

ISSN 1611-0773  
D 60843  
7. Jahrgang

# Psychotherapeuten- journal

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

3/2008

19. September 2008 (S. 213-324)

- Glücksspielsucht
- Die Normierung der Beziehung durch die Macht des Marktes
- „Studenttherapeut“ – ein neues Qualitätsmerkmal?
- Psychotherapie zwischen Forschung und Anwendung
- Heilpraktikerrecht und Psychotherapie
- Diskriminierung durch Private Krankenversicherungen

**Psychotherapeuten  
Verlag**

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie ein roter Faden zieht sich durch die vorliegende Ausgabe des PTJ das Thema „Qualität der Psychotherapie unter den gegebenen Rahmenbedingungen“.

In jüngster Zeit sind gerade die Gefahren im Umgang mit Glücksspielen verstärkt in den Fokus gesundheits- und gesellschaftspolitischen Interesses gerückt. Chantal Patricia Mörsen und Gerit Loeffler beschreiben in ihrem Beitrag „Glücksspielsucht“ das Störungsbild, ordnen es nosologisch ein und diskutieren verschiedene Behandlungsansätze.

Die aktuelle Umgestaltung des gesetzlichen Krankenversicherungssystems über die Steuerung durch „Marktinstrumente“ soll Ressourcen besser verteilen, indem sie Kosten senkt und Qualität und Effektivität in der Behandlung steigert. Das Novum der jetzigen Reform ist, durch Ausschreibung der Einzelverträge die sogenannten Leistungsanbieter untereinander in Wettbewerb treten zu lassen. Was dies für die Qualität der psychotherapeutischen Behandlung bedeuten kann und welche Motive die beteiligten Akteure antreiben, beleuchten Ulrich A. Müller et al. in ihrem Beitrag „Die Normierung der Beziehung durch die Macht des Marktes“ sehr anschaulich. Vor dem Hintergrund knapper werdender finanzieller Mittel werden Eingriffe in die Heilbehandlung durchgeführt, die Auswirkungen auf die Qualität haben (werden/sollen?). Die spannend geschriebene Analyse beschreibt, wie unter verschärften Wettbewerbsbedingungen Steuerung und Kontrolle eingesetzt werden, um vorgeblich die Qualität zu verbessern. Fraglich ist, ob dies so erreichbar sein kann, da dies Vergleichbarkeit und somit die Standardisierung von Prozessen voraussetzt. Die Autoren kritisieren, dass eine solche Standardisierung Einfluss auf den Inhalt der Prozesse selbst hat und stellen in Frage, inwiefern die psychotherapeutische Beziehung betroffen ist.

Hieran schließt sich die Frage nach der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Psychotherapie an. Psychotherapieforschung ist nicht möglich ohne die Bereitschaft von Patienten und Therapeuten, den Behandlungsprozess nicht nur selber zu beschreiben, sondern ihn für Dritte nachvollziehbar und damit beobachtbar zu machen, vermitteln Horst Kächele und Rainer Richter in ihrem Beitrag „Studientherapeut – ein neues Qualitätsmerkmal?“. Die Autoren beleuchten die Fragen: Ist es mit dem Abstinenzgebot vereinbar, wenn die Psychotherapeutin den Patienten für eine Studie werben will? Was hat der Psychotherapeut selbst von einer Studienteilnahme? Die Autoren fordern „ein berufliches Verständnis, da das System der kassenfinanzierten Versorgung nur durch die Bereitschaft, an Studien teilzunehmen, gesichert werden kann“. Es werden vor allem erfahrene Kolleginnen und Kollegen als Studientherapeuten gebraucht, die sich in realen Praxen außerhalb von Laborbedingungen an wissenschaftlichen Studien beteiligen.

Wie notwendig dies ist, zeigt der Bericht vom 39. Meeting der Society for Psychotherapy Research in Barcelona von Timo Harfst, Tina Wessels, Michael B. Buchholz und Horst Kächele. Es wird ein Überblick über die aktuelle Psychotherapieforschung gegeben, auch vor dem Hintergrund der verschiedenen Gesundheitssysteme. Die Weiterentwicklung der Forschungsmethoden und die daraus resultierenden Ergebnisse machen Hoffnung, dass es gelingen wird, Therapieerfolg weiterhin wissenschaftlich zu belegen. Damit die Kosten- und Entscheidungsträger endlich zur Kenntnis nehmen, was wir schon längst wissen: dass Psychotherapie hilft.

Eigentlich wurde mit dem Psychotherapeutengesetz vor 10 Jahren das Thema der eingeschränkten HPG-Erlaubnis abgeschafft. Dass es trotzdem immer noch Regelungs- und juristischen Klärungsbe-



darf gibt, fasst Johann Rautschka-Rücker in seinem Beitrag zum „Heilpraktikerrecht“ verständlich zusammen und fordert, es auf den Prüfstand zu stellen.

Ebenfalls seit 10 Jahren überfällig ist die Integration unseres Berufsstandes in die Leistungserbringung für privat Versicherte. Uta Rüping kritisiert die aktuelle versicherungsrechtliche Situation, die den Versicherten hochqualifizierte Psychotherapie vorenthält. Die „Diskriminierung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch Private Krankenversicherungen“ manifestiert sich im Kleingedruckten der Versicherungsverträge und die Autorin zeigt auf, wie problematisch es ist, wenn Gerichte über Psychotherapie richten.

In knappen Übersichten berichten Franka Baudisch, Ulrike von Lersner und Anna Auckenthaler „Aktuelles aus der Forschung“. Hier besonders spannend und zu meinem roten Faden passend der Bericht zur Psychotherapieforschung.

Lesen Sie selbst!

*Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein)  
Mitglied des Redaktionsbeirates*

# Inhalt

<b>Editorial</b> . . . . .	213
----------------------------	-----

## Originalia

<i>Chantal Patricia Mörsen &amp; Gerit Loeffler</i> Glücksspielsucht. . . . .	216
--	-----

In diesem Beitrag werden das Störungsbild „Glücksspielsucht“, seine Klassifikation und nosologische Einordnung vorgestellt. Ausgehend von einem Suchtmodell pathologischen und problematischen Spielverhaltens werden Präventions- und Interventionsansätze diskutiert.

<i>Ulrich A. Müller, Hildegard Felder, Stephan Stanko, Susanne Walz-Pawlita &amp; Yvonne Winter</i> Die Normierung der Beziehung durch die Macht des Marktes. Droht ein Paradigmenwechsel in der psychotherapeutischen Behandlung durch veränderte Rahmenbedingungen in der aktuellen Gesundheitspolitik? . . . . .	228
--	-----

Der Beitrag befasst sich mit den Konsequenzen der selektivvertraglichen Umorientierung des Gesundheitssystems für die ambulante Psychotherapie. Auf Grundlage der Analyse der bisherigen IV-Verträge und der Verlautbarungen der Krankenkassen sehen die Autoren die Standards der Psychotherapie und deren gleichrangige Stellung neben dem ärztlichen Heilberuf gefährdet. Die strukturellen Veränderungen reichen weit in das ethische Selbstverständnis der Psychotherapie hinein und drohen die Beziehung in der Heilbehandlung essentiell zu erschüttern.

<i>Horst Kächele &amp; Rainer Richter</i> „Studientherapeut“ - ein neues Qualitätsmerkmal? . . . . .	241
---	-----

Angesichts der wachsenden Orientierung an Evidenzbasierter Medizin empfehlen die Verfasser die Einführung eines neuen Qualitätsmerkmals: „Studientherapeut“.

<i>Timo Harfst, Tina Wessels, Michael B. Buchholz &amp; Horst Kächele</i> Psychotherapie zwischen Forschung und Anwendung . . . . .	244
--	-----

Ein Bericht vom 39. Meeting der Society for Psychotherapy Research (SPR) in Barcelona.

## Recht: Aktuell

<i>Uta Rüping &amp; Johann Rautschka-Rücker</i> Diskriminierung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch Private Krankenversicherungen . . . . .	248
--	-----

<i>Johann Rautschka-Rücker</i> Heilpraktikerrecht und Psychotherapie . . . . .	250
---	-----

## Aktuelles aus der Forschung

<i>Franka Baudisch, Ulrike von Lersner &amp; Anna Auckenthaler</i> . . . . .	254
--	-----

<b>Buchrezensionen</b> . . . . .	255
----------------------------------	-----

<i>Detlef Selle</i> Hennig, H., Fikentscher, E., Bahrke, U. & Rosendahl, W. (2007). Beziehung und therapeutische Imaginationen. Katathym Imaginative Psychotherapie als psychodynamischer Prozess. Lengerich: Pabst Science Publishers. 308 Seiten. . . . .	257
--	-----

<i>Gabriela Küll</i> Cierpka, M. & Windaus, E. (Hrsg.). (2007). Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie. Konzepte – Leitlinien – Manual. Frankfurt: Brandes & Apsel. 216 Seiten. . . . .	258
---	-----

<b>Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern</b> . . . . .	260
Bundespsychotherapeutenkammer . . . . .	260
Baden-Württemberg . . . . .	264
Bayern . . . . .	268
Berlin . . . . .	272
Bremen . . . . .	276
Hamburg . . . . .	280
Hessen . . . . .	285
Niedersachsen . . . . .	290
Nordrhein-Westfalen . . . . .	294
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer . . . . .	300
Rheinland-Pfalz . . . . .	305
Saarland . . . . .	310
Schleswig-Holstein . . . . .	314
<b>Leserbriefe</b> . . . . .	318
<b>Kontakt Daten der Kammern</b> . . . . .	319
<b>Stellen-/Praxismarkt</b> . . . . .	226, 227, 320
<b>Kleinanzeigen</b> . . . . .	322
<b>Inserentenverzeichnis</b> . . . . .	322
<b>Branchenverzeichnis</b> . . . . .	323
<b>Impressum</b> . . . . .	324

**Hinweis:**

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

Den Exemplaren der folgenden Länder sind in dieser Ausgabe wichtige Unterlagen beigeheftet:

- NRW: Berufsordnung, Änderung der Weiterbildungsordnung und Satzungsänderung des Versorgungswerkes

# Neu !!! Epikur 3

**Alles was ein  
Psychotherapeut für die  
Praxisführung braucht!**

**Die Praxisverwaltungs-  
software für  
Psychotherapeuten mit  
einer intuitiven  
Benutzerführung**

**Leicht zu erlernen,  
übersichtlich und  
schnell**

- **Alles auf einen Blick:**
  - Heute zu tun
  - Antragsstatus
  - Termine
  - Vollständigkeitsanzeige
  - Regelwerksprüfung bei Eingabe
  - Praxisgebühr
- **zukunftsicher durch  
Verwendung modernster  
Softwaretechnologien**
- **erweiterbar für  
Ausbildungsinstitute und  
Gemeinschaftspraxen**

Entdecken Sie jetzt  
das neue **Epikur**

**Demoversion  
unter [www.epikur.de](http://www.epikur.de)  
030-21232563**

# Glücksspielsucht

Chantal Patricia Mörsen, Gerit Loeffler

Kompetenzzentrum Verhaltenssucht, Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

**Zusammenfassung:** Glücksspiele sind seit jeher ein in der Bevölkerung verbreitetes und beliebtes Unterhaltungs- und Freizeitvergnügen. Jedoch birgt das Spiel mit dem Glück auch die Gefahr des unkontrollierten, süchtigen Glücksspiels als chronifizierte Suchterkrankung mit gravierenden psychosozialen Konsequenzen für den Betroffenen. In jüngster Zeit sind die Gefahren des Glücksspiels verstärkt in den Fokus des gesundheits- und gesellschaftspolitischen Interesses gerückt. Die Glücksspielsucht ist gegenwärtig als „pathologisches Spielen“ in den internationalen Klassifikationssystemen unter den Impulskontrollstörungen eingeordnet. Phänomenologische und neurobiologische Ähnlichkeiten legen jedoch nahe, dass es sich beim pathologischen Spielen um eine Suchterkrankung handelt. In diesem Beitrag werden das Störungsbild „Glücksspielsucht“, seine Klassifikation und nosologische Einordnung beschrieben. Ausgehend von einem Suchtmodell pathologischen Spielens werden Implikationen für Prävention und Intervention diskutiert und verschiedene Behandlungsansätze vorgestellt.

## 1. Einleitung

**„... morgen, morgen wird alles ein Ende haben!“**

So lässt Dostojewski seinen Protagonisten Alexej in seinem 1866 erschienenen autobiographischen Roman „Der Spieler“ sprechen. Dostojewski erzählt in seinem Werk schonungslos die Geschichte seines Hauptdarstellers, beginnend mit einer anfangs harmlosen Freude am Spiel bis zum süchtigen Fanatiker, der am Ende alles verliert.

Die Glücksspielsucht, auch als pathologisches Glücksspiel bezeichnet, ist kein Phänomen unseres Jahrhunderts. Bereits im 15. Jahrhundert wurde die Glücksspielsucht bei Würfelspielen von dem flandrischen Arzt Pâquier Joosten beschrieben. Als Glücksspiel werden Spiele definiert, bei denen ein Vermögenswert durch den Spieler eingesetzt wird und die Entscheidung über Gewinn oder Verlust ausschließlich

oder vorwiegend vom Zufall und nicht von der Fähigkeit oder dem Geschick des Spielers abhängt. Formen des Glücksspiels umfassen z. B. Geldspielautomaten, Roulette, Black Jack, Baccara, Zahlenlotto, Toto und Sportwetten. Zu Beginn einer Spielerkarriere ist das Glücksspiel als risikoreiches Spiel durch die Aussicht auf Gewinn motiviert. Im Laufe einer pathologischen Entwicklung dominiert jedoch die erregende oder entspannende Wirkung der Glücksspiele die Spielmotivation (Grüsser & Albrecht, 2007).

Die Möglichkeit, in kürzester Zeit einen erheblichen Geldgewinn durch minimalen materiellen Einsatz und ohne große Anstrengung zu erhalten, stellt einen starken Anreiz für alle Bevölkerungsschichten dar. Zusätzlicher Ansporn ist die bittersüße Zeit zwischen Einsatz und Gewinnbekanntgabe, charakterisiert durch eine spannungsgeladene Unsicherheit, in der sich ängstliche Besorgnis und hoffnungsvolle Erwartung im Spieler abwechseln. Wäh-

rend die Mehrheit der Bevölkerung Glücksspiele als Freizeitaktivität mit eher geringen Einsätzen zur Unterhaltung oder zur Abwechslung zum Alltag nutzt, entwickelt ein Teil davon ein pathologisches Glücksspielverhalten mit gravierenden psychosozialen und materiellen Folgen für sich und seine Angehörigen. Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts wurde von Experten die Spielsucht wie die Kokain- und Morphiumsucht zu den wesentlichen Suchtformen gezählt und die Parallelen zwischen Merkmalen psychotroper Abhängigkeiten und süchtigem Verhalten beschrieben. Der Begriff der „Tätigkeitssüchte“ wurde 1936 von Gabriel und Kratzmann formuliert und durch Gebssattel (1954) unterstützt, der ebenfalls eine unabhängige Bezeichnung von stoffgebundenen Süchten forderte. Diese historischen Wurzeln setzen sich in der seit den 80er Jahren geführten Diskussion um die adäquate Klassifizierung des pathologischen Glücksspiels sowie anderer Formen der nichtstoffgebundenen Sucht fort (Grüsser & Albrecht, 2007; Potenza, 2006).

## 2. Epidemiologie

Während seit den 80er Jahren vor allem Lotterien und Geldspielautomaten das bevorzugte Glücksspielmedium waren, bedingen erweiterte Angebote vor allem im Internet bzw. Zulassungen neuer Glücksspielkonzessionen Verlagerungen in der Nutzungshäufigkeit zwischen den einzelnen Glücksspielformen (Meyer & Bachmann, 2005). Dabei haben sich in den letzten 10 Jahren vor allem die Nutzungsmuster im Lottospiel- und Wettbetrieb grundlegend geändert. Rückläufigen Umsätzen in den Spielbanken stehen expo-

nentiell steigende Umsätze im Lotto- und Sportwettenspiel gegenüber. Verschiedene Studien zeigen, dass 70 bis 90% der Erwachsenen zumindest schon einmal Glücksspiele gespielt haben. In Deutschland weisen 0,1–0,6% der erwachsenen Bevölkerung ein problematisches oder pathologisches Spielverhalten auf (Bühringer, Kraus, Sonntag, Pfeiffer-Gerschel & Steiner, 2007; Buth & Stöver, 2008). Laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) wird aktuell von 100.000 bis 170.000 beratungs- und behandlungsbedürftigen pathologischen Spielern ausgegangen.

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass es deutliche Abweichungen in der Stärke des Suchtpotentials der unterschiedlichen Glücksspielformen gibt. Vor allem Automaten Spiele aber auch Glücksspiel im Internet zählen zu den Spielformen mit einem erhöhten Suchtpotential. So wurden Geldautomaten Spieler als die größte Gruppe der Betroffenen in den unterschiedlichen Institutionen des deut-

schen Hilfesystems identifiziert (Meyer, 2008).

Die weltweit relativ stabilen durchschnittlichen Prävalenzzahlen von 1,0% für das pathologische Glücksspiel (Cunningham-Williams, Cottler & Womack, 2004) sind vergleichbar mit der Prävalenz von psychischen Störungen allgemein und somit ein relevantes Problem für die medizinisch-therapeutische wie psychosoziale Praxis (Grüsser & Albrecht, 2007; Grüsser & Thalemann, 2006).

### 3. Definition und Klassifikation

In den beiden internationalen Klassifikationssystemen psychischer Störungen, der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 2008) und dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) wird das pathologische

Glücksspiel bislang unter der Kategorie „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ als „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (ICD-10) bzw. „Störungen der Impulskontrolle, nicht andersorts klassifiziert“ (DSM-IV-TR) aufgelistet. Die in dieser Kategorie klassifizierten psychischen Störungen, wie das krankhafte Haare ausreißen (Trichotillomanie), Feuerlegen (Pyromanie) und Stehlen (Kleptomanie), sind charakterisiert durch als unkontrollierbar beschriebene Impulse, bestimmte Handlungen auszuführen. Die Zugehörigkeit der Glücksspielsucht zu den Impulskontrollstörungen wird nach wie vor kontrovers diskutiert. So wird das pathologische Glücksspiel zwar in den Klassifikationssystemen unter Impulskontrollstörung eingeordnet, seine diagnostischen Kriterien wurden jedoch in Anlehnung an die Kriterien der stoffgebundenen Sucht formuliert. Von den im Folgenden aufgeführten 10 Kriterien, die im DSM-IV-TR formuliert sind, müssen mindestens fünf erfüllt sein, um die entsprechende Diagnose stellen zu können:

## DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HYPNOSE (DGH)

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

Prof. Dr. Walter Bongartz

## HYPNOTHERAPIEFORTBILDUNG

KONSTANZ und WIESBADEN

<b>Referent:</b>	Prof. Dr. Walter BONGARTZ
<b>Ort:</b>	Konstanz Wiesbaden
<b>Teilnehmer:</b>	DiplompsychologInnen, ÄrztInnen
<b>Beginn des curriculums:</b>	Konstanz: <b>01.10.2008</b> Wiesbaden: <b>18.10.2008</b>
<b>Kursinformationen/Anmeldung:</b>	K.I.K.H. Bleicherstr. 12 78467 Konstanz Tel./Fax: 07531-56711 e-mail: bongartz@hypnose-kikh.de

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

## Akademie bei König & Müller

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



### NeXus Anwenderkurs Biofeedback und Neurofeedback - Teil I (Herzratenvariabilität, Migräne, Stress, EMG und Atemtraining)

17.10.2008 D-Würzburg (Kursnr.: FB081017D)

Erwin Hartsuiker; 165,00 €\* / GNP-Mitglied: 165,00 €\*; 8 Std.; FE-Pkt: 10  
Bitte Modulrabatte beachten! Modul-Kurse: FB081017D, FB081018B

### NeXus Anwenderkurs Biofeedback und Neurofeedback - Teil II (EEG-Training, QEEG und langsame kortikale Potentiale)

18.10.2008 D-Würzburg (Kursnr.: FB081018B)

Erwin Hartsuiker; 165,00 €\* / GNP-Mitglied: 165,00 €\*; 8 Std.; FE-Pkt: 10  
Bitte Modulrabatte beachten! Modul-Kurse: FB081017D, FB081018B

### Grundlagen der Neuropsychologie für Mitarbeiter in Werkstätten für behinderte Menschen

25.10.2008 D-Würzburg (Kursnr.: FB081025B)

Dipl.-Psych. Sylvia Wunderlich; 170,00 €\* / GNP-Mitglied: 161,00 €\*; 8 Std.; FE-Pkt: 10

### Neuropsychology – Developments, Directions and Practical Applications

07.11. - 08.11.2008 CH-Rheinfelden (Kursnr.: FB081107B)

Prof. Barbara Wilson  
328,00 € (541,00 CHF) / GNP-Mitglied: 311,00 € (513,00 CHF); 16 Std.; FE-Punkte: 20

### FACHTAGUNG:

#### Alltagsorientierte Rehabilitation emotionaler und kognitiver Störungen

14.11. - 15.11.2008 D-Würzburg (Kursnr.: FB081114A)

Prof. Dr. Martin Hautzinger, Dipl.-Psych. & Prof. Dr. Walter Sturm, Dipl.-Psych. & Dipl.-Inf. Joachim Kohler, Dipl.-Psych. & PD Dr. Thomas Beblo, Dipl.-Psych. & PD Dr. Reiner Kaschel, Dipl.-Psych.;  
160,00 €\* / GNP-Mitglied: 160,00 €\*; 12 Std.; FE-Pkt: 14

### Drogen und Toxikologie

29.11.2008 D-Würzburg (Kursnr.: FB081129A)

Dr. Tobias Jung; 170,00 €\* / GNP-Mitglied: 161,00 €\*; 8 Std.; FE-Pkt: 12

### Neurofeedback – Grundlagen, Anwendungen und Technik

24.04. - 25.04.2009 D-Würzburg (Kursnr.: FB090424B)

Dr. Ute Strehl, Dipl.-Psych.; 298,00 €\* / GNP-Mitglied: 283,00 €\*; 16 Std.; FE-Pkt: 24

Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an!

\*Kosten incl. MwSt.

## Der Spieler

1. Ist stark eingenommen vom Glücksspiel (z. B. starkes Beschäftigtsein mit gedanklichem Nacherleben vergangener Spielerfahrungen oder dem Planen nächster Spielunternehmungen, Nachdenken über Wege Geld zum Spielen zu beschaffen).
2. Muss mit immer höheren Einsätzen spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen.
3. Hat wiederholt erfolglose Versuche unternommen, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben.
4. Ist unruhig und gereizt beim Versuch das Spielen einzuschränken oder aufzugeben.
5. Spielt, um Problemen zu entkommen oder um eine dysphorische Stimmung (z. B. Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression) zu erleichtern.
6. Kehrt, nachdem er beim Glücksspiel Geld verloren hat, oft am nächsten Tag zurück, um den Verlust auszugleichen (dem Verlust hinterher jagen).
7. Belügt Familienmitglieder, den Therapeuten oder andere, um das Ausmaß seiner Verstrickung in das Spielen zu vertuschen.
8. Hat illegale Handlungen wie Fälschung, Betrug, Diebstahl oder Unterschlagung begangen, um das Spielen zu finanzieren.
9. Hat eine wichtige Beziehung, seinen Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen wegen des Spielens gefährdet oder verloren.
10. Verlässt sich darauf, dass andere ihm Geld bereitstellen, um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden.

Im ICD-10 lauten die diagnostischen Merkmale der Impulskontrollstörung „Pathologischen (Glücks)Spielens“ – ebenfalls in inhaltlicher Übereinstimmung mit den diagnostischen Kriterien für die stoffgebundene Sucht:

- beharrliches, wiederholtes Spielen über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr,
- kaum kontrollierbarer, intensiver Drang zu spielen,
- anhaltendes und oft noch gesteigertes Spielen trotz negativer sozialer Konse-

quenzen (wie Verarmung, gestörte Familienbeziehungen und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse) sowie

- ständiges gedankliches und vorstellungsmäßiges Beschäftigtsein mit dem Glücksspiel.

In der aktuellen Literatur wird analog zum Störungsbild des Substanzmissbrauchs auch ein problematisches Glücksspielverhalten beschrieben. Damit ist ein Stadium gemeint, bei dem der Spieler noch nicht das Vollbild einer Glücksspielsucht aufweist, der Betroffene jedoch bereits durch die negativen Folgen seines exzessiven Spielverhaltens belastet ist. Differenzialdiagnostisch ist das Störungsbild „pathologisches Glücksspiel“ abzugrenzen von gewohnheitsmäßigem Spielen, exzessivem Spielen in einer manischen Phase und dem Spielen bei Vorliegen einer dissozialen bzw. soziopathischen Persönlichkeitsstörung.

#### 4. Phänomenologie und nosologische Einordnung

Die kontroverse Diskussion um eine adäquate Einordnung des pathologischen Glücksspiels spiegelt sich in der Klassifikation als Impulskontrollstörung zum einen und zum anderen in der Ableitung der diagnostischen Kriterien in Anlehnung an die Abhängigkeitserkrankungen wieder. In beiden Klassifikationssystemen stehen deutlich das starke Verlangen zu spielen und die eingeschränkte Kontrolle über das eigene Glücksspielverhalten im Vordergrund. Das Verhalten wird trotz offensichtlich negativer Konsequenzen in meist allen Lebensbereichen, uneingeschränkt fortgesetzt. Obwohl das für eine stoffgebundene Sucht charakteristische Kriterium der Entzugserscheinungen hier nicht explizit aufgeführt wird, können auch bei exzessivem Glücksspiel erhebliche Entzugserscheinungen das Störungsbild bestimmen. Häufig werden auf körperlicher Ebene Symptome wie Zittern, Schwitzen, motorische Unruhe und auf psychischer Ebene Konzentrationsstörungen, Aufmerksamkeitsdefizite, erhöhte Aggressionsbereitschaft, depressive Verstimmungen von pathologischen Glücksspielern beschrieben (Cunningham-

Williams & Hong, 2007; Wray & Dickerson, 1981).

Alternativ dazu fassen andere Autoren das pathologische Glücksspiel als eine sog. „Zwangsspektrumsstörung“ auf (Black & Moyer, 1998; Hand, 2003). Diese Zuordnung für das Störungsbild des Pathologischen Glücksspiels erweist sich als nicht differenziert und umfassend genug. Der entscheidende Unterschied zwischen dem pathologischen Glücksspiel und der Kategorie der Zwangsspektrumsstörungen besteht in der längerfristigen Planung der glücksspielassoziierten Verhaltensweisen und der positiven Bewertung des Glücksspielverhaltens selbst. Daher wird in der Literatur zunehmend das pathologische Glücksspiel in Anlehnung an das frühe Konzept der „Tätigkeitssüchte“ von Gabriel und Kratzmann (1936) als eine nicht-stoffgebundene Sucht bzw. als eine Form der Verhaltenssucht verstanden (Grüsser & Thalemann, 2006; Meyer & Bachmann, 2005; Poppelreuter & Gross, 2000). Dieses Konzept wird durch die Annahme unterstützt, dass das menschliche Gehirn nicht zwischen einer belohnenden Erfahrung durch psychotrope Substanzen (die direkt auf Neurotransmitter wie das dopaminerge Belohnungssystem einwirken) und einer belohnenden Erfahrung durch Verhaltensweisen unterscheidet (Grüsser & Thalemann, 2006). Der psychotrope Effekt einer belohnenden Verhaltensweise, wie z. B. das Spielen von Glücksspielen, wird durch körpereigene biochemische Veränderungen im Gehirn hervorgerufen, die durch die Verhaltensdurchführung ausgelöst werden (Böning, 1999; Grüsser & Thalemann, 2006; Holden, 2001; Marks, 1990). Aus dieser Annahme erklären sich das unwiderstehliche Verlangen pathologischer Glücksspieler nach dem nächsten Glücksspielereignis und auch das physische wie psychische Unbehagen, wenn das Glücksspiel unterbrochen wird bzw. nicht durchgeführt werden kann, analog dem typischen Verlangens- und Entzugsgeschehen von „Substanzabhängigen“. Einen zusätzlichen Hinweis bezüglich der Übereinstimmungen zwischen dem pathologischen Glücksspiel und der Substanzabhängigkeit erbrachten neuropsychologische und neurokognitive Befunde, die darauf hindeuten, dass beiden Störungsbildern

vergleichbare neurobiologische Strukturen zugrunde liegen (Crockford, Goodyear, Edwards, Quickfall & el-Guebaly, 2005; Grüsser, Plöntzke & Albrecht, 2005; Potenza, Leung et al., 2003; Potenza, Steinberg et al., 2003; Reuter et al., 2005).

Die Zuordnung des pathologischen Glücksspiels zu den Abhängigkeitserkrankungen ist nicht nur pragmatischer Natur, sondern wird in der pathologischen Entwicklung deutlich. Hier sind eindeutige Parallelen zu den Phasen der stoffgebundenen Abhängigkeitsentwicklung (Jellinek, 1946) zu sehen. Jellineks Phasenmodell der Alkoholabhängigkeit unterscheidet ein positives Anfangsstadium, das Gewöhnungsstadium und das Suchtstadium. Nach Custer (1987) können in Anlehnung an dieses Modell die ineinander überfließenden Stufen für die Entwicklung der Glücksspielsucht adaptiert werden.

So wird das positive Anfangsstadium als die *Einstiegsphase* beschrieben und ist durch erste Kontakte zum Glücksspiel sowie durch erste, anregend wirkende Gewinne, die überwiegend den eigenen Fähigkeiten statt dem Zufall zugeschrieben werden, gekennzeichnet (Argo & Black, 2004). In dieser Phase erhöht der Spieler die Häufigkeit seiner Besuche, wird dabei risikofreudiger und verliert zunehmend.

Die zweite, als das *kritische Gewöhnungsstadium* bezeichnete Phase, kennzeichnet den fließenden Übergang in die *Verlustphase*, durch das sogenannte „chasing“, (den Verlusten hinterher jagen) und die Toleranzentwicklung (Steigerung des Glücksspielverhaltens). Hier setzt der Betroffene immer mehr Geld und Zeit ein, um zu gewinnen bzw. bisherige Verluste auszugleichen. Die Spielintensität steigt weiter (spielt z. B. an mehreren Geldspielautomaten gleichzeitig, um die erwünschte Wirkung zu erzielen). Der Betroffene verliert immer mehr, verschuldet sich, verstrickt sich in Ausreden und Lügen und entflieht den daraus resultierenden Problemen (z. B. in der Partnerschaft) durch erneutes Glücksspiel. In dieser Phase kann er unter Umständen noch zeitweise abstinent leben und sein Glücksspielverhalten kontrollieren (Meyer & Bachmann, 2005).

Die *Suchtphase* oder auch *Verzweiflungsphase* ist durch Kontroll- und Abstinenzverlust als Merkmal süchtigen Verhaltens charakterisiert. Kennzeichnend ist die trotz der überwiegenden Verluste dauerhaft gesteigerte Spielfrequenz, welche durch kognitive Verzerrungen, wie die Kontrollillusionen oder abergläubische Überzeugungen aufrechterhalten wird. Das notwendige Spielkapital wird, wenn alle legalen Geldquellen erschöpft sind, auch illegal beschafft. Die hohen Verluste gehen mit Schuld- und Panikgefühlen sowie auch mit Suizidgedanken einher. Oft kommt es im weiteren Verlauf zu einem sozialen und beruflichen Abstieg, einhergehend mit dem Verlust des Freundeskreises, Trennung bzw. Scheidung vom Lebenspartner sowie sozialer Isolierung. Zusätzlich sind in dieser Phase Verzerrungen des Denkens (Verleugnung, Misstrauen, übertriebene Zuversicht etc.) und Persönlichkeitsveränderungen (z. B. Stimmungs labilität, Selbstverachtung, Antriebsverlust bis hin zur Depressivität, mangelnde Kritikfähigkeit) symptomatisch. Im weiteren Verlauf ist verstärkt mit erhöhter Suizidgefahr und/oder zusätzlichem Substanzmissbrauch zu rechnen.

Der beschriebene Prozess zeigt die Pathogenese der Glücksspielsucht analog zu den meisten der Abhängigkeitserkrankungen als eine Entwicklung, die sich meist über mehrere Jahre erstreckt. Laut Meyer (1989) umfasst das gelegentliche Glücksspiel nach Angaben der Betroffenen einen Zeitraum von durchschnittlich 2,5 Jahren. Für die Phase des intensiven und häufigen Glücksspielens wird im Mittel eine Dauer von 5,5 Jahren berichtet. Erstmalig als problematisch wird das exzessive Spielen von den Betroffenen nach ungefähr 3,5 Jahren erlebt. Aufgrund mangelnder Informiertheit über die Störung sowie Defiziten hinsichtlich einer notwendigen Motivation zur Veränderung seitens des Betroffenen dauert es häufig noch mehrere Jahre, bis das professionelle Hilfesystem in Anspruch genommen wird. In dieser Verzögerung liegt die Gefahr einer Chronifizierung. Aufgrund erheblicher Beeinträchtigungen sozialer, psychischer und finanzieller Natur, reichen frühe Hilfen und ambulante Rehabilitation häufig nicht mehr aus und es ist eine stationäre Therapie indiziert (Grüsser, Poppeleuter, Heinz, Albrecht & Saß, 2007).

## 5. Ätiologische und pathogenetische Faktoren

In Anlehnung an die integrativen Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen wird postuliert, dass Verhaltensweisen wie pathologisches Glücksspiel Belohnungseffekte nach sich ziehen, ein Suchtpotential bergen und zu einem durch Kontrollverlust gekennzeichneten Verhalten führen können. Im Rahmen aktueller Erklärungsmodelle zur Pathogenese der Glücksspielsucht werden in der Literatur wie bei allen anderen psychischen Störungen auch, verstärkt Vulnerabilitäts-Stress-Modelle diskutiert. Gemeint ist eine besondere Vulnerabilität bzw. Sensibilität, die begünstigt durch negative und stressauslösende lebensgeschichtliche, soziale und biologische Belastungen zu pathologischem Glücksspielverhalten führen kann. An der Entstehung des süchtigen Glücksspielens sind demzufolge mehrere Faktoren beteiligt.

Nach Sharpe (2002) handelt es sich dabei um kognitive, lerntheoretische und physiologische Variablen. Dabei wird von einer genetischen Vulnerabilität, bedingt durch biologische Veränderungen in der Neurotransmission des dopaminergen, noradrenergen und/oder serotonergen Systems ausgegangen. Bisher ungeklärt ist, ob es sich um eine spezifische genetische Vulnerabilität handelt, oder ob eine globale Beziehung zu psychischen Störungen im Allgemeinen besteht. So können psychische Besonderheiten wie starke Impulsivität, Aufmerksamkeitsstörungen/ Hyperaktivität, als Ausdruck der genetischen Vulnerabilität das pathologische Glücksspiel mit bedingen. Die Rate von Impulskontrollstörungen ist bei pathologischen Glücksspielern im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöht. Die Angaben schwanken dabei zwischen 18% und 43%. Die häufigste komorbide Impulskontrollstörung scheint die Kaufsucht zu sein. Im Widerspruch dazu stehen Ergebnisse von Untersuchungen, in denen keinerlei Hinweise zum Zusammenhang zwischen der Impulsivität als Persönlichkeitsmerkmal und dem pathologischen Glücksspiel gefunden wurde (Allcock & Grace, 1988). In vielen Befragungen berichteten Betrof-



fene häufiger das Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom, dessen zentrales Merkmal eine stark ausgeprägte Impulsivität ist (Raylu & Oei, 2002; Specker, Carlson, Christenson & Marcotte, 1995). Jedoch handelt es sich hierbei um retrospektive Daten, die auf subjektiven Angaben pathologischer Glücksspieler im Lebensrückblick beruhen. Ebenso wenig lassen sich eindeutige Ergebnisse für komorbide Persönlichkeitsstörungen ausmachen. So ist es aufgrund der vielen und inkonsistenten Befunde und der hohen Spannweite der Auftrittswahrscheinlichkeit von komorbiden Persönlichkeitsstörungen unmöglich, die „typische Spielerpersönlichkeit“ zu identifizieren oder gar Kausalzusammenhänge aus bestimmten Persönlichkeitsdispositionen abzuleiten (Grüsser & Albrecht, 2007). Allerdings sind Störungen wie die Borderline-, antisoziale, histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörung gehäuft unter pathologischen Glücksspielern zu finden (Petry, N. M., 2003).

Sharpe (2002) geht davon aus, dass es sich bei unzureichend entwickelten oder fehlenden Bewältigungs- bzw. Problemlösefähigkeiten und übermäßigem Substanzmittelgebrauch um wesentliche und vulnerabel wirksame psychologische Merkmale handelt. So liegt bei mehr als 50% der Glücksspielsüchtigen zusätzlich eine komorbide substanzbedingte Störung vor. Dieser Zusammenhang könnte auf eine primäre Disposition zur Abhängigkeitsentwicklung zurückzuführen sein. Eine grundlegende Funktion des pathologischen Glücksspiels ist die Möglichkeit einer effektiven und schnellen Regulation der eigenen Gefühle. So können Gefühle, die im Zusammenhang mit Frustration, Unsicherheit, Angst oder anderen negativen Aspekten stehen, problemlos und schnell reguliert bzw. durch das ablenkende Verhalten, verdrängt werden. Vor dem Hintergrund lerntheoretischer Ansätze kann die aktive Auseinandersetzung des Betroffenen mit diesen emotionsauslösenden Problemen immer mehr in den Hintergrund geraten und somit „verlernt“ werden. Analog dazu ist dieser Effekt für Betroffene von Abhängigkeitserkrankungen in gleicher Weise festzustellen, wobei die Droge häufiger und höher dosiert in problematischen Situationen als Mittel zum Zweck eingesetzt wird. Damit erhält uneingeschränktes

exzessives (Glücksspiel-) Verhalten wie der Gebrauch einer psychotropen Substanz die Funktion, das Leben für den Betroffenen erträglich zu gestalten und Stress inadäquat zu bewältigen (Grüsser & Albrecht, 2007). Damit wird das suchtartige (Glücksspiel-) Verhalten im Laufe einer pathologischen Verhaltensentwicklung oftmals zur noch einzig vorhandenen Bewältigungsstrategie (Grüsser & Thalemann, 2006). Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Stress bzw. Stresserleben und pathologischem Glücksspiel verweisen auf die Ähnlichkeit zur Beziehung zwischen Stress und stoffgebundenen Süchten. Vergleichbar zur Substanzabhängigkeit werden durch die intrapsychischen, somatischen und psychosozialen Bedingungen aversive Zustände und Konflikte ausgelöst, die zum Verlangen und zum erneuten Suchtverhalten führen. Im Sinne eines Teufelskreises verstärkt das Glücksspielverhalten seinerseits die auslösenden Bedingungen oder wird im Laufe der pathologischen Entwicklung selber zum Problem (Grüsser et al., 2007).

Auf der biologischen Ebene wird die physiologische Erregung (arousal) im Zusammenhang mit der Entstehung der Glücksspielsucht gesehen. Arousal beschreibt dabei eine kurzfristige Zustandsänderung. Bezogen auf das Glücksspiel kommt es zu veränderten physiologischen Reaktionen wie erhöhter Herzrate und Hautleitwert. So zeigen pathologische Glücksspieler bei der Konfrontation mit glücksspielassoziierten Reizen eine erhöhte Erregung, die jeweils in Abhängigkeit von der Spielphase variiert. Die durch Probleme und Stress ausgelöste negative autonome Erregung (arousal) wird als mit dem Glücksspiel zusammenhängend interpretiert, und somit neu als positiv bewertet, wodurch wiederum das Glücksspielverhalten im Sinne der Stressreduktion verstärkt wird. In Folge dessen wird die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten dieses Verhaltens erhöht. So kann es durch die zunehmende Frequenz zum automatischen und eigendynamischen Ablauf des Glücksspielmusters kommen. Begünstigend im negativen Sinne wirken hierbei psychische Auffälligkeiten wie Depressivität oder Ängstlichkeit, da nun das Glücksspiel entsprechend funktionalisiert wird und meist in Form einer inadäquaten Stressverarbeitungsstrategie einge-

setzt wird. Angststörungen und affektive Störungen gelten in der Literatur als gut untersuchte komorbide Störungen. So wurde in einigen Studien eine erhöhte Rate von Phobien, der Panikstörung und der generalisierten Angststörung berichtet. Diese Befunde unterstützen die Annahme von Blaszczynski und McConaghy (1989), Angststörungen sowie affektive Störungen seien für die Entwicklung des pathologischen Glücksspiels ein bedeutender Faktor. Zusätzlich zeigten weitere Studien, dass pathologische Glücksspieler im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöhte Depressionswerte aufwiesen (Blaszczynski & McConaghy, 1989). Auch hier variieren die Angaben unterschiedlicher Untersuchungen stark. So werden komorbide affektive Störungen bei 13% bis 78% der pathologischen Glücksspieler beschrieben (Argo & Black, 2004). Aufgrund der inkonsistenten Befundlage ist es bisher unmöglich, Aussagen über die Art des Zusammenhangs zwischen pathologischem Glücksspiel und komorbiden Störungen zu treffen. Ungeklärt ist, ob komorbide Störungen im Sinne einer Selbstmedikation (Khantzian, 1985) Glücksspielsucht mit bedingen oder als Folge des Glücksspiels wiederum erneutes Glücksspiel auslösen (Conger, 1956).

Das suchtspezifische Verlangen wird nach Sharpe (2002) durch internale (arousal, craving) und externale Reize (Spielreize wie Chips, Jackpot-Werbung) und die damit erzeugte Erregung bewirkt. Größten Einfluss an dieser Stelle der pathologischen Entwicklung haben kognitive Variablen. So kann die Erregung in Verbindung mit glücksspielassoziierten Kognitionen (Vertrauen in Glück, Glaube an eigene Fähigkeiten oder an ein System, gewinnbezogene Grundüberzeugungen) das Verlangen nach dem Glücksspiel zusätzlich steigern. Die Kontrollfähigkeit, dem Verlangen nachzugeben, und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien sind individuell abhängig von psychologischen Merkmalen, wie z. B. gelernte Kompetenzen (Fähigkeit zur Entspannung, Strategien zur Problembewältigung) und Impulsivität. Eine zusätzliche Modifikation der individuellen psychologischen Besonderheiten erfolgt durch situative Einflüsse, wie z. B. Alkoholeinfluss oder Stress und negative Gefühlszustände, wie Frustration und Depression. Grundsätzlich

handelt es sich bei dem hier beschriebenen Vulnerabilitäts-Stress-Modell um ein multifaktorielles Bedingungsgefüge, bei dem psychologische, biologische und soziale Einflussfaktoren miteinander in Beziehung stehen und sich wechselseitig verstärken. Damit ist ein Teufelskreis in Gang gesetzt, dem der Glücksspielsüchtige aus eigener Kraft kaum entfliehen kann.

## 6. Behandlung und Prävention pathologischen Glücksspiels

Trotz der tief verwurzelten Historie der Glücksspielsucht sind erst seit den 70er Jahren in den USA erste stationäre Behandlungsmaßnahmen dokumentiert. Bis Mitte der 80er Jahre wurden dort 16 spezielle Therapieprogramme entwickelt. Gemeinsamkeit der bis dato vorhandenen Interventionen ist der Fokus auf dem intensiven Erfahrungsaustausch zwischen den professionellen Therapeuten und den Gamblers Anonymous, einer Selbsthilfe-

gruppe Betroffener, die sich seit 1957 dem Ziel der Glücksspielabstinenz verschrieben hatten. In den 80er Jahren machte man auch in Deutschland erste Erfahrungen mit der stationären Behandlung von pathologischen Glücksspielern. Diese waren in Suchtkliniken, Psychiatrien oder psychosomatischen Einrichtungen untergebracht und wurden gemeinsam in Gruppen mit Alkoholabhängigen behandelt. Als alternative Anlaufstelle boten vorläufig nur die seit 1982 auch in Deutschland vertretenen Anonymen Spieler ein Konzept zur Unterstützung von Betroffenen an.

Da es sich bei der Glücksspielsucht derzeit um die am besten untersuchte und phänomenologisch beschriebene Form der stoffungebundenen Süchte handelt, ist eine qualitative und quantitative Verbesserung der Behandlungsangebote in Deutschland zu beobachten. So werden seit einiger Zeit für Betroffene ambulante oder stationäre Behandlungen angeboten. Aufgrund der Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation

bei pathologischem Glücksspiel, ist es seit 2001 möglich, Betroffene einer Einrichtung für Abhängigkeitserkrankungen mit einem spezifischen Konzept für pathologisches Glücksspiel oder einer geeigneten stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtung zuzuweisen. In der Regel wird ein stationärer Behandlungszeitraum von 12 Wochen und ein ambulanter Behandlungszeitraum von 26 Wochen bewilligt (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 2005).

Als besonders effektiv haben sich kognitiv-behaviorale Verfahren erwiesen (Raylu & Oei, 2002). Dabei stehen zum einen Verhaltensänderung und der Aufbau weiterer Fähigkeiten im Mittelpunkt. Zum anderen wird an der Veränderung von Einstellungen und dysfunktionalen Kognitionen gearbeitet. Bevor die ambulante oder stationäre Behandlung beginnt, empfiehlt es sich, den Patienten und die Angehörigen im Rahmen einer ersten Psychoedukation über die Kennzeichen des sozialen und pathologischen Spielens der verschiedenen Glücksspielformen zu informieren. In



# DGPPN KONGRESS 2008

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde

26. – 29. November 2008

mit DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung und Pflegekongress

Mehr als  
30 CME-  
Punkte  
möglich

Kongressprogramm  
online ab Oktober 2008

ANMELDUNG  
[www.dgppn-kongress.de](http://www.dgppn-kongress.de)

Der Kongress und die Veranstaltungen der DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung sind von der Ärztekammer Berlin zertifiziert.

In Zusammenarbeit mit der World  
Psychiatric Association WPA



## PSYCHIATRIE ALS THERAPEUTISCHE DISZIPLIN

- Entwicklungsperspektiven psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapie
- Wissenschaftliche Fundierung psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapieverfahren
- Innovative Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie
- Die Stellung von Psychiatrie und Psychotherapie im Versorgungssystem
- Sektorübergreifende Qualitätssicherung

Anlehnung an Therapiemaßnahmen für stoffgebundene Süchte lassen sich folgende Therapiebausteine für pathologisches Glücksspiel ableiten:

1. Schaffung einer Therapiemotivation und Förderung der Veränderungsbereitschaft, Stoppen des Glücksspielverhaltens sowie Stabilisierung der Abstinenz, als Basis für dauerhafte Veränderungsprozesse.
2. Entwicklung von Fertigkeiten zur Lebensbewältigung (Training der Problemlösefähigkeiten, der sozialen Fertigkeiten, Aufbau alternativer Aktivitäten und Rückfallpräventionstraining) im Sinne umfassender Rückfallprävention und grundlegender Verhaltensänderung, Erlernen von adäquaten Stressverarbeitungsstrategien.
3. Behandlung der individualspezifischen Hintergründe und komorbider Störungen nach stabilisierter Abstinenz.

Am Anfang stehen für den Betroffenen immer die Problemeinsicht und der daraus gewachsene Wunsch und die Motivation nach Abstinenz. Entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung und Beibehaltung des abstinenten Verhaltens ist die Aufrechterhaltung der Veränderungsmotivation, da sonst das exzessive Glücksspielverhalten kaum zu stoppen ist.

Je nachdem welche Glücksspielform bei welchem Glücksspielanbieter in Anspruch genommen wird, reicht unter Umständen eine offizielle Sperrung durch die Spielbanken oder die staatlichen Lotterianbieter aus, um das Pathologische Glücksspiel zu unterbinden. Besteht diese Möglichkeit nicht, werden Selbstkontrolltechniken wie Stimuluskontrolle und Selbstbeobachtung vermittelt, die den Betroffenen in seiner Abstinenz unterstützen sollen. In Anlehnung an die lerntheoretischen Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Glücksspielsucht, werden die mit dem Glücksspiel assoziierten internalen und externalen Verlangen auslösenden Reize identifiziert. In diesem Zusammenhang werden die jeweils individuellen Funktionen des pathologischen Glücksspiels identifiziert und im Einzelnen aufgearbeitet. Hinzu kommen kognitive Bausteine wie das kognitive Umstrukturieren und

die Modifikation glücksspielbezogener Überzeugungen und Erwartungen. Damit werden zusätzlich kognitive Verzerrungen im Zusammenhang mit dem Glücksspiel bearbeitet und korrigiert und ein positives Selbstkonzept aufgebaut. Wie schon diskutiert, steht exzessives Glücksspiel in engen Zusammenhang mit Stress, bzw. dessen inadäquater Verarbeitung durch das Spielen. Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der Abstinenz ist dem zu Folge der Erwerb adäquater Stressverarbeitungsstrategien, die gänzlich unabhängig vom Glücksspiel sind. Damit ist ein wichtiger Schritt in Richtung Rückfallprophylaxe unternommen, da das Vorhandensein ausreichender Bewältigungsstrategien das Zurückgreifen auf alte dysfunktionale Strategien verhindert. Um Rückfällen vorzubeugen, werden kritische Lebenssituationen besprochen, die als potent für einen Rückfall aus Sicht des Betroffenen gelten. So werden rückfallrisikante Situationen oder Umstände identifiziert und der dadurch erzeugte Druck und das Verlangen bewältigt, ohne dass es zu einem Rückfall kommt. Parallel zu diesen Therapiemaßnahmen ist bei der Mehrzahl der pathologischen Glücksspieler Schuldenmanagement indiziert, um die existenzbedrohende finanzielle Situation der Betroffenen aufzulösen und Perspektiven für ein Leben ohne Glücksspiele zu schaffen. Im gesamten Therapiesgeschehen sind die komorbiden Störungen nicht außer Acht zu lassen. Die Therapie muss demzufolge an das jeweilige Ausmaß sowie die Vielschichtigkeit der komorbiden Störungen adaptiert werden.

Ein Hauptproblem stellt nach wie vor der Mangel an auf pathologisches Glücksspiel spezialisierten Einrichtungen und spezifischen Behandlungsangeboten dar. Während in den Großstädten und Ballungsgebieten wie Hamburg und Berlin das lokale Hilfesystem gut vernetzt und vielseitig ist, gibt es kaum Angebote in ländlichen Gebieten. Auch wenn grundsätzlich von einer Verbesserung der Versorgungssituation auszugehen ist, ist angesichts der Zahl der Betroffenen eine intensive thematische Auseinandersetzung mit dem pathologischen Glücksspiel seitens niedergelassener Therapeuten und eine Ausweitung des Behandlungsangebotes erforderlich. Gerade vor der gesundheitspolitischen und ge-

sellschaftlichen Bedeutung erschließt sich die Notwendigkeit von effektiven Präventionsmaßnahmen, um einer Chronifizierung des pathologischen Glücksspiels und den erheblichen negativen Folgen für die Betroffenen und deren Angehörigen rechtzeitig vorzubeugen (Grüsser & Albrecht, 2007). Insbesondere bei den Präventions- bzw. Frühinterventionsbemühungen sollten für alle Glücksspielanbieter einschließlich der gewerblichen Automaten Spiele verbindlich geregelte Spieler- und Jugendschutzmaßnahmen gelten (Grüsser, Albrecht & Backmund, 2006). Zudem stehen für Deutschland weitere umfangreiche empirische Untersuchungen zur Evaluation therapeutischer Maßnahmen aus. Bisherige Studien weisen durchaus auf den Erfolg für kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze hin (Meyer & Bachmann, 2005; Petry, J., 2003; Grant & Potenza, 2004). Es fehlt jedoch an Längsschnittuntersuchungen, um anhaltende Effekte der Behandlungsansätze auszuweisen sowie Untersuchungen zu vermittelnden Variablen, wie der sozialen Kompetenz und ihrem Einfluss auf den Behandlungsverlauf. Neben einer verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlung der Glücksspielsucht könnten auch systemische oder psychodynamische Behandlungsansätze wirksam sein. Jedoch liegen in der aktuellen Literatur, soweit den Autoren bekannt, keine Studien zur Evaluation dieser Behandlungsansätze vor.

## 7. Fazit

Verschiedene aktuelle Studien belegen, dass pathologisches Glücksspiel als ein exzessiv belohnendes oder belohnungs-suchendes Verhalten mit klinischer Relevanz nosologisch den Abhängigkeits-erkrankungen zugeordnet werden kann. Ähnliches gilt auch für suchtartiges Verhalten in Bezug auf Kaufen, Arbeit, Computer- und Internetnutzung. Die relativ hohe Verbreitung von Menschen mit diesen Störungsbildern, die sich auch in der wachsenden Anzahl hilfeschender Betroffener zeigt, weist auf die Notwendigkeit einer genauen Charakterisierung dieser Störungsbilder und der zu Grunde liegenden Mechanismen hin. Dazu zählt auch die Entwicklung entsprechender Präventions- und Interventionsansätze. Eine Er-

# Fachklinik Waren



Zentrum für Psychosomatische Medizin und Verhaltensmedizin  
– Schwerpunkt Schmerzbehandlung –



**Chronische Schmerzprobleme** nehmen in der Bevölkerung zu, daher ist es notwendig, Schmerzpatienten ein qualifiziertes, interdisziplinäres Behandlungsangebot zu machen. **Ziel** unseres Angebotes ist, die Betroffenen über die an der Chronifizierung von Schmerz beteiligten Faktoren zu informieren und entsprechende Verhaltensweisen zu modulieren. **Unser Behandlungsangebot** umfasst neben einer auf die Veränderung von Chronifizierungsfaktoren ausgerichteten „Schmerzbewältigungs- Gruppe“ und sporttherapeutische Maßnahmen zum Abbau von Schonverhalten, medizinische Trainingstherapie und eine Anleitung zur Selbstakupressur. Als medizinische Behandlungen kommen Schmerzmedikamente, Akupunktur, Neuraltherapie, Nervenblockaden und manuelle Therapie zum Einsatz. Physiotherapeutische Anwendungen unterstützen die Behandlung u. a. durch aktive Krankengymnastik, Wärme- und Kälteanwendungen, Reizstrombehandlung.

Als Ansprechpartnerin für fachliche Fragen steht Ihnen Frau Dipl.-Psych. Dr. M. Hartmann, Leitende Psychologin und Psychologische Schmerztherapeutin unter Tel. 01803/244 142-429 zur Verfügung.

**Die Fachklinik Waren (Müritz)** liegt im Herzen der Mecklenburgischen Seenplatte. Unsere Klinik blickt auf vier Seen: Müritz, Feisneck, Tiefwareensee und Waupacksee. Diese Seen und Wasserstraßen sowie der ebenfalls vor den Toren der Klinik gelegene Müritz- Nationalpark bieten Wasser-, Rad- und Wanderfreunden unzählige Möglichkeiten zur Erholung in eindrucksvoller Umgebung und in großen Teilen noch unberührter Natur.

Die Klinik wird von Rentenversicherungsträgern gemäß § 15 SGB VI und von allen Krankenkassen gemäß § 40 SGB V sowie von privaten Krankenversicherungen und Sozialhilfeträgern belegt und ist beihilfefähig. Ebenfalls bestehen Angebote für Selbstzahler. Die Zuweisung der Patienten erfolgt durch Rentenversicherungsträger, Krankenkassen, niedergelassene Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten.

In der Fachklinik Waren (Müritz) besteht für alleinerziehende Mütter oder Väter die Möglichkeit zur Mitnahme von Kindern im Alter von 2-12 Jahren (nach Vorabsprache auch andere Altersgruppen).

weiterung des Abhängigkeitsbegriffes auf stoffungebundene Süchte ermöglicht es, das etablierte Hilfesystem für Suchterkrankungen auch den Betroffenen mit Verhaltenssüchten zugänglich zu machen. Auch können umfangreiche Erfahrungswerte in Diagnostik, Prävention und Intervention im Bereich der stoffgebundenen Süchte die Forschung im Bereich der Verhaltenssüchte bereichern. Jedoch erfüllt nicht jede Form exzessivem Verhaltens die Kriterien eines Suchtverhaltens und bei einer unsachgemäßen Diagnostik besteht die Gefahr einer inflationären Ausweitung des Begriffes der Verhaltenssucht. Im Hinblick auf die hohe Komorbidität dieser Störungsbilder mit Angststörungen, affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen ist ein Einbezug dieser Störungsbilder in die (Suchtmittel-)Anamnese von besonderer Relevanz für die klinisch-therapeutische Praxis.

## Anmerkung

Der vorliegende Beitrag ist Frau Prof. Dr. rer. nat. Sabine M. Grüsser-Sinopoli (\* 29. Dezember 1964, † 3. Januar 2008) und ihrem Lebenswerk gewidmet. Frau Professor Sabine Grüsser-Sinopoli war die führende deutsche Forscherin auf dem Gebiet der stoffungebundenen Süchte, insbesondere dem pathologischen Glücksspiel und der Computerspielsucht. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit lag in der Entwicklung und Umsetzung von Präventions- und Interventionsprogrammen für Glücks- und Computerspielsüchtige. Dies spiegelt sich auch in der von ihr aufgebauten Ambulanz für Spielsucht am Kompetenzzentrum Verhaltenssucht des Uniklinikums Mainz wider, die erstmals in Deutschland eine ambulante gruppentherapeutische Behandlung für computerspielsüchtige Jugendliche und Erwachsene anbietet.

## Literatur

- Allcock, C.C. & Grace, D.M. (1988). Pathological gamblers are neither impulsive nor sensation-seekers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 22, 307-311.
- Argo, T. R. & Black, D.W. (2004). Clinical characteristics. In J. E. Grant & M. N. Potenza (Hrsg.), *Pathological gambling. A clinical guide to treatment* (S. 39-55). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Black, D. W. & Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Service*, 49, 1434-1439.
- Blaszczynski, A. & McConaghy, N. (1989). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *International Journal of the Addictions*, 24, 337-350.
- Böning, J. (1999). Psychopathologie und Neurobiologie der „Glücksspielsucht“. In G. Alberti & B. Kellermann (Hrsg.), *Psychosoziale Aspekte der Glücksspielsucht* (S. 39-50). Geesthacht: Neuland.
- Bühringer, G., Kraus, L., Sonntag, D., Pfeiffer-Gerschel, T. & Steiner, S. (2007). Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken. *Sucht*, 53, 296-308.
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (2005). *Leitlinien für den beratungsärztlichen Dienst. Rehabilitationsbedarf – Psychische Störung* (2. Aufl.). Berlin: BfA.
- Buth, S. & Stöver, H. (2008). Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Suchttherapie*, 9, 3-11.
- Conger, J. J. (1956). Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17, 296-305.
- Crockford, D. N., Goodyear, B., Edwards, J., Quickfall, J. & el-Guebaly, N. (2005). Cue-induced brain activity in pathological gamblers. *Biological Psychiatry*, 58, 787-795.
- Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B. & Womack, S. B. (2004). Epidemiology. In J. E. Grant & M. N. Potenza (Hrsg.), *Pathological gambling. A clinical guide to treatment* (S. 25-36). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Cunningham-Williams, R. M. & Hong, S. I. (2007). A Latent Class Analysis (LCA) of problem gambling among a sample of community-recruited gamblers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 939-947.
- Custer, R. (1987). The diagnosis and scope of pathological gambling. In T. Galski (Hrsg.), *The handbook of pathological gambling* (S. 3-7). Springfield: Thomas.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (6. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Gabriel, E. & Kratzmann, E. (1936). *Die Süchtigkeit. Eine Seelenkunde*. Berlin: Neuland-Verlag.
- Grant, J. E. & Potenza, M. (2004). *Pathological gambling. A clinical guide to treatment*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Grüsser, S. M. & Albrecht, U. (2007). *Rien ne va plus – wenn Glücksspiele Leiden schaffen*. Bern: Hans Huber.
- Grüsser, S. M., Albrecht, U. & Backmund, M. (2006). Glücksspiele: Spieler- und Jugendschutzmaßnahmen. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 8, 145-149.
- Grüsser, S. M., Plöntzke, B. & Albrecht, U. (2005). Pathologisches Glücksspiel – eine empirische Untersuchung des Verlangens nach einem stoffungebundenen Suchtmittel. *Nervenarzt*, 76, 592-596.
- Grüsser, S. M., Poppelreuter, S., Heinz, A., Albrecht, U. & Saß, H. (2007). Verhaltenssucht – eine eigenständige diagnostische Einheit. *Nervenarzt*; 78, 997-1002.
- Grüsser, S. M. & Thalemann, C. N. (2006). *Verhaltenssucht: Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Hans Huber.
- Hand, I. (2003). Störungen der Impulskontrolle: Nichtstoffgebundene Abhängigkeiten (Süchte), Zwangsspektrumsstörungen ... oder? *Suchttherapie*, 4, 51-33.
- Holden, C. (2001). „Behavioral“ addictions: do they exist? *Science*, 294, 980-982.
- Jellinek, E. M. (1946). Phases in the drinking history of alcoholics: Analysis of a survey conducted by the official organ of the Alcoholics Anonymous. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 7, 1-88.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Marks, I. (1990). Behavioural (non-chemical) addictions. *British Journal of Addiction*, 85, 1389-1394.
- Meyer, G. (1989). Glücksspieler in Selbsthilfegruppen – erste Ergebnisse einer

- empirischen Untersuchung. *Suchtgefahren*, 35, 217-234.
- Meyer, G. (2008). Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 08* (S. 120-137). Geesthacht: Neuland.
- Meyer, G. & Bachmann, M. (2005). *Spielsucht – Ursachen und Therapie* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Petry, J. (2003). *Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung*. Göttingen: Hogrefe.
- Petry, N. M. (2003). A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. *Addiction*, 98, 645-655.
- Poppelreuter, S. & Gross, W. (2000). *Nicht nur Drogen machen süchtig – Entstehung und Behandlung von stoffgebundenen Süchten*. Weinheim: Beltz.
- Potenza, M. N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*, 101 (Suppl. 1), 143-151.
- Potenza, M. N., Leung, H.-C., Blumberg, H. P., Peterson, B. S., Fulbright, R. K., Lacadie, C. M., Skudlarski, P. & Gore, J. C. (2003). An fMRI stroop task study of ventromedial prefrontal cortical function in pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1990-1994.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., Skudlarski, P., Fulbright, R. K., Lacadie, C. M., Wilber, M. K., Rounsaville, B. J., Gore, J. C. & Wexler, B. E. (2003). *Archives of General Psychiatry*, 60, 828-836.
- Raylu, N. & Oei, T. P. S. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22, 1009-1061.
- Reuter, J., Raedler, T., Rose, M., Hand, I., Gläscher, J. & Büchel, C. (2005). Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nature Neuroscience*, 8, 147-148.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR): Textrevision*. Göttingen: Hogrefe.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22, 1-25.
- Specker, S. M., Carlson, G. A., Christenson, G. A. & Marcotte, M. (1995). Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers. *Annals of Clinical Psychiatry*, 7, 175-179.
- von Gebattel, V. E. (1954). *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*. Berlin: Springer.
- Wray, I. & Dickerson, M. G. (1981). Cessation of high frequency gambling and „withdrawal“ symptoms. *British Journal of Addiction*, 76, 401-405.

Dipl.-Psych. Chantal P. Mörsen  
Dipl.-Psych. Gerit Loeffler

Kompetenzzentrum Verhaltenssucht,  
Medizinische Psychologie und  
Medizinische Soziologie  
Klinikum der  
Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Saarstr. 21  
55099 Mainz  
moersen@uni-mainz.de

igw

Institut für Integrative Gestalttherapie  
Anerkannter Fortbildungsveranstalter

#### Weiterbildung in Gestalttherapie

- Klinische Gestaltpsychotherapie (4 Jahre)

#### Weiterbildung in Gestalttherapie

Schwerpunkt Beratung (3-4 Jahre)

#### Fortbildung in Gestalttherapie (2 Jahre)

#### Informations- und Auswahlseminare 2008

München 10.10.-11.10.08  
mit Dipl.Psych. Brigitte Rasmus und Dipl. Psych. Günter Pröpper

Frankfurt 31.10.-01.11.08  
mit Dipl. Päd. Wiltrud Krauß-Kogan und Hans Moll, Arzt u. Psychiater

Freiburg 26.09.-27.09.08  
mit Dipl. Psych. Dr. Anne Haberzettl und lic. Phil I Peter Schulthess

Nürnberg 17.10.-18.10.08  
mit Dipl. Psych. Ingrid Weiling und Dipl. Soz. Päd. Helmut Geier

Zürich 12.09.-13.09.08  
mit Lic. Phil. I Gabriela Frischknecht und Dipl. Päd. Werner Gill

Das neue Programm der **GestaltAkademie** ist da. Bitte anfordern.

Fortbildungen:

#### Systemisches GestaltCoaching

12-tägige Fortbildung, Beginn April 2009 in Würzburg

#### Gestalt-, Kinder- und Jugendlichentherapie

16-tägige Fortbildung, Beginn: März 2009, Raum Frankfurt/Main

Anmeldungen und ausführliches Informationsmaterial erhalten Sie von IGW Würzburg, Theaterstraße 4, D-97070 Würzburg  
Tel.: 0049 – (0) 931/35 44 50, Fax: 0049 – (0) 931/35 44 544  
E-Mail: [Monika.Uhlschmidt@igw-gestalttherapie.de](mailto:Monika.Uhlschmidt@igw-gestalttherapie.de)  
Internet: [www.igw-gestalttherapie.de](http://www.igw-gestalttherapie.de)

## Aktuelle Seminarreihen



### Traumatherapie (DGVT)

Start: 29. - 30. November 2008 in München

### Lerntherapie mit Kinder- und Jugendlichen bei Lern-Leistungsstörungen

18. - 19. Oktober 2008 in Bottrop

### Paartherapie

Start: 15. - 19. April 2009  
auf Mallorca und in Tübingen

### Energetische Psychologie

Start: 26. - 27. Juni 2009 in Potsdam

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

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



## Parkland-Klinik

Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Für die Fachabteilung Essstörungen und Adipositas suchen wir im Rahmen der Erweiterung zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

### Leitende/n Stationspsychologin/-en

Die Parkland-Klinik ist eine Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, die von Krankenkassen, Rentenversicherungen und gesetzlichen Unfallversicherungen belegt wird. Das Behandlungsspektrum umfasst Krankheitsbilder aus dem gesamten Bereich der Psychosomatik und Psychotherapie mit mehreren Indikationsschwerpunkten.

Die Position beinhaltet die organisatorische und supervisorische Leitung einer eigenen Therapiestation sowie die Behandlung einer eigenen kleineren Patientenzahl.

#### Wir erwarten

- Fundierte Kenntnisse und Erfahrungen in den o.g. Bereichen
- Weit fortgeschrittene oder abgeschlossene Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeuten/-in
- Ausgeprägte therapeutische und kommunikative Kompetenz
- Teamfähigkeit
- Freude an einer Leitungstätigkeit

#### Wir bieten:

- Volle Weiter-/Ausbildung für Ärzte und Psychologen (Praktische Tätigkeit).
- In Zusammenarbeit mit dem Bundesfachverband für Essstörungen eine postgraduierte Ausbildung (Curriculum Essstörungen).
- Promotionsmöglichkeit durch wissenschaftliche Zusammenarbeit mit mehreren Universitäten.
- Interne und externe Fort- und Weiterbildung mit großzügiger Förderung durch die Klinik.
- Ein kollegiales Klima in einem engagierten und kreativen multiprofessionellen Team mit interner und externer Supervision.
- Eine der Qualifikation und Position entsprechende frei verhandelbare Vergütung.
- Unterstützung bei der Wohnungssuche.

