleich zu anderen Arztgruppen begrenzten Umsatzmöglichkeiten und der vorgeschlagenen geringen Abzüge für ein Arztgehalt in den meisten Fällen zu einer erheblichen Steigerung der Praxiswerte führen. Dies soll anhand einer *Beispielpraxis mit ca. 28 Wochenstunden* gezeigt werden (Basis EBM 2009). Anschließend soll eine denkbare Lösung vorgeschlagen und zur Diskussion gestellt werden.

Ausgangslage am Beispiel der bisherigen Verkehrswertberechnung in Hamburg

Nach dem bisher in Hamburg angewandten modifizierten-BÄK-Modell würde diese Praxis einen Verkehrswert von ca. **28.000 €** haben und zwar unabhängig von den Kosten (ca. 1/3 des Umsatzes aus dem Durchschnitt von ca. 84.000 € der

geringeren Umsätze der letzten 3 Jahre ohne Abzug eines Arztgehaltes). Wenn in den letzten 3 Jahren schon der EBM 2009 gegolten hätte, läge der entsprechende Verkehrswert bei ca. **35.000 €**.

Berechnung nach BÄK/KBV-Modell-2008

Der durchschnittliche Kostenanteil psychotherapeutischer Praxen lag im Jahre 2006 bei 38% des GKV-Umsatzes, deshalb wird dieser Kostenanteil zunächst verwendet. Nach dem BÄK/KBV-Modell-2008 würde sich der Praxiswert mit 58.860 € errechnen und sich also allein aufgrund der Veränderung der Methode mehr als verdoppeln. Dieser Effekt würde sich noch verstärken, wenn die Praxis einen geringeren Kostenanteil aufweist.

Denkbare Modifikation des Arztgehaltsabzugs

Vorbild für die Entwicklung des Modells waren Arztpraxen mit erheblich höheren Umsätzen, als sich mit Psychotherapie erzielen lassen, mit an das Praxispersonal delegierbaren Leistungen und mit deutlich höheren Kosten. Ein 100%-Arztgehalt wurde folgerichtig auch nur bei Praxen abgezogen, die einen Umsatz über 240.000 € erzielten. Die Modifikation könnte also darin bestehen, aufgrund des geringeren Kostenanteils und der niedrigeren Umsatzmöglichkeiten psychotherapeutischer Praxen höhere Anteile eines Arztgehaltes abzuziehen bzw. den vollen Arztlohn schon bei 150.000 € Umsatz anzusetzen.

Vorgeschlagener Lösungsweg (umsatzorientierter Arztgehaltsabzug)

Da das von BÄK und KBV konsentrierte Modell (auch wegen seiner Einfachheit) sehr schnell in die Entscheidungspraxis der Zulassungsgremien Eingang finden wird, verbieten sich aus Sicht des Verfassers komplizierte Änderungen. Deshalb wird als einzige Modifikation für den Bereich *psychotherapeutischer Praxen* vorgeschlagen, das *alternative Arztgehalt auf den Umsatz* zu beziehen und statt eines abgestuften Abzugs des Arztgehaltes einen linearen, prozentualen Abzug vorzunehmen. Wenn man davon ausgeht, dass eine vollausge-

lastete Psychotherapie-Einzelpraxis maximal ca. 150.000 € Umsatz erzielen kann, wäre ein Abzug des Arztgehaltes von 50% des übertragbaren Umsatzes sinnvoll. Dies entspräche dann etwa dem von BÄK und KBV vorgeschlagenen Facharztgehalt von 76.000 €.

Diese Modifikation des BÄK/KBV-Modells ergäbe für die Beispielpraxis eine Praxiswert in Höhe von 23.160 € und für eine Praxis mit 30% Kostenanteil würde sich ein Praxiswert in Höhe von 38.600 € ergeben.

Schlussbemerkung

Der Verkehrswert bestimmt sich aufgrund des Zusammenhangs mit einer Zulassung zur Behandlung im Rahmen der GKV im Rahmen der Bedarfsplanung nicht allein nach den Gesetzen des Marktes. Stattdessen sind die wirtschaftlichen Interessen der PraxisabgeberIn laut Gesetz auf den „angemessenen Verkehrswert“ begrenzt. Im Streitfall haben die Zulassungsgremien über die Höhe des Verkehrswertes nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Die Diskussion um den angemessenen Wert einer Praxis wird unter den PsychotherapeutInnen zum Teil sehr leidenschaftlich geführt. Vor allem der psychotherapeutische Nachwuchs beklagt, dass die verlangten Preise für Psychotherapie-Praxen nicht angemessen seien. Andererseits wird argumentiert, eine Praxis sei ein Unternehmen, das – wie Unternehmen in anderen Branchen auch – einen Wert hat, der unter dem grundrechtlichen Eigentumschutz steht. Allein aus diesem Grund werden in „überversorgten“ Planungsbezirken Praxen zur Nachbesetzung ausgeschrieben. Von Seiten der PraxisabgeberInnen wird ferner argumentiert, dass der Verkaufserlös einer Praxis einen wichtigen Beitrag zur Alterssicherung zu leisten habe, gerade auch angesichts der in der Vergangenheit nicht ausreichenden Umsatzmöglichkeiten. Ohne auf das Für und Wider der Argumente einzugehen, ergibt sich aus Sicht des Verfassers hier die Aufgabe der Kammern für einen fairen Interessenausgleich und die Sicherung der Zukunft des Berufsstandes und der psychotherapeutischen Versorgung einzutreten. Deshalb sollte von der BPTK

ein geeigneter Vorschlag zur Bewertung psychotherapeutischer Praxen vorgelegt werden, an dem sich die Zulassungsgremien ähnlich (einfach) wie an den Hinweisen zur Bewertung von Arztpraxen orientieren können. (Claus Gieseke)

Regelungen zur Fortbildung von PsychotherapeutInnen im Krankenhaus

Die Regelung zur Fortbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Krankenhaus wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf der Sitzung am 19. März 2009 beschlossen und tritt mit Veröffentlichung der Regelung im Bundesanzeiger in Kraft. Im Folgenden werden einige häufige Fragen zur Fortbildungspflicht von Psychotherapeuten im Krankenhaus ausführlicher beantwortet.

Wie sind der Umfang und der Zeitraum der Fortbildungsverpflichtung festgelegt?

Fortbildungsverpflichtete Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Krankenhaus müssen innerhalb von fünf Jahren an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen, die nach Anerkennung entsprechend dem Fortbildungszertifikat der Landespsychotherapeutenkammern mit insgesamt 250 Fortbildungspunkten bewertet wurden. Von den 250 Fortbildungspunkten müssen mindestens 150 Punkte durch fachspezifische Fortbildung erworben worden sein. Fachspezifische Fortbildung ist für PsychotherapeutInnen definiert als Fortbildung, die dem Erhalt und der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Kompetenz dient. Diese Unterscheidung in fachspezifische Fortbildung in dem genannten Sinne und sonstige Fortbildung trifft die fortbildungsverpflichtete Psychotherapeutin/der fortbildungsverpflichtete Psychotherapeut selbst und lässt sich diese Unterscheidung von der Ärztlichen Direktorin oder dem Ärztlichen Direktor schriftlich bestätigen. Die Erfüllung der Fortbildungspflicht im Umfang von mindestens 250 Punkten wird über das Zertifikat der zuständigen Landespsychotherapeutenkammer nachgewiesen.

Für PsychotherapeutInnen im Krankenhaus beginnt der Fünfjahreszeitraum rückwirkend zum 1. Januar 2009. Für den ersten Fünfjahreszeitraum ist eine Übergangsregelung vorgesehen, bei der auch Fortbildungen anrechnungsfähig sind, die zwischen dem 1. Januar 2007 und dem 31. Dezember 2008 durchgeführt wurden.

Für wen gilt diese Regelung zur Fortbildung?

Die beschlossene Regelung gilt für alle Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, die in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus tätig sind. Ausgenommen hiervon sind allerdings diejenigen PsychotherapeutInnen, die bereits unter die Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V fallen, weil sie gleichzeitig als VertragspsychotherapeutInnen ermächtigt oder in einem Anstellungsverhältnis an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Diese Regelung soll verhindern, dass PsychotherapeutInnen oder FachärztInnen die Erfüllung der sozialrechtlichen Fortbildungspflicht doppelt nachweisen müssen.

Zu den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern zählen die Krankenhäuser, die nach Landesrecht als Hochschulklinik anerkannt sind, oder in den Krankenhausbettenplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder einen Versorgungsauftrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Wer hat welche Verantwortlichkeiten beim Nachweis der Erfüllung der Fortbildungspflicht?

Die Psychotherapeutin, der Psychotherapeut hat der Ärztlichen Direktorin oder dem Ärztlichen Direktor zum Ablauf des Fünfjahreszeitraums das Fortbildungszertifikat der Landespsychotherapeutenkammer vorzulegen sowie eine Auflistung der anerkannten Fortbildungsveranstaltungen, aus der hervorgeht, dass mindestens 150 Punkte durch fachspezifische Fortbildungen erworben wurden. Diese Unterscheidung in fachspezifische Fortbildung in dem genannten Sinne und sonstiger Fortbildung trifft die fortbildungsverpflichtete Psycho-

therapeutin, der fortbildungsverpflichtete Psychotherapeut selbst und lässt sich diese von der Ärztlichen Direktorin oder dem Ärztlichen Direktor schriftlich bescheinigen. Das Fortbildungszertifikat muss die Psychotherapeutin, der Psychotherapeut bei seiner zuständigen Landespsychotherapeutenkammer beantragen.

Wie wird die Erfüllung der Fortbildungspflicht in einem Krankenhaus dokumentiert und veröffentlicht?

Die Krankenhausleitung belegt die Fortbildung der in ihrem Krankenhaus tätigen fortbildungsverpflichteten Personen durch einen von der Ärztlichen Direktorin, dem Ärztlichen Direktor erstellten Bericht. In diesem „Fortbildungsbericht“ werden alle der Fortbildungspflicht unterliegenden PsychotherapeutInnen und FachärztInnen mit dem jeweiligen Fortbildungszeitraum angegeben. Außerdem enthält dieser jähr-

liche Bericht die Fortbildungszertifikate der PsychotherapeutInnen und FachärztInnen, die im vorhergehenden Jahr den Fünfjahreszeitraum erfüllt haben.

Was passiert, wenn eine Psychotherapeutin, ein Psychotherapeut zum Ende des Fünfjahreszeitraums die Fortbildungspflicht nicht erfüllt hat?

In dem Fall kann die gebotene Fortbildung innerhalb eines Zeitraums von maximal zwei Jahren nachgeholt werden. Die nachgeholt Fortbildung kann dann allerdings für den nächsten Fünfjahreszeitraum nicht angerechnet werden. Anders als im vertragspsychotherapeutischen Bereich, bei dem eine nicht fristgerechte Erfüllung der Fortbildungspflicht zu Honorarkürzungen führt, gibt es bei PsychotherapeutInnen und FachärztInnen im Krankenhaus in einem solchen Fall keine unmittelbaren Sanktionen auf der Grundlage dieser Re-

gelung. Da der Umfang der Erfüllung der Fortbildungspflichten jedoch im Qualitätsbericht des Krankenhauses anzugeben ist und damit entsprechende Qualitätsdefizite eines Krankenhauses öffentlich werden können, werden die Krankenhausleitungen vermutlich auf die Erfüllung der Fortbildungspflichten drängen. Die aus den Vorgaben des Qualitätsberichts nach § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V resultierende Transparenz hinsichtlich der Erfüllung von Fortbildungspflichten von PsychotherapeutInnen und FachärztInnen im Krankenhaus könnte wiederum tarifliche Vereinbarungen zu bezahlten Fortbildungstagen befördern.

Geschäftsstelle

Hallerstraße 61
20146Hamburg
Tel. 040/226226060
Fax. 040/226 226 089
Internet: www.ptk-hh.de
Email: info@ptk-hamburg.de

Case Management in der Entwicklung

Stand und Perspektiven in der Praxis

Herausgegeben von Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt und Prof. Dr. Peter Löcherbach. 2006. X, 321 Seiten.
Kartonierte. € 49,-.
ISBN 978-3-87081-577-6

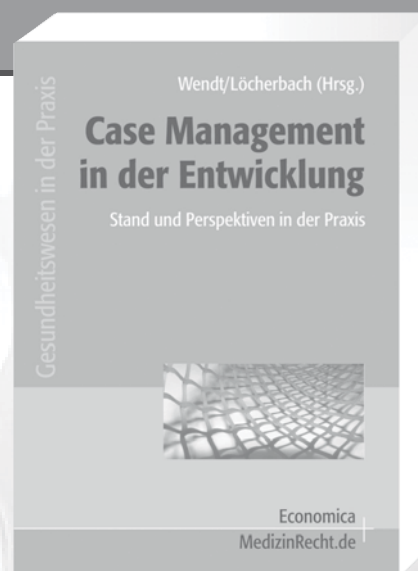
In diesem Werk berichten Experten aus Praxis und Wissenschaft über ihre Erfahrungen mit Case Management. Und sie geben nützliche Handlungsanleitungen für die Umsetzung.

Das Buch beleuchtet den fachlichen Stand, der im Case Management bereits erreicht ist. Und das in seinen verschiedenen

Bereichen:

- im Sozial- und Gesundheitswesen,
- in der Pflege,
- im Versicherungswesen und in der Beschäftigungsförderung.

In den Beiträgen des Bandes werden Programm, Handlungsstrategie sowie operatives Vorgehen im jeweiligen Aufgabengebiet diskutiert.



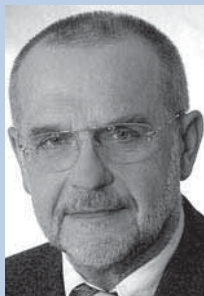
Dargestellt wird Best Practice, aber auch die Schwierigkeit, in vorhandenen Strukturen dem neuen Verfahren den Weg zu bahnen.

Economica
MedizinRecht.de

Economica, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg,
Kundenbetreuung: Bestell-Tel. 089/2183-7928, Bestell-Fax 089/2183-7620,
E-Mail: kundenbetreuung@hjr-verlag.de, www.economica-verlag.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten üben freie Berufe aus. Vielen Kolleginnen und Kollegen ist nicht klar, was das eigentlich bedeu-



Jürgen Hardt

tet, besonders welche Funktion freie Berufe in einer freiheitlichen Gesellschaft haben. Weil Freiberuflichkeit oft mit Selbständigkeit verwechselt wird, meinen viele angestellte Tätige, dass Freiberuflichkeit sie nichts angehe, aber auch angestellte PP und KJP sind Freiberufler. Mit diesem Status sind Rechte und Pflichten verbunden, die zurzeit auf dem Spiel stehen.

Alle freien Berufe sind Expertenberufe, die aus ihrer eigenen Expertenschaft heraus handeln. Sie sind Vertrauensberufe und müssen Vertrauen als gesellschaftliches Bindemittel schützen. Freie Berufe verfügen über ein Expertenwissen, das sie der Gesellschaft verfügbar machen müssen. Sie sind dem Gemeinwohl verpflichtet und sind an eine Berufsethik gebunden, deren Artikulation in der eigenen Berufsgruppe erfolgt. Sie üben die Kontrolle ihrer Tätigkeit selbständig aus und bilden aus diesem Grund Organisationen der Selbstverwaltung und Selbstkontrolle. Das Wesentliche ist aber, dass Freiberuflichkeit immer mit „innerer Freiheit“ und „innerer Verpflichtung“ auf selbst formulierte Werte verbunden ist.

Im Juni 2003 hat die noch amtierende Gesundheitsministerin geäußert, man müsse „endlich Schluss machen mit der Ideologie der Freiberuflichkeit“. Damit hat sie vielleicht nur eine persönliche Meinung geäußert,

wahrscheinlich im Streit um Honorare. Aber ihre Meinung drückt eine gesellschaftliche Tendenz aus, die die Idee der Freiberuflichkeit gefährdet. Die gesellschaftliche Entwicklung wird durch eine perfektionierte Verwaltung getrieben, die alle Bereiche des Lebens erfassen, organisieren und reglementieren will. Versprochen werden mehr Sicherheit und Effizienz sowie geringere Kosten, bei letzteren bleibt es meist beim Versprechen. In einer solchen Gesellschaft droht Freiberuflichkeit, ihren Platz zu verlieren.

Die freien Berufe stehen planwirtschaftlichen, totalitären und das ganze Leben kontrollieren wollenden Bestrebungen entgegen. Freie Berufe haben die Verpflichtung, die Gesellschaft auf drohende staatliche Übergriffe hinzuweisen und sich dagegen zu stemmen.

Besonders die freien Heilberufe verrichten ihre Tätigkeit aus einer inneren Haltung und als Experten. Sie sind einem Ethos verpflichtet, das sie selbständig artikulieren. Ihre Tätigkeit geschieht zwar in einem gemeinsam artikulierten Rahmen, aber sie beinhaltet immer einen schöpferischen, nur selbst zu verantwortenden Kern. Freiberufliche Heilkunde ist an Vertrauen gebunden, das verspricht und einzulösen hat. Jeder, der die Leistung eines freiberuflich Tätigen in Anspruch nimmt, tritt in eine Vertrauensbeziehung ein: er muss, darf, kann sich darauf verlassen, dass er nicht getäuscht – enttäuscht wird. Die verbürgte Vertrauensbeziehung ist ein entscheidendes Kennzeichen jedes freien Heilberufs. In therapeutischen Beziehungen vertrauen die Menschen aber nicht nur Sachen oder Vorgängen, sondern sich selbst als leidende Menschen dem Heilkundigen an. So entsteht eine Vertrauensbeziehung, die des besonderen Schutzes bedarf.

Unsere Berufsordnungen tragen dem Problem der freien heilberuflichen Tätigkeit in deutlicher Weise Rechnung: die Vertrauensbeziehung muss gewährleistet und gesi-

chert sein. Genau hier aber drohen Übergriffe der staatlichen Schutzorgane, die in den therapeutischen und privaten Raum mit Sicherheitsargumenten der Freiheit eindringen wollen. Damit wird der Kernbereich der Therapie – die therapeutische Vertrauensbeziehung – verunsichert. Eingriffe in die therapeutische Situation (Lausch- und Spähangriffe, sowie Computer und Telefonüberwachung) können im Verdachtsfall erfolgen, ohne dass die Betroffenen informiert werden müssen. Das gilt auch für den Fall eines unberechtigten Eingriffs, weil der Verdacht sich nicht bewahrheitet hat, ohne dass informiert werden muss; folglich kann dagegen nicht der Rechtsweg begangen werden.

Weil hier das grundgesetzlich verbrieftete Recht der freien Berufsausübung eingeschränkt wird und massiv in die psychotherapeutische Vertrauensbeziehung eingegriffen werden kann, habe ich eine Verfassungsbeschwerde gegen das betreffende (BKA-) Gesetz eingelegt (den Text der Verfassungsbeschwerde können Sie einsehen unter <http://www.ptk-hessen.de/ptj>).

Doch der Ethos der Freiberuflichkeit ist in der Vielfalt unseres Handelns vielleicht nicht einmal in erster Linie von staatlicher Grenzverletzung bedroht, gegen die der Ruf an die obersten Gerichte geboten ist. Viel schleichender und alltäglicher werden Formalisierung und Normierung in der Heilkunde zu Fesseln, die den Raum für schöpferisches Handeln und Entscheiden abschnüren.

In der kommenden Vorwahlzeit zum Bundestag, sind Sie alle gefragt, mögliche Kandidaten auf die Problematik und den Wert der Freiberuflichkeit hinzuweisen und den Vertrauensschutz und die schöpferische Freiheit für unsere Berufe einzufordern.

Ihr Jürgen Hardt
Präsident

„Sehnsucht Familie in der Postmoderne“ – 5. Hessischer Psychotherapeutentag am 18. und 19. September 2009 in Frankfurt

Die Hessische Kammer wird sich auf dem 5. Psychotherapeutentag am 18. und 19. September 2009 in Frankfurt mit dem Thema „Familie“ befassen und hat hierzu ein hochrangiges



Dr. Ulrich Müller

Programme zusammengestellt, das verschiedene Gesichtspunkte aktueller und zukünftiger Entwicklungen aufnimmt und diskutiert.

Mit „Sehnsucht Familie in der Postmoderne“ fokussiert die Hessische Landeskammer im Vorfeld der nächsten Bundestagswahlen ein Thema, das sowohl fachlich als auch politisch erhöhte Aufmerksamkeit verdient. Weil die Familie für die psychische Entwicklung des einzelnen Menschen eine Grundvoraussetzung ist, nehmen familiäre Bande für die Bildung und Entwicklung der Kultur menschlicher Gesellschaften eine zentrale Rolle ein. Wenn auch die Bedeutung der Familie politischer Konjunktur unterworfen ist, so bleibt doch ihr Sinn für den Einzelnen erhalten: Die Familie ist als biophysische und soziale Konstante Ausgangspunkt für die menschliche Entwicklung, auch wenn sich die Familienbilder in der kulturellen Entwicklung drastisch verändert haben.

Als Freud 1909 vom „Familienroman“ sprach, an dem jeder unbewusst, die Bilder seiner Eltern entwickelt und sein eigenes fortschreibt, hat er auf Konstruktionen verwiesen, in denen Realität und Phantasie eine Mesalliance eingehen. Diese Konstruktionen sind bindende und bildende Grundlage für das weitere psychische Geschehen. Familie als dynamisches Geschehen spiegelt sich in der Psyche jedes einzelnen Menschen wider, weil jeder in der Familie die ersten Beziehungserfahrungen macht. Ressourcen und Defizite, Hoffnungen und Ängste speisen sich aus

dieser Quelle der ersten Erfahrungen mit Anderen, so wird sie zur Wurzel des kulturellen Miteinanders.

Die kulturgeschichtliche Entwicklung von der Großfamilie zum Nukleus der Kleinfamilie reicht inzwischen bis zu wählbaren Modellen der „Patchworkfamilie“. Die Möglichkeit labortechnisch erfüllbarer Kinderwünsche lässt darüber hinaus ungeahnte Zukunftsperspektiven von Familienkonstellationen sichtbar werden. Dabei bleibt Familie Ausgangspunkt der Wünsche und wird in der Gegenwart wieder zu einem Topos für romantische Sehnsüchte.

Politiker wenden sich gegenwärtig wieder der Familie zu. Familienpolitische Konzepte sind erneut gefragt, weil die Familie als bedeutsame Sozialisationsinstanz wiederentdeckt wurde. Oft gestützt auf alte Vorbilder entwickeln Familienpolitiker neue Pläne zur Entlastung der Eltern. Ein Vorsorge- und Sicherungssystem kindlicher Entwicklung unter staatlicher Anleitung erweist sich dabei oft als Auslagerung der Verantwortlichkeiten bei gleichzeitiger finanzieller Mehrbelastung der Familie. Die Entwicklung von Konzepten zur Prävention folgen oft weniger der Fürsorge, als dem Prinzip umfassender Kontrolle. Familien erleben sich durch solche Maßnahmen oft weniger unterstützt als sanktioniert.

Zum Auftakt des Psychotherapeutentages wird am Freitagabend Prof. Hans Bertram aus Berlin familiensoziologische und familienpolitische Überlegungen zur „Zukunft der Familie“ anstellen und damit aus sozialwissenschaftlicher Perspektive in das Thema einführen. Am Samstagvormittag wird zunächst Prof. Dr. Reinhard Sieder (Wien) unter dem Titel „Familienmythos, Liebe, Postmoderne“ einen zentralen Aspekt des Tages aufnehmen, inwiefern tradierte Bilder der Familie mit der Gegenwart vereinbar sind. Flexibilität verschafft zwar Freiheit, macht aber gleichzeitig auch Angst, was auf die Gestaltung des Paar- und Familienlebens nachhaltig Einfluss nimmt. Prof. Dr. Jochen Schweitzer aus Heidelberg wird im Anschluss daran die Familie als „System im Gesundheitswesen“ untersuchen und die Institution Familie im Lichte familien- und gesundheitspolitischer Entwicklungen betrachten.

Inwiefern die zunehmende politische Fokussierung der Familie förderlich ist, ob sie das Zusammenleben einer Familie schützt oder deren Leben weniger fürsorglich als vielmehr überwachend reglementiert, dürfte einer der zentralen Konflikte zukünftiger sozialpolitischer Auseinandersetzungen werden. Worin die Aufgabe der Psychotherapie bei diesen zukünftigen Entwicklungen sozialstaatlicher Aufgaben bestehen kann, wird für die Zukunft unserer Heilberufe von besonderem Interesse sein.

Am Nachmittag wird es hochrangig besetzte Arbeitsgruppen zu den folgenden Themenfeldern geben, in denen einige der Referenten Ergebnisse eigener Studien einbringen werden:

- „Die Familie im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit“ – Psychische Folgen durch Fortpflanzungs- und Reproduktionstechnologien;
- „Kinder psychisch kranker Eltern“;
- „Multikulturalität und Familie“;
- „Kinder in familiengerichtlichen Verfahren“;
- „Familien in Psychotherapie – Strategien und Konzepte aus vier Blickwinkeln“.

Erfreulicherweise ist es den Organisatoren gelungen, auf dem diesjährigen Psychotherapeutentag an der Fachhochschule in Frankfurt verschiedene Strömungen der Psychotherapie unter dem Tagungsthema zusammenzuführen und dabei zugleich deutlich zu machen, dass Familie in der Forschung ungebrochen von Bedeutung ist. Gleichwohl werden in der Forschung viele neue Fragen zum Zusammenleben von Familien gestellt, auf die zweifellos überraschende Antworten zu erwarten sind.

Nach den Arbeitsgruppen werden wir den Psychotherapeutentag im Plenum mit einer Lesung abschließen: Die Berliner Autorin Tanja Dücker wird ihre Gedanken vorstellen unter der Überschrift: „Warum die schöne neue Arbeitswelt ein Familienleben schwer macht“.