Für nähere Informationen steht Ihnen Chefarzt Dr. Hillenbrand unter der Rufnummer: 0 56 21 - 706 751 gerne zur Verfügung.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen mit Angabe Ihres frühestmöglichen Eintrittstermins und Ihres Gehaltswunsches an die

Parkland-Klinik  
Herrn Uhlenbrock, Kfm. Direktor  
Im Kreuzfeld 6  
34537 Bad Wildungen-Rheinhardshausen

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

### AWKV Hessen Aus- und Weiterbildungseinrichtung für Klinische Verhaltenstherapie

Die Aus- und Weiterbildungseinrichtung für Klinische Verhaltenstherapie e.V. (AWKV), staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sucht zum **01.11.2008** für die

**Leitung der Ausbildungsambulanzen**  
in **Marburg** und in **Friedrichsdorf**  
zwei **Psychologische Psychotherapeuten/innen**  
- **Fachkundenachweis Verhaltenstherapie**  
(20 Stunden/Woche)

#### Ihre Aufgaben:

- Fachaufsicht für die Ausbildungsteilnehmer/innen während der praktischen Ausbildung
- Konzeptuelle Aufsicht und Weiterentwicklung des Ambulanzkonzeptes
- Erstgespräche mit den Patienten in der Ambulanz und Weiterleitung an die Ausbildungsteilnehmer/innen
- Kontrolle der Therapieanträge und Dokumentation
- Kommunikation mit KV, Krankenkassen, Lehrpraxen, Geschäftsleitung, Supervisoren
- Kontrolle der Abrechnungsunterlagen für die Krankenkassen

#### Ihr Profil:

- Approbation zum/zur Psychologischen Psychotherapeuten/in – Fachkunde Verhaltenstherapie
- Weiterbildung / Anerkennung zum/zur Supervisor/in
- Erfahrung in der KV-Abrechnung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen und der Praxisführung
- sehr gute kommunikative Fertigkeiten
- Führungsstärke

#### Wir sind:

- Eine seit mehr als 20 Jahre bestehende Aus- und Weiterbildungseinrichtung für psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit drei Ausbildungsstätten und Ausbildungsambulanzen in Marburg, Kassel und Friedrichsdorf.
- Die AWKV vergütet ihre Mitarbeiter/innen analog TöVD

#### Nähere Informationen:

Dipl.-Psych. Doerthe Klingelhöfer,  
Geschäftsführerin AWKV Telefon: 0561 – 9201910  
Email: klingelhoef@awkv-kassel.de  
Internet: www.awkv-hessen.de

**Bewerbungen richten Sie an: AWKV - Geschäftsführung**  
Weißenburgstraße 10  
34117 Kassel

**Bewerbungsschluss: 31.10.2008**

### Personalwerbung oder Praxissuche?

Sie suchen qualifiziertes Personal, haben einen KV Sitz abzugeben oder möchten eine Praxis übernehmen?

Dann sind Sie mit einer Anzeige im Psychotherapeutenjournal genau richtig! Fragen Sie nach unseren Sonderpreisen für Stellenanzeigen.

Mediaberatung: **Claudia Kampmann-Schröder**  
Tel.: 0 62 21 / 43 70 42  
anzeigen@psychotherapeutenjournal.de

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Tel.: 06221/489-284, www.ptv-anzeigen.de

Stadtmission Nürnberg e.V.

Die Stadtmission Nürnberg e.V., mit 43 Einrichtungen und Diensten einer der großen diakonischen Wohlfahrtsverbände in Nürnberg, sucht zum 01.01.2009 für unsere neu zu errichtende Psychotherapeutische Fachambulanz für Sexualstraftäter zwei engagierte

## Psychotherapeut/-innen in Vollzeit, vorerst befristet auf 3 Jahre

**Ihre Aufgaben sind:**

- Aufbau der Psychotherapeutischen Fachambulanz für Sexualstraftäter
- Psychotherapeutische Behandlung von entlassenen Sexualstraftätern
- Kooperation mit allen relevanten Einrichtungen und Behörden, insbesondere mit dem Justizministerium und der Bewährungshilfe
- Weiterentwicklung der Konzeption


**Ihr Profil:**

- Abgeschlossenes Studium der Psychologie oder Medizin
- Psychotherapeutische Zusatzausbildung, möglichst mit Approbation
- mehrjährige, einschlägige Berufserfahrung
- Unserem diakonischen Auftrag fühlen Sie sich verbunden und sind Mitglied in einer christlichen Kirche (Ack)


**Wir bieten Ihnen:**

- Eine interessante, anspruchsvolle Aufgabe
- Ein angenehmes Betriebsklima
- Vergütung nach AVR
- Sozialleistungen der Diakonie (inkl. Zusatzversorgung und Beihilfe)

Bitte richten Sie Ihre schriftliche Bewerbung bis 24.10.2008 an:



Stadtmission Nürnberg e. V.  
Gabriele Koszanowski  
Bereichsleiterin  
Pirckheimerstr. 16a  
Tel.: (0911) 35 05-143



**SHG** Klinikum Merzig  
Schwerpunkt-Krankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Universität des Saarlandes

Wir suchen für das in unserem Hause im Rahmen eines Versorgungsvertrages nach § 140 SGBV seit 2005 laufende

**„Merziger Modell“  
„Optimierung der psychiatrischen Versorgung“**

eine/einen

## Psychologische/n Psychotherapeutin/-en

oder eine/einen

### Fachärztin/-arzt für Psychiatrie und Psychotherapie

zur Verstärkung unseres Fallmanagement-Teams.

**Von einer neuen Kollegin/einem neuen Kollegen wünschen wir uns**

- einschlägige Berufserfahrung im psychiatrischen Bereich und einen den Patienten menschlich wie professionell verstehend zugewandten Arbeitsstil
- Freude an interner wie externer Kommunikation, aber auch an ausdauernder selbstständiger Arbeit im Kontakt mit den Patienten
- engagierten persönlichen Einsatz und die Bereitschaft zu inhaltlicher wie struktureller Weiterentwicklung

**Wir bieten**

- einen von seiner Konzeption her noch recht neuen und interessanten Arbeitsplatz in Dreiviertel- bis Vollzeit, der soweit irgend machbar in einem unbefristeten Vertrag festgeschrieben sein soll (ggf. konzernweite Zusagen)
- sehr gute Arbeitsbedingungen und eine angemessene Bezahlung (Grundlage TVöD) sowie ein bereits eingespieltes und gut funktionierendes Team


**Näheres und Kontakt:** Frau Dr. Blindauer, Tel. 06861/705-1740 oder [c.blindauer@mzg-kliniken.de](mailto:c.blindauer@mzg-kliniken.de)

Bewerbung an:


**Klinikum Merzig gGmbH, Personalabteilung  
Trierer Str. 148, 66663 Merzig**

Kompetenz  
in Medizin

Zur HELIOS Kliniken Gruppe gehören 61 eigene Kliniken, darunter fünf Maximalversorger in Erfurt, Berlin-Buch, Wuppertal, Schwerin und Krefeld. HELIOS ist damit einer der größten und medizinisch führenden Anbieter von stationärer und ambulanter Patientenversorgung Europas. Sitz der HELIOS Konzernzentrale ist Berlin.



**HELIOS**  
Kliniken Gruppe



Die **HELIOS Klinik Schwedenstein** ist eine renommierte Fachklinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit 200 Betten. Wir behandeln das gesamte Spektrum psychosomatischer Erkrankungen mit den Schwerpunkten posttraumatische Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen und Essstörungen. Zur Erweiterung unseres multiprofessionellen Teams suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

## Psychologische/n Psychotherapeut/-in

sowie eine/n

## Diplom-Psychologin/Psychologen

in fortgeschrittener psychotherapeutischer Weiterbildung.

In unserem Haus können Sie sämtliche Ausbildungsabschnitte für die psychotherapeutische Zeit, einschließlich der sog. Psychiatrie-Zeit, absolvieren.

Zu Ihren Eigenschaften gehören selbständiges Arbeiten, Flexibilität, Zuverlässigkeit, Teamfähigkeit sowie ein freundliches und aufgeschlossenes Wesen. Erfahrungen im Bereich der Psychosomatik sind vorteilhaft.

Wir bieten Ihnen die interessante Tätigkeit, in einem aufgeschlossenen Team Patienten psychotherapeutisch zu behandeln. Gute Arbeitsbedingungen, eine leistungsgerechte Vergütung sowie vielfältige Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten runden unser Angebot ab.

**Der Ort Pulsnitz** liegt im unmittelbaren Einzugsgebiet von Dresden bietet eine komplette Infrastruktur und ist landschaftlich sehr schön gelegen. Bei der Wohnungssuche, ob in Pulsnitz, Dresden oder Umgebung sind wir Ihnen gerne behilflich.

### Interessiert?

Dann senden Sie uns bitte Ihre Bewerbungsunterlagen über unser Karriere-Portal (<http://karriere.helios-kliniken.de>) oder per Post oder E-Mail an:

**HELIOS Klinik Schwedenstein – Fachklinik für Psychosomatische Medizin –**  
Verwaltungsleiter, Herr Florian Lendholt · Obersteinaer Weg · 01896 Pulsnitz  
Telefon: +49(0)35955 47-600 · E-mail: [florian.lendholt@helios-kliniken.de](mailto:florian.lendholt@helios-kliniken.de)

Weitere Informationen zum Unternehmen und alle Stellenangebote des Konzerns finden Sie im Internet unter [www.helios-kliniken.de](http://www.helios-kliniken.de).



# Die Normierung der Beziehung durch die Macht des Marktes

## Droht ein Paradigmenwechsel in der psychotherapeutischen Behandlung durch veränderte Rahmenbedingungen in der aktuellen Gesundheitspolitik?

Ulrich A. Müller, Hildegard Felder, Stephan Stanko, Susanne Walz-Pawlita, Yvonne Winter

Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hessen

**Zusammenfassung:** Der Beitrag eröffnet mit einer Darstellung der Entwicklung der Gesundheitspolitik im Hinblick auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Im zweiten Teil werden aktuelle Verträge oder Vertragsentwürfe zur Integrierten Versorgung dargestellt und exemplarisch auf ihre Relevanz für die Zukunft der Psychotherapie sondiert. Der folgende dritte Abschnitt diskutiert die Konsequenzen für die Richtlinienpsychotherapie und für die bisherigen Standards der Psychotherapie. Diese Überlegungen werden im vierten Abschnitt vor dem Hintergrund des heilberuflichen Ethos der Psychotherapie beleuchtet, der sich in einem steten Widerstreit mit marktwirtschaftlichen Herausforderungen durch die gegenwärtige Gesundheitspolitik zu bewähren hat. Im abschließenden fünften Teil werden Konsequenzen für die weiteren berufspolitischen Überlegungen aufgezeigt, die im Hinblick auf die Erhaltung der Qualität und des Niveaus der psychotherapeutischen Behandlung richtunggebend bleiben sollten.

### 1. Grundlinien der gesundheitspolitischen Reformen

Am 1. April 2007 ist eine neue Gesundheitsreform in Kraft getreten. Es ist eine weitere Reform, durch die frühere Ansätze aus den Jahren 2000 und 2004 konkretisiert und die zugleich weitere Perspektiven gesetzgeberischer Vorhaben der kommenden Jahre erkennbar werden lässt. In dieser Reform ist der Keim für weitere Entwicklungen angelegt, die zu einer weitreichenden Veränderung der bisherigen Patientenversorgung und zu einer grundlegenden Wandlung des bisherigen Honorierungssystems führen können.

Ein Kernpunkt des „Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen

Krankenversicherung“ (WSG-GKV) ist der Anstoß zum Umbau der ambulanten Versorgung mit dem Ziel eines umfassenden Wettbewerbs und der einhergehenden Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen in einem wettbewerblichen Selektivvertragssystem. Die Umgestaltung des bisherigen kollektivvertraglich geregelten Krankenversicherungssystems soll Ressourcen besser verteilen, indem durch die Einführung von marktwirtschaftlichen Instrumenten beabsichtigt ist, die Kosten zu reduzieren sowie Qualität und Effektivität der Behandlungen zu steigern. Erstmals ist es jetzt den Krankenkassen regelhaft möglich, unabhängig von kollektivvertraglichen Vereinbarungen, Einzelverträge abzuschließen und die ambulante Versorgung aus dem Rahmen gesamt- und bundesmantelvertraglicher Regelungen herauszulösen. Grundlage dafür ist neben

§ 140 a-d insbesondere das In-Kraft-Treten des § 73c SGB V, nach dem Krankenkassen die Option haben, eine „besondere ambulante ärztliche Versorgung“ über Direktverträge anzubieten und mit einzelnen Vertragspartnern abzuschließen. Dies kann die „versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen“ (§ 73c), d. h. jede ambulante Leistung kann unter diese Regelung gefasst und aus dem Kollektivvertragssystem herausgelöst werden, wenn die Kasse an einem solchen Vertragsabschluss interessiert ist. Gegenüber vorausgegangenen Reformen des Gesundheitssystems, bei denen bereits Wettbewerbselemente (u. a. Kassenvettbewerb, Möglichkeiten zu Verträgen zur Integrierten Versorgung) und damit „Marktmechanismen“ eingeführt wurden, ist das Novum der jetzigen Reform, durch Ausschreibung solcher Verträge Ärzte, Psychotherapeuten, Kliniken in Wettbewerb treten zu lassen. Krankenkassen, die sich bislang lediglich als Kostenträger verstanden, versprechen sich von der Reform zu handelnden Akteuren auf diesem „Markt“ zu werden, die Leistungen nach ihren Erfordernissen einkaufen und entsprechend kostengünstig an ihre Kunden weiter vermitteln wollen. Als „Käufern“ von Leistungen, die sich im Auftrag ihrer „Kunden“ tätig glauben, werden den Kassenmanagern Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten offen stehen, die bald

auch tief in die inhaltliche Gestaltung der Behandlungen hineinwirken werden.

Integrierte Versorgungsverträge zwischen Kassen und Ärzten/Psychotherapeuten können nach § 140 a SGB V geschlossen werden, wenn sie eine „verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ anbieten. In solchen Fällen können entweder ambulant tätige KollegInnen mit Krankenhäusern gemeinsam einen „sektorenübergreifenden“ Vertrag oder verschiedene Fachgruppen „interdisziplinär-fachübergreifend“ zur Behandlung spezifischer Erkrankungen gemeinsam einen Vertrag mit den Kassen schließen.

Bereits 2000 hatte der Gesetzgeber unter der rot-grünen Bundesregierung den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, in Modellprojekten direkte Verträge mit Leistungsanbietern zu schließen. Verschiedene Facharztgruppen bezogen schon in den vergangenen Jahren einen stetig wachsenden Teil ihres Honorars über diese Verträge und glichen dadurch sinkende Honorarvergütungen im Kollektivvertragssystem aus.

Neue Finanzmittel werden für die neuen Vertrags- und Versorgungsformen nicht bereitgestellt, vielmehr werden die hierfür erforderlichen Mittel der Gesamtvergütung des Kollektivvertragssystems entzogen. Bis Ende 2008 gibt es eine Anschubfinanzierung in Höhe von bis zu 1% der derzeitigen Gesamtvergütung, insgesamt ca. 700 Millionen Euro für die bis dahin abgeschlossenen Verträge, die den KVen bereits abgezogen werden.

Um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden, verpflichten sich Versicherte, die freiwillig an der „besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ teilnehmen, gegenüber ihrer Krankenkasse, nur vertraglich gebundene Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, andere nur auf deren Überweisung. Bei der Einholung einer Zweitmeinung im Krankheitsfalle hätte der Versicherte die Kosten selbst zu tragen. Die Etablierung einer einzelvertraglichen ambulanten Versorgung hat keine Auswirkungen auf die Bedarfsplanung, d. h. nur zugelassene Leistungserbringer oder Einrichtungen, die

solche beschäftigen, können potentielle Vertragspartner sein.

Schon im Vorfeld der neuen Vertragsmodelle kündigte sich dieser Wandel in einer neuen Terminologie an. „Der Gesundheitsmarkt“ führt sich ein, indem er seinen Akteuren neue Namen gibt, was insbesondere von den Krankenkassen, die in paradoxem „Zwiesprech“ juristisch noch immer als „Krankenkassen“ bezeichnet werden, nach außen aber als „Gesundheitskassen“ firmieren, vorangetrieben wird. Semantisch verwandelt der neue Markt Patienten in „Kunden“ und Psychotherapeuten und Ärzten in „Leistungsanbieter“. Der hessische Kammerpräsident Jürgen Hardt hat wiederholt darauf hingewiesen, wie durch terminologische Verschiebungen sukzessive auch „Krankheit“ aus dem Vokabular des Gesundheitswesens zum Verschwinden gebracht werden soll, indem „Gesundheit“ als käufliches „Produkt“ zum Verkauf angeboten wird: „'Gesundheit' im Sinn der Gesetze ist längst nicht mehr der erstrebenswerte Zustand des einzelnen Menschen. Gesundheit ist eine Ware, und das Produkt der ‚Gesundheitswirtschaft‘, produziert an ‚Gesundheitsstandorten‘, die vom ‚Wirtschaftsfaktor Gesundheit‘ abhängen, ist eine Ware, die auf dem ‚Gesundheitsmarkt‘ gehandelt wird.“<sup>1</sup> Dies reicht zunehmend weiter in die heilberufliche Behandlung hinein: Weil auf einem prosperierenden Markt Begriffe wie „Krankheit“ und „Tod“ einen wertmindernden Effekt erzeugen, werden sie vermieden, um die Suggestion zu erhalten, es handele sich bei den „Leistungen“ nicht um „Krankenbehandlung“.

Solche semantischen Verwandlungen sind verräterisch, weil sie das heimliche Motiv, dem eine solche Entwicklung folgt, sichtbar werden lässt. Das Reformziel, durch die Einführung eines „Gesundheitsmarktes“ eine Effizienzsteigerung der Leistungen zu erreichen, folgt dabei zum einen dem Wunsch der Kassen, neben der Selbstverwaltung der ärztlichen und psychotherapeutischen Kollektive (KVen) weitere Anbieter zur Auswahl zu haben, um als „Käufer“ von „Gesundheitsleistungen“ zwischen mehreren Bewerbern wählen zu können. Durch die zu erwartende Konkurrenz verschiedener „Anbieter“ versprechen

sich die Kassen mehr Wettbewerb. Indem dem Honorartopf der KVen die Kosten für die Selektivverträge entnommen werden, wird die selbstverwaltete KV der Psychotherapeuten und Ärzte nicht nur geschwächt, sondern in einigen Versorgungsbereichen zu einem Marktteilnehmer neben anderen. Die „Selbsteilungskräfte des Marktes“ sollen so zu einem effizienteren Leistungsangebot führen. Da zugleich auch die Kassen zunehmend unter dem Konkurrenzdruck um die eigenen Mitglieder – den Patienten – stehen werden, wird der Druck auf die Effizienzsteigerung der Marktteilnehmer weiter erhöht. Wollen die Kassen für ihre Mitglieder möglichst niedrige Beitragssätze anbieten, so werden sie auch möglichst billige Leistungen einkaufen wollen, um eine gute Bilanz aufzuweisen.

Die das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ tragende Handlungslogik ist die des „homo oeconomicus“. In dieser Logik werden alle beteiligten Akteure als egoistische, eigenen Nutzen maximierende Wirtschaftssubjekte konstruiert, die sich in ihrem Handeln nur an finanziellen Anreizen orientieren und am Markt bestehen oder untergehen.<sup>2</sup>

Es gibt eine Reihe stichhaltiger Gründe, warum der Gesundheitssektor nicht nach ausschließlich marktwirtschaftlichen Gesetzen funktioniert und Gesundheit oder Krankheit keine marktfähige Handelsware ist.<sup>3</sup> Vor allem aber impliziert die unterstellte Logik und die Implementierung einer ökonomischen Rationalität tief greifende Veränderungen im Selbstverständnis als Psychotherapeuten, im Verhältnis zu Patienten und in der Ausübung der Profession.

In den letzten Monaten wurde deutlich, dass eine solche Politik auch aus den KVen heraus in der Erwartung unterstützt wird,

- 1 Hardt, J. (2007). Gesundheitsadministration versus Krankenbehandlung: Therapeutisches Ethos gefährdet. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 6, 15.
- 2 Vgl. Oberender, P., Hebborn, A. & Zerth, J. (2006). *Wachstumsmarkt Gesundheit*. Stuttgart: UTB.
- 3 Deppe, H.-U. (2007). Krankheit und Kommerz. *Blätter für deutsche und internationale Politik*, 1/2007.

durch eine „Dynamisierung des Marktes“ verbesserte Honorare erzielen zu können. Entspricht diese Vermarktung des Gesundheitssystems einerseits dem Wunsch der Kassen nach mehr Wettbewerb, so sprechen viele Anhaltspunkte dafür, dass auch in der ärztlich dominierten Selbstverwaltung eine solche Entwicklung forciert wird, weil die Idee des Kollektivvertragssystems innerhalb der darauf verpflichteten Institutionen nicht mehr offensiv vertreten und mit Leben gefüllt wird. D. h. der Selbstverwaltung der Ärzte und Psychotherapeuten droht von innen die Gefahr der Auflösung, weil sich einzelne Akteure von dem neuen Markt eine Honorarsteigerung versprechen. Die analoge Entwicklung ist bei jeder Dynamisierung „freier Märkte“ zu beobachten: Wenn sich der „Markt“ durchsetzt, wird es zu einer Konzentration der erwartbaren Gewinne einiger Weniger kommen, während sich die weitaus größere Zahl von Marktteilnehmern mit niedrigeren Honoraren und neuen Abhängigkeiten in ihren Arbeitsverhältnissen wiederfinden wird.

Der zu beobachtende Prozess einer Entwicklung vom Kollektivvertragssystem zu selektiven Verträgen ist also nicht nur Folge gesetzgeberischer Umstrukturierungen, er wird auch von etlichen Akteuren im System in Erwartung eines höheren Profits selbst vorangetrieben. Mit der regelhaften Einführung von Selektivverträgen ist im Prinzip die Idee der Kollektivvertragsvereinbarungen nicht mehr in der alten Form aufrecht zu erhalten, weil auch eine selbstverwaltete KV gezwungen sein wird, mit ihren Versorgungsangeboten mit den neuen Teilnehmern auf dem Markt zu konkurrieren. Der lange von den Spitzenfunktionären der Ärzteschaft beschworene besondere Schutz, der dem Gesundheitswesen zugestanden werden müsse, weil die Versorgung der Patienten ein zu schützendes Allgemeingut sei, wurde zum Teil von den eigenen Mitgliedern preisgegeben. Ein status quo ante wird nicht mehr wiederherzustellen sein.

## 2. Aktuelle Vertragsentwürfe und deren Folgen

Zum eingehenden Verständnis der mit den Modellen zur Integrierten Versorgung ge-

planten Vorhaben der Gesundheitspolitik und der Ziele der Krankenkassen ist es aufschlussreich, sich die Verlautbarungen der Kassen anzusehen, mit denen sie für die Modelle werben und mit denen sie auch Patienten und Ärzte/Psychotherapeuten zur Teilnahme gewinnen wollen.

Nahezu alle Krankenkassen – insbesondere die Ersatzkassen – bieten Verträge zur Integrierten Versorgung an. Fokussiert werden dabei vor allem Krankheitsbilder, bei denen chirurgische Eingriffe nötig sind (Herz-, Gefäß-, Gelenk- oder Gehirnoperationen) sowie diejenigen, bei denen ein chronischer Krankheitsverlauf zu erwarten ist (Rheuma, Diabetes, Asthma, Parkinson, Demenz etc.).

Sucht man nach psychischen Erkrankungen, stößt man vorwiegend auf psychiatrische Erkrankungen im engeren Sinn (Schizophrenie, manisch-depressive Störungen) oder auf psychosomatische Erkrankungen (Asthma, Kopfschmerz, Adipositas oder Tinnitus). Von besonderem Interesse erscheinen Erkrankungen, die zum Bereich der Depression zählen.

Damit erweisen sich jene Erkrankungen für die Kostenträger als besonders interessant, bei denen bisher hohe Kosten angefallen sind und bei denen mit den höchsten Einsparungen gerechnet werden kann. Hier treffen sich Krankheitsbilder aus dem somatischen und psychischen Sektor, bei denen die Kassen die Kosten für stationäre Unterbringung reduzieren wollen, sei es über Modelle, die ambulantes Operieren favorisieren oder bei psychiatrischen Krankheitsbildern ambulante und teilstationäre Behandlung vorschlagen.

Im Grunde müssen Patienten damit auf bisher selbstverständliche Elemente der Versorgung verzichten, z. B. auf postoperative Versorgung im geschützten Milieu des Krankenhauses, unter dessen Dach auch eventuell nötige Rehabilitationsmaßnahmen stattfinden könnten, oder auf Versorgung bei psychischer Dekompensation im geschützten Rahmen eines stationären Konzeptes, in dem das Krankheitsgeschehen verstanden und in weitere Therapieüberlegungen einbezogen werden könnten.

## Legitimierung der Einsparungen

Ein probates Mittel zur Legitimation von Einsparungen ist die Suche nach einem Verursacher der erhöhten Kosten: Durchgehend argumentieren die Krankenkassen, dass die bisherige Versorgung durch die „Leistungserbringer“ unzureichend sei und nicht den Standards entspreche, was oft Fehlbehandlungen und Folgeschäden nach sich ziehe. Die hierdurch verursachten Kosten hätten die Versicherten zu tragen. Da die verantwortlichen Ärzte/Psychotherapeuten im ambulanten und stationären Setting aufgrund ihrer besonderen Interessen nicht zur Zusammenarbeit in der Lage oder willens seien, eine verbesserte Qualität der Versorgung der Patienten zu garantieren, sähen sich die Kassen aufgefordert, neue Versorgungskonzepte zu entwickeln. Auch der Umstand, dass die Versorgung durch Integration der bisher getrennten Sektoren ambulanter und stationärer Versorgung zusammengeführt werden müsste, dient als Argument. Damit erklärt sich der Brandstifter, der durch jahrelange Einsparungen eine sich verschlechternde Versorgung mit hervorgehoben hat, zum fürsorglichen Brandlöscher, der Alarm ruft und für die Rettung aus dem selbst verursachten Dilemma Abhilfe verspricht.

An dieser teilweise selbst geschaffenen Mangelwirtschaft setzen die Krankenkassen an und versuchen ihren „Kunden“ die erwarteten Einsparungen als qualitative Verbesserung anzudienen, indem sie mittels Integrierter Versorgung den **Ablauf der Behandlung** fokussieren und „reibungslösen Ablauf der Behandlung, Versorgung aus einer Hand, schnellere Behandlung, Abnahme der Organisation der Behandlung, effiziente Abstimmung der Leistungserbringer“<sup>4</sup> garantieren, um dadurch ihren Mitgliedern die Teilnahme an den Modellen erstrebenswert zu machen. Schmachhaft gemacht wird diese Argumentation noch durch eine **finanzielle Gratifikation** der Teilnahme an Modellen der Integrier-

4 Hier und im Folgenden soweit nicht anders gekennzeichnet zitiert aus den Veröffentlichungen von Krankenkassen (AOK, DAK, Barmer, GEK, TK etc.) Homepages und Flyern zu IV-Verträgen.

ten Versorgung, indem ein Nachlass der Praxisgebühr, ein reduzierter Beitragssatz, Treueboni (AOK) oder die Erstattung von Zuzahlungen bis zu 140€ (DAK) in Aussicht gestellt werden. Weiterhin locken die Krankenkassen damit, dass der Patient durch die neuen Versorgungsmodelle mehr **Autonomie durch Mitspracherechte** gewänne.

Betrachtet man z. B. die Veröffentlichung der DAK genauer, die zur „optimierten Behandlung von Depression“ u. a. ein Abkommen mit der Asklepios Klinik in Harburg<sup>5</sup> vereinbart hat, bekommt man eine Vorstellung davon, was die Kassenvertreter unter der „Stärkung der Eigenverantwortung von Patienten“ verstehen: Wahlfreiheit und Kombinierbarkeit zwischen verschiedenen Behandlungsmodulen der Patienten werden genannt. Konkret heißt dies: Der Patient hat die Wahl zwischen 1. hausärztlicher Versorgung (ausführliches Erstgespräch, Therapieabstimmung mit Klinik und Facharzt), 2. fachärztlicher Versorgung (Terminvergabe innerhalb von 7-14

Tagen, Abstimmung mit Klinik und Hausarzt), 3. ambulanter Depressionsbehandlung in der Abteilung des Krankenhauses (Komplexbehandlung an 5 Tagen je 1,5 Stunden über 4-8 Wochen, Teilnahme an Therapiegruppe „Teilremission“ begleitend zur Wiedereingliederung 1x/Woche), 4. teilstationärer Behandlung (Tagesklinik) oder 5. stationärer Behandlung.

Die „Wahl“ besteht zwischen verschiedenen, inhaltlich unterschiedlichen Angeboten, über die allerdings nach ausgiebiger Diagnose und fachlicher Behandlungsnotwendigkeit entschieden werden sollte und nicht nach dem subjektivem Bedürfnis und Ermessen des Patienten. Wo mehr Fachkompetenz nötig wäre, wird der Patient im Grunde selbst in die Pflicht genommen. Unter der Maßgabe der Kostensparnis konzentriert sich „Wahlfreiheit“ auf die Wahl zwischen verschiedenen, unterschiedlich kostenintensiven Behandlungsangeboten. Eine dem Patienten gelegene Behandlungsart kann durchaus weniger kosten als diejenige, die der Facharzt/Psy-

chotherapeut für notwendig und angemessen erachtet. „Wahlfreiheit“ kann jedoch auch zu einer schlechteren Behandlung und langfristig zu einer kostenintensiveren „Versorgung“ führen.

Hieran schließt sich eine dritte Argumentationslinie der Krankenkassen an: Die Kritik an der bisherigen **Qualität der Behandlung** von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern durch die Ärzte/Psychotherapeuten/Krankenhäuser. Vorwürfe und Kritiken finden sich in allen Präambeln zu Modellen der Integrierten Versorgung psychisch Kranker: die bisherige Behandlung erfolge nicht „durchgängig auf der Basis geltender Standards“, „Erkrankungen werden nicht richtig und/oder zu spät erkannt, nicht effektiv behandelt“, „nur ein Teil der Patienten erhält eine an aktuellen Leitlinien orientierte Therapie“, „Patienten werden isoliert von verschiedenen Behandlern therapiert, die alleine

5 [www.dak.de/content/dakinnovation/](http://www.dak.de/content/dakinnovation/) AK Harburg Informationsbroschüre.



Systemische Gesellschaft –

Deutscher Verband für  
systemische Forschung, Therapie,  
Supervision und Beratung e.V.

### Ausschreibung für den Wissenschaftlichen Förderpreis der Systemische Gesellschaft

Die Systemische Gesellschaft, Deutscher Verband für Systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V. schreibt den wissenschaftlichen Förderpreis aus.

Ausgezeichnet wird die beste Arbeit, die empirische Forschungsdesigns entwickelt, eine mit systemischen Modellen kompatible und innovative Methodik aufweist und sich auf praxisrelevante Bereiche aus der Therapie, Gesundheitsversorgung, Supervision, Beratung und auf institutionelle Innovationsprozesse bezieht.

Der Preis ist bewusst als Förderpreis konzipiert. Vor allem jüngere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sind angesprochen, die sich mit Diplomarbeiten, Dissertationen, Habilitationen oder anderen (auch außeruniversitären) Projekten qualifizieren.

Der wissenschaftliche Förderpreis ist mit 3.000,- Euro dotiert. Die Arbeit sollte noch nicht bzw. nicht vor dem Termin der Preisvergabe im Mai 2009 veröffentlicht sein.

Ein Gutachtergremium entscheidet, wer den Preis erhält. Es besteht aus vier unabhängigen externen Personen sowie zwei Mitgliedern der SG.

Bewerbungen in dreifacher Ausfertigung bis **31. Oktober 2008** an:

Systemische Gesellschaft e.V.  
c/o Frau Dr. Karin Martens-Schmid  
Waldenserstraße 2-4 (Aufg. D)  
D-10551 Berlin

Telefon: +49-30-53 69 85 04  
E-Mail: [info@systemische-gesellschaft.de](mailto:info@systemische-gesellschaft.de)  
WWW: <http://www.systemische-gesellschaft.de>

**Weitere Informationen im Internet: <http://www.systemische-gesellschaft.de/presse>**

arbeiten und nichts voneinander wissen“, „Behandlungen sind zu schulenorientiert und zu wenig auf individuelle Bedürfnisse zugeschnitten“, „dass sich die Psychotherapie an starren Vorgaben der KV und der Richtlinienpsychotherapie auszurichten hat“, „die kassenärztliche Versorgung ist zu sehr auf leicht erkrankte Menschen zugeschnitten“. Versprochen werden stattdessen „maßgeschneiderte Therapien, neueste Erfahrungen für bessere Ergebnisse, innovative und optimierte Verfahren, modernste Techniken, multiprofessionelle Behandlung, Durchführung ausführlicher Diagnostik“. Frappierend ist, dass auch hier Leistungen versprochen werden, die in den letzten Jahren aus dem Leistungskatalog der ambulanten Versorgung gestrichen oder in ihrer finanziellen Erstattung entwertet wurden. Letztlich bringt es die AOK am deutlichsten zum Ausdruck: „... ist die Effizienz der Versorgung das wichtigste Ziel ... bessere Qualität bei höchstens gleichen Kosten oder gleiche Qualität bei niedrigeren Kosten .... Will die AOK mit solchen Projekten Strukturveränderungen vorantreiben und gesundheitspolitische Verantwortung übernehmen.“<sup>6</sup> Hinter der Klage über die Mängel der gegenwärtigen Versorgungssituation verbergen sich Legitimationsversuche, tiefgreifende Einsparungen und Strukturveränderungen voranzutreiben.

### Schöne neue Versorgungswelt

Exemplarisch lässt sich diese Stossrichtung anhand einiger bisher zugänglicher Verträge zur Integrierten Versorgung bei psychisch Erkrankten studieren und auswerten:<sup>7</sup>

- Einhellig wird von „Versorgung“ gesprochen, während die „Behandlung“ oder die Therapie von Erkrankungen nicht zu den neuen Vertragsaufgaben gerechnet werden.
- Psychotherapie im eigentlichen Sinne, d. h. die Behandlung einer vorliegenden psychischen Erkrankung mit Heilungsaussicht scheint nicht unmittelbar im Blick der Kostenträger zu liegen, und wenn, dann nur als ein Modul unter anderen. Psychoedukation wird wiederholt als unabdingbares Versorgungsmodul genannt. Psychotherapie im Sinne der

IV-Verträge bedeutet Begleitung, Krisenintervention oder Kurzzeittherapie mit begrenztem Stundenkontingent. Psychotherapie, die über 6 bis 12 Stunden hinausgeht, wird z. B. im Vertrag zwischen Mediverbund und Daimler BKK nicht mehr im Rahmen der IV bezahlt, sondern erfolgt weiterhin über Antrag im Rahmen der Psychotherapierichtlinien. Bei leichter Depression werden 6 Stunden/Quartal eingeplant, bei mittelschwerer und schwerer Depression 12 Stunden/Quartal. Das NEO (Netzwerk Essstörungen Ostalbkreis) und die AOK Baden-Württemberg sehen nach einer Motivationsphase von 3-6 Monaten eine Therapiephase von 3-12 Monaten bei Essstörungen vor, die 12 Gruppensitzungen und 4 Einzelsitzungen pro Quartal beinhalten.

- Psychische Erkrankungen, deren Entwicklung und Verlauf, scheinen zu einer Sache des Rationalen einer logischen Steuerung der richtigen Behandlung zu werden. Unbewusste Konflikte, die sich in Symptomen abbilden, finden ebenso wenig Berücksichtigung wie die spezifische Dynamik eines Krankheits- und Heilungsverlaufs.
- Die Modularisierung der Behandlung führt zu einer Hierarchisierung der Therapieziele (ADHS Vertrag, Daimler BKK). Dem Koordinator oder dem Fallteam werden steuernde Funktionen zugestanden und die Entscheidung darüber, welche Module zu welchem Behandlungsziel zum Einsatz kommen sollen (u. a. Psychoedukation, Medikation, Elternterapie, Angehörigenarbeit, Familientherapie und Psychotherapie).
- Für die Dokumentation spielen Tests, Screening-Bögen oder Checklisten eine große Rolle. Verpflichtend wird der SCL 90-R genannt, empfohlen werden auch ausführliche Verfahren zur Eingangs- und Abschlussdiagnostik (NEO und AOK Baden-Württemberg).
- Die Leitung scheint Hausärzten oder Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie vorbehalten zu sein. Dadurch werden Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die zweite Reihe verwiesen und abqualifiziert. Im Vertrag zwischen Mediverbund und Daimler BKK erfolgt ein Vorgespräch zu einer eventuell indizier-

ten Psychotherapie z. B. erst nach häufigen Kontakten mit dem behandelnden Haus- oder Facharzt. Im Integrierten Versorgungsprojekt des Netzwerks Essstörungen und der AOK Ba-Wü muss der Patient ein ausführliches „Eingangsassessment“ bei einem psychiatrischen Facharzt durchlaufen.

- Es werden qualitätssichernde Maßnahmen von einer Orientierung an Leitlinien, Behandlung nach Evidenced Based Medicine Kriterien bis hin zur Zertifizierung der Praxis nach QS-Standards versprochen (ISO 9000ff, European Foundation for Quality EFQM, European Practice Assessment EPA, Qualitätsmanagement System der KV z. B. QEP, Teilnahme an Qualitätszirkeln und DMPs).
- Die Teilnehmer an den Verträgen werden zu einer leitlinienorientierten Behandlung verpflichtet, zur Einhaltung des vereinbarten Behandlungspfades, zur Einhaltung von Dokumentationsvereinbarungen, zur Beteiligung an QS-Maßnahmen und Fortbildungen und sollen besondere Qualifikationen im Sektor der entsprechenden psychischen Erkrankungen nachweisen können. Hier werden u. a. auch bei der Behandlung von Depression Erfahrungen im Rahmen der Durchführung von Richtlinien Therapien vorausgesetzt (Medi und BVDN).
- Teilnehmern an Modellen der Integrierten Versorgung wird bei Erreichen des Wirtschaftlichkeitsziels eine Extravergütung zugesichert (Medi und Daimler BKK).

Neben den bisher dargestellten kritischen Gesichtspunkten im Rahmen der IV-Verträge bleibt noch die Frage, was mit Patienten geschieht, die sich nicht in Modelle der Integrierten Versorgung einschreiben.

6 [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

7 Vgl. Vertrag des Mediverbundes Stuttgart nach § 140a zur Versorgung von Depressionen 12/2007, ein Entwurf der KBV zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS auf der Grundlage § 73c, eine Vereinbarung nach § 73c zur Versorgung von Patienten mit affektiven Störungen bzw Depressionen ICD 10: F30.xx zwischen Krankenkasse und Mediverbund und Bundesverbandes der Deutschen Nervenärzte BVDN Baden-Württemberg, NEO (Netzwerk Essstörungen Ostalbkreis und AOK Baden-Württemberg 2008).

Es wird suggeriert, jenseits dieser Verträge läge den Ärzten und Psychotherapeuten weniger an einer guten Behandlung ihrer Patienten. Die bloße Zusicherung einer schnellen und erfolgreichen Behandlung verleugnet letztendlich programmatisch eine Realität, in der die Erfahrungen des Scheiterns zum Lebensalltag dazu gehören und die Spannungen und das Leiden selbst ertragen und angenommen werden müssen. Das eifertige Erfolgsversprechen der Kassen verrät den heilberuflichen Auftrag, wo sich der Patient und Behandler der Möglichkeit des Scheiterns immer gewärtig sein sollten.

### 3. Konsequenzen für die psychotherapeutische Behandlung

Das „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ und die enthaltenen Regelungen zu sog. neuen Versorgungsformen werfen eine Reihe von Fragen auf, die nicht nur eine sozialpolitische oder verteilungspolitische Ebene betreffen, sondern das Selbstverständnis der Psychotherapie als professionellem Heilberuf angreifen.

#### Verträge untergraben die Richtlinienpsychotherapie

Bereits 2007 wurde die Entwicklung neuer Vertragsformen als Selektivverträge nach § 73 c für den Bereich der ambulanten Psychotherapie von dem inzwischen zum neuen Vorstandsvorsitzenden der VdAK gewählten Thomas Ballast<sup>8</sup> als „uninteressant“ für die Kassen bezeichnet. Ballast referierte damals, dass die Psychotherapie mit ihren zeitgebundenen und antragspflichtigen Leistungen ein starres und unflexibles System darstelle, das den Kassen kaum Einsparmöglichkeiten biete. Alternativen böten sich für Psychotherapeuten allenfalls durch sog. „Convenience“- oder beratende Netzwerkleistungen außerhalb der Psychotherapie-Richtlinien, wie bspw. die vertragliche Zusicherung eines Erstgesprächstermins innerhalb weniger Tage, zur akuten Versorgung von Patienten mit unklaren Störungsbildern. An einen solchen Vertrag gebunden, hätten sich Psychotherapeuten stets ein bestimmtes Stundenkontingent frei zu halten.

In anderer Hinsicht wächst jedoch der Druck der Krankenkassen, durch eine Vernetzung stationärer, ambulanter und pflegerischer Leistungserbringer an den Schnittstellen der Versorgung anzusetzen, um „Fehlversorgung“ zu vermeiden und im Bereich der psychischen Erkrankungen Kosteneinsparungen in Millionenhöhe zu ermöglichen. Bedeutsam für diese Vertragsformen ist, dass der bisher in der ambulanten Versorgung geltende Verbotsvorbehalt<sup>9</sup> nicht mehr zwingend ist. Damit können in den Selektiv- und IV-Verträgen auch ambulante psychotherapeutische Leistungen angeboten werden, die seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses für die ambulante Versorgung nicht explizit zugelassen (aber eben auch nicht verboten) sind. Schon kurzfristig könnte dies neben der Psychotherapie im Kollektivvertragssystem zu einer „spezifischen Psychotherapie“ der Selektivverträge führen. Damit würde sowohl die bisher geltende Qualitätssicherung durch das Gutachterverfahren wie auch die Gültigkeit der Psychotherapie-richtlinien als bislang anerkannte „Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechend ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie“ (Präambel der Psychotherapie-Richtlinien) in Zweifel gezogen werden.

Ein solches Szenario deutet sich bereits in einem Vertragsentwurf der AOK Baden-Württemberg an, wonach die eingeschriebenen Patienten auf eine Richtlinienpsychotherapie verzichten müssen, um an der

8 Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender VdAK/AEV: Psychotherapie und neue Vertrags- und Versorgungsformen; Vortrag, DGPT, 06. Mai 2007, Frankfurt.

9 § 2 Abs. 4 der „Rahmenvereinbarung zur Integrierten Versorgung“ zwischen den Kassenverbänden als Teil des Bundesmantelvertrags: „Verfahren, die von den Bundesausschüssen nach § 91 SGB V und dem Ausschuss nach § 137 c Abs. 2 SGB V abgelehnt worden sind, dürfen im Rahmen der Integrierten Versorgung nicht zur Anwendung kommen.“ Konsequenz aus § 140 b Absatz 3 Satz 4 SGB V, wonach – ebenso wie bei den Modellvorhaben gem. § 63 Abs. 2 und 4 SGB V – Gegenstand der IV auch solche neuen Untersuchungs- und/oder Behandlungsmethoden sein können, die nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören. Es darf sich allerdings nicht um Leistungen handeln, die vom G-BA bzw. vom Ausschuss Krankenhaus bereits abgelehnt wurden.

### 15. Psychotherapietage NRW „Biographische Orte und innere Landschaften“ Mittwoch, 29.10.2008 – Sonntag 02.11.2008 in Bad Salzuflen

Die Psychotherapietage NRW bieten Ihnen eine interessante und sehr qualifizierte überregionale psychotherapeutische Fort- und Weiterbildung. Neben dem Leitthema werden aktuelle Fragen der Psychotherapie interdisziplinär und im Dialog der therapeutischen Schulen in Vorträgen, Seminaren, Kursen und Arbeitsgruppen praxisnah aufgegriffen. Die Zertifizierung ist bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe beantragt. Im letzten Jahr war unsere Veranstaltung mit bis zu 47 Punkten zertifiziert.

#### Referenten:

**Vorträge:** M. Bormuth, M. Franz, L. Reddemann, E. Roediger, A. Simon,

#### Vorlesungen, Kurse und Arbeitsgruppen:

F. Damhorst, U. Gast, J. Kruse, C. Sies, Ch. Smolenski, S. Trautmann-Voigt, W. Tress, B. Voigt, W. Wöller u.a.

#### Informationen und Anmeldung:

Tagungsbüro Monika Pult,  
Postfach 22 12 80, 41435 Neuss  
Tel.: 02182/9108, Fax: 02182/69643,  
e-mail: [hpult@t-online.de](mailto:hpult@t-online.de),  
internet: [www.psychotherapietage-nrw.de](http://www.psychotherapietage-nrw.de)

## 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](mailto:duensing@meisterernst.de)  
[www.meisterernst.de](http://www.meisterernst.de)

Integrierten Versorgung „Netzwerk Essstörungen“ teilnehmen zu können.<sup>10</sup>

Argumente, die die Richtlinienpsychotherapie in Frage stellen, richten sich in erster Linie gegen deren Effizienz und schlussfolgern, dass neue Versorgungsformen auch neue Behandlungsmethoden erforderlich machten. Dadurch würde das bisher erreichte Niveau der fachlichen Anerkennung der beiden Heilberufe Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut untergraben, weil die Vertreter der Kassen qua Vertrag auch weitgehend über die Inhalte von Verfahren und Richtlinien der Psychotherapie in den „Integrierten Versorgungsverträgen“ bestimmen könnten.

### „Versorgung“ statt Behandlung

Es fällt auf, dass in den vorgesehenen Selektivverträgen die Behandlung spezifischer Patientengruppen, deren Erkrankung vermehrt Kosten verursacht, auf eine kostengünstige „Versorgung“ umgestellt werden soll, um auf diesem Wege die Aufwendungen für qualitativ notwendige Behandlungszugänge zu sparen. Die Zunahme psychischer Erkrankungsdiagnosen in den letzten Jahren führte beispielsweise zu einer erheblichen Zunahme der Kosten für die stationäre Behandlung, die im Rückschluss die Frage nach der Funktionalität ambulanter Behandlungsmöglichkeiten aufkommen ließ. Dass von den Kassen für die „Versorgung“ psychisch Kranker die Berufsgruppen der Psychiater und Psychotherapeuten zusammengefasst werden, erschwert die differenzierte Analyse der Entwicklung der letzten Jahre. Mängel in der Honorarausstattung der psychiatrischen Fachkollegen drohen nun der ambulanten Psychotherapie zur Last gelegt zu werden.

Da die Bedarfsplanung jedoch auch nach der Reform unverändert bleiben soll, kann der Ansatzpunkt für die Kassen nur sein, vorhandene Ressourcen neu zu verteilen.

Was „Versorgung“ im Kontext einer möglichst effektiven und schnellen Behebung einer krankheitswertigen Symptomatik bedeuten kann, haben die Auseinandersetzungen im Jahr 2005 um das TK-Modellprojekt in Hessen exemplarisch gezeigt.

Seinerzeit hatten über 600 ärztliche und psychologische Psychotherapeuten aller Therapieverfahren eine Mitarbeit an dem Modellversuch verweigert, weil der symptomorientierte Monitoring-Ansatz die therapeutische Beziehung kategorisch ignorierte und das (Symptom-)Geschehen in der Behandlung selbst nicht als Ausdruck der therapeutischen Beziehung einbezog.

Diese vorsätzliche Ignoranz gegenüber jeder therapeutischen Erfahrung, die nachweist, dass nur im vereinbarten Zeitrahmen eine stabile therapeutische Beziehung wirksam werden kann, ließ bereits die Anlage zur Gefährdung der in den Richtlinien verankerten therapeutischen Handlungsbedingungen erkennbar werden. Die genuine Notwendigkeit, feste Rahmenplanungen für ein „heilsames“ Beziehungsgeschehen zu etablieren, wurde schon durch die Konzeption des TK-Modellversuchs „Computergestütztes Qualitätsmonitoring“ in ihren Prinzipien erschüttert und kann daher als Prototyp neuer Vertragsformen gesehen werden. Nimmt man den TK-Modellversuch als vorläufigen Ausdruck eines sich wandelnden Paradigmas psychotherapeutischer Behandlungskonzepte, könnte das Projekt als Grundmuster dessen gesehen werden, was in IV-Verträgen als Zukunftsvision einer Patientenversorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie sichtbar wird.

Letztlich wird jedoch auch im Rahmen des Case-Managements psychotherapeutisches Handeln auf stabile Parameter wie klare zeitliche Rahmenbedingungen, Verschwiegenheit, Nicht-Veröffentlichung ihrer Inhalte und eine hochspezifische und individuelle Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung angewiesen sein. Psychotherapie außerhalb dessen, was die Richtlinien vorgeben, wird eine andere Weise der Behandlung psychischer Erkrankungen sein. Psychotherapie würde dadurch in die Mühlen einer abstrakten psychoedukativen oder stützenden Lebensberatung geraten, die als spannungsreduzierende Sozialtechnik kurzfristige Linderungen bietet, Konflikte in ihrem Kern aber unbearbeitet lassen wird.

### Entmündigung der Patienten

Patienten, die sich akut in solche Systeme einschreiben, sind krank und nicht in der

Lage, die Konsequenzen einer Verzichtserklärung auf Richtlinienpsychotherapie (IV-Vertrag NEO und AOK Baden-Württemberg) zu überblicken. Im Vergleich zu dem, was sie sich durch ihre Unterschrift erhoffen, wirkt dieser Verzicht für die Patienten unbedeutend. Gerade vernetzte Versorgungsmodelle wecken Erwartungen einer leichteren und zudem auch noch umfassenderen Behandlung, sie fügen sich in die Glücksversprechen einer postmodernen „Gesundheitswirtschaft“ ein. Dagegen ist es schwieriger, sich dem unbequemen Prozedere einer ambulanten Psychotherapie zu unterziehen, das durch die Notwendigkeit, außerhalb der Behandlungssituation ein einigermaßen „normales“ Leben aufrecht zu erhalten, Regression begrenzt und Versorgungswünsche nicht unmittelbar erfüllt, sondern bearbeitet.

„Versorgungskonzepte“ führen daher nicht zu einer Wiederherstellung der Autonomie der Patienten durch Behandlung, sondern drohen eher deren Entmündigung einzuleiten, weil nach erfolgter Unterschrift das verantwortliche Management über den eigenen Krankheitsfall an den Case-Manager abgegeben wird. Eine solche Form der Entlastung mag zwar vorübergehend Sinn machen, das Ziel der Psychotherapie, die Förderung und Anerkennung der Autonomie des Patienten war jedoch bisher auch im Verlauf der Behandlung stets zu berücksichtigen und prägte die Integrität der Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient. Die vertragliche Bindung des Patienten aber schafft eine systematische Abhängigkeit durch den unterzeichneten Einzelvertrag.

### „Fehlallokationen“

Im Kontext der Kritik an der gegenwärtigen Versorgungssituation werden von verschiedenen Kassen „Fehlallokation“ der Versorgung ins Feld geführt, die in den letzten Jahren zu einer unnötigen Steigerung der

<sup>10</sup> von Wachter, M., Brickwedde, U. & Hendrichke, A. (2008). Integrierte Versorgung von Essstörungen - ein innovatives Versorgungsprojekt des Netzwerk Essstörungen im Ostalbkreis/Württ. NEO und der AOK Baden-Württemberg. *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, 1, 37. Unklar ist, inwieweit solche Verzichtserklärungen mit den Bestimmungen des § 140 b vereinbar sind.

Kosten bei der Behandlung psychisch Kranker geführt habe.

Zwar ist bei allen Krankenkassen insgesamt eine Abnahme der durchschnittlichen AU-Tage wie auch der durchschnittlichen Krankenhausstage (ca. 50% Verringerung in den letzten zehn Jahren) pro Versicherter festzustellen. Gleichzeitig ist innerhalb der relevanten Arbeitsunfähigkeits-Diagnosen eine Zunahme psychischer Diagnosen, insbesondere aus dem Bereich der depressiven Störungen und der Anpassungsstörungen festzustellen, die in den Gruppen der am häufigsten vergebenen Diagnosen weit vorne rangieren.<sup>11</sup> Diese Zunahme von psychischen AU-Diagnosen aus dem ICD-Bereich F 2 bis F 4, die steigende Zahl stationärer Einweisungen von psychisch kranken Patienten und der damit verbundene Kostenanstieg in den letzten Jahren werden übereinstimmend von vielen Krankenkassen in ihren Statistiken zitiert.<sup>12</sup> Die Kosten für die stationäre Behandlung psychisch Kranker rangieren dabei weit vorne, weil bei diesen Erkrankungen lange Behandlungszeiten

erforderlich sind und es in der stationären Psychiatrie keine pauschalen DRG-Abrechnungen wie in den anderen medizinischen Sektoren gibt. Aus diesem Grund ist die Senkung der Kosten durch den Abschluss von IV-Verträgen in diesem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich für die Kassen von besonderem Interesse.

Im Kontext dieser Kostenentwicklung erklärt sich auch der Angriff auf die ambulante Richtlinienpsychotherapie, insbesondere durch den sog. GEK-Report 2007 mit dem Schwerpunkt der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.<sup>13</sup>

Die konzeptionellen Überlegungen der Krankenversicherer zu IV-Verträgen im Bereich Psychiatrie-Psychosomatik-Psychotherapie betreffen auch Patienten mit Diagnosen aus dem Bereich der leichteren und mittelgradigen depressiven Erkrankungen, der neurotischen und psychosomatischen Störungen und der Anpassungsstörungen, die bisher zum klassischen Klientel ambulanter Psychotherapie gehören. Die neuen

IV-Verträge werden hier zur intersektoriellen Versorgung angeboten. Dabei geht es den Kassen weniger um die Vermeidung der statistisch kaum veränderten psychiatrischen Einweisungsdiagnosen, die allenfalls durch ambulante sozialpsychiatrische Betreuung gesenkt werden könnten, als vielmehr um sog. „Fehlallokationen“ von Patienten, die aufgrund einer psychischen Krise mit psychosomatischen oder psychoneurotischen Symptomen in stationäre Behandlungen aufgenommen werden

11 Nach Bericht der Ärztezeitung vom 10.12.07 haben sich die Kosten für die Behandlung depressiver Patienten in den letzten 10 Jahren fast vervierfacht, wie Prof. Salize vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim, auf einer Fachtagung der GEK ausführte. Die Hälfte der Kosten entfalle dabei auf die stationäre Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen.

12 So sind in dem Vierjahreszeitraum 2003 bis 2006 die Ausgaben der TK Hessen für psychiatrische Krankenhausbehandlungen um 30 Prozent auf 26,8 Millionen Euro gestiegen. Quelle: Ärztezeitung, 05.03.2008.

13 GEK-Report ambulant ärztliche Versorgung, Schwerpunkt: ambulante Psychotherapie, November 2007. Vgl. den Beitrag von Jacobi/Hoyer im PTJ 2/2008, S. 140 ff.

## **milton erickson institut berlin**

fon & fax: 030 . 781 77 95 (büro: do 9 - 12)  
www.mei-berlin.de - mail@mei-berlin.de

### **Prozessorientiertes Konflikt-Coaching**

Dr. Max Schupbach

Sa 11. - Mi 15. Oktober 2008, 850 €

### **Energetische Trauma- und Psychotherapie**

Dr. Wolfgang Lenk

Sa 17. - So 18. Januar 2009, 265 € \*

### **Therapie von Angststörungen und Phobien**

Dr. Wolfgang Lenk

Sa 24. - So 25. Januar 2009, 250 € \*

### **Fortbildung Klinische Hypnose und Hypnotherapie**

LehrtherapeutInnen der Milton Erickson Gesellschaft

Beginn: Sa 14. - So 15. Februar 2009, 250 € \*

### **Irrationale Kognitionen und Glaubenssätze**

Dr. Wolfgang Lenk

Sa 25. - So 26. April 2009, 250 € \*

### **Mentales Leistungs- und Powercoaching**

Dipl.-Psych. Ortwin Meiss

Sa 16. - So 17. Mai 2009, 250 € \*

### **Systemische Sexualtherapie**

Prof. Dr. Ulrich Clement

Sa 27. - So 28. Juni 2009, 250 € \*

### **Fortbildung Energetische Trauma- und Psychotherapie**

Dr. Fred Gallo Beginn: Sommer 2009 \*

\* zertifiziert von der Psychotherapeuten-Kammer Berlin



## **ÄON Institut für**

## **Tiefenpsychologisch fundierte**

## **Psychotherapie & Supervision (ITFPS)**

### **Ihr ÄON QM - Prozess ©**

- Ihr zertifizierungsfähiges, von der KBV anerkanntes QM-Handbuch in 2 Tagen –

- **Achtung: Dieses QM-Handbuch erfüllt die Mindestanforderungen der „QM-Richtlinie des G-BA und ist von der KBV anerkannt. Damit können Sie den KV Selbstbewertungsbogen Ihrer Praxis erfolgreich beantworten.**
- **Das Seminar und der ÄON-QM-Prozess sind bei Psychotherapeuten beliebt, weil Sie tatsächlich die Erstellung Ihres Handbuchs in 2 Tagen mit nur einem Seminar erreichen.**
- **Akkreditierung als Fortbildungsseminar bei den ÄK's und PTK's ist beantragt.**
- **Der ÄON-QM-Prozess ist auch in der E-Mail Version ohne Seminar möglich.**

### **Info & Anmeldung:**

**Termin:** 08. - 09. November 2008 in Witten

**Kosten:** € 399,- zzgl. MwSt. + 99 € Handbuch

**Telefon:** 0 23 02 / 42 34 02

**E-Mail:** [qm@aeon-institut.info](mailto:qm@aeon-institut.info)

**Weitere Informationen:** [www.aeon-institut.info](http://www.aeon-institut.info)



müssen, obwohl sie auch ambulant hätten versorgt werden können.

Im wenig präzisierten Begriff der sog. „Fehlallokation“ sind mehrere Themenbereiche aufgehoben:

- Durch eine Veränderung der Angebotsstruktur soll das Gefälle zwischen städtischen Regionen mit hoher Therapeutendichte gegenüber einer weitgehend mangelhaft versorgten ländlichen Region (insbesondere in den neuen Bundesländern) aufgehoben werden. Die Psychotherapie ist dabei besonders betroffen, da die verschiedenen Therapieverfahren im Zuge der Ansiedlung der relevanten Ausbildungsinstitute regional unterschiedlich verteilt sind.
- Gleichzeitig ist intendiert, die vielfältigen Wege, auf denen Patienten in eine Psychotherapie kommen, zu vereinheitlichen, indem Case-Management oder managed-care-Modelle klare Zugangswege vorgeben.
- Die selbsternannten Case-Manager der Kassen sind in diesem Kontext auch dazu angehalten, in Vorgesprächen die Patienten bei der Suche nach dem „richtigen Therapeuten“ zu beraten. Auch wenn diese zur Behebung der „Fehlallokation“ vorgesehen sind, belegt dies, dass die Kassen sich fachlich weit in die Kompetenzbereiche der Psychotherapie einmischen und damit zentrale Grundlagen und Prinzipien der psychotherapeutischen Behandlung verletzen.
- Fehlallokation schließt ebenso die Langzeit-Psychotherapie ein, wenn sich die Patienten nicht mehr im akuten Krankheitsstadium befinden, da dies zur Behebung der akuten Versorgungsmängel nicht länger zweckmäßig sei.<sup>14</sup>

### „Qualitätsstandards“ und Leitlinien

Der Weg einer mehr renditeversprechenden Kommerzialisierung, der sich seit den letzten Reformen auch im Gesundheitswesen ankündigte, kennt noch eine andere Seite, die auf den ersten Blick zwar anderen Kriterien gehorcht, bei genauem Hinsehen aber von der gleichen Idee überformt zu werden droht: Die Sicherung und Steuerung von Qualität im Gesund-

heitswesen. Das Bemühen um die Sicherung von Qualität seitens der Kassen kann nicht losgelöst von den Folgen der wettbewerbsorientierten Steuerung gesehen werden. Zwar werden zunehmend bürokratische Kontrollbemühungen einsetzen. Steuerung und Kontrolle setzen aber eine Transparenz und Vergleichbarkeit voraus, die nur über die Standardisierung von Prozessen erreichbar ist. Eine solche Standardisierung aber nimmt notwendigerweise auch schon kurzfristig Einfluss auf den Inhalt der Arbeitsprozesse selbst.

Bereits jetzt wird erkennbar, dass die Qualitätssicherungsmaßnahmen zwar primär auf Handlungsabläufe in der Praxis vor und nach der psychotherapeutischen Behandlung abzielen. Inwiefern aber dadurch auch schon beim Erstkontakt und bei der Rahmung der Behandlung die therapeutische Beziehung selbst unter den Einfluss der normierten Qualitätssicherung gerät, ist zumindest umstritten.

Die ersten Entwürfe für Einzelverträge zwischen Psychotherapeuten und Kassen machen deutlich, dass durch die Kassen teilweise Behandlungsbedingungen eingeführt werden sollen, die bislang in den gesundheitspolitischen Fachgremien weder diskutiert noch abgestimmt wurden. Die vertraglich geforderte Anwendung von zertifizierten Qualitätsstandards, die vorgeschriebene Berücksichtigung von Leitlinien, die vorgeschriebene Anwendung von Manualen bei der Behandlung sowie die Vorschrift von Behandlungsmodulen in der Patientenbehandlung sind Beispiele dafür, wie gültige Vereinbarungen zwischen Kassen und Psychotherapeuten durch den Abschluss neuer Verträge schlicht übergangen werden. Nicht nur vereinbarte Richtlinien für Psychotherapie werden übergangen, es werden stattdessen Standards und Leitlinien gefordert, deren Funktionalität und Relevanz wissenschaftlich durchaus umstritten ist.

Dadurch wird nicht nur die bisherige Diskussion im Wissenschaftlichen Beirat über wissenschaftliche Standards in der Anwendung der Psychotherapie nachgerade entwertet, sondern es werden von den Kassen ungeprüft Behandlungsschritte für die Praxis eingefordert, die den Schutzraum

der Psychotherapie preisgeben. Indem die Anwendung der Psychotherapie durch die neuen Verträge jenseits der Richtlinienpsychotherapie durch Methodenmodule standardisiert werden soll, wird der Spielraum für Entwicklung derart eingeschränkt, dass individuell gesteuerte Prozesse zur Heilung kaum noch möglich sein dürften. Nicht nur die Intimität der Patienten (Dokumentationspflicht), sondern auch deren individuelle Entwicklungspotentiale sind durch derartige Vorschriften von Behandlungsschritten bedroht.

Überraschend ist daran, welcher geringer Wert die vertragsentwerfenden Parteien den bisherigen Diskussionen über Standards, Richtlinien und Rahmenvereinbarungen noch beimessen, d. h. es stellt sich die Frage, inwiefern die wissenschaftlich fundierten Debatten und orientierungsgebenden Vereinbarungen zwischen Ärzten, Psychotherapeuten und den Kassenvertretern noch ernst genommen werden.

## 4. Reflexion zur Ethik der Heilbehandlung im marktwirtschaftlichen Kontext

### Der neue Gesundheitsmarkt

Schon lange hat die Doktrin der Chicagoer Schule um den Ökonomen Milton Friedman in vielen Lebensbereichen der Gesellschaften ihre Spuren hinterlassen und inzwischen auch die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger in Deutschland erfasst. Die ebenso eindrucksvolle wie eindimensionale Hypothese, nach der alle zwischenmenschlichen Prozesse ausschließlich unter Gesichtspunkten des wertbestimmenden Marktes zu verstehen seien, hat sich ausgehend vom industriellen Sektor auch auf andere Bereiche des gesellschaftlichen Lebens übertragen. Der Geist dieser ökonomistischen Denkungsart ist derart universell, dass sich unter seinem Einfluss Subjektivität auf die Teilhabe an einem Markt reduziert, auf dem jedes Produkt mit anderen Produkten vergleichbar

<sup>14</sup> Vgl. GEK-Report ambulant ärztliche Versorgung, Schwerpunkt: ambulante Psychotherapie, November 2007.

sein soll. Diese universelle Vergleichbarkeit wird erzielt, indem die Wertschätzung einem idealen gemeinsamen Nenner unterworfen ist: Ideal ist eine Währung, in der alle Produkte (auch: Dienstleistungen) konvertierbar sind. Das noch unter solidar-gemeinschaftlichen Prinzipien aufgebaute kollektivvertraglich geregelte Gesundheitssystem wird sukzessive „dereguliert“, um durch die freiwerdenden Marktkräfte auch im Gesundheitswesen eine neue Dynamik zu ermöglichen. Ein Indikator für diese neue Dynamik ist die Ermöglichung von Selektivverträgen nach § 73 und § 140 SGB V zwischen Kassen und „Leistungserbringern“ im Gesundheitswesen, die mittlerweile auch die Psychotherapie erreicht haben.

Gegen diese Entwicklung erhob sich zwar immer wieder auch ärztlicher Protest, doch der innere Widerspruch der Ärzteschaft ist kaum übersehbar: Das Ethos des Heilens, das von vielen Funktionären glaubhaft dem Kommerzialisierungssog entgegen gehalten wird, wird von Kollegen in den Regionen unterlaufen, die sich von den neuen Möglichkeiten im Gesundheitssystem eine verbesserte Honorierung oder sogar Rendite versprechen. Der Widerspruch zwischen heilberuflichem Ethos und kommerziellem Erfolg bleibt auch den Psychotherapeuten nicht erspart. Dieses Dilemma trifft die Psychotherapie im Kern, weil deren Wirksamkeit im Grunde auf einer ethischen Grundhaltung, dem zwischenmenschlichen Vertrauen, aufbaut. Dieses Vertrauensverhältnis wird zwar vertraglich eingerahmt durch eine Berufsordnung, durch Psychotherapierichtlinien und durch eine Psychotherapievereinbarung, doch im Rahmen der neuen Selektivvertragssysteme kündigt sich ein grundlegender Paradigmenwechsel an, der in dieses ethische Binnenverhältnis von Psychotherapeut und Patient eingreifen wird.

### **Industrialisierung des Gesundheitswesens**

Die in Gang gesetzte Entwicklung der Industrialisierung des Gesundheitswesens hat vorderhand ihren Ausgang genommen in der Kritik an der Undurchschaubarkeit der Honorierung ärztlicher Leistungen. Die in den 90er Jahren eingeleitete Budgetie-

rung der ärztlichen Leistungen sollte einerseits das Honorarsystem transparenter machen, andererseits aber auch die steigende Honorarentwicklung in der Ärzteschaft begrenzen. Über 50 Jahre nach der Errichtung der KVen erweisen sich diese Institutionen scheinbar kaum noch in der Lage, ihre eigenen Ideale als Selbstverwaltungsorgan der darin organisierten Heilberufe wach und lebendig zu halten. Die KVen haben sich selbst auf die Funktion eines Honorarverteilungsapparats reduziert, in dem die Diskussion neuer Inhalte nur noch als Gefährdung längst schon abgesteckter Pfründe betrachtet wird. Das öffentliche Eingeständnis eines leitenden KV-Funktionärs in einer Landes-KV, man habe die Honorarverteilung Mitte der 90er Jahre im Grunde selbst nicht mehr durchschaut, macht deutlich, dass die Honorarverteilung seither komplizierter und intransparenter wurde, was bei den politisch Verantwortlichen, bei den Kassenvertretern und bei den Patienten wenig Vertrauen erweckte. Dieses Misstrauen bereitet dem Projekt der „Deregulierung“ das Feld: Umgestaltung des tradierten Kollektivvertragssystems in ein System von vielen Einzelverträgen, in dem jeder Vertragspartner überzeugt ist, selbst bestimmen zu können, wozu er sich verpflichtet und welches Honorar dafür zu zahlen ist.