Dieser Psychotherapeutentag dürfte für alle Psychotherapeuten und psychothe-

apeutisch tätigen Ärzte interessant und aufschlussreich sein, ist doch „Familie“ der Raum, in dem menschlicher Psyche sich entfaltet. Behaviorale, tiefenpsychologische, systemische, humanistische und psychoanalytische Ansätze lassen sichtbar werden, auf welchem Wege dieser universelle Ausgangspunkt zu unterschiedlichen Überlegungen und Fragestellungen führen kann.

Veranstaltung der PiAs vor Eröffnung des HPT

Vor Eröffnung des Psychotherapeutentages werden sich diesmal in Frankfurt die Ausbildungskandidaten für PP und KJP treffen, um gemeinsam mit Vertretern der Kammer über berufs- und sozialrechtliche Fragen und aktuelle Entwicklungen zu sprechen. Hierzu wurde von den hessischen Landessprechern der Ausbildungskandidaten gemeinsam mit Vertretern

des Vorstands der LPPKJP ein Programm entworfen, das allen Mitgliedern gesondert zugehen wird. Diese Veranstaltung wird am 18. September 2009 um 14.00 Uhr. Ein vorausgehendes Treffen mit den Ausbildungskandidaten soll die Möglichkeiten der Einbeziehung der PiAs in die Inhalte des Psychotherapeutentages ermöglichen und erleichtern helfen.

*Dr. Ulrich Müller,
Mitglied des Vorstands*

Bericht von der 7. Delegiertenversammlung der 2. Wahlperiode



Teilnehmerinnen und Teilnehmer der 7. DV in Butzbach

Am 24. und 25. April 2009 fand die 7. DV der Wahlperiode in Butzbach statt. Am Freitagnachmittag diskutierten die Delegierten und (leider nur wenige) Gäste aus der Mitgliedschaft zum Thema „**Verantwortung der Kammer bei der zukünftigen Gestaltung der psychotherapeutischen Versorgung**“. Einleitend referierten die Vorstandsmitglieder Hans Bauer, Thomas Merz und Dr. Ulrich Müller. Vizepräsident Bauer beleuchtete die bedeutenden Funktionen der Kassenärztlichen Vereinigung als Selbstverwaltungsorgan und des Kollektivvertragssystems. Darüber hinaus stellte er dar, welche gesetzlichen Änderungen künftig steigenden Einfluss auf die Organisation der psychotherapeutischen Versorgung haben werden. Herr Merz stellte die Ergebnisse zweier Interviews mit Beschäftigten in Medizinischen Versorgungszentren dar. Dr. Müller widmete sich insbesondere dem Versuch, die Aufgaben der Kammer zu bestimmen, die sich aus einer veränderten Versorgungslandschaft ergeben können. In der Diskussion wurde eine große Über-

einstimmung in den Grundlinien deutlich. Niemand sieht die Kammer als Player mit dem Anspruch, Versorgungsverträge mit Krankenkassen zu schließen. Aufgabe werde eher die Beratung und Kontrolle unter berufsrechtlichem Aspekt sein. Auch im Hinblick auf die Qualitätssicherung kämen wahrscheinlich zusätzliche Anforderungen auf die Kammer zu, wenn Verträge ohne Beteiligung der KV geschlossen würden.

Einig waren sich die Diskutanten auch in der Einschätzung, dass das Kollektivvertragssystem nebst Psychotherapierichtlinien erhaltenswert aber verbesserungsbedürftig und -fähig sei. Genannt wurden z. B. die Unterversorgung bestimmter Patientengruppen und die Schwächen der Bedarfsplanung, die insbesondere zu einem Stadt-Land-Gefälle führen.

Relativ schnell waren der **Jahresabschluss** 2008 und die damit verbundenen üblichen Beschlüsse abgehandelt. Das Jahr 2008 schloss mit einem Gewinn von ca.

6.000 EUR ab, es konnten also nicht, wie mit dem Haushalt geplant, die Rücklagen der Kammer zu einem Teil abgebaut werden. Eine intensive Diskussion entfaltete sich hingegen um Fragen der zukünftigen **Beitragsgestaltung** der Kammer. Sie entzündeten sich an dem einstimmig gefassten Votum des Finanzausschusses, auf dieser DV noch keine Vorschläge zur künftigen Struktur der Beitragstabelle zu unterbreiten. Dem Votum lag die Erwägung zugrunde, zunächst die zu erwartenden Erhöhungen der Beitragseinnahmen (Erhöhung der Einkünfte durch Änderungen EBM, tarifliche Anhebungen) auf belastbarer Grundlage prognostizieren zu können. Finanzausschuss und Vorstand signalisierten, dass dann voraussichtlich im Herbst 2010 eine Beitragssenkung ab dem Jahr 2011 beschlossen werden könne, die insbesondere Effekte der „kalten Progression“ vermeidet. Es solle dazu zunächst der Abschluss des Haushaltsjahres 2009 abgewartet werden, in dem wegen gesteigerter Kosten eine noch größere Unterdeckung als 2008 enthalten ist. Darüber hinaus wurde auf den zu erwartenden, nicht unerheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand nach Änderungen von Beitragsordnung und/oder -tabelle verwiesen, der sich jeweils in einer großen Anzahl von Anfragen an die Geschäftsstelle und in einem erheblich steigendem Bearbeitungsaufwand manifestiert.

Diesen Argumenten konnte und wollte sich eine größere Gruppe der Delegierten nicht anschließen. Ein Teil hob dabei auf strukturelle Änderungswünsche im Sinne einer Einführung zusätzlicher Beitragsgruppen

bei den höheren Einkommen bei Beibehaltung des Höchstsatzes ab. Ein anderer Teil vertrat zwar die Auffassung, die hessische Beitragsordnung sei modellhaft vorbildlich für die anderen Landeskammern, die Beiträge seien aber zu hoch und müssten rasch gesenkt werden, damit ein Abbau der Rücklagen stattfinde. In der Abstimmung fand ein Antrag des für die Finanzen verantwortlichen Vizepräsidenten eine knappe Mehrheit, nach dem im Herbst 2009 Modell- und Finanzplanungen für den Beitrag 2011 vorgelegt werden, die in 2011 dann zu einer Beitragssenkung führen, wenn keine nachhaltigen negativen Änderungen in den Planungsgrundlagen eintreten.

Nicht vergessen werden sollte bei der Debatte, dass viele Kammern in den letzten Jahren ihre Beiträge erhöhen mussten, der hessische Beitrag aber seit 2004 stabil ist, inzwischen die Kinderfreibeträge verdoppelt werden konnten und der Durchschnittsbeitrag von ca. 342 EUR in 2008 sich bundesweit durchaus sehen lassen kann.

Am Samstag nahmen zunächst die **Berichte** des Präsidenten, des Vorstandes und der Ausschüsse breiten Raum ein. Insbesondere konnte Präsident Jürgen Hardt aktuell davon berichten, dass er als persönlich Betroffener und zugleich als Repräsentant der hessischen Psychotherapeutenchaft gemeinsam mit Angehörigen anderer freier Berufe Verfassungsbeschwerde gegen das BKA-Gesetz eingelegt hat (den Text der Verfassungsbeschwerde siehe unter <http://www.ptk-hessen.de/ptj>).

Danach wurden sowohl eine **Novellierung der Berufsordnung** als auch eine neue Wahlsatzung in zweiter Lesung behandelt und beschlossen. Der Ausschuss für Ethik und Berufsordnung legte einen Entwurf vor, mit dem er die Ende 2004 entstandene hessische Berufsordnung an aktuelle Erfordernisse anpasste und stellenweise Anregungen und Formulierungen der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer aufgriff. Dabei hatte er den Anspruch, ein Selbstverständnis psychotherapeutischer Tätigkeit beizubehalten, das einem selbstverantwortlichen Spielraum von Psychotherapeuten/innen einen hohen Stellenwert einräumt. Dieser

Sicht schloss sich die überwiegende Mehrheit der Delegierten mit ihrem positiven Votum an.

Eine **Wahlsatzung** wurde erforderlich, weil das Heilberufsgesetz diese Aufgabe jetzt den Kammern zuweist, während das bisher der zuständige Minister durch eine Rechtsverordnung regelte. Eine von der Delegiertenversammlung berufene Kommission, der Manfred K. Burkart, Alfred Krieger und vom Vorstand Marion Schwarz angehörten, entwickelte auf der Grundlage der ministeriellen Wahlordnung und unter Einbeziehung von Vorschlägen der Wahlleiter der letzten Wahl einen gestrafften Entwurf. Sowohl die Wahlsatzung als auch die Berufsordnung bedürfen noch der Genehmigung durch das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit, danach wird die öffentliche Bekanntmachung im Psychotherapeutenjournal erfolgen.

Im **Ausschuss Psychotherapie in Institutionen** war durch den Rücktritt von Hannelore Viertel ein Platz nachzubesetzen. Einstimmig bei zwei Enthaltungen wurde der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Matthias Kapp gewählt, der in der Tagesklinik und Institutsambulanz des ZSP Philipppshospital in Höchst/Odenwald beschäftigt ist.

Intensiv setzte sich die Delegiertenversammlung mit dem Entwurf eines Curriculums zur Fortbildung für die psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall auseinander, das die gleichnamige Arbeitsgruppe des Vorstandes vorlegte. Das Vorstandsmitglied Uta Cramer-Düncher führte in das Themenfeld ein und erläuterte den Diskussionsstand hinsichtlich der Einbeziehung der psychotherapeutischen Berufe in die psychosoziale Notfallversorgung auf Bundesebene (Konsensuskonferenz des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe) und auf regionaler Ebene (z. B. Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt). Die Delegiertenversammlung begrüßte den Entwurf und gab der AG eine Reihe fachlicher Anregungen und Wünsche mit der Bitte auf den Weg, sie zur nächsten Delegiertenversammlung in den Entwurf einzuarbeiten.

Eine Petition an den Deutschen Bundestag zur **Kompetenzerweiterung von Psy-**

chologischen Psychotherapeuten bot Anlass, sich mit dem Thema zu befassen. Kein Verständnis brachten die Delegierten für den isolierten Vorstoß auf, zumal es bisher an einer fundierten Diskussion und Meinungsbildung fehlt und noch nicht einmal die Ergebnisse des Forschungsgutachtens bekannt sind, von dem einige Aussagen zum Thema erwartet werden. Präsident Hardt schlug deshalb vor, zentrale Fachfragen aus diesem Themenfeld als Vorveranstaltung einer Delegiertenversammlung unter Zuziehung externer Expertise zu behandeln. Der Vorschlag fand breite Zustimmung.

Demnächst wird es einen **freiwilligen Meldebogen** der Kammer geben. Die Delegiertenversammlung gab dem Vorstand inhaltliche Anregungen für die Ausgestaltung mit auf den Weg. Wichtig war ihr äußerste Transparenz hinsichtlich der Datenverwendung und eine gute Information der Mitglieder.

Weiterhin wurden **zwei Resolutionen** verabschiedet. Die Resolution zur Verbesserung der Vergütung psychiatrischer Praxen beruht auf einem Vorschlag des gemeinsamen Beirates von Landesärztekammer und Psychotherapeutenkammer Hessen. In diesem Sinne hatte der Vorstand sich bereits an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen gewandt, weil er die Sorge hat, dass eine unverzichtbare Säule der Versorgung psychisch kranker Menschen angesichts der Vergütungssituation wegbrechen könnte (diese Resolution wurde zwischenzeitlich vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen übernommen; s. Kasten):

Resolution: Vergütung psychiatrischer Praxen unzureichend

Die Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hessen (LPPKJP Hessen) und das Präsidium der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) haben auf Vorschlag des Gemeinsamen Beirates der beiden Kammern eine Resolution zur Vergütung psychiatrischer Praxen verabschiedet:

Die Vergütung psychiatrischer Praxis seit 1.1.2009 ist unzureichend und muss dringend verbessert werden, damit der Versorgungsauftrag erfüllt werden kann (vollständiger Text der Resolution unter <http://www.ptk-hessen.de/ptj>).

Mit der zweiten Resolution wird die rasche Umsetzung der 20%-Quote für Psychotherapeuten, die im Rahmen der ambulanten Versorgung ausschließlich mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, gefordert (siehe Kasten):

Resolution: LPPKJP fordert rasche Umsetzung der 20%-KJP-Quote

Die Delegierten der LPPKJP äußern in dieser Resolution ihr Unverständnis darüber, dass die bereits im Oktober 2008 vom Bundestag beschlossene Quote von 20% für Psychotherapeuten, die im Rahmen der ambulanten Versorgung ausschließlich mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, bislang von den Gremien der KBV nicht auf den Weg gebracht wurde (vollständiger Text der Resolution unter <http://www.ptk-hessen.de/ptj>).

Mehrheitlich beschlossen wurde auch ein Antrag, der den Vorstand mit unterstützenden Initiativen der durch den wissenschaftlichen Beirat anerkannten **systemischen Therapie** beauftragt. Der Antrag intendiert dabei einerseits die Unterstützung bei der Implementierung des neuen Vertiefungsverfahrens in die Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz und andererseits Initiativen in verschiedenen Gremien zur Aufnahme der Systemischen Therapie in die Psychotherapierichtlinien.

RR

Gewählte Bundesdelegierte und Stellvertreter/innen 2009

Liste 1: IL Integrative Liste PP/KJP

Dr. Frank Roland Deister, (Elisabeth Schneider-Reinsch),
Helga Planz, (Alfred Krieger).

Liste 2: Freier Beruf PsychotherapeutIn

Thomas Merz, (Else Döring).

Listenverbindung der Liste 4: Psychotherapie in Hessen VPP – BDP und der Liste 7: bkj – Berufsverband der Kinder-

und JugendlichenpsychotherapeutInnen

Marion Schwarz, (Hans Bauer).

Listenverbindung der Liste 5: Psychodynamische Liste und der Liste 9: Psychodynamische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Hessen

Jürgen Hardt, (Susanne Walz-Pawlita),
Dr. Ulrich Müller, (Sabine Eckert).

Liste 6: Vereinigungsliste

Dr. Friedhelm Jung, (Manfred K. Burkart).

Liste 8: Qualität durch Methodenvielfalt

Jörg Hein, (Uta Cramer-Düncher).

Liste 10: VT-AS. Verhaltenstherapie Liste: Angestellte – Selbständige

Wilfried Schaeben, (Karl-Wilhelm Höffler),
Christian Alte, (Dr. Claudia Stromberg).

Rubriken

Termine

■ 18. – 19. September 2009: 5. Hessischer Psychotherapeutentag, Fachhochschule Frankfurt, Nibelungenplatz 1.

■ 30. und 31. Oktober 2009, Delegiertenkonferenz; Bad Nauheim, Dolce Hotels und Resorts.

Aktuelle Termine und Informationen finden Sie immer aktuell unter www.ptk-hessen.de/ptj.

PiA-Angelegenheiten

■ Zur Nachfolgerin der ausscheidenden hessischen PiA-Sprecherin Renate Schirmer, in Ausbildung zur KJP bei der WIAP, wurde Frau Sabine Wald, in Ausbildung zur KJP in Riedstadt, gewählt.

■ 18. September 2009: Treffen der PiA-Sprecher, 14.00 Uhr, Fachhochschule Frankfurt, Nibelungenplatz 1 (vor dem 5. Hessischen Psychotherapeutentag).

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegen:

Dipl.-Psych. Kerstin Stier, Butzbach, geb. 27.04.1956, gest. 16.02.2009

Dipl.-Psych. Thomas Manthey, Bad Hersfeld, geb. 29.07.1955, gest. 16.03.2009

Dipl.-Psych. Kerstin Plies, Marburg, geb. 23.06.1965, gest. 19.04.2009

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,

wir berichten wieder aus der Vorstandsarbeit der vergangenen Monate:

Prof. Dr. med. Ulrich Baumann, im August 2008 einem Ruf an die MHH gefolgt (Klinik für Pädiatrische Nieren-, Leber- und Stoffwechselerkrankungen), hat sich an die PKN mit der Bitte um Kooperation gewandt. Er sieht bei den Kindern mit schweren Stoffwechselstörungen, die an seiner Klinik behandelt werden, von denen einige auch Organe transplantiert bekommen (Leber), dringenden Bedarf an fachlicher Unterstützung und Begleitung der Kinder wie der Eltern durch psychotherapeutisch ausgewiesene Fachkräfte.

Wir unterstützen gern dieses Anliegen, weshalb wir uns zunächst an die in der Region Hannover tätigen Kolleginnen und Kollegen sowie an die entsprechenden Ausbildungsinstitute gewandt und auf diese Aufgabenfelder hingewiesen haben, in die sich auch nicht-niedergelassene Kolleginnen und Kollegen einbringen können. Wenn Sie sich eine Mitwirkung ebenfalls vorstellen können, können Sie sich gern an die Geschäftsstelle der PKN wenden.

Während in der Zeit vor dem so genannten Bologna-Prozess Studiengänge – jedenfalls im Falle der Psychologie – Rahmenprüfungsordnungen entsprechen und von den zuständigen Landesministerien genehmigt werden mussten, ist seitdem jede Hochschule selbst für die „Erfindung“ von Studiengängen zuständig, die dann von Akkreditierungsagenturen genehmigt werden müssen. Eine Folge: Es gibt mittlerweile mehr als 80 Studiengänge in Deutschland, die irgendetwas mit Psychologie zu tun haben.

Schon seit 2007 beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe der BPTK unter Mitwirkung der PKN (Wittmann, Schwartz) mit der Formulierung eines Anforderungsprofils, dem

Studiengänge genügen müssen, wenn sie als Voraussetzung für eine Ausbildung zu PP akzeptiert werden wollen. Die Ergebnisse dieser AG sind in mehreren Stufen mit der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), dem Verband der Hochschullehrer des Faches Psychologie, diskutiert worden und liegen nun in konsentierter Fassung vor. Für die Ausbildung zu KJP ist diese Aufgabe noch zu leisten. Ein besonderes Problem dabei ist, dass es – anders als bei der Psychologie – bei den (Sozial-, Heil-, Rehabilitations-) Pädagogik-Studiengängen keinen der DGPs vergleichbaren gemeinsamen Ansprechpartner gibt. Wesentliche Aufgabe ist in unseren Augen, dafür Sorge zu tragen, dass die Anforderungen an die Pädagogik-Studiengänge denen an Psychologie-Studiengänge qualitativ vergleichbar sind – auch daran mitzuwirken sehen wir als unsere Aufgabe.

Bis zu einer Neuordnung der Ausbildungsvoraussetzungen und der Ausbildungsstruktur gelten die Vorgaben des PsychThG, die ja noch nicht auf die Bachelor-Master-Struktur bezogen sind. In einem Gespräch mit dem PKN-Vorstand stellte Dr. Horn (Sozialministerium) klar, dass mit Einführung des Psychotherapeutengesetzes eine eindeutige Rechtslage besteht, die jedoch mit Blick auf die Einführung der Bachelor- und Masterstudiengänge unpraktikabel ist, da zur Feststellung der Kompatibilität der neuen Studiengänge immer zwingend eine Einzelprüfung durch den Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZZA) erfolgen muss. Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesbehörden Gesundheit (AOLG) habe, so Dr. Horn, unter anderem auch aus diesem Grund eine Beteiligung der Psychotherapeutenkammern bei dem Akkreditierungsverfahren der entsprechenden Studiengänge befürwortet.

Probleme gibt es vor allem in Hinblick auf die KJP-Ausbildung. Da die Fachhochschu-

len nahezu bundesweit nur noch Studiengänge Soziale Arbeit (also nicht mehr Sozialpädagogik) anbieten, muss geprüft werden, ob der jeweils im Einzelfall vorgelegte Abschluss den einschlägigen klassischen Pädagogikstudiengängen entspricht. Dabei ist nicht maßgeblich die Benennung des jeweiligen Abschlusses, sondern der tatsächliche Inhalt des Studiums.

Der Vorstand wird sich zu diesem Thema mit den niedersächsischen Ausbildungsinstituten in Verbindung setzen, damit die Gefahr möglichst ausgeschlossen wird, dass Ausbildungsteilnehmer am Ende der Ausbildung erfahren, dass sie wegen fehlender Voraussetzungen nicht die Approbation erhalten können.

In einem Gespräch im Vorstand hatten wir Gelegenheit, dem neuen Präsidenten des Landesgesundheitsamtes, Herrn Dr. Pulz, die Kammerarbeit vorzustellen. Ein Anliegen war uns besonders, auf die Notwendigkeit einer Ausweitung der Gesundheitsberichterstattung auf psychische Erkrankungen hinzuweisen – eine solche Berichterstattung könnte eine gute Basis darstellen für die Begründung des Bedarfs an Psychotherapie in unserem Bundesland und damit zu einer angemessenen Bedarfsplanung beitragen. Für den Fall, dass im Landesgesundheitsamt eine Abteilung Prävention eingerichtet wird, haben wir unser Interesse an inhaltlicher Mitwirkung angemeldet und bei Dr. Pulz dafür positive Resonanz gefunden.

§ 37 b SGB V gibt vor, dass „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, ... Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) haben. Dazu haben nach § 132d Abs. 1 SGB V die Krankenkassen Verträge mit

geeigneten Einrichtungen oder Personen abzuschließen, „soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist“. Auch in Niedersachsen laufen entsprechende Verhandlungen, die sich aber als recht schwierig erweisen. Unser Anliegen, unermüdlich unterstützt durch die Palliativ-Kommission der PKN, ist dabei, dass die Beiträge, die PP und KJP in der Palliativversorgung leisten können, Eingang in die Verträge finden.

Welche Bedeutung die besondere Kompetenz von Psychotherapeuten haben kann, macht der Artikel von Frau Licht weiter unten auf unseren Landesseiten deutlich.

Zwei in verschiedenen Funktionen in der Kammerarbeit engagierte PKN-Mitglieder (Dr. Bernd Borchard, Annika Gnoth) haben zu unserem großen Bedauern unser Bundesland für neue berufliche Aufgaben verlassen. Für ihre Funktionen in der Forensik-Kommission konnten mittlerweile Nachfolger benannt werden (Joachim Lagerspets als Sprecher, Achim Schack und Sandra Schwarz).

In den politisch bedeutsamen Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung haben wir an Stelle von Herrn Borchard unseren Kammerpräsidenten, Dr. Wittmann, entsandt; die Vizepräsidentin, Frau Corman-Bergau, wird ihn dort vertreten.

Der Gemeinsame Prüfungsausschuss Klinische Neuropsychologie der Psychotherapeutenkammern Bremen und Niedersachsen, über den wir im letzten Heft informiert haben, hat in der Zusammensetzung Dietzfelbinger (Vorsitzende) und Prof. Dr. Schwartz (Niedersachsen) sowie Frau Dr. Bataller (Vertreter: Herr Bodenstein) und Frau Erdmann (Bremen) seine Arbeit aufgenommen und die ersten 8 Anträge auf Führung der Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ nach den Übergangsbestimmungen der Weiterbildungsordnung positiv entschieden. Weitere Anträge können über die Geschäftsstellen der beiden Kammern an den Prüfungsausschuss gestellt werden. Die Kammerversammlung hat für den mit der Bearbeitung dieser Anträge und der Ausstellung der Zusatzbescheinigung verbundenen Aufwand einen

Zusatz zur Kostenordnung verabschiedet, den Sie auf unserer Homepage finden.

Einige weitere Informationen aus der Kammerversammlung vom 25.04.09:

Herr Gerber, Anlageberater und Verwaltungsratsmitglied des PVW, hat aus Anlass der schwierigen finanzpolitischen Lage vieler Versicherungen und Versorgungswerke über die Situation des PVW berichten können, dass angesichts der stets auf Sicherheit bedachten Anlagepolitik das PVW keine Verluste zu verzeichnen hat, sondern die Renditeentwicklung sich selbst in diesem Jahr auf erstaunlich hohem Niveau bewegen wird.

Da der zum Zeitpunkt der Kammerversammlung noch bevorstehende Deutsche Psychotherapeutentag (9. Mai in Berlin) sich schwerpunktmäßig mit der Ausbildung von PP und KJP beschäftigen soll, hat der Vorsitzende des niedersächsischen Ausschusses für Aus-, Fort- und Weiterbildung, Dr. Könnig, die wesentlichen kontroversen Auffassungen vorgetragen und damit eine lebhaft diskutierte Diskussion angeregt. Nach Veröffentlichung des Forschungsgutachtens und nach der Diskussion in Berlin wird sich unsere Kammerversammlung im Herbst erneut mit diesem Thema auseinandersetzen.

Herr Köthke hat über den Stand einer ganzen Reihe von Projekten berichtet, mit denen die PKN gegenwärtig beschäftigt ist, so über die bereits oben erwähnte Arbeit der Palliativ-Kommission, über die Arbeit der Forensik-Kommission, über ein Pilotprojekt zur Früherkennung, Frühbehandlung sowie Nachbehandlung psychotisch erkrankter Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener sowie über den aktuellen Stand mehrerer IV-Verträge, an denen die PKN mitgewirkt hat. Nähere Details finden Sie, sowie es zu Ergebnissen gekommen ist, jeweils auf unserer Homepage.

Eine für Sie sicherlich beruhigende Information: Der Vorsitzende des Finanzausschusses, Dr. Liebeck, bescheinigte der PKN sparsame Haushaltsführung. Diese macht es möglich, dass trotz erheblich gesteigener Anforderungen an die Arbeit der Kammer der Mitgliedsbeitrag in 2010 nicht angehoben werden muss.

In einer einstimmig verabschiedeten Resolution fordert die Kammerversammlung die Selbstverwaltungsgremien auf, eine Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie dahingehend vorzunehmen, dass die vom Gesetzgeber eingeführte 20%-Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nunmehr endlich umgesetzt werden kann.