### **Widerstreit zwischen Ethos des Heilens und Honorierung der heilberuflichen Tätigkeit**

In dieser Situation an den Hippokratischen Eid zu erinnern, ist verführerisch, wird aber alleine der Realität nicht gerecht. Der Widerstreit zwischen heilberuflichem Ethos und angemessener Honorierung ist unauf lösbar, droht aber derzeit zugunsten einer durch die Reformen im Gesundheitswesen geförderten renditeorientierten Haltung das Gleichgewicht zu verlieren. Psychotherapie ist dabei in besonderer Weise betroffen, weil sie ihre Wirksamkeit in der Beziehung zum anderen Menschen entfaltet. Diese Beziehung ist derart prekär und komplex, dass es gerade angesichts der Macht des Marktes, der auch das therapeutische Binnenverhältnis zu kolonialisieren droht, wichtig ist, sich der Zusammenhänge zwischen Heilung und Beziehung noch einmal zu erinnern.

In dieser Beziehung wird das Verhältnis zum Anderen auch als professionelles Selbstverhältnis verstehbar. Wahrscheinlich teilen wir als Psychotherapeuten diese Erfahrung mit vielen Ärzten, die auch in der unmittelbaren Begegnung den Ausgangspunkt für die Möglichkeit einer Heilbehandlung sehen. Der Widerstreit, in dem wir uns jedoch als Psychotherapeut oder Arzt selbst erleben, liegt darin, dass es sich um eine Begegnung handelt, für die wir zugleich auch ein Honorar erhalten. Diese Honorierung stellt die „fürsorgende“ Begegnung<sup>15</sup> in einen Kontext, der der äußeren Realität geschuldet ist. Das Binnenverhältnis zwischen Psychotherapeut und Patient ist zu schützen, weil nur in der geschützten Begegnung, in der sich der Kranke dem Behandler überlässt, um wieder zu sich zu kommen, und in dem sich der Psychotherapeut der Erkrankung des Patienten aussetzt, um sie verstehen und behandeln zu können, heilsame Entwicklung möglich ist. Zugleich wird dieses Verhältnis zu einer anerkannten Heilbehandlung, weil sie im Rahmen von konkreten langfristigen Vereinbarungen und unter Berücksichtigung wissenschaftlich fundierter Richtlinien stattfindet. Die Heilbehandlung findet also zugleich in einem geschützten Raum statt, der zugleich Schutz bietet, weil die Gemeinschaft aller Anderen den Rahmen anerkennt und honoriert. Dieser Schutz des Behandlungsraums ist ein wesentlicher Aspekt der kollektivvertraglichen Vereinbarung für Patient und Behandler.

Die Rolle des Arztes/Psychotherapeuten als Begleiter eines komplex ineinander verwobenen Heilungsprozesses ist in der Sprache der Systemrationalität aber verloren gegangen. Wird der Patient zu einem „Kunden“ und der Psychotherapeut zu einem „Dienstleister“, so geht in dieser Bezeichnung das förderliche Binnenverhältnis nicht auf. Die Bezeichnungen mögen für einen Berater und einen Ratsuchenden oder für einen Trainer und seinen Zögling gelten können, jedoch für eine Psychotherapie, die sich sorgend der Entwicklung eines Patienten annimmt, führen solche Termini in die Irre. Die neue Terminologie von „Kunden“ und „Dienstleistern“ im Ge-

<sup>15</sup> Vgl. Dörner, K. (2003). *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Stuttgart: Schattauer.

sundheitswesen konterkariert dieses Ethos der Begegnung. Die durch den Chicagoer Ökonomismus induzierte Dienstleistungsbeziehung reduziert das Ethos des Heilberufs einseitig auf den Gesichtspunkt einer finanziell geregelten Vertragsvereinbarung.

Die von dem Arzt und Bioethiker Edmund Pellegrino skizzierte Phänomenologie der Arzt-Patient-Begegnung, die Krankheit und Möglichkeit des Heilens ins Zentrum dieser sensiblen Beziehung stellt, wird durch das Geschäft subvertiert.

Bislang standen Heilberufe gewissermaßen in einem gesellschaftlichen Schutzraum der Anerkennung als Profession. Professionen zeichnen sich auch darüber aus, dass ihnen institutionell ein hoher Grad an Autonomie in der Bestimmung und Kontrolle der Berufsausbildung und -ausübung zuerkannt wird. Neben einem komplexen Expertenwissen wird die Verpflichtung auf die Erfüllung zentraler gesellschaftlicher Werte (Berufsethik) erwartet.<sup>16</sup> Dieser Schutzraum ist aber kein anachronistisches Privileg, sondern ist historisch gewachsen und hat seinen unhintergehbaren Grund in der Anerkennung dessen, dass professionalisiertes Handeln immer bezogen auf existentielle Probleme von Individuen nicht standardisierbar ist und einer geschützten, Intimität wahren Beziehung bedarf. Pellegrino schreibt hierzu: „Zwischen einer Profession und einer Beschäftigung in der Gesellschaft – einem Job – gibt es einen substantiellen Unterschied. Essenz einer Profession ist ein moralischer Kern des Berufs.“<sup>17</sup> Die phänomenologische Analyse des Kerngeschehens ärztlichen Handelns, der Begegnung Patient – Arzt, zeige drei unverrückbare Elemente: 1. die Tatsache der Krankheit, 2. der Akt des Bekenntnisses (zum Arztberuf), 3. der Akt der Medizin. Die ethische Verpflichtung erwachse aus dieser Beziehung, aus dieser klinischen Begegnung: Der Betroffene ist existentiell Patient, er leidet, benötigt Hilfe, ist in einem besonderen Zustand der Verwundbarkeit, Abhängigkeit und Angst. Der Arzt (Gleiches gilt für PP und KJP) verspricht mit dem Bekenntnisakt zu helfen, soweit seine Kompetenz reicht und er lädt ein, zu vertrauen, d. h. seine Kompetenz nur zum Wohl des Patienten einzusetzen, weder zum Eigennutz noch im Interesse anderer. Im Akt der Medizin bemüht er sich um das

Wohl des Patienten, um das für den Patienten Gute. Diese Haltung lässt sich nicht durch äußere Verpflichtungen erzwingen, sondern setzt die berufsethische Selbstverpflichtung voraus.

Für Pellegrino ist das, was „das Wesen einer Profession ausmacht, (...) die Verpflichtung auf etwas anderes als ihr Eigeninteresse“ und er schreibt weiter: „Unsere Moral gründet auf Realitäten. Sie erwächst aus der Phänomenologie der Arzt-Patient-Beziehung, aus der klinischen Begegnung.“<sup>18</sup>

Ein institutionalisierter Wettbewerb unter den sog. „Leistungsanbietern“ wird demgegenüber in unauflösbare Dilemmata führen. Dort, wo Patienten auf reziprokes Vertrauen in einer gemeinsamen Sache angewiesen sind, wird unter Marktbedingungen strategisches Denken gefordert sein und Misstrauen gefördert werden. Unter den Prämissen von Wettbewerb und Rentabilität wird sich das heilberufliche Vertrauensverhältnis in ein zweckrationales Vertragsverhältnis verwandeln. Wie sollen Patienten unter Wettbewerbsbedingungen darauf vertrauen können, dass zu ihrem Guten gehandelt wird und nicht nur zum Nutzen des Heilkundlers oder dem der Kasse? Wie sollen aber umgekehrt Psychotherapeuten den Konflikt lösen, sich im Wettbewerb auf dem Markt behaupten und anbieten zu müssen und zugleich i. S. Pellegrinos das Wohl des Patienten zu verfolgen? Unter ökonomischen Gesichtspunkten könnte es beispielsweise für den Psychotherapeuten selbstschädigend sein, außerhalb eines gesicherten Rahmens wie in der Richtlinienpsychotherapie schwer kranke Patienten zu behandeln, obwohl die Notwendigkeit offensichtlich ist.

Die neuen Verträge suggerieren uns, das Honorar könne ausgehandelt werden. Das berufliche Ethos kann aber durch keinen Vertrag eingebunden werden. Für seine Erhaltung reicht die Selbstverpflichtung nicht aus, im Gegenteil, der Selbstverpflichtung könnte die „Strafe des Marktes“ folgen. Zum Ethos des Heilens gehört zwingend die Anerkennung und Erhaltung des gesellschaftlichen Rahmens der Profession.

Der auf dem 1. Heilberufetag aller hessischen Heilberufekammern in Wiesbaden

verlautbarte Ruf nach Anerkennung der Verantwortung durch die Politik ist zugleich Appell an die politisch Verantwortlichen, die Freiheit der Heilberufe nicht der Kommerzialisierung zu opfern, wie zugleich auch Selbstverpflichtung der Heilberufe, das Privileg der Freiheit der Selbständigkeit verantwortlich im Sinne aller Patienten und der Gemeinschaft der Patienten zu nutzen.

Bemerkenswert sind in diesem Kontext die Überlegungen aus dem jüngsten Gutachten des Sachverständigenrats (SVR) zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, die darauf abzielen, die Definition des Heilkundebegriffs aus dem Heilpraktikergesetz von 1939 gesetzlich zu überarbeiten. Hier findet sich am Rand ein kleiner Hinweis: es solle auch geprüft werden, inwieweit die ärztliche „Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung, die in verschiedenen Rechtsnormen definiert ist, einer Veränderung bedarf“.<sup>19</sup> Die bereits im Wettbewerbstärkungsgesetz WSG begonnene Abkehr von der persönlichen Leistungserbringung durch die neu geschaffene Erlaubnis zur Anstellung von Ärzten im ambulanten Bereich, die durch das VÄndG (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz) mit der Möglichkeit, auch Ärzte anderer Qualifikationen anstellen zu dürfen, bestätigt wurde, wird vom SVR in einem Hinweis an die beauftragenden Regierungsbehörden fortgeschrieben.

Welche Konsequenzen diese Veränderung der persönlichen Leistungserbringung für das Feld der Psychotherapie haben kann, ist noch nicht hinreichend absehbar. Mög-

16 Vgl. Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. (S. 236-262). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

17 Pellegrino, E. (2005). Ärztliches Berufsethos. *Hessisches Ärzteblatt* 9/2005, 595-598.

18 Pellegrino, 2005, S. 597 f.

19 Wille, E., Scriba, P., Fischer, G., Glaeske, G., Kuhlmeier, A., Rosenbrock, R. & Schrappe, M. (2007). *Kooperation und Verantwortung*. Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen. Kurzfassung. S. 27, Rdnr. 36. Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Übersicht/Kurzfassung.pdf>.

licherweise wird auf diesem Weg eine kostenkende De-Professionalisierung und De-Qualifizierung psychotherapeutischer Tätigkeit angestoßen. Zu befürchten ist jetzt schon die modularisierte Betreuung eines Patienten in einem eher milieu- oder polikliniks-orientierten vernetzten ambulanten Versorgungssystem, das mit verteilten Rollen multiprofessionell und multipragmatisch die unterschiedlichen symptomatischen Erscheinungen behandelt.

## 5. Perspektiven der Psychotherapie unter neuen Versorgungsmaßgaben

Es dürfte kaum zu vermeiden sein, dass auch Psychotherapeuten in den Neuen Versorgungsformen Chancen für sich sehen, ihr Honorar aufzubessern und dadurch bspw. Einbußen – durch die erheblich reduzierte Honorierung probatorischer Leistungen – aufzufangen. Da auch Psychotherapeuten bereit sein dürften, sich als Unternehmer auf dem entstehenden neuen Gesundheitsmarkt zu betätigen, wird es notwendig, dass sich die Berufs- und Fachverbände auf eine gemeinsame Strategie einigen, die die unvermeidbare Neigung zu Einzelverträgen durch Rahmenvorgaben einbindet und steuert. Unabhängig von dem unternehmerischen Drang einzelner Psychotherapeuten, ihre eigene Psychotherapie auf dem Markt anzubieten, unter eigenem Label zu verkaufen und damit einen paradoxen Konkurrenzkampf um die Psyche der Patienten zu eröffnen, wird sich die Psychotherapie dem Sog der eingeleiteten Wettbewerbsdynamik des Gesundheitssystems kaum entziehen können. So betreffen zwar die nach § 73 b ermöglichten Veränderungen in der hausärztlichen Versorgung nicht unmittelbar die Psychotherapeuten, haben aber doch eine mittelbare Wirkung auf die psychotherapeutische Versorgung der Patienten, weil Krankenkassen und Hausärzte Verträge schließen können, die letztlich den Psychotherapeuten – wie auch anderen Facharztgruppen – das Erstzugangsrecht verwehren könnten. In eine solche Richtung weisen bereits jetzt Hausarztvertragsmodelle, für die bei den Beitragszahlern mit günstigeren Tarifen geworben wird.

Im Kontext der Frage des Erstzugangsrechts und der Anerkennung der Psychotherapie als eigenem Heilberuf, der sich bei der Behandlung auf eine komplexe eigene wissenschaftliche Hermeneutik bezieht, wird zu berücksichtigen sein, inwiefern die Kassen mit den Vertragsabschlüssen versuchen werden, die Standards der Richtlinienpsychotherapie auszuhebeln, indem für indikationsspezifische Einzelverträge bestimmte Behandlungsmethoden und -techniken vorgeschrieben werden, die sich bislang keinem wissenschaftlichen Gremium zu stellen hatten. Wurden nach den Psychotherapierichtlinien „Behandlungsmethoden im Rahmen einer übergreifenden Theorie“ berücksichtigt, so drohen Methoden im Rahmen der neuen Vertragsformen aus dem systematischen Kontext wissenschaftlicher Fundierung gelöst zu werden, um sie nach Maßgabe der kasseninternen Kriterien als Behandlungsmodule einzusetzen. Psychotherapie als Behandlung seelischer Krankheiten im Sinne der Psychotherapierichtlinien setzt voraus, dass „das Krankheitsgeschehen als ein ursächlich bestimmter Prozess verstanden wird, der mit wissenschaftlich begründeten Methoden untersucht und in einem Theoriesystem mit einer Krankheitslehre definitorisch erfasst ist“. Dieses umfassende Verständnis von Psychotherapie aber droht im Rahmen der Versorgungsverträge unterlaufen zu werden, indem einerseits nur noch indikationsspezifische „Versorgung“ betrieben wird, die andererseits die psychotherapeutische Behandlung auf bestimmte Anwendungen reduzieren wird und damit den Kontext psychischer Erkrankungen unberücksichtigt lässt. Vom Geist des Marktes erfüllt, werden nicht nur Organe und deren Behandlung zu einer bewertbaren Handelsware, die von den Krankenkassen verwaltet wird: Es werden auch komplexe psychische Erkrankungen zu einem universell bewerteten Handelsgut, dessen Versorgung von den Händlern der Kassen zu fixen Preisen feilgeboten wird.

Da sich die Kassen mit diesen neuen Verträgen beharrlich über die Diskussionen wissenschaftlicher Standards hinwegsetzen, ist zu erwarten, dass Psychotherapie mit einer Reihe neuer Behandlungsmethoden zu rechnen haben wird, die versuchen

## Frei von Angst und Zwang



2008. 216 S.,  
Abb., Tab., Kt  
€ 19,95 /  
CHF 33,90  
ISBN 978-3-456-  
84646-0

**Karl Müller**  
**Autofahren  
ohne Angst**  
Das Erfolgsprogramm für  
entspanntes Autofahren

Mehrere Millionen Menschen in Deutschland leiden unter Ängsten und Panikattacken beim Autofahren. «Autofahren ohne Angst» ist der erste fundierte Ratgeber zu diesem Thema.



S3., überarb. u.  
erw. Aufl. 2008.  
298 S., 19 Abb.,  
26 Tab., Kt  
€ 22,95 /  
CHF 38,90  
ISBN 978-3-456-  
84495-4

**Sven Barnow et al. (Hrsg.)**  
**Von Angst bis Zwang**  
Ein ABC der psychischen  
Störungen: Formen, Ursachen  
und Behandlung

Das Buch gibt «einen komprimierten Überblick über die einzelnen Symptome und eignet sich für alle, die sich gezielt fundierte Informationen über einzelne Störungsbilder aneignen möchten.» *Psychologie Heute*

Erhältlich im Buchhandel oder über  
[www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com)

HUBER



werden, diesen modularisierten Verfahrensweisen zu genügen.

Dadurch droht auch die Ablösung der Vergütung von Einzelleistungen in der Psychotherapie durch eine indikationsspezifische Pauschalvergütung.

Die Einhaltung der Richtlinien, wonach ein Theoriesystem „seelische und körperliche Symptome als Ausdruck eines ganzheitlich gesehenen Menschen wahrnimmt und berücksichtigt“, muss dieser Tendenz unbedingt entgegengehalten werden, weil sonst die Psychotherapie insgesamt unter dem Druck des Marktes in die Einzelteile methodischer Bruchstücke zerfällt.

Neben der Erinnerung an die Psychotherapie Richtlinien zur Erhaltung eines gemeinsamen Profils, ist es notwendig, dass den Psychotherapeuten das Erstzugangsrecht zu den Patienten auf allen Ebenen erhalten bleibt. Es wird darum gehen, ob sich die Grundlagen unseres Heilberufs als Profession erhalten lassen und d. h. vor allem jener gesellschaftlich geschützte Raum autonomen beruflichen Handelns, der die Voraussetzung für ein Ethos des Heilens ist. Die zu beobachtende Verlagerung hin zu einer bürokratischen Steuerung und Kontrolle von außen unter betriebswirtschaftlichen Verwertungs- und Konkurrenzdrängen wird demgegenüber eine destrukturierende Wirkung entfalten.

Was sich in verschiedenen Vertragsentwürfen bereits ankündigt, die Psychotherapie wieder in den Stand des Heilhilfsberufs zurückzusetzen, ist Ausdruck eines Anliegens der Kassen, der bedauerlicherweise auch den Erwartungen vieler Ärzte entgegen kommt: Psychotherapeutische Behandlung habe nur auf Veranlassung von Ärzten zu geschehen. Hier lassen sich zwei Momente miteinander kurzschließen, die langfristig die Psychotherapie in ihrem berufsrechtlichen Status bedrohen könnten. Die Forderung, der Psychotherapie das Erstzugangsrecht wieder streitig zu machen, ist selbst Ausdruck eines Un-

wissens, das durch eine vertragliche Festlegung als Machtanspruch fixiert würde. Durch die Einschränkung des Erstzugangsrechts würden psychische Erkrankungen zu einem sekundären Phänomen, dessen Behandlung erst nach der primären ärztlichen Beurteilung in Erwägung gezogen werden könnte. Dem Patienten selbst würde die Möglichkeit genommen, sich selbst auch als primär psychisch krank zu erleben, weil er sich zunächst zu einem fachfremden Arzt zu begeben hätte. Es stellt sich hierbei auch die prinzipielle Frage, ob sich die Einordnung der Psychotherapie als Facharztgruppe neben anderen, die honorartechnisch sinnvoll sein mag, fachlich dauerhaft rechtfertigen lässt. Die Frage, ob die Behandlung der Psyche analog der Behandlung eines einzelnen Organkomplexes oder der eines organischen Krankheitsausschnitts zu bewerten sei, reicht an den Kern des Problems, inwiefern der fachfremde Hausarzt die Kompetenz besitzt, einen Patienten zur Psychotherapie zu überweisen – oder dies nicht zu tun. Wir gehen davon aus, dass die Psyche des Menschen kein Organ ist, das überhaupt einem anderen Organ vergleichbar wäre, u. a. weil es gerade nicht immer zweckrationalen Bestimmungen gehorcht.

Die in diesem Zusammenhang eingeschlossene Entwertung psychischer Erkrankungen und die fehlende Anerkennung der Psychotherapie durch ärztliche Case-Manager ist auch darum kaum zu unterschätzen und leitet neuerlich eine Dynamik ein, an deren Ende der Ausschluss der eigenständigen Heilberufe PP und KJP stehen könnten. Eine solche Dequalifizierung der psychotherapeutischen Heilbehandlung setzt sich fort, wenn Sachbearbeiter der Kassen inzwischen offen angehalten sind, Patienten den „angemessenen Weg“ zur Psychotherapie zu weisen und damit fermündlich eine diagnostische Vorabklärung zu betreiben. Die Übernahme heilberuflicher Kompetenzen durch die diagnostische Einschätzung von Sachbearbeitern der Kassen ist kein schlechter Scherz, sondern zunehmend Realität, die

zum Ausdruck bringt, welches tiefgreifende Unverständnis bei den Kassen gegenüber den beiden Heilberufen PP und KJP vorherrscht.

Insofern sind auch die Forderung nach dem Erstzugangsrecht und die Einhaltung der Psychotherapie Richtlinien, wie sie in Folge des PTG 1999 beschlossen wurden, stets aufeinander zu beziehen, wenn es darum geht, wo die Psychotherapie auch nach der durch die Einführung neuer Vertragsformen entfaltenen Dynamik im Gesundheitswesen ihren zukünftigen Standort haben wird.

### *Dr. Ulrich A. Müller*

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut  
Vorstandsmitglied der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in Hessen (LPPKJP)  
Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KV Hessen  
Lindenstr. 6a  
36037 Fulda  
Ulrichmyller@aol.com

### *Dr. Hildegard Felder*

Psychologische Psychotherapeutin  
Stellv. Vorsitzende des Ausschuss Wissenschaft und Forschung der LPPKJP Hessen  
hildegard.felder@gmx.de

### *Dipl.-Psych. Stephan Stanko*

Psychologischer Psychotherapeut  
Stellv. Vorsitzender des Ausschuss Ethik und Berufsordnung der LPPKJP Hessen  
stephanstanko@web.de

### *Dipl.-Psych. Susanne Walz-Pawlita*

Psychologische Psychotherapeutin  
Vorstandsmitglied der LPPKJP Hessen  
Susanne.walz-pawlita@gmx.de

### *Dipl.-Psych. Yvonne Winter*

Psychologische Psychotherapeutin  
Mitglied im Ausschuss Beschwerde und Schlichtung der LPPKJP Hessen  
ywinter@online.de

# „Studientherapeut“ – ein neues Qualitätsmerkmal?

Horst Kächele<sup>1</sup>, Rainer Richter<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitätsklinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm

<sup>2</sup>Bundespsychotherapeutenkammer

**Zusammenfassung:** Die zunehmende Etablierung evidenzbasierten Denkens auch in der Psychotherapie stellt alle vor neue Herausforderungen. Nicht nur Patienten müssen gewonnen werden, sondern auch – was uns noch schwieriger erscheint – Psychotherapeuten. Wir diskutieren diese Entwicklung und schlagen die Einführung des Qualitätsmerkmals „Studientherapeut“ vor.

Seitdem der Gesetzgeber den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) eingerichtet hat und seitdem die Evidenzbasierte Medizin sich in allen Bereichen der Medizin ausbreitet, stellen sich auch für die Psychotherapie in ihren vielfältigen Ansätzen neue Herausforderungen. Mehr denn je sind Therapiestudien gefragt – randomisiert, naturalistisch, wie auch immer – für die Studienpatienten und Studienpatientinnen rekrutiert werden müssen. Und natürlich Studientherapeuten. Das sagt sich leicht, doch gesagt ist nicht getan.

Angeregt durch eine wachsende Einschätzung legaler und medizinischer Institutionen in psychotherapeutische Tätigkeitsfelder, in das therapeutische Handeln überhaupt, wird diskutiert, ob es grundsätzlich „koscher“ sein kann, wenn sich Psychotherapeuten fragend an ihre prospektiven Patienten wenden, ob diese bereit seien, an einer Studie teilzunehmen. Bei der TRANS-OP Studie, die von der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart durchgeführt wurde, waren 76% von der DKV angefragte Patienten zur Teilnahme bereit; von den Therapeuten waren 66% zur Mitarbeit bereit (Puschner, Kraft, Kächele & Kordy, 2006).

Was gewinnen Therapeuten, wenn sie sich gewinnen lassen? Es ließe sich argumentieren, dass sie durch Teilnahme an

einer Studie dazu beitragen, ungeklärte Fragen zu beantworten; Fragen, die – so möchte man annehmen – für das professionelle Selbstverständnis geklärt sein sollten, um potentiellen Patienten kundig und kompetent auf unangenehme Fragen belastbare Antworten geben zu können. Wir benötigen zunehmend ein berufliches Verständnis, da das System der kassenfinanzierten Versorgung nur durch die Bereitschaft, an Studien teilzunehmen gesichert werden kann. Oft genug wird beklagt, dass in vielen Psychotherapie Effizienzstudien nur geringer qualifizierte Therapeuten, die noch in Weiterbildung an Institutionen sind, eingesetzt werden. Studien, die von erfahrenen Praktikern der Zukunft begeistert induziert und getragen werden – wie bei der Münchener Psychotherapie Studie (Huber, Klug & von Rad, 2001) und wohl auch bei der DPV-Katamnese-Studie (Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger & Beutel, 2001) nach längerer Überzeugungsarbeit geschehen –, sind noch zu selten. Bemerkenswert ist das Beispiel der Berliner KVT-GAD-Studie (Linden, Bär, Zubrägel, Ahrens & Schlattmann, 2002), die erfolgreich Lehrtherapeuten und Supervisoren rekrutierte: „Die Therapeuten sind keine im statistischen Sinne repräsentative Gruppe, sondern prototypisch repräsentativ insofern, als sie als qualifizierte Prototypen ihrer Profession angesehen werden können“ (S. 175).

Nur wenn die ergebnisorientierte Therapieforschung auch von Praktikern getragen wird, können Fortschritte erzielt werden, die der experimentellen „efficacy“ Forschung eine substantielle „effectiveness“ Forschung beizustellen vermag. Eine solche Forderung scheint derzeit in der Psychotherapie noch utopisch zu sein. Wenn es damit aber möglich wäre, die Finan-

## 5. Wissenschaftliche Fachtagung des bkj

**„Ich sehe was, was Du nicht siehst“**  
Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

**6. bis 8. März 2009  
in Frankfurt/Main**

**Informationen:**  
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V.,  
Brunnenstraße 53,  
65307 Bad Schwalbach,  
Tel.: 06124-726087,  
Fax: 06124-726091  
E-Mail: [bkj.bgst@t-online.de](mailto:bkj.bgst@t-online.de)  
[www.bkj-ev.de](http://www.bkj-ev.de)

zierung auch aufwändiger Behandlungen sicherzustellen, müsste ein solcher Gesichtspunkt ernsthaft diskutiert werden.

Diskussionen mit niedergelassenen Therapeuten machen verschiedene Probleme deutlich.

Eine grundlegend ablehnende Haltung wird oftmals mit dem Schutz des therapeutischen Raumes begründet; eine Haltung die sich vermutlich insbesondere bei mit ihrer Methode hoch identifizierten Psychoanalytikern finden lässt; dieser Haltung kann man Respekt abgewinnen, ohne jedoch auf den kritischen Einwand verzichten zu müssen, dass die Sicherung guter Qualität keine Privatangelegenheit ist (solange im Rahmen der Richtlinienverfahren gearbeitet werden soll). Eine pragmatisch ablehnende Haltung, die nur Störungen des business-as-usual zur Begründung anführt, ist schlichtweg bedauerlich. Die Begründung einer ablehnenden Stellungnahme mit dem Hinweis auf zusätzliche Kosten (Zeit ist Geld) ist verständlich und wirft die Frage auf, ob nicht die Geldgeber, die Krankenkassen, daran interessiert sein müssten, einen Pauschbetrag für eine Studienteilnahme auszuwerfen. Für die Erstellung eines Gutachtens wird auch ein Betrag vorgehalten, wie bescheiden dieser auch sein mag. Auch hier darf die Berliner Studie – allerdings DFG-gefördert – noch einmal genannt werden: „Die Therapeuten wurden für studienbedingte Mehraufwand (...) mit DM 30,- pro Sitzung entschädigt“ (S. 175). Auch in der bundesweiten MZ-

ESS (Kächele, Kordy & Richard, 2001; von Wietersheim, Kordy & Kächele, 2003) wäre ohne erhebliche Mittelzuweisung an die beteiligten Therapeuten keine brauchbare Datenqualität generiert worden. Regiert also nur Geld diese Verankerung der Forschung in der Praxis?

Entscheidend sollte jedoch sein, ob die Profession der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten eine Verantwortung darin sieht, sich aktiv an der Erarbeitung qualifizierter psychotherapeutischer Tätigkeit zu beteiligen, zu der neben vielen anderen Aspekten auch die Erarbeitung von wissenschaftlichen Belegen aus der alltäglichen Anwendung von Psychotherapie gehört.

Natürlich bedarf die Untersuchung eines derart sensiblen Feldes wie der Psychotherapie der gesonderten Klärung ethischer Fragen. Sowohl die Patienten als auch die beteiligten Therapeuten müssen ausführlich über Ziele und Methoden einer Studie aufgeklärt werden. Es liegt darüber hinaus in der ethischen Verantwortung der Wissenschaftler, den Einfluss der Forschung als einer zusätzlichen Intervention auf die Therapie systematisch zu reflektieren, da sich diese unmittelbar auf den therapeutischen Prozess auswirkt als es in anderen medizinischen Forschungsfeldern der Fall ist. Die Forschungssituation wird unvermeidlich Teil des therapeutischen Geschehens und die Dynamik eines Patienten überträgt sich auch in das Forschungsfeld. Im Rahmen einer jüngst initiierten Studie zur psychoanalytischen

Therapie chronisch depressiver Patienten wurde seitens der Forschungstherapeuten eine Interventionsgruppe gebildet, die zu einer weiteren Erhellung nicht nur der bedeutungstechnischen Probleme, sondern auch zur Klärung impliziter ethisch-moralischer Fragen beitragen wird (Buchheim et al., 2008).

Die generelle Haltung von Therapeuten zu solcher Forschung im Felde sollte nicht nur eine Sache der Entscheidung einzelner, lobenswert motivierter Therapeuten sein. Gesucht werden deshalb nicht nur Patienten, die bereit sind an Therapiestudien teilzunehmen (Taubner, Bruns & Kächele, 2007), sondern auch Therapeuten, die die speziellen Belastungen eines solchen Settings auszuhalten bereit sind. Diese sollten genügend Neugierde und Wissbegierde aufbringen, die Auswirkungen auf den therapeutischen Prozess systematisch zu reflektieren. Diese Bereitschaft zu fördern, sollte eine Herzensangelegenheit der Verbände sein. Es sollte – analog zu dem ehrenvollen Amt eines Lehrtherapeuten – das Ehrenamt eines „Studientherapeuten“ geschaffen werden.

### Literatur

Buchheim, A., Kächele, H., Cierpka, M., Münte, T., Kessler, H., Wiswede, D., Taubner, S., Bruns, G. & Roth, G. (in Druck). Psychoanalyse und Neurowissenschaften: Neurobiologische Veränderungsprozesse bei psychoanalytischen Behandlungen von depressiven

## Das Konzept ist bekannt; die Praxis reift erst nach und nach!

### Case Management in der Entwicklung Stand und Perspektiven in der Praxis

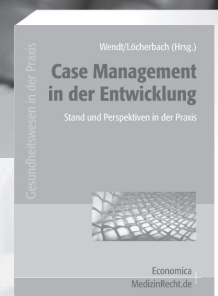
Herausgegeben von Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt und Prof. Dr. Peter Löcherbach. 2006. X, 321 Seiten. Kartoniert. € 49,-.  
ISBN 978-3-87081-577-6

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

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

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**  
www.economica-verlag.de

Patienten – Entwicklung eines Paradigmas. *Nervenheilkunde*, 441-445.

Huber, D., Klug, G. & von Rad, M. (2001). Die Münchner Prozess-Outcome Studie – Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. In U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber & M. Beutel (Hrsg.), *Langzeit-Psychotherapie – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (S. 260-270). Stuttgart: Kohlhammer.

Kächele, H., Kordy, H. & Richard, M. (2001). Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: Data from a multicenter study. *Psychotherapy Research*, 11, 239-257.

Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B. & Beutel, M. (2001). Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesenstudie. *Psyche*, 55, 193-276.

Linden, M., Bär, T., Zubrägel, D., Ahrens, B. & Schlattmann, P. (2002). Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie bei generalisierten Angsterkrankungen – Ergebnisse der Berliner KVT-GAD-Studie. *Verhaltenstherapie*, 12, 173-181.

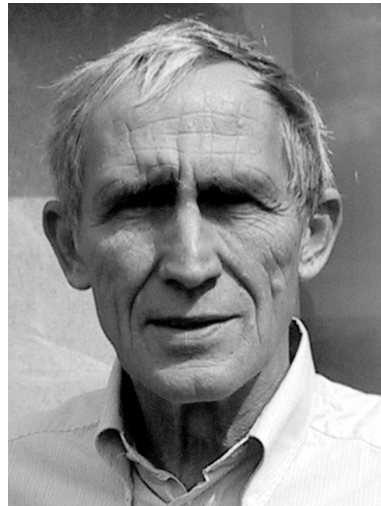
Puschner, B., Kraft, S., Kächele, H. & Kordy, H. (2007). Course of improvement over

2 years in psychoanalytic and psychodynamic outpatient psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*, 80, 51-68.

Taubner, S., Bruns, G. & Kächele, H. (2007). Studienpatienten gesucht. *Psychotherapeut*, 52, 236-238.

von Wietersheim, J., Kordy, H. & Kächele, H. (2003). Stationäre psychodynamische

Behandlungsprogramme bei Essstörungen. Die Multizentrische Studie zur psychodynamischen Therapie von Essstörungen (MZ-ESS). In W. Herzog, D. Munz & H. Kächele (Hrsg.), *Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte* (2. Auflage.) (S. 3-15). Stuttgart: Schattauer.



**Prof. Dr. med. Horst Kächele**

Universitätsklinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Am Hochsträß 8  
89081 Ulm  
horst.kaechele@uni-ulm.de



**Prof. Dr. Rainer Richter**

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

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

I  
V  
S

Institut für Verhaltenstherapie  
Verhaltensmedizin und  
Sexuologie  
- staatlich anerkannt -

zertifiziert n. ISO 9001:2000

**Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen:** Ergänzungsqualifikation für die fachliche Befähigung zur Abrechnung von VT bei Kindern u. Jugendlichen, 216 Std. in 12 Blöcken, 14.11.2008 - 19.07.2009

**Promotionsstudium in Gesundheitswissenschaften (Dr. sc. hum.)** in Koop. mit UMIT (Hall / Österreich)

**Curriculum Thanatologie:** Fort- und Weiterbildung zur psychotherapeut. Begleitung Schwerstkranker und Sterbender sowie ihrer Bezugspersonen: 72 Std. Theorie (mittwochs) + 20 Std. (zusätzl. Wochenendseminar) i. der Zeit vom 26.11.08 – 25.11.09  
weitere Angaben zu unseren Fort- und Weiterbildungen finden Sie auf unserer Homepage [www.ivs-nuernberg.de](http://www.ivs-nuernberg.de)

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



# Psychotherapie zwischen Forschung und Anwendung

## Ein Bericht vom 39. Meeting der Society for Psychotherapy Research (SPR) in Barcelona

Auf ihrem 39. Meeting in Barcelona ist es der **Society for Psychotherapy Research (SPR)** gelungen, den weiten Bogen zwischen Forschung und Praxis zu spannen und sowohl den aktuellen Stand der internationalen Psychotherapieforschung zu präsentieren als auch Einblicke in neue Entwicklungen in verschiedenen nationalen Gesundheitssystemen zu geben. Der Bogen umfasste Einzelfallstudien ebenso wie RCTs und naturalistische Studien sowie feingliedrige Studien der Prozessforschung, Fragen der Ausbildung und Professionentwicklung bis hin zu Bereichen der Gesundheitssystemforschung. Es gelang ein Diskurs zwischen den verschiedenen Psychotherapieverfahren, der intensiv und mit gegenseitigem Wohlwollen geführt wurde.

### Psychotherapieforschung: Methoden, Ergebnisse und deren Umsetzung

**Timo Harfst, Tina Wessels**

#### *Self-evident truths der Psychotherapieforschung unter empirischen Gesichtspunkten*

In seinem programmatischen Eröffnungsvortrag, der Presidential Address des scheidenden Präsidenten der Society, nahm *Jacques Barber* (Universität Pennsylvania) als Gegensatzpaare eine Reihe scheinbar selbstverständlicher „Wahrheiten“ näher in Augenschein, die sich bei genauerer Betrachtung durch die empirische Forschung nicht so eindeutig bestätigen lassen. Er

zeigte u. a. anhand eigener Arbeit auf, dass die kausale Rolle der Therapiebeziehung für das Therapieergebnis weit weniger klar belegt ist als von vielen behauptet. Eine Metaanalyse zu 79 Studien zeigte einen durchschnittlichen Zusammenhang von Therapiebeziehung und Outcome von lediglich  $r=.22$  (Martin et al., 2000). Selbst in diesem reduzierten Umfang sei die kausale Rolle der Therapiebeziehung nicht unstrittig, wenngleich sie in interpersonell orientierten Therapien eine größere Rolle spiele. Einige Arbeiten deuten darauf hin, dass die Qualität der Therapiebeziehung insbesondere durch frühe Therapiefortschritte beeinflusst wird und in diesem Sinne eher als Indikator einer gut verlaufenden Therapie gelten kann. Ebenso kritisch untersuchte *Jacques Barber* in seinem Vortrag die Rolle der Therapietechniken für das Therapieergebnis. Dabei betonte *Jacques Barber* die Unterscheidung zwischen Adhärenz zum Therapiemanual bzw. zur therapeutischen Technik und der Kompetenz in der adaptiven Anwendung von Techniken. Letzterer komme vermutlich eine größere Bedeutung zu. Auch stellten lineare Modelle zum Zusammenhang von Techniken und Outcome einen zu vereinfachenden Ansatz für die Erklärung der Therapieprozesse dar. Ferner beleuchtete *Barber* den Einfluss von Therapeuten- bzw. Patientenvariablen auf das Therapieergebnis. Zwar unterscheiden sich Therapeuten hinsichtlich ihrer Effektivität, Analysen mit einem Mixed-Model-Ansatz deuteten jedoch auf einen herausgehobenen Einfluss der Patientenvariablen auf Adhärenz, Therapiebeziehung sowie deren Interaktion und das Therapieergebnis hin.

#### **Potenzial naturalistischer Studien**

*Barber* diskutierte ferner die Rolle von RCTs und naturalistischen Studien bei der Untersuchung der Effektivität von Psychotherapien und plädierte dabei für einen pluralistischen Ansatz. Zwar seien RCTs für die Untersuchung der Wirksamkeit wichtig, sollten jedoch nicht zuletzt vor dem Hintergrund ihrer Begrenzungen durch naturalistische Studien und Prozess-Outcome-Studien ergänzt werden. Dabei sei es eine wichtige Aufgabe der künftigen Forschung, typische Schwächen naturalistischer Studien zu überwinden, indem die Repräsentativität und die Vergleichbarkeit der Stichproben zwischen den Behandlungsansätzen erhöht und die Güte der diagnostischen Einschätzungen sowie die Therapietreue verbessert werde. Das enorme Potenzial naturalistischer Studien verdeutlichte *Barber* anhand einer Studie von *Stiles* et al. (2007), die auf Routinedaten der National Research Database in England beruht und auf vergleichbar gute Ergebnisse psychodynamischer, gesprächspsychotherapeutischer und verhaltenstherapeutischer Behandlungen in der Primärversorgung des NHS hindeutet.

#### **Prozess-Outcome-Forschung**

*William Stiles* präsentierte diese Daten später ausführlich in einem eigenen Panel zur Prozess-Outcome-Forschung. Darin setzte er deren oftmals frustrierende Ergebnisse, die keinen systematischen Zusammenhang zwischen Therapieprozess und Ergebnis aufzuzeigen vermochten, in den Kontext einer Anpassung des therapeutischen Vorgehens (Responsiveness) an die

speziellen Problemlagen und Bedürfnisse der Patienten. Dies könnte sowohl die geringe Beziehung zwischen Therapiedosis und den qualitativen Merkmalen der Therapie und dem Therapieergebnis erklären. Ein Befund, der in diesem Panel von *Birgit Watzke* (Hamburg) auch für den Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland berichtet wurde.

Aus der SOPHO-NET-Studie, ein vom BMBF geförderter multisite RCT zur sozialen Phobie, der Wirksamkeit und Prozess eines psychodynamischen Ansatzes mit dem einer verhaltenstherapeutischen Behandlung verglichen, wurden in einem eigenen, von *Ulrike Willutzki* (Bochum) moderierten Panel erste Ergebnisse zu Prozessvariablen vorgestellt. Darin wurden u. a. die besonderen methodischen Schwierigkeiten beleuchtet, auf der Basis von Videoaufzeichnungen insbesondere für psychodynamische Behandlungen die Adhärenz und Kompetenz der Therapeuten durch Expertenratings reliabel zu erfassen. Die Quantifizierung der spezifisch psychodynamischen Kompetenzen scheint auf der Grundlage einzelner videoaufgezeichneter Therapieabschnitte kaum zu gelingen. Der Trend der Komplementierung von RCT durch naturalistische Studien zeigte sich dabei auch in diesem Panel, das durch eine Studie von *Anna Dietrich* (Mainz) zu den Ergebnissen einer psychotherapeutischen Ambulanz in der Routineversorgung von Patienten mit sozialer Phobie abgerundet wurde.

### **Gruppenpsychotherapie – Praxisleitlinien und EST**

Ein gutes Beispiel für den konstruktiven Diskurs zwischen Praxis und Forschung lieferte das von Gary Burlingame moderierte Panel zu Evidence-based Group Treatment. Eingangs präsentierte der neue Präsident der SPR, *Bernhard Strauß* (Jena), Empfehlungen einer Arbeitsgruppe zum Einsatz eines Kerninstrumentariums zu Therapieprozess und -outcome in der Gruppenpsychotherapie. Jennifer Johnson verdeutlichte in ihrem Beitrag den Mangel an indikationsbezogenen Studien zur Wirksamkeit gruppenpsychotherapeutischer Behandlungen im Sinne von empirically supported Group Treatments. Dem stellte *Mark Beecher* in seinem abschließenden

Referat die Praxisleitlinien der American Group Psychotherapy Association (AGPA) gegenüber. Diese Practice Guidelines bieten auf der konkreten Interventionsebene über die verschiedenen Phasen einer Gruppentherapie hinweg von der Selektion der Gruppenmitglieder bis zur Beendigung der Therapie sowie zu allgemeinen Fragen und Problemstellungen der Gruppentherapie Orientierungshilfen an.

### **Gesundheitssystem – Internationale Entwicklungen**

Neben den Ergebnissen der „klassischen“ Psychotherapieforschung wurden auch internationale Entwicklungen im Gesundheitswesen und ihr Einfluss auf die psychotherapeutische Versorgung vorgestellt. In einem eigenen Panel der BpTK „EbM and cost pressure“ wurde die Entwicklung des Schwellenkriteriums zur Zulassung von Psychotherapieverfahren beim G-BA, die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs im deutschen Gesundheitssystem in 2009 und deren potenzielle Auswirkungen auf die künftigen Entwicklungen der psychotherapeutischen Versorgung diskutiert. In einem weiteren Panel berichtete *Pascal Vermeulen* über die Einführung so genannter DTCs (diagnosis treatment combination) in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in den Niederlanden seit Beginn des Jahres 2008. Vergleichbar den DRGs erhalten ambulant tätige Psychotherapeuten für die Behandlung eines Patienten diagnoseabhängig ein bestimmtes, vorher festgelegtes Honorar, welches erst nach Beendigung der Behandlung ausbezahlt wird. Die Krankenkasse schließt mit dem entsprechenden Psychotherapeuten einen direkten Vertrag zur Übernahme der Behandlungskosten. In diesen Verträgen werden z. B. finanzielle Anreize für die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen am Abend oder am Wochenende gesetzt. Zudem werden die Psychotherapeuten aufgefordert, standardisierte Messinstrumente zum Nachweis der Ergebnisqualität einzusetzen und die einzelnen Behandlungsschritte ausführlich per EDV zu dokumentieren. Die Erfahrungen in den Niederlanden mit dem neuen System sind noch gering, aber schon jetzt stellen sich Fragen danach, wer die Qualität der psychotherapeutischen Leis-

# Die Krankheit in Bilder und Worte bannen



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

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

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

**mvg Verlag**  
... Lust auf Leben!

tung bestimmt – der Psychotherapeut, die Krankenkasse oder der Patient? Ein Signal der niederländischen Psychotherapeuten ist dabei unmissverständlich und sollte zu denken geben: Rund zwanzig Prozent der Psychotherapeuten, insbesondere die älteren unter ihnen, gaben seit Beginn des Jahres ihre Praxistätigkeit auf.

Aber auch aus anderen europäischen Ländern wurden aktuelle Entwicklungen berichtet. So werden derzeit in England zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen verstärkt Anstrengungen unternommen, die entsprechenden NICE-Leitlinien im NHS zu implementieren. Bei der Umsetzung des favorisierten Stepped-Care-Ansatzes zeigen sich insbesondere Defizite bei der Nutzung späterer Stufen mit höherer Behandlungsintensität, die offenbar nur sehr selten in Anspruch genommen werden. Woran die Überführung in die nächsten Behandlungsstufen scheitert, ist derzeit noch unklar, ausschließlich am Bedarf orientiert ist dieses Vorgehen wahrscheinlich nicht. Vor dem Hintergrund der ausgesprochenen Heterogenität der ambulanten Versorgungsstrukturen im Mental-Health-Bereich des britischen NHS stellt der geplante Implementierungsprozess eine enorme Herausforderung dar, den es aus deutscher Perspektive zu beobachten gilt, nicht zuletzt mit Blick auf neue Versorgungsformen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Auch für diese internationalen Entwicklungen im Bereich des Mental Health Service bieten die SPR-Meetings ein gutes Forum.

#### Dipl.-Psych. Timo Harfst

Wissenschaftlicher Referent der  
Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstr. 64  
10179 Berlin  
harfst@bptk.de

#### Dr. Tina Wessels

Wissenschaftliche Referentin der  
Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstr. 64  
10179 Berlin  
wessels@bptk.de

## Einige Highlights des Meetings

### Michael B. Buchholz, Horst Kächele

Klein hatte die „Society for Psychotherapy Research“ einst begonnen, mit ungefähr 10 Mitgliedern, initiiert von *David Orlinsky* und *Ken Howard*, als sie vor mehr als 30 Jahren gegründet wurde. Dieses Jahr waren in Barcelona mehr als 600 Teilnehmer dabei, darunter nicht nur die Crème de la Crème der internationalen Forschung, sondern auch namhafte Psychoanalytiker – ein weiteres Indiz dafür, dass die Idee, Psychotherapie könne, ja müsse beforscht werden, allmählich ernst genommen wird. Wir erinnern uns im Pausengespräch daran, dass manche Länder mit großen psychoanalytischen Traditionen lange die eitle Haltung pflegten, keiner Therapiefor schung zu bedürfen. Auch nach dieser Tagung darf man sicher sein, dass ihnen die Zukunft nicht gehören wird.

Von einer Tagung mit mehr als 100 Veranstaltungen – Diskussionen, Panels, Vorträge – und vielen, beinahe gleichwichtig erscheinenden Pausengesprächen, kann man natürlich keinen vollständigen Bericht geben. Es muss alles subjektive Auswahl bleiben. Einige Highlights, in gemischter Darbietung mit qualitativem Schwerpunkt:

Die finnische Arbeitsgruppe um *Paul Knekt* stellte die lang schon erwartete „Helsinki Psychotherapy Study“ (HSP) vor, wobei ein RCT-Design um ein naturalistisches Design ergänzt wurde. Originell erscheint besonders die Zahl der Nachbehandlungen – also ob jemand nach dem Ende der beforschten Behandlung weitere Medikamente bekommt, hospitalisiert wird, einen Psychiater aufsucht, neue Therapieversuche unternimmt – als ein kostenrelevantes Erfolgsmaß zu verwenden. Und dann steht die von Patienten selbst gewählte psychoanalytische Behandlung in der durchgeführten 5-Jahreskatamnese sehr gut da! Diese zeigte langfristig deutlich stabilere und bessere Ergebnisse als andere, vor allem kürzere Therapien.

Mit großem Interesse wurde im von *Anna Buchheim* (Ulm/Innsbruck) geleiteten Pa-

nel die Vorstellung der vom Hanse Wissenschaftskolleg in Bremen geförderten neuro psychoanalytischen Studie aufgenommen. Diese Studie zielt auf den Nachweis, dass psychoanalytische Therapien zu nachweisbaren Veränderungen an relevanten Hirnpartien führen, klinische Veränderungen also ein biologisches Fundament haben. Das soll an 20 Patienten mit chronischen Depressionen gezeigt werden. Allerdings sind die methodischen Probleme immens. Insbesondere stellt sich heraus, dass es natürlich keineswegs um einfache Vorher-Nachher-Vergleiche gehen kann, weil das Gehirn jedes Teilnehmers einfach anders ist! Die gleiche klinische Depression, aber ganz verschiedene Bilder aus dem Scanner! Wie also kann man überhaupt Ausgangswerte ermitteln? Wie kann man sicher sein, nicht zufällig etwas im Scanner zu ermitteln, das sich dann später ebenso zufällig wieder anders zeigt? Diese äußerst komplexen und spannenden Fragen wurden im Panel nicht vermieden; und doch wurde klar, dass hier eine avancierte Forschungsrichtung eröffnet wurde.

Erfreulich ist daran nämlich, dass nicht gleich Ergebnisse auf dem schnelllebigen Markt heraus posaunt werden, sondern erst einmal sondiert wird, welche komplexitätssteigernden Fragen generiert werden können. Das ist ein nicht geringer Teil des wissenschaftlich-methodischen Geschäfts, der freilich nicht sofort in Publicity umgemünzt werden kann.

Neben diesen im engeren Sinne grundlagenwissenschaftlichen Fragen und Problemen kamen relevante klinische Gesichtspunkte zur Darstellung. *Almuth Zeeck*, Oberärztin aus Freiburg, berichtete im von *Jörg Frommer* moderierten Panel beispielsweise davon, dass es bei der Bulimie Sinn macht, sich dafür zu interessieren, was die Patientinnen eigentlich zwischen den Sitzungen tun. Einige von ihnen können nämlich nichts mit den angeratenen, besprochenen und vorgenommenen Empfehlungen zur Einschränkung ihrer Störung anfangen, denken während der Sitzungen nicht daran oder geben nach ein bis zwei Versuchen des Scheiterns auf. Dieses Verhalten-zwischen-den-Sitzungen ist nach ihren Untersuchungen ein sicherer Indikator für einen therapeutischen Misserfolg – und

so erbringt diese Art von Prozessforschung wichtige Hinweise für die therapeutische Arbeit.

*David Orlinsky* (Chicago) und *Michael Helge Ronnestadt* (Oslo) stellten ihre Untersuchung über die Entwicklung von Therapeuten vor, die mittlerweile auf Erhebungen an über 8000 Therapeuten in der ganzen Welt verfügt. Dabei zeigt sich deutlich, wie nützlich es ist, wenn man etwa als Supervisor ein Modell darüber hat, auf welchem Entwicklungsniveau sich ein Supervisand befindet. Ein Anfänger braucht andere Hilfen als ein Erfahrener; ja es ist wohl auch so, dass eine supervisorische Hilfestellung schadet, wenn sie jemandem gegeben wird, der darüber längst hinaus gewachsen ist. Das könnten und sollten Supervisoren also berücksichtigen.

Eines der Panel über Trauma zeigte, dass man auch mit empirischen Mitteln gut erforschen kann, was die klinische Weisheit schon kennt: dass und wie traumatische Erfahrungen weiter gegeben werden. Die Forschungsintelligenz stellt sich hier in den Dienst einer moralischen Aufgabe, die schweren Verstörungen nicht nur individuell zu klären, sondern man will auch darüber hinaus Aufmerksamkeit. Besonders wurde in allen Beiträgen immer wieder die doppelte Mauer des Schweigens – „parents don't tell and children don't ask“ – hervorgehoben. Allerdings kann man sich auf dem Hintergrund anderer klinischer, auch familientherapeutischer Erfahrungen fragen, ob eine solche Formel nicht zu allgemein ist. In vielen Familien wird über andere Themen – v. a. Geld, Vererbung, Krankheit, Sexualität – nicht gesprochen, auch hier gibt es doppelte Mauern, die ihrerseits Traumatisierungen erzeugen. Besonders der Wirkmechanismus der Weitergabe im Fall des Holocaust-Traumas braucht noch genauere Aufklärung.

Eine Göttingen-Ulm Kooperationsstudie (*M. Buchholz, K. Mörtl, F. Lamott*) über

Sexualstraftäter kann über solches prozessuale Geschehen mikroanalytisch etwas aussagen. Sie benutzte dazu vor allem die Konversations- und die Metaphernanalyse. Das Panel dazu ergab eine lebendige Diskussion, die vor allem forderte, die Befunde an anderen Gruppierungen zu überprüfen. Sexualstraftäter haben durchaus eine Repräsentanz des Anderen und sie wissen um die Schändlichkeit ihres Tuns, aber sie nutzen ihre Empathiefähigkeiten in einer hochgradig verzerrten Weise, etwa um ihre Opfer auswählen zu können. Die Annahme, „der Andere“ sei nicht repräsentiert, ist wohl falsch. *Jörg Frommer* machte als Diskutant darauf aufmerksam, dass gewöhnliche therapeutische Orientierungen, etwa an der Authentizität, bei solchen Menschen wahrscheinlich direkt fehlen; man muss ganz neue Orientierungen aufbauen und Wertausrichtungen für die therapeutische Arbeit entwickeln.

Andere Panels über qualitative Forschungen zeigten, dass diese Methodik durchaus robuste Befunde erbringt, etwa im Vergleich des psychoanalytischen Musterfalls der Amalie X., über den der dritte Band des Ulmer Psychoanalysewerkes umfangreich Auskunft gibt. Vergleicht man den Initialtraum der Patientin Amalie X. mit ihrem letzten, am Ende der Behandlung berichteten Traum, kann man nämlich durchaus sehen, wie ganz ähnliche Dinge und Personen im Traum erscheinen, aber deren Konfiguration zueinander sich um Entscheidendes verschoben hat. Im von *Brigitte Boothe* (Zürich) geleiteten Panel ergaben sich auch Hinweise darauf, dass die Verarbeitung von an Leukämie Erkrankten bis in ihre Träume hinein erfolgt und sich hieraus prognostische Hinweise auf den Stand der Krankheitsverarbeitung entwickeln lassen.

In einem von *Markus Wolf* geleiteten Panel wurden prozessuale Ansätze qualitativer und quantitativer Forschung vorgestellt; die Konversationsanalyse kann mit Ansätzen

verbunden werden, durch einfache computerisierte Zählungen von Worthäufigkeiten zu gehaltvollen Aussagen zu kommen. Textbasierte Forschung wird durch die wachsende Internetnutzung vermehrt Korpora generieren, die dann durch verschiedene Methoden weiter erschlossen werden können.

Jeder Versuch, die Spannweite der Präsentationen aus den vielen Ländern zu systematisieren, wäre ein Forschungsfeld für sich. Allerdings lässt sich gut sehen, dass soziokulturelle Faktoren wie die sehr verschiedene Finanzierungslage durchaus die Forschung selektiv gestalten. Werden in den USA umfängliche Forschungsvorhaben zu Themen wie „substance disorders“ gefördert, wird Langzeittherapie fast nur noch vom europäischen Kontinent berichtet. Auffallend ist auch, dass Themen wie „drop-out“ oder „non-responders“ Konjunktur haben. In diesem Kontext ist erfreulich, dass die DFG eine einschlägige internationale Konferenz fördert, zu der *Erhard Mergenthaler* Anfang Oktober nach Ulm eingeladen hat. Es dürfte ein Zeichen der Reife des Gebietes sein, dass nun das Thema der nicht geglückten Beziehungserfahrung, für die psychotherapeutisches Bemühen doch steht, geteilte Agenda geworden ist.

**Prof. Dr. Michael B. Buchholz**

buchholz.mbb@t-online.de

**Prof. Dr. med. Horst Kächele**

Universitätsklinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Am Hochsträß 8  
89081 Ulm  
horst.kaechele@uni-ulm.de

### Diskriminierung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch Private Krankenversicherungen

Uta Rüping<sup>1</sup>, Johann Rautschka-Rücker<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Fachanwältin für Medizinrecht, Hannover

<sup>2</sup> Psychotherapeutenkammer Hessen

Die Bundespsychotherapeutenkammer stellte vor ca. zwei Jahren fest, dass in der privaten Krankenversicherung der Versicherungsschutz bei psychischen Krankheiten häufig mangelhaft ist. Sie listete folgende Problembereiche auf:

- Ausschluss von Psychotherapie in so genannten Spartarifen,
- Höchstgrenzen für Behandlungsstunden im Jahr, Gesamthonorar im Jahr oder Stundenhonorar,
- Fehlen eines transparenten und formalisierten Verfahrens, wenn dem Versicherten Leistungen verweigert werden,
- problematischer Datenschutz bei Gutachten und
- last not least: Ausschluss der Leistungserbringung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die die weit überwiegende Mehrheit der approbierten Leistungserbringer sind.

Der zuletzt genannte diskriminierende Ausschluss ist leider

auch nach fast 10 Jahren Psychotherapeutengesetz weiter anzutreffen. Immer noch finden sich im Kleingedruckten von Versicherungsverträgen Klauseln, die die Erstattung psychotherapeutischer Behandlungen an die Leistungserbringung durch ärztliche Psychotherapeuten knüpfen oder Differenzierungen innerhalb der Gruppen der PP und KJP vornehmen. Häufig wenden sich Mitglieder mit großer Verwunderung und berechtigter Verärgerung an die Geschäftstenden der Landespsychotherapeutenkammern und müssen erfahren, dass sich vermutlich eine derartige Klausel in den Versicherungsbedingungen ihres Patienten findet.

Ein Blick auf die Homepages der Privatversicherer lehrt, dass leider nicht nur Altverträge derartige Leistungseinschränkungen enthalten: auch aktuell enthält „Kleingedrucktes“ solche „Vereinbarungen“. Ein unruhmlisches Beispiel gibt die Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg, deren Allgemeine Versicherungsbedingungen

für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (LKH 1-2 06.08) folgenden Passus enthalten:

*„Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die Psychotherapie, soweit sie medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit ist und von einem niedergelassenen approbierten Arzt oder in einem Krankenhaus durchgeführt wird.“*

Neben den diskriminierenden Folgen für PP und KJP fällt auf, dass stattdessen nicht einmal ein weitergebildeter Arzt in Anspruch genommen werden soll, sodass es um die Sicherung der Behandlungsqualität von vornherein gar nicht gehen kann.

Eine ebenfalls bemerkenswerte Formulierung verwendet die HanseMercur Krankenversicherung aG, Hamburg, in den Bedingungen der Tarife KV1-KV4. Dort heißt es:

*„Geleistet wird für psychotherapeutische Leistungen, die*

*erbracht werden durch Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder durch psychologische Psychotherapeuten, die ihre Approbation aufgrund einer den ärztlichen Psychotherapeuten vergleichbaren Ausbildung erhalten haben.“*

Ja wie nun? Sind die Anforderungen, die zur Approbation führen, nun gleichwertig, oder in welchem Fall nicht? Und gibt es keinen erstattungsfähigen Behandlungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen? Werden am Ende weder die Leistungen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten noch die der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bezahlt?

Eine besondere Variante der „Qualitätssicherung“ pflegt die HALLESCHE Krankenversicherung aG, Stuttgart, in deren Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung es auch heute noch heißt:

*„Abweichend von § 4 (2) MB/KK 2008 wird in Tarifen mit Leistungen für Psychotherapie auch für die Inanspruchnahme von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet, die entweder die hierfür erforderliche staatliche Prüfung bestanden haben oder über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31.12.1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) anerkannten psychotherapeutischen, psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Institut verfügen.“*

Diese Klausel wird im Alltag tatsächlich angewandt, wie wir aus Fällen in Baden-Württemberg und Hessen wissen, und es werden Ablehnungen ausgesprochen, obwohl eine KV-Zulassung vorliegt bzw. die Eintragung in das Psychotherapeutenregister der KV gegeben ist, für Zweifel an der Fachkunde der Betroffenen also überhaupt kein Raum bleibt. Interventionen und Hinweise der beiden Länderpsychotherapeutenkammern auf das Psychotherapeutengesetz blieben erfolglos. Die grundsätzliche Haltung des Versicherers wird am treffendsten durch den Schlusssatz seines Antwortschreibens zum Ausdruck gebracht:

*„Haben Sie bitte Verständnis, dass wir das Psychotherapeutengesetz nicht zum Anlass nehmen, die bereits seit vielen Jahren erfolgreich bestehende Leistungsvoraussetzung aufzuheben oder abzuändern.“*

Gemeint ist damit offenbar eine finanziell aus Versicherersicht erfolgreiche Leistungseinschränkung, nicht aber eine Leistungsvoraussetzung.

Leider jedoch sehen sich die privaten Versicherer in diesen Leistungseinschränkungen durch die höchstrichterliche Rechtsprechung bestärkt. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat mit Urteil vom 15.02.2006 (Az. IV ZR 192/04) eine sog. „Psychotherapieklausel“, welche den Versicherungsschutz ausdrücklich auf Psychotherapie durch einen niedergelassenen Arzt oder ein Krankenhaus beschränkte, im Bereich der privaten Krankenversicherung für wirksam erklärt. Maßgeblich und urteilstragend war für den BGH die Vertragsfreiheit der Parteien eines privaten Versicherungsvertrages, auf den die Leistungsanspruchsregelungen des SGB V eben keine Anwendung finden, weshalb der Privatversicherte im Einzelfall auch eine Minderleistung im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung hinzunehmen habe. Eine unzumutbare oder überraschende Übervorteilung des Versicherten durch die Verwendung der Klausel hat der BGH dabei aus folgenden Gründen nicht gesehen: Der psychotherapierende Arzt vereine somatische und psychotherapeutische Kompetenzen. Die integrierte frühzeitige Einbeziehung somatischer und medikamentöser Behandlungen könne theoretisch krankheitsverkürzend wirken. Zudem sei für das Revisionsgericht nicht hinreichend ersichtlich, dass generell in Deutschland zu wenig ärztliche Leistungserbringer zur Verfügung stünden. Wenn allerdings im Einzelfall im Bereich eines Versicherten kein ärztlicher Psychotherapeut zur Verfügung stehe, dürfe sich der jeweilige Versicherer aus den Grundsätzen von Treu und Glauben heraus nicht auf die Ausschlussklausel berufen. Eine nicht ganz beiläufige Aussage, die zu Zwecken der

Leistungseinschränkung gerne überlesen wird und auf die der Patient durchaus aufmerksam gemacht werden sollte! Schließlich ist es weithin bekannt, dass die gemäß § 101 Abs. 4 S. 4 SGB V den psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehaltenen Vertragspsychotherapeutenplätze landauf landab nicht vollständig besetzt werden konnten.

In der täglichen Praxis der PKV wird das Urteil verkürzt angewendet und einseitig kommuniziert. Der Bundesgerichtshof ist das höchste deutsche Gericht der Zivilgerichtsbarkeit; das Psychotherapeutengesetz gehört nicht zu seinen Kernkompetenzen. Zwar ist sein Ausgangspunkt unbestreitbar, wonach ein ärztlicher Psychotherapeut somatische und psychotherapeutische Kompetenzen in seiner Person vereint. Schlicht und ergreifend irrig ist aber die für den BGH urteilstragende Behauptung, dass eine somatische Abklärung gemäß § 28 Abs. 3 S. 2 SGB V nur im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vorgeschrieben sei. Hier hat der BGH § 1 Abs. 3 PsychthG übersehen, der eine solche Vorabklärung und damit die Integration somatischen Sachverstandes zur Voraussetzung einer jeden Psychotherapie durch PP und KJP macht.

Die Privatversicherer, zu deren Kernkompetenzen das Recht aller Leistungserbringer gehört, wissen das oder müssten es wissen. Es wäre daher eine Irreführung des Publikums, wenn die Leistungseinschränkung mit einer solchen Behauptung begründet würde. Auch die Unterstellung, dass nur die Personalunion von Arzt und Psychotherapeut Gesundheitsgefahren vermeiden kön-

ne, erwiese sich als unlauter, da schon die vom BGH beurteilte Klausel die Leistungserbringung durch einen PP dann zulässt, wenn sie im Krankenhaus und damit in der Kooperation mit anderen Ärzten, also gerade nicht in Personalunion stattfindet.

### **Die Schlussfolgerungen lauten wie folgt:**

Der BGH hat unter einer irri- gen Annahme den Ausschluss von Behandlungen durch PP und KJP im niedergelassenen Bereich gerechtfertigt. Die interessierten Versicherer dürfen einen solchen Irrtum nicht argumentativ ausnutzen. Sie müssen die Psychotherapieklausel vielmehr als das kommunizieren und in die Tarifgestaltung einfließen lassen, was sie ist: eine empfindliche Leistungseinschränkung im Vergleich zu gesetzlichen Krankenkassen und anderen privaten Versicherern. Wünschenswert wäre zudem die Fairness, für jeden einzelnen Versicherten nachzuprüfen, ob denn überhaupt eine psychotherapeutische Behandlung durch einen Arzt in zumutbarer räumlicher und zeitlicher Entfernung verfügbar ist.

Letztendlich muss der – voll informierte und mündige – Versicherungsnehmer entscheiden, welchen Versicherungspartner er zu welchen Konditionen wählt.

In einem Teilbereich, nämlich dem Basistarif, den die privaten Krankenversicherer demnächst anbieten werden, besteht dann auch Hoffnung auf ein Ende der – oftmals im Ergebnis leistungsverweigernden – Diskriminierung der PP und KJP. § 257 Abs. 2a SGB V nämlich schreibt vor, dass die

Vertragsleistungen dieses Basisarifes den GKV-Leistungen bei Krankheit jeweils vergleichbar sein müssen. Vergleichbarkeit ist noch nicht Identität, aber da die Kassenärztlichen Vereinigungen die Sicherstellung übernehmen werden, sollte zumindest in diesem Teilbereich das Psychotherapeutengesetz Normalität werden.



### Dr. Uta Rüping

Rechtsanwältin und Justitiarin der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen  
Rae Rüping, Karoff und Kollegen  
Hindenburgstr. 28/29  
30175 Hannover  
rueping@dr-rueping.de

### Johann Rautschka-Rücker

Geschäftsführer der Psychotherapeutenkammer Hessen  
Gutenbergplatz 1  
65187 Wiesbaden  
JRautschkaRuecker@ptk-hessen.de

## Heilpraktikerrecht und Psychotherapie

### Johann Rautschka-Rücker

#### Psychotherapeutenkammer Hessen

**Zusammenfassung:** Durch das Zusammenwirken von Rechtsprechung (die systemwidrig den Weg zu eingeschränkten Erlaubnissen eröffnet hat) und Durchführungsrichtlinien der Länder (die die Anforderungen systemwidrig neu definieren) entsteht ein Rechtszustand, der besondere Gefahren für den Patientenschutz entstehen lässt, indem der Anschein einer besonderen psychotherapeutischen Qualifikation durch staatliche Prüfung und Erlaubnis gesetzt wird. Dieses Problem ist nur auf der Ebene des Bundesgesetzgebers zu lösen. Die Psychotherapeutenkammern in Bund und Ländern sind aufgerufen, initiativ zu werden.