Wir haben den Amoklauf in Winnenden zum Anlass genommen, in einer Pressemitteilung vor einfachen Zuschreibungen zu warnen und zugleich darauf aufmerksam zu machen, dass der Abbau der Schulpsychologie in Niedersachsen – in dieser Hinsicht Schlusslicht unter den Bundesländern – zu großer Sorge Anlass gibt. Den Text der PM finden Sie auf unserer Homepage.

Wir hatten schon auf die anstehende Kammerwahl hingewiesen, die im März 2010 stattfinden wird (Feststellung des Wahlergebnisses: 25.03.2010). Detailinformationen zum Ablauf der Wahl werden Sie im Oktober erhalten. Die Überlegungen zur Kandidatur laufen aber bereits. Deshalb möchten wir Sie noch einmal ermuntern, sich an der Gestaltung der Kammerarbeit zu beteiligen und zu kandidieren – entweder als Einzelkandidat oder über einen Verband Ihrer Wahl oder auf einer kollegialen Liste.

Das Psychologische Institut der TU Braunschweig veranstaltet am 6.10.2009 in Kooperation mit der PKN, der ÄKN sowie der DGKJP eine Tagung mit dem Titel „Gesund groß werden – Prävention psychischer Störungen im Kindesalter“. Nähere Informationen finden Sie unter www.praeventionskongress-bs.de; dort können Sie sich auch direkt zur Tagung anmelden.

„Ganze“ halbe Praxissitze können jetzt ausgeschrieben, verkauft, gekauft und nachbesetzt werden. Nach zähem Ringen hat die KVN mit Zustimmung der Krankenkassen dem Drängen der PKN nachgegeben und die Leistungsgrenze bei hälftigem Versorgungsauftrag auf 50% der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze festgelegt. Damit lohnt es sich jetzt ausgesprochen, als Senior-Psychotherapeut schon einmal einen halben Praxissitz zu verkaufen, ohne persönliche Einschränkungen dafür hinnehmen zu

müssen. Und für Junior-Psychotherapeuten lohnt es sich, solche halben Praxisitze nachzufragen, zu erwerben und auf diese Weise pro Woche ca. 18 PT-Sitzungen mit

GKV-Patienten in eigener Praxis durchführen zu können. Bei Fragen zu diesem Thema gibt die Geschäftsstelle der PKN gerne Auskunft.

Ihr PKN-Vorstand:

Dr. Lothar Wittmann, Gertrud Corman-Bergau, Werner Köthke, Bertke Reiffen-Züger, Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz

Fall: Indikation für eine psychotherapeutische Unterstützung in der palliativen Versorgung bei vorbestehender psychischer Störung

In der aktuellen Diskussion um die „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) ist die Mitwirkung von PP und KJP bisher durchaus nicht selbstverständlich. Wir möchten deshalb an einem – selbstverständlich anonymisierten – Fallbeispiel zeigen, wie unverzichtbar die spezifischen psychotherapeutischen Kompetenzen in der Palliativversorgung sein können:

Medizinische Anamnese:

Frau L., 35 Jahre, verheiratet, ein Kind. Diagnose: metastasiertes Mamma-Ca (ED 1999); Rezidiv (2/02); 3. Rezidiv 07/04); Knochenmetastasen (2/05) in LWK 4. Behandlung in der Klinik für gynäkologische Onkologie, Unfallchirurgie, Strahlentherapie und durch den palliativmedizinischen Konsiliardienst zur Schmerzeinstellung.

Vorgeschichte und aktuelle Probleme:

Die Patientin berichtete, dass die Tumorerkrankung während der Schwangerschaft aufgetreten sei. Zuvor habe sie einen Suizidversuch (mit Schlaftabletten und Alkohol) unternommen. Auslöser seien Eheprobleme gewesen. Psychische Probleme habe sie bereits seit frühester Jugend, insbesondere im Kontakt mit anderen Menschen seien immer wieder Spannungen aufgetreten. Sie habe psychotherapeutische Vorerfahrungen bei unterschiedlichen Behandlern (tiefenpsychologisch fundiert) und sei in neurologischer Behandlung gewesen, „so recht habe ihr dies aber nicht helfen können“. Ferner bestand ein Zustand nach Medikamentenabhängigkeit und Entzug. Vorbefunde lagen nicht vor und deren Anforderung war von der Patientin nicht besonders erwünscht. So machte sie während der Gespräche Andeutungen und brachte beispielsweise die Namen der Behandler durcheinander.

Ihr Verhalten während des stationären Aufenthaltes war dadurch gekennzeichnet,

dass sie von allen Seiten Hilfe einforderte, teilweise selbständig Mitarbeiter ansprach, gleichzeitig aber der Eindruck entstand, ihr nicht gerecht werden zu können. Sie äußerte ihre Unzufriedenheit über das Behandlungsteam, aber auch über ihren Ehemann, „sie fühle sich von allen im Stich gelassen“. Die Schmerzeinstellung, ein zentrales Problem, gestaltete sich gleichermaßen (aufgrund unklarer Angaben) schwierig. Des Weiteren lehnte sie die Einnahme von Opiaten und Benzodiazepinen vehement ab, da sie eine erneute Abhängigkeit befürchtete. Die Situation drohte zu eskalieren, nachdem die Stationsärzte Gespräche mit ihr über die hoch palliative Situation, das Lebensende und insbesondere die weitere Versorgung führen wollten. Frau L. empfand dies als ärztliches Versagen, hatte nur den Satz wahrgenommen, „man könne nichts mehr für sie tun“. Sie agierte verstärkt, wollte vom Ehemann oder ihrer Mutter gepflegt werden, welches von beiden nicht zu leisten war. Ein „Leben im Hospiz“ konnte sie sich überhaupt nicht vorstellen. Trotz Absprache mit der gynäkologischen Onkologie und Strahlentherapie, dass eine Therapieeinschränkung sinnvoll sei, bewirkte sie bei bereits wochenlang bestehenden Anzeichen von Gehschwäche eine erneute OP der Wirbelsäule, die jedoch auch keine Besserung zur Folge hatte.

Frau L. bat letztlich von sich aus um psychotherapeutische Unterstützung. Von Seiten des Behandlungsteam kam gleichermaßen die Bitte im Hinblick auf die Frage, wie die Compliance der Patientin verbessert und eine Veränderung ihrer „unrealistischen Therapiewünsche“ erreicht werden könne. Das Behandlungsteam artikuliert mittlerweile deutlich, der Patientin so nicht helfen zu können, war aber als gynäkologische Abteilung eines Akutkrankenhauses immer wieder Anlaufpunkt bei Krisen.

Psychische Befindlichkeit und Interventionen: Die Patientin war bewusstseinsklar, zeitlich und örtlich voll orientiert. Es bestand kein Anhalt für psychotisches Erleben, von Suizidgedanken konnte sie sich hinreichend distanzieren. Sie wirkte im Erstkontakt wenig offen, wies aber einen deutlichen Leidensdruck auf, ihre Niedergeschlagenheit und Anspannung kaum mehr aushalten zu können. Psychodiagnostisch ergaben sich Hinweise für eine ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6), gleichzeitig zeigten sich histrionische Merkmale. So wies Frau L. Tendenzen auf, sich ausgeprägte Sorgen vor Kritik und Ablehnung zu machen, sie war überzeugt minderwertig im Vergleich zu anderen zu sein, sie zeigte eine dauernde Anspannung und Besorgtheit. Gleichzeitig dramatisierte sie und erschien suggestibel und spaltend.

Zunächst fiel es der Patientin sehr schwer, Anliegen für die psychotherapeutischen Gespräche zu formulieren. Mittels gezielter psychologischer Gesprächstechniken, die sich durch ein empathisches und ruhiges Intervenieren auszeichneten (aktives Zuhören und Containerfunktion), wurde es Frau L. langsam möglich, ihre belastenden und abwehrenden Denkweisen zu äußern und leicht abzuschwächen. Sie konnte etwas besser die Perspektive des Behandlungsteam einnehmen, damit gelang es ihr, die Bedrohung durch das Sterben nicht einfach abzuwehren und verdrängen zu müssen, sondern sich vorsichtig entsprechenden Gesprächen zuzuwenden. Frau L. lernte, sich mehr auf den rationalen Teil in Gesprächen zu fokussieren und weniger rasch emotional zu reagieren.

Parallel zu den Gesprächen wurde die Patientin zur selbständigen Anwendung von Entspannungs- und Ablenkungstechniken angeleitet, so dass sie ihre dauerhaft ho-

he Anspannung etwas besser bewältigen konnte.

Frau L. entschied sich letztlich für eine Verlegung in ein Pflegeheim, in dem sie wenige Wochen danach verstarb.

Resümee: Die wesentliche Indikation für psychologische/-therapeutische Interventio-

nen bestand in diesem Fall in der Deeskalation der angespannten Gesprächssituation. Dazu waren einerseits, unter Berücksichtigung der besonderen psychischen Vulnerabilität, supportive und Krisen stabilisierende Interventionen für die Patientin sinnvoll. Weiterhin lag aber ein bedeutsamer Schwerpunkt auf der Information und Zusammenführung des Behandlungsteams, so dass

sich der Dialog wiederherstellen ließ und konkrete palliative Behandlungsschritte, wie die Schmerzeinstellung, möglich wurden. Zentral dabei war, das Team zu befähigen, die vermeidenden, agierenden und spaltenden Verhaltensweisen von Frau L. als „überdauerndes Syndrom“ verstehen zu lernen und nicht mit Ablehnung, Resignation und persönlicher Kränkung reagieren zu müssen.

Feststellung des Haushaltsplans des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung für das Haushaltsjahr 2009

Die Vorschriften des Landes Niedersachsen erfordern die Veröffentlichung des folgenden Textes:

Die Verbandsversammlung des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung hat in der Sitzung vom 25.11.2008 den Haushaltsentwurf für das Jahr 2009 genehmigt.

Die Feststellung des Haushaltsplans wird hiermit gemäß § 26 Abs. 1 des Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) in der Fassung vom 08.12.2000 (Nds. GVBl. S. 301), zuletzt geändert durch Gesetz vom 08.10.2008 (Nds. GVBl. S. 312), i. V. m. § 25 Nr. 7 HKG i. V. m. § 9 Abs. 4 S. 2 HKG i. V. m. dem Vertrag über den Zu-

sammenschluss zum Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZzA) vom 22.12.2005 (niedersächsisches ärzteblatt 2/2006 S. 68 ff., Einhefter für Niedersachsen im Psychotherapeutenjournal 1/2006 S. 7 f., ZKN Mitteilungen 2/2006 S. 126 f.), zuletzt geändert am 12.12.2006 (niedersächsisches ärzteblatt 3/2007 S. 77, Psychotherapeutenjournal 1/2007 S. 79., ZKN Mitteilungen 1/2007 S. 63), bekannt gemacht.

Hannover, den 04.03.2009

Dr. med. Martina Wenker
– Vorsitzende der Verbands-
versammlung –

Geschäftsstelle

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
Sprechzeiten allgemein:
Mo, Mi, Do, Fr 09.00 – 11.30 Uhr
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
Sprechzeiten für Fragen zur Akkreditierung:
Mi. + Do. 09:00 – 11:30 Uhr
Mail-Anschrift: info@pk-nds.de
Mail-Anschrift für Fragen zur Akkreditierung: akkreditierung@pk-nds.de
Internet: www.pk-nds.de

Abgabe, Kauf und Bewertung psychotherapeutischer Praxen

Von Dr. Uta Rüping 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 aber kann und 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 Vertragsrechtliche Bedingungen und Verfahren der Praxisnachfolge, Vertragsgestaltung, Praxiswertberechnung und 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.

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg
Bestell-Tel. 089/2183-7928, Bestell-Fax 089/2183-7620, E-Mail: kundenbetreuung@hjr-verlag.de, www.psychotherapeutenverlag.de



**Psychotherapeuten
Verlag**



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Psychotherapeutische Perspektiven im Wahljahr 2009

2009 ist ein Jahr zahlreicher Wahlen. Innerhalb weniger Monate finden die Wahlen des Europaparlaments und des Bundestags statt. Das Votum der Wähler sei damit in einer Zeit gefragt, in der die Folgen der Finanz- und Wirtschaftskrise für den sozialen Zusammenhalt in unserem Land noch nicht absehbar sind, stellte Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, in ihrer einleitenden Rede zur 23. Kammerversammlung in Dortmund fest. „Klar ist aber schon jetzt: Die gesetzliche Krankenversicherung wird erhebliche Einnahmeverluste haben, der Kostendruck wird schon deshalb zunehmen.“ Dieser Kostendruck werde die Verteilungskämpfe auch zwischen den Heilberufen verschärfen, wie bereits die Diskussionen um die Honorarreform 2009 zeigten. Konitzer kritisierte scharf die Versuche ärztlicher Funktionäre, die Probleme der ärztlichen Honorarreform zu Lasten der Psychotherapeuten lösen zu wollen.

Massive Unterversorgung psychisch kranker Menschen

In der vor allem von Finanzierungsfragen geprägten aktuellen gesundheitspoliti-

schen Diskussion im Wahlkampf werde es nicht so einfach sein, mit psychotherapeutischen Forderungen Gehör zu finden, erklärte die Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW. Insgesamt bestehe eine massive Unterversorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland. Rund fünf Millionen Menschen jährlich brauchen dringend eine psychotherapeutische Behandlung. Für sie stehen aber im ambulanten Bereich nur gut eine Million psychotherapeutische Behandlungsplätze zur Verfügung.

„Die Öffentlichkeit regt sich auf, wenn Ärzte überhaupt nur damit drohen, Wartelisten anzulegen“ monierte Konitzer. „Dass jeder Psychotherapeut eine Warteliste von vier bis fünf Monaten hat, gehört dagegen schon zu den versorgungspolitischen Selbstverständlichkeiten.“ Würde jeder Patient, der anfragt, auf die Warteliste gesetzt, wären in ländlichen Regionen schnell Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz von ein bis zwei Jahren die Regel. Über diese Unterversorgung rege sich aber keiner auf. „Auch psychisch Kranke haben ein Recht darauf, möglichst schnell behandelt zu werden“ forderte die NRW-Präsidentin. Die Bereitschaft der Politik, mehr Geld in die Krankenversorgung zu stecken, schein durch die Ärztestreiks gegen die Honorarreform 2009 allerdings eher abgenommen zu haben.

Zukunft der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Ärzteschaft ist inzwischen so zerstritten, dass Teile davon selbst die Existenz der Kassenärztlichen Vereinigungen in Frage stellen. „Kann dies die Perspektive der Versorgung psychisch kranker Menschen sein?“ fragte Monika Konitzer. „Wer sorgt denn dann in Zukunft noch dafür, dass jeder Patient einen Arzt oder Psychotherapeuten in seiner Nähe findet?“ Den Kran-

Psychotherapie bei Sucht

Suchterkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Über 1,3 Millionen Menschen sind von Alkohol abhängig und über zwei Millionen missbrauchen Alkohol. 3,8 Millionen Menschen sind abhängige Raucher, fast 1,5 Millionen Menschen sind von Medikamenten abhängig. Die Wirksamkeit von Psychotherapie in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ist wissenschaftlich nachgewiesen. Viele Psychotherapeutinnen arbeiten in diesem Bereich. Deshalb ist **Psychotherapie bei Sucht** das Schwerpunktthema des **5. Jahreskongresses Psychotherapie – Wissenschaft Praxis, der am 24./25. Oktober 2009 in Bochum** stattfindet. Der Kongress ist eine gemeinsame Veranstaltung des Hochschulverbundes Psychotherapie NRW und der Psychotherapeutenkammer NRW. Einleitende Referate zu den Schwerpunktthemen halten:

- Prof. Dr. Gerhard Bühringer (Dresden): Versorgung von Patienten mit Substanzstörungen: Stand, Defizite und Verbesserungsvorschläge.
- Dr. Johannes Lindenmeyer (Nürnberg): Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Psychotherapie bei alkoholabhängigen Patienten.
- Prof. Dr. Joachim Körkel: Kontrolliertes Trinken, Motivational Interviewing und mehr: Was PsychotherapeutInnen im Umgang mit Suchtproblemen wissen und können sollten.

Neben dem Schwerpunktthema „Psychotherapie bei Sucht“ werden noch vielfältige Workshops zu anderen Themen angeboten. Weitere Kongressinformationen unter:

www.unifortbildung-psychotherapie.de



kenkassen gelinge dies doch nur, wenn sie flächendeckend überall die Mehrheit der Patienten versichern. „Wer würde denn überhaupt für die Psychotherapeuten mit solchen Krankenkassen-Oligopolen verhandeln?“ Die Psychotherapeutenkammern dürften und könnten dies nicht tun. Bisher waren Vergütungsfragen die Domäne der psychotherapeutischen Verbände. „Sollen die Verbände eine Art Psychotherapeuten-KV werden? Hätten wir dann soviel unterschiedliche Vertragspartner für die Krankenkassen wie wir Verbände haben?“

Wohnortnahe und qualitätsgesicherte Versorgung

Konitzer warnte davor, das Kind mit dem Bade auszuschütten. Sie könne sich eine wohnortnahe und qualitätsgesicherte Versorgung nicht ohne die Kassenärztlichen Vereinigungen vorstellen. Um sie als Garanten der Sicherstellung der Versorgung zu erhalten, müssten die Kassenärztlichen Vereinigungen allerdings zukünftig ihre Kernaufgaben besser erledigen:

- „Es geht um die Sicherstellung der Versorgung somatisch *und* psychisch kranker Menschen.
- Die psychische Situation von Patienten muss in alle Überlegungen zu Versorgungs- und Vertragsgestaltung und Qualitätsstandards einbezogen werden.
- Die Vergütung psychologischer und anderer Behandlungen muss bereits vom Ansatz her gleichwertig sein.“

Keine Individualbudgets für Psychotherapeuten

Eine Mengenbegrenzung psychotherapeutischer Leistungen im Sinne von Individualbudgets oder Regelleistungsvolumina, d. h. die weitere Begrenzung genehmigungspflichtiger Leistungen bzw. die Rückkehr zur massiven Einschränkung der Abre-



chenbarkeit diagnostischer Leistungen und Kriseninterventionen, wie sie bis zum 31. Dezember 2008 der Fall war, sei „absurd und verantwortungslos“. „Wir können den Gemeinsamen Bewertungsausschuss nur warnen, diese von ihm am 27. Februar 2009 angekündigte Absicht in die Tat umzusetzen“ erklärte die Präsidentin der nordrhein-westfälischen Psychotherapeuten.

Kammer als Forum des Austauschs

Wer politisch Einfluss nehmen wolle, müsse allerdings auch wissen, was er wolle, welche gesundheitspolitischen Konzepte er anzubieten habe. Die Kammerversammlung sei für die Beratung dieser Fragen der ideale Ort, betonte Monika Konitzer. Hier seien alle Psychotherapeuten vertreten, unabhängig davon, ob sie Erwachsene oder Kinder und Jugendliche behandeln, ob sie niedergelassen oder in einer Beratungsstelle oder einem Krankenhaus arbeiten, auch unabhängig davon, welchem Berufs- oder Fachverband sie angehören und welchem Verfahren sie

sich besonders verbunden fühlen. „Mit der Kammerversammlung haben wir ein Forum des Austausches, der Diskussion und der mehrheitlichen Entscheidung“ erklärte die NRW-Präsidentin. „Wir sollten diese Chance nutzen, hier grundlegende Entscheidungen langfristig vorzubereiten, wie wir dies bei der Diskussion um die Zukunft der Psychotherapeutenausbildung getan haben.“

Konitzer bedankte sich in dieser letzten Kammerversammlung der Wahlperiode 2005 bis 2009 für das Engagement der Delegierten. In den vergangenen vier Jahren sei viel für das einstimmig verabschiedete Satzungsziel erreicht worden: für die Weiterentwicklung der Psychotherapie und die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung. In der Debatte um die Zukunft der Psychotherapie könne es nicht genug Argumente und Perspektiven geben. Sie freue sich deshalb darauf, die offene und streitbare Debatte heute und in der neu gewählten Kammerversammlung fortsetzen zu können, von wo aus auch immer.

Beschlüsse der 23. Kammerversammlung am 27. März 2009 in Dortmund

Kinder und Jugendliche

Die Kammerversammlung forderte auf Antrag der Kooperativen Liste und dem Bündnis KJP die Gremien der Selbstverwaltung

auf, die 20-Prozent-Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie „unverzüglich und ohne Einschränkungen umzusetzen“. Insbesondere forderte die Kammerversammlung, dass für die Berechnung der

Quote nur die Psychotherapeuten gezählt werden, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, deren Leistungen auf diesem Gebiet also einen Anteil von 90 Prozent an den Gesamtleistun-

gen erreichen. Weiter sei sicherzustellen, dass alle neu zu besetzenden Praxissitze in Nordrhein-Westfalen so bald wie möglich ausgeschrieben werden, so dass die Patienten in allen bisher unterversorgten Gebieten Nordrhein-Westfalens gleichmäßig und gleichzeitig von der gesetzlichen Neuregelung profitieren können. Darüber hinaus wird die PTK NRW darauf hinwirken, dass die derzeit geltenden Bedarfsplanungsrichtlinien verändert werden und es in Zukunft zu einer echten Versorgungsplanung kommt.

Kompetenzerweiterung

Die Kammerversammlung beauftragte auf Antrag der Kooperativen Liste den Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW zeitnah eine kontroverse Diskussion dazu vorzubereiten, ob Psychotherapeuten unter anderem zukünftig berechtigt sein sollen:

- Heilmittel zu verordnen (Ergotherapie, logopädische Behandlung, Soziotherapie),
- in stationäre psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung einzuweisen,
- Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen,
- Psychopharmaka zu verordnen.

In Zeiten knapper Ressourcen steigt die Erwartung, Behandlungspfade und Versorgungswege übersichtlich und kurz zu halten. Der Umweg über einen Arzt verursacht zurzeit vielfach zusätzliche Kosten und Belastungen für den Patienten. Durch eine Erweiterung der Kompetenzen von



Psychotherapeuten könnten der Behandlungsprozess einheitlicher gestaltet und die Reibungsverluste für Patienten verringert werden. Eine fachlich begründete Positionierung des Berufsstandes sollte in nächster Zeit erfolgen.

Systemische Therapie

Die Kammerversammlung bat den Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW auf Antrag der Fraktion Kooperative Liste, die Umsetzung der wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie in der Ausbildung voranzutreiben. Die Festlegung der Qualitätsstandards solle durch den Berufsstand selbst erfolgen. Der Ausschuss Fort- und Weiterbildung soll mit der Prüfung beauftragt werden, ob und wie Regelungen getroffen werden können, die es ermöglichen, die Systemische Therapie als zusätzliches Verfahren zu erlernen und als

anererkennungsfähigen Schwerpunkt auch nach außen darzustellen – mit dem Ziel, die sozialrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie zu ermöglichen. Auf Antrag der Fraktion Qualität durch Methodenvielfalt unterstützte die Kammerversammlung den Vorstand darin, mit dem Gesundheitsministerium in NRW Gespräche zur Ausbildung in Systemischer Therapie/Familientherapie in NRW zu führen und sich für die Anerkennung der Systemischen Therapie als Richtlinienverfahren einzusetzen.

Bericht zur Wahlperiode 2005-2009

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW legte einen „Bericht zur Wahlperiode 2005-2009“ vor. Dem Bericht sind auch die Berichte der Ausschüsse und Kommissionen beigelegt (Download unter www.ptk-nrw.de).

Die Kammer als berufspolitische Chance – Tag der Neuapprobierten am 14. März 2009

Das Interesse war enorm: Über 130 Neuapprobierte kamen am 14. März 2009 nach Dortmund, um sich darüber zu informieren, wie die Psychotherapeutenkammer NRW als berufliche Vertretung arbeitet und in welchen beruflichen Fragen die Kammer als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Gespräche am Rand machten deutlich: Die Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz ist anstrengend, die doppelte Anforderung durch Ausbildung und Job und insbesondere die finanziellen Bürden belasten die neuen KollegInnen

auch nach der Approbation noch lange. Die Kammermitgliedschaft mit der Beitragsverpflichtung wird daher nicht selten als neue Belastung empfunden.

Präsidentin Monika Konitzer war deshalb umso stärker beeindruckt von der großen Zahl der Neuapprobierten, die an diesem Tag gekommen waren, um ihre Psychotherapeutenkammer NRW näher kennen zu lernen. Die Kammer, erläuterte Monika Konitzer, sei die notwendige Ergänzung zur gerade erworbenen, neuen beruflichen

Qualifikation, allerdings eine Ergänzung, deren Vorteil sich nicht sofort erschließe. Mit dem Psychotherapeutengesetz habe die Profession den Status eines Heilberufes erlangt, zu dem traditionell eine berufliche Selbstverwaltung gehöre. Nicht der Staat legte fest, welchem Regelwerk sich die Psychotherapeuten unterwerfen, sondern die Psychotherapeuten bekamen die Chance selbst festzulegen, wie ihre Berufsordnung, ihre Fort- und Weiterbildungsordnung aussähe. Damit dieses selbst geschaffene Regelwerk aber auch



für alle Psychotherapeuten verbindlich ist, habe der Gesetzgeber festgelegt, dass alle Psychotherapeuten verpflichtend Mitglied ihrer Kammer sind.

Diese gesetzgeberische Logik sei es jedoch nicht, weshalb sie selbst in dieser Pflichtmitgliedschaft eine so große Chance für die Psychotherapeuten sehe, erklärte Monika Konitzer. Die Psychotherapeutenkammern seien etwas Besonderes in der psychotherapeutischen Landschaft, nämlich die einzigen Organisationen, die alle Psychotherapeuten vertreten – unabhängig davon, ob sie Kinder, Jugendliche oder Erwachsene behandeln, ob sie niedergelassen arbeiten oder in einer Beratungsstelle oder Klinik angestellt sind, ob sie diesem oder jenem Berufs- oder Fachverband angehören und in welchem Verfahren sie ausgebildet seien. Wer psychotherapeutische Interessen wirksam vertreten wolle, betonte Monika Konitzer, brauche mehrheitlich abgestimmte berufspolitische Positionen. Dafür sei die Kammer da. Die Kammerversammlung sei das entscheidende Forum, auf dem Psychotherapeuten ihre Interessen übergreifend diskutieren könnten. Die Präsidentin ermutigte alle neuen Kolleginnen und Kollegen, sich an der Meinungsbildung innerhalb der Profession zu beteiligen.

Nicht wenige neue Kolleginnen berichteten von den großen Schwierigkeiten, nach der Approbation einen Praxissitz zu ergat-

tern, von den Wartezeiten, die dadurch entstehen, dass alle kassenärztlichen Bezirke gesperrt sind, von den immensen Kosten, die der Erwerb eines Praxissitzes mit sich bringt, von dem schwer verständlichen Eigensinn der älteren Kollegen, die nicht einmal dann einen halben Praxissitz abtreten würden, wenn sie ihn gar nicht mehr wahrnahmen. Nach der Kraft, die die Ausbildung dreieinhalb Jahre gekostet habe, sei die Wartezeit auf einen Praxissitz doch sehr frustrierend. Als junge Kolleginnen bekämen sie keinen Fuß in die Tür.

Die Erfahrungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen waren dabei sehr unterschiedlich. Während einige Kolleginnen schilderten, sie fühlten sich nach Telefonaten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgeblockt, berichteten andere von durchaus praktischen Hilfsangeboten. An diesem „Tag der Neuapprobierten“ waren die KV Nordrhein und die KV Westfalen-Lippe allerdings gleich mit drei Ratgebern vertreten.

Marion Henkel von der KV Westfalen-Lippe bat noch um ein wenig Geduld. Für die neue gesetzliche Vorschrift, wonach 20 Prozent der psychotherapeutischen Praxissitze für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu reservieren seien, seien noch konkrete bundeseinheitliche Regelungen für die praktische Umsetzung notwendig. Diese Regelungen würden gerade vom Gemeinsamen Bundesausschuss

erarbeitet. Dr. Horst Bartels, KV Nordrhein, und Carsten Bellen, KV Westfalen-Lippe, gaben einen profunden Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten der Praxisübernahme oder Anstellung in Praxen und medizinischen Versorgungszentren. Sie ermunterten jeden, frühzeitig mit ihrer Kassenärztlichen Vereinigung Kontakt aufzunehmen und sich im Detail beraten zu lassen.

Bemerkenswert war die große Zahl an Kolleginnen und Kollegen, die bereits eine Anstellung im Krankenhaus oder Reha-Klinik gefunden hatten. Häufig waren sie schon vorher dort tätig gewesen. Die Approbation war ihnen vom Arbeitgeber nahe gelegt worden, da es allein mit dem akademischen Abschluss in Psychologie zukünftig schwierig werden könne. Diese Zukunftsinvestition in einen approbierten Berufsabschluss hatte jedoch noch nicht bei jedem Kollegen zu einer besseren beruflichen Situation geführt. Einige hatten vor und nach der Approbation dieselbe Tätigkeit und Vergütung. Viele arbeiteten in ihrer Klinik auch schon vorher selbständig, die meisten lobten die sehr gute Teamarbeit. Viele ärztliche Kollegen sahen sogar zukünftig verstärkt Psychotherapeuten in Führungspositionen, einfach schon deshalb, weil es an ärztlichem Nachwuchs mangle. Einige Ärzte seien sogar der Auffassung, Psychotherapeuten seien für die Behandlung psychischer Krankheiten besser qualifiziert, so wurde berichtet.

Beratung am Telefon

Berufsrechtliche Beratung durch den Rechtsanwalt

Mi.: 14.00–15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 27

Mitgliederberatung durch den Vorstand

Mo: 12.30–14.00 Uhr
Di: 12.30–13.00 Uhr,
18.30–19.30 Uhr
Mi: 13.00–14.00 Uhr
Fr: 11.00–12.00 Uhr
12.30–13.00 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 27

PTK NRW-Veranstaltung zur Krankenhausfinanzierung



Nach den somatischen Krankenhäusern soll auch für Psychiatrie und Psychosomatik bis 2013 ein pauschaliertes Entgeltsystem entwickelt werden. Das hat der Gesetzgeber im Krankenhausfinanzierungsgesetz festgelegt, das seit dem 1. April 2009 in Kraft ist. Die Psychotherapeutenkammer NRW lud deshalb am 31. März 2009 zu einer Veranstaltung ein, in der sie ihre Mitglieder über das geplante neue Entgeltsystem informierte. Präsidentin Monika Konitzer konnte rund 60 Mitglieder aus Krankenhäusern in Dortmund begrüßen. Hermann Schürmann, Krankenhausbeauftragter der Kammer, betonte: „Die Reform der Krankenhausfinanzierung kann eine Chance für die Psychotherapie im stationären Sektor sein.“ Entscheidend dafür sei allerdings, dass es gelänge, psychotherapeutische Leistungen im Krankenhaus sachgerecht darzustellen.

In seinem einleitenden Referat schlug Schürmann den Bogen von der Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) im Jahr 1991 bis hin zur aktuellen chronischen Unterfinanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. Die „Evaluation der PsychPV“ in 2004 habe den Anstoß gegeben, das Entgeltsystem für diese Kliniken zu reformieren. Das nun geplante Entgeltsystem des Krankenhausfinanzierungsgesetzes setze auf leistungsorientierte Tagespauschalen. Damit habe sich die Einsicht durchgesetzt, dass durch Fallpauschalen, wie sie in den somatischen Krankenhäusern bereits eingeführt wurden (DRG), die Leistungen im psychiatrischen Bereich nicht angemessen zu erfassen seien. Mit der Entwicklung des neuen Entgeltsystems werde das Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) beauftragt. Hermann Schürmann wies auf den ambitionierten Zeitrahmen hin: Schon 2013 soll die zunächst budgetneutrale Umsetzung erfolgen. Dafür müssten die Behandlungsbereiche der PsychPV, die zur Patientengruppierung herangezogen werden sollen, präziser definiert bzw. umgestaltet werden. Schließlich seien auch im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) bislang nur wenige Ziffern für psychotherapeutische Leistungen enthalten.

Anschließend erläuterte Mechthild Greive, Psychologische Psychotherapeutin und Juristin, Hauptgeschäftsführerin des Klinikums Dortmund, die Systematik des pauschalierten Entgeltsystems in somatischen Krankenhäusern, kurz DRG-System genannt. Sie betonte die hohe Transparenz,

die dieses System geschaffen habe, die Möglichkeit zu Krankenhausvergleichen sowohl von Träger- als auch Kassenseite her, und dass das System als lernendes System konzipiert sei, das von Jahr zu Jahr besser werde. Sie hob die Bedeutung der „Kalkulationskrankenhäuser“ hervor, deren Auswahl letztendlich darüber entscheiden würde, ob Leistungen in Psychiatrie und Psychosomatik und damit auch die psychotherapeutischen Leistungen sachgerecht abgebildet würden. In NRW seien hier insbesondere die Landschaftsverbände gefragt, die ein breites Behandlungsspektrum anbieten würden. Frau Greive betonte besonders, dass die Psychotherapeuten nur die Wahl hätten, sich aktiv an der Entwicklung des Systems zu beteiligen oder sich aus den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern zu verabschieden.

In der anschließenden Diskussion hielten sich Skeptiker und Befürworter im Hinblick auf die Auswirkungen des neuen Systems für die Psychotherapie in etwa die Waage. Sorgen bereiteten insbesondere die Qualität der Codierung und die Befürchtung, es könnte zu einer weiteren Einengung des Leistungsspektrums in der Psychiatrie kommen. Befürworter hingegen wiesen auf die Chancen hin, die ein neues System zur Profilierung der Psychotherapie böte, wenn man sich engagiert beteilige. Die Psychotherapeutenkammer NRW sagte allen ihre fachliche und politische Unterstützung zu. Einig war man sich, dass es noch einige Workshops dieser Art geben sollte, da die Entwicklung des neuen Systems ja erst am Anfang stehe.

Kooperation als berufspolitische Zukunft

Unter dem Titel „Neue Versorgungsformen – Psychotherapeutische Kooperationsmöglichkeiten“ trafen sich am 25. April 2009 in Düsseldorf Mitglieder der Psychotherapeutenkammern NRW und Rheinland-Pfalz zu einer Fortbildungsveranstaltung.

Kernpunkt der Veranstaltung war der Bochumer Vertrag zur integrierten Versorgung schwer psychisch Kranker. Neben der stationären Standardversorgung bie-

tet er die Möglichkeit, sich auch ambulant psychotherapeutisch behandeln zu lassen (60 Stunden über maximal sechs Monate, kein Antrag, keine Begrenzung der Behandlung pro Tag oder Woche). Danach kann die Behandlung mit weiteren 25 Sitzungen ohne Gutachterverfahren ambulant fortgesetzt werden, erst danach ist bei weiterem Fortführungsbedarf ein reguläres Genehmigungsverfahren erforderlich.

Das warf die Frage auf, wie man trotz der Überlastung psychotherapeutischer Praxen die Zeit finden kann, an solchen Integrationsverträgen teilzunehmen. Birgit Heinrich, Geschäftsführerin der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, berichtete über das „Netz für seelische Gesundheit“ in Mainz. Dort konnten approbierte Psychotherapeuten in psychiatrischen Institutsambulanzen, in Tageskliniken, aber insbesondere auch

in vertragsärztlichen Praxen angestellt werden, um so die zusätzlichen Behandlungskapazitäten aufzubauen.

Für viele Teilnehmer ergab sich daraus die Frage: Wie schafft es ein Psychotherapeut oder ein Netz, vertragsfähig zu werden? Monika Konitzer, Präsidentin der

Landespsychotherapeutenkammer NRW, versprach mehr Hilfestellung anzubieten. Sie machte allerdings auch deutlich, dass die Kammer keine Verträge schließen könne. Dafür seien die Berufsverbände der richtige Ansprechpartner. Viele Kammermitglieder machten deutlich, dass sie die Arbeit in einer Einzelpraxis sehr schätzen

und nach Wegen suchen, sie auch bei sich verschärfendem Wettbewerb im Gesundheitswesen zu erhalten. Präsidentin Konitzer machte deutlich, dass sie sich auch zukünftig eine bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung psychisch kranker Menschen nicht ohne die Einzelpraxis vorstellen kann.

Psychotherapie und Organtransplantationen

Im Jahr 2008 fanden in Deutschland 4.675 Organtransplantationen (einschließlich Leber- und Nierentransplantationen) statt. Das reichte nicht, um allen denjenigen eine Chance zu geben, die auf der Warteliste standen. 1.054 Menschen starben, während sie auf ein neues Organ warteten. Die Zeit vor der Operation ist deshalb eine schwierige Zeit des Wartens, der Ungewissheit und Angst. Es beginnt ein Wettlauf mit der Zeit. Oft dauert es mehrere Jahre, bis ein passendes Organ verfügbar ist. Auf eine neue Niere wartet der Empfänger durchschnittlich fünf bis sechs Jahre. Die Dialyse ist jedoch eine Möglichkeit, die Zeit zu überbrücken. Bei Leber, Herz und Lunge haben die Patienten oft nicht so viel Zeit. Auf eine neue Lunge wartet ein Patient im Durchschnitt bis zu zwei Jahre. Er weiß nicht, ob die Zeit, die ihm bleibt, noch reicht. Er lebt mit einer ständigen Angst vor dem Tod.

Nach der Operation weiß der Patient nicht, ob der Körper das neue Organ annimmt oder abstößt. Jeder Infekt ist lebensgefährlich. Eine Abstoßung ist nicht rückgängig zu machen, nur aufzuhalten. Die Chance, innerhalb kurzer Zeit ein weiteres neues Organ zu bekommen, ist sehr gering. Die Existenzangst kann damit unterschwellig das prägende Lebensgefühl bleiben. Auch die Angehörigen sind häufig überfordert. Auch sie können nur mit warten und mit leiden, ohne aktiv zur Lösung der Situation beitragen zu können. Nicht selten entsteht eine Sprachlosigkeit in den Familien, weil keiner den anderen zusätzlich belasten möchte.

Psychotherapeuten haben den Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung von Transplantationsbetroffenen erkannt. Das

ist das Ergebnis einer Befragung des Bundesverbandes der Organtransplantierten (BDO) in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer NRW. Der Fragebogen wurde Anfang 2009 verschickt, bislang antworteten mehr als 230 Kolleginnen und Kollegen. Rückantworten werden gerne noch entgegen genommen. Viele niedergelassene Psychotherapeuten geben an, bereits in der Betreuung von Transplantationsbetroffenen erfahren zu sein. In der eigenen Praxis betreut wurden u. a. Organtransplantierte und Angehörige von Patienten sowie Dialysepatienten, Angehörige von Organspendern, Wartepatienten und Patienten mit Bridging-Systemen, d. h. mit mobilen Herz-Unterstützungssystemen, die die Zeit bis zur Transplantation überbrücken helfen sollen. Neben Erwachsenen wurden auch Kinder und Jugendliche betreut sowie medizinisches Personal aus dem Bereich der Transplantationsmedizin. Ein erfreulich hoher Prozentsatz von Therapeuten zeigt Interesse an dem Thema und die Bereitschaft, ihre Behandlungsangebote in einer Liste beim BDO zur Weitervermittlung an Transplantationsbetroffene führen zu lassen. Extra gewünscht werden auch Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten zum Thema. Wiederholt wird in den Rückmeldungen auf in der Regel belegte Therapieplätze bzw. lange Wartezeiten hingewiesen. Eine Praxis hält deshalb z. B. die Angebote der „kurzfristigen Krisenintervention zur Stabilisierung“ oder „niederrrequenten Begleitung im Einzelfall“ für notwendig. Auch wird darauf hingewiesen, dass „OP-vorbereitende und nachbereitende Psychotherapie sehr wichtig sind, um den günstigen Verlauf der OP, die Verarbeitung usw. zu begünstigen“. Eine Praxis, die keinen behindertengerechten Zugang hat, bietet „Hausbesuche“ an.

Die Psychotherapeutenkammer NRW wird die Zusammenarbeit mit dem BDO fortführen. Dazu findet eine enge Abstimmung mit der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer und der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz statt.

Psychotherapeutenkammer NRW-Fortbildungen 2. Halbjahr 2009

Die Psychotherapeutenkammer NRW bietet im 2. Halbjahr 2009 unter anderem folgende Fortbildungen an:

- Einführung in das Berufsrecht für angestellte PsychotherapeutInnen in Krankenhäusern am 12. September in Münster,
- Praxisabgabe & Praxisübernahme am 16. September in Köln,
- QEP®-Einführungsseminare in Köln, Dortmund und Düsseldorf,
- Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen am 25./26. September in Düsseldorf,
- Psychotherapie im interkulturellen Setting am 30./31. Oktober in Düsseldorf,
- Sachverständige in Strafrechtsverfahren am 21. November in Düsseldorf,
- Führungskompetenzen für PsychotherapeutInnen in Leitungsfunktionen von Krankenhäusern am 27. November in Köln.

Nähere Informationen im Fortbildungsflyer unter: www.ptk-nrw.de in der Rubrik „Fortbildung“.

Psychotherapeuten im Osten müssen mehr Einwohner versorgen

Erste Ergebnisse des OPK-Projekts zur Versorgungsforschung

Anfang 2008 nahm der Forschungsausschuss der OPK seine Arbeit auf. Das erste Projekt verfolgt das Ziel, die psychotherapeutische Versorgungssituation in den Ländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen zu analysieren – unabhängig von den Daten der Kostenträger oder der kassenärztlichen Vereinigungen. Als erster Schritt dazu wertete der Ausschuss (anonymisiert) die von unseren Mitgliedern gemachten Angaben auf den Meldebögen aus.

In die deskriptive Statistik gingen alle 2288 Kammermitglieder ein, die bis Februar 2009 gemeldet waren. Von ihnen sind 81% Psychologische Psychotherapeuten (PP), 11% Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) und 8% doppelt approbierte.

Man kann die OPK als „sehr weibliche“ Kammer bezeichnen: 72% der Mitglieder sind Frauen (Deutschland: ca. 67%). Die 1391 freiberuflich Tätigen machen 65% der Berufstätigen aus, von ihnen sind 68% weiblich. Bei den Angestellten/Beamten liegt der Frauenanteil mit 76% aller Berufstätigen signifikant darüber.

Im Mittel dürften die Kolleginnen und Kollegen noch 15 bis 20 Jahre im Beruf bleiben. Das Durchschnittsalter der Berufstätigen beträgt 48 Jahre (Spannweite 26 bis 82 Jahre). Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Altersstruktur. Anders als bei einigen Facharztgruppen haben die Psychotherapeuten – auch angesichts der stetig wachsenden Zahl von Neuapprobationen pro Jahr – derzeit kein Problem mit zu geringem Nachwuchs.

Von den 16 Kammermitgliedern, die älter als 70 Jahre sind, meldeten sich 7 (44%) als noch berufstätig. Da viele Berufsangehörige mit dem Übergang in den Ruhestand ihre Mitgliedschaft in der Kammer beenden und berentete Kollegen der erst 2006 gegründeten OPK nie beigetreten sind, lässt sich noch nicht abschätzen, wie groß der Anteil an Psychotherapeuten tatsächlich ist, die über das gesetzliche Rentenalter hinaus den Beruf ausüben.

Die Anzahl neuer Kassenzulassungen pro Jahr sank in den zurückliegenden vier Jahren stetig, obwohl im gleichen Zeitraum jährlich mehr Berufsangehörige approbiert wurden. Erhielten 2005 noch 125 Kolleginnen und Kollegen eine Zulassung, waren es 2008 nur noch 50. Ursache hierfür dürfte die gesunkene Zahl verfügbarer Kassensitze sein, denn auch in den OPK-Ländern ist ein großer Teil der Planungsbeiräte inzwischen gesperrt.

Die Bedeutung der an der Versorgung teilnehmenden angestellten Psychotherapeuten könnte unter diesen Bedingungen künftig zunehmen. Bisher sind Anstellungsverhältnisse für approbierte PP bzw. KJP weniger attraktiv, nur ein Drittel der Kammermitglieder wählt diese Form der Berufsausübung. 441 von 758 angestellten Kammermitgliedern (58%) arbeiten in Kliniken, 106 (14%) in Beratungsstellen, die übrigen (28%) in anderen Einrichtungen. Es bleibt eine wichtige

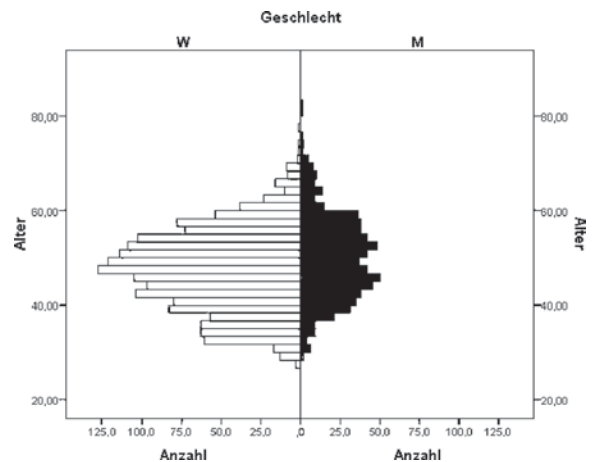


Abbildung 1: Altersstruktur der OPK-Mitglieder

Aufgabe der Kammern, sich für bessere tarif- und arbeitsrechtliche Bedingungen angestellter PP und KJP einzusetzen.

Innerhalb der OPK-Länder gibt es zwar erhebliche regionale Unterschiede in der Verteilung der Psychotherapeuten (Tab. 1), aber überall liegt die Psychotherapeuten-Dichte weit unter dem deutschen Durchschnitt (in dem die OPK-Länder bereits enthalten sind, d. h. der direkte Vergleich mit anderen Kammergebieten fiel noch deutlicher aus). Verglichen mit dem gesamten Bundesgebiet kommen auf einen approbierten Psychotherapeuten in Ostdeutschland mehr als doppelt so viele Einwohner. Es wird deutlich, dass die Bedarfsplanung der kassenärztlichen Vereinigungen diese Unterschiede nicht berücksichtigt und letztlich eine Mangelversorgung in Ostdeutschland zementiert.

Um Aussagen darüber zu gewinnen, welche Patientengruppen in welchem Umfang von PP und KJP versorgt werden, welche Therapieverfahren bzw. -methoden angewandt werden und in welchen Regionen

eine besondere Mangelversorgung besteht, wird die OPK in diesem Jahr eine Befragung unter allen Mitgliedern durchführen. Die Daten sollen u. a. dazu beitragen, berufspolitische Aktivitäten gezielt zu planen, gegenüber Verhandlungspartnern fundiert zu argumentieren und letztlich zu einer bedarfsgerechteren psychotherapeutischen Versorgung in den OPK-Ländern zu gelangen. Bereits jetzt möchten wir jede Kollegin und jeden Kollegen bitten, dieses berufspolitisch wichtige Anliegen durch die Teilnahme an der Befragung zu unterstützen.

Gregor Peikert

	Anzahl PT	Einwohner (Millionen)	Einwohner je PT	Niedergelassene PT	Einwohner je niedergel. PT
Brandenburg	447	2,5	5.673	230	11.026
Mecklenburg-Vorpommern	254	1,7	6.614	131	12.824
Sachsen	872	4,2	4.839	558	7.563
Sachsen-Anhalt	310	2,4	7.781	210	11.486
Thüringen	392	2,3	5.839	258	8.872
Gesamt	2.275	13,1	5.742	1.387	9.472
zum Vergleich: Deutschland	32.000	82,2	2.569	15.400	5.339

*Tabelle 1: Versorgungsgrad in Einwohner je Psychotherapeut, PP und KJP addiert
PT= Psychotherapeut(innen), Einwohnerzahlen und Psychotherapeuten in Deutschland insgesamt: Statistisches Bundesamt*

Sehr gute Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung von Essstörungen in Dresden

Hintergrund

Die tagesklinische Behandlung von Essstörungen stellt in der klinischen Versorgungspraxis eine eher seltene Behandlungsvariante dar. Insgesamt liegen nur wenige Studien zur Überprüfung ihrer Wirksamkeit vor. Eingeschlossene Diagnosen, Therapie Schwerpunkte, Settings und Remissionsgrade unterscheiden sich deutlich und ermöglichen – insbesondere für PatientInnen mit Anorexia nervosa – derzeit nur begrenzte Aussagen zur Wirksamkeit.

Die Vorteile tagesklinischer Behandlung gegenüber stationärer Behandlung sind neben ökonomischen Aspekten vor allem der erleichterte Transfer therapeutischer Inhalte in den Alltag, die Aufrechterhaltung von Sozialkontakten, die stärkere Förderung von Autonomie und Eigenverantwortung sowie die bessere Möglichkeit der Nutzung anderer sozialer und berufsfördernder Einrichtungen vor Ort.

Innovatives tagesklinisches Programm

Seit Anfang 2005 wurde an der TU Dresden im Rahmen der Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie (IAP-TUD) ein innovatives tagesklinisches Programm zur Behandlung von PatientInnen mit Essstörungen unter der Leitung von Prof. Dr. C. Jacobi etabliert. Aufgenommen werden Patientinnen und Patienten ab 16 Jahren mit der Erstdiagnose einer Essstörung (Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN), NNB einschließlich Binge Eating Störungen (BED)) oder einer sekundären Problematik im Bereich Essverhalten und

Gewicht und einem Body-Mass-Index von mindestens 14,5. Kontraindikationen sind akute Suizidalität, Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit, Psychosen oder andere schwere Störungen mit Selbstgefährdung sowie akute medizinische Risiken (z. B. Elektrolytstörungen, Bradykardie), die kontinuierlicher medizinischer Überwachung bedürfen.

Behandlungskonzept

Unser hochintensives Behandlungskonzept soll die Lücke zwischen stationärer und ambulanter Behandlung schließen und erfolgt in enger Kooperation mit ausgewählten niedergelassenen FachärztInnen, PsychotherapeutInnen und psychiatrischen bzw. psychosomatischen Kliniken. Das Behandlungsteam besteht aus mehreren Dipl.-PsychologInnen, einer Dipl.-Oecotrophologin und einer Dipl.-Pädagogin/Kunsttherapeutin. Im Unterschied zu „herkömmlichen“ tagesklinischen Ansätzen findet die Behandlung an 4 Tagen pro Woche von ca. 11.30h bis 16.30/17.00h statt.

Phasen

Die Behandlung gliedert sich grob in drei Phasen: 1. Ausführliche Diagnostik und Differentialdiagnostik der Essstörungen und assoziierter psychischer Störungen, Formulierung der individuellen Problembe- reiche bzw. des individuellen Störungsmodells, Abklärung von Motivation und Veränderungsbereitschaft (ca. 2-3 Monate). 2. Hochintensive Behandlung (2 Monate) in Form eines strukturierten therapeutischen Angebots in Gruppen- und Einzeltherapien. 3. Ambulante Nachbehandlung (Einzelthe-



Prof. Dr. Dipl.-Psych. Corinna Jacobi

rapie), regelmäßige Follow-up-Erhebungen und Ehemaligentreffen.

Inhaltlich stützt sich das Behandlungskonzept auf wissenschaftlich überprüfte Behandlungsbausteine kognitiv-verhaltenstherapeutischer und tagesklinischer Behandlung (vgl. Fittig et al., 2008; Jacobi, Thiel & Paul, 2000; Jacobi, Paul & Thiel, 2004). Verschiedene Gruppentherapien (Symptomorientierte Gruppe, Problemorientierte Gruppe, Soziales Kompetenz- und Kommunikationstraining, Essenstraining, körperbezogene Verfahren, Genusstraining, Kunsttherapie) werden mit einem Selbstmanagement-Modul sowie Einzeltherapie kombiniert.