In der Bundesrepublik Deutschland finden wir bei den Heilberufen eine paradoxe Situation vor: Während einerseits Ärzte und Psychotherapeuten durch Studium, Aus- und Weiterbildung zu Recht einen hohen Qualifikationsstandard erreichen (müssen), bevor sie selbstständig behandeln dürfen, gibt es andererseits den Status des „Heilpraktikers“. Er kann ohne Ausbildung und Nachweis medizinischer Fachkenntnisse von nahezu Jedermann erlangt werden. Unbeschadet der allgemeinen Postulate für den Patientenschutz geistert weiterhin das Schlagwort der „allgemeinen Kurierfreiheit“ herum, wobei es juristisch tatsächlich um die Berufsfreiheit des Art. 12

GG geht, die der Gesetzgeber Regeln und Einschränkungen unterwerfen darf. Diese Aufgabe nimmt er wahr, wenn er bei Ärzten und Psychotherapeuten den Berufszugang und die Berufsausübung sehr detailliert und ausgefeilt regelt. Das darf er, weil es mit dem Patientenschutz ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut gibt, das die Regelungen rechtfertigt. Andererseits darf jeder, der sich dazu berufen fühlt, mit gewissen Einschränkungen beliebig Kranke behandeln, wenn er dafür die straf- und zivilrechtliche Verantwortung übernimmt. Der Schaden ist dann beim Patienten jedoch schon eingetreten. Eine zureichende vorbeugende Gefahrenabwehr fehlt. Nach § 2 Abs. 1

lit.i der Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz reicht es für eine Erlaubnis aus, „wenn sich aus einer Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers durch das Gesundheitsamt ergibt, dass die Ausübung der Heilkunde durch den Betreffenden (keine) Gefahr für die Volksgesundheit bedeuten würde“. Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes sind nur in diesem Rahmen die heilkundlichen Kenntnisse und Fähigkeiten des Bewerbers zu prüfen.

Das Heilpraktikergesetz von 1939 hatte nur bedingt die Funktion das Heilpraktikerwesen zu regeln, seine eigentliche Zielsetzung bestand in dessen Abschaffung. Unter der Geltung des Grundgesetzes wurde dieses Ziel aufgegeben. Mehrere Initiativen, die das Ziel hatten, grundlegende Änderungen des Heilpraktikerrechts zu erreichen, waren erfolglos (siehe dazu den historischen Abriss von Gerlach im Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis, Beitrag 1090). Der Gesetzgeber scheute sich

vor einer Abschaffung und jeglicher Novellierung. Er überließ es den Gerichten und den Verwaltungsbehörden der Länder, das Heilpraktikergesetz zu einer rechtlichen Grundlage weiterer Erlaubniserteilung zu machen und durch Auslegung „weiterzuentwickeln“. Dies wird besonders deutlich an der Einführung der eingeschränkten Heilpraktikererlaubnis zur Ausübung der Psychotherapie. An ihr lassen sich die Widersprüche und problematischen Folgewirkungen exemplarisch aufzeigen, die wir heute feststellen können.

Die beschränkte Heilpraktikererlaubnis auf das Gebiet der Psychotherapie ist nur vor dem Hintergrund der Versorgungsprobleme psychisch Erkrankter in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts erklärbar und aus der Rechtsunsicherheit, die sich für die nichtärztlichen Psychotherapeuten ergab. Nachdem das Bundesverwaltungsgericht bereits 1983 entschieden hatte, dass es sich bei Psychotherapie um Ausübung der Heilkunde im Sinne von § 1 Abs. 2 Heilpraktikergesetz

handelt, entstand wegen der Strafandrohung für die unerlaubte Ausübung der Heilkunde der Zwang zur Legalisierung. In dieser Situation war die Erlangung der Heilpraktikererlaubnis sinnvoll und notwendig, weil sie dem Schutz der Berufsausübenden diente, die mangels spezifischen Berufsrechts keine andere Legalisierungschance hatten. Gleichzeitig erwiesen sich die bestehenden Regelungen des Heilpraktikerrechts und die Rechtsprechung als dysfunktional, weil die von den „medizinischen“ Heilpraktikern erwarteten heilkundlichen Grundkenntnisse für die Tätigkeit als Psychotherapeut irrelevant waren.

Das Heilpraktikergesetz und die dazu ergangene Durchführungsverordnung kennen keine eingeschränkten Erlaubnisse. Auch das Bundesverwaltungsgericht bekräftigte in ständiger Rechtsprechung mehrfach den Grundsatz der Unteilbarkeit der Heilpraktikererlaubnis. Im Jahre 1993 gab das Bundesverwaltungsgericht seine Rechtsprechung auf (BVerwG C 34/90). Anlass und Ursache waren Rechtsstreitigkeiten zur Ausübung der Psychotherapie durch Diplom-Psychologen, die bis zum Bundesverfassungsgericht führten. Begründet wurde die diametrale Änderung der Rechtsprechung mit der Feststellung, die Berufsbilder auf dem Sektor der Heilberufe hätten sich „seit dem Erlass des Heilpraktikergesetzes in damals noch nicht erkennbarer Weise ausdifferenziert“.

Eigentlich wurde mit dem Psychotherapeutengesetz diese Problematik behoben, indem ein eigener Heilberuf geschaffen wurde. Eine erneute Änderung der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes

wäre sachgerecht gewesen oder eine – überfällige – Neuordnung des Heilpraktikerrechts durch den Gesetzgeber. Aber weit gefehlt: Nach der verqueren Logik der Kurierfreiheit und des bis zur Unkenntlichkeit ausgelegten Heilpraktikergesetzes muss es offenbar so sein, dass ein staatlich geregelter Heilberuf gleichsam sein minder oder nicht qualifiziertes Heilpraktikerpendant gebiert. In Bremen hatte der Senator für Gesundheit eine Durchführungsrichtlinie erlassen, die die eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis für Psychotherapie wieder abschaffte. Prompt verpflichtete das Oberverwaltungsgericht Bremen mit dem Urteil vom 20.12.2005 (OVG Bremen 1 A 260/04) die Stadt, künftig derartige eingeschränkte Erlaubnisse wieder zu erteilen.

Jenseits der grundsätzlichen Fragen von Patientenschutz und ausreichender Qualifikation von Heilpraktikern ist die Rechtsprechung zur eingeschränkten Erlaubnis systemfremd. Während dem einheitlichen Gebiet der Medizin bisher ein ungeteilter Heilpraktikerberuf gegenüber stand, wird dieses Prinzip ohne Not auf dem Gebiet der Psychotherapie aufgegeben. Die Rechtsprechung verkennt, dass die Psychotherapie keine Besonderheiten aufweist, die es unabdingbar machen würden, sie aus den fachärztlichen Tätigkeitsfeldern herauszuheben und in anderer Weise zu behandeln. Sowohl bei den weitergebildeten Ärzten der P-Fächer aber auch bei PP und KJP handelt es sich um eine „Facharztgruppe“ mit einem spezifischem Versorgungsauftrag, der sachlogisch, strukturell und rechtlich keine Besonderheiten aufweist, die eine eingeschränkte Erlaub-

### 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

24.-26.10.08 + 22.11.08 **München**  
 06.-08.11.08 + 05.12.08 **Köln**  
 07.-09.11.08 + 24.01.09 **Leipzig**  
 13.-15.11.08 + 16.01.09 **Nürnberg**  
 05.-07.02.09 + 27.03.09 **Köln**  
 27.02.-01.03 + 25.04.09 **Berlin**  
 06.-08.03.09 + 28.03.09 **Frankfurt/Main**  
 26.-28.03.09 + 12.06.09 **Chemnitz**  
 12.-14.06.09 + 19.09.09 **Bad Segeberg/Hamburg**

#### 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



### Weiterbildung Lauth Kompetenz in AD(H)S an der Universität zu Köln

**ADHS-Trainer für Erwachsene nach Lauth & Minzel**  
 am 27. und 28. 09. 2008  
 und  
**ADHS-Trainer für Kinder nach Lauth & Schlottko**  
 am 08. und 09. 11. 2008

Die TeilnehmerInnen werden in das bewährte Trainingsprogramm für Erwachsene oder Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADS/ADHS) eingeführt. Sie erwerben Kenntnisse über das Erscheinungsbild der Störung sowie über seine Entstehungsbedingungen. Hauptsächlich aber werden sie mit den Diagnosekriterien vertraut gemacht.

#### KES-Trainer nach Lauth & Heubeck am 01. und 02. 11. 2008

Die TeilnehmerInnen werden in das bewährte Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder (**KES**) eingeführt. Hierbei handelt es sich um ein Gruppentraining, das präventive Erziehungsfertigkeiten vermittelt.

Aufbau und zeitlicher Ablauf der Trainings:

**Grundkurse:** 2 Tage à 16 Unterrichtseinheiten  
**Zertifizierungskurse:** 1 Tag (Termin nach Absprache) à 5 bzw. 8 Unterrichtseinheiten sowie bei Bedarf begleitende telefonische Beratung bei der Fallarbeit

Anmeldung und weitere Informationen, auch zu anderen Weiterbildungen zum Thema ADHS, finden sie unter:

[www.weiterbildung-lauth.de](http://www.weiterbildung-lauth.de)

Schreiben Sie uns eine E-Mail: [weiterbildung-lauth@gmx.de](mailto:weiterbildung-lauth@gmx.de) oder rufen Sie einfach an: Tel.: 0221/ 20424606



nis legitimieren könnten. Die Folgen dieser Rechtsprechung werden an der Entscheidung des OVG Rheinland-Pfalz vom 21.11.2006 (OVG Rheinland-Pfalz 6 A 10271/06) zu den Physiotherapeuten deutlich. Wiederum werden aufgrund eines tatsächlichen oder vermeintlichen Systemdefizits Heilpraktiker mit eingeschränkter Erlaubnis geschaffen, die sich nicht einmal mehr Heilpraktiker nennen müssen. Bei dieser Argumentation und angesichts der Ausdifferenzierung auch und gerade der Berufsbilder im fachärztlichen Bereich ist es nur eine Frage der Zeit, wann es z. B. den „Heilpraktiker eingeschränkt auf das Gebiet der Urologie“ geben wird.

Aus der Rechtsprechung zur eingeschränkten Erlaubnis entwickelte sich eine Aufweichung des Grundsatzes des Heilpraktikergesetzes, dass für die Erlaubnis zur Ausübung des Heilpraktikerberufes eine berufsqualifizierende Fachprüfung nicht erforderlich ist und der Nachweis einer Fachqualifikation nicht erbracht werden muss. Den Weg dazu hat die oben angeführte Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes von 1993 vorgezeichnet, er wurde von den Verwaltungsbehörden der Länder entschlossen beschritten. In den Durchführungsrichtlinien der Länder finden sich ausformulierte Anweisungen. Nach 8.2 der hessischen Richtli-

nie müssen Antragsteller für die eingeschränkte Erlaubnis „ausreichende diagnostische Fähigkeiten in Bezug auf das einschlägige Krankheitsbild haben und die Befähigung besitzen, die Patienten entsprechend der Diagnose psychotherapeutisch zu behandeln“. Von einer Überprüfung kann im Einzelfall abgesehen werden, „wenn aufgrund eines außerordentlich umfangreichen und erfolgreich absolvierten Aus- und Fortbildungs- oder Weiterbildungsweges, welcher durch ein qualifiziertes Zeugnis belegt werden kann, an den diesbezüglichen Kenntnissen keine vernünftigen Zweifel bestehen können“.

Mit dieser Anforderung wird der sehr reduzierte (und tatsächlich immer schon zu kurz greifende) Gefahrenabwehrgrundsatz des Heilpraktikergesetzes aufgegeben und an seine Stelle tritt die Forderung des Nachweises einer Fachqualifikation. Das ist einerseits im Sinne des Patientenschutzes zu begrüßen. Andererseits führt es faktisch zur Einführung einer „kleinen Psychotherapeutenausbildung“ für Personen, die *psychotherapeutisch* behandeln. Während hinsichtlich der „allgemeinen“ Heilpraktiker in der Richtlinie nie von ärztlicher oder medizinischer Behandlung die Rede ist und sich nie der Anklang an ein fachärztliches Tätigkeitsfeld findet, gibt es jetzt eine Heilprak-

tikergruppe, die ein Fachgebiet ausübt, das gesetzlich geregelt ist (§ 1 Abs. 3 PsychThG). Das ruft erhebliche Verwechslungsgefahren hervor und ist schon deshalb eine Gefahr für Patienten.

Durch die Richtlinie entsteht der Anschein einer „kleinen Psychotherapeutenausbildung“ indem bestimmte organisierte Aus- und Fort- oder Weiterbildungswege das Zertifikat erhalten, ihre erfolgreichen Absolventen würden „ausreichende diagnostische Fähigkeiten in Bezug auf das einschlägige Krankheitsbild haben und die Befähigung besitzen, die Patienten entsprechend der Diagnose psychotherapeutisch zu behandeln“. Diese Befähigung wird meines Erachtens allein und ausschließlich in einem ordnungsgemäß absolvierten Ausbildungsgang nach dem Psychotherapeutengesetz oder einem einschlägigen ärztlichen Weiterbildungsgang nach den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern erworben.

Angesichts der genannten Anforderungen der Richtlinie dürften eigentlich keine Heilpraktikererlaubnisse eingeschränkt für Psychotherapie mehr erteilt werden, weil regelmäßig davon ausgegangen werden muss, dass ein der Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz bzw. der fachärztlichen Weiterbildung gleichwertiger Ausbil-

dungsgang nicht durchlaufen wurde. Dies trifft im Übrigen auch für die Antragsteller zu, die allein aufgrund des akademischen Grades Diplom-Psychologe (8.1. der hessischen Richtlinie) die Erlaubnis erhalten. In dieser Hinsicht wird von ihnen weniger verlangt als von Bewerbern nach 8.2. der Richtlinie.

Letztlich wird meines Erachtens aber dem originären Gefahrenabwehrgedanken des Heilpraktikergesetzes immer noch nicht ausreichend Rechnung getragen. Im Sinne eines (wenn auch aus fachlicher Sicht nur reduzierten) Patientenschutzes käme es insbesondere darauf an, dass Heilpraktiker, die sich heilkundlich mit Störungen, die im V. Kapitel des ICD 10 beschrieben sind, oder vermeintlichen Befindlichkeitsstörungen befassen, in der Lage sind, schwere psychiatrische Krankheitsbilder zu diagnostizieren und die Grenzen der eigenen Behandlungsfähigkeiten zu erkennen (erforderlich wären gründliche Kenntnisse und Erfahrungen in der Differentialdiagnostik aller F-Diagnosen und insbesondere in der Ausschlussdiagnostik von F 20 – F 29 sowie F 30 – F 39). Um eine solche notwendige Diagnostik fachgerecht leisten zu können, reichen „*Kenntnisse der psychologischen Diagnostik, der Psychopathologie und der klinischen Psychologie*“ (so die Richtlinie in 8.2.) nicht aus.



**Münchener FamilienKolleg**

Programm-Anforderung:  
Blutenburgstr. 57, 80636 München  
Fon: 089 – 22 29 92  
Fax: 08134 – 92 365  
E-mail: MFK.FamilienKolleg@t-online.de  
Internet: <http://www.mfk-fortbildung.de>

#### **Fortbildung 2009 (Auswahl 1. Halbjahr)**

06. – 07.02. Karl Tomm: Interventives Interviewen – neu gefasst  
19. – 20.03. Michael Bohne: Prozessorientierte Energetische Psychotherapie  
24. – 25.04. Gerd F. Müller: Stärken betonendes systemisches Interviewen  
19. – 20.06. Frank Krause: Das Zürcher Ressourcen-Model als Coaching-Instrument  
04.07. ff. Jochen Peichl: Beginn der Fortbildungsreihe Ego-State-Therapie  
24. – 25.07. Gerd F. Müller: Skulpturen und Choreographien

#### **Weiterbildung**

**„Systemisch-konstruktivistische und lösungsorientierte Therapie“**

Beginn 19.10.2009: Bitte fordern Sie unsere Konzeption an.

*Für alle Seminare gibt es Fortbildungspunkte der Bay. Psychotherapeutenkammer.*

Meines Erachtens müssen **klinische Erfahrungen** vorhanden sein, weil eine zureichend sichere Diagnostik sonst nicht gewährleistet ist.

Problematische Folgewirkungen ziehen die eingeschränkten Erlaubnisse auch mit Blick auf die Berufsbezeichnung nach sich. Die Pflicht zur Führung der Berufsbezeichnung „Heilpraktiker“ hat das Bundesverfassungsgericht hinsichtlich psychotherapeutisch tätiger Diplompsychologen bereits in einem Beschluss vom 10. Mai 1988 (1 BvR 482/84 und 1166/85) für verfassungsrechtlich bedenklich gehalten. Die Länder empfehlen deshalb die Führung modifizierter Bezeichnungen wie z. B. „Heilpraktiker eingeschränkt für Psychotherapie“ oder schreiben die Führung einer Bezeichnung zwingend vor. Hiergegen regt sich jetzt Widerstand. In einem

Artikel im Report Psychologie, 3/2008, Seite 145, wird den Mitgliedern des BDP unter der Überschrift „Psychologen sind keine Heilpraktiker“ empfohlen, sich gegen entsprechende Anordnungen zur Wehr zu setzen und statt dessen die Bezeichnung „Diplom-Psychologe“ in den Vordergrund zu stellen und daneben auf die „Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz“ hinzuweisen. Es bleibt abzuwarten, ob es zu Streitigkeiten kommt und ob sich die Gerichte neu positionieren werden. Bisher gelang es jedenfalls in einer Reihe von Rechtsstreitigkeiten den Psychotherapeutenkammern, die Unterlassung von Bezeichnungen zu erstreiten, die einen Irrtum beim Verbraucher hervorrufen könnten.

Die Verwirrung für den Hilfesuchenden Patienten wird künftig noch zunehmen. Neben den

Diplom-Psychologen, die Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind, gibt es solche mit Heilpraktikererlaubnis. Dazu noch eingeschränkt auf dem Gebiet der Psychotherapie tätige Heilpraktiker (Voraussetzung: mindestens abgeschlossene Volksschulbildung) und künftig Absolventen von Studiengängen mit Bachelor- oder Masterabschluss, mit mehr oder weniger starker psychologischer und/oder klinischer Ausrichtung und möglicherweise klingvollen Phantasiebezeichnungen.

Abhilfe kann nur der Bundesgesetzgeber schaffen. Das Heilpraktikergesetz gehört auf den Prüfstand. Wenn es tatsächlich triftige Gründe geben sollte, den Zugang zum Beruf des Heilpraktikers – entgegen der Belange des Patientenschutzes – zukünftig weiter

offen zu halten, müssen zumindest die Fragen um eingeschränkte Erlaubnisse und die persönlichen Erlaubnisvoraussetzungen eindeutig und strikt am Patientenschutz orientiert geregelt werden. Darüber hinaus ist eine klare Regelung der Berufsbezeichnung erforderlich, die jegliche Irreführung der Patienten verhindert.

#### Johann Rautschka-Rücker

Geschäftsführer der  
Psychotherapeutenkammer  
Hessen  
Gutenbergplatz 1  
65187 Wiesbaden  
JRautschkaRuecker@ptk-  
hessen.de



Jetzt  
neu!!!

## DiagnoPro 2.0

Das Computerprogramm zur Unterstützung  
in Ihrer psychotherapeutischen Praxis

- Berichterstellung
- Dokumentation
- Anamnese
- Praxisverwaltung



Psychoholic Software - Platanenallee 113 - 42897 Remscheid - Tel.: 02191-4627495 - Fax: 02191-4627496 - info@psychoholic.de - www.psychoholic.de

# Aktuelles aus der Forschung

Franka Baudisch<sup>1</sup>, Ulrike von Lersner<sup>1</sup> & Anna Auckenthaler<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie, Freie Universität Berlin

<sup>2</sup> Psychotherapeutenkammer Berlin

## Psychodynamische Psychotherapie bei Ängsten

*Busch, F.N., Milrod, B.L. (2008). Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy. Psychiatric Times, 25, 2 (open access).*

In einer randomisiert-kontrollierten Studie wurden 26 Patienten mit einer „Panic-focused psychodynamic psychotherapy“ (PFPP) behandelt und mit 23 Patienten verglichen, die in ihrer Behandlung Entspannungsverfahren (ART, applied relaxation training) erlernten. Die PFPP ist eine manualisierte Kurzintervention, die aus 24

Sitzungen bei zwei wöchentlichen Kontakten besteht und in drei Phasen unterteilt ist. In Phase 1 geht es um die Reduktion der Paniksymptome. Dabei werden nach Exploration der Symptomatik Konflikte wie Wuterkennung, ambivalente Gefühle über Autonomie, Verlust und Verlassenwerden mittels charakteristischer psychodynamischer Techniken wie Klärung, Konfrontation und Interpretation adressiert. In Phase 2 werden unbewusste Konflikte bearbeitet, die der Paniksymptomatik zugrunde

liegen. Die dritte Phase dient dem Abschluss der Therapie und der Rückfallprophylaxe.

Während in der Entspannungsgruppe acht Patienten die Behandlung vorzeitig abbrachen, lag die Abbruchquote in der PFPP-Gruppe lediglich bei zwei Patienten. Diese geringe Abbruchquote spricht für eine hohe Akzeptanz des PFPP-Ansatzes unter den Patienten.

Direkt nach Abschluss der Behandlung sowie weitere 12 Monate später zeigte sich in

beiden Gruppen eine Reduktion der Paniksymptomatik, wobei PFPP dem Entspannungs-training signifikant überlegen war. Zudem zeigte sich nach PFPP eine signifikant stärkere Verbesserung der Funktionsfähigkeit der Patienten im Alltag.

Dieser psychodynamische Behandlungsansatz stellt damit möglicherweise eine wertvolle Ergänzung zu bereits vorhandenen, vorrangig verhaltenstherapeutisch orientierten Verfahren dar.

## Prädiktoren des Substanzmissbrauchs bei Jugendlichen

*Esser, G., Wyschkon, A., Schmidt, M.A., Blanz, B., & Ihle, W. (2008). Ein Entwicklungsmodell des Substanzmissbrauchs im frühen Erwachsenenalter. Kindheit und Entwicklung, 17 (1), 31-45.*

Diese Arbeit aus der Grundlagenforschung versucht, aus den Befunden einer epidemiologischen Längsschnittuntersuchung ein Entstehungsmodell des Substanzmissbrauchs im Alter von 25 Jahren unter Berücksichtigung vorange-

gangener psychischer Auffälligkeiten abzuleiten. An N = 321 Jugendlichen wurde zu vier Messzeitpunkten (im Alter von 8, 13, 18 und 25 Jahren) das Ausmaß an Substanzmissbrauch, die Psychopathologie sowie psychosoziale und organische Risikofaktoren erfasst.

Es zeigte sich, dass der Substanzmissbrauch mit 25 Jahren insbesondere durch eine bereits mit 18 Jahren bestehende Suchtsymptomatik beeinflusst wird. Diese stellte sich als Folge psychosozialer

Belastungen sowie insbesondere früher externalisierender Symptome dar, welche in enger Wechselwirkung zueinander stehen. Für den Nikotinmissbrauch der 25jährigen hatten die hyperkinetischen Symptome zu allen Messzeitpunkten einen eigenständigen Vorhersagewert, welcher auch nach Kontrolle dissozialer Auffälligkeiten stabil blieb. Gleiches galt für hyperkinetische Symptome von 13jährigen und den späteren Alkoholmissbrauch. Darüber hinaus erwies sich die Fettsucht mit

8, 13 und 18 Jahren als starker Prädiktor für Substanzmissbrauch mit 25 Jahren.

Für die Behandlungspraxis sind die vorliegenden Befunde sowie das dazugehörige Modell insofern hilfreich, als dass bestimmte Risikogruppen frühzeitig erkannt und effektiv behandelt werden können, was gleichzeitig die gezielte Prävention von Substanzmissbrauch im jungen Erwachsenenalter verbessert und längerfristig zu einer Senkung der Prävalenzraten beitragen kann.

## Psychotherapie-Prozessforschung

*Henretty, J.H., Levitt, H.M. & Mathews, S.S. (2008). Clients' experiences of moments of sadness in psychotherapy: A grounded theory analysis. Psychotherapy Research, 18 (3), 243-255.*

Ausgehend von Therapiesitzungen, in denen es in irgendeiner Weise um Traurigkeit ging, wurden zehn Klienten (zwischen 20 und 63 Jahren) über ihr Erleben von Traurigkeit in der Psychotherapie und ihre Haltung gegenüber der eigenen Traurigkeit interviewt. Die Teilnahme an der Untersuchung war nicht an bestimmte Diagnosen gebunden. Vier der behandelnden Therapeuten bezeichneten ihre Orientierung als integrativ, drei als kognitiv-behavioral und drei als humanistisch.

Die Interviews folgten der Methode des Interpersonal Pro-

cess Recall (Kagan), d. h.: Forscher und Klienten hörten sich (zeitnah zur Therapiesitzung, die analysiert werden sollte) gemeinsam die Tonbandaufzeichnung der entsprechenden Therapiesitzung an und stoppten das Band immer dann, wenn entweder der Klient sich daran erinnerte, dass er an dieser Stelle Traurigkeit empfunden hatte, oder wenn der Forscher beim Klienten Traurigkeit wahrzunehmen glaubte. Die Klienten wurden dazu befragt, was die Traurigkeit ausgelöst hatte, wie es ihnen in der Sitzung mit der Traurigkeit gegangen war, welche anderen Gefühle und welche Gedanken mit der Traurigkeit verbunden waren, wie sie den Umgang des Therapeuten mit ihrer Traurigkeit erlebt hatten, was dabei hilfreich gewesen war und was nicht, ob es Veränderungen in der Traurigkeit gegeben hatte und worauf sie diese

Veränderungen zurückführten. Die transkribierten Interviews (die zwischen ein und zwei Stunden dauerten) wurden in Anlehnung an die Methode der Grounded Theory (Glaser & Strauss) ausgewertet.

Das wichtigste Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ist, dass es sich beim Erleben von Traurigkeit in der Psychotherapie um ein existenzielles Ereignis handelt, das für die Klienten meist mit Selbstkritik verbunden ist – „a struggle against the fear of becoming trapped within the painful, existential question ‚Who am I?‘“ Traurigkeit stellte sich in den Sitzungen dann ein, wenn zentrale persönliche Konzepte (Sinn des Lebens, Werte, Selbstkonzept) in Frage gestellt waren. Die meisten Klienten fanden es hilfreich, in der Therapie Traurigkeit erleben und äußern zu können und

sich mit ihrer Traurigkeit auseinanderzusetzen. Gleichzeitig wollten sich die meisten von ihnen aber auch nicht zu sehr auf ihre Traurigkeit einlassen: weil sie befürchteten, dass sie dann von der Traurigkeit überrollt werden oder in ihr stecken bleiben könnten.

Therapeuten werden durch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung dazu ermutigt, die Klienten bei der Annäherung an ihre Traurigkeit und die Exploration ihrer Traurigkeit zu unterstützen, ihnen dabei aber zwischendurch auch immer wieder zu erlauben, von der Traurigkeit Abstand zu gewinnen. Sie werden außerdem dazu angeregt, über Tendenzen der Pathologisierung von Traurigkeit (z. B. im DSM, aber auch in unserer Kultur generell) nachzudenken und in jedem Einzelfall genau zu überprüfen, was ein Klient mit Traurigkeit verbindet.

## Psychotherapie bei chronischen Schmerzen

*Monroe, N.E., Greco, C.M. & Weiner, D.K. (2008). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study. Pain, 134 (3), 310-319.*

Im Rahmen einer amerikanischen Pilotstudie, an der 37 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen teilnahmen, die alle über 65 Jahre alt waren (Durchschnittsalter 74,9 Jahre) und in einem eigenen Haushalt lebten, wurden die Durchführbarkeit und die Effekte einer modifizierten Form des Achtsamkeitsbasierten Stressbewältigungstrainings – Mind-

fulness-Based Stress Reduction (MBSR) – nach Jon Kabat-Zinn explorativ untersucht.

In acht gruppentherapeutischen Sitzungen (eine Sitzung à 90 Minuten/Woche) wurden drei formelle Techniken der achtsamkeitsbasierten Meditation an die Teilnehmer vermittelt: (1) Der Body-Scan: Der Patient wird auf dem Rücken liegend dazu angeleitet, mit einer nicht wertenden Aufmerksamkeit systematisch durch einzelne Körperteile zu wandern und das Körpergefühl zu erspüren. (2) Die Sitzmeditation: Der Patient wird auf einem Stuhl oder einem Kissen sit-

zend dazu angeleitet, sich auf den Atem zu konzentrieren. (3) Die Gehmeditation: Der Patient lernt, achtsam langsam zu gehen und sich auf seine Körperempfindungen und/oder seinen Atem zu konzentrieren.

Die Zuweisung der Untersuchungsteilnehmer zur Therapiebedingung und zu einer Wartelistenkontrollgruppe erfolgte nach Zufallsprinzip. Zu Beginn, Ende und in einem dreimonatigen Follow-up wurden Messinstrumente zur Schmerzintensität, zur Schmerzakzeptanz, zur Lebensqualität sowie zur körperlichen

Funktionsfähigkeit eingesetzt. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigte die Therapiegruppe signifikante Verbesserungen hinsichtlich des körperlichen Funktionsniveaus und der Schmerzakzeptanz. Letzteres war zu erwarten, da Akzeptanz als Teil der Achtsamkeit zu verstehen ist. Es ergaben sich leichte Verbesserungen hinsichtlich der Schmerzintensität und der Lebensqualität in erwarteter Richtung.

Aus der Therapie- und Wartelistengruppe beendeten insgesamt 30 Patienten das achtwöchige Programm, die durchschnittlichen Medita-

tionszeiten (an 4,3 Tagen/Woche für durchschnittlich 31,6 Minuten/Tag) sprechen für eine gute Annahme der Intervention. Nach drei Monaten meditierten von den 25 Patienten, die befragt werden konnten (12 der Therapiegrup-

pe, 13 der ehemaligen Warte-listenkontrollgruppe), noch 19 Patienten.

Die Autorinnen sehen in ihrer Studie einen weiteren Beleg für die positiven Effekte der

Achtsamkeitsbasierten Stressreduktion bei Patienten mit chronischen Schmerzen. Da es sich um die erste MBSR-Studie handle, die die Übertragbarkeit des Achtsamkeitskonzeptes auf ältere Patienten prüft, regt

sie – v. a. angesichts der hohen Akzeptanz durch die Studienteilnehmer – außerdem dazu an, über Erweiterungsmöglichkeiten des therapeutischen Angebots für ältere Menschen nachzudenken.

## Exposition in der Traumabehandlung

**Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? Verhaltenstherapie, 18, 109-118.**

Im deutschen Sprachraum ist die Überzeugung verbreitet, dass bei der Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung vor der Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis eine ausführliche Stabilisierung zu erfolgen habe. Zudem zeigen sich unter Praktikern gegenüber Expositionsverfahren häufig ethische Bedenken. Dies findet sich unter anderem wieder in den Leitlinien für die Behandlung psychischer Traumatisierungen, wonach ohne Stabilisierung keine Traumabarbeitung stattfinden dürfe; ein alleiniger oder zu früher Einsatz konfrontativer Verfahren wird abgelehnt. Auch werden diverse Ausschlusskriterien genannt, bei denen von einer Traumakonfrontation gänzlich abzusehen und lediglich die Stabilisierung des Patienten durchzuführen sei.

Unter Stabilisierung werden hierbei ressourcenorientierte bzw. -aktivierende Verfahren verstanden, welche eine verbesserte Affektregulation,

sowie eine erhöhte Kontrollierbarkeit der Symptomatik zum Ziel haben.

Dieses Stabilisierungsgebot wird von Neuner in seinem Überblicksartikel vor dem Hintergrund von Befunden aus randomisierten kontrollierten Therapiestudien kritisch hinterfragt. Nach diesen Befunden erzielt die traumafokussierte Behandlung, d. h. die Traumakonfrontation durchgängig sehr gute Erfolge. Außerdem sei sie anderen Verfahren an Effektivität überlegen, was u. a. in Großbritannien und Australien schon dazu geführt hat, traumafokussierte Verfahren in der Behandlung der PTSD vorzuschreiben.

In den Studien, auf die sich der Autor bezieht, wurde der Behandlung keine oder nur eine sehr rudimentäre Stabilisierungsphase vorangestellt. Der Autor schließt daraus, dass eine Stabilisierungsphase nicht notwendig sei. Er weist zudem auf die mangelnde Datenlage zur Evidenz der Stabilisierungsansätze hin.

Neben den Befunden zur Effektivität der konfrontativen Ansätze werden andere Aspek-

te untersucht, welche für den Einsatz eines solchen Verfahrens in der Praxis von Bedeutung sind.

So unterschieden sich in den Kontrollstudien die Abbruchraten zwischen Verfahren mit und ohne Exposition nicht, d. h. die Akzeptanz auf Seiten der Patienten scheint bei konfrontativem Vorgehen nicht geringer zu sein als bei anderen Verfahren.

Bezüglich der Ausschlusskriterien für ein konfrontatives Vorgehen bei PTSD nennt der Autor anhand der empirischen Befunde das Vorliegen von Psychosen, organischen oder geistigen Störungen, Substanzabhängigkeit und akute Suizidgefahr. Das Vorliegen einer komplexen PTSD sei hingegen kein Ausschlusskriterium, da Personen mit

dieser Störung, wie etwa Opfer sexuellen Missbrauchs im Kindesalter oder Folteropfer, ebenfalls erfolgreich mit diesem Verfahren behandelt worden seien.

Der gegenwärtige Stand der evidenzbasierten Therapiefor-schung zeige daher, dass der wirksame Aspekt bei der Behandlung psychischer Traumatisierungen die Konfrontation ist und das Gebot der Phasentherapie (Stabilisierung – Konfrontation – Integration) so nicht haltbar ist.

Der Artikel greift eine zentrale Debatte auf, welche im Bereich der Psychotraumatologie im deutschen Sprachraum besonders intensiv geführt wird, während sich die Skepsis gegenüber der Traumaexposition auf internationaler Ebene in dieser Form nicht findet.

**Prof. Dr. Anna Auckenthaler (Delegierte der PTK Berlin)**

**Dipl.-Psych. Franka Baudisch**

**Dipl.-Psych. Ulrike von Lersner**

Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Freie Universität Berlin  
Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin  
A.Auckenthaler@fu-berlin.de

# Buchrezensionen

## **Hennig, H., Fikentscher, E., Bahrke, U. & Rosendahl, W. (2007). Beziehung und therapeutische Imaginationen. Katathym Imaginative Psychotherapie als psychodynamischer Prozess. Lengerich: Pabst Science Publishers. 308 Seiten.**

Detlef Selle

In dem vorliegenden Buch unternehmen die Autoren den Versuch, das traditionell-klassische Vorgehen, wie es von Leuner vorgegeben wurde, mit einer Reihe von neueren Überlegungen und Erkenntnissen zu verbinden, welche die Integration der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP) mit dem Methodenspektrum dynamischer Psychotherapien ermöglichen kann. Somit wird dem Leser die Entwicklung des Verfahrens von der Originalfassung von Leuner bis hin zu den neuen Verständnissen vermittelt, die sich aus den Forschungs- und Praxisergebnissen der letzten Jahre nachvollziehbar ableiten lassen. Besonders hier wird die Entwicklung der KIP als psychodynamischer Prozess in den Mittelpunkt gestellt, was sich bereits im Titel des Buches widerspiegelt. Insofern stellen die einzelnen Artikel die Weiterentwicklung des Konzeptes der Autoren dar, den Symbolinhalt von Imaginationen in der KIP als Spiegel von Beziehungen. Damit ist das multimodal vernetzte, dynamisch wirksame verinnerlichte Beziehungssystem jeder Persönlichkeit, das individuelle Einzigartigkeit ausmacht, gemeint. Die Beziehungsgeschichte und die aktuellen Objektbeziehungen sind somit in der Psychodynamik enthalten, die die unbewussten und bewussten Phantasi-

en eines Menschen strukturell und inhaltlich steuern. Somit sind in jeder therapeutischen Situation Anteile dieses Prozesses enthalten, also auch in den Imaginationsepisoden und den Symbolgeschichten einer KIP.

Der Prolog führt in den Leitfaden ein und erläutert sowohl die fachhistorische als auch dessen aktuelle empirische Dimensionen. Hier finden sich Erläuterungen zur Struktur des Buches und der inhaltlichen Abstimmung der einzelnen Kapitel.

Im zweiten Kapitel des Buches wird zunächst in komprimierter Form das klassische, von Leuner seinerzeit konzipierte Vorgehen dargestellt. Seine Arbeit von 1990 ist für den heutigen Leser überarbeitet worden, insgesamt jedoch ist die damalige Fassung im Wesentlichen beibehalten worden. Dieses Werk war immerhin der einzige kompakte Leitfaden für die Psychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben (KB), der im Osten Deutschlands erschienen war und der dem ursprünglichen Leunerschen Konzept folgte. Auch heute ist dieser Leitfaden als überschaubare Einführung für Ausbildungszwecke sehr nützlich. Von wissenschaftshistorischer Bedeutung sind zudem die nahezu vollständigen Angaben einschlägiger Publikationen der DDR zum KB und

anderer im russischen Sprachraum relevanter Quellen zum Stellenwert therapeutischer Imaginationen.

Im vorliegenden Buch wird der Abschnitt „KB als Gruppentherapie“ (2.7.1) wegen seiner besonderen Bedeutung mit einem gesonderten Kapitel (11) von E. Fikentscher ergänzt, da sich die KIP in der Gruppe zu einer eigenständigen Vorgehensweise entwickelt hat. Man findet hier sowohl das seinerzeit bekannte Wissen um die Gruppenarbeit mit dem KB als auch neueste klinische Erfahrungen mit der KIP als Gruppentherapie. Eindrucksvoll sind die ausführlichen Beispielschilderungen gruppendynamischer Verläufe.

Die folgenden Kapitel, mit Beiträgen von Bahrke, Rosendahl, Fikentscher und Hennig, informieren über Entwicklungen und Veränderungen, welche die KIP insbesondere im Verlauf der letzten 10 Jahre genommen hat. Es werden jeweils die Ansichten und Überlegungen der Autoren zur erweiterten Grundkonzeption, zur Standortbestimmung, zum Umgang mit der Übertragungs- und Gegenübertragungsproblematik in der KIP sowie zu speziellen Wirkdimensionen in der KIP vorgestellt. Sehr gut lassen sich die praxisrelevanten Entwicklungen nachvollziehen,

die vom Konzept der Projektionsneurose zur Konzeption der KIP als eine dynamische Psychotherapie geführt haben.

Das 5. Kapitel widmet sich dem Zentralen Beziehungskonfliktthema (ZBKT) und ist unter dem Aspekt, die KIP konsequent als dynamische Psychotherapie zu beschreiben, erarbeitet worden. In der Arbeit mit der KIP wird die therapeutische Beziehung auf unterschiedlichen Ebenen als zentrale Wirkdimension in den Mittelpunkt gestellt. Bezugnehmend auf die besonderen Dimensionen der Arbeit mit der KIP finden sich Überlegungen zur Symbolentwicklung und zum Symbolisierungsprozess, deren Deutung bzw. Interpretation in engem Kontext zum Beziehungsaspekt, also zur Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik stehen. Durch viele anschauliche Fallbeispiele und übersichtliche Tabellen werden die theoretischen Darstellungen unterstrichen und nachvollziehbar, so dass sich die konzeptionellen Überlegungen gut für die therapeutische Praxis nutzen lassen.

Erfreulicherweise findet sich in dem Buch eine Übersicht zu den wichtigsten vorliegenden empirischen Forschungsergebnissen. Verschiedene Studien, u. a. von Wilke (1990),

Pratzka (1997), Stiegler/Pokorny (2000) und Wietersheim (2001) werden überblicksartig dargestellt, um den Leser zu informieren und den Zugang zu den entsprechenden Publikationen zu ermöglichen.

Kritisch anzumerken ist, dass zwar die neuen grundlegenden theoretischen Standpunkte dargelegt werden, aber speziellere Entwicklungen, wie u. a. die imaginative Psychotherapie bei schweren körperlichen Erkrankungen und bei traumatisierten Patienten, nicht ausreichend berücksichtigt und dargestellt werden. Leider wurden die theoretischen Ansätze und Überlegungen in

verschiedenen Kapiteln abgehandelt, so dass der Überblick und das Verständnis schwerer zu erschließen sind, als dies notwendig erscheint.

Alles in allem ist mit diesem Buch ein Vademekum entstanden, welches die Entwicklung und den aktuellen Stand der KIP als dynamische Psychotherapie aufzeigt und u. a. den Beziehungsaspekt in der Arbeit mit therapeutischen Imaginationen sowohl im fokussierend tiefenpsychologisch fundierten Vorgehen als auch in der analytischen Therapie hervorhebt. Die wenig orthodoxen und eher schulübergreifenden Darstellungen der Autoren dürften nicht

nur KIP-Therapeuten, sondern auch weniger dynamisch orientierte Leser ansprechen. Einige in den Kapiteln enthaltenen Gedanken oder Theorien könnten tradierte Ansichten infrage stellen, was zur Diskussion animiert und für ein konstruktives Umgehen mit der KIP nur nützlich sein kann. Somit wird die kollegiale Auseinandersetzung zur Weiterentwicklung der KIP als dynamische Psychotherapie befördert und die Stellung dieses Verfahrens in der Reihe der unterschiedlichen dynamischen Therapiemethoden gefestigt. Zudem werden Anregungen für die Ausbildung von Psychotherapeuten und für die Psychotherapieforschung gegeben.

Durch das breite Spektrum und das detaillierte Konzept ist dieses Buch als Leitfaden und Nachschlagewerk für den theoretisch arbeitenden Leser und für den praktisch tätigen Psychotherapeuten besonders interessant.

Ein ausführliches und weiterführendes Literaturverzeichnis sowie ein Sachregister beschließen das Buch.

*Dr. phil. Detlef Selle*

Psychologischer Psychotherapeut  
Ernst-Grube-Str. 26  
06120 Halle  
dr.d.selle@gmx.de

## **Cierpka, M. & Windaus, E. (Hrsg.). (2007). Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie. Konzepte – Leitlinien – Manual. Frankfurt: Brandes & Apse. 216 Seiten.**

### **Gabriela Küll**

Die Geburt und die ersten Lebensjahre sind sowohl für den Säugling als auch für die Eltern eine Zeit der radikalen Veränderungen. Da die frühen emotionalen Erfahrungen in der Interaktion mit den Eltern die Wahrnehmungsmuster des heranwachsenden Kindes von sich und von der Welt formen, ist das Verstehen dieser frühen Erlebnismuster ebenso bedeutsam wie das Verstehen der scheinbar irrationalen Reaktionen des „inneren Kindes“ der Eltern als Ausdruck ihrer eigenen, teilweise schmerzlichen Erfahrungen.

Die psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT) stellt ein Behandlungskonzept dar, mit dem zum einen auf die gro-

ße Behandlungsbedürftigkeit von Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter reagiert wird, das zum anderen die Instrumente introspektiver Analyse mit den Leistungen der Säuglingsforschung und der Neurobiologie verbindet und so einem Entweder-Oder verschiedener wissenschaftlicher und psychotherapeutischer Richtungen entgegenwirkt.

Das im letzten Jahr von Manfred Cierpka und Eberhard Windaus herausgegebene Buch verbindet auf eine anschauliche und sowohl für weitere Forschungsarbeit als auch für die psychotherapeutische Praxis gut verwendbare Weise einen Überblick über die verschiedenen Konzepte der SKEPT, die Darstellung der Leitlinien zu

Regulationsstörungen, psychischen und psychosomatischen Störungen im Säuglings- und frühen Kleinkindalter und die Beschreibung eines Manuals zur psychoanalytischen Behandlung von Regulationsstörungen, psychischen und psychosomatischen Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern unter Verwendung des Fokuskonzeptes.

In seinem Überblick über die Konzepte der SKEPT beschreibt E. Windaus zunächst die psychoanalytischen Konzeptionen zur „Mutter-Kind-Einheit“. Anschließend stellt er analytische Behandlungskonzepte vor, die von einer eher Ich-stützenden Beratung für die Mütter bis hin zu einer analytischen Interventionstechnik reichen, mit deren

Hilfe die „Gespenster aus der Vergangenheit“ (S. Fraiberg, 1975), d. h. die bewussten und unbewussten elterlichen Projektionen, aufgedeckt und bearbeitet werden können. Besondere Bedeutung kommen hierbei dem „Container-contained-Modell“ des britischen Psychoanalytikers W. Bion (1962) und der Analyse der „Mutterschaftskonstellation“ des amerikanischen Psychoanalytikers D. Stern (1998) zu, weil die psychotherapeutischen Behandlungen die Fähigkeit stärken sollen, das, was von „außen“ kommt innerlich zu verdauen, also zu bearbeiten. Je „entgleister“ der Dialog zwischen Eltern und Kind sich zeigt, desto dramatischer gestalten sich dabei auch die von Windaus hier ausführlich

beschriebenen Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse für den Behandler.

Als zweiter Teil sind die von Windaus u. a. für den Fach- und Berufsverband der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (VAKJP) entwickelten und an anderer Stelle bereits veröffentlichten Leitlinien zu Regulationsstörungen, die das Spezifische der psychoanalytischen Diagnostik und Therapie zusammenstellen, in das Buch aufgenommen worden.

Wohl wissend, dass Psychoanalytiker und psychoanaly-

tische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Standardisierung, Rationalisierung und Normierung von Diagnostik und Therapie mitunter eher skeptisch gegenüber stehen, gehen die Autoren in ihrer Einleitung ausdrücklich auf die Notwendigkeit ein, sich den Erfordernissen anzupassen, die an alle im Rahmen von GKV-Behandlungen vertretenen Verfahren gestellt sind.

Die oben beschriebene Skepsis wird sich (zu *Unrecht*, Anm. der Verf.) bei dem einen oder anderen Leser womöglich gegenüber dem dritten Teil des vorliegenden Buches einstel-

len, der ein ausführliches Manual zur psychoanalytischen Behandlung von Regulationsstörungen unter Verwendung des Fokuskonzeptes enthält.

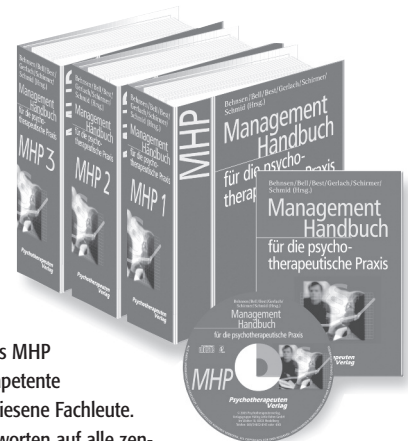
Cierpka, Windaus u. a. stellen zunächst ihr psychoanalytisches Konzept vor. Hier werden noch einmal einige der theoretischen Ansätze, die auch schon im ersten Teil des Buches von Windaus vorgestellt wurden, ausführlich und gut bezogen auf das Manual referiert. Anschließend wird das Manual an zehn Fallbeispielen von Säuglingen im Alter zwischen 3 und 18 Monaten erläutert.

Ausgehend von der These, dass die Fähigkeit zur Selbstregulation des Säuglings der elterlichen Co-Regulation bedarf, beides aber in wechselseitiger Abhängigkeit voneinander mehr oder minder schwer beeinträchtigt ist, wenn Regulationsstörungen auftreten, entwickeln die Autoren ein für Diagnostik und Therapie gleichermaßen hilfreiches Manual.

**Gabriela Küll**

Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin  
Sophienallee 24  
20257 Hamburg  
gkuell@t-online.de

## Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis MHP



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

**Loseblattwerk in 3 Ordnern. Ca. 3.300 Seiten. € 138,-\***  
**ISBN 978-3-938909-01-0**

**MHPplus CD-ROM. € 148,-\***  
**ISBN 978-3-938909-02-7**

**Kombi-Ausgabe Loseblattwerk und MHPplus CD-ROM. € 218,-\***  
**ISBN 978-3-938909-09-6**

\*Zzgl. ca. 4 Aktualisierungen jährlich zu je ca. € 45,- bis € 50,- / je € 49,- pro CD-ROM-Update bzw. € 32,- für Kombi-Abonnenten.

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

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

Die CD-ROM MHPplus bietet neben dem kompletten Inhalt des Loseblattwerkes zusätzlich die Rubrik „Praxishilfen“. Dort finden Sie für sämtliche Praxissituationen Verträge, Muster, Formulare und Checklisten, die Sie individuell bearbeiten können.

**Psychotherapeuten  
Verlag**





# Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

## Gesundheits- und Sozialpolitik

### **GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz – Weichenstellung für die Versorgung psychisch kranker Menschen**

Mit dem GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) werden im Herbst dieses Jahres voraussichtlich wichtige Regelungen auch für die Versorgung psychisch kranker Menschen getroffen. Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 16. Juli 2008 (BT-Drs. 16/9559) liegen seit Anfang Juli die Stellungnahme des Bundesrates (BR-Drs. 342/08) und seit Mitte August die Gegenäußerung der Bundesregierung vor. Mit der Anhörung des Gesetzentwurfes im Gesundheitsausschuss am 24. September 2008 geht die Gesetzesberatung auch mit entscheidenden Themen für Psychotherapeuten im Deutschen Bundestag in ihre entscheidende Phase.

### **Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – notwendiger Schritt zum Abbau der Unterversorgung**

Bei der Einführung einer Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie plädiert der Bundesrat für eine dem Versorgungsbedarf annähernd angemessene Quote von 20 Prozent, während die Bundesregierung eine Quote von zehn Prozent für ausreichend hält. Sie begründet dies vor allem damit, dass eine zu hohe Quote dazu führen könnte, dass die zusätzlichen Praxisplätze in attraktiveren Versorgungsbereichen, wie z. B. Städten, kurzfristig besetzt werden, während sich die Versorgungssituation in anderen Gebieten nicht verbessert.

Ein Mindestversorgungsanteil von 20 Prozent für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie würde bundesweit einen zusätzlichen Bedarf von ca. 700 psychotherapeutischen Leistungserbringern, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, mit sich bringen. Dieser Bedarf kann gedeckt werden. Allein in 2007 gab es in Deutschland über 200 abgeschlossene Ausbildungen zu Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeu-

ten. Im laufenden Jahr werden es etwa 250 Neuapprobationen sein. Für diese gibt es derzeit nur sehr vereinzelt Zulassungsmöglichkeiten im Rahmen der regulären Nachbesetzungen. Hinzu kommen zahlreiche Psychologische Psychotherapeuten, die im Rahmen einer Zusatzqualifikation die Fachkunde für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen erwerben. Die Nachwuchssituation der Psychotherapeuten erlaubt es also, die durch eine 20prozentige Mindestquote entstehenden Zulassungsmöglichkeiten flächendeckend rasch zu besetzen. Sie rechtfertigt keine Quote von zehn Prozent, zumal der derzeitige Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an der psychotherapeutischen Versorgung bereits bei durchschnittlich 13,6 Prozent liegt.

### **Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte – Beitrag zur Unterversorgung psychisch kranker Menschen**

Die Bundesregierung will die Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte von derzeit 40 auf 20 Prozent absenken und nicht – wie bisher im Sozialgesetzbuch V vorgesehen – auslaufen lassen. Dies, obwohl ein großer Teil der für psychotherapeutisch tätige Ärzte reservierten Praxisplätze aufgrund des auch zukünftig bestehenden Nachwuchsmangels nicht besetzt werden kann. Die Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte trägt systematisch zur Unterversorgung psychisch kranker Menschen bei, da in der Bedarfsplanung Praxisplätze, die aufgrund der Quote reserviert sind und unbesetzt bleiben, bei der Berechnung der Versorgungsgrade fiktiv als besetzt gerechnet werden. Dies führt dazu, dass Planungsbereiche als überversorgt gelten und gesperrt sind, obwohl im ungünstigsten Fall heute 40 Prozent der Versorger und künftig bei einer abgesenkten Quote 20 Prozent der Versorger gar nicht existieren. Dies kommt insbesondere in Ostdeutschland zum Tragen, wo aufgrund der Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte gut 500 Praxisplätze unbesetzt bleiben. Im

Verlauf der Gesetzgebungsberatungen wird sich herausstellen, ob die standespolitischen Interessen der Ärzteschaft vor dem Abbau der Unterversorgung psychisch kranker Menschen Vorrang haben.

### **Anträge auf Ausschreibung halber Praxisplätze – Klarstellung überfällig**

Die Beratungen des GKV-OrgWG könnten eine Klarstellung zur Ausschreibung halber Praxisplätze bringen.

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eröffnet die Möglichkeit, einen vollen Versorgungsauftrag auf einen halben zu reduzieren. Das Bundesministerium für Gesundheit ging von Beginn an davon aus, dass Ärzte und Psychotherapeuten, wenn sie sich dazu entschließen, einen halben Praxisplatz entsprechend der Regelungen des § 103 SGB V über die Zulassungsausschüsse ausschreiben können. Diese Auffassung wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht geteilt. Damit waren die vom Gesetzgeber angestrebte Flexibilisierung der beruflichen Tätigkeit sowie der damit verbundene Beitrag zur Bewältigung von Unterversorgungssituationen gefährdet, denn die Option wäre nur mit ökonomisch erheblichen Einbußen nutzbar. Die Bundesregierung hat nun eine Anregung des Bundesrates aufgegriffen und beabsichtigt, im GKV-OrgWG den Sachverhalt in ihrem Sinne klarzustellen.

### **Generelle Altersgrenze für Ärzte und Psychotherapeuten verzichtbar**

Mit dem GKV-OrgWG wird außerdem aller Voraussicht nach die Altersgrenze für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, die derzeit bei der Vollendung des 68. Lebensjahres liegt, für die vertragsärztliche Versorgung abgeschafft werden. Sie gilt – gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung – als nicht mehr sachgerecht. Laufend aktuelle Informationen zum Stand der Beratungen des GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetzes finden Sie auf der Homepage der BPTK und im BPTK-Newsletter.

## Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke)/Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK): Psychotherapeutische Kompetenz in der Erziehungs- und Familienberatung

### **Gemeinsame Stellungnahme der Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke) und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)**

Bei persönlichen oder familienbezogenen Problemen können sich betroffene Kinder, Jugendliche, Eltern und Erziehungsberechtigte an Erziehungsberatungsstellen wenden, um dort diese Probleme zu klären und mögliche Lösungen zu erarbeiten. Dabei können mit pädagogischer Zielsetzung auch Interventionen angewandt werden, die in der Psychotherapie entwickelt und erprobt wurden. Zur Beratung der dadurch u. a. unter fachlichen, versorgungspolitischen und rechtlichen Perspektiven entstehenden Fragen wurden Gespräche zwischen bke und BPtK geführt. Die im Folgenden abgedruckte gemeinsame Stellungnahme stellt eine Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Gespräche dar und ist als Grundlage für die weiterführende Diskussion gedacht. Zwischen bke und BPtK ist vereinbart, den Dialog fortzuführen. Wir möchten unsere Mitglieder ermuntern, mit der BPtK und den Landespsychotherapeutenkammern und ggf. mit der bke oder ihrer Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) diese Diskussion aufzugreifen und zu befördern.

Erziehungs- und Familienberatungsstellen sind seit ihren Anfängen durch ein multidisziplinär zusammengesetztes Fachteam charakterisiert. Ebenso ist für sie seit Anbeginn psychotherapeutische Kompetenz konstitutiv. So sollten z. B. bereits die von Alfred Adler in den 1920ern in Wien errichteten Erziehungsberatungsstellen aus den Erkenntnissen der Psychoanalyse Schlussfolgerungen zur Unterstützung von Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder ziehen. Die Grundsätze für die einheitliche Gestaltung der Richtlinien der Länder für die Förderung von Erziehungsberatungsstellen der Jugendminister und Jugendsenatoren von 1973 legten deshalb für die Fachkräfte der Einrichtungen therapeutische Zusatzausbildungen als Bedingung für ihre Förderung fest. Auch aktuelle Empfehlungen zur Qualität von Erziehungsberatung unter-

streichen die Notwendigkeit dieser Qualifikationen (Qs22)<sup>1</sup>.

1991 wurden die rechtlichen Grundlagen der Jugendhilfe im SGB VIII neu geordnet. 1999 führte das Psychotherapeutengesetz mit dem Psychologischen Psychotherapeuten<sup>2</sup> (PP) bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) zwei neue Heilberufe ein. Dies hat die Frage aufgeworfen, wie die unterschiedlichen Bereiche künftig aufeinander zu beziehen seien.

Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung und Bundespsychotherapeutenkammer haben in mehreren Gesprächen gemeinsam interessierende Fragen erörtert.

### **Seelische Entwicklung und elterliche Konfliktodynamik**

Die Entwicklung von Kindern vollzieht sich schrittweise. In jeder Lebensphase sind sie mit neuen Anforderungen konfrontiert, die sie bewältigen müssen. Dabei greifen ihre geistige, ihre seelische und ihre soziale Entwicklung ineinander. Kinder können die neuen Aufgaben einer weiteren Entwicklungsphase umso besser meistern, je angemessener die Unterstützung ist, die sie dabei in ihrer Familie und in ihrem sozialen Umfeld erfahren. Sind Eltern aber von eigenen Problemen absorbiert oder in einen Konflikt auf der Paarebene verwickelt, werden ihre Ressourcen für die Wahrnehmung der Situation des Kindes eingeschränkt. An die Stelle einer notwendigen Förderung oder auch einer Begrenzung der Aktivitäten des Kindes treten dann Verhaltensweisen, die durch die eigenen Probleme und Konflikte der Eltern bestimmt sind. Den Eltern fällt es schwerer, angemessen auf Problemlagen des Kindes zu reagieren, und ein anfänglich kleines Problem kann sich durch die Art der sich einspielenden Kommunikation zwischen Eltern und Kind verfestigen und womöglich eskalieren.

Die Auffälligkeiten von Kindern können daher nicht ihnen allein zugerechnet werden; sie bringen oft zum Ausdruck, was das Problem der ganzen Familie ist. Eltern kommen in solchen Situationen an die Grenzen ihrer Möglichkeit, erzieherisch auf ihre Kinder einzuwirken: Eine dem Wohl

des Kindes entsprechende Erziehung ist dann nicht mehr gewährleistet. Die Eltern bedürfen nun der Unterstützung durch außen stehende Dritte. Erziehungsberatung hat dann die Aufgabe, die Erziehungsfähigkeit der Eltern wieder herzustellen und den Kindern eine altersentsprechende Entwicklung zu ermöglichen.

### **Personenbezogene Beratung auf der Basis psychotherapeutischer Kompetenz**

Die Entstehung des Arbeitsfeldes der Erziehungs- und Familienberatung und die skizzierte Entstehung von Problemsituationen machen deutlich, dass die durch Beratung hier zu gebende Unterstützung ihre Grundlage in einer differenzierten Kenntnis entwicklungspsychologischer Bedingungen und familiendynamischer Zusammenhänge einerseits und der Fähigkeit zur Veränderung eingelebter Kommunikations- und Verarbeitungsstrukturen andererseits haben muss. Daher thematisiert Erziehungsberatung auch die Person des Ratsuchenden selbst. Die Beziehung zwischen Ratsuchendem und Fachkraft ermöglicht über methodisch geleitete Interventionen eine Veränderung des Verhaltens in Familien. Erziehungsberatung arbeitet auch mit Interventionen und Methoden der Psychotherapie. Als personenbezogene Beratung gründet sie auf den Erfahrungen der Psychotherapie.

### **Psychotherapeutische Interventionen in der Erziehungsberatung**

Erziehungsberatung ist eine ganzheitlich angelegte Hilfe. Sie trägt der multifaktoriellen Bedingtheit der Problemlagen von Kindern und ihren Familien durch die Zusammenarbeit eines multidisziplinären Teams Rechnung. Dabei integriert sie unterschiedliche Arbeitsweisen und Methoden, bezogen auf die Erfordernisse des

1 Qualitätsprodukt Erziehungsberatung Heft 22 der Reihe Qs-Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe. Hrsg. vom BMFSFJ, Bonn, 1999.

2 Um die Lesbarkeit zu erleichtern, wird bei Personenbezeichnungen i. d. R. die männliche Form verwandt. Diese Bezeichnungen umfassen weibliche und männliche Personen.

Einzel falls. Aber wenn sich die Probleme eines Kindes verfestigt haben oder sich akut zuspitzen, kann es erforderlich sein, psychotherapeutische Interventionen im engeren Sinne zu nutzen. So kann ein Kind z. B. durch ein psychotherapeutisches Angebot lernen, häufig auftretende Wutanfälle zu kontrollieren. Wenn Eltern aufgrund ihrer eigenen biografischen Erfahrung (z. B. eine frühe Traumatisierung als Kind) daran gehindert sind, ihrer Erziehungsaufgabe gerecht zu werden, ist es erforderlich, zunächst diese Erfahrungen mit psychotherapeutischen Mitteln zu bearbeiten und dadurch die Erziehungsfähigkeit von Eltern wieder herzustellen. Psychotherapie in der Erziehungsberatung zielt daher darauf, das Wohl des Kindes zu fördern und die Erziehungsfähigkeit der Eltern zu stärken.

### **Anwendung von psychotherapeutischen Interventionen außerhalb der Krankenbehandlung**

Nicht jede Verwendung einer psychotherapeutischen Intervention erfolgt mit dem Ziel der Krankenbehandlung. Vielmehr kann das Instrumentarium psychotherapeutischer Interventionen, das ausgebildet worden ist, um seelische Erkrankungen erfolgreich zu behandeln, auch zu anderen Zwecken eingesetzt werden. Ein prominentes Beispiel ist Supervision, die von Psychotherapeuten zur Begleitung ihrer Arbeit in Anspruch genommen wird. Auch sie bedient sich der Erkenntnisse des jeweiligen psychotherapeutischen Verfahrens. Aber Supervision stellt deshalb keine Krankenbehandlung des Supervisanden dar. Die psychotherapeutischen Interventionen dienen hier der Klärung von Verstrickungen des Therapeuten in die Beziehungsangebote seines Patienten. Auch die Lehranalyse, der sich ein Psychoanalytiker in seiner Ausbildung unterziehen muss, ist keine Krankenbehandlung. Auch hier werden die psychotherapeutischen Interventionen zu einem anderen Zweck eingesetzt. Wenn im Rahmen der Erziehungsberatung in der Jugendhilfe psychotherapeutische Interventionen eingesetzt werden, kann dies also nicht mit einer Krankenbehandlung des Kindes oder seiner Eltern gleichgesetzt werden. Erziehungsberatung orientiert ihre Praxis vielmehr – dem Auftrag der Jugendhilfe gemäß – am Wohl des Kindes und der Erziehungsfähigkeit seiner Eltern.

Nicht die spezifische Intervention entscheidet darüber, ob es sich um eine pädagogische Maßnahme oder um Krankenbehandlung handelt. Deshalb ist die Anwendung psychotherapeutischer Interventionen in der Kinder- und Jugendhilfe zulässig.

### **Berufsausübung außerhalb der Krankenbehandlung**

Für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten folgt daraus, dass nicht jede ihrer Tätigkeiten, bei denen sie ihre psychotherapeutische Kompetenz anwenden, der Krankenbehandlung dienen muss. Wenn PP oder KJP Aufgaben in der Jugendhilfe übernehmen, dann nehmen sie Aufgaben außerhalb der Krankenbehandlung in einem Bereich wahr, der eigene Erwartungen an sie heranträgt.

Mit einer Tätigkeit außerhalb der Krankenversorgung geben PP und KJP nicht ihren Beruf auf. Wenn ein PP oder KJP in der Erziehungsberatung tätig wird, wendet er die Kenntnisse und Kompetenzen an, die er im Rahmen seiner mit der Approbation abgeschlossenen Psychotherapieausbildung erworben hat. Erziehungsberatung ist daher für den Psychologischen Psychotherapeuten und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Ausübung seines Berufes. Dies hat die Rechtssprechung zur Kammermitgliedschaft von PP und KJP, die in der Erziehungsberatung tätig sind, bestätigt. Damit erstrecken sich die Regelungen der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammern auch auf dieses Feld der Berufsausübung. Dabei werden die in den unterschiedlichen Arbeitsbereichen bereits geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen, Organisations- und Qualitätsstrukturen von den Kammern berücksichtigt.

### **Stärkung der psychotherapeutischen Kompetenz in der Erziehungsberatung**

Die rechtlichen Vorschriften des Sozialgesetzbuches VIII ebenso wie die des Psychotherapeutengesetzes führten verständlicherweise zunächst dazu, dass die Eigenlogik eines jeden Feldes herausgearbeitet wurde. Für die Erziehungsberatung bedeutete dies, dass sie ihren Ort innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe klarer als zuvor konturierte. Erziehungsberatung ist eine Hilfe zur Erziehung nach dem Vierten Abschnitt des SGB VIII.

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erhielten durch das Psychotherapeutengesetz den Status als approbierter Heilberuf. Deshalb stand für sie die Konturierung ihrer Berufstätigkeit im Kontext der Krankenbehandlung zunächst im Vordergrund.

Beide Entwicklungen haben dazu beigetragen, dass Erziehungsberatung und Psychotherapie in einem tendenziellen Gegensatz gesehen werden konnten. Dies ist auch dadurch verstärkt worden, dass finanzielle Gesichtspunkte zu einer Einschränkung des Leistungsspektrums der Erziehungsberatung geführt haben: Mit der Zulassung von Psychotherapeuten zur Krankenversorgung hat sich die Perspektive eröffnet, früher übliche Leistungen in der Erziehungsberatung daraufhin zu prüfen, ob sie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden können. Zudem war der starke Anstieg der Inanspruchnahme von Erziehungsberatung durch Ratsuchende Anlass, zeitintensive langfristige Unterstützungen für Einzelne zugunsten der Beratungen vieler zu begrenzen.

Beides hat zwar zur Schärfung des fachlichen Profils der Erziehungsberatung beigetragen, aber dem Bedarf spezifischer Klientengruppen (an der Schnittstelle zwischen Leistungen nach den SGB V und VIII) wird dies nicht gerecht:

- In den letzten Jahren wird Erziehungsberatung zunehmend für Kinder und Jugendliche mit schweren Problemlagen aufgesucht.
- Kinder, die einer psychotherapeutischen Krankenbehandlung bedürfen, erhalten diese oft nicht, weil ihre Familien die äußeren Bedingungen einer Behandlung nicht einhalten können. Die Kinder bleiben auf flexiblere Arrangements der Erziehungsberatung angewiesen.
- Die Förderung der Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern stellt eine besondere fachliche Herausforderung dar.
- Für etliche Kinder sind längerfristige psychotherapeutische Unterstützungen in der Jugendhilfe indiziert. Dies würde späteren kostenintensiven Leistungen der Jugendhilfe vorbeugen.

- Nicht zuletzt der hohe psychotherapeutische Bedarf von Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen weist darauf hin, dass frühzeitig eingesetzte psychotherapeutische Kompetenz für die Lebensentwicklung dieser jungen Menschen förderlich gewesen wäre.
- Für diese Beispiele gilt, dass die notwendige Unterstützung in einer psychotherapeutisch handlungsfähigen Erziehungsberatung geleistet werden kann. Bundeskonferenz für Erziehungsberatung und Bundespsychotherapeutenkammer treten deshalb gemeinsam dafür ein, die

psychotherapeutische Kompetenz in der Erziehungsberatung zu stärken und auch in Zukunft sicherzustellen.