Über zwei Drittel am Ende symptomfrei

Erste Ergebnisse: Seit Eröffnung der Tagesklinik gab es ca. 300 Anmeldungen von PatientInnen mit der Verdachtsdiagnose einer Essstörung (Alter: 16 – 51 Jahre, Durchschnitt 25 Jahre; durchschnittlicher Beginn der Essstörung: 17 Jahre). Bislang überblicken wir die Ergebnisse von ca. 91

Patientinnen zu Therapiebeginn und 77 Patientinnen am Ende der tagesklinischen Behandlung (Diagnosen: 54% BN oder atypische BN, 38% AN bzw. atypische AN, 8% NNB Essstörung). Bei untergewichtigen PatientInnen steigerte sich der BMI um ca. einen BMI-Punkt während der tagesklinischen Behandlung (durchschnittliche wöchentliche Gewichtszunahme: 550g). Bei Patientinnen mit Essanfällen kam es zu einer signifikanten und klinisch bedeutungsvollen Reduktion von wöchentlich knapp 6 Essanfällen zu Beginn auf wöchentlich weniger als einen Essanfall am Ende der Behandlung. Kompensatorische Verhaltensweisen (Erbrechen und Abführmittelmissbrauch) reduzierten sich in vergleichbarem Umfang. Knapp 70% der PatientInnen waren am Ende der tagesklinischen Behandlung bezüglich der Essanfälle und kompensatorischen Verhaltensweisen symptomfrei.

Statistisch und klinisch bedeutsame Verbesserungen zeigten sich auch in Bezug auf zentrale Einstellungen und Verhaltensweisen gestörten Essverhaltens („Schlankheitsstreben“, „Beschäftigung mit Heißhungeranfällen“, „Körperliche Unzufriedenheit“, „Kognitive Kontrolle/Zügelung des Essverhaltens“ und „Übermäßige Beschäftigung

mit Figur und Gewicht“), im Hinblick auf das Selbstwertgefühl, die Depressivität, die sozial-interaktionelle Ängstlichkeit und die allgemeine psychopathologische Symptombelastung.



Dipl.-Psych. Katrin Jelgo

Insgesamt verdeutlichen diese Ergebnisse die sehr gute Wirksamkeit des hochintensiven Vorgehens hinsichtlich der Verbesserung der primären Essstörungssymptomatik und der assoziierten Psychopathologie. Unsere bisherigen Follow-up-Ergebnisse sprechen auch für die langfristige Stabilität dieser Effekte.

Literatur: Fittig, E., Jacobi, C., Backmund, H., Gerlinghoff, M. & Wittchen, H.-U.

(2008). Effectiveness of day hospital treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European Eating Disorder Review*, 16 (5), 341-351.

Jacobi, C., Paul, T. & Thiel, A. (2004). *Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

Jacobi, C., Thiel, A. & Paul, T. (2008). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa* (3. überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

Kontakt: Prof. Dr. Corinna Jacobi, Goetz-Stiftungsprofessur „Grundlagen und Interventionen bei Essstörungen und assoziierten Störungen“, Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Chemnitzer Straße 46, 01187 Dresden. E-mail: cjacobi@psychologie.tu-dresden.de

Dipl.-Psych. Katrin Jelgo, Institutsambulanz und Tagesklinik der TU Dresden, Hohe Straße 53, 01187 Dresden, Tel. 0351-463-39002. www.essstoerungen.tu-dresden.de

*Prof. Dr. Dipl.-Psych. Corinna Jacobi,
Dipl.-Psych. Katrin Jelgo*

Johannes Pabel, Psychologischer Psychotherapeut aus Halle, erhält Bundesverdienstmedaille

Johannes Pabel, psychologischer Psychotherapeut aus Halle, erhielt zu Beginn des Jahres die Bundesverdienstmedaille, überreicht durch den Ministerpräsidenten Prof. Dr. Wolfgang Böhmer. Der 57-jährige Diplom-Psychologe wurde für seine Verdienste um die gesellschaftliche Beachtung der Bedürfnisse sozial Benachteiligter und psychisch Kranker ausgezeichnet, wie es unter anderem in der Pressemitteilung 093/09 der Staatskanzlei Sachsen-Anhalt heißt.

Der Diplompsychologe war von 1985 bis 2001 Leiter einer Tagesklinik für Psychotherapie, die zunächst einer Poliklinik, später dem Evangelischen Diakoniekrankenhaus der Stadt Halle angehörte. Hier setzte er sich für die Verständigung zwischen Ärzten und Psychologen in der psychotherapeuti-

schen Versorgung ein. 2001 entschied er sich zur Niederlassung in eigener Praxis. Seit 1983 widmet sich Pabel dem Wohl der Patientinnen und Patienten in Halle. Bereits damals hat er einen sozialpsychiatrischen Ansatz zu verwirklichen gesucht, was ein entschiedenes Eintreten für die Belange der Patienten und ihrer Angehörigen bedeutete, so der Ministerpräsident.

Gerade in der Zeit nach der politischen Wende gab er Patienten sowie Kollegen durch seine psychotherapeutische Tätigkeit und sein uneigennütziges Engagement für die Bedürfnisse sozial Benachteiligter und psychisch Kranker Halt und Orientierung. Als die Gesundheitsversorgung nach bundesdeutschem Recht umstrukturiert, die Finanzierung neu organisiert wurde und die Polikliniken vor einer ungewissen Zu-

kunft standen, setzte sich Pabel mit hohem Engagement dafür ein, Lösungen für die Absicherung der Patientenversorgung zu finden. Dabei achtete er sehr darauf, dass unter den neuen Bedingungen bisher Erreichtes nicht zunichte gemacht wurde, bescheinigen ihm Mitstreiter und die Kolleginnen und Kollegen des Arbeitskreises niedergelassener Psychotherapeuten Sachsen-Anhalt.

Seine jahrzehntelange ehrenamtliche Tätigkeit zur Entwicklung der psychotherapeutischen Betreuung der Bevölkerung Sachsen-Anhalts ist ein weiterer Aspekt der umfangreichen Tätigkeiten des Psychologen Pabel. So unterstützte er beispielsweise mit großem Einsatz nach der Wende den Aufbau von Selbsthilfegruppen, die es zu DDR-Zeiten zumindest offiziell nicht gab.

Seit 1990 zeichne sich der Psychologe Johannes Pabel in seiner Mitwirkung in mehreren Fach- und Berufsverbänden in Ostdeutschland durch seine außerordentlich engagierte und integrative Arbeit aus, sagte Böhmer. Exemplarisch dafür stehe seine Vorstandsarbeit im Berufsverband Deutscher Psychologen, in Gremien der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie und in der Arbeitsgruppe Psychologischer Psychotherapeuten, dem koordinierenden Gremium der Berufs- und Fachverbände in Sachsen-Anhalt, in dem er gemeinsam mit Frau Dipl.-Psych. Beate Caspar aus Weißenfels den Vorsitz führte.

Stets waren sein Denken und Handeln nicht nur auf die sachsen-anhaltinischen Bedingungen gerichtet. Dies wird in seinem Verdienst beim Aufbau der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer deutlich. Mit großem Engagement vertritt er in seiner gesamten Berufstätigkeit neben den Interessen der Patienten immer auch die Interessen der Berufskollegen in der ambulanten und stationären Psychotherapie. So leitete er einige Jahre lang ehrenamtlich eine Kommission des Psychiatrieausschusses des Landes Sachsen-Anhalt und war gleichzeitig eines der ersten Mitglieder des beratenden Fachausschusses für Psy-

chotherapie bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt.

dür/wendt



Verleihung der Bundesverdienstmedaille
Foto: Staatskanzlei/I. Berger

Psychotherapie im Kontext von Organtransplantation und Organspende

Liebe Mitglieder,

vor Kurzem erreichte Sie unsere Einladung zur Veranstaltung „*Psychotherapie im Kontext von Organtransplantation und Organspende*“ am 19.08.2009, einem gemeinsamen Projekt des Bundesverbandes der Organtransplantierten e.V. (BDO), der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) sowie der OPK.

Aufklärung zum Behandlungsbedarf und den Behandlungsmöglichkeiten

Ziel der Veranstaltung soll es sein, über den psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und die Behandlungsmöglichkeiten für Organempfänger und Organspender sowie Angehörige von Organspendern aufzuklären und einen informativen Austausch aller beteiligten Parteien anzustoßen. Eingeladen sind neben den Psychologischen PsychotherapeutInnen sowie den Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen unserer fünf Bundesländer auch Transplantierte, Angehörige von Spendern, medizinisches Personal der Krankenhäuser und Kliniken, Transplantationsbeauftragte und TransplantationsmedizinerInnen sowie Mitglieder von Selbsthilfegruppen. Organspende und Organtransplantation betrifft diese Personengruppen in unterschiedlicher Weise. Gerade Ärzte, Transplantierte sowie Angehörige der Spender bedürfen einer Betreuung, die ihrer besonderen Situation gerecht wird.

Experten sprechen über ihr Anliegen

Dieser Vielfalt sollen auch die Vorträge entsprechen. Eine kurze Einführung in die psy-

chotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten gibt unsere Präsidentin M.A., M.S. Andrea Mrazek. Über die Organspende informiert Dr. Christa Wachsmuth, geschäftsführende Ärztin der DSO und Leiterin der Region Ost. Professor Dr. Utz Settmacher, Direktor der Klinik für Allgemeine und Viszerale Chirurgie am Universitätsklinikum Jena, wird eine Einführung in die Transplantationsmedizin geben. Zur Perspektive von Transplantierten selbst konnte der BDO zwei ReferentInnen gewinnen, welche aus eigenen Erfahrungen berichten und für Fragen aus dem Plenum zur Verfügung stehen. Was Angehörige verstorbener Organspender zur Zustimmung oder Ablehnung der Organspende bewegt und warum sie sich teilweise nach einer solchen schweren Entscheidung oft selbst für die Organspende engagieren, wird Dr. Christa Wachsmuth schildern.

Psychotherapie im Kontext der Organtransplantation und Organspende

Frau Dipl.-Psych. Katharina Tigges-Limmer wird die konkreten psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für Organempfänger und Angehörige von Organspendern sowie für das medizinische Personal und die Pflegekräfte aufzeigen. Sie ist Leiterin des psychologischen Dienstes der Klinik für Herz- und Diabeteszentrums NRW in Bad Oeynhausen sowie Mitarbeiterin der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Jena und kann aus ihrer vielfältigen praktischen Erfahrung mit Psychotherapie für die Beteiligten berichten.

In einem zusammenfassenden Ausblick werden Chancen zur Vernetzung der einzelnen Parteien sowie Möglichkeiten der Fortbildung und der Anpassung von psychotherapeutischen Angeboten an Betroffene von Organspende und Organtransplantation diskutiert.

Anmeldung bis Anfang Juli

Da die Teilnehmeranzahl begrenzt ist, möchten wir Sie bitten, Ihre Anwesenheit an der Veranstaltung „*Psychotherapie im Kontext von Organtransplantation*“ frühzeitig in der Geschäftsstelle der OPK anzumelden.

Mail: angelika.wendt@opk-info.de

Die notwendigen Formulare und Auskünfte finden Sie auf unserer Homepage: www.opk-info.de oder telefonisch unter 0341-462320 / Frau Wendt.

Die Vergabe von Fortbildungspunkten für diese ganztägige Veranstaltung ist durch die Ärztekammer Thüringen und die OPK gewährleistet.

dür/wendt

Geschäftsstelle

Karl-Rothe-Str. 4, 04105 Leipzig
Tel. 0341-462432-0
Fax 0341-462432-19
www.opk-info.de
info@opk-info.de

Mitteilungen der LandesPsychotherapeuten-Kammer Rheinland-Pfalz

Bericht von der Vertreterversammlung vom 28.3.2009

Der Präsident der LPK Alfred Kappauf begrüßte die Anwesenden zur 5. Sitzung der Vertreterversammlung in der 2. Amtsperiode. Insbesondere hieß er **Frau Belz** vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) willkommen sowie **Herrn RA Marschalek**, der seit 01.01.2009 die Funktion des Justizars der Kammer übernommen hat.

Im Bericht des Vorstandes führte Herr Kappauf aus, dass die Vorstandsarbeit in den letzten Monaten aufgrund der Rücktritte von Herrn Gönner und Herrn Kießling nicht einfach gewesen sei. Man habe sich intern Zeit genommen, um die Aufgabenverteilung neu zu strukturieren, um trotz reduzierter Personalressourcen wirksam bleiben zu können. Dem soll auch die vorgeschlagene Änderung der Hauptsatzung Rechnung tragen, wonach die Größe des Vorstandes reduziert wird. Die Verkleinerung des Vorstandes bedeutet nicht nur eine Strukturstraffung, sondern geht auch mit einer Kostenreduzierung einher. Eine solche könnte zudem dadurch erreicht werden, dass die Vertreterversammlung künftig nur noch einmal pro Jahr zusammentritt. Dies sei verantwortbar, da die Aufbauarbeit der Kammer im Wesentlichen abgeschlossen sei.

Aus dem Aufgabenspektrum des Vorstandes und der Gremienarbeit der vergangenen Monate sind einige Punkte hervorzuheben: So konnte die Vizepräsidentin, Frau Dr. Bencke, berichten, dass das Votum der Vertreterversammlung, das Netzwerk Depression zu unterstützen, von der LZG (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.) sehr positiv aufgenommen wurde. Am 08.05.2009 fand zu diesem Thema in Mainz eine Auftaktveranstaltung statt, an der die Kammer beteiligt war.

Erfreulich konstruktiv gestaltet sich die Kooperation mit der KV. In einem Gespräch

zwischen den Vorständen zeichneten sich für bislang unerledigte Themen Lösungen ab. Bisher hat die KV zwar halbe Zulassungen entzogen, aber noch keine ausschreiben lassen. Dies soll zukünftig anders werden. Für Umsetzung der 20%-Quote für KJP suche man KV-intern noch nach geeigneten Berechnungsmodellen, im günstigsten Fall könnten landesweit ca. 20 neue Praxissitze geschaffen werden. Nachdem die KV den Erwerb einer zweiten Fachkunde auf dem Wege der Weiterbildung anerkennt, ist dies bei Approbationen außerhalb der Richtlinienverfahren für den Erwerb der ersten Fachkunde im Richtlinienverfahren noch nicht geregelt. Hierzu bedarf es noch weiterer Abstimmungen.

Ein weiterer Schwerpunkt der Vorstandsarbeit betrifft die anstehende Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes (LKG) RLP. Es soll erreicht werden, dass die LPK einen gleichberechtigten Sitz im Ausschuss für Krankenhausplanung erhält. Im Moment besitzt sie zwar ein Antrags- und Rederecht, jedoch kein Stimmrecht. Außerdem wird eine Änderung bzw. Ergänzung von Regelungen angestrebt, die es erlauben sollen, dass Psychotherapeuten in Krankenhäusern Leitungspositionen einnehmen können. Das Novellierungsverfahren steht zwar noch am Anfang, man konnte unsere Vorstellungen aber bereits dem MASGFF übermitteln. Dem Ausschuss für besondere Belange für angestellte tätige Psychotherapeuten dankte Herr Kappauf ausdrücklich für die Initiative und das außerordentliche Engagement in diesem Bereich und die intensive Zusammenarbeit mit dem Vorstand.

Nach der Berichterstattung bat Herr Kappauf Frau Birgit Belz vom MASGFF um ihren Beitrag.

Frau Belz bedankte sich beim Präsidenten für die Einladung und stellte sich und ihr

Aufgabengebiet als Leiterin des Großreferates Gesundheitsberufe, Alterssicherung und Unfallversicherung kurz vor. Ihre Zuständigkeit umfasst die Aufsicht über die Kammern der akademischen Heilberufe und die Fachaufsicht über das Landesprüfungsamt. Die Psychotherapeuten sind Teil des selbstverwalteten Gesundheitswesens, womit ein hohes Maß an Unabhängigkeit, aber auch Verantwortung für Patienten und Berufsstand verbunden ist. Selbstverwaltung und Berufs(fach-)aufsicht obliegen ausdrücklich nicht dem Ministerium, da dieses sich im Rahmen der Rechtsaufsicht allein um die ordnungsgemäße Umsetzung des HeilBG durch die Kammer kümmert. Die Übertragung hoheitlicher Aufgaben vom Land RLP auf die Kammer setzt eine Pflichtmitgliedschaft voraus. Diese Aufgaben hat die Kammer aus Gründen des Gemeinwohls wahrzunehmen. Gäbe es lediglich eine freiwillige Mitgliedschaft, müssten die Aufgaben vom Staat selbst übernommen werden. Durch die Eigenverantwortlichkeit, die den Freien Berufen zugestanden wird, wird ihnen ein Freiraum gegenüber dem Staat eingeräumt.

Frau Belz dankte der LPK für die intensive und gute Zusammenarbeit der vergangenen Jahre und betonte, dass das Ministerium noch nie von seinem Mittel der Rechtsaufsicht Gebrauch machen musste. Die Kammer könne stolz sein auf das, was sie bereits bewirkt habe; sie und alle ihre Berufsangehörigen hätten sich auf Landes- und Bundesebene eine hohe Reputation erarbeitet, die dem Ministerium an verschiedenen Stellen zurückgemeldet werde.

Frau Belz bot ihre Hilfe und Unterstützung in grundsätzlichen Fragen an, machte aber auch deutlich, dass viele Detailfragen wie zum Beispiel die Umsetzung der Gleichstellung der angestellten Psychotherapeuten oder auch Tariffragen nicht in der Zuständigkeit der Rechtsaufsicht liegen,

sondern als zentrale Fragen der Berufspolitik in Verhandlungen und Regelungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmern zu lösen seien.

Herr Kappauf dankte Frau Belz für ihre klarstellenden und wertschätzenden Worte und leitete über zu einem weiteren Themenschwerpunkt.

Er führte aus, dass die Veränderungen im Vorstand weniger Grund als vielmehr Anlass gewesen seien, grundsätzliche Überlegungen zu bisherigen und zukünftigen Arbeitsstrukturen der Kammer anzustellen und hierbei professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Mit Herrn Philippi sei ein Organisationsberater gefunden worden, der bereits für die Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg tätig war und somit spezifische Erfahrungen vorweisen und ein passendes Beratungsangebot vorlegen könne. Herr Philippi erhielt dann Gelegenheit,

sein Konzept zu skizzieren und die Module der Ablaufanalyse, der Aufbauorganisation und strategischen Ausrichtung zu erläutern.

In der anschließenden Diskussion wurde dann sehr grundsätzlich über die Notwendigkeit und Zweck einer externen Beratung debattiert. Es zeigten sich dabei sowohl in der Problemsicht als auch Erwartung sehr unterschiedliche Vorstellungen existieren, die von der Erschließung finanzieller Sparpotentiale über organisatorische Effizienzsteigerungen bis hin zu veränderten politischen Schwerpunkt- und Zielsetzungen reichen. Man konnte sich schließlich einvernehmlich darauf verständigen, dass vor der inhaltlichen Klärung eine Auseinandersetzung über grundlegende Meinungsverschiedenheiten und Vorbehalte innerhalb der Vertreterversammlung sinnvoll sei. Zu diesem Zweck wurde der Vorschlag einer Klausurtagung eingebracht und mit großer Mehrheit akzeptiert.

Über das ob und wie einer externen Beratung solle dann anschließend noch einmal nachgedacht werden.

Wegen der fortgeschrittenen Zeit wurden eine Reihe geplanter Satzungsänderungen zurückgestellt, somit versieht der derzeit 3-köpfige Vorstand bis auf weiteres in dieser Besetzung sein Amt. Für den Finanzausschuss wurde, ebenfalls vorläufig, ein detaillierter Auftragskatalog beschlossen, der Aufgaben und Befugnisse klar regelt.

Der Zeitnot ausdrücklich nicht geopfert wurde die Verabschiedung und Würdigung der ausgeschiedenen Vorstandsmitglieder Herr Gönner und Herr Kießling. Beide haben in einer besonderen Weise die Arbeit des Vorstandes stimuliert und bereichert und somit Spuren hinterlassen. Im Namen der Kammer dankte ihnen Herr Kappauf und überreichte ein kleines Präsent.

Weitere Kooperation mit der PTK NRW – Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen

Die Kammern aus RLP und NRW haben vor einem Jahr beschlossen, die erfolgreiche Kooperation im Bereich der Fortbildungskontenführung um ein weiteres Element zu erweitern: zukünftig werden immer mehr gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen angeboten werden. Den Beginn hat man am 25.04. nun mit einer Veranstaltung zum Thema

Neue Versorgungsformen

gemacht. Nach der Begrüßung durch die Präsidentin der PTK NRW, Frau Konitzer, übernahm die Geschäftsführerin der BPTK, Frau Dr. Tophoven, die Moderation der Veranstaltung. Zunächst wurde durch Frau Heinrich, die Geschäftsführerin der LPK RLP, in die rechtlichen Grundlagen eingeführt. Dabei wurde der Bogen gespannt von der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) über die besondere ärztliche Versorgung (73 c SGB V), die (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft und das Medizinische Versorgungszentrum (§ 95 SGB V) bis hin zur Integrierten Versorgung nach §§140a-d SGB V. Ebenso ging sie auf die neuen Rahmenbedingungen auf Seiten der Kostenträger durch die Einführung von Gesundheitsfond und Morbi-RSA ein. Frau Heinrich machte

deutlich, dass derjenige, der über die Verankerung seiner Arbeit in neuen Strukturen nachdenkt, sich der rechtlichen Gegebenheiten bewusst sein muss, um nicht schon zu Beginn zu scheitern.

Anschließend wurde von Herrn Dr. Frank Meyer, Ruhr-Universität

Bochum, ein konkretes Projekt der Integrierten Versorgung aus Nordrhein-Westfalen vorgestellt. Unterstützt wurde er dabei von Herrn Jürgen Medenbach, der von Seiten der Techniker Krankenkasse Düsseldorf das Projekt begleitet und zum erfolgreichen Abschluss gebracht hat.

IV-Vertrag

Wer sind die Teilnehmer an der IV? Techniker Krankenkasse, Düsseldorf, das Katholische Klinikum Ruhrhalbinsel, Hattin-



gen, und der Studiengang Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum haben sich durch einen IV-Vertrag zum Ziel gesetzt, im Einzugsgebiet Witten und Ennepe-Ruhrkreis neue Strukturen der psychotherapeutischen Versorgung zu etablieren. Zunächst verdeutlichte Herr Dr. Meyer die unterschiedlichen Gründe, die aus Sicht der Leistungserbringer dazu geführt haben, sich für eine Integrierte Versorgung zu entscheiden. Während der Studiengang Psychotherapie die Implementierung evidenzbasierter psychotherapeutischer Be-

handlungsverfahren in die stationäre Psychotherapie sowie die Frage interessierte, ob hochintensive ambulante Psychotherapie stationäre Behandlung (teilweise) ersetzen kann, waren für das Kath. Klinikum Hattingen die Einrichtung einer Psychotherapieambulanz, eine schnelle Vermittlung entlassener Patienten in eine ambulante Psychotherapie, die stärkere Implementierung psychotherapeutischer Behandlungskonzepte und damit eine wirtschaftliche Stärkung mit maßgebend.

Die Techniker Krankenkasse sieht durch das Projekt die Möglichkeit, ihren Versicherten schneller eine notwendige psychotherapeutische Versorgung zu ermöglichen, damit Arbeitsunfähigkeitszeiten zu reduzieren und insgesamt durch strukturierte Behandlungsabläufe Kosten zu sparen.

Das Projekt wird im ambulanten Bereich zunächst durch die Ausbildungsambulanz des Studiengangs gestützt, Herr Dr. Meyer machte aber deutlich, dass niedergelassene Kolleginnen und Kollegen sich ebenfalls einschreiben können.

Thesen zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung

Nach der Mittagspause schloss sich dann der Vortrag von Dr. Tophoven zur möglichen



chen gesundheitspolitischen Entwicklung und deren Auswirkungen auf die Psychotherapeuten an. Sie beschäftigte sich darin mit den Fragen, ob und wie sich die Rolle von KBV und KV wandeln könnte, wie zukünftig – egal in welcher politischen Konstellation – die Rolle der Krankenkassen aussehen könnte, wie aufgrund der derzeitigen ungenügenden Versorgung psychisch kranker Menschen das zukünftige Versorgungsangebot aussehen müsste und wie die Psychotherapeutenkammern und ihre Mitglieder damit umgehen könnten.

Anschließend hatten die Teilnehmer viel Zeit, mit allen Referenten ausführlich zu

diskutieren und auch ihre Vorstellungen zur Gestaltung der Zukunft zu artikulieren.

Insgesamt kann man von einer gelungenen Veranstaltung sprechen, die ihre **Fortsetzung am 19.09.2009 in Koblenz** findet. Dann wird u. a. ein Projekt der Integrierten Versorgung aus RLP vorgestellt, das bereits seit mehreren Jahren existiert und mit Krankenkassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Die Anregungen der Teilnehmer der jetzigen Veranstaltung werden ebenfalls aufgegriffen.

Wir laden Sie bereits jetzt hierzu ein.

Wettbewerbsrechtliche Abmahnung wegen des Inhaltes einer Praxishomepage

Immer häufiger hört man von Fällen, in denen Betreiber einer Homepage für deren Inhalt abgemahnt werden. Dies gilt auch für den Bereich der Heilberufe und trifft nun auch vermehrt die Psychotherapeuten.

Ob eine Abmahnung zu Recht erfolgt ist oder nicht – wer ein entsprechendes Schreiben in seinem Briefkasten findet, sollte wissen, was zu tun ist, um Schaden zu vermeiden.

Hintergrund: Was regelt das UWG?

Das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) stellt klar, welche Formen

von Werbung unzulässig sind. Wettbewerbsbehandlungen, die geeignet sind, den Wettbewerb zum Nachteil der Mitbewerber, der Verbraucher oder der sonstigen Marktteilnehmer nicht unerheblich zu beeinträchtigen, sind unzulässig (§ 3 UWG).

Solche Wettbewerbsbehandlungen sind beispielsweise Werbemaßnahmen unter Verstoß gegen das Heilmittelwerbegesetz oder berufsrechtliche Regelungen, irreführende oder „marktschreierische“ Werbung etc.

Wird gegen die Regelungen des UWG verstoßen, so kann eine Abmahnung erfolgen, mit der der Homepagebetreiber dazu auf-

gefordert wird, das beanstandete Verhalten zu unterlassen und eine strafbewehrte Unterlassungserklärung zu unterzeichnen. Nach dieser Erklärung ist für den Fall der Zuwiderhandlung eine Vertragsstrafe zu bezahlen.

Abmahnung erhalten – was nun?

1) Die in der Abmahnung genannten Fristen sind dringend im Auge zu behalten. Lässt man sie verstreichen, kann der Absender der Abmahnung eine gerichtliche einstweilige Verfügung erwirken. Das Gericht kann die Inhalte der Homepage für rechtswidrig erklären. Der betroffene Psychotherapeut trägt in diesem Fall sämtliche Verfahrenskosten!

2) Um sich gegen die Abmahnung zur Wehr zu setzen, ist zunächst zu überprüfen, von wem die Abmahnung stammt. Nicht jede beliebige Person oder Einrichtung ist berechtigt, Betreiber von Homepages wegen vermeintlich fehlerhafter Inhalte zu belangen. Nach § 8 Abs. 3 UWG hat nur ein bestimmter Kreis einen Anspruch auf Beseitigung und Unterlassung der unlauteren Wettbewerbshandlung.

Allgemein sind Wettbewerbsvereine, die im Gesundheitswesen tätig sind, zur Abmahnung berechtigt. Zum anderen dürfen Kollegen, die in einem konkreten Wettbewerbsverhältnis mit dem Homepagebetreiber stehen, abmahnen.

3) Im Wettbewerbsrecht gilt nach § 11 UWG eine kurze Verjährungsfrist von 6

Monaten, nach deren Ablauf gegen den Homepagebetreiber nicht mehr vorgegangen werden kann. Die Verjährung betrifft Fälle, in denen ein Teil der Homepage-Gestaltung beanstandet wird, der bereits vor mehr als 6 Monaten korrigiert wurde. Dann ist die Abmahnung rechtswidrig.

4) Eine berechtigte Abmahnung kostet immer Geld, da nach § 12 Abs. 1 UWG die Aufwendungen für eine Abmahnung erstattet werden müssen. Die Höhe dieser Aufwendungen variiert. Wettbewerbsvereine veranschlagen in der Regel ca. 180,00 €, während andere „Abmahner“ weitaus höhere Beträge verlangen. Um sich hiergegen zu wehren, bedarf es meist eines Rechtsanwaltes.

5) Auf keinen Fall sollte man die in der Abmahnung geforderte Erklärung „blind“ un-

terzeichnen, auch wenn die Abmahnkosten gering erscheinen und die Sache so erledigt scheint. Mit der Unterschrift wird ein zivilrechtlicher Vertrag abgeschlossen, der in der Regel eine strafbewehrte Unterlassungsverpflichtung enthält. Damit verpflichtet sich der Psychotherapeut, die beanstandeten Formulierungen oder Darstellungen nicht weiter zu verwenden, was auch für Flyer, Praxisschilder, Visitenkarten etc. gilt. Verstößt der Therapeut gegen diese vertragliche Verpflichtung, wird meist ein Ordnungsgeld in Höhe von etwas mehr als 5000,00 € (pro Verstoß!) fällig.

Am Besten überprüft man seine Homepage sorgfältig, bevor man sie im Internet veröffentlicht. Falls man dann dennoch eine Abmahnung erhält, ist es wegen der Schwierigkeit der Rechtslage sicherlich meistens geboten, einen Rechtsanwalt zu beauftragen.

Internetplattform der PiA im Aufbau

Nachdem sie lange kaum genutzt wurden, sollen sie nun mit Leben gefüllt werden, die Seiten der PiA auf der Homepage der Kammer. Zur Zeit sind 118 Ausbildungsteilnehmer bei der Landeskammer als Gastmitglied registriert. Deren Landesvertreterinnen werden sich auf der Homepage vorstellen, Protokolle der Landes- und Bundeskonferenzen sollen hinterlegt werden, eine Liste interessanter Fachzeitschriften soll erscheinen und einiges mehr. Bereits heute findet man dort als download neben den aktuellen Ausbildungs- und Prüfungs-

ordnungen einen Mustervertrag über die praktische Tätigkeit als Hilfe für die Vertragsverhandlungen mit den Kooperationskliniken. In Planung befindet sich eine vergleichende Umfrage unter den Ausbildungsinstituten, mit deren Hilfe sich die Ausbildungskandidaten über die jeweiligen Ausbildungsbedingungen einschließlich der zu erwartenden Kosten einen Überblick verschaffen können. Wir hoffen, dass diese Initiative beiträgt, das Gemeinschaftsgefühl der PiA im Lande zu fördern und ihre politische Kraft zu stärken.

An diesen Seiten wirkten mit:

Birgit Heinrich, Jürgen Kammler-Kaerlein, Friderike Oberkircher-Sperling

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

Gesundheitsminister Vigener im Gespräch

„Ich hatte fast mein gesamtes Berufsleben mit dem Psychotherapeutengesetz zu tun.“

Minister Prof. Dr. Gerhard Vigener wurde im Mai 2008 von Ministerpräsident Peter Müller für die Ressorts Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales in sein Kabinett berufen. Seitdem ist er auch für die Heilberufekammern zuständig. Von 1986 bis 1995 war er Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (der insbesondere für Hilfen für Menschen mit Behinderungen zuständig ist). Zwischen 1981 und 2004 war er für den Landeswohlfahrtsverband Baden tätig, von 2001 bis zu dessen Auflösung Ende 2004 als Verbandsdirektor. In diesen und weiteren haupt- und ehrenamtlichen Funktionen, die Minister Vigener bislang bekleidet hat, hatte er mit unseren Berufsgruppen vielfach zu tun und ist nicht nur ein ausgewiesener Kenner der verschiedensten Arbeitsfelder angestellter PPs und KJPs, sondern auch des ambulanten Sektors – für uns also ein ausgesprochen interessanter Gesprächspartner. Unserem Wunsch nach einem Interview für das Forum der Psychotherapeutenkammer ist er ohne Zögern nachgekommen.

Herr Vigener, 10 Jahre Psychotherapeutengesetz: was verbinden Sie damit? Hat sich das PsychThG aus Ihrer Sicht bewährt?

Ich hatte fast mein gesamtes Berufsleben mit dem PsychThG zu tun und kenne es seit seinen Anfängen. Spätestens mit der Psychiatrie-Enquete 1975 war klar, dass es eine deutliche Unterversorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie gab, vor allem auch für chronisch psychisch Kranke. Das hat mich damals schon ungemein geärgert. Und auch vor 10 Jahren, also vor



Von rechts nach links: Minister Vigener, Irmgard Jochum, Bernhard Morsch

In-Kraft-Treten des PsychThG, war deutlich erkennbar, dass zu wenig Psychotherapie angeboten wurde und auch, das was notwendig war, bei den Patienten nicht ankam.

Wie ist Ihre Einschätzung bezüglich des derzeit diskutierten Änderungsbedarfes des PsychThG?

Es gibt ja zurzeit großen Streit unter den einzelnen Arztgruppen. Ich habe die Befürchtung, dass die Auseinandersetzung mit allen, die am zu verteilenden Kuchen noch mehr partizipieren wollen, sehr sehr hart werden wird. Da zeichnen sich auch andere Entwicklungen ab, die mir große Sorge machen: zum Beispiel, ob meine Altersgenossen im Nordsaarland in 10 Jahren noch ihren Doktor um die Ecke haben und so gut versorgt sein werden wie heute, das ist die Frage. Außerdem wird die Zukunft der medizinischen und auch der psychotherapeutischen Berufe im Vergleich zu heute überwiegend weiblich sein. Auch das wird möglicherweise Veränderungen in der Versorgungslandschaft, in der Be-

rufsausübung und in den Berufsbiografien nach sich ziehen.

Was die chronisch psychisch Kranken betrifft, ist der Zugang zu ambulanten psychotherapeutischen Hilfen ja nach wie vor schwierig!

Das ist richtig. Und auch für Suchtkranke wird zu wenig angeboten. Ich halte es für notwendig mehr psychotherapeutische Leistungen auch für chronisch Kranke anzubieten. Was wir brauchen sind Komplexleistungen, in denen die einzelnen Leistungselemente und ihre jeweiligen Kostenträger zusammengeführt werden. Durch eine umfangreichere ambulante Versorgung mit Psychotherapie könnte auch der Drehtüreffekt gerade für chronisch Kranke unterbrochen werden.

Es gibt eine weitere Personengruppe, die noch viel zu häufig durch die Maschen der vorhandenen Hilfesysteme fällt, das sind die psychisch kranken Adoleszenten, also die 14- bis 25-jährigen, oft noch zusätzlich mit Suchtproblemen belasteten jungen

Menschen. Für die müssen wir zusätzliche Angebote schaffen, damit sie frühzeitig Zugang zu geeigneten Hilfen bekommen. Dazu bin ich auch bereits mit einem Anbieter im Gespräch.

Angesichts der dramatischen Unterversorgung des Saarlandes im Bereich der Beratungsstellen – nach einer Statistik der bke aus dem Jahr 2003 liegen wir hier bundesweit auf dem letzten Platz mit einem Mehrbedarf an Kapazitäten von 241% – gibt es gerade im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe aber noch wesentlich mehr zu tun!

Ich könnte es mir jetzt ja leicht machen und zum Beispiel auf die Zuständigkeit meiner Kollegin im Nachbarressort verweisen. Aber das tue ich nicht. Hier müssen wir zunächst die Frage stellen: Welche anderen Hilfen sind im SGB VIII noch da? Wie ist die sozialpädagogische Familienhilfe ausgebaut? Wie ist die Versorgung mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?



Was den letztgenannten Punkt betrifft, so wird es hier ja bald eine deutliche Verbesserung geben. Denn durch die Einführung Änderung der so genannten Mindestquote gibt es ja nun im Saarland 25 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für KJP!

Das ist sicher ein bedeutender Schritt. Wir müssen aber auch das Spektrum der Möglichkeiten erweitern. Ich bin sehr froh darüber, dass es mit der Tagesklinik für Kinder und Jugendliche in Homburg bald ein zusätzliches Angebot geben wird. Noch viel lieber wäre es mir, wenn wir darüber hinaus, was jetzt geplant ist, noch eine engere Verzahnung mit dem dortigen stationären Bereich hin bekämen. Dringend

erforderlich sind aber jeweils engere Verzahnungen zwischen allen Angeboten, die vorgehalten werden, seien sie stationär, teilstationär oder ambulant.

Für genau so wichtig halte ich es psychotherapeutische Angebote in Allgemeinkrankenhäusern zu etablieren. Denken Sie nur an die vielfachen Möglichkeiten im Bereich von Brustkrebskrankungen, in der Gynäkologie oder auch in der Orthopädie. Daran müssten auch die Krankenkassen ein großes Interesse haben.

Gibt es denn dahingehende Änderungsabsichten im Krankenhausplan? Unsere Kammer ist ja – übrigens als einzige im Konzert der Länderkammern – in der Saarländischen Krankenhauskonferenz vertreten und hatte bereits 2004 vorgeschlagen, in den Krankenhausplan für alle Krankenhäuser bindend psychologisch-psychotherapeutische Fachdienste aufzunehmen. Diese könnten jene von Ihnen erwähnten psychotherapeutischen Angebote machen, analog der sozialarbeiterischen Tätigkeit der in jedem Krankenhaus bestehenden Sozialdienste!

Meine Auffassung ist, dass die psychotherapeutische Versorgung der Patienten in den somatischen Abteilungen eine Querschnittsaufgabe der Fachrichtungen ist. Dem Ausbau eigenständiger Abteilungen für Psychosomatik stehe ich eher skeptisch gegenüber.

Welche Berufsgruppen sollen nach Ihrer Meinung diese Querschnittsaufgabe in den somatischen Krankenhäusern erfüllen? Wir sehen als Kammer eher die Gefahr, dass Krankenhäuser, ohne dass sie verbindlich Fachdienste vorhalten müssen, kaum psychologisch-psychotherapeutische Dienste einrichten werden.

Mein Ministerium hat ein umfangreiches Gutachten zur Erstellung des neuen Krankenhausplanes in Auftrag gegeben. Wir werden sehen, welche Notwendigkeiten sich daraus ergeben. Übrigens: Ein durch das Kabinett beschlossener Krankenhausplan kann auch während einer laufenden Legislaturperiode nachjustiert werden,

wenn sich entsprechende Änderungsbedarfe ergeben.

Es gibt noch ein weiteres Gremium in dem wir als Psychotherapeutenkammer vertreten sind, das ist der Expertenrat Psychiatrie. Er wurde im vergangenen April ein einziges Mal einberufen und seitdem ist nichts mehr passiert. Und das, obwohl zum Beispiel umfangreiche Reformschritte – Stichwort ambulant vor stationär im komplementären psychiatrischen Bereich – derzeit laufen und es durchaus auch Diskussionsbedarf gibt.

Die Verhandlungen mit den einzelnen Trägern nahmen in den vergangenen Monaten viel Zeit in Anspruch. Sie können aber sicher sein, dass der Expertenrat sich bald erneut treffen wird, sobald die laufenden Verhandlungen abgeschlossen sind. Wir werden dann eine landesweit gültige Maßnahmepauschale für seelisch behinderte Menschen im SGB XII-Bereich haben. Was wir darüber hinaus noch brauchen, um jedem die erforderliche Hilfe zukommen lassen zu können, sind Hilfebedarfsgruppen.

Mit der Einführung so genannter „Zielvereinbarungen“ und anderen eher marktwirtschaftlichen geprägten Instrumenten in der Behindertenarbeit werden auch Bedenken laut, dass in Zukunft eine am individuellen Bedarf des Betroffenen ausgerichtete Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann?

Ich halte es für richtig den Gedanken der Zielorientierung und auch die verstärkte Prüfung diesbezüglicher Fördermaßnahmen besser zu verankern, als das bisher der Fall war. Ungeachtet dessen beinhaltet die Wiedereingliederungshilfe selbstverständlich, dass Maßnahmen zum Erhalten des Status quo, also das Verhindern der Verschlimmerung einer Behinderung, weiterhin genau so dazu gehören.

Parallel zu den Änderungen der komplementären psychiatrischen Angebotsstruktur gibt es mit dem am heutigen Tag im Bundesrat verabschiedeten Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) ja auch

weitreichende Reformen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung im Krankenhaus. Wird Ihnen als einem der Mitbegründer der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) in diesem Zusammenhang nicht Angst und Bange angesichts deren faktischer Abschaffung durch Einführung der leistungsbezogenen und pauschalierten Vergütungen auf der Basis von tagesbezogenen Entgelten?

Das halte ich nicht prinzipiell für bedenklich, da sich das Pensum der Jahresarbeitsstunden nach oben bewegt hat. Der heutige Durchschnittswert ist sozusagen das neue Soll. Es ist hier also zunächst mal keine Verschlechterung zu erwarten. Die Gesundheitspolitik hat sich zu Recht entschieden, die DRG's in der Psychiatrie und Psychosomatik nicht einzuführen. Stattdessen müssen wir aber zu mehr leistungsbezogenen Finanzierungsmöglichkeiten kommen, um dem wissenschaftlichen Fortschritt in der Behandlung der psychisch Kranken besser gerecht werden zu können. Die PsychPV ist vielfach nicht mehr im erforderlichen Maße umgesetzt worden, personelle Engpässe drohen Dauerzustand zu werden.

Das Saarland hat im Bundesdurchschnitt eine um 5 Tage geringere Verweildauer in der stationären psychiatrischen Behandlung, die teilstationären Verweildauern liegen ebenfalls deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Die Belegungen der Kliniken sind über dem Durchschnitt und die Zuordnungen zu den Behandlungsbereichen der PsychPV A1 und A2 (Regel- bzw. Akutbehandlung und Intensivbehandlung) sind insgesamt gestiegen. Wie erklären Sie sich das?

Das ist eine interessante Beobachtung, die mich überrascht. Die nahe liegende Erklärung wäre eine Beschleunigung des Drehtüreffektes. Dazu müsste man aber zunächst die genauen Zahlen der Neu- und der Wiederaufnahmen sichten. Wie erklären Sie sich die Tatsache, dass die durchschnittlichen Verweildauern in den psychiatrischen Kliniken im Saarland deutlich kürzer sind als im Bundesdurchschnitt?

Das kann man zunächst einmal als Qualitätsmerkmal der saarländischen Psychiatrielandschaft sehen: es gibt hier keine „Anstalt“ mehr mit zum Teil hunderten von Betten, wie in anderen Bundesländern. Es gibt seit mehr als 10 Jahren eine gemeindenähere Versorgung, die in jedem Landkreis stationäre Angebote in kleineren Einheiten und eine gut ausgebaute komplementäre Struktur vorhält.

Wir haben viel über die Notwendigkeit der Vernetzung psychotherapeutischer und psychiatrischer Angebote gesprochen. Zum Abschluss möchten wir deshalb das Thema Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) noch ansprechen, da sie ein wichtiges Bindeglied zwischen der stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgung darstellen. Das KHRG hat zur Entwicklung des neuen leistungsbezogenen Entgelts das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) beauftragt. Das Gesetz sieht vor, dass der Prüfauftrag sich neben der stationär-teilstationären Behandlung auch auf die Psychiatrischen Institutsambulanzen erstrecken kann. Wie bewerten Sie die Chancen, dass das INEK diesen Prüfauftrag tatsächlich auf die PIA erstreckt und wie könnten Sie dazu beitragen dass das geschieht?

Die Franzosen haben es mit der „Sectorisation“ vorgemacht und gute Lösungen für die ambulante Versorgung in der Psychiatrie gefunden. Die Personalbemessung wurde in der PsychPV nur im stationären Bereich geregelt. Auch wir müssen hier Standards für die Ambulanzen entwickeln. Ich bedanke mich bei Ihnen für den Hinweis und ich werde dieses wichtige Thema gerne aufgreifen.

Ganz zum Schluss noch die Frage an Sie: Was wünschen Sie sich von der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes?

Diese letzte Frage lässt sich ganz schnell und einfach beantworten: nichts. Denn die Zusammenarbeit ist sehr gut und alles kann so bleiben, wie es ist.

Sehr geehrter Herr Minister, wir bedanken uns bei Ihnen für das interessante Gespräch und freuen uns, wenn wir Sie zu weiteren Aktivitäten unserer Kammer einladen dürfen.

Das Interview mit Prof. Dr. Vigener führten Irmgard Jochum und Bernhard Morsch am 13.02.2009 im Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales in Saarbrücken.

Aktueller Stand zur Umsetzung der 20% Mindestversorgungsquote für KJP



Katja Klohs, KJP – Beisitzerin im Vorstand der PKS

Im Oktober 2008 wurde vom Deutschen Bundestag im Rahmen der Gesetzesvorhaben zur gesetzlichen Krankenkassenorganisationsreform beschlossen, eine 20% Mindestquote für die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher einzuführen. Dies bedeutet für viele Kollegen und Kolleginnen mit einer Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in die erfreuliche Möglichkeit, einen Praxis-sitz zu erhalten, ohne jahrelanges Warten oder teuren Praxiskauf. Um den aktuellen Stand der Umsetzung dieses Gesetzes zu eruieren, nahmen Frau Rohr und ich am 02.03.09 einen Gesprächstermin bei der KV Saarland wahr, bei dem der Geschäftsführer Herr Dipl.-Kfm. Oettgen sowie Herr Dipl.-Bwt. Feit anwesend waren. In diesem Gespräch wurde deutlich, dass die KV z. Z. den interessierten Kollegen und Kollegin-

nen leider weder eine Auskunft über die Anzahl der tatsächlich im Saarland frei werdenden Sitze noch über den zeitlichen Rahmen geben kann.

Dies liegt daran, dass die Bedarfsplanungsrichtlinien geändert werden müssen, was durch den Unterausschuss Bedarfsplanung auf Bundesebene vorbereitet und danach vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen wird. Wenn dem auch das Bundesministerium zustimmt, werden die geänderten Bedarfsplanungsrichtlinien an die Länder KVen weitergeleitet und können dann umgesetzt werden. Erst dann können exakte Zahlen gerechnet und Praxisplätze ausgeschrieben werden. Die bisher durch die KV veröffentlichten Zahlen waren lediglich Schätzungen für das Saarland!

Für die Kollegen und Kolleginnen, die bisher einen KJP Sonderbedarfssitz im Saarland inne haben, ergibt sich laut Hr. Oettgen und Hr. Feit folgendes Bild: die Sonderbedarfssitze werden mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit bei der Umsetzung der 20% Quote sofort in einen „festen“ Kassensitz umgewandelt. Diesbezüglich konnten wir vereinbaren, dass kein gesonderter Antrag bei der KV gestellt werden muss – die KV wird die Betroffenen schriftlich von der Umwandlung in Kenntnis setzen!

In einem Telefonat mit Hr. Lehndorfer, KJP Vertreter im Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer, bestätigte mir dieser, dass zum jetzigen Zeitpunkt (März) der Gemeinsame Bundesausschuss noch nicht über die Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinien getagt hat. Die Bundespsychotherapeutenkammer erfahre dies aber sofort, da sie die Möglichkeit zur Stellungnahme bezüglich des Beschlusses hat.

Es bleibt die Hoffnung, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Sitzung im April eventuell über die Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinien beschließt und die Länder KVen sich dann konkret und zeitnah mit der Umsetzung der 20% Mindestquote beschäftigen können.

Die KV Saarland wird uns neue Informationen diesbezüglich sofort mitteilen. Mit Hr. Lehndorfer habe ich ein weiteres Telefonat

Anfang Mai vereinbart, vielleicht lässt sich dann schon Genaueres sagen.

Neue Informationen werden wir sofort auf unserer Website veröffentlichen! Fragen diesbezüglich können auch gerne an mich gestellt werden.

Katja Klohs

Ärger mit der Abrechnung?

Mal ganz ehrlich:

- Verstehen Sie Ihre Quartalsabrechnung, die die KV Ihnen zuschickt?
- Sind Sie in der Lage, zu kontrollieren, ob das, was sie eingereicht haben, auch vergütet wurde?
- Sind Sie sich nach der Durchsicht des Bescheids sicher, ob z. B. Nachvergütungen aus Vorquartalen abgerechnet wurden?

Oder können Sie nur **glauben**, dass alles korrekt gemacht wurde? Der Beratende Fachausschuss Psychotherapie hat sich des Themas angenommen und will darauf hinwirken, dass der Abrechnungsbescheid für uns leserlicher, verständlicher und vor allem **kontrollierbar** wird.

Noch mal ganz ehrlich:

- Ist es Ihnen schon passiert, dass sie vergessen haben, die Nummer des überweisenden Arztes einzutragen?
- Oder den Bewilligungsbescheid der Krankenkasse beizulegen?
- Oder dass die Diagnose fehlt?

Und was sind die Folgen?

Erhalten Sie unmittelbar Nachricht, um den Fehler zu heilen? **Dann haben Sie Glück.** Ihr Fall wird im Rahmen der normalen Bearbeitungsfrist abgerechnet und vergütet (also 4 Monate nach dem Einreichen Ihrer Quartalsabrechnung).

Oder erfahren Sie erst mit dem Quartalsbescheid, also 4 Monate später, dass Sie z. B. die Nummer des überweisenden Arztes nicht eingetragen hatten?? **Dann haben Sie Pech:** Wenn Sie von Ihrem Fehler

Kenntnis erhalten, ist das Folge-Quartal auch schon abgerechnet. Sie können ihn erst mit der darauf nachfolgenden Abrechnung korrigieren. Ihr Fall aus Quartal A wird erst mit der Abrechnung von Quartal C abgerechnet, folglich im Quartal E – d. h. 1 Jahr später – vergütet.

Von allen guten Geistern verlassen sind Sie, wenn Sie in dem Durcheinander vergessen, mit dem Quartal C Ihren Fall aus Quartal A erneut einzureichen. Sie sind selbst Schuld und erhalten gar nichts.

Vielleicht gibt es ja Lösungen

Michael Antes als Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie und ich (I. Rohr), werden uns mit der Geschäftsführung und der Abrechnungsabteilung zusammensetzen um Lösungen zu suchen, wie Fehler bei der Abrechnung a) besser vermieden bzw. b) schneller geheilt werden können. Jedenfalls halten wir das bei einer Reihe von „Leichtsinnfehlern“ für machbar.



Wenn Sie Erfahrungen oder Vorschläge zu diesem Thema haben, bitte am besten in einer Mail berichten an: rohr@ptk-saar.de.