### Perspektive

Die Anwendung von psychotherapeutischen Interventionen durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Rahmen der Erziehungsberatung oder in anderen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe wirft spezielle Fragen auf, die mit dieser gemeinsamen Stellungnahme noch nicht umfassend beantwortet werden konnten.

Bundeskonferenz für Erziehungsberatung und Bundespsychotherapeutenkammer werden daher im Gespräch bleiben.

Berlin und Fürth im Juli 2008

### Geschäftsstelle

Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
Tel. 030 / 278785-18  
Fax. 030 / 278785-44  
info@bptk.de  
www.bptk.de

## Ergänzung der Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie vom 30.06.2008

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) verabschiedete auf seiner Sitzung am 30. Juni 2008 die folgende Ergänzung zur Stellungnahme des Beirats zur Psychodynamischen Psychotherapie vom 11. November 2004.

In seiner Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie vom 11. November 2004 hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie formuliert:

„Der WBP hat beschlossen, in seiner Stellungnahme „Psychodynamische Psychotherapie“ als Oberbegriff für die tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und die psychoanalytischen Therapien zu verwenden. Die folgende Stellungnahme bezieht sich also auf die „Psychodynamische Psychotherapie“ als ein Verfahren. Bei dieser Stellungnahme werden Langzeitbehandlungen (mehr als 100 Stunden) nicht berücksichtigt, da diese Behandlungsform besondere Forschungsfragen aufwirft, die in einer gesonderten Stellungnahme berücksichtigt werden sollen.“

Ferner heißt es in dem Abschnitt „Abschließende Hinweise“ der Stellungnahme:

„Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie stellt zusammenfassend fest, dass die Psychodynamische Psychotherapie bei Erwachsenen für Behandlungen in folgenden Anwendungsbereichen als wissenschaftlich anerkannt gelten kann: Affektive Störungen, Angststörungen, Belastungsstörungen, Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen, Essstörungen, Psychische und soziale Faktoren

bei somatischen Krankheiten, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch sowie Schizophrenie und wahnhaftige Störungen. Das gilt nicht für Langzeitbehandlungen ab 100 Stunden.“

Vor dem Hintergrund des am 22. November 2007 in Kraft getretenen Methodenpapiers ist die auf der Grundlage der Behandlungsdauer getroffene Einschränkung der wissenschaftlichen Anerkennung nicht mehr berechtigt.

Der Wissenschaftliche Beirat versteht seinen Prüfauftrag für psychotherapeutische Verfahren nicht dahingehend, dass die Wirksamkeit der einem Verfahren zuzuordnenden Methoden jeweils gesondert zu belegen ist. Dies gilt erst recht für Variationen der Behandlungsdauer.

Differenzierungen dieser Aspekte sind nicht Gegenstand einer allgemeinen Bewertung von Psychotherapieverfahren unter der Fragestellung der wissenschaftlichen Anerkennung eines Verfahrens, wie sie sich für den WBP aus dem Psychotherapeutengesetz als Auftrag ergibt.

Der Wissenschaftliche Beirat bewertet daher das Verfahren der Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen insgesamt als Psychotherapieverfahren, dessen wissenschaftliche Anerkennung in den folgenden Anwendungsbereichen festgestellt werden kann: Affektive Störungen, Angststörungen, Anpassungs- und Belastungsstörungen, Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen, Essstörungen,

psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch sowie Schizophrenie und wahnhaftige Störungen.

Damit wird das Kriterium, das vom Wissenschaftlichen Beirat für erforderlich gehalten wird, um ein Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten nach dem PsychThG zu empfehlen, deutlich erfüllt. Für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten wie auch für die ärztliche Weiterbildung gilt weiterhin die Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats, dass sich angesichts der Vielfalt der Methoden und Techniken der Psychodynamischen Psychotherapie die Aus- bzw. Weiterbildung in diesem Verfahren nicht auf einzelne Methoden oder Techniken beschränken darf.

Berlin, 30. Juni 2008

Prof. Dr. Dietmar Schulte (Vorsitzender)  
Prof. Dr. Gerd Rudolf (Stellvertretender Vorsitzender)

### Korrespondenzadressen:

Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
(Geschäftsführung des WBP der zweiten Amtsperiode)

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin



# Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein wichtiges Ereignis vor der Sommerpause war der Landespsychotherapeutentag zur Zukunft der Psychotherapie.

Sowohl die Vorträge als auch Podiumsdiskussion und Workshops wurden von den TeilnehmerInnen positiv gewürdigt. Die noch bessere Integration der Psychotherapie in die verschiedenen Bereiche der Gesundheitsversorgung sowie eine

umfassende Prävention wurden als Zukunftsaufgaben benannt. Von verschiedenen Seiten wurde vor einer Aufspaltung durch Konkurrenzdruck gewarnt.

Die Möglichkeit zum Beitritt zum Versorgungswerk ist in Kürze möglich, der hierzu erforderliche Staatsvertrag steht kurz vor der Ratifizierung. Zusammen mit dem Versorgungswerk werden wir alle Mitglie-

der über die Vor- und Nachteile eines Beitritts zum Versorgungswerk informieren.

*Mit den besten Grüßen*

*Ihr Kammervorstand*

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

## Landespsychotherapeutentag 2008 in Stuttgart

Auf eine alles in allem gute Resonanz war der Landespsychotherapeutentag 2008 zum Thema „10 Jahre Psychotherapeutengesetz – Perspektiven der psychotherapeutischen Versorgung“ am 5. Juli in Stuttgart gestoßen. Insgesamt waren über 300 Teilnehmer und Gäste zur wichtigsten und zentralen Kammerversammlung gekommen. Auf und mit einem fachlich sehr kompetenten Podium wurden Fragen der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen, insbesondere aber die Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung und der psychotherapeutischen Arbeitsbedingungen diskutiert.

Zuvor wies Kammerpräsident **Dr. Dietrich Munz** in seiner Begrüßungsansprache da-



LP-Tag 2008: Blick ins Plenum

rauf hin, dass durch das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) nach jahrelanger Diskussion und gegen viele Widerstände von verschiedenen Seiten die neuen Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erstmals als eigenständige Heilberufe anerkannt und den anderen Heilberufen gleichgestellt worden seien. Im Gesetz wurden dabei sowohl die Ausbildung als auch die sozialrechtliche Zulassung geregelt. Dr. Munz hob hervor, dass aber schon bald die ersten Schwachpunkte deutlich wurden, so z. B. die unterschiedlichen akademischen Voraussetzungen zur Zulassung zur Ausbildung von PP und KJP, die Umsetzung und v. a. angemessene Vergütung der praktischen Tätigkeit im so genannten psychiatrischen Jahr, die berufsrechtliche Einbeziehung weiterer psychotherapeutischer Verfahren und Methoden oder bei den Weiterbildungen. Auch sei deutlich geworden, dass an die große Gruppe der angestellten Psychotherapeuten, die etwa 50% der Kammermitglieder ausmacht, bei der Erarbeitung des Gesetzes wenig gedacht worden war. Über die Kammer sei es den dort aktiven Kolleginnen und Kollegen gelungen, sich zuneh-



Eröffnung durch Präsident Dr. Munz

mend besser Gehör zu verschaffen und zu verdeutlichen, wo sowohl gesetzlicher als auch tarifrechtlicher Regelungsbedarf bestehe. Im System der Rehabilitation sei zwischenzeitlich anerkannt, dass die PPs und KJPs den Fachärzten für Psychosomatik und Psychotherapie gleichgestellt sind. Auf Landesebene sei dies, wie Dr. Munz mit Blick auf die Politik mahnte, im Landeskrankenhausgesetz bisher nicht vollzogen worden. Ebenso warte auf Landesebene die Psychotherapie von Strafgefangenen durch approbierte Psychotherapeuten im Justizvollzug auf ihre rechtliche Verankerung. Zur Versorgungslage wies Dr. Munz darauf hin, dass psychische und psychosomatische Erkrankungen – zwischenzeitlich eine der häufigsten Ursachen für Arbeits-

unfähigkeit – noch immer unterschätzt würden. Die mittelbaren und unmittelbaren Kosten seien enorm, etwa 20% der Kosten im Gesundheitssystem entstünden durch psychische Erkrankungen, der ökonomische Schaden werde europaweit auf jährlich 300 Mrd. € geschätzt. Gleichzeitig kritisierte Dr. Munz, dass das Gesundheitssystem zunehmend mehr der Marktwirtschaft unterworfen werde und mit dem Ziel der Kostenreduktion „zwischen den Leistungserbringern, also auch zwischen uns Psychotherapeuten Konkurrenz entfacht werde“. Dr. Munz sieht weiterhin dringenden Bedarf zur Prävention, wobei sozial Benachteiligte einer besonderen psychosozialen Unterstützung bedürften.

Die baden-württembergische Ministerin für Arbeit und Soziales, Frau **Dr. Monika Stolz**, betonte in ihrem Grußwort die Notwendigkeit und Wichtigkeit einer guten psychotherapeutischen Versorgung. Die Politik müsse hierfür die Rahmenbedingungen schaffen, sie sei aber angewiesen



*Grußworte von der baden-württembergischen Arbeits- und Sozialministerin Dr. Monika Stolz*

auf den Einsatz und das Können der Fachleute. Die Ministerin hob hervor, dass das PsychThG die Gleichstellung mit den anderen Heilberufen gebracht, das Selbstverständnis eines Berufsstands befördert und die Integration verschiedener Schulen und Richtungen ermöglicht habe. Die Landespsychotherapeutenkammer habe diesen Prozess vorangetrieben und sei ein verlässlicher Ansprechpartner für die Politik; sie habe für ihre Mitglieder in der kurzen Spanne ihres Bestehens schon sehr viel erreicht. Hierfür dankte Frau Dr. Stolz den in der Kammerarbeit Engagierten ausdrücklich. Frau Dr. Stolz wies darauf hin, dass die Perspektiven psychotherapeutischer Versorgung auch von der Gesundheitsre-

form abhängen. Sie wisse, dass diese auch in der Psychotherapeutenchaft heftig diskutiert und kritisiert werde. Da die Reform beschlossen sei, rücke jetzt die Mitgestaltung der Umsetzungsschritte in den Vordergrund. Die Landesregierung werde dabei v. a. auf zwei Punkte drängen: erstens dürfe Baden-Württemberg mit nicht mehr als 100 Mio. € zusätzlich belastet werden und zweitens müssten bei der Vergütung für Ärzte und Psychotherapeuten auch in Baden-Württemberg noch Zuwächse möglich sein. Dr. Stolz informierte auch darüber, dass das Land beim derzeitigen Gesetzgebungsverfahren sich dafür einsetze, dass die Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von den bislang im Gesetzesentwurf vorgesehenen 10 auf 20 Prozent erhöht werde, was zu einer Verbesserung der Versorgung führen würde. Diese müsse aber ergänzt werden durch präventiv wirkende Maßnahmen.

Im ersten Hauptreferat zeichnete **Dieter Best** die Entstehungsgeschichte des Psychotherapeutengesetzes nach und thematisierte seine wichtigsten Errungenschaften und die wesentlichen Mängel. Er erinnerte daran, dass das PsychThG den unwürdigen und rechtsunsicheren Zustand des Delegations- und des Erstattungsverfahrens beendet und für Psychotherapeuten und Patienten eine größere Sicherheit und Planbarkeit erbracht habe. Die einheitlichere Versorgung in ganz Deutschland habe zu einer gesamtgesellschaftlich höheren Akzeptanz von psychischen Erkrankungen und Psychotherapie geführt. Das heute höhere Qualitätsniveau der Psychotherapie sei durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und die Berufsordnung gesichert. Trotz PsychThG weiter bestehende Mängel sieht Best u.a. darin, dass angestellte PTs, obwohl psychotherapeutisch oft besser ausgebildet als ihre Vorgesetzten, immer noch und fast ausschließlich in untergeordneten Positionen tätig seien. Im System der KVen und der KBV habe es die gesamte Psychotherapie noch immer sehr schwer, sich neben der somatischen Medizin zu behaupten. So hätten z. B. die Ansprüche auf ein Mindesthonorar in vielen Prozessen eingeklagt werden müssen, die Vergütung probatorischer Sitzungen sei noch immer unbefriedigend, eine gründliche Diagnostik und Indikationsstel-

lung deshalb wirtschaftlich nicht möglich. Weiterer Mangel sei die nachweisbare Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Zur Verbesserung der Situation benannte Best einige Hausaufgaben für die Psychotherapeuten, „die wir ... selbst zu erledigen (haben), wenn Psychotherapie zukünftig eine wichtigere Rolle im Gesundheitswesen spielen soll“. Hierzu gehöre das Bekenntnis zum kollektivvertraglichen System, das nicht nur den Standard der psychotherapeutischen Versorgung sichere, sondern auch die wirtschaftliche Grundlage der niedergelassenen PTs. Dort wo das kollektivvertragliche System seine Grenzen habe, böten neue Vertragsformen grundsätzlich die Möglichkeit, die Versorgung psychisch kranker Patienten zu verbessern. Darüber hinaus müsste die Versorgungsforschung stärker mitgestaltet werden.

Im folgenden Hauptvortrag beschrieb **Jürgen Hardt** unter dem Titel „Sinn und Ökonomie der Psychotherapie“ die Schwierigkeiten, denen eine Psychotherapie bei fortschreitender Ökonomisierung ausgesetzt ist. Er erinnerte daran, dass mit dem



*1. Hauptvortrag von Dieter Best*

PsychThG zwei neue, freie Heilberufe entstanden sind und diese als selbständige Leistungserbringer den Regeln des Gesundheitsversorgungssystems unterworfen wurden. Die fachliche Begründung für die Selbstverwaltung eines freien Berufes liegt, wie Hardt betonte, im entscheidenden Kennzeichen freiberuflicher Tätigkeit, der inneren moralischen Haltung, dem professionellen Ethos, was die Tätigkeit leiten sollte. Das könne nur gelingen, wenn ihr Entscheidungs- und Handlungsspielraum zugestanden und sie von fachfremder Kontrolle geschützt werde. Während die Lebenswelt Sinnfragen nachgehe, werde das System von Verwaltung und Wirtschaft durch zweckrationale Berechnungen vor-



## 2. Hauptvortrag von Jürgen Hardt

angetrieben. Dabei entstehe ein schwerwiegendes Problem: diene ursprünglich Wirtschaft und Verwaltung der Sicherung des Lebens (der Lebenswelt), so kehre sich allmählich das Dienstverhältnis um. Weil das System dominant sei, verkümmere die Lebenswelt, sie werde schließlich entmündigt, kolonialisiert und für die Zwecke des Systems ausgebeutet. Hardt mahnte, dass Therapeuten Bewohner und Hüter der Lebenswelt seien, Sachkundige und Begleiter des Lebens. Weil lebensweltliche Sinnfragen – was an Krankheit zum Leben gehöre oder ob es in Zeiten unbeschränkter Machbarkeit ein natürliches Ende des Lebens gebe – schwer zu beantworten seien, würden die moralischen Probleme der Behandlungswirklichkeit zu wirtschaftlichen und administrativen Kalkulationen umetikettiert. Die Behandlungskultur sei zur Gesundheitswirtschaft und zum Gesundheitsmarkt umfunktioniert worden, in dem sich alles um die Ware Gesundheit drehe. Dies sei die Geburtsstunde der Gesundheitsökonomie gewesen. Wesentlich sei, dass in den beiden Auffassungen zweierlei – kaum vereinbare – Logik zum Ausdruck komme. Die Kultur der Behandlung, so Hardt weiter, gehe von einem Menschen in Beziehung aus. Die Gesundheitsökonomie hingegen rechne mit dem homo oeconomicus, dem die Überlegung zugrunde liege, dass jeder vernünftige Versicherte seinen Beitrag logischerweise bis zum Äußersten ausschöpfe. Soziale Bindung und soziales Gewissen kämen bei ihm nicht vor. Hardt betont, dass es ihm keineswegs darum gehe, die Gegensätze zwischen Therapeutik und Verwaltung sowie Bewirtschaftung zu verschärfen. Er möchte im Gegenteil die offensichtlichen Widersprüche verstehen, aber nicht unbeteiligt, sondern um die Therapeutik aus dem Griff des Systems zu befreien und zugleich auch die Gesundheitsökonomie

von Sinnfragen zu entlasten, die ihr zugeschoben worden seien und die sie nicht beantworten könne.

In der folgenden **Podiumsdiskussion** zog **Andreas Vogt**, Leiter der Techniker Krankenkasse BW, eine positive Bilanz zum PsychThG. Die Psychotherapie sei zu einem festen Baustein der gesundheitlichen Breitenversorgung geworden. Psychische Erkrankungen stünden für die GKV im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, da sie einen wachsenden, hochrelevanten Ausgabenbereich darstellten. Gesucht würden dabei Versorgungswege, die messbare Effizienzgewinne gewährleisteten. Ebenfalls ein positives Fazit zog **Birgitt Bender**, MdB für die Grünen und Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bundestages. Aktuelle Zahlen u. a. aus Versichertenstudien (TK, GEK) zeigten die Notwendigkeit einer guten psychotherapeutischen Versorgung. Sie plädierte für eine Versorgungsstudie, die über den Tellerrand einer Krankenkasse hinausschaut. Auf der gesundheitspolitischen Agenda stehe aktuell die Frage der Quoten für ärztliche PT sowie KJP und in der nächsten Wahlperiode die Weiterentwicklung der Psychotherapieausbildung. In diesem Zug sollte auch das Problem der fehlenden Vergütung der PiAs während des einjährigen Praktikums gelöst werden. **Prof. Dr. Harald Rau** (Zieglersche Anstalten), der die Position der stationären Psychotherapeuten vertrat, forderte eine mehr somatisch-medizinische Ausrichtung in Studium und psychotherapeutischer Ausbildung, die Berechtigung von PPs zur Verordnung von Psychopharmaka nach dafür notwendiger absolvierter Zusatzqualifikation und die Schaffung der formalen Voraussetzungen für die Übernahme von Leitungsfunktionen und Nacht- und Wochenenddiensten in Akut- und Rehabilitationskliniken. **Jürgen Doebert**, der für die niedergelassenen Psychotherapeuten auf dem Podium saß, sieht v. a. drei Herausforderungen für die Zukunft: 1. die Arbeit an dem Konflikt zwischen dem Anspruch der Patienten auf eine angemessen lange und damit ruhige Behandlung einerseits und langen Wartezeiten für einen Therapieplatz andererseits 2. die Vermeidung einer unreflektierten Anpassung an den sich u. a. durch immer kürzer werdende „Interventionen“ ausdrückenden Zeitgeist und 3. die Verbesserung der Zusammenarbeit der Psycho-

therapeutenverbände (auch der ärztlichen). **Thomas Merz** hob für die Beratungsstellen hervor, dass sie v. a. im Jugendhilfebereich, in der ambulanten Suchtkrankenhilfe und in der psychiatrischen Nachsorge ein flächendeckendes Beratungsangebot zur Verfügung stellten und damit einen unverzichtbaren Beitrag zur psychosozialen Versorgung leisteten. Es seien aber Tendenzen erkennbar, diese Angebote aus Finanzierungsgesichtspunkten auszulagern. Darüber hinaus stellt er für den Klinik-/Rehabereich in Frage, inwieweit die von ökonomischen Grundlagen von Gesundheitskonzernen bestimmten Behandlungskonzepte für psychisch Kranke sich mit den Leitvorstellungen unserer Heilberufe vereinbaren könnten. Nach **Rudi Bittner**, PP im Vorstand der KV Bayern, sei Psychotherapie sowohl für die Behandlung psychischer Erkrankungen als auch psychischer Faktoren bei körperlichen Krankheiten im System der GKV unverzichtbar. Dabei warnte er vor einer Aufgabe der kollektivvertraglichen Regelungen zugunsten von selektiven Verträgen. Letztere seien vorrangig an wirtschaftlichen Interessen ausgerichtet und gingen an den Bedürfnissen der Patienten vorbei. Insgesamt hält er folgende Punkte künftig für unverzichtbar: den Erstzugang zum Psychotherapeuten, die Gleichstellung somatisch und psychisch Kranker, eine deutliche Erhöhung der Finanzmittel für Psychotherapie sowie die ausreichende Vergütung der PiAs im Praktischen Jahr.



Podium v.l.n.r.: T. Hoffmann, T. Merz, J. Doebert, H. Rau, R. Bittner, B. Bender und A. Vogt

Die Ergebnisse der Workshops werden hier aus Platzgründen nicht dargestellt, eine ausführlichere Zusammenfassung des LP-Tages findet sich im LPK-Newsletter (Nr. 3/2008), der Anfang August erschienen ist sowie auf der Kammerhomepage, auf der sämtliche Vorträge zum Download zur Verfügung stehen.

## Umfrage zur Beitragsordnung: Kammermitglieder bevorzugen abgestuften Einheitsbeitrag

Die LPK stellte in einer Mitgliederumfrage zwei Beitragsmodelle zur Diskussion. Modell A mit einem in drei Stufen gestaffelten Beitrag, Modell B mit einer linearen Abhängigkeit des Beitrags von den Einkünften.

Von den etwa 4000 Kammermitgliedern antworteten 1422 (ca. 35%). Hiervon sprachen sich 882 (62%) für Modell A aus, 540 (38%) für Modell B. In Anbetracht dieser deutlichen Präferenzierung des

Modells A wird der Vorstand sich für dieses Modell einsetzen. Die Abstimmung über die neue Beitragsordnung wird auf der Kammerversammlung (VV) am 18.10.08 erfolgen.

## Beitritt zum Psychotherapeutenversorgungswerk noch in diesem Jahr

Nach dem Beschluss der Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer zum Beitritt zum Psychotherapeutenversorgungswerk Nordrhein-Westfalen (PTV-NRW) musste ein länderübergreifender Staatsvertrag ausgearbeitet werden. Nach den parlamentarischen Prüfungen in beiden Ländern und Verabschiedung durch den Landtag tritt der Staatsvertrag noch in diesem Jahr nach Ratifizierung in Kraft. Die derzeitigen Kammermitglieder können entscheiden, ob ihre

Alters-, Hinterbliebenen- und Berufsunfähigkeitsversorgung auf andere Art ausreichend gut abgesichert ist und sie somit eine Beitragsbefreiung beantragen wollen. Künftige Mitglieder sind im Versorgungswerk pflichtversichert, wobei rentenversicherungspflichtige KollegInnen vom Beitrag befreit sind, eine Zusatzversorgung ist über einen reduzierten Beitrag beim PTV möglich. Um unsere Kammermitglieder bei der Entscheidung zu unterstützen, ob sie sich vom Bei-

trag zum PTV befreien lassen wollen oder ob sie ihre Altersvorsorge über das PTV absichern oder ergänzen wollen, werden kostenfreie Informationsveranstaltungen zum Versorgungswerk durchgeführt, zu denen alle Kammermitglieder herzlich eingeladen sind. Bei Bedarf werden Kammermitglieder auch ausführlich individuell beraten. Die Termine für die Info-Veranstaltungen finden Sie auf den Einladungen oder auf der Kammerhomepage ([www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de)).

## Psychotherapeuten in Ausbildung (PiAs) als freiwillige Mitglieder der LPK BW

Nach einer Novellierung des Heilberufekammergesetzes hat im März 2007 die Vertreterversammlung der LPK-BW beschlossen, dass Psychotherapeuten in Ausbildung (PiAs), die sich im zweiten Teil der Ausbildung befinden, Mitglieder der LPK-BW werden können. Sie haben den Status der freiwilligen Mitglieder und sind beitragsfrei gestellt. Mittlerweile wurde auch die Wahlordnung insofern geän-

dert, dass PiAs bei der nächsten Wahl zur Vertreterversammlung im Herbst 2009 auf einer eigenen Liste zwei VertreterInnen für die Vertreterversammlung der LPK-BW wählen können. Bisher sind insgesamt 93 PiAs freiwillige Mitglieder geworden. Aus deren Mitte wurden im Februar 2008 zwei vorläufige VertreterInnen für die Bundeskonferenz der PiAs gewählt, Frau Nicola Feig und Herr Thomas Feldmann. Bei ei-

nem weiteren Treffen des Vorstands der LPK-BW mit den PiAs wurden eingehend die bestehenden Probleme bei der Ausbildung, z. B. die finanziellen Engpässe, die im praktischen Jahr entstehen, besprochen und Lösungsmöglichkeiten diskutiert. Auch über eine mögliche Neuordnung der Ausbildung nach Veröffentlichung des Forschungsgutachtens wurde informiert und diskutiert.

## Fortbildungszertifikat zum Wunschtermin – Sicherheit bereits jetzt

Die LPK appelliert nochmals an alle VertragspsychotherapeutInnen, von der Möglichkeit Gebrauch zu machen, bereits jetzt das Fort-

bildungszertifikat zu beantragen. Nur bei möglichst frühzeitiger Antragstellung kann eine rechtzeitige Prüfung der Unterlagen

und Zertifikatserteilung von der Kammer zugesichert werden. Näheres auf der Homepage der Kammer [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de).

## Fortbildungstermine

Psychotherapeutische Notfallversorgung – Frühinterventionen und psychotherapeutische Versorgung bei Großschadenslagen; Samstag, 08.11.2008 in Heidelberg. Referenten: Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, Freiburg und Dr. Georg Pieper, Frieberthausen; Teilnahmegebühr: kostenfrei.

Stellung von PP/KJP in Institutionen – aus tatsächlicher und rechtlicher Sicht; Samstag, 29.11.2008 in Stuttgart. Referenten: Dr. Dietrich Munz und RAin Dagmar Löffler, Stuttgart, Dr. Roland Straub, Ravensburg. Teilnahmegebühr: 120 € (100 € für PiAs).

### 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](mailto:info@lpk-bw.de); [www.lpk-bw.de](http://www.lpk-bw.de)



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

## Tag der Heilberufe am 23. Juli 2008 in München

Am 23. Juli 2008 fand in München der erste „Tag der Heilberufe. Gemeinsam für Gesundheit in Bayern“ statt. Unter dem Motto „Landtagswahl 2008 – Heilberufekammern fragen Politiker“ konfrontierten die Präsidenten der fünf Heilberufekammern in Bayern die Repräsentanten der politischen Parteien mit drängenden Fragen zur Entwicklung des Gesundheitssystems und zu den beruflichen Perspektiven der Heilberufe.

### Pressegespräch

Eingeleitet wurde der Aktionstag durch ein Pressegespräch. Hier machten die Vertreter der Kammern insbesondere ihre Sorge deutlich, dass durch die zunehmende Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung zusammen mit der Zentralisierung und Verstaatlichung wesentlicher Kontrollelemente des Gesundheitswesens eine Wahrung des Ethos und der Qualität der freien Heilberufe durch den Einzelnen und die Selbstverwaltungsgremien erheblich erschwert wird.

Die PTK Bayern hat sich den Forderungen und der Kritik der anderen Heilberufekammern an den derzeitigen gesundheitspolitischen Entwicklungen angeschlossen und erneut deutlich gemacht, dass die psychotherapeutische Versorgung der Patienten in Bayern gerade vor dem Hintergrund einer stetigen Zunahme von psychischen Erkrankungen nicht ausreichend ist. „Die Patienten finden viel zu oft nicht den Weg zu fachgerechten psychotherapeutischen Angeboten“, erklärte Nikolaus Melcop, Präsident der Kammer. „Dies betrifft insbesondere Kinder und Jugendliche, aber auch andere Gruppen wie z. B. ältere Menschen.“

Dr. Melcop erläuterte in diesem Zusammenhang die Gefahren der aktuellen Gesundheitsreform für die psychotherapeutische Versorgung in Bayern, namentlich die Reduzierung der Einnahmen und Einflussmöglichkeiten auf bayerischer Ebene sowie die in ihren Ergebnissen nicht absehbaren Veränderungen der Struktur der Versorgungs- und Vertragsformen, bei denen Psychotherapie derzeit in der Regel entweder keinen oder



Die Präsidenten der Heilberufekammern (v.l.n.r.): Theodor Mantel, Ulrich Krötsch, Nikolaus Melcop, Michael Schwarz, H. Hellmut Koch



Dr. Nikolaus Melcop

nur einen marginalen Anteil hat. Als weitere wichtige Fragen für unsere Berufsgruppe wurden die sehr niedrige Vergütung von Psychotherapeut/inn/en und die hohen Kosten der umfangreichen Psychotherapieausbildung angesprochen.

Schließlich wiederholte Dr. Melcop die Besorgnis, dass durch die Umstellung der Studiengänge auf das Bachelor-/ Mastersystem zukünftig viel zu wenig Masterstudienplätze in Psychologie mit Schwerpunkt in Klinischer Psychologie zur Verfügung stehen, was mittelfristig zu einem erheblichen Nachwuchsmangel führen werde.

### Podiumsdiskussion

In der zentralen Veranstaltung des Tags der Heilberufe, der Podiumsdiskussion der Kammerpräsidenten mit den anwesenden Politikern konnte neben einer umfangreichen Diskussion über die Gesundheitsversorgung in Bayern und die Forderungen

der anderen Heilberufekammern insbesondere für unsere Berufsgruppe erreicht werden, dass die anwesenden Politiker überwiegend ein klares Votum für den Ausbau einer flächendeckenden psychotherapeutischen Versorgung formulierten.

Frau Staatsministerin Christa Stewens (CSU) verwies auf aktuelle Ergebnisse der Expertenkommission zur Situation der ambulanten Versorgung im Sozialministerium und sprach sich ausdrücklich für die Bereitstellung ausreichender Masterstudienplätze in klinischer Psychologie aus. Frau Stewens erklärte zudem, dass auch das Thema der Vergütung für die praktische Ausbildung der Psychotherapeut/inn/en auf der politischen Tagesordnung stehe.

Herr Martin Zeil, Generalsekretär der FDP in Bayern, erklärte seine Unterstützung für die Forderungen der Kammer nach einer ausreichenden Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und sprach sich für den Einbezug der Kammer in die Krankenhausplanung in Bayern aus.

Der Vertreter der SPD, Herr Friedhelm Esch, sprach sich für eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und für eine Sicherung der Studienplatzkapazitäten für Klinische Psychologie aus.

Die PTK Bayern wird sich dafür einsetzen, positive Ansätze aus der Diskussion mit den Politikern für die psychotherapeutische Versorgung in Bayern weiter voranzubringen und dabei auch die Umsetzung in konkrete Maßnahmen einfordern.

Weitere Informationen zu dieser wichtigen berufspolitischen Veranstaltung finden Sie auf unserer Homepage und auf der offiziellen Homepage des Heilberufetags unter [www.tagderheilberufe.de](http://www.tagderheilberufe.de).

## Gemeinsame Sitzung der Hochschulvertreter mit Wissenschaftsministerium und PTK Bayern

Am 12. Juni 2008 trafen sich Vertreter/innen der bayerischen Hochschulen zum zweiten Mal in der Geschäftsstelle, um mit dem Bayerischen Staatsministerium für

Wissenschaft, Forschung und Kunst, Vertretern der PTK Bayern und der Ausbildungsinstitute über die Auswirkungen, Chancen und Risiken des Bologna-Prozesses für die Psychotherapieausbildung zu diskutieren und ihren neuen Vertreter für die Delegiertenversammlung zu wählen.

Anwesend waren Fachhochschul- und Universitätsprofessor/inn/en der für die Psychotherapieausbildung relevanten Studiengänge aus ganz Bayern. Das Bayerische Staatsministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst wurde durch Herrn Ministerialrat Hörlein vertreten, der die Abteilung Hochschulrecht und studentische Angelegenheiten leitet. Für die PTK Bayern nahmen Dr. Heiner Vogel, Dr. Nikolaus Melcop, Peter Lehndorfer und Dr. Bruno Waldvogel teil, die Ausbildungsinstitute waren durch ihre gewählte Sprecherin Susanne Färber (MAP München) vertreten.

Die Anwesenden hatten Gelegenheit, sich über die teils sehr unterschiedlichen Interessen und Erwartungen auszutauschen.

Die PTK Bayern nutzte die Gelegenheit, um die Nachwuchssorgen im Bereich der Psychologischen Psychotherapeut/inn/en vorzubringen und mit den Teilnehmer/innen zu diskutieren.

Die Vertreterin der Ausbildungsinstitute plädierte für eine bessere Abstimmung der Studieninhalte an eine spätere Psychotherapieausbildung. Auch eine stärkere Vereinheitlichung der Anforderungen an die Studierenden in den für die psychotherapeutische Ausbildung relevanten Studiengängen wäre von Vorteil, da Ausbildungsteilnehmer zu Beginn ihrer Ausbildung, je nach Hochschule, an der sie studiert haben, teils enorme Unterschiede in ihrem Wissensstand aufwiesen.

Die Hochschulvertreter berichteten über den aktuellen Stand der Umsetzung der Bologna-Reform an ihren Fakultäten. Den unterschiedlichen Erwartungen von Ausbildungsinstituten, Studierenden und Arbeitsmarkt an die Studieninhalte unter den vorgegebenen Hochschulstrukturen gleichermaßen gerecht zu werden, sei eine große Herausforderung und nach Ansicht einiger Hochschulvertreter nicht einfach zu lösen.

Angesprochen wurden auch die ungleichen Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildungen zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und zum Psychologischen Psychotherapeuten.

Herr Lehndorfer referierte über das vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebene Forschungsgutachten zur Psychotherapieausbildung, dessen Aufgabe es unter anderem sein wird, Lösungsmöglichkeiten bei den Zugangsvoraussetzungen aufzuzeigen.

Am Ende der Veranstaltung wurde die satzungsgemäße Vertreterin der Hochschulen für die Delegiertenversammlung gewählt.



Prof. Dr. Angelika Weber

Neue Vertreterin wurde Prof. Dr. Angelika Weber, die an der Fakultät Soziale Arbeit der Fachhochschule Würzburg-Schweinfurt lehrt. Als ihr Stellvertreter wurde der bisherige Hochschulvertreter Prof. Dr. mult. Georg Hörmann vom Lehrstuhl für Allgemeine Pädagogik der Universität Bamberg gewählt.

## Delegation der Kammer im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, Abteilung Krankenhausversorgung

Am 9. Juli wurde eine Delegation der PTK Bayern (Nikolaus Melcop, Heiner Vogel, Klaus Stöhr) von Herrn Ministerialdirigent Dr. Gerhard Knorr, Leiter der Abteilung Krankenhausversorgung, sowie dem Referatsleiter Herrn Jörg Hagggenmüller empfangen.

Dr. Melcop stellte zunächst die Aufgaben und die Arbeit der Kammer dar und wies

darauf hin, dass etwa die Hälfte der approbierten Psychotherapeut/inn/en im Angestelltenverhältnis stehen und insbesondere in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken schon seit Jahrzehnten eine tragende Rolle spielen. Dr. Stöhr betonte hierbei, dass in vielen Kliniken die Psychologen bzw. Psychotherapeuten in der Vergangenheit wesentlich zur Entwicklung von Diagnostik und Therapie beigetragen haben und dass vielerorts diese Berufsgruppe für die Kontinuität und Qualität psychotherapeutischer Konzepte steht.

Dr. Vogel erläuterte die Gründe für den Anstieg der Inanspruchnahme stationärer Angebote im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik. Hieraus ergab sich eine angeregte Diskussion über Bettenplanung im Bereich Psychosomatik und Psychotherapie, DRG, gemeindenaher Versorgung, stationäre Behandlungsdauer und Weiterentwicklung der Versorgungsangebote.

Abschließend gab Dr. Knorr bekannt, dass das Ministerium die PTK in spezifischen Fragen enger in die Beratungen einbinden möchte, insbesondere soll die fachliche Kompetenz der Kammer in den Bereichen Epidemiologie, Diagnostik und Behandlungskonzepte genutzt werden.

## Sozialministerin Stewens unterstützt Forderungen der PTK Bayern

Am 28. Mai 2008 traf sich das Präsidium der PTK Bayern (Dr. Nikolaus Melcop, Peter Lehndorfer und Dr. Bruno Waldvogel)

## Kurznachrichten

### Termin bei Ministerpräsident Beckstein

Das Präsidium der PTK Bayern, Nikolaus Melcop, Peter Lehndorfer und Bruno Waldvogel, war am 23. Juli in der Staatskanzlei bei Ministerpräsident Beckstein und Staatsministerin Stewens zusammen mit den Vorständen bzw. Präsidien der Kassenärztlichen Vereinigung Bay-

ern mit der stellvertretenden Ministerpräsidentin und Sozialministerin in Bayern, Christa Stewens, im Bayerischen Landtag, um Fragen der aktuellen und zukünftigen Gesundheitspolitik zu besprechen. Die Ministerin sicherte bei dem Treffen ihre Unterstützung für verschiedene Anliegen der bayerischen Psychotherapeut/inn/en zu.

So betonte Ministerin Stewens die Bedeutung einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Versorgung auf dem Gebiet der Psychotherapie. Mögliche Entwicklungen in Folge der veränderten Voraussetzungen durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz, die z. B. über Selektivverträge zu Einschränkungen der psychotherapeutischen Versorgungsqualität insgesamt führen könnten, lehnt sie klar ab.

Sie bestätigte in dem Gespräch auch die Bedeutung des besonderen Verhältnisses zu den Patientinnen und Patienten insbesondere im Bereich der Psychotherapie und unterstützt deshalb unseren Einsatz zum Erhalt des Erstzugangsrechtes zu/r/m Psychologischen Psychotherapeut/in/en bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in/en in der ambulanten Versorgung. Die freie Wahl des Psychotherapeuten müsse nach Ihrer Einschätzung unbedingt weiterhin erhalten bleiben.

Ministerin Stewens wurde die „Repräsentative Erhebung der psychotherapeutischen Angebote für Kinder und Jugendliche in Bayern“ übergeben, die die PTK Bayern Anfang 2008 veröffentlichte. In diesem Zusammenhang wurde auf den Kabinettsentwurf der Bundesregierung

erns, Landesärztekammer, Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände sowie Berufsverbänden von Internisten und Kinderärzten. Anlass des Gespräches war die Kritik dieser Vertreter am aktuell von der bay. Staatsregierung und der Bundesregierung zur Abstimmung im Bundestag eingebrachten Gesetzentwurf zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung, der u. a. eine Monopolstellung des Bay.

für eine Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hingewiesen. Ministerin Stewens machte deutlich, dass eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Bayern notwendig sei. Das Anliegen, die Mindestquote anzuheben wird daher von Ministerin Stewens unterstützt.

In Bezug auf die Vergütung niedergelassener Psychotherapeut/inn/en und die anstehende Neuordnung des Honorarsystems in der ambulanten Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sicherte die Ministerin zu, die Frage der Sicherung einer angemessenen Vergütung für psychotherapeutische Leistungen gegenüber den zuständigen Vertretern der Gremien auf Bundesebene offensiv anzusprechen.

Weiterhin wurden Fragen der Integration psychotherapeutischer Angebote im stationären Bereich und in Beratungsstellen angesprochen. Hierzu machten die Vertreter der PTK Bayern folgende Punkte deutlich: die Notwendigkeit einer angemessenen Bezahlung von Psychotherapeut/inn/en in Ausbildung, die Sicherung der bestehenden Planstellen für angestellte Psychotherapeut/inn/en mit angemessener Bezahlung und die Notwendigkeit des Einbezugs der PTK Bayern in die Krankenhausplanung. Es wurde auch der drohende Nachwuchsmangel aufgrund der fehlenden Studienplatzkapazitäten Klinische Psychologie im Masterstudium angesprochen. Die Ministerin sicherte auch in diesen Punkten erneut zu, sich hier im Sinne der Psychotherapeut/inn/en einzusetzen.

Hausärzterverbandes zur Folge hätte. Die Kritik am Gesetzentwurf wurde dem Ministerpräsidenten erneut in deutlicher Form vorgetragen. Nikolaus Melcop wies in dem Gespräch auch auf die besonderen Gegebenheiten der psychotherapeutischen Versorgung in diesem Zusammenhang hin. Ein weiteres Gespräch mit dem Ministerpräsidenten ist für den 10. September geplant.

## **PTK Bayern im Gespräch mit dem Patientenfürsprecher im Bayerischen Landesgesundheitsrat**

Am 11. Juni trafen sich Nikolaus Melcop und Peter Lehndorfer vom Präsidium der PTK Bayern mit dem Patientenfürsprecher im Bayerischen Landesgesundheitsrat, Werner Dresel. Dieser ist ferner Patientenfürsprecher des Klinikums München-Ost der Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH, vormals Bezirksklinikum München-Haar. Zuvor war er langjährig im Pflegebereich sowie zuletzt als Pflegedirektor in der selben Klinik tätig und kennt daher die Gepflogenheiten im Klinikum wie kein anderer.

Herr Dresel betonte, dass Psychotherapie innerhalb stationärer psychiatrischer Behandlungskonzepte erfolgreich eingesetzt werde und nicht mehr aus dem Klinikalltag wegzudenken sei. Auch im ambulanten Bereich hält er ein ausreichendes Angebot an psychotherapeutischer Behandlung für unverzichtbar.

Es wurden Fragen der Integration psychotherapeutischer Angebote im stationären Bereich erörtert. Herr Dresel zeigte sich sehr interessiert an der Thematik und sagte zu, unseren Berufsstand im Rahmen seiner Möglichkeiten zu unterstützen.

## **Bayerischer Landtag verabschiedet Staatsvertrag zum Versorgungswerk**

Der Bayerische Landtag hat am 15.7.2008 den Staatsvertrag zwischen Bayern und dem Saarland über die Zugehörigkeit der Mitglieder der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes zum Versorgungswerk Ingenieurkammer-Bau mit Psychotherapeutenversorgung verabschiedet. Die Lesung im saarländischen Landtag wird im September erwartet.

## **Das psychoonkologische Netz für Kinder krebskranker Eltern wird erweitert**

Am Samstag, 5. Juli 2008, kamen im Klinikum Großhadern in München ca. 100

Psychotherapeuten und Ärzte zusammen, um im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung das Thema optimale Beratung und psychotherapeutische Betreuung für Familien mit an Krebs erkrankten Eltern zu vertiefen.

Nach der Begrüßung durch Peter Lehndorfer, Vizepräsident der PTK Bayern, referierten PD Dr. Georg Romer, Dipl.-Psych. und Psychologische Psychotherapeutin Verena Hümmeler, M.A. und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Werner Nowotny sowie Dr. Pia Heußner, die als Oberärztin die Psycho-Onkologie des Klinikums Großhadern leitet.

Ziel dieser gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung des Klinikums Großhadern, der Patientenorganisation Lebensmut e.V. und der PTK Bayern war es, die Kooperation zwischen dem Klinikum Großhadern und niedergelassenen Psychotherapeut/inn/en für Kinder- und Jugendliche zu stärken, damit auch längerfristige psychotherapeutische Angebote vorgehalten werden können. Viele anwesende Psychotherapeuten/inn/en erklärten ihre Bereitschaft, in diesem Netz für eine bessere Vorsorge und Versorgung dieser Kinder beizutragen. Ein wichtiger Schritt hin zu einer wohnortnahen und bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung in Südbayern.

## **Fortbildungsveranstaltung Psychotherapeut/inn/en in Behandlung und Prävention von Süchten**

Am Samstag, 12. Juli 2008, fand in der Ludwig-Maximilians-Universität München unter der Moderation von Vorstandsmitglied Benedikt Waldherr eine Fortbildungsveranstaltung der PTK Bayern zum Thema Psychotherapeut/inn/en in Behandlung und Prävention von Süchten statt.

Psychotherapie ist ein wesentlicher Bestandteil der Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen. Auch in der Raucherentwöhnung zeigt Psychotherapie sehr gute Erfolge. Ziel der Veranstaltung war es, die Bereitschaft zur Behandlung von suchterkrankten Jugendlichen und Er-

wachsenen zu stärken, über Präventionsansätze zu informieren und mit neuen Behandlungsmethoden vertraut zu machen.

Es referierten Dipl.-Psych. Lydia Bühl, Dipl.-Soz. Päd. Rupert Duerdoth, Dr. Eva Hoch, Dr. Heinrich Kufner, Dipl.-Soz. Päd. Frederik Kronthaler und Dipl.-Psych. Claudia Ostermaier.

## **Bevorstehende Veranstaltungen**

**3. Bayerischer Landespsychotherapeutentag** am 11.10.2008 in München, Technische Universität, Arcisstraße 21

**Fortbildungsveranstaltung zur Erhellung von Legasthenie-Gutachten** durch KJP und PP für Schule und Jugendhilfe am 25.10.2008 in München, Kleine Aula im Hauptgebäude der Ludwig-Maximilians-Universität, Geschwister-Scholl-Platz 1.

*Veranstaltung ist bereits ausgebucht!  
Eine Folgeveranstaltung ist in Planung.*

**Fortbildungsveranstaltung „Zahn und Psyche“** am 7.2.2009 in München bei der Europäischen Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung der BLZK GmbH, Fallstraße 34, in Kooperation mit der Bayerischen Landes Zahnärztekammer.

Zu allen Veranstaltungen finden Sie aktuelle Informationen, Programme und Anmeldeformulare auf unserer Homepage: [www.ptk-bayern.de](http://www.ptk-bayern.de)

## **Vorstand der Kammer:**

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

## **Geschäftsstelle**

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



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,**

## Wechsel der Vizepräsidentin der Psychotherapeutenkammer Berlin

Dipl.-Psych. Renate Mrazek ist aus persönlichen Gründen von ihrem Amt als Vizepräsidentin zurückgetreten. Der Vorstand dankt ihr für ihren Einsatz und für die von ihr geleistete Arbeit.

Im Rahmen der Delegiertenversammlung am 19. Juni 2008 wurde Dipl.-Psych. Do-

rothee Hillenbrand mehrheitlich als Vizepräsidentin nachgewählt. Hillenbrand ist bereits seit fast drei Jahren Vorstandsmitglied und wird neben bisherigen Aufgaben die Ämter von Renate Mrazek übernehmen. Die Kontinuität der Kammerarbeit soll mit der raschen Nachwahl gewahrt bleiben.



## Fortbildung zur Eltern-, Säuglings- und Kleinkindpsychotherapie

Die Berliner Psychotherapeutenkammer bietet in Kooperation mit der Elternbildungsstätte der Fachhochschule Potsdam, eine in Deutschland noch einmalige, zwei Jahre umfassende, curriculare Fortbildung in Eltern-, Kleinkind- und Säuglingspsychotherapie an.

Die neuere Säuglingsforschung und entwicklungspsychologische Erkenntnisse sowie klinische Erfahrungen bestätigen die Wichtigkeit von früher Prävention und Intervention. Beratung und Therapie von Eltern mit ihren Säuglingen und Kleinkindern können verhindern, dass sich frühe Störungen verfestigen und die weitere Entwicklung beeinträchtigen. Frühkindliche Verhaltensstörungen wie z. B. exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen können Ausdruck einer sich entwickelnden, dysfunktionalen Familiendynamik sein und die persönlichen Kompetenzen der Eltern stark beeinträchtigen. Im dynamischen Wechselspiel zwischen kindlichen und elterlichen Fähigkeiten werden die Grundlagen der frühkindlichen Persönlichkeitsentwicklung gelegt und beeinflussen die weiteren Entwicklungsbedingungen. Auch gesellschaftspolitisch rückt die frühe Kindheit mit ihren besonderen Merkmalen immer stärker in das Interesse der Öffent-

lichkeit. Spezifische Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern mit ihren Kleinkindern werden angeboten. Vielerorts entstehen stationäre als auch ambulante Eltern-Säuglings-Ambulanzen oder Beratungsstellen und die Angebote an Frühen Hilfen werden durch niedergelassene Therapeuten ausgebaut und ergänzt.



Das komplexe Bedingungsgefüge von Familien setzt spezifische diagnostische und therapeutische Kompetenzen voraus, die speziell auf Familien mit kleinen Kindern abgestimmt sind und auf die behandlerischen Besonderheiten dieser Zielgruppe eingehen.

Ein umfassendes, interdisziplinäres Wissen und ein komplexes, methodisches Vorgehen in der Behandlung sind notwendig, um den Eltern mit ihren Kindern helfen zu können. Psychotherapie in der frühen Kindheit ist eine wissenschaftlich begründete Methode zur Behandlung von Kindern von 0 bis 3 Jahren, ihren Eltern und anderen Bezugspersonen. Sie dient der Besserung von psychischen und/oder somatischen Störungen von Säuglingen und Kleinkindern und ihren Bezugspersonen. Sie dient somit auch der Prävention späterer Störungen und kann schon in der Schwangerschaft beginnen.

Die Fortbildung richtet sich an Psychologische Psychotherapeut/-innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen mit institutioneller Anbindung wie in freier Praxis, die mit Säuglingen, Kleinkindern und deren Bezugspersonen arbeiten oder einen entsprechenden Arbeitsschwerpunkt neu entwickeln wollen.

Die Theorie umfasst umfangreiches Wissen aus verschiedenen Fachgebieten (medizinisches Wissen, Entwicklungspsychologie, klinische Entwicklungspsychologie, Neurobiologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik, interdisziplinäre Zusammenarbeit usw.) und beinhaltet folgende Module:

1. Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehung für die Entwicklung des Kindes.
2. Biologische und soziale Rahmenbedingungen.
3. Entwicklungsdiagnostik und frühkindliche Regulationsstörungen.
4. Konzepte und Methoden der Behandlung.
5. Kinderschutz in den ersten Lebensjahren.

Das Curriculum schließt neben den 15 Seminaren (ca. 120 Doppelstunden, Dauer ca. zwei Jahre) mindestens fünf Behandlungsfälle unterschiedlichen Alters unter Supervision, Falldokumentationen sowie ein Abschlusskolloquium ein.

Fortbildungsplätze sind noch frei. Bei Interesse können Sie gerne die genauen Modalitäten bei der Psychotherapeutenkammer

Berlin erfragen bzw. sich dort anmelden: Tel.: 030/887140-0 oder per Mail: info@psychotherapeutenkammer-berlin.de.

*Dipl.-Psych. Bärbel Derksen, wissenschaftliche Mitarbeiterin, FH Potsdam, FB Sozialarbeit*

## Katastrophale psychotherapeutische Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen im Berliner Bezirk Marzahn-Hellersdorf

Am 4. Juni 2008 fand im Unfallkrankenhaus des Bezirks Marzahn-Hellersdorf die 5. bezirkliche Gesundheitskonferenz mit dem Thema „Haus- und Fachärztliche Versorgung in Bewegung“ statt. Eingeladen dazu hatte die Bezirksbürgermeisterin und Bezirksstadträtin für Gesundheit, Soziales und Personal, Dagmar Pohle. Ziel der Veranstaltung war es, im Dialog mit verschiedenen Entscheidungsträgern u. a. mit Vertretern und Vertreterinnen des Bundesministeriums für Gesundheit (Franz Knieps), der Kassenärztlichen Vereinigung (Peter Pfeiffer), den Krankenkassen, der Landes- und Bezirkspolitik neue Lösungsansätze zu entwickeln und konkrete Kooperationsformen auszuloten und anzuregen.

In ihrem Eingangsreferat machte Pohle deutlich, dass sich die medizinische, insbesondere aber die psychotherapeutische Versorgung im Bezirk drastisch verschlechtert hat. Nach vorliegenden Daten der Kassenärztlichen Vereinigung vom Stand Januar 2007 besteht bei den ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeut/-innen und bei den Anästhesisten eine Unterversorgung. Besonders drastisch gestaltet sich die Situation in der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Die letzte im Bezirk angesiedelte Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis hat den Bezirk gerade verlassen und sich in Lichtenberg angesiedelt. An Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen<sup>1</sup> gibt es im Bezirk Marzahn-Hellersdorf zurzeit 5 KJPs und 7 PPs mit entsprechender Fachkunde für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, die über die KV abrech-

nen können. Im Vergleich dazu gibt es beispielsweise in Charlottenburg 88 psychotherapeutische Behandler von Kindern und Jugendlichen (37 KJPs und 51 PPs mit der Fachkunde Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie).

Kinder- und Jugendpsychotherapeut/-innen, die sich im Bezirk niederlassen wollen, bekommen von der Kassenärztlichen Vereinigung keine Zulassung, da Berlin seit 2003 als Planungsregion gesehen wird und für Gesamtberlin der Bedarf übererfüllt sei. Verschärft hat sich die Versorgung auch deshalb, weil Ärzte und Ärztinnen und Psychologische Psychotherapeut/-innen aufgrund der Gesundheitsreform, die ihre Einkommenssituation erheblich verschlechtert hat, ihre Praxen aus den ärmeren Stadtteilen in lukrativere Regionen verlegen, in denen auch mehr Privatpatient/-innen zu finden sind. Die Kassenärztliche Vereinigung hält Fahrtwege für Patient/-innen von mindestens 30 Minuten für durchaus annehmbar. Ein zynischer Vorschlag für Kinder, Behinderte und alte Menschen.

Da die psychotherapeutische Versorgung in Marzahn-Hellersdorf so schlecht ist, gibt es seit einigen Jahren einen Lotsendienst für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Dieser ist bei der Erziehungs- und Familienberatungsstelle (EFB) im Bezirk angesiedelt.

Das Jugendamt Marzahn-Hellersdorf versucht die psychotherapeutische Unterversorgung im Bereich der GKV-Versorgung durch KJHG-Therapien zu kompensieren, welche neben der Behandlung von Kin-

dern- und Jugendlichen spezifisch den Fokus auf erzieherische Hilfen richten. Bevor allerdings Therapien durch das Jugendamt an externe Therapeuten vergeben werden, ist vorrangig die Leistungserbringung durch die ortsansässigen EFBen in freier und öffentlicher Trägerschaft zu prüfen. Aufgrund der konstanten Nachfrage nach Erziehungs- und Familienberatung und wachsender fachdienstlicher Aufgaben der jugendamts-internen EFB ist auch hier zunehmend die Fachkräftekapazität begrenzt.

Im Bezirk Marzahn-Hellersdorf gibt es also zur Verbesserung der Versorgung dringenden Handlungsbedarf. Betrachtet man die neuesten statistischen Zahlen, so gibt es einen Anstieg von 31,1% bei den Patient/-innen in den psychiatrischen Praxen. Ebenso nimmt das Komatrinken von Jugendlichen im Bezirk den ersten Rangplatz im Vergleich zu den anderen Bezirken ein.

Dagmar Pohle hat sich an die Kassenärztliche Vereinigung und an die Senatsverwaltung gewandt mit der Bitte, zur alten Regelung zurückzukehren und somit eine bezirksbezogene, bedarfsgerechte Planung in der medizinischen, insbesondere Kinder- und Jugendlichenversorgung zu ermöglichen. Nach Ansicht Franz Knieps vom Bundesgesundheitsministerium sei es nicht unbedingt notwendig, die Planungsregion zu verändern, sondern die jetzige

<sup>1</sup> Versorgung mit Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in den Berliner Bezirken mit KV-Zulassung, Stand 20.05.2008; darüber hinaus gibt es noch andere Behandler wie z. B. ärztliche Psychotherapeuten.

Regelung lasse der Kassenärztlichen Vereinigung durchaus Möglichkeiten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen zuzulassen. Seitens der Kassenärztlichen Vereinigung werde das Problem der ungleichgewichtigen Versorgung in Berlin durchaus gesehen. Es bestehe aus ihrer Sicht kaum Möglichkeiten steuernd einzugreifen, da jede/r Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in als Unternehmer das Recht der freien Ortswahl

habe. Diskutiert wurden die Vorschläge, bei Praxisübernahmen, den neuen Inhaber zu verpflichten, 5 Jahre vor Ort die Patient/-innen zu versorgen oder das Budget bei Bezirkswechsel im Bezirk zu belassen.

Die Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz sagte zu, nach Möglichkeiten zu suchen, die prekäre Situation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Hellersdorf-Marzahn schnellst

möglich zu verbessern. Die Psychotherapeutenkammer Berlin hofft, dass es Neuzulassungen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen im Bezirk geben wird.

*Ute Meybohm  
Mitglied in den Ausschüssen  
Öffentliche Versorgung und  
Psychotherapie in Institutionen*

## Interview mit Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiAs)

Seit April nehmen die Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiAs) an den Delegiertenkonferenzen unserer Kammer als Gäste teil. Dr. Zsofia Szirmak, Ulrike Lange und deren Stellvertreterinnen Nicola Lange und Marina Root waren auf der ersten Vollversammlung der PiAs am 14. Februar 2008 als Sprecherinnen gewählt worden. Die PTJ-Redaktion befragte die PiA-Vetreterinnen zur Situation ihrer Ausbildungsrealität, ihrem berufspolitischen Engagement und ihren Erwartungen an die Kammer. Die Aussagen stammen von allen vier PiAs und repräsentieren deren Heterogenität.



*v.l.n.r.: Ulrike Lange, Marina Root, Nicola Lange und Dr. Zsofia Szirmak*

**Sie haben alle nach Ihrem Studium bereits ein sehr bewegtes berufliches Vorleben und befinden sich keineswegs am Anfang Ihrer beruflichen Laufbahn!**

■ Das wird sich aber mit dem Prozess der Studienreform ändern! Wir werden wohl umdenken müssen: weg von der Orientierung an Lebenserfahrung, hin zu Manualen und Orientierung an Theorien und wissenschaftlich bewährten Methoden. Die jüngeren Therapeut/-innen werden die Hilfe durch Richtlinien und Manuale brauchen, auch ältere werden davon profitieren.

■ Ich – in Ausbildung an einem psychoanalytischen Institut – bin an meinem Institut die Jüngste und merke, dass andere mehr Lebenserfahrung haben. Bei der Wahl meines Studiums, Psychologie, dachte ich: damit habe ich einen sinnvollen Abschluss. Weit gefehlt: Psychologinnen ohne Therapieausbildung haben keine Chance auf eine Stelle!

**Sie haben sich für die Wahl zur PiA-Vertreterin in der Kammer aufstellen lassen – was hat Sie dazu bewogen?**

■ Ich wollte unbedingt die Chance nutzen, um etwas zu bewegen.

■ Ich bin ganz bewusst an die Sache herangetreten und habe seit der Gründung des PiA-Netzes im Frühjahr 2007 mitgemacht. Ich habe am eigenen Leib erfahren, wie schrecklich das psychiatrische Jahr sein kann, wenn die Bedingungen nicht stimmen. Das hat mich bewogen, eine Untersuchung über die Lage der PiAs zu machen. Im Vorfeld des PiA-Forums beim Landespsychotherapeutentag 2007 kam ich mit Frau Brombacher und später mit Herrn Stößlein von der Berliner PT-Kammer in Kontakt. Wir haben über einige ungelöste Probleme wie Krankheitsvertretung und Vergütung im psychiatrischen Jahr gesprochen. Ich habe gemerkt: man kann nicht politisch tätig sein, ohne in der Kammer zu sein. Daher habe ich trotz Zeitmangels weiter gemacht und andere Kolleginnen motiviert, sich auch zur Wahl zu stellen.

■ Je aktiver man ist, desto mehr kann man bewegen! Wir bekamen durch unsere Aktivität auch die Chance, am Mustervertrag fürs psychiatrische Jahr zu arbeiten und haben eine gute Zusammenarbeit mit der Kammer und ver.di angestoßen. Alle werden Vorteile dadurch haben, wenn

der Vertrag überall in den Kliniken benutzt wird! Das ist eine wichtige Leistung, die die Berliner Kammer hier in Zusammenarbeit mit den anderen erbracht hat – vor anderen Landeskammern und vor der BPTK.

**Welche Erfahrungen haben Sie im psychiatrischen Jahr gemacht?**

■ Ich habe von meinem Arbeitgeber ein Viertel Jahr unbezahlten Urlaub bekommen. Dafür arbeite ich jetzt unbezahlt in einer Klinik außerhalb Berlins. Dort mache ich die Arbeit von fallführenden PP und KJPs. Es war sehr schwer, überhaupt einen Platz zu bekommen, da ich aus der Pädagogik komme. Ich schlafe dort auf einer Luftmatratze und fahre am Wochenende nach Berlin zurück.

■ Bei der Bewerbung als KJPIA wird man als erstes nach dem Ursprungsberuf gefragt. Pädagogin? „Nun, als Psychologin könnten Sie anfangen!“ heißt es dann. Diplom-Pädagogen werden oft auf der gleichen Ebene wie Erzieher behandelt.

■ Es ist daher für die Kollegen mit pädagogischem Ausbildungshintergrund sehr wichtig, dass Pädagogen und Psychologen durch den Masterabschluss gleichgestellt werden, damit es keine Diskriminierung gibt.

**Werden Sie von Fachkollegen betreut?**

■ Die Betreuung ist sehr unterschiedlich. Viele PiAs werden in der Klinik alleine gelassen. Wir wissen nicht recht, wer unser Ansprechpartner ist. Der Chefarzt? Der Oberarzt? Eigentlich wären es ja die approbierten Kollegen in der Klinik, aber deren Arbeit machen wir ja meist selbst.

■ Manchmal gibt es aber auch zu viele Praktikanten, die sich gegenseitig die Arbeit wegnehmen. Das ist allerdings gesetz-

zeswichtig. Es ist wichtig, dass die Standards eingehalten werden. Gut wäre es, wenn es an den Instituten einen konkreten Ansprechpartner gäbe, der die Fäden in der Hand hält.

■ In dem neuen Mustervertrag (s. o., der gerade erarbeitet wird) muss sich die Einrichtung verpflichten, eine Supervision anzubieten. Auch die Vergütung oder Urlaubs- und Krankheitszeiten sollen darin geregelt werden. Die Gefahr dabei ist, dass die Einrichtungen abspringen, wenn ihnen zu viele Vorschriften gemacht werden.

■ Wir fänden es hilfreich, wenn Praktika oder andere berufliche Erfahrungen, die im psychiatrischen Bereich vor Beginn der Therapieausbildung gemacht wurden, auch anerkannt werden können. Das wäre für viele eine erhebliche zeitliche und finanzielle Erleichterung.

#### Wie ist Ihre finanzielle Situation?

■ Die finanzielle Lage der PiAs ist ein wesentliches Problem. Darunter leiden wirklich fast alle Kandidat/-innen. Viele von uns haben z. B. einen Kredit aufnehmen müssen, um die Ausbildung finanzieren zu können. Hinzu kommt, dass das psychiatrische Jahr in den allermeisten Fällen nicht bezahlt wird und man dafür sogar seine feste Stelle aufgeben muss, falls man eine hat. Das ist eine enorme psychische und physische Belastung. Am Ende der Ausbildung hat man riesige Schulden.

■ Es ist sehr teuer, 3 Stunden Lehranalyse pro Woche à 65 EUR bezahlen zu müssen. Es ist ja auch unklar, welche beruflichen Chancen man danach überhaupt hat. Wie lange bleibt die Finanzierung der Psychotherapie über die Krankenkassen überhaupt noch erhalten? Und dann müssen wir ja auch, falls wir uns niederlassen wollen, die Praxissitze kaufen. Also mich verunsichert das alles schon sehr.

#### Wie beurteilen Sie das Thema der Praxisverkäufe?

■ Das ist schon sehr bitter für uns. Uns ist klar, dass Angebot und Nachfrage den Preis diktieren. Es gibt keine offiziellen Zahlen. Man kann sich schlecht zu Gerüchten positionieren. Kollegen sagen, dass offiziell nur Möbel und Materielles verkauft werden können. Es ist menschlich, Geld verdienen zu wollen. Die Kammer sollte sich positionieren

und die Interessen der zukünftigen Kolleg/-innen im Auge behalten und sich für faire Preise einsetzen.

■ Und wir brauchen mehr Praxissitze für KJPs. Da gibt es riesigen Bedarf. Die Kammer hat, wie ich finde, den berufsethischen Auftrag, sich klar zu positionieren. Man ist doch nicht nur Unternehmer. Was ist das für ein Mensch, dem die Solidarität mit dem Nachwuchs seiner eigenen Berufsgruppe völlig egal ist? Welche Werte-haltung hat der? Wie passt das zu einem heilenden Beruf?

■ Es gibt auch niedergelassene Kollegen, die die Praxisassistenten ausnutzen. Sie lassen junge Kollegen dafür bezahlen, dass die ihnen Arbeit abnehmen, damit sie Praxiserfahrung sammeln können.

■ Und in den Medizinischen Versorgungszentren ist das Angestelltengeld viel zu niedrig. Aber die jungen approbierten Kollegen haben ohne ausreichende Alternativen oft keine Wahl.

#### Die Kammer muss aber auch dafür sorgen, dass die Praxen nach dem Ende einer Berufstätigkeit weitergeführt werden. Sonst verfallen die Praxissitze.

■ Das schon, aber sie sollte eine ausgleichende Funktion ausüben. Das Gesundheitssystem sollte nicht noch weiter unter kurzfristigen ökonomischen Gesichtspunkten gesteuert werden. Und schon gar nicht auf Kosten des Nachwuchses.

#### Worin wünschen Sie sich noch Unterstützung von Seiten der Kammer?

■ Es wäre gut, wenn es eine feste Sprechstunde für PiAs gäbe, vielleicht 1x im Monat. Ein fester Ansprechpartner wäre sicher hilfreich. Wir bräuchten auch Unterstützung zur Klärung der Frage, wie die PiAs ihre Funktion als Berater für andere PiAs ausüben sollten. Vielleicht könnten in der Kammer die Fäden zusammen laufen.

#### Sie als PiAs können, ebenso wie alle Kammermitglieder, die Vorstandsmitglieder in ihrer Telefonsprechstunde anrufen: donnerstags 9 bis 10 und dienstags 13 bis 14 Uhr!

■ Auch die Förderung der Patenschaften für die Übernahme der Kammergebühr für die PiAs ist uns ein Anliegen. 45 Euro können ein unüberwindbares Hindernis

für einen Beitritt sein. Durch solche Patenschaften könnte die Solidarität unter den jungen und älteren Therapeut/-innen enorm gestärkt werden.

■ Es wäre auch schön, wenn es eine bundeseinheitliche Regelung über den Status der PiAs in den Kammern gäbe. Insgesamt finden wir aber die Zusammenarbeit mit der Berliner Kammer sehr gut und unterstützend. Wir PiAs werden nach langer Zeit der Ignoranz und der Berührungsängste endlich wahrgenommen.

#### Haben Sie eine Erklärung dafür, dass Sie alle Frauen sind?

■ (Lachen) 80% der PiAs sind inzwischen Frauen. Männer wählen den Beruf immer seltener. Viele würden den Beruf unter den jetzigen Bedingungen nicht mehr machen. Das ist schade. Welcher Mann würde ehrenamtlich arbeiten, ohne Geld zu kriegen? Es ist eine große zeitliche Belastung. Frauen sind vielleicht eher bereit, so eine Tätigkeit, wie wir sie hier machen, auszuüben. Aber Engagement und Solidarität helfen auch immer gegen Frust und Zweifel. Uns stimmt es optimistisch, wie viel in der relativ kurzen Zeit nach der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes passiert ist, besonders, wenn man berücksichtigt, dass es bis dahin 25 Jahre gebraucht hat.

#### Wir danken Ihnen für dieses Gespräch!

Die Fragen stellten Inge Brombacher und Pilar Isaac-Candeias.

#### 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

## Südländisches Flair in Bremen anlässlich des 12. DPT im Mai dieses Jahres

„Das war das schönste Ambiente, das wir je bei einem Psychotherapeutentag hatten.“ Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 12. Deutschen Psychotherapeutentages in Bremen waren voll des Lobes. Die Tagungsstätte, das Atlantic Hotel Universum, präsentierte sich von der besten Seite. Geschmackvoll designte Zimmer, geräumige und luftige Tagungsräume, vorzügliche Speisen und Getränke, einen Sommergarten mit Blick auf einen See und den „Wal-fisch“, dem Science-Center Universum, als neuem Wahrzeichen Bremens. Und nicht zuletzt das prachtvolle Sommerwetter, das die Delegierten in den Abendstunden am Freitag und in der Mittagspause am Samstag mit Macht nach draußen zog. Zu später Stunde wurde ebenfalls der Biergarten des nahebei gelegenen „Haus am Walde“ entdeckt und dem dort Ausgeschenkt mit Genuss zugesprochen. So viel südländische Lebensweise und so viel Leichtigkeit verblüfften sichtlich die Besucher.