Ilse Rohr, Präsidentin

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten Vorstand PKS (Präsidentin: Ilse Rohr, Vizepräsident: Bernhard Morsch, Beisitzer: Irmgard Jochum, Katja Klohs, Thomas Anstadt)

Geschäftsstelle

Talstraße 32
66119 Saarbrücken
Tel. 0681. 95455 56
Fax 0681. 95455 58
kontakt@ptk-saar.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Wie sieht die Zukunft unseres Berufsstandes aus? Diese Frage beschäftigt derzeit viele von uns. Das nun vorliegende Gutachten der Gruppe um Prof. Strauß soll Anhaltspunkte für die (Um-)Gestaltung der Ausbildung geben. Verschiedene Fra-

gen sind noch unbeantwortet: Wie einig wird unser Berufsstand auftreten und wie mutig werden Änderungen vorgenommen? Werden Entscheidungen getroffen, die endlich zur umfassenden Gleichstellung mit den Fachärzten führen? Wird die Vielfalt der psychotherapeutischen Verfahren gefördert werden? Oder wird nur zementiert, was mit dem Psychotherapeutengesetz vor zehn Jahren für viele enttäuschend mager ausfiel? Ist es wirklich eine Utopie, die Verdoppelung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu fordern? Solange es die eklatante Benachteiligung psychisch Kranker gibt, darf uns der Vorwand, unsere Leistung sei zu teuer, nicht schrecken. Im Gegenteil! Längst ist bewiesen, dass frühzeitig eingesetzte Psychotherapie Kosten spart.

Die Inhalte und Strukturen unserer Berufsausübung werden sich verändern (müssen): Das wurde auf dem interessanten Symposium der BPTK zum Thema Psychotherapie im Alter deutlich. Auch alte Menschen brauchen Psychotherapie und können von ihr profitieren. Deshalb müssen wir unsere Angebote erweitern und auf die Bedürfnisse älterer Menschen abstimmen.

Dass aber zur Erweiterung der psychotherapeutischen Leistungen nun auch noch das Verschreiben von Medikamenten gehören soll, wird von mancher Seite zwar vehement gefordert, vom Vorstand der PKS H aber aus mehreren Gründen abgelehnt. Schreiben Sie uns Ihre Meinung dazu, wir sind gespannt!

Juliane Dürkop

18. Kammerversammlung der PKS H

Am 20.03.2009 fand in den Räumen der Kanzlei Koch, Staats, Kickler, Schramm und Partner in Kiel die 18. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein statt. Traditionell dient die März-Sitzung u. a. dem formalen wie inhaltlichen Abschluss des vorausgegangenen Geschäftsjahres. 2008 war dabei das erste Geschäftsjahr, das vollständig unter den Bedingungen deutlich reduzierter Aufwandsentschädigungen und geringerer Pflichtbeiträge der Kammermitglieder stattfand. Diese finanziellen Veränderungen waren seinerzeit in der Kammerversammlung ja heftig umstritten, befürchteten manche Versammlungsmitglieder doch eine Entprofessionalisierung und verminderte Qualität der Kammerarbeit. Erfreulicherweise wurden derart grundsätzliche Bedenken in der 18. Kammerversammlung nicht geäußert. Im Gegenteil: Die Sitzung fand in einer sachlichen und konstruktiven Atmosphäre statt.

Statistik

Im Jahre 2008 erhöhte sich die Zahl der Kammermitglieder um etwa 30 beitragszahlende KollegInnen, sowie um 170 beitragsfreie PsychotherapeutInnen in Ausbildung, sodass die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein nunmehr knapp über 1.200 Mitglieder hat. Bei der Altersstruktur zeigt sich eine deutliche Verschiebung hin zu höheren Jahrgängen. Bei den Gründen für das Ausscheiden von Mitgliedern hat die Anzahl von Approbationsrückgaben deutlich abgenommen. Konstant ist der Wegzug in andere Bundesländer, zugenommen hat das Ausscheiden durch Tod.

Beschwerden

Im Jahre 2008 gab es insgesamt nur sieben Beschwerdefälle, im Jahre 2007 waren es noch 15. Jedoch zeigte die Anzahl eingegangener Beschwerden in den ersten Wochen des Jahres 2009, dass dieser

Rückgang nicht als Trend gewertet werden kann. Ca. 40% der Beschwerden beziehen sich auf Honorarstreitigkeiten, in weiteren ca. 40% werden Vorwürfe zum Verhalten der PsychotherapeutInnen (z. B. Schweigepflichtverletzungen) erhoben. Eine Zusammenfassung über alle Beschwerden seit Inkrafttreten der Berufsordnung ergibt, dass sich in über 60% der Fälle berufsrechtliche Verstöße nicht nachweisen ließen. Manches ließ sich darüber hinaus einvernehmlich regeln. In sechs Prozent der Fälle konnte das Verfahren gegen Zahlung einer Geldauflage eingestellt werden. Leider musste in jüngerer Zeit aber auch dreimal das Berufsgericht angerufen werden, was einen Gesamtanteil von neun Prozent ausmacht. Die Anrufung des Berufsgerichtes wurde jeweils erforderlich, weil die Mitglieder auf ein Angebot der Einstellung des Verfahrens (wegen Geringfügigkeit) gegen eine Geldbuße nicht eingehen wollten. Die Verhandlungen haben noch nicht stattgefunden.

Notfallversorgung

Im Herbst 2008 hat es zur psychosozialen Notfallversorgung eine Konsensuskonferenz auf Bundesebene gegeben, in der die Einbeziehung von Psychologischen PsychotherapeutInnen noch nicht abschließend geklärt wurde. Für die PKS H nahm Vorstandsmitglied Dorothee Katz in Schleswig-Holstein an einem Forum Notfallseelsorge teil. Ein Bedarf für eine Einbindung der neuen Heilberufe in die Akutversorgung vor Ort (z. B. bei Großschadensereignissen) wurde dort eher nicht gesehen.

Zukunft der Psychotherapieausbildung

In 2008 gab es eine Reihe von Veranstaltungen der Bundespsychotherapeutenkammer zu diesem Thema. Die Kammer konnte hierfür Frau Dr. Kahl-Popp als Beauftragte gewinnen, die an diesen Workshops teilnahm. An einem Panel zum Forschungsgutachten Ende Januar 2009 nahm Frau Katz für die PKS H teil. Die AOLG hat den zuständigen Landesbehörden empfohlen, die Psychotherapeutenkammern bei der Akkreditierung von Studiengängen hinzuzuziehen, die nach Umstellung der Studiengänge auf Bachelor- und Masterabschlüsse als Zugang für die Psychotherapieausbildung anerkannt werden. Hierzu hat die PKS H sowohl mit dem Ministerium wie auch mit der Universität und den Fachhochschulen Kontakt aufgenommen.

Heilberufekammergesetz (HBKG)

Derzeit läuft eine Anpassung des HBKG in Schleswig-Holstein. Danach könnte es sein, dass die Wahlperiode der Kammern von vier auf fünf Jahre verlängert wird. Die PKS H hat darüber hinaus die Initiative ergriffen, den PiA in der Kammer auch das aktive und passive Wahlrecht einzuräumen. In einer weiteren Initiative (die in der letzten Kammerversammlung noch nicht aktuell war) möchte der Vorstand eine gesetzliche Regelung erreichen, die zukünftig ausschließt, dass der Kammervorstand ausschließlich aus niedergelassenen KollegInnen oder ausschließlich aus angestellten KollegInnen zusammengesetzt sein kann. Schließlich möchte das Ministerium das HBKG so ändern, dass die Aufsichtsbehörde aus der Prüfung und Ge-

nehmigung von Haushalts- und Beitragssatzung der Kammern ausscheidet. Hier muss die PKS H aufpassen, dass keine Regelung getroffen wird, die eine derart kleine Kammer wie die unsrige finanziell überfordern würde (z. B. durch das Vorschreiben einer externen Wirtschaftsprüfung).

Fortbildungskonten

Hierzu wurde berichtet, dass derzeit 522 Kammermitglieder ein Fortbildungskonto führen, 145 Fortbildungszertifikate ausgestellt werden konnten und weitere 150 Konten bereits mehr als 250 Punkte aufweisen. Der G-BA-Beschluss zur Fortbildungspflicht für angestellte KollegInnen lag der letzten Kammerversammlung noch nicht vor. Zwischenzeitlich sind die betroffenen Mitglieder hierüber jedoch schriftlich informiert worden.

Beitragssatzung und Belange der Niedergelassenen

Zu diesen Themen lesen Sie bitte die gesonderten Beiträge von Detlef Deutschmann und Dr. Dietmar Ohm.

Jahresrechnung 2008

Die Jahresrechnung wies aus, dass sich die tatsächlichen Ausgaben in 2008 mit gut 50.000 € deutlich unter den Plan-Ausgaben befanden und die Einnahmen mit ca. 4.000 € sogar etwas höher waren als geplant. So konnten insgesamt 55.000 € neu den Rücklagen zugeführt werden.

Rechnungsprüfung

Der Rechnungsprüfungsausschuss attestierte der Kammer eine ordnungsgemäße Haushaltsführung. Die Prüfung hatte keinerlei formale oder inhaltliche Fehler ergeben. Zur Höhe der Rücklagen äußerte sich der Rechnungsprüfungsausschuss dahingehend, dass ein weiterer Anstieg des Rücklagenvolumens nicht erforderlich sei, da die Kammer mit Rücklagen in Höhe von ca. 80% des derzeitigen Jahreshaushaltsvolumens ausreichend abgesichert sei.

Entlastung des Vorstandes

Für das Geschäftsjahr 2008 wurde der Vorstand ohne Gegenstimme bei vier Enthaltungen entlastet.

Gebührenordnung

Die Kammerversammlung verabschiedete einstimmig eine veränderte Gebührenordnung. Es waren dabei umfangreiche Änderungen notwendig einerseits um die Gebührenordnung klarer und verständlicher zu machen und um andererseits die Gebühren enger an den tatsächlich durch die entsprechenden Dienstleistungen entstehenden Kosten zu orientieren. Interessierte können die neue Gebührenordnung auf unserer Homepage nachlesen.

Bericht zum Zulassungsausschuss

Auf Bitten des Kammervorstandes erklärte sich Rolf Waßhausen dankenswerterweise bereit, die Kammerversammlung ausführlich über die Arbeit des Zulassungsausschusses zu informieren. Er erläuterte, dass der Zulassungsausschuss ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern ist, welches auf der Grundlage der Zulassungsverordnung arbeitet. Zielsetzung ist die Sicherstellung der Versorgung mit Psychotherapie unter wirtschaftlichen Nebenbedingungen. Der Ausschuss setzt sich zusammen aus vier VertreterInnen der Krankenkassen, je einer/einem VertreterIn der PP und KJP und zwei ärztlichen VertreterInnen. Für eine Zulassung wird neben der Fachkunde auch die Zeit der Berufsausübung als Kriterium herangezogen. Rolf Waßhausen bestätigte noch einmal, dass es in Schleswig-Holstein derzeit keine offenen Planungsbereiche gibt, also alle Regionen offiziell überversorgt sind. Wer sich also niederlassen möchte, kann dies derzeit nur entweder über eine Sonderbedarfszulassung, eine Ermächtigung oder indem er eine bereits bestehende Praxis übernimmt. Zu allen drei Varianten gab Rolf Waßhausen nähere Erläuterungen. Bei Widersprüchen gegen Entscheidungen des Zulassungsausschusses wird der Berufungsausschuss aktiv, wenn gegen dessen Entscheidungen Widerspruch eingelegt wird, kann das Sozialgericht angerufen werden. Länger diskutiert wurde in der Versammlung dann über die Bedarfsplanung. Die Frage nach einem möglichen Ende der Zulassungsplanung bezeichnet Rolf Waßhausen als völlig offen. Nach seiner Einschätzung dürfte die Reduktion der Quote für ärztliche PsychotherapeutInnen von 40% auf 20% wegen der Überversor-

gung nicht zu neuen Zulassungsmöglichkeiten für PP führen. In der Umsetzung der neuen 20%-Quote für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, sei nun zunächst der Gemeinsame Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen gefordert. Dessen Beschlüsse müssen dann auf Landesebene umgesetzt werden.

Versorgungswerk

Wie immer wurden aktuelle Mitteilungen des Versorgungswerkes vorgetragen. Da die erste Wahlperiode des Aufsichtsausschusses endete, stand zudem die Neuwahl dieses Gremiums auf der Tagesordnung der Kammerversammlung. Von den bisherigen Mitgliedern erklärten sich Heiko Borchers und Michael Eichberger erneut zur Kandidatur bereit, während Stefan Stolz für eine weitere Kandidatur nicht mehr zur Verfügung stand. Heiko Borchers würdigte dessen Tätigkeit für das Versorgungswerk und dankte für die gute Zusammenarbeit. Als weitere KandidatInnen wurden Britta Beers und Dr. Dietmar Ohm vorgeschlagen. Nach geheimer Wahl standen dann mit Heiko Borchers, Dr. Dietmar Ohm und Michael Eichberger die neuen Mitglieder des Aufsichtsausschusses fest.

Bernhard Schäfer

Die neue Beitragssatzung hat sich sehr bewährt!

Im November 2008 hat die Kammerversammlung nach umfangreichen Vorarbeiten des Finanzausschusses und eingehender Diskussionen im Vorstand eine komplett überarbeitete und neu gestaltete, mit dem aufsichtführenden Ministerium zuvor juristisch abgestimmte Beitragssatzung verabschiedet (wir berichteten ausführlich darüber im PTJ 1/2009).

Die wesentlichste Neuerung war die **Einführung sozial gestaffelter Beitragsklassen** für Mitglieder mit geringen und sehr geringen Einkünften. Neben **mehr Beitragsgerechtigkeit** sollte mit den vielfältigen Neuregelungen insbesondere **mehr Transparenz** für die Mitglieder und eine **drastische Reduktion des Verwaltungsaufwandes in der Geschäftsstelle** erreicht werden. Mit-

glieder sollten unmittelbar selbst erkennen können, ob sie klar definierte Kriterien für die Einordnung in eine ermäßigte Beitragsklasse wegen geringer oder sehr geringer Einkünfte erfüllen oder nicht und ggf. allein mit dem Nachweis weniger Angaben aus dem Steuerbescheid eine entsprechende Eingruppierung beantragen können.

Wir können inzwischen mit einigem Stolz sagen, dass die mit der Neuregelung verbundenen **Ziele weitestgehend erreicht** werden konnten! Die Zahl derjenigen Mitglieder (ohne Rentner/Altersteilzeit), die wegen geringer Einkünfte einen ermäßigten Beitrag zahlen dürfen, erhöhte sich in ganz erwünschter und erwarteter Weise von 89 auf 121. Überraschend dabei war, dass darunter im Vergleich zum Vorjahr insbesondere deutlich mehr selbstständig tätige Mitglieder waren. Die Schätzung der im Vorwege sehr schwer zu kalkulierenden Beitragsmindereinnahmen erwies sich dennoch als überraschend genau. Besonders erfreulich aber war, dass damit gleichzeitig die **Anzahl der, wie es bislang hieß, „Härtefallanträge“** mit umfangreichen Nachweis- und Offenlegungspflichten seitens des Mitgliedes und enormem Verwaltungsaufwand seitens der Geschäftsstelle und des Vorstandes **von 97 auf 6 reduziert** werden konnte, die Anzahl der abgelehnten „Härtefallanträge“ von 16 auf nur noch 4.

Neben diesen weit überwiegenden positiven Erfahrungen, die sich auch in Mitglieder-rückmeldungen deutlich widerspiegeln, sind aber auch am Beispiel einiger besonderer Einzelfälle kleine Regelungslücken und „Kinderkrankheiten“ deutlich geworden, die wir versuchen wollen, zum nächsten Beitragsjahr zu beheben.

Detlef Deutschmann

Tätigkeitsbericht: Was hat die PKSH von November 2008 bis März 2009 für die niedergelassenen KollegInnen getan?

Anlässlich der Kammerversammlung am 20.03.2009 berichtete Dr. Dietmar Ohm als der im PKSH-Vorstand für die Betreu-

ung der niedergelassenen Mitglieder Zuständige über die geleistete Arbeit.

Einen Großteil machte wiederum die Beratung von anfragenden Mitgliedern aus, die sich mit ihren Anliegen telefonisch oder schriftlich an die PKSH wandten. Wir freuen uns darüber, dass dieses Serviceangebot der PKSH offenbar rege angenommen wird. Zur Veranschaulichung sollen einige Beratungsthemen des Zeitraumes November 2008 bis März 2009 beispielhaft herausgegriffen werden:

- Krankenversicherung und Hausarzt drängen Patienten zur Aufnahme einer Einzelpsychotherapie statt Weiterführung der laufenden Gruppenpsychotherapie. (Rat: Bei Schweigepflichtentbindung Absprache mit Hausarzt bzw. Info über Indikation zur Gruppenpsychotherapie.)
- Privatpatient zahlt nicht. (Info über korrekte Rechnungsstellung, Mahnverfahren.)
- Die Kollegin möchte im Mai 2009 eine Praxis aufmachen ohne KV-Zulassung. Sie beabsichtigt die Beantragung eines Gründungszuschusses beim Arbeitsamt. (Beratung über Möglichkeiten, Grenzen, Risiken einer Privatpraxis und über die Thematik Gründungszuschuss.)
- Die Kollegin empfindet Angst vor einer Patientin, die sie als aggressiv und vorwurfsvoll erlebt. (Antwort: Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, dass die Kollegin die Psychotherapie abrechnen kann, wenn sie sich der therapeutischen Aufgabe nicht gewachsen fühlt. Vorschlag: Bearbeitung der Problematik in einer Supervision.)
- Der Kollege möchte in seiner Privatwohnung Psychotherapiesitzungen nebenberuflich abhalten. (Verweis auf die Berufsordnung, Psychotherapie in Privaträumen nicht möglich, Beratung über alternative Möglichkeiten, z. B. zeitweise Anmietung von Praxisräumen bei niedergelassenen KollegInnen.)

Sind die PsychotherapeutInnen Schuld an der ärztlichen Honorarmisere?

Die kommissarische Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH), Frau Dr. Kreuz, hatte am 03.12.2008 ein Rundschreiben an alle kv-

zugelassenen ÄrztInnen, Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen gesendet. Sie informierte über die Honorarmisere, von der viele ÄrztInnen betroffen seien. Hierin finden sich zumindest missverständliche Formulierungen, die einen Zusammenhang zwischen der ärztlichen Honorarmisere und einer verbesserten Honorierung der ärztlichen sowie Psychologischen PsychotherapeutInnen nahe legen. Gegen diese Behauptungen protestierte der Vorstand der PKS in einem Schreiben an Frau Dr. Kreuz:

„...Einen derartigen Kausalzusammenhang halten wir für nicht sachgerecht und bitten Sie hierzu um erklärende Stellungnahme. ...Wir können dementsprechend die Art Ihrer Darstellung des Sachverhaltes nicht nachvollziehen und sehen die Gefahr, dass hier die Gruppe der psychologischen PsychotherapeutInnen, ärztlichen PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen gegen die jetzt offenbar benachteiligten ÄrztInnen ausgespielt wird. Wir gehen davon aus, dass der Vorstand der KVSH sich für alle Mitglieder der KVSH gleichermaßen einsetzt und nicht nur für bestimmte Gruppen ...“

In ihrem Antwortschreiben vom 29.12.2008 bedauerte die KVSH-Vorsitzende, „...wenn das Rundschreiben vom 03.12.2008 von psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen missverständlich aufgefasst worden ist. Weder sollen Fachgruppen gegeneinander ausgespielt noch Honorardefizite, die selbstverständlich auch bei psychotherapeutischen Leistungen bestehen negiert werden.“

Treffen mit Frau Dr. Kreuz und Herrn Dr. Ennenbach, Vorstand der KVSH, am 04.03.2009

Das Treffen mit dem KVSH-Vorstand am 04.03.2009, an dem für die PKS Frau Dürkop und Herr Dr. Ohm teilnahmen, brachte u. a. folgende Ergebnisse:

- Frau Dr. Kreuz gab die Zusage, dass zumindest in den ersten zwei Quartalen 2009 keine Solidaritätsabzüge bei der Honorierung psychotherapeutischer Leistungen im Rahmen der Honorarstreitigkeiten vorgenommen werden.

- Nachhonorierung probatorischer Sitzungen: Herr Dr. Ennenbach betonte, dass diese erst erfolgen können, wenn ein in Schleswig-Holstein gültiges Urteil erstritten worden sei. Die notwendige Summe sei unter Vorbehalt an die entsprechenden Facharztgruppen bereits ausgezahlt worden und müsse bei Vorliegen eines Urteils wieder zurückgefordert werden. Dementsprechend müsse erst ein entsprechendes Gerichtsurteil abgewartet werden.
- Der KVSH-Vorstand informierte über die Verpflichtung zur Online-Abrechnung mit der KVSH ab dem 01.01.2010.
- Information über die Umsetzung der Regelung zum hälftigen Kassensitz (in aller Regel keine Bindung an den bisherigen Tätigkeitsumfang).

Therapieablehnung durch die Hallesche Krankenversicherung

Ein Kollege wandte sich mit dem Problem an die PKS, dass sein Psychotherapieantrag von der Halleschen Krankenversicherung mit folgender Begründung abgelehnt worden war:

„... der Therapeut verfügt über keine abgeschlossene Ausbildung bei einem bis 31.12.1998 von der KBV anerkanntem Institut.“

Der seit mehr als 25 Jahren niedergelassene Kollege fühlte sich an „alte“ Zeiten und Kämpfe im Kostenerstattungsverfahren erinnert!

Herr Dr. Ohm konnte bei der Halleschen Krankenversicherung Verständnis für die Problematik eines derartigen Ablehnungsbescheides wecken.

Erfreulicherweise konnte mit dieser Initiative erreicht werden, dass der Kollege eine sofortige Therapiegenehmigung erhielt.

Dr. Dietmar Ohm

Noch einmal zum Artikel Zeugnisverweigerungsrecht „Heft 3/2008“

Auch der Justitiar einer Kammer macht Fehler. Es hätte zwar nicht geschehen dürfen,

ist bedauerlicherweise doch eingetreten. Die Klarstellung im Psychotherapeutenjournal 1/2009 enthält einen gravierenden Fehler. Bei Abfassung des Artikels sind zwei gesetzliche Regelungen übersehen worden, die für die Aussagepflicht eines Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin von Bedeutung sind. Gemäß § 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO und § 53 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 StPO sind Psychotherapeuten/Innen zur Verweigerung der Aussage als Zeuge vor Gericht berechtigt. Das Zeugnisverweigerungsrecht gilt jedoch dann nicht, wenn die Pflicht zur Verschwiegenheit aufgehoben wurde, also eine wirksame Schweigepflichtentbindungserklärung vorliegt. So ist es eindeutig in § 385 Abs. 2 ZPO für den Zivilprozess und § 53 Abs. 2 Satz 1 StPO für das Strafverfahren bestimmt.

Deshalb müssen Psychotherapeuten/Innen aussagen, wenn eine Befreiung von der Schweigepflicht vorliegt und die Befreiung sachlich rechtlich wirksam ist. Als Prozessklärung reicht es, dass der Patient die Erklärung zur Schweigepflicht zu Protokoll des Gerichtes erklärt. Psychotherapeuten/Innen haben daher keine Abwägung vorzunehmen, inwieweit die Aussage für den Patienten schadenstiftend sein könnte. Das Bundesverfassungsgericht hat allerdings denjenigen, die der beruflichen Verschwiegenheit unterliegen, auch bei einer wirksamen Schweigepflichtentbindungserklärung ein Zeugnisverweigerungsrecht eingeräumt, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Aussage Gefahren für Leib, Leben und Gesundheit des Patienten mit sich bringen könnten.

*RA Andreas Kühnelt, Justitiar der PKS
Kanzlei Koch Staats Kickler
Schramm & Partner, Kiel*

Geschäftsstelle

Alter Markt 1-2, 24103 Kiel
Tel. 0431/66 11 990
Fax 0431/66 11 995
Mo bis Fr: 9 – 12 Uhr,
zusätzlich Do: 13 – 16 Uhr
Mail: info@pksh.de
Homepage: www.pksh.de

Leserbriefe

Die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich vor allem angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe auch zu kürzen. Als Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht die der Redaktion wiedergeben.

Uta Rüping & Kristina Soffner: „Das Nachbesetzungsverfahren aus der Perspektive des Bewerbers und potentiellen Praxiskäufers“, Psychotherapeutenjournal 1/2009

Hilfreich an dem Beitrag ist die juristische Aufklärung darüber, wie man überzogenen Kaufpreisen verfahrenstechnisch begegnen kann: Durch das Angebot eines niedrigeren Kaufpreises mit der Begründung, dass dieser dem Verkehrswert entspricht – möglichst fundiert durch entsprechende Honorar- und Kostendaten des Abgebers.

Die Ausführungen zum Praxiswert bzw. Ertragswertverfahren (mit Werbung für das von den Autorinnen dazu veröffentlichte Buch) halte ich hingegen für grundlegend falsch – selbst wenn die juristische Argumentationslinie zutreffend sein sollte. Den immateriellen Praxiswert u. a. von den Honoraren der letzten Jahre und Einführungsleistungen (in Verkaufsanzeigen heißt es neuerdings „gut etabliert/eingeführt“) abhängig zu machen,

wird aus meiner Sicht dem Wesen einer psychotherapeutischen (und auch ärztlichen) Praxis nicht gerecht. Der wirtschaftliche und Behandlungserfolg ist in hohem Maße von der Allegianz und der persönlich-fachlichen Kompetenz der KäuferInnen abhängig. Die Vorstellung eine „gut etablierte“ Praxis (mit Kartei, Warteliste etc.) weiterzuführen, impliziert eine Vorstellung, die Patienten zum (Ausstattungs-) Gegenstand von Behandlung macht (Stichwort „Patientengut“, „Scheine“). Diese paternalistische Sicht hat (ärztliche) Tradition, widerspricht jedoch der Vorstellungen einer zwar asymmetrischen aber partnerschaftlich strukturierten, individuellen Arbeitsbeziehung, in der Vertrauen und Passung eine zentrale Rolle spielen und sich zwischen beiden Beteiligten entwickeln können. Kurzum: eine Praxis mit einer (the-

oretischen) Auslastung von einer Wochenstunde ist nicht weniger wert, als eine mit 36 Wochenstunden – zumal der Bedarf an Therapieplätzen das Angebot bei weitem überschreitet. Die obige juristische Argumentation scheint mir insofern nach wie vor als Deckmantel der Verschleierung unangemessener finanzieller Interessen zu dienen, die erst durch die künstliche Verknappung von Vertragsarztsitzen entsteht und von der vor allem jene Kolleginnen profitieren (können), deren Praxis sich in einer besonders begehrten räumlichen Lage befindet.