Somit hatten von Bremer Seite Geschäftsstelle und Vorstand alles getan, damit die Rahmenbedingungen stimmten. Die Mit-

arbeiterinnen der Geschäftsstelle, Frau Flügger und Frau Lappus, legten Sonder-schichten ein, um sicherzustellen, dass alle Delegierten ihre Unterlagen ab Freitag-mittag in Empfang nehmen konnten. Frank Bodenstern organisierte von Bremer Seite



das Hintergrundmanagement und Christine Block hatte im Vorfeld mit vielfältigen Initiativen dafür gesorgt, dass Presse, Funk und Fernsehen ausgiebig über den DPT und seine Inhalte unterrichtet wurden.

Sowohl Radio Bremen Nachrichten als auch die Regionalsendung „buten un bin-nen“ würdigten den Tag in ihrer Berichter-stattung.

Auf dem DPT selbst wurde die Bremer Kammer durch ihre Delegierten Isabel Bataller, Axel Janzen und Karl Heinz Schrömgens vertreten. Der letztere be-tonte in seiner Begrüßungsrede das erst-malige Stattfinden des DPT 10 Jahre nach In-Kraf-Treten des Psychotherapeutenge-setzes als Anerkennung der Arbeit der Bremer Kammer, die sich bekanntlich im Jahr 2000 bundesweit als erste Psycho-therapeutenkammer gründete. Anerken-nung fand das Engagement der Bremer Psychotherapeuten auch darin, dass Ge-sundheitssenatorin Ingelore Rosenkötter persönlich zur Eröffnung des 12. DPT (siehe Bild) erschienen war. Sie verurteilte in ihrer Rede scharf die fehlende Bezahlung der psychotherapeutischen Ausbildungs-teilnehmer während der praktischen Tä-tigkeit und fordert eine bundeseinheit-liche Regelung, um diesen Zustand der „Ausbeutung“ zu beenden.

## verDÜNNisiert – wie essen, bloß rückwärts. Ein Theaterstück zur Prävention von Essstörungen

Nach zwei erfolgreichen Berliner Spielzeiten im Januar und Juni 2007, nach vielen weiteren Vorstellungen in Heidelberg, Tübingen, Wolfsburg, Greiz und auf dem Erlabrunner Tag der Psychotherapie, gastierte das Stück „verDÜNNisiert – wie essen, bloß rückwärts“ mit großer Resonanz bei Jugendlichen und Erwachsenen und mit hoher Medienpräsenz in Bremen.

In Kooperation mit Jugendlichen der Juni-orfirma G.I.G.A.-EVENTS und Gangway e.V. ([www.gangway.de](http://www.gangway.de)) und unterstützt von

Prominenten wie Hella von Sinnen, Meret Becker, Bela B. Felsenheimer, Mieke (Mia) und Boris Aljinovic ist ein Theaterprojekt entstanden, das ehrlicher nicht sein könnte. In eindrücklichen Bildern inszeniert der Berliner Regisseur Jens Hasselmann dieses Stück über die Leiden einer jungen Bulimikerin. Die 24-jährige Schauspielerin Marie Luise Gunst (als Mia) zieht das Publikum mitten in einen bulimischen Alptraum, der ihr eigenes Leben 13 Jahre lang beherrschte. Aus ihren Tagebüchern entwickelt Has-selmann ein Stück, das den getriebenen

Tagesablauf zwischen Kühlschrank und Toilette abbildet, ohne dabei pathetisch oder pädagogisch zu werden. Mia lässt das Publikum teilhaben an den Gefühlsregungen und Gedanken eines bulimisch kranken Menschen. Sie ist perfektionistisch, will es jedem recht machen, zweifelt dabei ständig an sich selbst und überfordert sich maßlos. Mia findet sich zu fett und sie ist zutiefst einsam. Aus Verzweiflung stopft sie Unmengen von Nahrungsmitteln in sich hinein, um sie gleich wieder aus-zuspucken. Sie frisst und kotzt und treibt

sich zu sportlichen Höchstleistungen an. Das Stück gewinnt immer mehr an Tempo: Fressen und Kotzen in immer kürzeren Intervallen, atemlos, unerbittlich, bis der Körper streikt.

Das Stück wurde in Kooperation mit der bremer shakespeare company, der Psychotherapeutenkammer Bremen und dem Landesinstitut für Schule als Präventionsprojekt nach Bremen geholt. Die vier Vorstellungen an zwei Tagen wurden von 340 Menschen besucht: Vormittags überwiegend von Jugendlichen (Schulklassen mit Lehrern, Patienten und Betreuern einer Psychotherapiestation), abends von Lehrern, Psychotherapeuten, Eltern und anderen Interessierten. Im Anschluss an jede Vorstellung gab es viele Fragen, die der Regisseur Hasselmann, die Schauspielerin Gunst, eine weitere ehemalige essgestörte junge Frau sowie Christine Block von der Psychotherapeutenkammer und Margit Hasselmann vom Landesinstitut für Schule gerne beantworteten. Die angenehme

und offene Atmosphäre dieser Gespräche führte zu einem lebendigen Austausch untereinander. Viele Fragen der meist jugendlichen Zuschauer kreisten darum, wie man aus so einer Krankheit herausfinden könne und was genau in einer Psychotherapie passiere. Häufig wurde nach konkreten Anlaufstellen in Bremen gefragt und an wen man sich wenden könne, wenn man für sich oder eine Freundin Hilfe sucht. Die Erwachsenen sprachen über ihre Hilflosigkeit und Unsicherheit gegenüber auffälligen jungen Menschen und fragten diese nach ihren Wünschen. Marie Luise Gunst sprach den anwesenden Betroffenen mit ihrer Antwort offensichtlich aus der Seele: „Ja, ich hätte mir so gewünscht, dass die anderen ihre eigene Angst überwinden und mich wirklich gefragt hätten, wie es mir geht. Ich habe mich so allein gelassen gefühlt.“ Die Jugendlichen konnten sich spürbar mit der ehemals essgestörten Schauspielerin identifizieren, die in ihrer kraftvollen und positiven Art offen über ihre Erkrankung sprach. Den vielen Rück-

meldungen war zu entnehmen, dass dieses Stück Mut gemacht hat, sich nicht aufzugeben, miteinander zu reden und sich helfen zu lassen.

Weitere Aufführungen in verschiedenen Städten Deutschlands sind angefragt oder in Planung. Leider fehlen aber oft die Mittel, um die Gastspiele zu realisieren, da sich das Stück nicht nur über die Eintrittspreise (für die Schüler höchstens 3 €) tragen kann. Wegen des großen Erfolges, planen die bremer shakespeare company, das LIS Bremen und die Psychotherapeutenkammer Bremen ein weiteres Gastspiel von „verDÜNNisiert“ im November 2008 in Bremen. Für die Finanzierung des Stückes müssen Sponsorengelder gesammelt werden. Das Theaterstück ist konzeptionell und technisch für Gastspiele in Theatern oder theaterähnlichen Schulaulen ausgelegt.

*Weitere Informationen und Bilder:*  
[www.verduennisiert.de](http://www.verduennisiert.de)  
 Kontakt: [jens.hasselmann@freenet.de](mailto:jens.hasselmann@freenet.de)

## Esstörungen interdisziplinär behandeln!

Am 14.06.2008 fand die erste Kooperationsveranstaltung zwischen der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer Bremen statt. Neben dem inhaltlichen Thema „Anorexia nervosa“ ging es um die Idee, gemeinsam über die Entwicklung eines professions- und organisationsübergreifenden Netzwerkes zur Behandlung Essgestörter in Bremen nachzudenken.

Mit über 50 Teilnehmern war die Veranstaltung sehr gut besucht, die Arbeitsatmosphäre war konstruktiv und konzentriert. Überwiegend nahmen (stationär oder ambulant tätige) Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten teil, aber auch andere Berufsgruppen aus dem stationären oder ambulanten Versorgungsbereich: somatisch versorgende Ärzte, Pädiater, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater. Auch das Mädchenhaus Bremen und das betreute Wohnen (SOS) waren vertreten.

Die Referentin, Dr. med. Wally Wunsch-Leiteritz, Fachärztin für Innere Medizin,

Psychotherapie und Ernährungsmedizin, hat zwei Essstörungstherapiebereiche/Zentren aufgebaut: Den ersten 10 Jahre in der Seeparkklinik in Bad Bodenteich mit bis zu 120 Behandlungsplätzen für alle Formen und Schweregrade von Essstörungen und den zweiten, das Kompetenzzentrum für Essstörungen, seit Mai 2006 in der Klinik Lüneburger Heide in Bad Bevensen. Dort arbeitet sie als leitende Oberärztin.

Frau Wunsch-Leiteritz spannte in ihrem Vortrag einen großen Bogen: Esspsychotherapie ohne Einsatz von Magensonden auch bei schwersten Anorexien, Multifamilientherapieprogramme, Entwicklung von Versorgungssystemen in der umfassenden Behandlung von Essstörungen in Klinik, essstörungsspezifisch betreutem Wohnen (über die Jugendhilfe und seit neuestem auch die Sozialhilfe) und im ambulanten Bereich mit Beratungsstelle für Essstörungen mit niedrigschwelligen Angeboten. ADHS Diagnostik/Therapie von Essgestörten mit Impulskontrollstö-

rungen oder bei therapieresistenten Fällen mit Mehrfachselbstschädigungen. Sie ging – unter Einbeziehung wissenschaftlicher Studien und eigener Forschungsergebnisse – ausführlich auf körperliche Aspekte und Gefahren der Magersucht ein und leitete daraus medizinische und psychotherapeutische Handlungsnotwendigkeiten und Behandlungsstandards ab. Der inhaltlich sehr reichhaltige – mit vielen Beispielen und Bildern untermalte – Vortrag fand in seiner Professionalität großen Anklang bei den Teilnehmerinnen. So kam am Ende von einigen Teilnehmerinnen der Vorschlag, diese Veranstaltung zu wiederholen mit dem Ziel, allen Berufsgruppen, die mit Essgestörten arbeiten, dieses wichtige Basiswissen und die Behandlungsstandards zu vermitteln. Eine Idee war, dieses auch über die ärztlichen und psychotherapeutischen Fachverbände zu kommunizieren, um damit möglichst viele Berufsgruppen (besonders die somatisch versorgenden Ärzte!) zu motivieren.

## Befragung von niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten im Land Bremen zur ambulanten Versorgung von depressiv Erkrankten

Das Institut für Public Health und Pflegeforschung hat unter Leitung von Prof. Dr. Petra Kolip im Auftrag der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer Bremen eine Befragung in Bremen-Stadt und Bremerhaven bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen durchgeführt. Die Befragung hatte das Ziel, detaillierte Kenntnisse zum Umfang und den Möglichkeiten der ambulanten Behandlung depressiver Patientinnen zu gewinnen. Ferner sollten die vorhandenen Kooperationsstrukturen zwischen den an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen und Institutionen ermittelt werden.

Die Studie hat explorativen Charakter. Es wurden neun Interviews mit psychologischen Psychotherapeutinnen beiderlei Geschlechts, unterschiedlicher Praxisstandorte und unterschiedlicher therapeutischer Ausrichtungen in einem Zeitumfang von 45 bis 90 Minuten durchgeführt. Alle Befragten waren Diplompsychologinnen und hatten, neben ihren Richtlinientherapiequalifikationen, Zusatzqualifikationen in Traumatherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Systemischer Therapie und Familientherapie oder Psychodramagruppentherapie. Sie sind zwischen 8 und 19 Jahre in eigener Praxis tätig.

Die Befragten können keine klare Aussage zu einem Ansteigen der Prävalenzrate in Bezug auf Depressionen machen. Sie nehmen jedoch eine deutliche Verschlechterung bei den Lebensumständen ihrer Klientinnen wahr. Diese führt zu einer Veränderung der Anlässe, bei denen eine Depression auftritt und psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen wird. Beispielhaft wurden hier die hohe Arbeitslosigkeit, prekäre finanzielle Lagen (bedingt durch Hartz IV) sowie psychische Belastungen am Arbeitsplatz genannt.

Ein großer Teil der Depressiven kommt durch eine Überweisung ihrer Hausärztinnen, nur wenige durch Psychiaterinnen zur

ambulanten Psychotherapie. Dabei scheint es so zu sein, dass psychiatrische Überweisungen vornehmlich zu Verhaltenstherapeutinnen erfolgen. Auch Klientinnen, die sich selbständig um eine Psychotherapie bemühen, waren vorher häufig längere Zeit in einer Behandlung wegen körperlicher Beschwerden und zogen erst dann psychische Ursachen für ihre Beschwerden in Betracht.

Alle befragten Psychotherapeutinnen berichten, dass sie deutlich weniger Patientinnen annehmen können, als sich in der Praxis melden. Der Umgang mit dieser Tatsache ist bei den Therapeutinnen unterschiedlich. Sie reicht von Wartelisten führen, weiter verweisen, Pharmakotherapie in Betracht ziehen bis hin zum Anraten einer stationären Therapie, obwohl eine ambulante Therapie prinzipiell möglich wäre. Selbsthilfegruppen werden auch als Möglichkeit gesehen, die Wartezeit zu überbrücken.

Alle Interviewten arbeiten mit Depressiven. Es wurde jedoch angegeben, dass aus Gründen der Psychohygiene darauf geachtet wird, eine möglichst große Symptomvielfalt in der Praxis zu haben. Privatpatientinnen werden nicht bevorzugt. Schwer gestörte Patientinnen, darunter werden aber eher Persönlichkeitsstörungen als Depressionserkrankte verstanden, Patientinnen, die als anstrengend eingeschätzt werden und solche, die in den letzten beiden Jahren schon eine Psychotherapie in Anspruch genommen haben, werden weniger gern angenommen.

Was die Unterversorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen anbetrifft, wurden Vermutungen geäußert, dass Arbeitslose, Alleinerziehende, Arme, Alte, allein lebende Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund besonders unterversorgt sind.

Was die Kooperation mit Kolleginnen und mit anderen Berufsgruppen betrifft, wurden von unterschiedlichen Erfahrungen berichtet. So gibt es Kolleginnen, die stark an

Netzwerken interessiert sind, und andere, die, um die Mündigkeit ihrer Patientinnen zu erhalten, nur in Ausnahmefällen Kontakt zu Kolleginnen anderer Berufsgruppen suchen. Insgesamt sind Kooperation und Austausch zwischen den Berufsgruppen wenig entwickelt und stark vom individuellen Engagement der einzelnen Personen abhängig.

Handlungsbedarf sehen die Interviewten vor allem in den Bereichen Aufklärung, Struktur der Versorgung und intra- und interdisziplinäre Kooperation. Auch wenn die Sensibilität bezüglich Depressionen bei ärztlichen Kolleginnen zugenommen hat, bleibt weitere Aufklärungsarbeit über Erscheinungsformen und Behandlungsmöglichkeiten ebenso wie vermehrte Öffentlichkeitsarbeit notwendig.

Als dringendstes Problem in der Versorgungsstruktur erscheint die unzureichende Bereitstellung von Therapieplätzen, besonders in den zentrumsfernen Stadtgebieten innerhalb Bremens und in Bremerhaven. Was die Problematik schwer gestörter Depressiver betrifft, werden mehr fließende Übergänge zwischen den Versorgungseinrichtungen und niederschwellige, tagesstrukturierende Angebote (z. B. Tagesklinik, Rückzugshaus u. ä.) gefordert. Dies könnte zum einen zur Entlastung der Therapeutinnen beitragen und zum anderen Einweisungen vermeiden helfen. Kooperation zwischen verschiedenen Therapierichtungen sowie Kooperation und Vernetzung sollte verbessert werden. Dabei sollten auch Institutionen, die die Lebensumstände von Betroffenen strukturieren (Arbeitsamt, Sozialamt, Schuldnerberatung u. ä.), mit einbezogen werden.

Im Fazit der Auswertung kommen die Autorinnen zu der Feststellung, dass die vorrangige Problematik die Unterversorgung mit Therapieplätzen ist, da eine längere Nicht- oder Fehlbehandlung eine beträchtliche Verschlechterung der psychischen Gesundheit der Betroffenen bedeutet und zur Chronifizierung führen kann.

## Opferschutz durch Prävention – Kammervorstand referiert im Rechtsausschuss

Der Rechtsausschuss der Bremischen Bürgerschaft hatte die Psychotherapeutenkammer am 28. Mai eingeladen, um im Zusammenhang mit den Beratungen zu einer Verbesserung der Prävention von Sexualstraftaten Stellung zu nehmen. Der Präsident der Kammer Karl Heinz Schrömgens und Vorstandsmitglied Axel Janzen waren als Referenten der Einladung gefolgt.

Karl Heinz Schrömgens stellte in seinem Beitrag zunächst die psychotherapeutische Versorgungslage im Lande Bremen dar. Diese zeichne sich dadurch aus, dass im Gegensatz zur Stadt Bremen in Bremerhaven und Bremen-Nord die Versorgungssituation sehr angespannt sei. Für die Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern halte die Psychotherapeutenkammer Bremen eine spezielle Liste von Mitgliedern bereit, die explizit ihre

Bereitschaft zur Behandlung dieser Tätergruppen erklärt haben. Diese umfasst derzeit 9 BehandlerInnen in Bremen und 2 in Bremerhaven. Darüber hinaus gebe es viele Kammermitglieder, die eine Behandlung der betroffenen Klientengruppe durchführen, ohne auf der Behandlerliste zu stehen, sodass ein ausreichend großes Angebot an Plätzen zur Verfügung stehe.

Zur Verbesserung der Situation in Bremerhaven verwies Karl Heinz Schrömgens auf den Umstand, dass dort derzeit fünf Sitze von ärztlichen Psychotherapeuten mangels Interessenten nicht besetzt seien. Wenn diese Sitze auch von Psychologischen Psychotherapeuten besetzt werden dürften, wäre eine deutliche Entspannung der Versorgungslage, auch für die Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern, zu erreichen.

Vorstandsmitglied Axel Janzen begrüßte aus psychologischer und kriminologischer Sicht die politische Initiative der Verbesserung der Präventionsmaßnahmen im Bereich des Dunkelfelds von Sexualstraftätern. Die beabsichtigte Maßnahme, diese Aufgabe der „Fachstelle für Gewaltprävention“ zu übertragen, wie von der CDU-Fraktion beantragt, sei aber problematisch, weil diese keine ausreichende Anonymität gewährleisten könne und eine derartige Anlaufstelle auch über den fachlichen Zweifel erhaben sein müsse. Notwendige Standards und Voraussetzungen könne man in der sogenannten „Pädophilenberatung“ des Klinikums Charité in Berlin studieren, die das vorhandene psychotherapeutische Angebot ideal ergänzt. Eine vergleichbare Beratungsstelle in Bremen, angesiedelt z.B. im Gesundheitsamt oder in einem Klinikum, wäre sinnvoll und hilfreich im Sinne eines wirkungsvollen Opferschutzes.

## Bericht über die 18. Kammerversammlung

Rund 50 Kammermitglieder nahmen an der 18. Kammerversammlung teil, die am Abend des 20. Mai im Bürgerhaus Weserterrassen stattfand. Eröffnet wurde die Versammlung von der stellvertretenden Präsidentin Dr. Isabel Bataller. Mit großem Interesse verfolgten die Teilnehmer den Vortrag von Wolfgang Linder, dem ehemaligen stellv. Datenschutzbeauftragten des Landes Bremen, zum Projekt „Elektronische Gesundheitskarte“ (eGK). Die kritischen Anmerkungen stießen auf große Zustimmung, die sich auch in der einstimmigen Verabschiedung einer Resolution gegen die Einführung der eGK in der jetzigen Form ausdrückte: Die Anwesenden drückten ihre Befürchtung aus, dass die eGK zu einer Zerstörung der vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut führen könnte, weil der Schutz der sensiblen Patientendaten nicht gewährleistet und eine missbräuchliche Verwendung der Daten nicht ausgeschlossen sei. Insbesondere wurde kritisiert, dass die vertrauensvollen Patientendaten auf zentralen Servern gespeichert werden sollen und damit zum derzeitigen Zeitpunkt

auch eine missbräuchliche Verwendung – auch durch Gesetzesänderungen – nicht auszuschließen sei. Hier gäbe es alternative Lösungen, die auch von Datenschützern gefordert werden.

Im Rahmen der Rechenschaftslegung verband Kammerpräsident Karl Heinz Schrömgens die Vorlage des schriftlichen Tätigkeitsberichtes mit Anmerkungen zu aktuellen Fragen der psychotherapeutischen Versorgung, zu denen es interessierte Nachfragen gab.

Im letzten Tagesordnungspunkt wurde die Vorschlagsliste für die psychotherapeutischen Beisitzer des Berufsgerichtes und des Gerichtshofes für die Heilberufe vorgestellt und fand bei wenigen Einhaltungen die Zustimmung der Versammlung.

**Berichtigung:** Im Artikel über die Ergebnisse der Erhebung über die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund im Lande Bremen (PTJ 2/08) hat sich beim Abdruck der Graphik ein Fehler

eingeschlichen: Als schlechter haben insgesamt 116 der Psychologischen Psychotherapeuten (78%) die Situation von Patientinnen mit Migrationshintergrund verglichen mit denen ohne, eingeschätzt.

### Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit: Dr. Christine Block, 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

## **Aus der Praxis des Beschwerdeausschusses:**

### **Honorarabrechnung nach der GOP**

In jüngster Zeit ist der Beschwerdeausschuss häufiger mit Beschwerden befasst worden, in denen es um die Honorarabrechnung nach der GOP ging. Dabei waren zwei „Streitkomplexe“ zu erkennen. Zum einen die Höhe der Abrechnung selber – also die Frage ob der 1,8fachen, der 2,3fachen oder der 3,5fachen Satz nach der GOP zur Anwendung gebracht werden kann und zum anderen die Frage der Abrechnungsfähigkeit einzelner Positionen innerhalb einer Sitzung oder der mehrfachen Abrechnung von GOP-Positionen.

Die Frage des Abrechnungsfaktors ist erst Ende des vergangenen Jahres durch den Bundesgerichtshof (BGH) beantwortet worden (Urteil v. 08.11.2007 – Az. III ZR 54/07). Im Grundsatz urteilt der BGH, dass die Abrechnung des Höchstsatzes der üblichen Gebührensätze (2,3fach) auch dann gerechtfertigt ist, wenn es sich um eine nur durchschnittliche Leistung handelt. Bei „einfachen (ärztlichen) Verrichtungen“ muss sich der Behandler jedoch im unteren Bereich der Regelsätze bewegen. Die Abrechnung höherer Steigerungssätze muss dagegen im Einzelfall verständlich und nachvollziehbar schriftlich begründet werden. Angewandt auf die Psychotherapeutische Praxis, in der „einfache Verrichtungen“ im Rahmen einer richtlinienkonformen psychotherapeutischen Behandlung nicht vorkommen, ist daher von der regelhaften Anwendbarkeit des 2,3fachen Steigerungssatzes auszugehen. Nur in besonders erschwerten Behandlungsfällen, in denen ein weit überdurchschnittlicher Arbeitseinsatz erbracht wird, kann der 3,5fache Steigerungssatz abgerechnet werden, wobei hier die dringende Empfehlung dahingehend, dies vorher schriftlich im Rahmen eines Behand-

lungsvertrages zu fixieren und nachvollziehbar für die Patienten zu erläutern. Die leider in einigen Beschwerdefällen zu erkennende Praxis für normale Behandlungsfälle bei Patienten mit gutem wirtschaftlichen Hintergrund den 3,5fachen Satz abzurechnen ist aus der Sicht des Beschwerdeausschusses zu beanstanden.

Ein weiterer aktuell mehrfach vorgetragener Beschwerdepunkt ist die Abrechnung der Pos. 860 GOP (anamnestische Erhebung) als Leistung, die innerhalb einer probatorischen Sitzung erbracht worden ist, also ohne einen separaten Patiententermin. Hier ist die GOP insoweit klar formuliert, als dass die Abrechnung der Pos. 860 nur nach einem Patiententermin möglich ist. Die Abrechnung dieser Pos. als erbrachte Leistung ohne Patiententermin oder im Rahmen einer Sitzung ist unzulässig. Dass dieser Fehler jüngst häufiger auftritt, dürfte darauf zurückzuführen sein, dass es im neuen EBM nicht notwendigerweise eines zusätzlichen Patiententermins bedarf.

Unter das Stichwort „Mehrfachabrechnung“ gehören auch alle Beschwerden, in denen Kammermitglieder GOP-Positionen, die ausdrücklich nur einmal pro Sitzungstermin abrechenbar sind (z.B. die Pos. 855, 856, 857), mehrfach abrechnen. Dies zum Teil mit der Begründung eines im Einzelfall überdurchschnittlichen Aufwands. Diese Praxis ist aus Sicht des Beschwerdeausschusses regelmäßig zu beanstanden, auch dann, wenn im Einzelfall ein besonderes Erschwerendes vorliegt. In einem solchen Fall wäre ggf. ein höherer Steigerungssatz anzusetzen (mit Begründung und Vertrag). Inwieweit im Rahmen eines Therapievertrages eine Mehrfachabrechnung innerhalb einer Sitzung in Kenntnis des Verstoßes gegen die GOP vereinbart werden kann, beschäftigt derzeit noch den Beschwerdeausschuss vor dem Hin-

tergrund der Frage des Ausnutzens eines Abhängigkeitsverhältnisses.

### **Ausstellung von Bescheinigungen für Patienten**

Ein besonders leidiges, weil überflüssiges Thema ist die Weigerung von Kammermitgliedern, Patienten Bescheinigungen über die bei Ihnen absolvierte psychotherapeutische Behandlung auszustellen. Vielfach verlangen Patienten derartige Bescheinigungen auf Bitten eines nachbehandelnden Arztes oder Psychotherapeuten, oder der Nachbehandler bittet direkt um eine solche Bescheinigung. Oftmals tritt diese Problematik auch bei einem Behandlungsabbruch auf. An dieser Stelle der Hinweis, dass bei einem Behandlungsabbruch nicht zwingend die abgebrochene Therapie durch den nachbehandelnden Kollegen fortgesetzt bzw. zu Ende geführt werden muss, sondern die Möglichkeit besteht einen Neuantrag zu stellen. Entsprechend § 10 BO-Hamburg sind die Kammermitglieder untereinander und gegenüber anderen Berufsgruppen der psychosozialen und medizinischen Versorgung zur Kooperation verpflichtet. Gleiches ergibt sich aus § 17 Abs. 2 der Muster-Berufsordnung. Die Verweigerung der zeitnahen Erstellung einer derartigen Bescheinigung, in der Regel Behandlungsbeginn, Behandlungsdauer und Anzahl der Behandlungsstunden aber keine Indikation oder Befund enthalten sein sollte, stellt demnach in jedem Fall eine Berufsordnungswidrigkeit da. Bei der Ausgabe einer derartigen Bescheinigung sind in jedem Fall die Grundsätze der Schweigepflicht zu beachten, wenn die Bescheinigung nicht vom Patienten selber angefordert wird.

### **Aktionstag „Seelische Gesundheit Hamburg 2009“**

Im Zuge des ersten Treffens der gemeinsamen Arbeitsgruppe aus Vertretern der Ärz-

tekammer Hamburg und der Psychotherapeutenkammer Hamburg zu Fragen der Versorgung psychisch Kranker in Hamburg wurde Einigkeit darüber erzielt, dass beide Kammern im Jahr 2009 einen gemeinsamen Aktionstag „Seelische Gesundheit Hamburg 2009“ vorbereiten und durchführen wollen. Alles Weitere wird in den kommenden Wochen von einer kleineren Arbeitsgruppe aus Vertretern beider Kammern erarbeitet.

### **Umfrage zum Umfang der Kostenerstattungsleistungen im KJP-Bereich bei den Hamburger Krankenkassen**

Vor dem Hintergrund einer Anfrage des Landesausschusses für Krankenhaus- und Investitionsplanung zur psychotherapeutischen Versorgung im Bereich Kinder und Jugendliche hat die Kammer 24 Gesetzliche Krankenkassen angeschrieben und um Mitteilung über den Umfang der in den Jahren 2006/2007 im Kostenerstattungsverfahren bewilligten Therapien für Kinder und Jugendliche gebeten. Unerwarteter Weise haben bis dato 20 Krankenkassen geantwortet. Die vorläufige Auswertung hat eine sehr große Bandbreite in der Genehmigungspraxis deutlich werden lassen. An der Spitze der genehmigten Therapien im Kostenerstattungsverfahren stehen die BKK-Mobil Oil, die Securita-BKK, die Barmer-Ersatzkasse und die BKK Gruner+Jahr.

### **Kooperationskonferenz „Jugendhilfe Kinder- und Jugendpsychiatrie“**

Vor dem Hintergrund mehrerer Fälle von Kindesvernachlässigung ist im Jahr 2007 von einer Arbeitsgruppe „Jugendhilfe Kinder- und Jugendpsychiatrie“ ein Hamburger Leitfaden für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie erarbeitet worden. Dieser Leitfaden sieht u. a. die Einrichtung einer Kooperationskonferenz der im Bereich Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie tätigen Einrichtungen und Akteure vor. Die Psychotherapeutenkammer ist in dieser Kooperationskonferenz durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin vertreten.

### **Gründungsboom bei MVZ's**

Derzeit ist in Hamburg ein regelrechter Gründungsboom bei Medizinischen Ver-

## **Häufige Fragen zum Praxisnachfolgeverfahren (Folge 2)**

- In letzter Zeit wird viel davon geredet, dass ich eine Zulassung auch an ein MVZ oder Ärzte verkaufen kann. Stimmt das?  
Nein, so nicht. Es ist aber möglich auf die eigene Zulassung zu verzichten und sich stattdessen von einem MVZ oder einem anderen Vertragsarzt/-psychotherapeuten anstellen zu lassen. Die Zulassung geht dann an das MVZ bzw. den Kollegen über. Die Anstellung kann auch als Teilzeitanstellung erfolgen, so dass weitere Personen angestellt werden können. Alle Anstellungen auf dieser Zulassung zusammengerechnet dürfen aber 1 Vollzeitstellung (40 Stunden/Woche) nicht überschreiten (also z.B. 2 x 20 oder 4 x 10 Stunden). Eine Leistungsmengenbegrenzung aufgrund der abgerechneten Leistungen der Vorquartale (wie beim Jobsharing oder der Anstellung ohne weitere Zulassung) gibt es in diesem Fall bei den Psychotherapeutinnen in HH nicht.
- Wenn ich mich bei einem MVZ oder anderen Vertragsarzt anstellen lasse: Kann ich diesen Schritt später rückgängig machen?  
Nein, in beiden Fällen verbleibt die Zulassung bei der „ErwerberIn“. Wer sich anstellen lässt und es sich anders überlegt, muss sich für eine Zulassung neu bewerben (und auf die Warteliste zur Praxisnachfolge setzen lassen). Bei Ausscheiden der Angestellten, kann der Arbeitgeber andere Personen als NachfolgerInnen einstellen. Alle Angestellten müssen aber über die erforderliche Fachkunde verfügen.
- Wie finde ich den passenden Nachfolger?  
Die PTK-Hamburg hat auf ihrer Webseite ein „Schwarzes Brett“ eingerichtet, auf der Kammermitglieder kostenlos „Kleinanzeigen“ schalten können. Außerdem gibt es immer wieder Veranstaltungen zu diesen Themen, z.B. „Alt trifft Jung“. Auch die psychotherapeutischen Berufsverbände bemühen sich meist um Kontaktvermittlung. Daneben können auf traditionellem Weg Anzeigen geschaltet werden, z.B. im „Psychotherapeutenjournal“. Diese Wege empfehlen sich, wenn schon im Vorfeld Weichen gestellt werden sollen. Im Rahmen des regulären Nachbesetzungsverfahrens wird die Praxis über die KV im Hamburger Ärzteblatt und auf der Webseite der KVH ([www.kvhh.net](http://www.kvhh.net)) ausgeschrieben, woraufhin sich die BewerberInnen formlos bei der KV bewerben müssen. Ein Antrag auf Zulassung (beim Zulassungsausschuss) wird erst gestellt, wenn die Praxis besichtigt und mit der PraxisabgeberIn Kontakt aufgenommen wurde.
- Wo finde ich weitere Hinweise?  
Es gibt diverse Buchveröffentlichungen zum Thema Praxisnachfolge, kürzlich erschien ein Buch von Rüping/Mittelstedt speziell zur Übergabe psychotherapeutischer Praxen. Infos zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und seinen Möglichkeiten sind auch zu finden unter <http://www.kbv.de/themen/10305.html>. Daneben informieren auch die psychotherapeutischen Berufsverbände.
- Was muss ich bei Verträgen und Steuern beachten?  
Diese Fragen können im Einzelfall sehr komplex sein und lassen die Beratung einer SteuerberaterIn oder RechtsanwältIn sinnvoll erscheinen. Zu klären ist z. B. die Steuerpflicht von Verkaufserlösen einer Praxis und auf Seiten der NachfolgerIn, ob der Abstand für den „immateriellen Wert“ als Abschreibung f. Abnutzung steuermindernd geltend gemacht werden kann (setzt u. U. Wertverlust voraus).
- Sind alle möglichen Praxissitze für ärztliche Psychotherapeuten in Hamburg ausgeschöpft? Wenn nicht, ist damit zu rechnen, dass diese in der Zukunft auch von Psychologischen Psychotherapeuten besetzt werden können?  
In Hamburg ist die 40%-Quote für ärztliche PsychotherapeutInnen meist ausgeschöpft (schwankt von Jahr zu Jahr). Wenn die Quote nicht ausgeschöpft ist, werden zunächst (auf Antrag) Jobsharing-Zulassungen in unbeschränkte Zulassungen umgewandelt. Eventuell weitere freie Sitze werden dann ebenfalls über die KV ausgeschrieben. Im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens ärztlicher Psychotherapiepraxen, können theoretisch PP/KJP berücksichtigt werden, wenn es keine geeigneten ärztlichen BewerberInnen gibt (hier ist der Eigentumsschutz der PraxisabgeberIn das entscheidende Argument).

sorgungszentren festzustellen. Zu den derzeit bestehenden gut 20 MVZ sind in den letzten Wochen mehrere neue hinzugekommen. Bemerkenswert ist dabei die Trägerstruktur. So haben sowohl die Techniker Krankenkasse als auch der BKK-Landesverband-Nord im Juni MVZ in eigener Trägerschaft eröffnet. Mindestens zwei weitere MVZ in Trägerschaft von Krankenkassen sind im Gespräch. Der Asklepios-Konzern hat ebenfalls im Juni ein MVZ im „Psych-Bereich“ eröffnet und angekündigt, in Kürze 12 weitere MVZ eröffnen zu wollen. Mit welchen Behandlungsschwerpunkten ist noch nicht bekannt.

### Hausarztvertrag AOK Rheinland/Hamburg

Die AOK Rheinland/Hamburg hat mit den hausärztlichen Verbänden in Hamburg einen Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung abgeschlossen. An dem Vertrag teilnehmende Ärzte sind Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten, praktische Ärzte sowie Kinder- und Jugendärzte. In den Vertrag ist die KVH eingebunden. Der Vertrag ist mit einem Honorarzuschlag für die teilnehmenden Ärzte verbunden.

Hier die Aussagen der Vertragspartner zum Vertrag (Zitat aus PM):

*„Eine zentrale Rolle übernimmt der Hausarzt als ‚Kordinator‘ und ‚Lotse‘ – der Patient wird von diesem Arzt seines Vertrauens während der gesamten Behandlung begleitet.“*

*Der gewählte Hausarzt bzw. Kinder- und Jugendarzt ist für den Patienten die erste*

*Anlaufstelle. Der Arzt steuert die gesamte medizinische Behandlung und vereinfacht die Weiterbehandlung beim Facharzt, im Krankenhaus oder in der Rehabilitation. Alle Befunde, Untersuchungsberichte und Therapieprogramme laufen bei dem Hausarzt bzw. Kinder- und Jugendarzt zusammen.*

*Die Vorteile für die Patienten:*

- *Umfassende Aufklärung über die gesamten Behandlungsmaßnahmen*
- *Vermeidung von Doppeluntersuchungen*
- *Erreichbarkeit des Arztes auch außerhalb der Praxiskernzeiten – z. B. bei schweren Erkrankungen*
- *Wartezeit bei vorher vereinbarten Terminen von maximal 30 Minuten – Notfälle werden bevorzugt behandelt*
- *Erinnerung an Vorsorge- und Impftermine*
- *Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen beim Spezialisten oder im Krankenhaus durch die Praxis.“*

### Expertise zur Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher in Hamburg fertig gestellt

Rechtzeitig mit dem Versand dieser Ausgabe des PTJ wird die Fortschreibung der Expertise zur Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher fertig gestellt und zur Veröffentlichung freigegeben sein. Die Ergebnisse werden seitens der Kammer im Rahmen einer Pressekonferenz der Öffentlichkeit vorgestellt. Sowohl eine Zusammenfassung als auch die komplette Expertise stehen nach der Veröffentlichung auf der Homepage der Kammer [www.ptk-hh.de](http://www.ptk-hh.de) zur Verfügung.

### Informationsflyer „Psych-Info“ neu aufgelegt

Nachdem die erste Auflage des Informationsflyers zum Psychotherapeuten-suchdienst der Landespsychotherapeutenkammern Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Saarland und Schleswig-Holstein bereits ein Jahr nach der Start des Suchdienstes im Jahr 2005 vergriffen waren, haben die beteiligten Kammer jetzt eine Neuauflage fertig gestellt. Die Gesamtauflage beträgt ca. 30.000. Die PTK-Hamburg wird wie schon in der Vergangenheit alle Beratungsstellen und komplementären Einrichtungen in Hamburg mit einer Startmenge von 50 bis 100 Exemplaren versorgen. Darüber hinaus ist mit der Hamburger Apothekerkammer eine Kooperation vereinbart worden. Die Apothekerkammer Hamburg will alle ihre Mitglieder über den Psych-Info-Suchdienst via Rundbrief informieren und je ein Exemplar des Flyers beilegen. Danach können Apotheken – wie auch andere interessierte Einrichtungen – Flyer zum Auslegen oder Verteilen bei der PTK-Hamburg kostenlos anfordern. Die PTK-Hamburg verspricht sich hiervon eine noch stärkere Resonanz auf dieses Angebot für PatientInnen.

### Geschäftsstelle

Hallerstraße 61  
20146 Hamburg  
Tel. 040/226 226 060  
Fax. 040/226 226 089  
Internet: [www.ptk-hh.de](http://www.ptk-hh.de)  
EMail: [info@ptk-hh.de](mailto:info@ptk-hh.de)

## Körperschaft des öffentlichen Rechts

Hamburgische Kammer der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten  
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten

# GEBÜHRENORDNUNG

Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg hat in ihrer Sitzung am 20. Februar 2008 aufgrund § 19 Absatz 1 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKKGH) in der Fassung vom 14.12.2005 (HmbbGVBl. Nr. 42, S. 495 ff.), zuletzt geändert am 08.01.2008 (HmbGVBl. Nr. 3, S. 17 ff) die nachfolgende Neufassung der Gebührenordnung beschlossen.

### § 1 Allgemeines

1. Die Kammer erhebt für Veranstaltungen und Leistungen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben Gebühren nach Maßgabe dieser Gebührenordnung.
2. Ist eine Gebühr innerhalb eines Gebührenrahmens zu erheben, bemisst sich ihre Höhe nach dem Verwaltungsaufwand der mit ihrer Erbringung verbunden ist.
3. In den Gebühren sind, soweit nichts Näheres bestimmt ist, die der Kammer erwachsenden Auslagen inbegriffen. Soweit sie jedoch das übliche Maß überschreiten, sind diese Auslagen gesondert zu ersetzen.

### § 2 Gebührenfestsetzung

Die Gebühr setzt die Stelle fest, die die Amtshandlung vornimmt.

### § 3 Fälligkeit

1. Die Gebühr wird nach Vornahme der Amtshandlung mit der Bekanntgabe der Gebührenfestsetzung an den Schuldner fällig.
2. Schriftstücke oder sonstige Sachen können bis zur Entrichtung der Gebühr zurückbehalten oder an den Gebührenschuldner auf dessen Kosten unter Nachname der Gebühr versandt werden.
3. Ein Widerspruch gegen die Gebühr hat keine aufschiebende Wirkung.

### § 4 Stundung, Erlass

Auf Antrag des Gebührenschuldners können in besonderen Härtefällen von der festsetzenden Stelle Gebühren ganz oder teilweise gestundet oder erlassen werden.

### § 5 Mahnung, Beitreibung

1. Für die Mahnung nach Maßgabe des Landesverwaltungsvollstreckungsgesetzes in der jeweils gültigen Fassung kann eine Mahngebühr erhoben werden.
2. Gebühren werden nach dem Landesverwaltungsvollstreckungsgesetz in der jeweils geltenden Fassung beigetrieben.

### § 6 Gebühr für Fortbildungsveranstaltungen

Für Fortbildungsveranstaltungen, die von der Kammer ausgerichtet und angeboten werden, können von den Teilnehmern Gebühren erhoben werden. Eine Differenzierung der Gebühren nach Maßgabe einer bestehenden Kammermitgliedschaft ist zulässig.

### § 7 Gebühren für besondere Leistungen

Für Leistungen, die die Kammer auf Veranlassung oder im Interesse eines einzelnen Mitgliedes

erbringt, kann soweit diese Gebührenordnung nichts anderes bestimmt, eine Gebühr in Höhe von 5,- € bis höchsten 500,- € erhoben werden. Die Höhe der Gebühr bemisst sich entsprechend § 1 Abs. 2 dieser Gebührenordnung.

### § 8 Auslagen

Die bei gebührenpflichtigen Leistungen entstehenden Auslagen können von dem Gebührenschuldner erhoben werden. Zu den Auslagen gehören Tagesgelder und Reisekosten der auf Antrag des Gebührenschuldners tätig gewordenen Mitglied eines zuständigen Organs oder Ausschusses der Kammer, Postgebühren einschließlich Fernspreckgebühren sowie Schreibauslagen für die auf Antrag erteilten Ausfertigungen, Abschriften und Ablichtungen.

### § 9 Gebühren und Auslagen in berufsgerichtlichen Verfahren

– nicht besetzt –

### § 10 Inkrafttreten

Die Gebührenordnung tritt am Tage nach der Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Psychotherapeutenkammer Hamburg in Kraft.



Anlage zur Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg i.d.F. vom 20.02.2008

**1. Allgemeine Verwaltungsgebühren**

- 1.1 Ausstellung von Bescheinigungen, Urkunden und sonstigen Zertifikaten sowie Zeitschriften davon 25,- €
- 1.2 Ausstellung von Fortbildungszertifikaten und -bescheinigungen gem. Abs II. der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg (einmal in 5 Jahren) 0,- €
- 1.3 Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen und SupervisorInnen nach Maßgabe der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg für folgende Fortbildungsangebote je Veranstaltung/Gruppe:
  - für den Supervisor/ die Supervisorin 0,- €
  - je Interventionsgruppen 0,- €
  - Teilnehmergebührenfreie Fortbildungsveranstaltung 0,- €

- Teilnehmergebührenpflichtige Fortbildungsveranstaltung 0,- €
- Kongresse oder Großveranstaltungen eine reguläre Teilnehmergebühr
- 1.4 Anerkennung von EU-Diplomen und Zertifikaten je Diplom/Zertifikat 100,- €
- 1.5 Erfolglose Rechtsmittel 50,- €
- 1.6 Mahngebühr 1. Mahnstufe 10,- €  
Mahngebühr 2. Mahnstufe 20,- €  
Kosten des Vollstreckungsverfahrens zusätzlich zu den Gerichtskosten 50,- €
- 1.7 Kosten für Rücklastschriften 15,- €
- 1.8 Für nicht durch die Gebührenordnung benannte Leistungen werden die Gebühren auf Basis eines Verwaltungsstundensatzes von 80,- € ermittelt.
- 1.9 Ausstellung des Heilberufsausweises /Erst- und Ersatzausgabe je Ausweis 40,- €

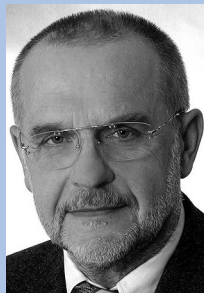
**2. Gebühren im Zusammenhang für die Erstellung von Stellungnahmen durch die Ethikkommission \*)**

- 2.1
  - a) Monozentrische Studien ohne Drittmittelfinanzierung, bzw. Drittmitteln in Höhe von weniger als 5.000,- € **250,00 Euro**
  - b) Sonstige monozentrische Studien **1.500,00 Euro**
  - c) Multizentrische Studien/klinische Prüfungen
    - Bewertung als federführende Kommission **4.000,00 Euro**
    - Mitbewertung und Stellungnahme zu lokalen Prüfstellen **550,00 Euro**
  - d) Nachmeldung von Prüfstellen, Protokollnachträge, Zwischenfallmeldungen, soweit eine inhaltliche Prüfung vorgenommen wurde **200,00 Euro**
- 2.2 Sonstige Studien, die nicht unter Nr. 2.1 fallen **1.500,00 Euro**

\*) Auf Antrag kann die Ethikkommission im Einzelfall geringere Gebühren festsetzen.

## Liebe Kolleginnen und Kollegen

In den letzten Jahren ging es an dieser Stelle meist um Vorhaben der Kammer oder um Schwierigkeiten der Berufsausübung, die aus den Veränderungen im Gesundheitswesen resultierten. Die Berufswirklichkeit von uns Therapeutinnen und Therapeuten war nur indirekt ein Thema. Dabei haben wir trotz aller Schwierigkeiten und Hindernisse und trotz aller Anstrengung, die von uns verlangt wird, einen schönen Beruf. Es ist ein Beruf, der etwas Luxuriöses beinhaltet, was allzu leicht in Vergessenheit gerät, so wie die Gesundheit, die erst in Erscheinung tritt, wenn sie einem fehlt.



Jürgen Hardt

Wir können etwas tun, was kaum einem anderem Beruf zugestanden ist: Wir dürfen an fremden Leben mit einer Intensität teilnehmen, die anderen meist verboten ist. Wenn wir nicht taub und resigniert werden, können wir in unserem täglichen Beruf trotz aller Gleichförmigkeit der Aufgaben, die das Leben stellt, ständig Neues entdecken. Das Leben bietet eine unendliche Vielfalt von Lebensformen, mit denen wir in Berührung kommen können, solange wir die Patienten, die uns aufsuchen, als Mitmenschen anerkennen und nicht in Diagnoseziffern bannen.

Dabei machen wir die verunsichernde und zugleich bereichernde Erfahrung, dass sich unsere eigenen Lebenslösungen ständig relativieren. Das ist der kostbare Luxus, den sich nicht viele leisten können. Indem wir fremdem Leben sich entwickeln helfen, haben wir die Chan-

ce, uns selbst mit weiterzuentwickeln. So wird der Zweck unseres Handelns auch zu einem Selbstzweck – wie im Spiel und der kindlichen Erfahrung.

Moritz Schlick, der Begründer des Wiener Kreises, der Urzelle strengster Wissenschaftlichkeit, sah das erstrebenswerte Ziel eines gelungenen Lebens darin, die unvoreingenommene Erfahrung im Erwachsensein zu erhalten. Nach ihm sollte das Leben nicht nur von Zwecken und Zielen bestimmt werden, sondern auch Selbstzweck wie ein Spiel bleiben. Das ist nach ihm der wahre Sinn des Lebens.

Deswegen lobte Schlick die Kindlichkeit und Jugend im Erwachsenenalter. Nach ihm solle die einzige Lebensregel lauten: „Bewahre den Geist der Jugend.“ Das helfe gegen Resignation und halte für das immer Neue offen.

Trotz aller Anstrengungen und Gefahren zu resignieren wünsche ich Ihnen, dass Sie sich etwas von diesem Geist der Jugendlichkeit, der offensichtlich mit strengstem wissenschaftlichem Anspruch einhergehen kann, erhalten können.

*Ihr Jürgen Hardt  
Präsident*

## Beratungsstellen: Ein geeigneter Ort für die Psychotherapieausbildung

Das Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz (PTG) soll u. a. der Frage nachgehen, inwiefern ein Verbesserungsbedarf für die praktische Tätigkeit während der Ausbildung gesehen wird. Neben der dringend erforderlichen Klärung der Bezahlung und des Status der PiA während ihres „Praktikums“ ergibt sich aber auch die interessante Frage, warum der 2. Teil der praktischen Tätigkeit (600 Stunden) ausschließlich in

einer von einem Sozialversicherungsträger anerkannten Institution abgeleistet werden kann (so will es die derzeit gültige Approbations- und Prüfungsverordnung). Schließlich soll die Psychotherapieausbildung nicht



Thomas Merz

nur zur niedergelassenen Tätigkeit in eigener Praxis vorbereiten, sondern allgemein zur Berufsausübung in verschiedenen Tätigkeitsfeldern befähigen. Noch immer gerät leicht aus dem Blick, dass, wie z. B. hier in Hessen, ca. 40% der Kammermitglieder in einer Institution beschäftigt sind und davon über 26% in einer Beratungsstelle. Zwar gab es in Hessen etliche Fälle, in denen nach In-Kraft-Treten des PTG Mitarbeitern in Erziehungsberatungsstellen untersagt wurde, weiterhin Psychotherapien in ihren Einrichtungen durchzuführen. Trotzdem ist bis heute davon auszugehen, dass in den allermeisten Beratungsstellen die Kolleginnen und Kollegen psychotherapeutisch arbeiten; im weiteren Sinne in der alltäglichen Beratungspraxis, in der Teamsupervision, in der Fallbesprechung, in der Helferkonferenz, in der Fortbildung für andere Fachkräfte und in engerem Sinne in Form von modifizierten Fokal- und Kurzzeittherapien, in Kinder- und in Paar- und Familientherapien.

Da es sich bei den Beratungsstellen um eine zum Gesundheitswesen komplementäre Versorgungsstruktur für Menschen in psychosozialen Notlagen handelt, ist es aus versorgungspolitischer Sicht unerlässlich, diese niedrigschwelligen und überwiegend kostenfreien Dienste weiterhin flächendeckend vorzuhalten und mit hochqualifiziertem Personal auszustatten. Dies wird auch von der Bevölkerung so gesehen, denn seit In-Kraft-Treten des PTG vor 9 Jahren hat sich die Inanspruchnahme von Beratungsstellen noch z. T. ganz

erheblich erhöht. Wenn also in Beratungsstellen weiterhin psychotherapeutischer Sachverstand benötigt wird – sowohl zum problemadäquaten Umgang mit den persönlichen Krisen der Klienten, als auch zur fachlichen Konsultation und Kooperation mit PP und KJP in Praxen und Kliniken – so könnten sie auch in Zukunft ein bedeutendes Arbeitsfeld für den psychotherapeutischen Nachwuchs bleiben.

Um dies zu gewährleisten, würde es sich anbieten, dass der 2. Teil der Ausbildung zum PP/KJP auch in Beratungsstellen absolviert werden kann. In erster Linie kämen dazu Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, Erwachsenen-, Sucht bzw. Jugend- und Drogenberatungsstellen infrage, aber auch Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, die chronisch psychisch Kranke ambulant versorgen.

Die hessische Kammer wird sich in der laufenden Diskussion über das Forschungsgutachten dafür einsetzen, dass bei einer Änderung der Approbations- und Prüfungsverordnung Beratungsstellen als Orte für die „PT 2“ mit aufgenommen werden, damit künftige Generationen von PiA eine weitere sinnvolle Wahlmöglichkeit erhalten.

*Thomas Merz,  
Mitglied des Vorstands*

## Bericht von der DV der Psychotherapeutenkammer vom 16. und 17. Mai 2008

Der DV vorausgegangen war eine Veranstaltung über zukünftige Trends psychotherapeutischer Versorgungsformen. **Dieter Best**, Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung, und **Dr. Thomas Ruprecht**, zuständig bei der Techniker Krankenkasse für die Qualitätssicherung der Versorgung psychisch Kranker, konnten als Referenten gewonnen werden. Näheres zu dieser Veranstaltung finden Sie unter [www.ptk-hessen.de/ptj](http://www.ptk-hessen.de/ptj).

Die folgende 5. DV hatte dann **vier Schwerpunkte**: Zunächst ging es um die **Finanzen der Kammer**. Der Vorstand legte den vom Wirtschaftsprüfer testierten Jahresabschluss zum 31.12.2007 vor. Im Ergebnis erwirtschaftete die Kammer einen Überschuss von ca. 37.000 EUR, was ca. 3,5% des Haushaltsvolumens entspricht. In der Planung war eine Inanspruchnahme der Rücklage vorgesehen. Diese wurde durch nicht erwartete Entwicklungen entbehrlich. Nicht vorhersehbar höhere Einnahmen bei Beiträgen, Zinsen und Gebühren einerseits und Minderausgaben in verschiedenen Bereichen des Haushalts andererseits (insbesondere die vorgesehenen Mittel für den elektronischen HBA wurden nicht in Anspruch genommen) führten zu einem positiven Abschluss. Die Delegiertenversammlung stellte den Jahresabschluss fest, führte den Überschuss den Rücklagen zu und entlastete den Vorstand.

Darüber hinaus wurde ein Nachtragshaushalt für das Jahr 2008 beschlossen. Auf der Einnahmenseite wurden z. B. die Zinserträge in Anpassung an das steigende Zinsniveau neu kalkuliert, auf der Ausgabenseite ergaben sich insbesondere Erhö-

hungen beim Personalaufwand, aber auch in anderen Bereichen.

Zum Stellenplan traf die DV mehrere Entscheidungen, für die der Vorstand einen Personalentwicklungsplan als Entscheidungsgrundlage vorgelegt hatte. Die DV begrüßte den Vorschlag des Vorstands, einen Ausbildungsplatz zum Bürokaufmann/Bürokauffrau bereitzustellen. Darüber hinaus stockte die DV die Stelle des wissenschaftlichen Referenten auf 30 Wochenstunden auf.

Insgesamt erhöht sich damit die geplante Inanspruchnahme der Rücklagen um 33.700 EUR.

Das zweite Scherpunktthema war eine **Aussprache zum Selbstverständnis der Kammer**, die in eine Absprache zum weiteren Vorgehen mündete. In Fortführung und Ergänzung des „Geisenheimer Manifestes“, in dem die Delegierten im Juni 2005 Grundsätze des gesellschafts- und gesundheitspolitischen Grundverständnisses der Kammerarbeit niederlegten, soll auf der Delegiertenversammlung im Herbst 2008 eine ausführliche Diskussion geführt werden. Austausch und Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Psychotherapiertraditionen sollen im Mittelpunkt stehen. Alle Delegierten wurden aufgefordert, vorbereitende Papiere einzuspeisen. Ein weiterer Aspekt dieser Diskussion wird die Auseinandersetzung mit dem Perspektivenpapier der Bundespsychotherapeutenkammer sein, das der 12. Deutsche Psychotherapeutentag in der letzten Sitzung verabschiedet hat und zu dem sich die Hessische Kammer vorher kritisch geäußert hat.

Des Weiteren wurde ein Antrag des Ausschusses „Wissenschaft und Forschung zur **Mitgliederbefragung zur Supervision als QS-Instrument**“ verhandelt. Einen weiteren Schwerpunkt bildeten **drei Resolutionen** zu wichtigen aktuellen Themen:

Die Delegiertenversammlung

- kritisierte die Entscheidung des G-BA zur Gesprächspsychotherapie,
- warnte vor einem drohenden Nachwuchsmangel als Auswirkung der Studienreform und
- forderte bessere Bedingungen für die psychotherapeutische Versorgung im Gesundheitswesen.

(Details zu den voranstehenden Themen finden Sie unter [www.ptk-hessen.de/ptj](http://www.ptk-hessen.de/ptj).)

In weiteren Tagesordnungspunkten befasste sich die DV mit:

- Anträgen zu berufsethischen Fragen,
- einer Änderung der Satzung (siehe „Öffentliche Bekanntmachung“ am Schluss dieser Hessenseiten),
- einer ersten Lesung der neuen Geschäftsordnung der DV,
- der Forderung nach einer Quotenregelung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und einer Herabsetzung der Quote für die ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie
- der Wahlordnung zur Delegiertenversammlung, für deren Erlass die Kammer nach einer Änderung des Heilberufsgesetzes jetzt selbst zuständig ist. Hier soll eine kleine Kommission möglichen Änderungsbedarf ermitteln.

*(RR/MO)*

## Expertenhearing im Landtag zur Entwicklung der Schulpolitik

*Die Hessische Landeskammer war am 17. Juni 2008 zu einem Expertenhearing zur aktuellen Entwicklung der Schulpolitik vor den Hessischen Landtag geladen worden und hat dort folgende Stellungnahme abgegeben. Wir dokumentieren in Auszügen.*

**Realitätsgerechte Bildung in einer paradoxen Realität** – Über Entwicklungsräume zwischen politischem Bildungsrahmen und kindlicher Wissbegier und Freude am Lernen.

Mit der Initiative für eine öffentliche Anhörung zur Diagnose der schulpolitischen Situation und deren weiteren Entwicklung reagieren die politischen Parteien im Hessischen Landtag auf eine Situation an den Schulen, die auf die bildungspolitischen Entscheidungen der letzten Jahre folgte und infolgedessen die Situation von Lehrern, Schülern und deren Eltern z. T. massiv beeinträchtigte.

Auch in den kinderpsychotherapeutischen Praxen waren viele Kolleginnen und Kollegen nach der Einführung von G8 zunehmend damit konfrontiert, dass junge Gymnasiasten vermehrt unter vielfältigen körperlichen Beschwerden (Kopf- und Bauchschmerzen, Schlafstörungen), unter Prüfungs- bzw. Versagensängsten litten, zunehmend Lernblockaden entwickelten, verstimmt und tief bedrückt wirkten. Die jungen Patienten beschrieben Tagesabläufe, in denen Freiräume für eine altersgemäße kindliche Entwicklung fehlen, und stattdessen bis in die Abendstunden und an Wochenenden gelernt werden musste. Dadurch droht Nachhilfe zum Regelfall zu werden. Eltern sehen sich immer öfter in der Rolle, schulischen Erfolg auf dem Gymnasium sicherstellen zu müssen, weil sie sonst sozialen Abstieg fürchten.

Aus Sicht der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erscheint es uns daher vor dem Hintergrund unserer Erfahrungen sinnvoll, einige Aspekte im Zusammenhang mit den Entwicklungsmöglichkeiten und -ressourcen von Kindern und Jugendlichen darzulegen. Die schulischen Anforderungen, für deren Rahmen die Politik verantwortlich ist, wie auch die sozialen Erfordernisse, die durch das Umfeld der Heranwachsenden gewährleistet werden müssen, sind Momente dieses Erfahrungswissens, in dem äußere Realität und innere Triebentwicklung stets miteinander bedacht werden.

derungen, für deren Rahmen die Politik verantwortlich ist, wie auch die sozialen Erfordernisse, die durch das Umfeld der Heranwachsenden gewährleistet werden müssen, sind Momente dieses Erfahrungswissens, in dem äußere Realität und innere Triebentwicklung stets miteinander bedacht werden.

### **Was gehört zu einer gesunden Entwicklung von 8- bis 12-Jährigen?**

Der Übergang von der Grundschule zur weiterführenden Schule war in dieser Entwicklungsphase schon immer eine komplexe Herausforderung für alle Beteiligten: Für Kinder ist es ein Aufbruch, den die Eltern ihnen zutrauen sollten und zumuten müssen. [...]

In dieser Altersstufe – dem Übergang von der Latenz in die Vorpubertät – steht entwicklungspsychologisch die sekundäre Sozialisation als vorrangige Entwicklungsaufgabe im Vordergrund. Sie sollte zu einer allmählichen Ablösung der bis dahin noch engen Eltern-Kind-Beziehung führen. Diese Entwicklungsphase ist von entscheidender Bedeutung für die folgende Adoleszenz, an deren Ende der Übergang ins Erwachsenenleben gelingen soll.

Während der Latenz nimmt die Bedeutung außerfamiliärer Leitfiguren und Beziehungen für Kinder zu. Es ist für Heranwachsende in dieser Zeit wichtig, das eigene Rollenverhalten in der Gruppe der Gleichaltrigen zu erproben. [...] Hierdurch erweitert sich – im wahrsten Sinne des Wortes – der Horizont des Kindes. Diese gleichermaßen kognitive wie auch emotionale Horizonterweiterung wird möglich durch eine Vielzahl von Erfahrungen, die das Kind mit seiner Umgebung macht und verarbeitet.

In Bezug auf das schulische Lernen sollten Kinder in der zweiten Hälfte ihrer Grundschulzeit eigene Lernstrategien entwickeln und nach und nach in die Lage kommen, sich Aufgaben einzuteilen und sich zeitlich zu organisieren. So reifen und entwickeln sich Persönlichkeitsanteile, die das weitere schulische Lernen günstig beeinflussen. [...]

Diese selbstinduzierten Fähigkeiten der Kinder entfalten sich entsprechend einem „inneren Bildungsprogramm“ des einzelnen Kindes vor dem Hintergrund seiner eigenen erworbenen Lebenserfahrungen. Idealerweise können die realitätsgemäßen Forderungen der Umwelt durch die angeeigneten Fähigkeiten sukzessive aufgenommen und bearbeitet werden. Altersgemäßes Fordern ist darum auch ein Fördern, wenn damit die kindliche Autonomieentwicklung zugleich profiliert wird. Überforderung aber droht regressive Entwicklungen hervorzurufen und damit die autonome Entwicklung des Kindes zu beeinträchtigen. Eine dauerhafte Überforderung droht zu einer massiven Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung zu führen, weil dadurch nicht nur die Fortentwicklung kognitiver Leistungen und emotionaler Fähigkeiten beeinträchtigt wird, sondern weil es hierdurch auch zu einer nachhaltigen Umkehr der Autonomieentwicklung kommen kann: Regressive Entwicklungen sind Folgen einer dauerhaften Überforderung des Kindes. Oft haben körperliche Erkrankungen in Folge von psychischen Belastungen den Effekt, dass Kinder sich wieder auf die häusliche Umgebung zurückziehen und zum eigenen Schutz den Kontakt mit der Umgebung erheblich einschränken. Psychotherapeuten sprechen hier von einem sekundären Krankheitsgewinn, weil in einem solchen Falle die Regression vor den weiteren Anforderungen der Außenwelt schützt. [...]

### **Die Überforderung der Kinder setzt die Eltern unter erhöhten Druck, so dass sie die Autonomieentwicklung der Kinder eher beschneiden als unterstützen.**

Vor dem Hintergrund einer Überforderung durch schulische Ansprüche greifen verunsicherte und gestresste Eltern meist selbst zu einer Einschränkung der kindlichen Autonomiebestrebungen: Neben den wachsenden schulischen Einschränkungen durch steigende Stundenzahlen werden die Kinder zuhause auch wieder enger geführt und kontrolliert. [...]

Dadurch engt sich der Raum der Kinder für Aktivitäten außer Haus ein. Den Kin-

dem fehlt die freie Zeit mit Gleichaltrigen, das Lernen mit und von Peers, das soziale Lernen. In der knapp bemessenen Freizeit bringen nur Wenige noch die Energie zum Lesen oder für Hobbys auf, viele melden sich bei ihren Sportvereinen oder vom Musikunterricht ab.

Kindliche Beschwerdebilder aufgrund wachsender schulischer Anforderungen konnten auch in den kinderpsychotherapeutischen Praxen beobachtet werden. Wir sehen mit Sorge das oft leider politisch motivierte Wegsehen und das fahrlässige Außerachtlassen der grundlegenden Entwicklungsbedürfnisse von Kindern. Durch Scheitern an den dargelegten Entwicklungsaufgaben können vielfältige psychische Konflikte, Leistungsängste und soziale Ängste entstehen, die sich weit bis in das Erwachsenenalter hinein auswirken.

**„Freie Schulwahl“ zwischen öffentlichen und privaten Schulträgern wird als Ausweg genutzt.**

Zugleich eröffnet sich durch die Reformierungen und die dadurch erfolgten Kürzungen der Schulzeit auf Gymnasien die Mög-

lichkeit der Selektion auf anderem Wege. In den letzten Monaten ist bei den Eltern eine verstärkte Nachfrage nach alternativen Schulformen festzustellen. Angesichts der zunehmenden Belastungen von Schülern, Eltern und Familien durch die oft unbremsten Leistungsüberforderungen von Gymnasialschülern, wählen viele Eltern für ihre Kinder den Weg einer privaten schulischen Einrichtung, wo weiterhin an der 13jährigen Beschulung festgehalten werden kann. Die Auswahl zwischen diesen Alternativen steht jedoch nur Eltern mit entsprechenden finanziellen Möglichkeiten offen. Die hierdurch erfolgte Selektion führt zu einer Schieflage in der Förderung vieler leistungsfähiger Schüler. [...]

**Zu wenig Zeit für Neugier und Freude am schulischen und sozialen Lernen kann zu seelischer Erkrankung führen.**

Für Kinder, die auf das Gymnasium wollen, ist mit der unvorbereiteten Einführung einer verkürzten Schulzeit die Schwelle am Übergang zwischen der Grund- und der weiterführenden Schule deutlich höher geworden. Die schulischen Lernbedingungen haben sich in einer Weise geändert, durch

die viele Kinder überfordert sind. Neben der Erhöhung der Wochenstundenzahlen wird eine Beschleunigung des Lernens erzwungen, bei der die Reflektion über das Gelernte und dessen Vertiefung zu kurz kommen. Statt eigene Lernstrategien auszubilden, lernen Kinder, sich mechanisch Faktenwissen anzueignen. [...]

**Die Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen lässt einen Zusammenhang zwischen den kognitiven Herausforderungen und den sich entwickelnden sozialen und emotionalen Kompetenzen sichtbar werden.** Die Schule und ihr Umfeld wird hierfür zu einem außerordentlich bedeutenden Raum, der unseres Erachtens nicht nur als Ort zur Anhäufung von Wissen, sondern auch als **Raum zur Bildung im umfassenden Sinne** genutzt werden sollte. Wo Kinder beim kognitiven Erwerb von Wissen dauerhaft überfordert und latent verunsichert werden, werden sie auch nicht die Vorzüge der Schule als einem Raum für soziales und emotionales Lernen schätzen lernen.

*Dr. Ulrich A. Müller*

## Nachrichten

### **Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer Hessen zur Auftretenshäufigkeit seelischer Erkrankungen in Hessen**

Erschütternd viele hessische Bürger – inzwischen jede dritte Frau und jeder sechste Mann – leiden unter seelischer Störungen. Das ist das Ergebnis eines aktuellen Reports der Techniker Krankenkasse, über den u. a. die Frankfurter Rundschau berichtete. Bei einem solchen offensichtlichen Anstieg von seelischen Störungen, Depressionen, Ängsten oder psychischen Überbelastungen ist die geplante Einschränkung psychotherapeutischer Leistungen unverantwortlich und für die Gesundheit der Bevölkerung gefährlich.