*Dipl.-Psych. Jürgen Thorwart
PP, Psychoanalytiker
Joh.-Seb.-Bach-Weg 9
82223 Eichenau
j.thorwart@freenet.de*

Approbiert, was nun?

Von Dieter Best u.a. 2008. XVI, 311 Seiten. Kartoniert. € 49,-. ISBN 978-3-938909-27-0

Als Psychologische Psychotherapeuten befinden Sie sich in einem Gesundheitssystem mit knappen Ressourcen, komplizierten und sich ständig ändernden Vorschriften und heftiger Konkurrenz.

Das vorliegende Buch bietet den frisch approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einen kompakten Überblick beim Berufsstart und widmet sich den Themenblöcken Berufsrecht, Tätigkeit im Angestelltenverhältnis oder in eigener Praxis, Zulassung als Vertragspsychotherapeut, Existenzgründung und Kooperationsmöglichkeiten.

Sie erfahren alles über die Aufgaben der Kammern wie z.B. die Berufsaufsicht, den Kollegenschutz, die Qualitätssicherung und welche Leistungen die Kammern für ihre Mitglieder erbringen.

Kennen Sie sich in Ihrem Berufsrecht aus? Die Themen Schweigepflicht, Zeugnisverweigerungsrecht, Datenschutz, Dokumentationspflicht werden anschaulich erläutert. Auch die rechtlichen Aspekte der Themen Zulassung, Praxisgründung, Abrechnungsgenehmigung usw. werden behandelt.

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg
Kundenbetreuung: Bestell-Tel. 089/2183-7928, Bestell-Fax 089/2183-7620, E-Mail: kundenbetreuung@hjr-verlag.de, www.psychotherapeutenverlag.de



**Psychotherapeuten
Verlag**



Musterberufsordnung

für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Text und Kommentierung.

Von Dr. Martin H. Stellpflug und Inge Berns.
2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. 2008.
X, 355 Seiten. Kartoniert. € 49,-.
ISBN 978-3-938909-29-4

Die Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer fasst die Rechte und Pflichten zusammen, an denen sich Psychotherapeuten in ihrer täglichen Praxis zu orientieren haben.

Detailliert wird jeder der dreißig Paragraphen der neuen Musterberufsordnung kommentiert.

Die Neuauflage liefert Ihnen neben der kompletten Neukommentierung:

- abweichende Regelungsinhalte in den Berufsordnungen der Landeskammern
- drei ausführliche Beispiele zur Verwendung der MBO-PP/KJP in der Alltagsarbeit von Psychotherapeuten, insbesondere unter berufsethischen Aspekten
- eine Sammlung einschlägiger Kommentierungen, zur Verfügung gestellt von den Landeskammern.

**Psychotherapeuten
Verlag**

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg
 Kundenbetreuung: Bestell-Tel. 089/2183-7928, Bestell-Fax 089/2183-7620, E-Mail: kundenbetreuung@hjr-verlag.de, www.psychotherapeutenverlag.de

Inserentenverzeichnis PTJ 2/09

AHG Klinik Hardberg, Breuberg	123	IVB - Institut für Verhaltenstherapie Berlin, Berlin	145
Akademie bei König & Müller, Würzburg	137	Klingenberger Institut für Klinische Hypnose, CH-Homburg	125
Asklepios Klinik Nord, Hamburg	121	Kanzlei Meisterernst, Münster	139
Berliner FortbildungsAkademie für Psychotherapie, Berlin-Steglitz	143	Korte Rechtsanwälte, Berlin	164
BIF - Berliner Institut für Familientherapie e.V., Berlin	151	PSYCHOHOLIC Psychologie & Neue Medien, Dachau	141
CIP-Medien, München	4. US	Psychotherapeutenkammer NRW - Ruhr Universität, Bochum, Düsseldorf	119
CPO HANSER SERVICE, Berlin	157	PsyDV Dieter Adler, Bonn	133
DGVT e. V., Tübingen	133	Rems-Murr-Kliniken, Backnang	121
EMDR-Institut, Bergisch-Gladbach	125	Resilio Dr. C. Dremel, Freiburg	144
Ergosoft GmbH, Hassloch	2.US	SZVT e.V., Stuttgart	123
Heiligenfeld Parkklinik, Bad Kissingen	123	Theodor-Wenzel-Werk e.V., Berlin	123
Verlag Hans Huber, CH-Bern 9	127	Vetter & Partner Immobilien, Dreieich	149
IGW Institut für Integrative Gestalttherapie, Würzburg	151	Einen Teil der Ausgabe sind Beilagen folgender Institute beigefügt:	
Institut Systeme Anne M. Lang Milton Erickson Institut M.E.G, Bonn	149	■ Psychotherapeutenkammer Berlin – Philipp-Pfaff-Institut, Berlin	
IPN Institut für Psychoanalyse, Nürnberg	139	■ IVB - Institut für Verhaltenstherapie Berlin GmbH, Berlin	
ips Institut für Partner- und Sexualtherapie, Würzburg	163		

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

Alter Markt 1-2 / Jacobsen-Haus
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Do 13 – 16 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

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

Intervision

Nürnberg: Suche für neue fallbezogene Intervisionsgruppe (TP u.ä.) praxiserfahrene und für Selbsterfahrungsanteile offene KollegInnen.
Kontakt: 0911/9993835

Raum Hannover
Psych. Psychotherapeutin (VT) sucht Intervisionsgruppe – Anschluß oder Neugründung.
Tel.: 0511/8984505

Methodenübergreifende Intervisionsgruppe (3 Pers.) im Raum MG sucht Verstärkung oder Anschluss an bestehende Gruppe. Zertifizierung möglich.
T.: 02166/217550 o. 02166/189556

Hamburg: suche Anschluß an eine Intervisionsgruppe mit erfahrenen Kollegen, gern auch interdisziplinär. Bin als kognitive Verhaltenstherapeutin niedergelassen. Tel.: 040-400004

Hamburg: Teilnehmer(innen) für Intervisionsgruppe von 2 PPs (w., VT-Zulassung, integrativ arbeitend) gesucht. Tel.: 4602010 oder 51310521

Jobsharing

Düsseldorf
prom. Psychol. Psychotherapeut
20 J. klin. Berufserf., VT sucht
JS. o. tagw. Praxisraum
Tel. 0163-1604916

Job-Sharing-Partner(in) für gut eingeführte VT-Praxis am Niederrhein gesucht. Spätere Praxisübernahme möglich. Zuschriften erbeten unter
Chiffre: PTJ 090203

Düsseldorf (und Umgebung)
Psycholog. Psychotherapeut (VP, Gestalttherapie, Arztregistereintrag) mit langer Berufserfahrung sucht Job-Sharing.
Tel.: 0211-1592755

Biete Jobsharing
Gladbeck
PP-VT, 30%
ca. 12 Sitzungen/Woche
jobsharing.gladbeck1@gmx.de

Raum Mittelhessen
Psych. PT (VT, Erw.) sucht Jobsharing/KV-Sitz
Tel. (0 64 06) 83 45 34
Email: PT-sucht-Praxis@gmx.de

Psych. Psychotherapeutin (VT) sucht
Jobsharing, Entlastungsassistenz oder KV-Sitz für
Münster oder Hamburg.
Tel.: 0179 / 701 45 93

Praxisabgabe

KV-Praxis, VT-Erw., seit 1985 etabliert, vollausgelastet, Praxisabgabe zum 01.01.2010 vorgesehen, in Hildesheim Zentrum.
Chiffre PTJ 090202

Biete die Möglichkeit für Job-sharing oder Kauf der Praxis in Düsseldorf.
Bitte bei Kaufwunsch konkrete Preisvorstellung angeben.
Chiffre PTJ 090204

AKJPT
Einzelpraxis in Stuttgart-Sillenbuch zum 30.09.2009 abzugeben.
(KV BW)
Zuschriften bitte unter
Chiffre: PTJ 090205

KV-PRAXIS (PP-ERW.-VT)
20km südwestlich von Kassel (Kleinstadt Schwalm-Eder-Kreis) gut vernetzt zwi MR und GO; seit 30 Jahren erfolgreich und umsatzstark geführt **zum 1.1.2010** (oder später) abzugeben Chiffre: PTJ 090206

KV-Praxis in Augsburg Stadt
im Okt. 2009 von PP zu verkaufen
Kontakt unter
psychopraxis.augsburg@yahoo.de
oder Tel. 0177/1950001

Ludwigshafen:
Psychotherapeutische Praxis (VT-Erw.-KV-Zulassung u. Privat) von PP zu verkaufen. Mietvertrag kann übernommen werden.
Zuschriften erbeten unter
Chiffre: PTJ 090207

Umsatzstarke **Praxis** in gesperrtem KV-Planungsbereich zu verkaufen. Lage in **Süd-Thüringen** mit hervorragender Autobahnanbindung nach Erfurt und Bayern. Zeitpunkt ca. Anfang 2010. Aussagekräftige Angebote bitte an: Ciffre: PTJ 090210

KV -Praxis
PP (VT-E)
in Mönchengladbach zu verkaufen.
Zuschriften erbeten unter
Chiffre: PTJ 090208

Suche Praxisnachfolger(in) ab 01.09.09 oder später. Tiefenpsychologie KJP (auch Psychoanalyse). Praxisräume können übernommen werden. Lutherstadt Eisleben, Nähe Halle/Saale, Sachsen-Anhalt.
Tel. 03475 – 711931

Halbe KV-Praxis
im Main-Kinzig-Kreis (PP Erw., PA, TP) zu verkaufen.
Chiffre: PTJ 090214

Schnell, einfach und bequem!

Kleinanzeigen schaltet man unter
www.ptv-anzeigen.de

Praxistausch

PP (VT) sucht **KV-Praxis i. Berlin o. Umland z. Kauf od. Tausch**
gg. Praxis i. Chemnitz, pt-praxis-berlin@web.de
Chiffre PTJ 090216

Psych. Psychotherapeutin (VT/Erw.) sucht KV-Sitz in OWL oder südl. Niedersachsen
Tel. 0176 – 40 161 553

Psychologische Psychotherapeutin

(VT Erwachsene, DBT)

sucht KV-Sitz

im **Raum Darmstadt/Mainz.**

E-Mail: praxis-vt@t-online.de

Psychologischer Psychotherapeut (TP)

sucht
halben oder vollen KV-Sitz im Kreis Steinfurt
sofort oder später
Tel. 0541/3327003

Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw.) sucht halben oder vollen **KV-Sitz in Düsseldorf u. Umgebung (+50 Km)** zu sofort o. später. Email: katja_sterner@gmx.de

PP (VT) sucht **KV-Praxis, halbe KV-Praxis, Job-Sharing** oder anderweitige Kooperationsform in **Berlin**.
E-mail: LuAlexander@t-online.de,
Chiffre: PTJ 090209

Psychologische Psychotherapeutin (PA/TP)

sucht
KV-Sitz in Nürnberg
Chiffre PTJ 090211

KJPlerin sucht KV-SITZ in Frankfurt
Tel.:069-61994483

Offenbach + ca. 30 km Umkreis:
Psychologische Psychotherapeutin (VT) sucht Sitz, auch 50%.
www.almassy@web.de u. Chiffre :
PTJ 090212

Praxisübernahme

Berlin
Psychologischer
Psychotherapeut VT (43 J.)
Arztreg., Psychoonkologie, Sucht, Gruppen
sucht KV-Sitz in Berlin
Seriose und solvente
Abwicklung garantiert
0178/6315770
olaf.guenther@yahoo.de

Rostock
Psycholog. Psychotherapeut (VT Erw., Promot., Arztreg.) sucht sofort/langfristig **KV Sitz**, gern auch zunächst Assistenz/Jobsharing
Zuschriften erbeten unter
Chiffre PTJ 090201

Psycholog. Psychotherapeutin (VT, Erwachsene) sucht KV-Sitz in **Frankfurt/M.**
Chiffre: PTJ 090213

Psychologischer Psychotherapeut Kinder und Jugendlichen-therapeut

sucht KV-Sitz (auch 1/2)
oder Job-Sharing (VT)

Stadt/Großraum **Hannover**

Tel.: 0511-2791842

Psycholog. Psychotherapeut

(seit 6 J. approb.)

VT Erw u. Ki., in Weiterb.

Analyse u. TP

sucht KV-Sitz od. Job-sharing/Mit-
arbeit im Raum Hannover, Hildesh.,
Göttingen Salzg., Kassel

gerne mit **Supervisionsmöglich-
keit** (für VT, Analyse, TP)

Tel. 0175/2850587

PP in eigener KV-Praxis **sucht**
aus fam. Gründen **KV-Praxis in**
Augsburg-Stadt zum 01.01.2010
od. später
Chiffre PTJ 090215

KV-Sitz

sucht Kinder- und Jugendlichenpsy-
chotherapeutin (PA, TFP) im Kreis
Mettmann oder Umgebung.
Tel.: 02173/75912

Nürnberg: Dipl.-Psychologin bietet
schöne Praxisräume block- oder
tageweise zur Miete, auch
für Gruppen geeignet.
praxisraeume.nuernberg@gmx.de

PP (TP, w) bietet Mitarbeit im
Kostenerstattungsverfahren für ap-
probieren PP (Erw.) und für Paar-/
Familientherapeut. Moderne Kas-
senpraxis in Hanau (OT Steinheim),
sehr schöne Räume. 0171-9010372.

Praxisvermietung

Münster – Therapieraum in gut
eingeführter, zentral gelegener
Psychotherapeutischer Praxis
(vorzugsweise nachmittags) zu
vermieten. eMail:
psychotherapiepraxis.ms@gmx.de

Vermiete **Praxisraum**
in **München**
Psychotherapie Praxis insgesamt
117 qm
auch für Gruppen geeignet
Nähe U1 Mangfallplatz
praxistweber@aol.com
089 / 64 26 09 19

Psychother. Praxis (Erwachsene,
TP) in Krefeld sucht Entlastungs-
assistent/in / Jobsharing zum III.
Quartal 2009 oder später.
Tel.: 02151-391529

Stellenangebote

FULDA: Hochfrequentierte
Psychologische Praxis für VT
sucht ab sofort Psychologische/n
Psychotherapeuten/-in für Erw.
und / oder Kinder/Jugendliche mit
Approbation/Fachkundenachweis
oder Arztregistereintrag.
Telefon: 0661-76616

**Kleine Anzeigen –
mit GROSSER Wirkung!**

... und das schon ab
€ 53,- zzgl. MwSt

Als Organ der Psychotherapeutenkammer sind wir dazu aufgefordert,
rechtswidrige Formulierungen in Anzeigen abzulehnen.

Wir möchten unsere Leser darauf hinweisen, dass

ein KV Sitz weder *verkauft* noch *abgegeben* werden kann.

Eine Praxis kann verkauft werden,
eine Praxisnachfolge kann gesucht werden oder
eine Praxis kann abzugeben sein.

Ihr Anzeigenteam vom Psychotherapeutenjournal

Anzeigenschluss
für die nächste Ausgabe
ist der **13. August 2009.**
PTJ Ausgabe 3/09
erscheint
am **23. September 2009.**

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

Tiefenpsychologisch Fundierte u. analytische Psychotherapie Verhaltenstherapie
Schnelle und qualifizierte Fallarbeit
- Kinder, Jugendl., Erwachsene -
Tel. 0421 / 444 700
mail: Berichte@t-online.de

tiefenpsychologisch fundierte sowie analytische Psychotherapie
Fallarbeit zu Psychodynamik, Diagnostik und Behandlungsplanung Erwachsene, Kinder und Jugendliche
16 Jahre Erfahrung, Express-Service
Tel.: 0221 / 995 995 – 10
Fax: 0221 / 995 995 – 11
Mo.-Do. 9:00-15:00 Uhr, Fr. 9:00-10:00 Uhr

VT-Antrag als Chance

www.sorkc.de

Wir schreiben – Sie punkten

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte **Supervision bei VT – Antragstellung** von
Dipl. – Psychologin
Tel.: 02234/ 949 170
E-Mail: ju_bender@t-online.de

Medizinrecht/Arztrecht: Fachkundige Beratung und Vertretung bundesweit für ärztliche/psychologische Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen, insbesondere bei: Praxiskauf/-verkauf, Nachbesetzungsverfahren, Jobsharing, Kooperations-/Anstellungsverträge, MVZ, Vertragsgestaltung, Zulassung, Disziplinarverfahren, Honorarforderungen, Rechtsfragen des therapeutischen Alltags (Schweigepflicht, Ausfallhonorar, etc.)
RECHTSANWALT
DR. JUR. WERNER KLUGHARDT,
Fachanwalt für Medizinrecht,
Kanzlei Schmidt Hofert,
Fürstenstr. 15, 80333 München,
Tel.: 089/2870200,
Fax: 089/28702020, e-mail:
dr.w.klughardt@schmidt-hofert.com

www.mustergutachten-vt.de
Beispieltexte und Formulierungshilfen als Vorlage für Ihre Berichte an den Gutachter (Erstberichte und Verlängerungen) für alle gängigen Diagnosen.

Unterstützung beim QEP-Qualitätsmanagement und Erstellung Ihres Praxishandbuchs zeitsparend, kompetent und individuell durch therapieerfahrene Diplom-Psychologin. Tel.: 0221-4856276, E-Mail: silkelandwehr@gmx.de

Sie wollen ihr **Qualitätsmanagementsystem (QM)** schnell und mit wenig Zeitaufwand voranbringen?
Biete flexible **Unterstützung/Beratung** bei der Erstellung Ihres QM nach **QEP**.
Bin in diesem Sinne bereits für mehrere PsychotherapeutInnen erfolgreich tätig.
Info: C. Thamm, Tel: 040/88128615, qms@clemens-thamm.de

Fortbildung in Analytischer Psychologie
Die Fortbildung richtet sich an PsychotherapeutInnen und MitarbeiterInnen in beratenden und psychosozialen Berufen, die Kenntnisse, Konzepte und Methoden der Analytischen Psychologie in ihr professionelles Handeln integrieren wollen. Sie umfasst Theorie, Methoden wie Traumarbeit, Imagination und Symbolarbeit, Kasuistik, Selbsterfahrung und Supervision und erstreckt sich über 3 Jahre.
Beginn: Herbst 2009
Nähere Informationen:
C.G. Jung-Gesellschaft Köln e.V.
Kartäuserwall 24b, 50678 Köln
www.cgjung.org
Tel.: 0221/3101438

Kleine Anzeigen – mit GROSSER Wirkung!

... und das schon ab € 53,- zzgl. MwSt

Mit wenigen Zügen am Ziel!

www.ptv-anzeigen.de

Das Portal für Klein-, Stellen-, Praxis- und Branchenanzeigen im Psychotherapeutenjournal.

Über weitere Anzeigenmöglichkeiten informiert Sie gerne unsere Mediaberaterin:

Claudia Kampmann-Schröder

Tel.: 06221/437042

Mail: anzeigen@psychotherapeutenjournal.de



Branchenverzeichnis

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Für die Anzeigen sind die Inserenten verantwortlich. Eine Überprüfung der Angaben durch die Psychotherapeutenkammern findet nicht statt.

Akademie bei König & Müller
Semmelstraße 36/38
D-97070 Würzburg
Tel. 0931-46 07 90 33
akademie@koenigundmueller.de
www.koenigundmueller.de

Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp)
Bundesakademie
Postfach 13 43, 72003 Tübingen
Tel.: 0700 23723700
Fax.: 0700 23723711
bundesakademie@afp-info.de
www.afp-info.de

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
Venloer Str. 47-53
50672 Köln
Tel.: 0221 - 42 48 570
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
Tel.: 030 79703982
Fax.: 030 79703984
Sprechzeiten:
Mo: 9-11 Uhr; Do: 9-11 Uhr
b-f-a@t-online.de
www.b-f-a.de

**Deutsche Akademie für
Psychoanalyse**
Goethestr. 54, 80336 München
Tel.: 08131/66 78 84
Wadpcongress2007@dynpsych.de
www.wadp-congress.de

**Deutsches Institut für
Psychotraumatologie e.V.**
Telefon: 02245-9194-0
www.psychotraumatologie.de
Zert. WB f. app. PPT,
Mehrdimensionale Psycho-
dynamische Traumatherapie

EMDR-Institut Deutschland
51427 Bergisch Gladbach
02204-25866
info@emdr-institut.de
www.emdr.de

**FAM.THERA.INSTITUT
für Familientherapie und
Systemische Beratung**
Lauterbacher Str. 22
4668 Grimma OT Bernbruch
Tel.: 03437/762871
Fax: 03437/702876
fam.thera@t-online.de
www.fam-thera.de

**FoBiS
Systemisches Institut für Bildung,
Forschung und Beratung**
Altdorfer Str. 5
71088 Holzgerlingen
07031/ 60 59 88
07031/ 60 49 75
info@fobis-online.de
www.fobis-online.de

**Fort- und Weiterbildungsinstitut
MFK Münchner FamilienKolleg**
Pfarrstr. 4, 80538 München
Tel.: 089 - 22 29 92
mfk.familienkolleg@t-online.de
www.mfk-fortbildung.de

Fortbildung Klinische Hypnose
in Darmstadt. Veranstalter: DGH
Tel.: 06033/73667 oder
www.hypnoseausbildung.de

**INNTAL INSTITUT
NLP und Systemische Ausbildung**
Anerkannt von PTK und Ärztekammer
In München, Rosenheim, Ulm,
am Bodensee und in
Norddeutschland alle Termine auf
www.inntal-institut.de
INNTAL INSTITUT, Dipl.-Psych.
Claus & Daniela Blickhan
mail@inntal-institut.de

**Internationale Arbeitsgemein-
schaft für Gruppenanalyse**
Kreuzherrenstraße 65
53227 Bonn
Tel.: 0228 478951
Fax: 0228 477872
office@gruppenanalyse.info
www.gruppenanalyse.info

www.psycho-vision.de
Virtuelle Realität in der 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
info@hsi-heidelberg.com
www.hsi-heidelberg.com

**IGW Institut für integrative
Gestalttherapie**
Theaterstr. 4, 97070 Würzburg
Fon: 0931/354450
Fax: 0931/3544544
info@igw-gestalttherapie.de
www.igw-gestalttherapie.de

**Institut für Traumatherapie
Oliver Schubbe**
EMDR-Kurse, Curricula
Psychotraumatologie
und EMDR-Vertiefungsseminare,
kammerzertifiziert
Tel.: 030-4642185
info@traumatherapie.de
www.traumatherapie.de

**Institut für Verhaltenstherapie,
Verhaltensmedizin u.
Sexuologie (IVS)**
Nürnberger Str. 22,
90762 Fürth
Tel.-Nr. 0911 / 78 72 72 7
FAX: 0911 / 78 72 72 9
ambulanz@ivs-nuernberg.de
www.ivs-nuernberg.de

**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
mail@erickson-institut-berlin.de
www.erickson-institut-berlin.de

**Münchner Institut für Trauma-
therapie (MIT)**
Leitung: Prof. Dr. Willi Butollo
Zertifizierte Aus-/Fortbildung
**Integrative Traumatherapie
& Dialogische Exposition**
Information und Termine:
www.trauma-ambulanz.com

**Schule für Initiatische
Gestalttherapie**
Nußbergstr. 35, 97422 Schweinfurt
Tel. 09721/34627
winfried-wagner@aiki-institut.de
www.initiatische-gestalttherapie.de

systema-institut mannheim
Fon: 0621-7992828
systema-institut@t-online.de
www.systema-institut.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,
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 22987-50
info@schattauer.de
www.schattauer.de

Verlag Hans Huber
Hogrefe AG
Länggassstr. 76
CH 3000 Bern 9
www.verlag-hanshuber.com

Kliniken/Rehazentren

**Christoph-Dornier-Klinik
für Psychotherapie**
Tibusstr. 7-11
48143 Münster
Tel. 0251/4810-100
Fax. 0251/4810-105
info@c-d-k.de
www.c-d-k.de

Fachklinik Waren (Müritz)
Auf dem Nesselberg 5, 17192 Waren
Tel.: 01803/244142-0
Fax: 01803/244142-404
info@fachklinik-waren.de
www.fachklinik-waren.de

**Medizinisch-Psychosomatische
Klinik Bad Bramstedt**
Schön Kliniken
Birkenweg 10, 24576 Bad Bramstedt
Tel.: 04192/5040
Fax: 04192/504550
KlinikBadBramstedt@schoen-
kliniken.de
www.schoen-kliniken.de

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 Landeskammern selbst bearbeitet und können ggf. auf ihren Mitteilungsseiten veröffentlicht werden.

Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin, Psychotherapeutenkammer Bremen, Psychotherapeutenkammer Hamburg, Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Psychotherapeutenkammer des Saarlands, Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat

Prof. Dr. Rainer Richter (BPTK), Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg), Mareke de Brito Santos-Dodt (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Hans Schindler (Bremen), Ulrich Wirth (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Prof. Dr. Jürgen Hoyer (OPK), Alfred Kappauf (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

Vogel Druck und Medienservice
97204 Höchberg

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.

Abonnementservice

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 3/2009 ist der 04. September 2009, für Ausgabe 4/2009 der 18. Dezember 2009. Manuskripte sind elektronisch (CD, Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 25 Seiten (à 1.500 Zeichen) 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.