Nominell wird vor allem von einem starken Anstieg von Depressionen berichtet. Allerdings dürften diese diagnostischen Angaben sehr ungenau sein, weil psychopathologische Diagnosen in vielen Fällen

nicht fachgerecht erhoben werden und „Depression“ vielfach als globale Restkategorie für seelisches Leid genutzt wird. Eine fachgerechte Diagnostik seelischer Störungen allgemein sowie speziell eine präzise Differentialdiagnostik bei verschiedenen Varianten von Depressionen kann meist nur durch Psychiater sowie durch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten geleistet werden. Die genaue Diagnostik ist notwendig, um die pharmakotherapeutische Behandlungsnotwendigkeit abzuklären. Dann könnte verhindert werden, dass bei den am häufigsten auftretenden Formen der leichten bis mittleren Depressionen eine Fehlbehandlung mit Psychopharmaka vorgenommen wird.

Aktuelle wissenschaftliche Studien zeigen, dass moderne psychopharmakologische Antidepressiva, mit denen Pharmafirmen ein extrem lukratives Milliardengeschäft machen, bei leichten und mittelgradigen

Depressionen nicht bedeutsam wirksamer sind als Placebos – also Behandlungen mit arzneimittelwissenschaftlich unwirksamen Stoffen. Wissenschaftliche Studien zeigen im Gegenteil mit aller Deutlichkeit und großer Regelmäßigkeit, dass fachkundliche Psychotherapie durch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten oft sehr gute Ergebnisse bei den häufigsten Formen der Depression hat.

Die meisten seelischen Erkrankungen sind heutzutage psychotherapeutisch gut behandelbar. Primäre Psychopharmakotherapie ist nur bei den eher seltenen Formen schwerer psychischer Erkrankungen wie Schizophrenie oder manisch-depressivem Irresein erste Wahl. Deshalb ist es ein ethisches Gebot, aber auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten unabdingbar, dass eine flächendeckende psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung bereitgehalten und aufrechterhalten wird.

Der weitverbreiteten Praxis bei unspezifischen Diagnosen massenweise Psychopharmaka zu verordnen und damit

Scheinbehandlung zu praktizieren, muss entgegengetreten werden, auch weil dadurch notwendige und wirksame psycho-

therapeutische Behandlungen oft verhindert werden.  
Wiesbaden, 25.06.2008

### Nachrichten im Internet – z. B.

**GEZ-Gebühr für Praxis-Computer mit Internetanschluss: 2:1 gegen die GEZ** – Zwei Verwaltungsgerichte (Braunschweig und Koblenz) haben jüngst entschieden, dass keine Rundfunkgebühr für Computer mit Internetanschluss in einer Praxis gezahlt werden muss, das Verwaltungsgericht Ansbach hält die Gebühr für rechtmäßig.

**Bundesministerium für Gesundheit be-  
anstandet Beschluss des G-BA zur Ge-  
sprächspsychotherapie nicht.**

**Bundesgerichtshof zur Methode der  
Praxiswertermittlung: Im Zusammen-  
hang einer familienrechtlichen Streitig-  
keit äußert sich der BGH zur Bewertung  
einer freiberuflichen Praxis und insbe-  
sondere zu der Bewertung des „good  
will“.**

**Wie darf ich mich und meine Praxis im  
Internet darstellen?**

Diese und seit Redaktionsschluss neu eingegangene Nachrichten finden Sie im Internet unter [www.ptk-hessen.de/ptj](http://www.ptk-hessen.de/ptj).

## Rubriken

### Termine

Termine und Informationen finden Sie immer aktuell unter [www.ptk-hessen.de/ptj](http://www.ptk-hessen.de/ptj).

- Delegiertenversammlung 7.–8. November 2008, Achat Plaza Hotel, Ernst-Griesheimer-Platz 7, 63071 Offenbach.
- Gesundheit und ethnisch-kulturelle Vielfalt, Aufbaukurs, II. Modul: Zentral- und Südafrika, 14.–15. November 2008., Bad Nauheim. In Kooperation mit der Landesärztekammer.

- „Ist Irren noch menschlich? – Psychotherapie im gesundheitspolitischen Wandel“, Veranstaltung von LPPKJP und Landesärztekammer Hessen, 23.–24. Januar 2009, Frankfurt, Haus am Dom.

### Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegin:

Dipl.-Psych. Andrea Vierhaus, Wiesbaden, geb. 13.01.1944, gest. 21.06.2008.

### Redaktion

#### Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier  
E-Mail: [ptj@ptk-hessen.de](mailto:ptj@ptk-hessen.de)  
Hessenseiten des Psychotherapeutenjournals im Internet: [www.ptk-hessen.de/ptj](http://www.ptk-hessen.de/ptj)

### Geschäftsstelle

Gutenbergplatz 1  
65187 Wiesbaden  
Tel 0611. 53168 0  
Fax 0611. 53168 29  
E-Mail: [post@ptk-hessen.de](mailto:post@ptk-hessen.de)  
Internet: [www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)

## Öffentliche Bekanntmachung

Die nachfolgende **Änderung der Satzung** wird hiermit bekannt gemacht:

Am 17. Mai 2008 hat die Delegiertenversammlung der Landeskommission für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten die folgenden Änderungen der Satzung (zuletzt geändert am 3. November 2007) beschlossen:

#### Ergänzung von § 12 Abs. 2 der Satzung durch Einfügung nach Satz 1:

„Der Ausschuss kann in einer der ersten Sitzungen eine/n stellvertretenden Vorsitzende/n wählen. Passiv wahlberechtigt sind die Mitglieder des Ausschusses.“

Die Delegiertenversammlung kann persönliche Stellvertreterinnen / Stellvertreter für die Mitglieder eines Ausschusses wählen.“

Wiesbaden, den 2. Juni 2008, gez. Jürgen Hardt, Präsident

Die Änderung wurde vom Hessischen Sozialministerium am 9. Juni 2008 (Az.: V 1 18b 2420) genehmigt.

# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Vordergrund stehen in dieser Ausgabe des PTJ zwei Berichte aus der Arbeit der PKN:

Zunächst informiert Annika Gnoth über den „Kliniker-Tag“ im Februar, den sie wesentlich mit vorbereitet und dann auch moderiert hat; der Ausschuss Angestellte/Beamte und der Vorstand sind dabei, diese Tagung auszuwerten und darauf aufbauende Impulse und Initiativen zu entwickeln. Einen ersten Schritt haben wir bereits eingeleitet: In Kooperation mit den Ausbildungsinstituten in Niedersachsen bemühen wir uns, uns einen Überblick über die Unterschiede in den Ausbildungsbedingungen für die PiA in unserem Bundesland zu verschaffen.

Im zweiten Bericht stellt Dr. Bernd Borchard als Forensik-Beauftragter des Vorstands die Arbeit in der Forensik-Kommission vor, deren bisherige Ergebnisse sich unseres Erachtens sehen lassen können. In seinem Bericht erfahren Sie auch etwas über den aktuellen Stand der Diskussion zu diesem Themenkomplex auf Landes- und Bundesebene.

Aus der Vorstandarbeit der letzten Monate wollen wir kurz berichten:

- Wir haben eine intensive inhaltliche Zusammenarbeit mit dem „Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung“ (NiZzA), der für die Kammern der Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten die Aufgaben des

Landesprüfungsamts für Heilberufe übernommen hat. Es geht uns in dieser Zusammenarbeit darum, dass die besonderen Bedingungen unseres Weges zur Approbation bei den Entscheidungen von NiZzA berücksichtigt und aus diesen Bedingungen resultierende Erschwernisse für angehende KollegInnen gemildert werden.

- Der Vorstand hat die dann auch vom 12. Deutschen Psychotherapeutentag unterstützte Initiative der BPTK, eine 20%-Quote für den Anteil der KJP unter den Psychotherapeuten zu fordern, ausführlich diskutiert und sich letztlich mehrheitlich gegen Quoten überhaupt ausgesprochen. Zwei Gründe waren dafür verantwortlich: Wir meinen zum einen, nicht mit guten Gründen gegen einen Arztvorbehalt von 40 oder jetzt wohl 20% kämpfen zu können, wenn wir gleichzeitig selbst die Einführung einer Quote innerhalb unserer eigenen Berufsquote fordern. Und wir sehen zum anderen als zumindest möglich an, dass – ähnlich wie beim Arztvorbehalt – freie Praxissitze nicht von PP besetzt werden können, weil sie wegen einer Quote für KJP frei gehalten werden müssen.
- Zu den Fortbildungszertifikaten gemäß § 95 d SGB V hat der Vorstand 2 Beschlüsse gefasst, vorbehaltlich der Zustimmung der Psychotherapeutenkammer Bremen, mit der gemeinsam die PKN Akkreditierung und Zertifizierung vornimmt: (1) Das Ausstellen des Zertifikats liegt in der Verantwortung der jewei-

ligen Mitglieder. Folglich wird das Zertifikat gemäß § 95 d SGB V ausschließlich auf Antrag erstellt.

(2) Die Gesamtzahl aller in den jeweiligen Zeiträumen erreichten Fortbildungspunkte wird nicht auf dem Zertifikat ausgewiesen. Es wird lediglich darauf hingewiesen, dass der Antragsteller in dem benannten Zeitraum seiner Fortbildungspflicht gemäß § 95 d SGB V genügt hat.

Der Geschäftsführer der PKN, Herr Mittelstaedt, wird in der nächsten Ausgabe des PTJ näher über Procedere und Gründe für diese Entscheidungen informieren.

- Die PKN hat den Erfahrungsaustausch mit den PP und KJP in den niedersächsischen Zulassungsausschüssen und im Berufungsausschuss fortgesetzt. Auf einem gut besuchten Treffen standen im Mittelpunkt Informationen der Juristinnen Dr. Rüping und Soffner zu den Themen Arztvorbehaltsquote, Beschäftigung eines Entlastungsassistenten, die Möglichkeit halber Vertragspsychotherapeutesitze, Möglichkeiten der Sonderbedarfszulassung und die Einrichtung einer Zweigpraxis. Deutlich wurde, dass die PKN-Mitglieder in den Zulassungsausschüssen sehr viel wert darauf legen, auch zu diesen Themen in Ihrem Interesse gut informiert zu sein.

*Ihr PKN-Vorstand:*

*Dr. Lothar Wittmann, Gertrud Corman-Bergau, Werner Köthke, Bertke Reiffen-Züger, Prof. Dr. Hans-Joachim Schwartz*

## „Kliniker-Tag“: Verlauf und Ergebnisse

Rund 70 Kammermitglieder folgten der Einladung der PKN zur Konferenz für angestellte und beamtete Psychologische

Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie PiAs in Kliniken und Krankenhäusern am

23.02.2008. Ziel der Tagung war es, den Wunsch des Kammervorstandes umzusetzen, sich zukünftig noch intensiver und

zielgerichteter für die Belange der angestellten Kolleginnen und Kollegen in Kliniken und Krankenhäusern einsetzen zu können.

Es wurde in den Gesprächen vielfach kritisch angemerkt, dass sich die angestellten Kolleginnen und Kollegen im Vergleich zu niedergelassenen Kammermitgliedern innerhalb der Kammer als noch nicht ausreichend positioniert ansehen; der Wunsch nach mehr Berücksichtigung in der Kammerarbeit wurde verdeutlicht. Dieser Kritik hat sich der Vorstand aufmerksam gestellt.

### Schwerpunkte der Diskussionen

Während der Tagung gab es verschiedene Beteiligungsmöglichkeiten für die Teilnehmer. Angeregt durch die Wortbeiträge der beiden Referenten, der Rechtsanwältin Frau Dr. Karoff und dem Kollegen Höhner vom Landschaftsverband Nordrhein, entstanden lebhafte Diskussionen.



*Annika Gnoth, Moderatorin des „Kliniker-Tags“ und Autorin dieses Berichts*

Zentrale Themen des Tages waren die Vergütung und berufliche Stellung in den Kliniken. Durch vielfältige Berichte wurde deutlich, dass von den Kollegen hochwertige Tätigkeiten durchgeführt, diese jedoch in der Regel nicht entsprechend honoriert werden, wobei hierbei häufig der Vergleich mit fachärztlichen Kollegen gesucht wurde. In den Diskussionen wurde dieser Vergleich zunehmend kritisch bewertet und es wurde darauf aufmerksam gemacht, dass sich die

PPs und KJPs als eigenständige Berufsgruppe darstellen und daher nicht den Vergleich mit Fachärzten suchen sollten. Entsprechend wurde angemerkt, dass die spezifischen Kompetenzen unserer Berufsgruppe in der Öffentlichkeit (berufsfremde Kollegen, Arbeitgeber, Politik, ...) nicht genügend bekannt sind und wir uns selbst auch nicht ausreichend selbstbewusst darstellen. Erschwerend für einen selbstsicheren Auftritt als einheitliche Berufsgruppe kommt nach Auffassung einiger Teilnehmer hinzu, dass durch eine Betonung der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Therapieschule eine Zergliederung der eigenen Berufsgruppe stattfindet, die wiederum das Auftreten in der Öffentlichkeit und das Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb der eigenen Berufsgruppe negativ beeinflusst.

Aus all dem wurde als Kernthema der Diskussion deutlich, dass ein Hauptanliegen die Darstellung der Kompetenzen der Therapeuten ist, welche auch entsprechend mehr in der Öffentlichkeit erfolgen sollte. Die PPs und KJPs sollten sich selbstbewusst präsentieren und sich in Diskussionen unabhängig von einer Gleichsetzung mit Fachärzten zeigen.

Einen weiteren Tagungsschwerpunkt bildete die Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA). Frau Dr. Karoff wurde um eine juristische Einschätzung der Situation der PiA zu konkreten Fragen gebeten und es wurde deutlich, dass es noch großen Klärungsbedarf für die Möglichkeiten des Einsatzes, aber auch der Bezahlung der PiA gibt. Es sollte beispielsweise geklärt werden, ob PiAs als Psychotherapeuten oder Auszubildende betrachtet werden sollten, was unter Umständen auch Konsequenzen für deren Tätigkeiten, aber eben auch für die Bezahlung haben könnte: Sollten PiAs beispielsweise gemäß dem Einsatz in den Kliniken bezahlt oder gemäß der Bezahlung in den Kliniken eingesetzt werden? Als Anregung wurde aufgegriffen, dass eine entsprechende juristische Einschätzung auch Arbeitgebern, Kliniken und Ausbildungsstätten bekannt gegeben werden sollte.

### Auswertung des Themenboards

Neben einer Sammlung der Wortbeiträge in den Diskussionen mit den Referenten wurden Anregungen der Teilnehmer auf

Moderationskarten auf ein Themenboard geheftet. Die Auswertung dieser Karten ergab zusätzliche Anregungen und Themen, aber auch Hinweise auf Problemstellungen in den Arbeitsbereichen einzelner Teilnehmer.

Ein Schwerpunktthema war auch hier das Selbstbild als eine Berufsgruppe. Die häufigsten Nennungen bezogen sich auf eine gewünschte Gleichstellung der PP und KJP, aber auch auf eine Gleichstellung der von Dipl.-Psychologen, Dipl.-Pädagogen und Dipl.-Sozialpädagogen innerhalb der Gruppe der KJP. Angeregt wurde weiter, über die Abgrenzung zu Dipl.-Psychologen ohne therapeutische Zusatzausbildung und – wie bereits angesprochen – eine Annäherung der Therapieschulen nachzudenken.

Anregungen zur Darstellung der Kompetenzen, Vergütung bzw. auch einer Selbstdarstellung betrafen beispielsweise das teilweise schwierige Rollengefüge Arzt/PP/Krankenpflege, insbesondere dass hier häufig die Weisungsbefugnis unklar ist, oder eine eigene Fachaufsicht durch leitende Psychologische Psychotherapeuten gefordert werden müsste. Auch hier hat die Diskussion der kompetenzgerechten Bezahlung nicht gefehlt, aber auch Fragen zu den Rechten und Pflichten von PPs im Vergleich zu Dipl.-Psychologen in Kliniken bzw. der Kompetenzsicherung im Aufgabenprofil z. B. in Abgrenzung zu Sozialpädagogen.

In den Diskussionen zu den Wortbeiträgen zeigte sich bereits, dass den Teilnehmern auch die Situation der PiAs am Herzen lag. Erfreulicherweise nahmen auch viele PiAs an der Konferenz teil. An dem Themenboard machte sich dies dadurch bemerkbar, dass eine angemessene und einheitliche Bezahlung der PiAs gefordert wurde. Es wurde kritisch darauf aufmerksam gemacht, dass manche Ausbildungsteilnehmer Hartz IV beantragen müssen, um die PiA-Jahre überleben zu können, dass PiAs teilweise als Reinigungskräfte personalverwaltet werden und eine Bezahlung von 780 € Brutto für eine 40 Stundenwoche nicht akzeptabel ist. Die Idee einer juristischen Einschätzung der Stellung der PiA in Krankenhäusern bzgl. Kompetenzen, Auf-



gaben und Rechte wurde ebenso nochmals aufgegriffen wie der Wunsch, diese für alle Beteiligten (Ärzte, Psychologen, Stationsteams, Pflegepersonal) transparent darzulegen.

### Ergebnisse der Fragebogen-erhebung

Die Auswertung eines von den Teilnehmern vor Ort ausgefüllten Fragebogens brachte vielfältige Ergebnisse, von denen nachfolgend eine Auswahl dargestellt wird. Die Mehrheit der Teilnehmer gab an, in der Klinik selbständig oder sowohl selbständig als auch im Team tätig zu sein (54%). Mit 72% empfindet die überwiegende Anzahl

der Teilnehmer die eigene Tätigkeit als gut und entsprechend der eigenen Qualifikation im Team vertreten. Lediglich 28% empfinden dies nicht oder nur in Teilaspekten so. 87% geben an, unter einem Arzt als Vorgesetzten zu arbeiten, nur 4% unter einem Psychologen. Obwohl sich insbesondere in der Diskussion um die Vergütung immer wieder der Vergleich mit den ärztlichen Kollegen einstellt, fühlt sich mit 64% die Mehrheit jedoch nicht durch eine Konkurrenz mit den Ärzten belastet. Letzteres geben dann aber immerhin noch 31% an. 70% der Teilnehmer sind mit der Tätigkeit in der Klinik zufrieden und 83% erleben auch eine Wertschätzung ihrer Tätigkeit. Je 15% geben an, mit ihrer Tätigkeit

nicht zufrieden zu sein oder antworteten „weder noch“, 10% fühlen sich in ihrer Tätigkeit nicht wertgeschätzt.

Insgesamt ist die Tagung als großer Erfolg zu bewerten. Der Ausschuss Angestellte und Beamte sowie der Vorstand der PKN werten die Anregungen und „Aufträge“ an die Kammer bereits aus und prüfen, wie diese in ein Handlungskonzept übertragen werden können. Wir werden sicher darüber berichten!

*Dipl.-Psych. Annika Gnoth,  
Psychologische Psychotherapeutin,  
TU Braunschweig  
a.gnoth@tu-braunschweig.de*

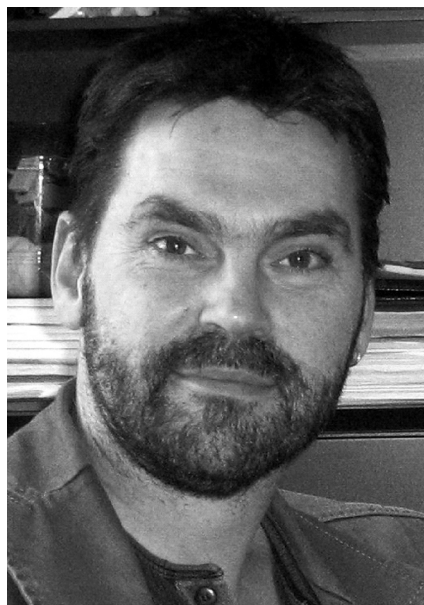
## Forensikkommission der PKN: Aktueller Stand der Entwicklung und gegenwärtige Diskussion

Psychotherapeutenkammern werden immer häufiger angefragt, wenn z. B. Betroffene, Auftraggeber oder zuständige Ministerien fachlich kompetente Hilfe suchen. So entstand auch die Arbeit der Forensik-Kommission der PKN. Ausgangsfrage war, welche Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen als Gutachter im strafrechtlichen Bereich zur Schuldfähigkeit und zu prognostischen Einschätzungen in Frage kommen. Bei stetig steigendem Bedarf in diesem Aufgabengebiet fehlte es offensichtlich landesweit an Namen kompetenter Kolleginnen und Kollegen sowie transparenten, nachvollziehbaren Qualifikationskriterien.

Ein erster Schritt war die am 22.12.2003 getroffene Vereinbarung zwischen der PKN und dem damaligen Niedersächsischen Landeskrankenhaus Königslutter, in der in Punkt III als gemeinsames Ziel die Zertifizierung als „Psychologisch-Forensischer Gutachter“ formuliert wurde. Mit dieser Qualifizierung psychologisch-forensischer Gutachter entspricht die PKN auch dem Auftrag des Niedersächsischen HeilKammergesetzes (HKG, § 9 Abs.1, 1., 3. und 6.).

In einem ersten Schritt ging es um die Zertifizierung erfahrener psychologisch-forensischer Gutachter mit der Formulierung von Übergangsbestimmungen und

anschließend um die Entwicklung eines Fortbildungs-Curriculums „Begutachtung und Psychotherapie von Straftätern“.



*Dr. Bernd Borchers, Forensik-Berauftragter der PKN und Autor dieses Berichts*

Zur Erreichung dieser Ziele ernannte der Vorstand der PKN in Absprache mit der Klinik-Leitung des NLKH Königslutter die „Forensik-Kommission“, der jeweils drei Personen sowohl für das NLKH Königslutter (Herr Dr. Hasan, Frau Dipl.-Psych. Tiedtke, Frau Dipl.-Psych. Peters) als auch für die PKN (Frau Dipl.-Psych. Gnoth [vorher Herr Prof. Dr. Hahlweg], Herr Dipl.-Psych.

Nunnendorf und Herr Dr. Borchard) angehören. Diese Kommission konstituierte sich am 20.01.2004.

Im Mai 2004 wurde dem Vorstand der PKN eine Kriterienliste zur Aufnahme in die Liste „Sachverständige(r) für psychologisch-forensische Begutachtung zu Schuldfähigkeit/Prognose“ vorgelegt.

Mit diesem Regelungswerk wurden zunächst Übergangs-Bestimmungen vor Inkraft-Treten des Fortbildungs-Curriculums „Begutachtung und Psychotherapie von Straftätern“ formuliert, die der Tatsache Rechnung tragen, dass von langjährig erfahrenen psychologisch-forensischen Gutachtern nicht verlangt werden kann, sich einer Fortbildung in psychologisch-forensischer Begutachtung zu unterziehen.

Am 03.12.2005 verabschiedete die Kammerversammlung der PKN dann ein von der Forensik-Kommission entwickeltes und vom Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung der PKN bestätigtes Fortbildungs-Curriculum „Begutachtung und Psychotherapie von Straftätern“.

Nach erfolgreich absolviertem Curriculum wird der Absolvent auf Antrag, Beratung in unserer Kommission und Beschluss im Vorstand in die sog. Gutachter- und Behandlerliste aufgenommen und erhält das

Zertifikat „Gutachter(in) für psychologisch-forensische Begutachtungen zu Schuldfähigkeit/Prognose, Psychotherapeut(in) von Straftätern“. Dabei ist die Chronologie des Erwerbs von Approbation und dieser curricularen Fortbildung variabel.

Damit entspricht die PKN einem Anliegen des Niedersächsischen Sozialministeriums (MS) sowie des Niedersächsischen Justizministeriums (MJ), PP und KJP zu qualifizierten forensischen Gutachtern und Psychotherapeuten von Straftätern fortzubilden und sie in einer Gutachterliste zu führen.

In einem Schreiben vom 24.02.2006 unterstützt das Niedersächsische Justizministerium die PKN in diesem Fortbildungsprojekt: „...sind wir von Ihrem Fortbildungs-Curriculum ‚Begutachtung und Psychotherapie von Straftätern‘ sehr angegan. Der Ansatz, eine Verbindung zwischen Begutachtung und Therapie zu schaffen, ist sehr überzeugend. Ein Therapeut kennt die Möglichkeiten und Grenzen einer Therapie und kann damit eine angemessene Prognose sicher treffender stellen als ein Gutachter, dem diese Kompetenz fehlt. Ich kann Sie deshalb in Ihrem Bemühen zur Qualitätssicherung nur bestärken.“

Im Februar 2006 startete die Psychiatrie-Akademie des NLK Königslutter mit Seminaren zu diesem Fortbildungs-Curriculum, ein Qualifizierungsangebot für Psychotherapeuten und Ärzte, die in den unterschiedlichsten Bereichen mit Straftätern zu tun haben.

Eine erfreulich erfolgreiche Forensik-Tagung der PKN im März 2007 in Königslutter führte neben inhaltlich herausragenden Beiträgen zu regem Austausch und weiterer Vernetzung der forensischen Kompetenzen (ausführlicher dazu: Psychotherapeutenjournal, Ausgabe 2/2007, S. 193–195).

Auch wurde nochmals deutlich, dass weiterhin viele Fragen offen sind: Wer behandelt aus dem Justizvollzug entlassene Straftäter oder Täter mit einer Bewährungsaufgabe für Psychotherapie? Wie ist die Finanzierung ambulanter forensischer Psychotherapie geregelt? An wen wenden sich Betroffene für eine Risikoeinschät-

zung hinsichtlich möglicher Straftaten und/oder für psychotherapeutische Hilfe bevor schwerwiegende Delikte begangen werden? Wie können gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen mit Juristen gestaltet werden, um mehr über- und voneinander zu wissen und zu lernen?

Auch zu diesen Fragen kam es immer wieder zu Gesprächen zwischen Vertretern der zuständigen Ministerien und dem Vorstand der PKN mit Beteiligung der Forensik-Kommission, zuletzt am 06.06.2008 in unserer Geschäftsstelle.

Parallel entwickelte sich ab 2006 auch auf Initiative der niedersächsischen Kammer der Gedanke einer bundesweiten Regelung für die forensische Sachverständigentätigkeit von Psychotherapeuten. Eine vom Länderrat gewünschte länderübergreifende Arbeitsgruppe soll dazu Standards formulieren, Übergangs- und Fortbildungskriterien entwickeln und die relevanten Aufgaben- bzw. Rechtsgebiete definieren. Die erste Sitzung dieser AG, in der mittlerweile fast alle Landespsychotherapeutenkammern vertreten sind (Landeskammern Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Bremen, Berlin, Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer), fand am 16.11.2006 statt. Zum Sprecher wurde Herr Dr. Rose von der bayerischen Landeskammer gewählt.

Die Arbeitsgruppe betonte bisher die hohe Bedeutung heilkundlichen Wissens für die forensische Sachverständigentätigkeit, ohne daraus einen Alleinvertretungsanspruch ableiten zu wollen. Die möglichst bundeseinheitlichen Regelungen und Standards sollen ebenfalls eine curriculare Fortbildung und angemessene Übergangsregelungen für langjährig erfahrene Sachverständige enthalten. Hinsichtlich der verschiedenen Rechtsgebiete soll es die Möglichkeit zur Schwerpunktsetzung geben. Vorgesehen ist dazu neben der Approbation ein gemeinsames Grundlagenmodul zur forensischen Sachverständigentätigkeit, worauf sich anschließend eine oder mehrere Spezialisierung(en), z. B. Strafrecht, Familienrecht oder Sozialrecht aufbauen. Zudem ist ein praktischer Teil unter Supervision geplant. Entsprechend spezielle Sachver-

ständigenlisten könnten dann von den Länderkammern geführt werden.

Ein Zwischenbericht der bisherigen Überlegungen und Vorschläge findet sich im Psychotherapeutenjournal, Ausgabe 4/2007, S. 383–385.

Die achte Sitzung dieser Arbeitsgruppe fand am 18.06.2008 in Hannover statt und die inhaltliche Arbeit ist damit soweit gediehen, dass in Kürze über die Ergebnisse in den zuständigen Gremien auf Landes- und Bundesebene diskutiert und entschieden werden kann. Geleitet wird die Arbeit der Kommission Forensik der PKN als auch der länderübergreifenden AG weiterhin von den Gedanken, dass einheitliche, nachvollziehbare und überprüfbare Qualitätsstandards für jede Art der Sachverständigentätigkeit unverzichtbar sind und es auch berufspolitisch unbedingt notwendig ist, dieses Aufgabengebiet für Psychotherapeuten umfassend und offen-siv zu regeln.

Weitere Informationen zu den Kriterien, Übergangsbestimmungen und zum Curriculum finden sich auf den Internetseiten der PKN unter: <http://www.pknds.de> (unter „Satzungen/Ordnungen“).

**Dr. Bernd Borchard,**  
**Psychologischer Psychotherapeut,**  
**Vorsitzender der Forensik-Kommission und Forensik-Beauftragter der PKN, NLKH Moringen**  
**E-Mail: [Bernd.Borchard@nlkh-moringen.Niedersachsen.de](mailto:Bernd.Borchard@nlkh-moringen.Niedersachsen.de)**

#### 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](mailto:info@pk-nds.de)  
Mail-Anschrift für Fragen zur Akkreditierung: [Akkreditierung@pk-nds.de](mailto:Akkreditierung@pk-nds.de)  
Internet: [www.pk-nds.de](http://www.pk-nds.de)



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

## 21. Kammerversammlung am 25. April 2008 in Dortmund

### **Psychotherapeutische Versorgung – aus der Sicht der TK**

Die Zukunft der ambulanten und stationären Psychotherapie aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen beschrieb Dr. Thomas Ruprecht, Arzt bei der Techniker Krankenkasse (TK), der als Gast zur Kammerversammlung eingeladen war. Ruprecht führte aus, dass das TK-Image einer „psychoaffinen Kasse“ sich zukünftig zu einem Wettbewerbsnachteil entwickeln könne. Durch den gesetzlich beschlossenen Gesundheitsfonds erzielten ab 2009 alle Krankenkassen grundsätzlich die gleichen Einnahmen je Versicherten. Die teure Psychotherapie könnte sich deshalb zu einem Nachteil für Kassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil von psychisch Kranken entwickeln. Eine Rolle spiele dabei, ob und wie psychische Krankheiten im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigt würden.

Die TK belastet vor allem der überdurchschnittliche Anstieg ihrer Ausgaben für die stationäre Versorgung von psychisch Kranken. Psychisch kranke Patienten, die bei der TK versichert sind, sind länger im Krankenhaus, benötigen häufiger eine erneute Krankenhausbehandlung und erzeugen je Fall höhere Kosten als in den Vorjahren. Zwischen 2003 und 2006 stieg die Zahl der stationären Aufenthalte von TK-Versicherten um 35,0 Prozent. Die TK-Ausgaben stiegen entsprechend von 230 Mio. € auf 300 Mio. €, ein Anstieg um 32,8 Prozent.

Ruprecht erklärte, dass die TK deshalb integrierte Versorgungsverträge für psychisch Kranke anstrebe, die eine stärkere ambulante Behandlung insbesondere von

schwer psychisch Kranken beinhalten. Dafür müsse sich allerdings auch die ambulante Versorgung erheblich verändern. Die TK kritisiert eine Fehlallokation der Ressourcen in der ambulanten Versorgung psychisch Kranker.



*Dr. Thomas Ruprecht*

- Die Therapiewahl und -dauer sei nicht primär diagnose- und/oder morbiditätsbedingt, sondern angebotsabhängig. Die Art des erstkontaktierten Therapeuten entscheide über Therapieform und damit auch über Therapiedauer bei gleicher Diagnose, die sich wiederum an den Kontingenten für eine Langzeittherapie (VT 45, TP 50, PA 160) und nicht an der Morbidität orientiere.
- Es gäbe keine hinreichende Differentialdiagnostik, u. a. aufgrund des Selbstzuweisungssystems und „unattraktiver“ Probatorik.
- Im ambulanten Bereich bestehe die Tendenz, sich auf Patienten zu konzen-

trieren, die leichte oder mittlere Störungen hätten (YAVIS-Patienten) und Patienten mit höherer Krankheitslast bzw. höheren Pharmakotherapiekosten an die Krankenhäuser zu überweisen. Die Fehlallokationen seien vor allem bei Psychoanalyse besonders unwirtschaftlich, weil sie wegen der längeren Behandlungsdauer bei einheitlichem EBM-Punktwert überproportional hohe Kosten verursache.

- Das Gutachterverfahren entfalte kaum Steuerungspotenzial. Nur 0,4 Prozent der eingegangenen Anträge für TK-Versicherte würden überhaupt abgelehnt (Bundesdurchschnitt: 4 Prozent). „Angesichts dieser niedrigen Quote stellt sich die Frage, ob nicht grundsätzlich auf das Gutachterverfahren verzichtet werden kann“, stellte Ruprecht fest.
- Fehlsteuerung gäbe es auch in der Bedarfsplanung u. a. dadurch, dass Teilzeit-Therapeuten Vollzeit-Praxissitze in Anspruch nähmen.
- Schließlich sei der Patienten-„Durchsatz“ zu gering. Das führe zu Kapazitätsengpässen und langen Wartezeiten.

Die Zukunft der Versorgung psychisch Kranker sieht Ruprecht in einer bedarfsgerechteren Versorgung im Lebensumfeld der Versicherten, vor allem bei chronisch psychisch Kranken. Im Einzelnen gehöre dazu: „Home treatment“, feste Ansprechpartner und Bezugspersonen, schnelle Erreichbarkeit über 24 Stunden und 7 Tage die Woche, flexibler, unbürokratischer Zugang zur Versorgung, Einsatz eines multiprofessionell angebotenen Therapiepakets, u. a. eine neue abgestufte haus- und fachärztliche sowie psychotherapeutische Versorgung, häusliche psychiatrische Kran-

kenpflege, Soziotherapie, Psychoedukation, ambulante Krisenintervention, Rückzugsräume („Krisenpension“), stationäre Behandlung (bei akuter Selbst- u. Fremdgefährdung), „Fallmanagement“ mit Lotsenfunktion, personenzentrierte Hilfeplanung, Hilfeplankonferenzen.

Die Delegierten der Kammerversammlung diskutierten mehr als zwei Stunden intensiv und kontrovers mit Dr. Ruprecht über die von ihm dargestellten Daten und die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen. Vereinbart wurde, die Diskussion in einem Workshop weiter zu führen.

### TK-Modellprojekt Qualitätsmonitoring

Ruprecht berichtete auch zum Stand des TK Modellprojekts „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“. Die Patienten im Modellvorhaben seien bezogen auf Messinstrumente und Schwellenwerte behandlungsbedürftig. Die Ergebnisse zeigten bisher eindeutig, dass Psychotherapie wirkt und die Qualität der Psychotherapie messbar sei. Ein Abschlussbericht zum Modellprojekt sei im Juli 2010 zu erwarten.

### Kinder und Jugendliche sind unterversorgt

Die Unterversorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen war ein weiteres aktuelles Thema der 21. Kammerversammlung in Dortmund. Die Delegierten kritisierten insbesondere die Planung des Bundesgesundheitsministeriums, die Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auf zehn Prozent zu begrenzen. Bundesweit liegt der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der gesetzlichen Krankenversicherung allerdings schon bei 13,6 Prozent. Berechnungen der Psychotherapeutenkammer NRW kamen auf einen Anteil von 11,3 Prozent in Nordrhein und 14,9 Prozent in Westfalen-Lippe (NRW-Durchschnitt 12,9 Prozent). Eine Mindestquote von zehn Prozent würde in NRW keine bessere Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen ermöglichen und mittelfristig sogar das gegenwärtige Versorgungsniveau gefährden.

Die ambulante Versorgung ist bereits jetzt bei einer der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter mangelhaft. Nach Analysen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhält ein Drittel der Kinder und Jugendlichen mit AD(H)S keine Behandlung und über 40 Prozent erhält ausschließlich eine Pharmakotherapie. Nur knapp jedes 30. Kind mit einer AD(H)S-Störung ist überhaupt in einer psychotherapeutischen Behandlung. Die Kammerversammlung beurteilte deshalb die BMG-Planung, eine Mindestquote von nur zehn Prozent einzuführen, als „Feigenblattpolitik“ (siehe: Entschließung „Psychisch kranke Kinder und Jugendliche sind unterversorgt“). Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert eine Mindestquote von zwanzig Prozent.

### Psychotherapeuten in Ausbildung

„Eine Profession, die sich klar und geschlossen hinter den Nachwuchs stellt!“ – das wünschen sich Jürgen Tripp, 28 Jahre, und Cornelia Beeking, 32 Jahre, von ihren approbierten Kolleginnen und Kollegen. Die beiden sind seit Februar 2008 die ersten Sprecher der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) in Nordrhein-Westfalen und nahmen auf Einladung des Vorstands an der Kammerversammlung als Gäste teil. Jürgen Tripp beschrieb eindringlich die „massiven finanziellen Belastungen“, die PiA zu schultern haben.



Cornelia Beeking

Jürgen Tripp

Das „bei weitem größte Problem“ stelle die praktische Tätigkeit dar, die 1.800 Stunden betrage und sich zwingend über mindestens anderthalb Jahre erstrecken müsse. Insbesondere das praktische Jahr in der Psychiatrie stelle viele vor kaum zu lösende Schwierigkeiten. Ein Jahr mit einem „Dumpingpreis“-Gehalt oder „häufig

sogar zum Nulltarif“ seien nur zu finanzieren, indem PiA sich verschulden oder von Eltern und Partnern unterstützen lassen.

Dabei leisteten die meisten PiA in der Psychiatrie die Arbeit von qualifiziertem therapeutischem Personal, stellte Jürgen Tripp fest. Vom ersten Tag an führten sie häufig Einzeltherapien durch und leiteten eingeständig Gruppentherapien – allerdings ohne Supervision und Anleitung. Diese Situation sei „alarmierend“, weil sie den psychotherapeutischen Nachwuchs „ausbeute“, psychotherapeutische Mindeststandards unterlaufe und „den Stellenwert der Psychotherapie massiv herabsetze“ („Was nichts kostet, ist auch nichts wert.“).

### Bericht des Vorstands

Die PTK NRW nahm in einem Schreiben an alle Abgeordneten des Gesundheitsausschusses zum **Krankenhausgestaltungsgesetz** Stellung. Sie forderte insbesondere in den Kreis der „mittelbar Beteiligten“ aufgenommen zu werden, um die Versorgung psychisch Kranker mitgestalten zu können. Die Regierungsfractionen lehnten dies jedoch ab. Daraufhin wurde Mitte Januar ein Gespräch im NRW-Arbeitsministerium geführt, um die PTK-Positionen zur Krankenhausfinanzierung und Vergütung in der Psychiatrie und Psychosomatik sowie der Versorgung chronisch und schwer kranken Menschen in Krankenhäusern (Konzept der psychosozialen Versorgung in DMP-Behandlungsprogrammen und Brustzentren) zu erläutern.

Die Ärzte mit psychotherapeutischer Weiterbildung setzen sich beim Bundesgesetzgeber für eine dauerhafte **Mindestquote** von 40 Prozent für ihre Berufsgruppe ein. Die exklusive Quote, mit der für sie ein überproportionaler Anteil an KV-Sitzen reserviert wird, würde normalerweise zum 31. Dezember 2008 auslaufen. Die PTK NRW informierte alle Bundestagsabgeordneten darüber, dass ein erheblicher Anteil dieser reservierten Sitze nicht besetzt ist und auch in Zukunft nicht besetzt werden kann. Allein in NRW sind 143 dieser KV-Sitze nach 10 Jahren Quote immer noch nicht von Ärzten besetzt. Dagegen warten Psychologische Psychotherapeuten und

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weiterhin lange auf frei werdende Praxissitze. In den nordrhein-westfälischen Städten und Kreisen, in denen es solche nicht besetzten Praxissitze gibt, leben insgesamt 4,6 Millionen Einwohner. Das heißt, dass ein Viertel der NRW-Bevölkerung unter einer künstlichen Verknappung des psychotherapeutischen Angebots leidet. Die PTK NRW nahm außerdem mit Bedauern zur Kenntnis, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung einseitig die Interessen der ärztlichen Kollegen vertritt.

Die Diskussion um die **Zukunft der psychotherapeutischen Ausbildung** und die Konsequenzen aus dem Bologna-Prozess wird fortgesetzt. In einem Workshop am 7. März 2008 diskutierten Vertreter der Ausbildungsinstitute die zentrale Frage: „Welche Kompetenzen benötigt ein Psychotherapeut in der Zukunft?“ Im Anschluss daran berief der PTK-Vorstand in Absprache mit dem Zweckverband der Ausbildungsstätten NRW eine Kommission zu Ausbildungsfragen. Die Kommission soll Vorarbeiten leisten, um im Laufe des Jahres zu einer mehrheitlich getragenen Position der PTK NRW zur Psychotherapeutenausbildung zu kommen. Die NRW-Landesregierung arbeitet weiter konsequent an der Umsetzung des Bologna-Prozesses (Bachelor-Master-Abschlüsse), so dass die Frage ist, in welchem Umfang zukünftig Master-Abschlüsse in Klinischer Psychologie in NRW erworben werden können. Gleichzeitig treibt sie die Akademisierung von Gesundheitsberufen wie Krankenpflege, Hebammen und Physiotherapeuten durch die Gründung einer Fachhochschule für Gesundheitswesen, an der akademische Abschlüsse in diesen Berufen erworben werden können, voran.

Präsidentin Monika Konitzer ist es gelungen, mit jahrelangem hartnäckigem Engagement das PTK-Konzept für eine bessere **psychosoziale Versorgung von Brustkrebspatientinnen** politisch umzusetzen. Das NRW-Arbeitsministerium übernahm zentrale Forderungen in die Anforderungskriterien für Brustzentren. In Zukunft müssen NRW-Brustzentren nachweisen, dass sie psychosoziale Screenings durchführen

und in ihnen approbierte Psychotherapeuten arbeitstäglich verfügbar sind. Von diesen Kriterien wird in Zukunft ihre Zertifizierung bzw. Rezertifizierung abhängen.



Monika Konitzer

Damit ist die psychotherapeutische Versorgung fester Bestandteil des Leistungskataloges von Brustzentren in Nordrhein-Westfalen.

Die klinische **Neuropsychologie** in Nordrhein-Westfalen ist auf einem guten Weg. Am 4. April konstituierte sich der Prüfungsausschuss, der nach der Weiterbildungsordnung die Qualifikationen von Antragstellern prüft. Der Prüfungsausschuss besteht aus drei Mitgliedern: Prof. Dr. Siegfried Guggel (Vorsitz), Frau Sabine Unverhau und Herrn Dr. Volker Völzke. Die Mitglieder des Prüfungsausschusses entscheiden unabhängig nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnung und sind an Weisungen nicht gebunden. In seiner ersten Sitzung entschied der Ausschuss bereits positiv über die Erteilung der Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ an mehrere Antragsteller.

Der nächste Schritt für die praktische Umsetzung der Weiterbildungsordnung ist die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen und die Anerkennung von Weiterbildungsstätten, auch hierzu liegen bereits mehrere Anträge vor.

In der **Modellregion Bochum/Essen** läuft die Erprobung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Heilberufsausweises. Die KV Nordrhein (KVNO) plant insbesondere die elektronische Signatur für die Abrechnung bei Selektivverträgen mit den Krankenkassen zu nutzen. Der PTK-Vorstand hat deshalb beschlossen, mit der KVNO bei ihrem Projekt „e-online-Abrechnung“ zu kooperieren. Bis Ende des Jahres sollen deshalb die ersten neuen **Psychotherapeutenausweise** zur Verfügung stehen, die es interessierten Kolleginnen und Kollegen ermöglichen, die elektronische Abrechnung zu testen.

Die **„Modellregion Erziehung in Recklinghausen“**, ein Kooperationsprojekt zur Gewaltprävention in Familien, ist kurz davor, ihre Finanzierung zu sichern. Das nordrhein-westfälische Familienministerium fördert die wissenschaftliche Evaluation des Projekts, an dem auch die PTK NRW beteiligt ist, mit 142.000 Euro. Eine weitere große Spende von „Aktion Mensch“ ist für Mitte des Jahres zugesagt.

### Beschlüsse

Die Kammerversammlung beschloss, die **Berufsordnung** an die Musterberufsordnung anzupassen, um deren politischen Wirksamkeit gegenüber Gesetzgeber und Gemeinsamen Bundesausschuss zu erhöhen. Sie verabschiedete ferner einstimmig Ergänzungen der **Weiterbildungsordnung**, um Weiterbildungsleistungen, die in anderen Bundesländern erworben wurden, in NRW anerkennen zu können.

Schließlich billigte die Kammerversammlung einstimmig eine geänderte **Satzung des Versorgungswerkes**, die notwendig für die „Teilrechtsfähigkeit“ des Versorgungswerkes und für den Anschluss der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg an das Versorgungswerk NRW sind.

Die neuen Satzungen finden Sie als **Beihefter in der Mitte dieses PTJ.**

## Entschließung

### *Psychisch kranke Kinder und Jugendliche sind unterversorgt*

Das Krankheitsspektrum im letzten Jahrhundert hat sich grundlegend geändert. Der Schwerpunkt der Erkrankungen hat sich von somatischen zu psychischen Störungen verschoben. Das deutsche Gesundheitssystem hat auf diese wesentlichen Veränderungen noch nicht ausreichend reagiert. Insbesondere psychisch kranke Kinder und Jugendliche sind gravierend unterversorgt. Nur die Hälfte der Kinder und Jugendlichen, bei denen eine psychische Erkrankung oder Auffälligkeit festgestellt wird, erhält überhaupt eine Behandlung. In Herne und Höxter arbeitet beispielsweise gerade einmal je ein niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, in Bottrop, Euskirchen und Mühlheim Stadt arbeiten nicht mehr als zwei. Auffällig ist, dass in NRW häufig gerade in Städten ein eklatanter Mangel an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten herrscht.

Psychotherapeuten fordern deshalb seit langem, für Psychotherapeuten, die Kinder und Jugendliche behandeln, mindestens zwanzig Prozent der Praxissitze zu reservieren. Das Bundesgesundheitsministerium plant eine Mindestquote von zehn Prozent. Der Anteil von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beträgt jedoch in NRW bereits 12,9 Prozent und im Bundesdurchschnitt 13,6 Prozent. Kinder und Jugendliche brauchen mehr als wohlwollende Worte. Sie benötigen gesundheitspolitische Entscheidungen, die ihre Lage tatsächlich verbessern. Der Vorschlag des BMG ist nicht mehr als Feigenblattpolitik. Mittelfristig gefährdet er sogar das gegenwärtige Versorgungsniveau.

Kinder und Jugendliche brauchen außerdem ein engmaschiges Netz, das sie und ihre Familie in Situationen der Not und Überforderung unterstützt. Das bestehende Netz ist dringend reformbedürftig:

Vorsorgeuntersuchungen für Kinder finden zu selten und mit zu großen Abständen statt. Sie müssen durch weitere Untersuchungen ergänzt werden. Dabei ist es erforderlich, nicht nur die körperliche Entwicklung, sondern auch auf psychische Fehlentwicklungen zu achten und ihnen nachzugehen. Hierbei bedarf es geeigneter fachlicher Standards.

Die Entwicklung von Frühwarnsystemen setzt voraus, dass dahinter ein Netz kompetenter Hilfen steht, das schnell und bedarfsgerecht handeln kann. Beratungsstellen und niedergelassene Psychotherapeuten haben jedoch lange Wartezeiten. Daher müssen Angebote der Jugendhilfe und des öffentlichen Gesundheitswesens ausgebaut sowie die Versorgung mit therapeutischen Angeboten verbessert werden.

Kinder werden nicht nur körperlich, sondern auch seelisch vernachlässigt und misshandelt. Dies zu erkennen und die Folgen davon zu behandeln, setzt entsprechende Ausbildungen und eine bedarfsgerechte Versorgung voraus. Die Zahl der Fachleute, die in Praxen und Beratungsstellen arbeiten, reicht nicht aus um den Bedarf zeitgerecht zu decken.

## Fachtagung: Depressionen erkennen und behandeln – ein Gesundheitsziel in NRW

Depressionen entwickeln sich zu einer Volkskrankheit. „Wir müssen sie aus der Tabuzone holen“, forderte NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann deshalb auf der Tagung „Depressionen erkennen und behandeln“ am 31. Mai in Münster. Die steigende Zahl der Erkrankungen „zwingt alle Akteure unseres Gesundheitswesens zum Handeln“. Depressionen sind seit 2005 in NRW eines der zehn vorrangigen Gesundheitsziele der Landesregierung.

„Seit Jahren fordern Experten eine besser abgestimmte, wohnortnahe und kontinuierliche Versorgung von depressiv kranken Menschen“, hob Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, hervor. „Es ist an der Zeit, die Erkenntnisse, wie depressiv Kranke rechtzeitig und dauerhaft erfolgreich behandelt werden kön-

nen, in die Praxis umzusetzen.“ Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KWVL) engagiert sich deshalb mit Bürgerinformationen für mehr Transparenz, um erkrankten Menschen den Weg zum richtigen Behandler zu bahnen, erklärte Dr. Wolfgang-Axel Dryden, zweiter Vorsitzender der KWVL.

Die Versorgung depressiv kranker Menschen leidet vor allem daran, dass Depressionen nicht oder nicht rechtzeitig erkannt werden und sich deshalb häufig zu schweren und chronischen Erkrankungen mit höherem Suizidrisiko entwickeln. Depressiv Kranke brauchen außerdem im Notfall schnelle und unbürokratische Kriseninterventionen. Schließlich benötigen sie wohnortnahe ambulante Angebote, um stationären Aufhalten vorzubeugen

und sie nach einer Krankenhausbehandlung langfristig zu stabilisieren. „Diese Aufgabe müssen alle Behandler gemeinsam übernehmen“, stellte Präsidentin Monika Konitzer fest. „Psychotherapeuten und Psychiater müssten mehr und anders zusammenarbeiten.“

Prof. Dr. Dr. Theo R. Payk von der Theodor Fliedner Klinik in Düsseldorf rechnete vor, dass die Behandlung von Depressionen jährlich rund vier Milliarden Euro kostet. Etwa 50 Prozent dieser Kosten fallen im Krankenhaus an. In seiner Ursachenanalyse zählte Payk diverse Erklärungsmodelle auf (Arbeitslosigkeit, Angst vor sozialen Abstieg, Werteverlust, Suche nach Bindung und Sinngabung). Darunter war auch die These, dass die steigende Zahl der depressiven Störungen darauf zurückzuführen

sei, dass Psychotherapeuten seit 1999 als gesetzlich geschützter Heilberuf anerkannt sind. Payk vernachlässigte, dass depressive Erkrankungen in allen Industrieländern erheblich zugenommen haben.

Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte, beklagte die Honorarentwicklung der Psychiater. Nach einem Gutachten des Instituts für Gesundheit und Sozialforschung (IGES) sind Nervenärzte, Neurologen und Psychiater derzeit die Ärzte mit dem geringsten Einkommen. Bergmann berichtet, dass im Modellprojekt zur integrierten Versorgung depressiv Kranker in Aachen, über 500 Patienten versorgt würden. Obwohl Bergmann forderte, in solchen Versorgungsmodellen alle regionalen Anbieter zu vernetzen, sind in Aachen jedoch keine Psychotherapeuten beteiligt. Solche einseitig ärztlichen Versorgungskonzepte müssen der Vergangenheit angehören, kritisierte Monika Konitzer. Eine flächendeckende ambulante und stationäre Versorgung ist ohne Psychotherapeuten nicht zu realisieren.

Prof. Dr. Martin Hautzinger von der Universität Tübingen stellte in seinem Überblick über die wissenschaftliche Forschung dar, dass Psychotherapie bei der Behandlung von depressiv Kranken nachweislich wirksam und unverzichtbar ist. Psychotherapie sei ein theoretisch und empirisch fundiertes, komplexes Behandlungsverfahren. Hautzinger beschrieb die Erfolge der Interpersonalen Psychotherapie (ITP), psychodynamischer Ansätze (STPP) und kognitiver Verhaltenstherapie (KVT). KVT sei in der Akuttherapie unipolarer Depressionen durchweg „wirksam“, ITP sei „wirksam“ bis „möglicherweise wirksam“. Für STPP lägen Wirksamkeitsnachweise als Einzeltherapie und ambulanter Therapie vor. Möglicherweise wirkungslos sei sie in stationärer Therapie, bei leichten und schweren Depressionen, als Kombinationstherapie und Erhaltungstherapie sowie als Therapie chronischer und rezidivierender Depressionen.

Chronische Depressionen stellten vor besondere therapeutische Herausforderungen, so Hautzinger. Die Behandlung chronischer, therapieresistenter Depressionen

erfordert nicht nur zusätzliche Behandlungselemente, sondern vor allem auch mehr Zeit sowie intensivere, häufigere bzw. verlängerte Arbeitsphasen. Chronisch Depressive hätten häufiger gestörte Sozialbeziehungen, frustrierte Partner und Familienangehörige. Sie benötigten erfahrene Therapeuten, die kreativ und flexibel auf die Anforderungen reagieren können. Sie bräuchten intensivere Behandlungen mit häufigen Kontakten (2–3 wöchentlich) und mit flexibler zeitlicher Länge (1 bis 1 ½ Jahre, 60–80 Behandlungseinheiten).

Prof. Dr. Karl Beine von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Hamm gab einen Einblick in die stationäre Behandlung von Depressionen. Akzeptanz, Wertschätzung, Verständnis und Verfügbarkeit von Beziehungen seien ein wichtiger Faktor in der Behandlung von psychischen Störungen. Ein gravierendes Problem sei, dass gerade die Beziehungskontinuität zwischen ambulantem und stationärem Sektor verhindert würde.

Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, referierte über die Entstigmatisierung der Depression durch Aufklärung. Gemeinsames Label für viele psychisch Kranke sei, dass sie als „unberechenbar“ gelten. Insbesondere schizophrene Menschen sowie Alkohol- und Drogensüchtige würden darüber hinaus auch noch als eine „Gefahr für andere“ bewertet. Depression sei für Laien schwer von alltäglichen Befindlichkeitsstörungen zu unterscheiden. Deshalb würde in Frage gestellt, ob sie überhaupt krank seien. Depression würde weniger als Krankheit, sondern als persönliches Versagen angesehen – mit der Konsequenz, dass die Schwere der Krankheit unterschätzt und die Suizidgefährdung vernachlässigt würde. Depressiv kranke Menschen litten unter dem Stigma der „Schwäche“, „Faulheit“ und „Disziplinlosigkeit“.

Vor Beginn des „Düsseldorfer Bündnis gegen Depression“ seien deshalb im Jahr 2005 computergestützte Interviews zur Depression durchgeführt worden. Von den Befragten kannten fast zwei Drittel jemanden, der wegen einer Depression behandelt worden ist. Vier von fünf Befrag-

ten stimmten der Aussage zu: Depression ist eine Erkrankung wie z. B. Asthma oder Zuckerkrankheit, die vom Arzt oder Psychotherapeuten behandelt werden sollte. 70 Prozent bezeichneten Depression als einen Schicksalsschlag, z. B. durch den Tod eines Angehörigen. Rund 90 Prozent meinten, eine Depression sei dadurch zu behandeln, dass der Erkrankte zu einem Psychotherapeuten geht, fast 80 Prozent meinten, es helfe mit einem Freund zu sprechen und 75 Prozent gingen zu einem Arzt. Große Vorbehalte äußerten die Befragten gegen Antidepressiva und ihren Nebenwirkungen („Antidepressiva machen abhängig oder süchtig“, „Antidepressiva verändern den ganzen Charakter“, „Man ist nicht mehr man selbst, wenn man Antidepressiva nimmt“). Die Ergebnisse der Befragung zeigten, dass die Einstellung der Befragten in Düsseldorf und Essen relativ aufgeklärt und moderat war.

Prof. Dr. Dr. Martin Härter von der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik in Freiburg, beschrieb die großen Verbesserungspotenziale, die im Erkennen, in der Diagnose und Therapie von Depressionen stecken. Rund 70 Prozent der depressiv Kranken kämen aufgrund von körperlichen Beschwerden zum Hausarzt (z.B. Kopfschmerz, Erschöpfung, Schwindel, Magenbeschwerden). Härter beschrieb das Modellprojekt „gesundheitsziele.de“, das als Konsensplattform von 50 Akteuren aus Politik, Sozialversicherung, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie Wissenschaft konzipiert sei. Zum „nationalen Gesundheitsziel“ seien auch depressive Erkrankungen erklärt worden. Höchste Priorität hätten bei depressiven Erkrankungen Maßnahmen zur Prävention bzw. zur Vermeidung einer Chronifizierung sowie die Gewährleistung einer wirksamen und qualitativ hochwertigen Versorgung. Dazu gehörte auch die Entwicklung einer Nationalen Versorgungsleitlinie Depression.

Christine Vietor von der Techniker Krankenkasse in Hamburg stellte ein Patientendialogsystem vor, dass die TK auf ihrer Internetseite depressiven Patienten anbietet. Der TK-Patientendialog solle die Beteiligung von Patienten bei medizinischen Entscheidungen fördern (sog. Partizipative Entscheidungsfindung) und gebe

Patienten und Angehörigen „individuell auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Informationen“. Die Inhalte der Webseiten sind von Experten des Universitätsklinikums Freiburgs auf der Basis des internationalen Forschungsstandes erstellt worden.

In der abschließenden Podiumsdiskussion stand die Frage im Mittelpunkt, welche Schlussfolgerungen für die Versorgung zu ziehen seien. Übereinstimmend wurde von allen Teilnehmern eine bessere Koordination und Transparenz der Versorgung für depressiv erkrankte Menschen gefordert, um schneller den Zugang zu einer wirksamen Behandlung zu ermöglichen. Elke Slawski-Haun (MAGS) wies auf die Initiativen des Ministeriums und der Landesgesundheitskonferenz zum Gesundheitsziel Depression und zur Berücksichtigung psychischer Faktoren bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Sekundärprävention hin. Das Landesministerium könne Impulse geben und Initiativen fördern, könne aber die bundesgesetzlichen

Vorgaben nicht ändern. Die Erwartungen vieler Teilnehmer an integrierte Versorgungsverträge als Heilmittel für die Versorgungsprobleme dämpfte Dieter Adler (TK) mit Hinweis auf die eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten der Krankenkassen nach Einführung des Gesundheitsfonds. PTK-Präsidentin Konitzer wies darauf hin, dass Psychotherapeuten aufgrund ihres zahlenmäßigen Anteils mehr Verantwortung in der Versorgung übernehmen könnten und müssten. Voraussetzung dafür sei allerdings die gleichberechtigte Integration in die Versorgungsstrukturen und die soziale Gleichstellung.

### Geschäftsstelle

PTK NRW  
Willstätterstr. 10  
40549 Düsseldorf  
Tel. 0211 / 52 28 47-0  
Fax 0211 / 52 28 47-15  
info@ptk-nrw.de  
www.ptk-nrw.de

## Beratung am Telefon

### Berufsrechtliche Beratung durch den Juristen

**Mi.:** 14.00–15.00 Uhr  
Telefon 0211 / 52 28 47 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

### Anfragen Fortbildungsakkreditierung

**Mo – Do:** 13.00–15.00 Uhr  
Telefon 0211 / 52 28 47 26

### Anfragen Fortbildungskonto

**Mo – Do:** 13.00–15.00 Uhr  
Telefon 0211 / 52 28 47 31

### Anfragen Mitgliederverwaltung

**Mo – Do:** 14.00–15.00 Uhr  
Telefon 0211 / 52 28 47 14

### Sprechstunde der Präsidentin

**Mo:** 12.00–13.00 Uhr  
Telefon 0211 / 52 28 47 0



# Mitteilungen der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

## OPK bittet Politiker und Kooperationspartner zum Empfang

Gut ein Jahr nach Gründung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) hatte der Vorstand Gesprächspartner aus der Politik und Kooperationspartner aus Körperschaften und Verbänden zum ersten Jahresempfang am 11. Juni 2008 in die Alte Nikolaischule in Leipzig eingeladen. Im festlichen Ambiente der Aula der Anfang des 16. Jahrhunderts erbauten ersten Leipziger Stadtschule stimmten die Künstlerinnen Brunhild Fischer (Querflöte) und Prof. Gunhild Brandt (Klavier) die Gäste mit dem „Concertino“ von Cecile Chaminade auf die Begegnung ein.



Vizepräsident Wolfram Rosendahl im Gespräch mit Ehrenfried Messal, Gesundheitsminister Sachsen-Anhalt

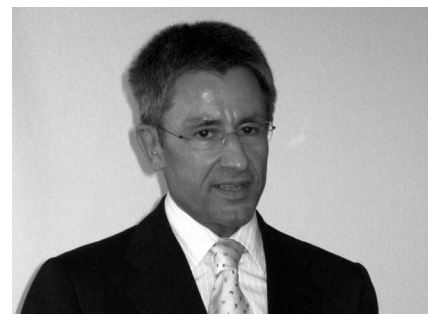
Kammerpräsidentin Andrea Mrazek freute sich, unter den Ehrengästen Staatssekretär Dr. Albert Hauser vom Sächsischen Sozialministerium, der für die OPK zuständige Aufsichtsbehörde, die Präsidenten der Niedersächsischen und Berliner Psychotherapeutenkammern Dr. Lothar Wittmann und Michael Krenz, die Vertreter der Ärztekammer Sachsen Professor Dr. Otto Bach und der Ärztekammer Sachsen-Anhalt Dr. Stephanie Kant, sowie als Repräsentant der KV Sachsen Dr. Claus Vogel zu begrüßen. Aus den Ministerien waren weiterhin Herbert Fuchs vom Psychiatriereferat des Brandenburger Sozialministeriums und Ehrenfried Messal, der Referatsleiter Ge-

sundheit und Verbraucherschutz im Gesundheitsministerium Sachsen-Anhalt, der Einladung gefolgt. Ein herzliches Grußwort richtete sie auch an die Vertreterinnen der Patienten Monika Schöppe, Vorsitzende des Landesverbandes der Angehörigen Psychisch Kranker in Sachsen, und Margit Rauch von Durchblick e.V., sowie an den Psychiatriekoordinator der Stadt Leipzig Thomas Seyde.

In ihrem Grußwort machte Mrazek deutlich, dass die OPK sich in der Pflicht sieht, sich für eine hochstehende Behandlungsqualität nach dem derzeit gültigen klinischen und wissenschaftlichen Stand zu engagieren und sie deshalb diesen ersten Jahresempfang auch unter das Thema Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Störungen gestellt hat, zumal in den fünf Bundesländern, in denen die OPK arbeitet, noch eine deutliche Unterversorgung besteht. Umso bedauerlicher werte sie die Absicht der Bundesregierung, die Ende dieses Jahres auslaufende Quotenregelung fortschreiben zu wollen. „Gegen eine Quotenregelung zugunsten von Berufsgruppen, die eine Erhöhung des Therapieangebotes verhindert und insbesondere in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu vielen unbehandelten Störungen und unzumutbar langen Wartezeiten führt“, wende sich die OPK mit aller Bestimmtheit, betonte Mrazek.

Neben der Unterversorgung werde auch den spezifischen Behandlungsbedürfnissen von Menschen mit psychischen Störungen noch nicht differenziert genug Rechnung getragen, monierte sie. Als Beispiele nannte sie Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen bei Kindern und Jugendlichen und Depressionen, wo die Behandlungsempfehlungen der Fachgesellschaften häufig missachtet und zu oft

allein auf medikamentöse Therapien statt auf eine Kombination aus Psychotherapie und Medikamenten als Mittel der Wahl gesetzt wird. Auch Patientengruppen etwa mit onkologischer Diagnose oder an Schizophrenie oder Psychose erkrankte Menschen „sind schlecht versorgt, weil zu wenig spezialisierte Angebote in erreichbarer Nähe zur Verfügung stehen“, bedauerte die Präsidentin. Sie appellierte an die Gäste, mit allen Beteiligten – „nicht nur mit den verschiedenen Berufsgruppen, sondern auch und vor allem mit Patienten und deren Angehörigen“ Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern, neue Strukturen der Versorgung zu schaffen und „das bestehende System der Vertragsgestaltung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung weiter zu entwickeln“.



Staatssekretär Dr. Albert Hauser kündigt einen Kompromiss des Sächsischen Kabinetts zur Quote an

Als Jurist outete sich Staatssekretär Dr. Albert Hauser vom sächsischen Sozialministerium in seiner Ansprache als jemand, den Schriften von Freud, Erich Fromm und Fritz Riemann während und nach dem Studium eine längere Strecke im Leben begleitet haben. Er zollte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Anerkennung für ihren „verantwortungsvollen und schönen Beruf bei der Begleitung von Menschen in die Tiefe ihrer Seele“. Der Beruf stelle sie vor viele Herausforderungen. „Sie stellen

sich diesen Herausforderungen, nehmen ihre Verantwortung sehr ernst. Und daher formulieren Sie Ihre Interessen, Wünsche und Vorstellungen auch sehr deutlich gegenüber der Politik. Wir schätzen das, auch wenn wir vielleicht einiges anders sehen“, stellte Hauser fest. Im Folgenden griff er die von der Präsidentin beschriebene kritische Versorgungssituation für psychisch Kranke in den neuen Bundesländern auf und schilderte die Position des sächsischen Gesundheitsministeriums in Sachen Quotenregelung.



*Patientenvertreterin Margit Rauch ärgert die psychiatrische Unterversorgung in Sachsen*

Es sei auch ein Verdienst der OPK, dass die schwierige Versorgungslage insbesondere in Sachsen im Raum Chemnitz und insgesamt für Kinder und Jugendliche im Ministerium als Probleme erkannt worden sind. „Ich gebe offen zu, für beide Bereiche haben wir keine konkreten Lösungsansätze“, räumte er ein. Hier könne er nur versprechen, dass beide Aufgaben im Kontext der aktuellen Diskussion um die Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Auge behalten werden, so Hauser. Zur Regelung der Quote zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten hingegen setzte das Ministerium nach Gesprächen auch mit dem Berufsverband der ärztlichen Psychotherapeuten „auf einen Kompromiss“. Sachsen wolle sich den Vorstellungen des Bundesgesundheitsministeriums, die Quote zwar von 40 auf 20 Prozent herab zu setzen, sie aber weiter zu führen, anschließen. Trotz manchmal kontroverser Positionen sei er dennoch überzeugt, dass beide Seiten weiterhin gut und vertrauensvoll zusammenarbeiten werden, versicherte der Staatssekretär.

Eher skeptisch gegenüber einer Quotenregelung zur Lösung von Versorgungsproblemen mit Vertragsärzten, psychologischen

Psychotherapeuten und KJP's äußerte sich die sächsische SPD-Bundestagsabgeordnete Marlies Volkmer, die auch dem Gesundheitssausschuss des Bundestages angehört. Frau Volkmer konnte zwar nicht am Empfang teilnehmen, weil Parteichef Kurt Beck ihren Dresdener Wahlkreis besuchte. Sie hatte aber ein Grußwort übermittelt, das OPK-Vizepräsident Dr. Wolfram Rosen-dahl verlas. Darin macht sie die Quotenregelung mit als Ursache für Wartezeiten von bis zu zwölf Monaten auf eine psychotherapeutische Behandlung vor allem in ländlichen Regionen aus. Volkmer teilte mit, dass sich die parlamentarischen Gremien ab Ende Juni mit dem Vorschlag des Bundeskabinettes für eine Folgeregulierung zur jetzigen Quote beschäftigen werden und auch eine Anhörung zum Gesetzentwurf geplant sei. „Insbesondere wird zu diskutieren sein, ob Quotenregelungen überhaupt geeignet sind, die Versorgungsprobleme vor Ort zu lösen. Ich bin an dieser Stelle eher skeptisch“, ließ sie wissen. Auch die Arbeitsgruppe Gesundheit in der SPD-Bundestagsfraktion beschäftige sich derzeit in einer Reihe von Fachgesprächen mit der Versorgungssituation psychisch kranker Menschen. „Nach der Sommerpause werden wir eine Bilanz dieser Gespräche ziehen und ein Maßnahmenpaket vorschlagen“, von denen möglichst viele noch in dieser Legislatur umgesetzt werden sollten, kündigte Volkmer an.



*Prof. Dr. Otto Bach und OPK-Präsidentin Andrea Mrazek bewundern die historischen Räume in der alten Nikolaischule in Leipzig*

Nach den Grußworten erläuterte Professor Hans-Joachim Hannich, Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald, den Gästen den Versorgungsbedarf an psychotherapeutischen Leistungen und analysierte das bestehende Angebot in Deutschland mit Focus auf die neuen Bundesländer. Hannich stützte sich dabei auf

epidemiologische Studien und den im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) erhobenen Gesundheitssurvey, der zeigt, dass fast jeder zweite Deutsche im Laufe seines Lebens Gefahr läuft, an einer psychischen Störung zu erkranken. Er überraschte die Gäste mit Daten, aus denen sich trotz der gesellschaftlichen Veränderungsprozesse in Ostdeutschland für die Bevölkerung kein erhöhtes Risiko für psychische Störungen und Erkrankungen ableiten lässt. Differenziertere Ergebnisse zum Befinden der Ostdeutschen wären vielleicht zu erwarten, „wenn in zukünftigen Studien zum psychotherapeutischen Versorgungsbedarf Diagnosen im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen einbezogen werden“, meinte Hannich. „Vor allem die Bedeutung von Anpassungsstörungen müsste ausreichend berücksichtigt werden“, empfahl er. Ausführlich ging der Redner auf die besorgniserregende Entwicklung der psychischen Gesundheit von Kindern ein, die schon 2004 von H. Troedson, WHO, als eine „tickende Bombe“ beschrieben wird. Des Weiteren illustrierte er den psychotherapeutischen Versorgungsbedarf der Kinder und Jugendlichen, der im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) des Robert Koch-Institutes im Jahr 2007 beschrieben wurde. Demnach sind 11,5 Prozent der Mädchen und 17,8 Prozent der Jungen im Alter von drei bis 17 Jahren psychisch auffällig.

Auf der Angebotsseite hingegen – so Hannich – stehe nur eine Bedarfsdeckung von 36,4 Prozent für psychische Störungen gegenüber, wobei in dieser Zahl bereits ein Besuch beim Hausarzt als Behandlungsfall gezählt werde. Anhand von Angaben aus unterschiedlichen Quellen belegte er ein erschreckendes Ausmaß an Unter- und Fehlversorgung, sowohl für Erwachsene als auch für Jugendliche und insbesondere in den neuen Bundesländern. Ebenso wies Hannich nach, dass die Quotenregelung den Versorgungsmangel für Patienten und die Überlastung der Psychotherapeuten noch erheblich verschärft. So sind allein in Ostdeutschland aufgrund der bestehenden Quote zur Zeit 518 freie Sitze für ärztliche Psychotherapeuten nicht besetzt, obwohl diese Behandlungskapazität dringend gebraucht würde und größtenteils durch psychologische Psychotherapeuten und KJP's ausgeglichen werden könnte.

Sein Fazit: Die psychotherapeutische Versorgungsstruktur ist bundesweit unzureichend, in Ostdeutschland jedoch besonders ausgeprägt. Der reale Versorgungsbedarf wird in der bisherigen Bedarfsplanung völlig unzureichend abgebildet, weshalb epidemiologische Studien, wie sie jetzt auch von der OPK in Angriff genommen werden sollen, „ein unverzichtbarer Schritt zur Sicherung von

Strukturqualität psychotherapeutischer Behandlung darstellen. Hannich plädierte für den Aufbau regional vernetzter Behandlungsstrukturen unter Einbeziehung von Hausärzten. Hierzu gehöre auch die Entstigmatisierung psychisch Erkrankter und eine breite Aufklärungsarbeit, für die sich die OPK einsetzen wird. Den kompletten Vortrag finden Sie auf der OPK-Homepage ([www.opk-info.de](http://www.opk-info.de))

Mit zwei Stücken von Antonin Dvorak erfreuten zum Schluss die Künstlerinnen die Gäste nach den ersten Themen noch einmal, bevor die Gespräche im Foyer bei Speis und Trank fortgesetzt werden konnten. Manche Anregung für künftige Kontakte und Projekte sowohl der Besucher wie der Kammermitglieder werden sich nach dem Empfang auf der Tagesordnung nächster Vorstandssitzungen wieder finden. – dür

## OPK-Infoveranstaltungen in den Ländern – gelungener Auftakt in Sachsen-Anhalt

Der Einladung des Vorstandes zur Diskussion vor Ort über aktuelle Themen und Fragen folgten am 18. Juni 2008 mehr als 60 Kammermitglieder aus Sachsen-Anhalt. Kammerpräsidentin Andrea Mrazek erinnerte im Haus der Heilberufe in Magdeburg an die Vorgeschichte der OPK. Hatten hier doch 2001 erste Sondierungen zur Gründung einer länderübergreifenden Kammer zwischen sächsischen und sächsisch-anhaltinischen Kolleginnen und Kollegen stattgefunden. „Heute, gut ein Jahr nach unserer Gründung wollen wir mit Ihnen über unsere Aktivitäten, unsere Struktur und insbesondere die von uns in Kraft gesetzte Berufsordnung sprechen. Ich freue mich, dass Sie so zahlreich erschienen sind.“



Kolleginnen im Gespräch

Geschäftsführer Carsten Jacknau, seit Oktober 2007 im Amt, gab einen kurzen Überblick über die rechtlichen Grundlagen der OPK. Dabei erklärte er, „wir sind zwar eine länderübergreifende Kammer, unterliegen aber nur einer Rechtsaufsicht durch das Gesundheits- und Sozialministerium in Sachsen.“ Ebenso sei für OPK-Mitglieder nur das Sächsische Heilberufekammergesetz maßgeblich. Er stellte die in Leipzig

angemieteten Räume der Geschäftsstelle und die neuen Mitarbeiter vor und erläuterte die bisher entwickelte Struktur der Körperschaft. Die Zahl der bei der OPK registrierten Mitglieder habe sich von 1722 zum Zeitpunkt der Gründung im April 2007 auf jetzt 2115 erhöht.

### OPK setzt sich intensiv für Aufhebung der Quotierung ein

Frau Mrazek gab einen kurzen Abriss über Aufgaben und Zielsetzungen der Kammer, berichtete aber vor allem über die in den letzten Monaten vielfach wahrgenommenen und vor allem auf Bitten der OPK zustande gekommenen Gespräche mit Gesundheitspolitikern, Vertretern der Kammern, der KV'en und der Ministerien. Einen besonders großen Stellenwert hatte dabei das Auslaufen der bisherigen Quotenregelung. Die Regelung führte dazu, dass ein erheblicher Teil der für ärztliche Psychotherapeuten vorbehaltenen Sitze in der Bedarfsplanung zwar gezählt wird, faktisch aber nicht besetzt ist und besonders in den neuen Bundesländern in absehbarer Zeit von den Vertragsärzten auch nicht besetzt werden kann. Ein Zustand, den die OPK im Interesse einer wohnortnahen und zeitnahen Versorgung der Menschen mit psychischen Störungen möglichst durch Abschaffung der Quote beenden möchte.

Das Bundesgesundheitsministerium habe einen Referenten-Entwurf vorgelegt, in dem die Quote für ärztliche Psychotherapeuten auf 20 Prozent abgesenkt werden soll und 10 Prozent der Sitze in der Bedarfsplanung für KJP vorgesehen werden

sollen. Nach letzten Informationen solle die Quote für KJP mittlerweile auf 20 Prozent erhöht werden, unabhängig davon, ob die freien Sitze von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten besetzt werden. „Wir stellen uns nicht gegen die Quote für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, setzen uns ansonsten aber entschieden für die Schließung der Versorgungslücken ein, betonte die OPK-Präsidentin. Sie berichtete, „alle unsere Gesprächspartner waren bestürzt zu hören, dass nur rund 10 Prozent der 40 Prozent für Ärzte reservierten Sitze ausgefüllt sind, sie dennoch als besetzt in der Statistik gehandelt werden“. Damit werde der Öffentlichkeit und der Fachwelt eine völlig falsche Versorgungslage vorgegaukelt, kritisierte sie. Mrazek: „Vom Versorgungsstandpunkt aus wüsste ich nicht, welches Argument vorgebracht werden kann, um den Mangel fortzuschreiben.“ Dass die von der OPK veröffentlichten Daten und die intensiven Gespräche Wirkung zeigten, sei beispielsweise auch an den Äußerungen von Sachsens Gesundheitsstaatssekretär Dr. Albert Hauser und dem Grußwort der SPD-Bundestagsabgeordneten Dr. Marlies Volkmer beim OPK-Empfang in Leipzig deutlich geworden.

*Vizepräsident Dr. Wolfram Rosendahl informierte über die Absicht der Landesregierung in Sachsen-Anhalt, Kinder besser zu schützen. Dass die OPK trotz prinzipieller Zustimmung in einigen Punkten eine kritische Haltung einnimmt (siehe gesonderter Beitrag auf diesen Seiten), freute einige der Anwesenden.*



Vizepräsident Wolfram Rosendahl im Gespräch mit einer Kollegin

### Zertifizierung von Fortbildungen und Stand zum Heilberufsausweis

Wie sich in Gesprächen mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen herausstellte, gibt es noch weiteren Klärungsbedarf zwischen OPK, KVen und Kammern wegen unterschiedlicher Handhabung der Bepunktung von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen und der Anerkennung von Fortbildungspunkten, die vor Einführung der gesetzlichen Nachweispflicht erworben wurden. Darüber informierte Geschäftsführer Carsten Jacknau. Auch die Fragen aus den Reihen der Kammermitglieder zeigten, dass der Teufel im Detail steckt und sich viele Kolleginnen und Kollegen noch unsicher sind, ob sie die 250 Punkte bis zum 30.6.2009 auch ausreichend belegen

können. Der Vorstand sagte hier zu, am Ball zu bleiben und weiter umfassend zu informieren. Jacknau wies darauf hin, dass die Antragsformulare zur Akkreditierung auf der OPK-Homepage vorhanden sind, die Geschäftsstelle die KVen über ausgestellte Zertifikate informiert, so dass das einzelne Mitglied nicht tätig werden muss, und die OPK für Akkreditierung und Zertifizierung keine Gebühren erhebt. Im Gegensatz zur Fortbildungspflicht scheint der Heilberufsausweis zurzeit die Gemüter von Psychotherapeuten nicht stark zu beschäftigen.

### Berufsordnung: Praxisbeispiele sorgten öfter für Heiterkeit

Rechtsanwalt Jan H.L. Immen verstand es, das Auditorium mit der eigentlich trockenen Materie durch anschauliche Beispiele aus dem Praxisalltag zu den Kapiteln Abstinenzpflicht, Aufklärungspflicht, Schweigepflicht, den Pflichten für Dokumentation und Aufbewahrung zu fesseln und oftmals zum Lachen zu bringen. Gleichzeitig provozierte sein Vortrag bei den Teilnehmern eine ganze Reihe von Fragen, die zeigten, dass das Thema noch öfter Anlass für Diskussionen bieten wird. Zu Aufgaben und Zweck der Berufsordnung erläuterte Immen, „sie soll einen Mindeststandard der Berufsausübung gewährleisten und stärkt

Sie auch durch die Gleichstellung mit der Berufsordnung der Ärztekammern“.

Die Musterberufsordnung (MBO) der Bundeskammer habe sich stark an die der Ärztekammer angelehnt, deren Regelungen jedoch teilweise noch verschärft. „Die OPK hat versucht, diese Verschärfung herauszunehmen“, erklärte er. Andererseits weiche die von der OPK beschlossene Berufsordnung im Abschnitt über die Berufsausübungsgemeinschaften am stärksten von der MBO ab, da sie eine starke Abgrenzung zu nichtärztlichen Berufsgruppen, insbesondere zu Heilpraktikern vornimmt.



Teilnehmer haben noch viele Fragen an Rechtsanwalt Jan H.L. Immen

Sowohl Immen als auch Präsidentin und Vizepräsident sowie der OPK-Geschäftsführer standen beim anschließenden Imbiss für weitere Fragen, Wünsche und Anregungen zur Verfügung. – dür

## OPK nimmt zum Kinderschutz in Sachsen-Anhalt Stellung

Am 29.04.2008 hat das sachsen-anhaltische Kabinett den Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes von Kindern und zur Förderung der frühkindlichen Betreuung – KiSchG – beschlossen. Eines der Hauptanliegen ist die Errichtung eines zentralen Einladungs- und Erinnerungswesens zu den Führerkennungsuntersuchungen (U1–U10). Das Ministerium für Gesundheit und Soziales sieht darin ein geeignetes Mittel um körperliche und psychische Vernachlässigungen rechtzeitig erkennen und entsprechend eingreifen zu können.

In den Landkreisen und Städten sollen lokale Netzwerke Kinder- und Jugendschutz etabliert werden, in denen neben dem

Jugendamt, den Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, den Schulen und anderen Einrichtungen auch die Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen zusammen wirken sollen.

In ihrer Stellungnahme vom 23.05.2009 begrüßt die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer ausdrücklich die Absicht, den Schutz von Kindern zu verbessern.

Durch die Besonderheiten einer Fünf-Länder-Kammer und das für die psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen der OPK geltende Sächsische Heilberufekammergesetz werden diese

durch das Gesetz zunächst nicht erfasst. In Gesprächen zwischen dem Vorstand der OPK und Vertretern des Gesundheits- und Sozialministeriums wurden unsererseits darauf hingewiesen und das Ministerium versicherte, dass angestrebt werde, auch unsere Berufsgruppen in geeigneter Weise an die in diesem Gesetz normierten Berufspflichten zu binden.

Kritisch äußerte sich der Vorstand der OPK der im Gesetzentwurf geregelten Aufhebung von Schweige- und Geheimhaltungspflichten und zur Verpflichtung zur Unterrichtung des Jugendamtes im Falle der Kenntnisnahme von körperlicher und psychischer Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung. Die Bezie-

hung des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu seinem Patienten und zu den Sorge- bzw. Erziehungsberechtigten ist in besonderer Weise von der Notwendigkeit eines Vertrauensverhältnisses geprägt. Bei der beabsichtigten Meldepflicht ist zu befürchten, dass betroffene

Kinder und Jugendliche noch seltener bei Psychotherapeuten vorgestellt werden, als das ohnehin schon der Fall ist. Im Weiteren würde möglicherweise eine stattgehabte Meldung beim Jugendamt eine sofortige Beendigung der Therapie nach sich ziehen.

Die OPK wird den weiteren Gesetzgebungsprozess aufmerksam und mit Sachverstand verfolgen. Die gesamte Stellungnahme finden Sie auf der Homepage der OPK.

*OPK-Vizepräsident Dr. phil. Dipl.-Psych.  
Wolfram Rosendahl*

## Gemeinsamer Beirat OPK/Landesärztekammern konstituierte sich

Am 16.05.2008 fand die konstituierende Sitzung des gemäß Staatvertrag zu bildenden Gemeinsamen Beirats der Landesärztekammern der Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer statt. Die OPK ist mit je einem Mitglied pro Mitgliedsland vertreten.

Seine Aufgabe ist die Abstimmung berufsübergreifender Angelegenheiten der Aus-

übung heilkundlicher Psychotherapie. Der Beirat soll u. a. Empfehlungen zur Fort- und Weiterbildung und zur Berufsausübung der Psychotherapeuten abgeben, um eine gemeinsame Basis für die Psychotherapie zu fördern.

Die Mitglieder verständigten sich in Ihrer ersten Sitzung über eine Geschäftsordnung, den Vorsitz und die nächsten Aufgaben. Im Mittelpunkt der Beratung stand ein Austausch über die Bepunktung von

Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen und die Frage nach einer gemeinsamen Ausgangsbasis von Kriterien für die Anerkennung.

*Dipl.-Psych. Dietmar Schröder,  
Geschäftsführender Vorsitzender  
des Beirates*

## Meldungen

**Leipzig.** Psychologen der Universität Leipzig fanden heraus, dass Merkmale von E-Mail-Adressen den ersten Eindruck auf andere Personen maßgeblich beeinflussen. „Wir hinterlassen durch unsere persönlichkeitsbedingten Verhaltensweisen und Vorlieben Spuren in den natürlichen und virtuellen Umwelten, in denen wir uns bewegen“, sagte Dr. Mitja Back, die mit ihren Kollegen Dr. Stefan Schmukle und Professor Dr. Boris Egloff für eine Studie des Institutes für Psychologie II der Uni Leipzig 600 Schüler im Alter zwischen 15 und 18 Jahren befragt hat. Die Studienteilnehmer schätzten Personen mit einer „de“-Domäne als gewissenhafter ein als Personen mit einer „com“-Domäne, Personen mit kreativen, fantasievollen und witzigen E-Mail-Adressen als extrovertierter und offener. Niedliche Namen in E-Mail-Adressen machten einen eher verträglichen, gutmütigen Eindruck, während angeberische und anzügliche E-Mail-Adressen zur Vermutung führten, man habe es mit einer narzistischen Person zu tun.

Diese Eindrücke wurden interessanter Weise nicht nur von den meisten der Beurteiler geteilt, sondern stimmten zu einem gewissen Ausmaß auch mit den tatsächlich gemessenen Persönlichkeitseigenschaften überein.

Die Schüler waren aufgefordert worden, ihre E-Mail-Adressen anzugeben und sie füllten einen Fragebogen aus, der Persönlichkeitseigenschaften misst. 100 unabhängige Beurteiler bekamen diese E-Mail-Adressen und beurteilten die Eigenschaften der ihnen unbekanntem Schüler nur anhand ihrer E-Mail-Adresse.

Die Originalstudie ist bei [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com) erhältlich. Infos Dr. Mitja D. Back, E-Mail: [mback@uni-leipzig.de](mailto:mback@uni-leipzig.de) (dür)

**Erfurt.** Die Thüringer Landesregierung plant ebenfalls ein Gesetz zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes. Dies kündigte Gesundheitsministerin Christine Lieber-

knecht bei einer Fachtagung über Kinder psychisch kranker Eltern am 25.6.08 in Erfurt an. Bereits 2006 habe das Land ein umfangreiches Maßnahmenpaket zum besseren Schutz von Kindern verabschiedet. (dür).

### Termine:

Die OPK-Infoveranstaltungen finden in Brandenburg am 22.10., in Sachsen am 23.10. und in Thüringen am 29.10. statt. Nächste Kammerversammlung: 10./11. Oktober 2008 in Leipzig.

### Geschäftsstelle

Karl-Rothe-Str. 4  
04105 Leipzig  
Tel. 0341-462432-0  
Fax. 0341-462432-19  
[www.opk-info.de](http://www.opk-info.de)  
[info@opk-info.de](mailto:info@opk-info.de)  
Telefonische Sprechzeiten:  
Mi 11.00–13.00 Uhr

# Mitteilungen der LandesPsychotherapeuten-Kammer Rheinland-Pfalz

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Namen des Vorstandes möchte ich alle Kammermitglieder herzlich zu unserem **traditionellen Herbstfest** einladen. Es findet am Samstag, den 27.09. statt und beginnt um 14 Uhr mit der Tagung „Psychotherapeuten in Institutionen – effizient

und unverzichtbar“. Die Tagung dauert bis 18.00 Uhr, danach beginnt das Fest in der Lobby des Bürozentrums. Dort besteht Gelegenheit, bei den Klängen des Ohrwurm-Quartetts, Wein und gutem Essen die Veranstaltung nachklingen zu lassen und sich

im Kollegenkreis, mit den Referenten und mit Vertretern von Ministerium und Krankenkassen auszutauschen.

*Mit freundlichen Grüßen  
Sascha Gönner*

## Zentrale Veranstaltung der LPK dieses Jahr am 27.09. mit dem Thema „Psychotherapeuten in Institutionen – effizient und unverzichtbar“

Das diesjährige Herbstfest der Kammer am 27. September 2008 wird mit einer Tagung verbunden sein, die ausdrücklich und in dieser Form erstmals in RLP die Anliegen der angestellt tätigen Kolleginnen und Kollegen in den Vordergrund stellt. Unter dem Titel: „Psychotherapeuten in Institutionen – effizient und unverzichtbar“ werden namhafte Referenten aus der Praxis, Forschung und Politik exemplarisch Nutzen und Wert der in institutionellen Kontexten erbrachten psychotherapeutischer Leistungen erläutern und Status und Honorierung unserer Berufsgruppe als Leistungserbringer einer kritischen Würdigung unterziehen.

Zu Beginn wird Thomas Merz, Vorstandsmitglied der Hessischen Psychotherapeutenkammer, über eine gesundheitsökonomische Studie zu Effekten psychotherapeutischer Behandlung in Beratungsstellen referieren, danach geht Dr. Christoph Löschmann, Hamburg, auf Kosten und Nutzen von Psychotherapie in der Rehabilitation ein. Im dritten Referat beschäftigt sich Oliver Dilcher, ver.di Bundesverwaltung, Berlin, mit der Tarifsituation von Psychotherapeuten in Institutionen

und schließlich wird Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der BPTK, Berlin, die Situation der angestellten/beamteten Psychotherapeuten aus Sicht der BPTK darstellen. Ausdrücklich wird er hier auch die Situation der Ausbildungsteilnehmer in den Kliniken beleuchten.

Das Spannungsfeld zwischen der gesundheitspolitischen und -ökonomischen Bedeutung auf der einen und der Anerkennung unseres Berufsstandes auf der anderen Seite wird dann auch Inhalt einer Podiumsdiskussion sein, die unter dem Motto „Die Zukunft der Psychotherapeuten in Institutionen – Wohin geht die Reise“ ihren besonderen Akzent auf die Perspektiven für die Zukunft setzen soll. Unter der Moderation von Frau Dr. Daniela Engelhardt, SWR 4, Mainz, stellen sich den Fragen der Teilnehmer: Herr Staatssekretär Christoph Habermann, Ministerium f. Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, Mainz, Herr Prof. Richter, Herr Wilhelm Scheidt, Geschäftsbereichsleiter Psychosomatik und medizinische Einrichtungen der AHG AG, Bad Dürkheim, Herr Dr. Christoph Löschmann und Herr RA Franken, Justiziar der LPK.

Die Kammer möchte mit dieser Tagung ein Forum schaffen, auf der die Akteure, insbesondere die Vertreter der Leistungs- und Kostenträger und der Leistungserbringer in einem kritischen Dialog die Gestaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten unserer Profession im institutionellen Versorgungsbereich ausloten.

Da Wert und Wirkung einer solchen Veranstaltung ganz sicher mit der Zahl der Beteiligten steigt, laden wir Sie herzlich hierzu ein. Durch ihre engagierte Teilnahme haben Sie die Möglichkeit, mit Beiträgen und konkreten Fragen den Verlauf mitzugestalten und mit den Experten in eine Diskussion über die Zukunft von Psychotherapeuten in Institutionen zu treten.

Termin:  
27. September 2008,  
von 14.00 Uhr–18.00 Uhr,  
Vortragsraum der LPK  
4. Etage, Spiegelsaal  
Wilh.-Th.-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz

Die Veranstaltung ist mit 7 Punkten zertifiziert.

## Zeit gewinnen in Aus- und Weiterbildung: Zukunftsprojekt Neuropsychologie startet 2008

### Kurzzusammenfassung

Es gibt Möglichkeiten, die umfangreichen Anforderungen in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, in der Weiterbildung „Neuropsychologische Psychotherapie“ und in der Fortbildung zum Klinischen Neuropsychologen (GNP) theoretisch und praktisch so aufeinander abzustimmen, dass praktische Tätigkeiten, theoretische Inhalte und Ausbildungsfälle nicht doppelt abgeleistet werden müssen. Es werden bedeutsame Verkürzungen der Aus-, Fort- und Weiterbildungszeiten erreicht.

### Zusammenfassung

Die Aus- und Weiterbildungsgänge zum Psychologischen Psychotherapeuten, zur Zusatzbezeichnung „Neuropsychologische Psychotherapie“ und die Fortbildung zum Klinischen Neuropsychologen (GNP) fordern jeweils langjährige berufliche Tätigkeit und umfassen umfangreiche theoretische Curricula. Da sich die Ausbildungs- und Weiterbildungsordnungen unabhängig voneinander entwickelt haben, wurde bisher nicht darauf geachtet, die Praxiszeiten und Theorieinhalte aufeinander abzustimmen. Wenn beide Qualifikationen angestrebt werden, können jedoch zeitliche und inhaltliche Überschneidungen zu Verkürzungen genutzt und Synergieeffekte ermöglicht werden.

Im vorliegenden Artikel werden verschiedene Möglichkeiten aufgezeigt. So kann die praktische Tätigkeit in einer Weiterbildungsinstitution für Neuropsychologie auch als praktische Tätigkeit für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten genutzt werden. Umgekehrt verkürzt sich die Weiterbildung in „Neuropsychologischer Psychotherapie“ um ein Jahr für bereits approbierte Psychologische Psychotherapeuten. Darüber hinaus können auch bei den theoretischen Inhalten als auch den Prüfungsfällen Überschneidungen ausgenutzt werden.

### Einleitung

Vor Diplom-Psychologinnen und -Psychologen, die sich sowohl als Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten als auch als Klinische Neuropsychologinnen/Neuropsychologen qualifizieren bzw. die Zusatzbezeichnung „Neuropsychologische Psychotherapie“ erwerben wollen, liegt ein sehr langer Weg. Für viele klinisch tätige Psychologinnen und Psychologen stellt sich daher die Frage, ob es die bereits bestehenden Ausbildungs- und Weiterbildungsordnungen ermöglichen, praktische Tätigkeiten und theoretische Inhalte für beide Qualifizierungen zu nutzen, um diese Wegstrecke effektiver zu gestalten.

In intensiven Gesprächen und Überlegungen in den letzten Monaten suchten Vertreter der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP), für die Weiterbildung in Neuropsychologischer Psychotherapie akkreditierte Einrichtungen in Rheinland-Pfalz, die Leitung des Ausbildungsinstituts für Psychologische Psychotherapie in Mainz in Abstimmung mit der LPK RLP nach Möglichkeiten, Synergien hierfür zu nutzen. Ziel war und ist es, durch eine optimale Abstimmung der jeweiligen Anforderungen auf der Basis der gesetzlichen Rahmenbedingungen und inhaltlichen Anforderungen Doppelbelastungen möglichst zu vermeiden oder zu reduzieren. Im vorliegenden Text werden die Gesprächsergebnisse dargestellt, um beispielhaft Synergiemöglichkeiten aufzuzeigen und weitere Überlegungen und Umsetzungen anzuregen.

### Die aktuelle Situation

Die diagnostische und psychotherapeutische Tätigkeit der klinischen Neuropsychologen/innen ist nicht Bestandteil der im Psychotherapeutengesetz festgelegten vertieften Ausbildung in Verhaltenstherapie oder in den tiefenpsychologisch-psychoanalytischen Verfahren, da die erforderlichen Fachkenntnisse und die notwendige praktische Erfahrung zu umfangreich sind.

Zugleich ist eine eigenständige vertiefte Ausbildung in Klinischer Neuropsychologie gemäß dem Wissenschaftlichem Beirat Psychotherapie aufgrund der mangelnden Anwendungsbreite der Neuropsychologie, d. h. der Beschränkung auf die Erkrankungen und Schädigungen des Gehirns, zur Zeit nicht möglich.

Die Vermittlung der klinisch-praktischen und theoretischen Fertigkeiten und Kenntnisse für Klinische Neuropsychologen ist daher als Weiterbildung durch die Fachgesellschaft unabhängig von der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten konzipiert worden. (Nach In-Kraft-Treten der Weiterbildungsordnung der Kammer ist aus rechtlicher Sicht das Konzept für approbierte Psychotherapeuten als Fortbildung zu bezeichnen, da nur die Kammer das Recht hat, aner kennensfähige Weiterbildungsgänge einzurichten. Deshalb wird im weiteren Text zur Klarstellung das Curriculum der GNP als Fortbildung benannt in Abgrenzung zur Weiterbildung der Kammer.)

Als erste Landes kammer verabschiedete Rheinland-Pfalz im Frühjahr 2004 eine Weiterbildungsordnung (WBO), in der u. a. die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Neuropsychologie“ bzw. ab 01.07.2008 „Neurologische Psychotherapie“ geregelt wurde. Das der Weiterbildung zu Grunde liegende Konzept basiert auf dem Curriculum „Klinische Neuropsychologie“, das schon vor Jahren von der GNP entwickelt und mehrfach modifiziert wurde. Es umfasst eine dreijährige berufliche Vollzeittätigkeit in einer Fachklinik, in der die Teilnehmer das ganze Spektrum neurologisch-rehabilitativer Krankheitsbilder kennen und behandeln lernen. Zusätzlich wird unter anderem über ein theoretisches Curriculum von 400 Stunden Fachwissen über Neuroanatomie, Neuropsychologie, neurologische Rehabilitation sowie allgemein Kenntnisse über Diagnostik und Psychotherapie hirngeschädigter Patienten vermittelt. Nach diesem Curriculum konnten sich bisher schon Interessierte im Bereich der Neuropsychologie fortbilden.

Ausdrücklich wird in der WBO RLP die Möglichkeit aufgezeigt, schon während der Ausbildung erbrachte Leistungen im Sinne der Weiterbildung nach Erhalt der Approbation anerkennen zu lassen. D. h., dieser Weiterbildungsordnung zufolge muss man nicht zuerst die Approbation haben, um *danach* eine Weiterbildung beginnen zu können. Auch der umgekehrte Weg ist in gewissem Umfang möglich: Wer nach dem Diplom etwa zunächst Klinischer Neuropsychologe geworden ist oder werden will und im Anschluss die Approbation anstrebt, kann im Anschluss an die Approbation das Weiterbildungszertifikat „Neuropsychologische Psychotherapie“ gemäß der WBO RLP erlangen. Die Vertreterversammlung der Kammer hat in §§ 2 Abs. 2 und 14 der WBO explizit Übergangs- und Anrechnungsregelungen getroffen, die den Mitgliedern umfassende Möglichkeiten bieten.

Vor diesem Hintergrund stellt sich dann konsequenterweise als nächste Frage, welche Möglichkeiten der besseren Verzahnung und gegenseitigen Anerkennung es gibt?

Aktuelle Möglichkeiten zur Synergie, wenn Klinische Neuropsychologen bzw. in der Fortbildung zum Klinischen Neuropsychologen stehende Psychologen die Approbation anstreben:

### Praktische Tätigkeit

Für die Zertifizierung zum Klinischen Neuropsychologen ist im Anschluss an das Diplom in Psychologie eine dreijährige praktische Tätigkeit in einer durch die GNP anerkannten Weiterbildungsstätte für Neuropsychologie notwendig.

Im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten sind 1200 Stunden praktische Tätigkeit in einer anerkannten psychiatrischen Klinik sowie 600 Stunden praktische Tätigkeit im Bereich der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung erforderlich. Weitere 900 Stunden – die sog. „freie Spitze“ – können auch durch praktische Tätigkeit in einer kooperierenden Stätte bestritten werden.

Durch eine Anerkennung der praktischen psychotherapeutischen Tätigkeit, die die Klinischen Neuropsychologen in Fortbildung erbringen, kann an dieser Stelle doppelte klinische Tätigkeit in Aus- und Weiterbildung reduziert werden. Die Psychologen in Fortbildung zum Klinischen Neuropsychologen beginnen nach diesem Modell zuerst die Fortbildung und arbeiten in Anstellung an einer akkreditierten neurologisch-rehabilitativen Fachklinik. Die Tätigkeit umfasst klinisch-psychologische Diagnostik und Psychotherapie hirngeschädigter Patienten. Nach zwei Jahren meldet sich der Fortbildungsteilnehmer in Klinischer Neuropsychologie zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten an. Nur nach erfolgter Anmeldung kann die psychosomatische/psychotherapeutische praktische Tätigkeit auch für die Ausbildung zum PP angerechnet werden. Hierfür muss die Ausbildungsstätte und die zuständige Landesbehörde die neuro-rehabilitative Fachklinik als kooperierende Einrichtung anerkennen. Jetzt können die Fortbildungsteilnehmer zum Klinischen Neuropsychologen ihre berufliche therapeutische Tätigkeit einerseits als Fortbildungszeit zum Klinischen Neuropsychologen und andererseits gleichzeitig im Umfang von 600 Stunden Praxiszeit in einer Einrichtung der psychotherapeutischen Versorgung anerkennen lassen, weitere 900 Stunden praktische Tätigkeit können im Rahmen der freien Spitze in der Ausbildung zum PP angerechnet werden. Dadurch wird erreicht, dass das dritte praktische Jahr der GNP-Ausbildung zum Klinischen Neuropsychologen gleichzeitig als ein Ausbildungsjahr zum Psychologischen Psychotherapeuten zählt. Auf dem Weg zum Psychologischen Psychotherapeuten mit der Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie wird eine Zeitersparnis von einem Jahr erzielt.

Konkrete Umsetzung in die Praxis der Aus- und Weiterbildung in Rheinland-Pfalz:

Zurzeit sind in Rheinland-Pfalz das Bräuderkrankenhaus in Trier, die Klinik Burg Landshut in Bernkastel-Kues sowie die Edith-Stein-Klinik in Bad Bergzabern als Weiterbildungsstätten für Neuropsychologie durch die GNP anerkannt. Die Zertifizierung der Klinik für Psychiatrie und Psy-

chotherapie der Uni Mainz wird vorbereitet (in Kombination mit der Neurologie der Universitätskliniken Mainz). Bundesweit gibt es 30 von der GNP akkreditierte Fortbildungsstätten für Neuropsychologie.

Im Rahmen der jetzigen rechtlichen Regelungen ist es möglich, dass das Ausbildungsinstitut für Psychotherapie den Richtlinien entsprechend auf Antrag Fortbildungsstätten für Neuropsychologie, die idealerweise auch als Weiterbildungsstätten für Neurologische Psychotherapie durch die Kammer anerkannt sein sollten, als kooperierende Kliniken für 600 Stunden der praktischen Tätigkeit im Rahmen der PP-Ausbildung anerkennt. Des Weiteren kann es 900 Stunden der praktischen Tätigkeit in diesen Kliniken als „freie Spitze“ anerkennen.

### Theoretische Inhalte

Für die Weiterbildung im Bereich „Neuropsychologische Psychotherapie“ wie für die Zertifizierung zum Klinischen Neuropsychologen (GNP) sind insgesamt 400 Stunden Theorie notwendig, wobei 200 Stunden intern im Rahmen der klinischen Tätigkeit absolviert werden können und 200 Stunden durch externe Fortbildungsveranstaltungen nachzuweisen sind.

Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten umfasst 600 Stunden theoretisches Curriculum.

Die Überschneidungen sind bezüglich der Vermittlung neuroanatomischer und spezieller klinisch-neuropsychologischer Inhalte gering. In den Bereichen allgemeine klinisch-psychologische Diagnostik, Psychopathologie, Psychopharmakologie, therapeutische Gesprächsführung, medizinische und psychosoziale Versorgungssysteme sowie Behandlung von depressiven und Angststörungen sind jedoch Überschneidungen feststellbar.

Durch die wechselseitige Anerkennung von bereits absolvierten theoretischen curricularen Inhalten werden Doppelbelastungen verhindert.

Für die Weiterbildung können Seminare der PP-Ausbildung anerkannt werden, in



denen Inhalte des Weiterbildungs-Curriculums vermittelt werden. Hierzu können beispielsweise die o. g. Themenbereiche gehören.

Das Ausbildungsinstitut kann wiederum Theorieinhalte anerkennen, die nach Einschreibung im Fortbildungsgang Klinische Neuropsychologie der GNP bereits extern erworben wurden (darauf hingewiesen sei jedoch, dass dies nicht unbedingt zu einer Reduktion von Ausbildungskosten führt).

### **Ambulante Fälle**

Als dritte Möglichkeit zur Ausnutzung von Synergieeffekten bei Absolvierung der Fortbildung zum Klinischen Neuropsychologen als auch der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten besteht die Möglichkeit, die für die praktische Ausbildung nachzuweisende Behandlung von Patienten und die für die Zulassung zur jeweiligen Abschlussprüfung notwendigen Ausbildungsfälle wechselseitig anzuerkennen.

In der Fortbildung zum Klinischen Neuropsychologen müssen drei Jahre klinisch-neuropsychologische Tätigkeit in Feststellung absolviert werden und mindestens fünf Kasuistiken zur Prüfung eingereicht werden. Es sind 100 Stunden fallbezogene Supervision nachzuweisen. Es müssen fünf differenzierte Falldarstellungen dokumentiert werden, aus denen neben der Darstellung der Ätiologie und ggf. der Lokalisation der Hirnfunktionsstörung die neuropsychologische Diagnostik und die psychotherapeutischen Maßnahmen hervorgehen. Von den fünf Kasuistiken sind zwei in Gutachtenform einzureichen.

Für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten sind 600 Behandlungsstunden unter Supervision mit mindestens sechs Patientenbehandlungen vorgeschrieben sowie 150 Supervisionsstunden, von denen 50 Einzelsupervisionen sein müssen.

Es sind mindestens sechs Kasuistiken zu erstellen, die Diagnostik, Indikationsstellung, Behandlungsverlauf und Behandlungstechnik sowie eine Evaluation der Therapieergebnisse beinhalten.

Folglich ergibt sich die Möglichkeit, dass die praktische Tätigkeit, die Supervision und Behandlungsfälle der Weiterbildungskandidaten zum Klinischen Neuropsychologen durch die Ausbildungsstätte für Psychologische Psychotherapeuten anerkannt werden können, wenn sie den o. g. Anforderungen entsprechen.

### **Praktische Umsetzung**

Das Ausbildungsinstitut kann gemäß seinen Richtlinien ambulante Fälle, die nach der Zwischenprüfung im Ausbildungsgang PP während der Fortbildung zum Klinischen Neuropsychologen unter regelmäßiger Supervision (jede vierte Stunde) eines vom Ausbildungsinstitut anerkannten Supervisors durchgeführt werden, anerkennen.

### **Abschluss der Aus- und Fortbildung**

Nach der WBO ist seit deren In-Kraft-Treten der Abschluss der Weiterbildung immer erst nach der Approbation möglich, um zu einer Zusatzbezeichnung zu führen. Das bedeutet, dass z. B. ein Teil der Behandlungsstunden unter Supervision erst nach der Approbation beendet werden darf.

Auf Antrag prüft die Kammer bei den approbierten Psychotherapeuten direkt nach Beginn der Mitgliedschaft, inwieweit auch nach der WBO die Voraussetzungen zur Zuerkennung der Zusatzbezeichnung „Neuropsychologische Psychotherapie“ erfüllt sind. Damit sind Approbation und Erhalt der Zusatzbezeichnung fast zur gleichen Zeit möglich.

Aktuelle Möglichkeiten zur Synergie, wenn approbierte Psychologische Psychotherapeuten die Weiterbildung „Neuropsychologische Psychotherapie“ anstreben.

Auch bei zuerst absolvierter Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und nachfolgender Weiterbildung „Neuropsychologische Psychotherapie“ können Synergieeffekte genutzt werden.

### **Praxiszeit**

Die Weiterbildungsordnung hat mit ihrer Änderung, die zum 21.06.2008 in Kraft getreten ist, Synergieeffekte mit einbezogen.

Für Psychologische Psychotherapeuten beträgt die klinische Berufstätigkeit zwei Jahre (anstelle von drei Jahren für nicht-approbierte Diplom-Psychologen zur Erlangung des Zertifikats der GNP).

Zusätzlich ergibt sich die Möglichkeit, doppelte Nachweise zu vermeiden, wenn die psychosomatische/psychotherapeutische praktische Tätigkeit während der PP-Ausbildung an einer für Neuropsychologische Psychotherapie anerkannten Weiterbildungsstätte absolviert wurde. Diese Ausbildungszeit kann dann auf Antrag auch als Weiterbildungszeit anerkannt werden.

### **Theoretische Inhalte**

Seminare der PP-Ausbildung können ebenfalls für die Weiterbildung anerkannt werden, wenn in ihnen Inhalte des WBO-Curriculums vermittelt werden. Hierzu gehören beispielsweise Seminare zu den Themenbereichen Psychopathologie, Psychopharmakologie und medizinische und psychosoziale Versorgungssysteme und soziale und berufliche Reintegration (incl. sekundäre Prävention).

### **Ambulante Fälle**

Wurden im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten Menschen mit Schädigungen des Gehirns neuropsychologisch behandelt, so kann diese Kasuistik auf Antrag anerkannt werden.

### **Resümee**

Es gibt also einige Möglichkeiten zu einer effektiven Gestaltung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und der Weiterbildung „Neuropsychologische Psychotherapie“ auf der Basis der aktuellen Rahmenbedingungen. Die hier dargelegten Synergien sind mit dem Vorstand der Fachgesellschaft GNP abgestimmt, finden die Zustimmung des Kammervorstandes, werden vom Ausbildungsinstitut für Psychologische Psychotherapie in Mainz für möglich erachtet und stehen mit den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen in Einklang. Wir wissen, dass auch in anderen Ausbildungsinstituten und in anderen Ländern über diese Thematik intensiv und konkret nach-

gedacht wird, wobei unterschiedliche gesetzliche Rahmenbedingungen und Weiterbildungsordnungen jeweils berücksichtigt werden müssen. Wir halten es für unbedingt erforderlich, dass eine Verzahnung von Psychotherapieausbildung und Weiterbildung erfolgt, und hoffen, dass auch in anderen Länderkammern unser

Anliegen unterstützt wird. Erste Schritte dazu sind bereits in Gang.

**An diesen Seiten arbeiteten mit:**

Birgit Albs-Fichtenberg, Andrea Benecke, Sascha Gönner, Birgit Heinrich, Jürgen Kammler-Kaerlein, Doris Naumann, Armin Scheurich

**Geschäftsstelle:**

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz  
Tel 06131/5 70 38 13  
Fax 06131/5 70 06 63  
[service@lpk-rlp.de](mailto:service@lpk-rlp.de)  
[www.lpk-rlp.de](http://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

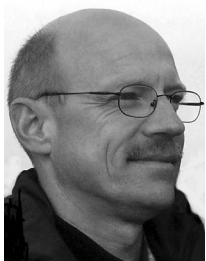
## Notfallpsychotherapie – Einbindung der PP und KJP

### Anfrage eines Kammermitglieds

„In den letzten Wochen haben sich für mich einige Fragen bzw. Anfragen an die PKS entwickelt: Notfälle und lokale Katastrophen sind ausreichend mit freiwilligen Kräften zu versorgen. Die Anzahl der Betroffenen ist überschaubar, so dass der Einsatz von Spezialisten auf freiwilliger Basis ausreicht. Überregionale Großereignisse wie eine Vogelgrippe-Epidemie, innere Unruhen, ein AKW-GAU oder Terrorattentate beanspruchen jedoch die gesamte öffentliche Ordnung und damit auch das Gesundheitssystem. Schon ein relativ „harmloser“ Fall wie das Ausbleiben von Energielieferungen im Winter über einige Wochen (eine Gefahr, die beispielsweise für die Ukraine mehrfach bestand) kann die Unterbringung von zehntausenden Menschen in Wärmestuben und damit ihre psychosoziale Betreuung erforderlich machen. Hier besteht die Möglichkeit von Zwangsverpflichtungen u. a. auf Grundlage der Notstandsgesetzgebung. Wie sieht in einem solchen Fall der Einsatz von Psychotherapeuten aus? Welche Regelungen sind hinsichtlich der Risiken für PP getroffen? Welche Maßnahmen sind angedacht zum Schutz der Familien der PP in gesundheitlicher und finanzieller Hinsicht? Wie sind die rechtlichen Bedingungen (Sicherstellungsauftrag z. B. der KVn) aktuell und mit dem neuen Vertragsrecht? Gibt es dafür auch inhaltliche Planungen, z. B. Manuals oder ähnliches?“

Mit freundlichen Grüßen F.J. H.

### Antwort der Kammer in FORUM Nr. 26



Sehr geehrter Hr. H.,

§ 39 SBKG

wir danken Ihnen für Ihre Anfrage bzgl. der Existenz von Regelungen für den Katastropheneinsatz und eventuellen Zwangsverpflichtungen auch von Psychotherapeuten. Ich möchte im Folgenden versuchen, auf die angesprochenen Aspekte einzugehen. Dazu ist es erforderlich, die Rechtslage zu beschreiben und einige allgemeine Bemerkungen zum Schutz der Bevölkerung bei Großschadensfällen und Katastrophen zu machen.

### Allgemeine Hilfeleistungspflichten

Hilfeleistungspflichten gelten für alle Bürger. Das Saarl. Brand- und Katastrophenschutzgesetz schreibt vor:

- **Abs. 1:** „Jede über 18 Jahre alte Person ist verpflichtet, im Rahmen ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten auf Anordnung des Einsatzleiters oder der Einsatzleiterin Hilfe zu leisten, um von dem Einzelnen oder der Allgemeinheit unmittelbare Gefahren abzuwenden oder erhebliche Schäden zu beseitigen. Die Hilfeleistung kann nur verweigern, wer durch sie Gefahr für Leib und Leben befürchten oder vorrangige Pflichten verletzen müsste.“
- **Abs. 2:** „Wer nach Abs. 1 zur Hilfeleistung herangezogen wird ... hat für die Dauer der Hilfeleistung die Rechtsstellung von Helfern und Helferinnen im Katastrophenschutz.“
- **Abs. 5:** „Die Katastrophenschutzbehörde ist berechtigt, Personen mit besonderen Kenntnissen oder Fähigkeiten zur Hilfeleistung und Sachen vorher zu erfassen.“

### Berufsrecht – Berufsordnung

Für Psychotherapeuten, als „Personen mit besonderen Kenntnissen oder Fähigkeiten“ gilt außerdem die Berufsordnung. Sie sieht in § 3 Abs. 8 vor:

„Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sind verpflichtet, sich im Falle von Großschadensereignissen oder Katastrophen sowie im Falle anderer Notfall- und Krisensituationen an einer psychotherapeutischen Notfallversorgung in berufsangemessener Form zu beteiligen. Zu Art und Umfang der Beteiligung erlässt die Kammer bei Bedarf gesonderte Regelungen.“

### Berufsangemessene Beteiligung

Tragende Säulen des Katastrophenschutzes sind Organisationen wie die Feuerwehr, das Rote Kreuz, das Technische Hilfswerk und andere Zivilschutz- und Hilfsorganisationen. Die psychosoziale und psychologische Notfallversorgung wird fast ausschließlich durch Notfallseelsorger bzw. Notfallärzte geleistet. Wie erste Erfahrungen bei Großveranstaltungen und Einsätzen bei Großschadenslagen und Katastrophen (z. B. Zugunglück von Eschede, Einsturz Eishalle Bad Reichenhall) zeigen, hat unsere „junge“ Profession hier auf absehbare Zeit kaum eine Chance, adäquat eingebunden zu werden. Auf Bundesebene zeigen die Erfahrungen, dass PP/KJP beim Notfalleinsatz i.d.R. ehrenamtlich und bei der sog. „PSN“ psychosozialen Notfallhilfe und nicht im Bereich der medizinischen Versorgung entsprechend ihrer Kompetenz als Angehörige eines Heilberufes verortet werden. Eine Einbindung in Katastrophenpläne und -Einsätze ist bisher nur regional und sehr begrenzt gelungen. Wir sind als Landeskammer Mitglied in der Bundes-Arbeitsgemeinschaft Notfallversorgung und machen uns auf dieser Ebene stark für eine berufsangemessene Beteiligung der Psychotherapeuten als Heilberufer.“

### Einbindung der PKS in Katastrophenpläne – Stand der Gesetzgebung

Die PKS hatte sich bereits unmittelbar nach ihrer Gründung 2004 an der Auflage eines Leitfadens der Landesregierung zum „Medizinischen Bevölkerungsschutz im Falle von Großschadensereignissen und Katastrophen“ beteiligt. Leider steht dessen Abschluss noch aus. Zwischenzeitlich hat die Landesregierung – zugegebenermaßen von der PKS recht unbemerkt – ein neues Katastrophenschutzgesetz verabschiedet. Das neue Gesetz über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland – Saarländisches Brand und Katastrophenschutzgesetz – SBKG vom 29.11.06 (Amtsbl 06,2207), zuletzt geändert am 21.11.07 (Amtsbl 07,2393) beinhaltet für Angehörige von Gesundheitsberufen eine Reihe von zusätzlichen Regelungen für deren Mitwirkung:

#### § 42 SBKG

##### Mitwirkung des Gesundheitswesens:

- **Abs. 1:** „Die Krankenhäuser, die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ... die berufsständischen Vertretungen der Ärzte und Ärztinnen ... der Psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ... wirken bei den Aufgaben nach diesem Gesetz mit.“

##### Kliniken und Pflegeeinrichtungen sind über das SBKG zur Notfallversorgung verpflichtet:

- **Abs. 3:** „Die Krankenhäuser ... sind verpflichtet, zur Mitwirkung bei den Aufgaben nach diesem Gesetz Einsatzleitungen zu schaffen, Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen und fortzuschreiben sowie Übungen durchzuführen.“

##### Sachmittel und Personal:

- **Abs. 4:** „Das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales kann die Träger der Krankenhäuser ... verpflichten, Einrichtungen oder Gebäudeteile, Personal und Sachmittel zur Verfügung

zu stellen, soweit dies zur Abwehr von Großschadenslagen und Katastrophen erforderlich ist.“

#### Fortbildung

Um die berufsrechtlichen Pflichten und die gesetzlichen Anforderungen erfüllen zu können, strebt die PKS an, in Kooperation mit den anderen Landeskammern Fortbildungsangebote zur Notfallpsychotherapie durchzuführen. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hat unter Beratung der Bundes-Arbeitsgemeinschaft Notfallversorgung und der Notfallkommission des Vorstands Standards für die Fortbildung in Notfallpsychotherapie erarbeitet (siehe [http://www.bptk.de/psychotherapie/themen\\_von\\_a\\_z/akutversorgung\\_im\\_notfall/index.html](http://www.bptk.de/psychotherapie/themen_von_a_z/akutversorgung_im_notfall/index.html)). Dort werden Empfehlungen über Art- und Umfang der Beteiligung und Angaben über Fortbildungsinhalte gemacht. Schwerpunkte sind dabei neben der Vermittlung von Fachkenntnissen (psychotherapeutische Notfallversorgung) administrative und organisatorische Kenntnisse (Einsatzstruktur) sowie settingspezifische theoretische und praktische Erfahrungen (Einsatzerfahrung). Um die Ressourcen v. a. der kleinen Landeskammern zu schonen sind gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen mehrerer Kammern geplant.

#### Besondere Pflichten von Angehörigen der Gesundheitsberufe:

#### § 42 SBKG

- **Abs. 1:** „In ihrem Beruf tätige Ärzte und Ärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Tierärzte und Tierärztinnen, Apotheker und Apothekerinnen sowie Angehörige der Fachberufe des Gesundheits-, Veterinär- und Pflegewesens sind verpflichtet, sich für die Aufgaben nach diesem Gesetz fortzubilden. Die Teilnahme an Übungen soll nach Absatz 2 u. a. in Abstimmung mit der KV und den Kammern erfolgen.“
- **Abs. 2:** „...Die Teilnahme an Übungen erfolgt in Abstimmung mit den Berufskammern, der Kassenärztlichen Verei-

nigung Saarland, der Saarländischen Krankenhausgesellschaft e.V. ...“

#### Schutz der Helfer und ihrer Familien – Umfang und Einschränkung eines Einsatzes:

#### § 39 SBKG

- **Abs. 4:** „Die Katastrophenschutzbehörde kann jede Person zu Sach- und Werkleistungen.... sowie zu Dienstleistungen heranziehen, soweit dies zur Abwehr einer Großschadenslage oder einer Katastrophe erforderlich ist. Die Heranziehung darf die Dauer von fünf Tagen nicht übersteigen. Dies gilt nicht 1. soweit die vorhandenen Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes und sonstige Mittel oder Kräfte der Katastrophenschutzbehörde für die Abwehr der Großschadenslage oder der Katastrophe ausreichen, oder 2. wenn die Heranziehung mit erheblicher Gefahr für Leib oder Leben für den Herangezogenen oder die Herangezogene oder der Verletzung anderer überwiegender Pflichten verbunden ist.“

§ 25 SBKG regelt Freistellung, Lohnfortzahlung und Verdienstausschluss – § 26 die Haftung für Schäden die dem Helfer entstehen. In beiden Fällen ist ein Ausgleich vorgesehen.

Generell gilt für Psychotherapeuten als Heilberufler: Sie schwören zwar keinen Hippokrates-Eid, unterliegen jedoch der Ethik ihres Heilberufes, den sie in ihrer Berufsordnung formulieren. So gilt für sie wie für Ärzte: Psychotherapeuten sind eigentlich immer „im Einsatz“ – will heißen, sind im Bedarfsfalle über die bürgerlichen Pflichten hinaus berufsrechtlich im Sinne ihrer beruflichen Ethik und des Beitrages, den sie für die psychische Gesundheit der Bevölkerung leisten können verpflichtet – auch und gerade im Katastrophenfall.

Mit freundlichen und kollegialen  
Grüßen

Bernhard Morsch

## Landesregierung legt Demografiebericht vor

**Oder „Prognosen sind schwierig, besonders, wenn sie die Zukunft betreffen.“**



FOTO: ASTRID KARGER

Bis zum Jahr 2020 ist im Saarland mit einem Rückgang der Bevölkerung um knapp 76.000 Einwohner zu rechnen. Dabei wird sich die Zahl der 10 bis

18-Jährigen im Vergleich zum Jahr 2005 um gut 30% verringern, während sich die Zahl der Hochbetagten (über 80-Jährige) in diesem Zeitraum sogar um 44% erhöhen wird.

Im Vergleich zum Bundesgebiet spielt das Saarland eine Sonderrolle: der demografische Wandel setzte bei uns nicht nur früher ein, er vollzieht sich auch deutlicher und schneller als in anderen westdeutschen Flächenländern.

Diese und ähnlich beeindruckende Fakten und Zahlen finden sich in dem kürzlich von der Landesregierung vorgelegten 150 Seiten starken Demografiebericht, der bis 2020 die Grundlage für eine „demografieorientierte Politik auf Landesebene“ bilden soll.

### Thema Gesundheit

So ist im Kapitel „Gesundheit“ zu lesen, dass in dem genannten Zeitraum mit einer erheblichen Zunahme an Demenzerkrankten zu rechnen ist: die Anzahl soll sich um weitere 5.000 erhöhen, ausgehend von heute geschätzten 15.000 bis 20.000 Betroffenen. Im dazugehörigen Kapitel „Handlungsbedarf und Handlungsansätze“ sind zum Thema Demenz jedoch lediglich die Stichworte Heimplätze und Stärkung pflegender Angehöriger genannt.

Ebenso knapp wie unbefriedigend kann man in Kapitel „Psychische Krankheiten“ (S. 111) lesen, wie die Landesregierung sich die Anpassung der Versorgungsstrukturen an die neuen gesellschaftlichen Realitä-

ten vorstellt: die Leistungserbringer für psychisch kranke Kinder und Jugendliche müssen sich wegen der sinkenden Zahl der unter 20-Jährigen auf „Einschnitte gefasst machen“, hier werden „Kapazitätsanpassungen“ angestrebt. Von aktuellen Versorgungsgaps, notwendigen oder möglichen Qualitätsverbesserungen aufgrund frei werdender Kapazitäten ist in diesem Zusammenhang leider nirgends die Rede.

Im Hinblick auf die „zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen im Arbeitsleben“ empfiehlt der Bericht, dass Prävention und Früherkennung in der Gesundheitspolitik eine größere Rolle spielen sollen als bisher (S. 112). Unter der Überschrift „Krankheitsprävention“ wird neben zahlreichen anderen präventiven Maßnahmen („Verstärkung der Lebensmittelkontrollen, Intensivierung von Sexualaufklärung“) die „Intensivierung betrieblicher Gesundheitsförderung“ genannt, und das war’s dann auch schon wieder.

Die derzeitige saarländische Debatte um die Zukunft des Kohlebergbaus, die Zukunft von Arbeit und die Bedeutung drohender oder tatsächlicher Arbeitslosigkeit, hochaktuelle landesspezifische Themen, deren gesundheitliche Dimension nicht unterschätzt werden darf, wird hier leider völlig ausgeblendet.

Auf S. 116 taucht unter der Überschrift „Psychiatrie“ schließlich doch der Gedanke auf, dass schwindender quantitativer Bedarf die Chance auf qualitative Verbesserungen birgt. Als aktuelles Beispiel werden hier die unter dem Motto „ambulant vor stationär“ geplanten Veränderungen der Angebotsstruktur im Eingliederungshilfebereich für seelisch behinderte Menschen genannt (siehe auch Artikel zu diesem Thema im FORUM 20, Mai 2007). Das Angebot soll hier insofern bedarfsgerechter werden, als ein Ausbau des in nur relativ geringem Umfang vorhandenen ambulanten betreuten Wohnens geplant ist. Dieser Ausbau soll jedoch zu Lasten des stationären Angebotes stattfinden, wo in gleichem Maße Kapazitäten abzubauen sind. Zugleich soll der demografisch bedingte Nachfragerückgang in Qualitätsverbesserungen investiert werden.

In dem Kapitel „Menschen mit Behinderungen“ erfahren wir jedoch von bundesweiten Prognosen zu einer erheblichen Fallzahlensteigerung in stationären Wohn- einrichtungen, die zur Folge hat, „dass in den nächsten 10 bis 15 Jahren weiterhin eine hohe Versorgungsstruktur vorgehalten werden muss.“ Von Kapazitätsabbau ist hier also keine Rede mehr. Vielmehr heißt es weiter: „Hierdurch (also durch den Umzug ehemals stationär Betreuer ins ambulant betreute Wohnen) können auch notwendige Plätze für bedarfsgerechte Neuzugänge im stationären Bereich freigemacht werden.“ (S. 97)

Ja was denn nun? Platzaufbau, Platzabbau oder Platzumbau?

### Thema Maßregelvollzug

Unter der Überschrift „Maßregelvollzug“ ist nachzulesen, dass sich die Zahl der forensisch-psychiatrischen PatientInnen zwischen 1995 und 2005 mehr als verdoppelt hat, im Saarland wie auch bundesweit. Seit 2006 ist die Belegung wieder leicht rückläufig. Für diese dramatische Entwicklung werden hauptsächlich zwei Ursachen genannt: zum einem ein veränderter Umgang mit der Frage der Schuldfähigkeit sowie mit psychiatrischen Begutachtungen, zum andern „hat sich die untergebrachte Maßregelklientel ungünstig – im Sinne einer Zunahme problematischer Patientinnen und Patienten – entwickelt, was wohl auch zu einer längeren Verweildauer führt.“ (S. 123)

Der Bericht nennt eine Reihe von Faktoren, die zeigen, dass gerade in diesen Bereich eine valide Bedarfsplanung außerordentlich schwierig ist. Ungeachtet dessen wird der rückläufige Trend der letzten beiden Jahre zusammen mit dem Bevölkerungsrückgang im Saarland – man rechnet mit minus 7,3% bis 2020 – in eine durchaus optimistische Prognose verwandelt, wonach die Patientenzahl in der SKFP zwischen 2005 und 2020 um fast 30% zurückgehen soll! (S. 124)

Wie gesagt: Prognosen sind schwierig, besonders wenn sie die Zukunft betreffen. Dieses Zitat wird mal Karl Valentin, mal Kurt Tucholsky, mal Mark Twain zugeschrieben. Ab sofort könnte es auch als Fazit zum

Demografiebericht der Landesregierung durchgehen.

### Demografische Entwicklung und öffentliche Finanzen

Auf der Suche nach Hintergründen und Erklärungen für diese gewagten Annahmen, wird man unter der Überschrift „Demografie-relevantes Handlungsfeld: Öffentliche Finanzen“, fündig: Die ohnehin vorhandene finanzielle Schieflage des Landes soll sich in den kommenden Jahren noch ganz erheblich verschärfen. Der überdurchschnittliche Rückgang der Bevölkerung im Saarland lässt Einnahmeverluste in Höhe von 106,1 Mio. € erwarten.

„Das Saarland muss allein um die demografischen Effekte auf die Einnahmen des Landes aufzufangen, seine Ausgaben bis 2020 in Preisen des Jahres 2005 um rund 5% reduzieren.“ so eine der zentralen Aufgaben für die kommenden Jahre aus finanzpolitischer Sicht. (S. 138)

### Schlussbemerkung

Einen ganz anderen Blick auf demografische Aussagen, Effekte und vermeintliche Handlungsbedarfe hat Prof. Dr. Gerd Bosbach, Statistiker und Empiriker an der Fachhochschule Koblenz: „Die Politik will von Problemen ablenken, die sie nicht lösen kann“ oder „Die Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung lenken von den eigentlichen Problemen ab.“ sagt er in der Süddeutschen Zeitung vom 7.3.2004 bzw. vom 26.4.2006. Dort belegt er durch einen Blick auf Entwicklungen der letzten 100 Jahre eindrucksvoll, dass dynamische, nicht lineare Entwicklungen kaum einschätzbar, dafür aber hochrelevant für prognostische Aussagen sind. Beispielweise konnte vor fast 30 Jahren niemand die weltweite elektronische Vernetzung und den Siegeszug des PC vorhersagen inklusive des wirtschaftlichen Potentials, das darin steckte. Und in den Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung von 1950 waren weder der Trend zu Kleinfamilie, noch die

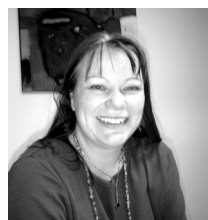
Pille noch der Fall der Mauer auf der Rechnung. „Hätte Adenauer 1950 für 2000 mehr als die Jahreszahl voraussagen können?“ fragt Bosbach und beschreibt, dass Prognosen von konstanten Verhältnissen ausgehen, dass aber die Entwicklung in der Vergangenheit immer wieder von unvorhersehbaren Strukturbrüchen geprägt wurde.

In zahlreichen Interviews und Publikationen warnt Prof. Bosbach unermüdlich vor Panikmache, vor der Prognosegläubigkeit der Deutschen und dem Totschlagargument Demografie. Seine Gedanken zu diesem Thema sind eine interessante und beruhigende Lektüre, die nach dem Demografiebericht der Landesregierung unbedingt empfehlenswert ist.

Quellen: Demografiebericht der Landesregierung: [http://www.saarland.de/dokumente/thema\\_bildung/DemographieberichtEndfassungSeptember07.pdf](http://www.saarland.de/dokumente/thema_bildung/DemographieberichtEndfassungSeptember07.pdf)  
G. Bosbach: <http://www.linksnet.de/artikel.php?id=2520>

## Hybris der Familienpolitik

### Datenanalysen zum Jugendhilfetag 2008



Der Informationsdienst der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (TU Dortmund) hat eine Analyse zur Beschäftigung in der Kinder- und Jugendhilfe vorgelegt.

Fazit: Während ein leichter Stellenzuwachs an Vollzeitstellen in Kindertageseinrichtungen bundesweit zu verzeichnen ist (seit 1998 um 4%), wurde bei anderen Einrichtungen der Kinder und Jugendhilfe drastisch gestrichen: Hauptsächlich in der Kinder- und Jugendarbeit (hier sogar bis zu

einem Drittel!) und bei den ambulanten Diensten.

Um so bemerkenswerter: Im Saarland ist entgegen dem sonstigen Bundestrend seit 2002 sogar ein Stellen-Plus von 11% in der Kinder- u. Jugendhilfe zu verzeichnen: trauriger Spitzenreiter beim Personalabbau ist Bayern mit 21%.

Die gesamte Strukturanalyse zeigt deutlich:

Während Kindertageseinrichtungen zunehmend mehr öffentlich unterstützt wurden, sind stationäre und ambulante Hilfen (Erziehungshilfen) immer weniger gefördert worden. Wirkt sich hier der politische Zeitgeist, der sich ja – sicher nicht zu Unrecht – seit einigen Jahren die Förderung der Vorschulkinder auf die Fahnen geschrieben hat, aus? Fest steht, der drastische Stellenabbau ist nicht mit der demographischen Entwicklung zu erklären – und die Familienpolitiker müssen sich fragen lassen, ob sich die Finanzierung in der Kinder- und Jugendhilfe v. a. an dem Grad der politischen Vermarktungsmöglichkeiten orientiert.

Mehr zu diesem Thema unter :

[www.akjstat-unidortmund.de](http://www.akjstat-unidortmund.de) [www.bptk.de](http://www.bptk.de) – [www.dji.de](http://www.dji.de) – Jubiläumsheft zum Jugendhilfetag 2008.

*A. Maas-Tannchen*

Redaktion FORUM und saarländische Kammerseiten Vorstand PKS (Präsidentin: Ilse Rohr, Vizepräsident: Bernhard Morsch, Beisitzerinnen: Irmgard Jochum, Liz Lorenz-Wallacher, Andrea Maas-Tannchen)

### Geschäftsstelle

Talstraße 32  
66119 Saarbrücken  
Tel 0681. 95455 56  
Fax 0681. 95455 58  
[kontakt@ptk-saar.de](mailto:kontakt@ptk-saar.de)

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,



im Sommer haben wir Sie in einem umfassendem Mitgliederbrief über die Themen der letzten Kammerversammlung informiert; zur Frage der Weiterbildung, an der sich eine lebhafte Diskussion entzündete, siehe den Beitrag des Kollegen

Deutschmann weiter unten. Aus der Vorstandsarbeit bleibt zu berichten, dass die Kontakte zu den Heilberufekammern in Schleswig-Holstein im Rahmen der Interessengemeinschaft der Heilberufe (IdH) ausgebaut werden. So wurde gemeinsam der diesjährige Medienpreis an zwei hervorragende Zeitungs-Journalisten verliehen, die sich in besonderer Weise Gesundheitsthemen gewidmet haben. Des Weiteren erarbeiteten wir gemeinsam mit Ärzte- und Zahnärztekammer ein Faltblatt zum Thema Bruch der Schweigepflicht als rechtfertigendem Notstand im Falle von Kindeswohlgefährdung. Der Gedanke der Nordkammer wird in kleinen Einzelschritten – nämlich projektbezogener Zusammenarbeit zunächst mit der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) – systematisch wei-

ter verfolgt. Aktiv pflegen wir Kontakte zu Landes- und Bundespolitikern aller Parteien. Um darauf hinzuwirken, dass bei der Einführung der Bachelor- und Master-Studiengänge der Nachwuchs für unseren Berufsstand unterstützt wird, haben wir auf eine höchstmögliche Übergangsquote aufmerksam gemacht. An gleicher Stelle setzen wir uns für die Abschaffung der Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte ein sowie für die Einrichtung einer Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Ziel ist, die zahlreichen unbesetzten Kassensitze endlich qualifiziert auszufüllen.

*Mit kollegialen Grüßen  
 Juliane Dürkop  
 Präsidentin*

## Ablehnung von Weiterbildungsregelungen: Gründe für das Festhalten an unserer Position

Kontrovers und engagiert geführte Diskussionen zum Thema Weiterbildung bestimmten nicht nur große Teile der letzten beiden Kammerversammlungen. Auch auf dem 12. DPT in Mainz war dies wohl eines der politisch brisantesten Themen.

Für alle, die sich mit dem Thema noch nicht so gut auskennen, zunächst zum besseren Verständnis ein paar wichtige **Grundlageninformationen**:

„**Weiterbildung**“ ist zunächst begrifflich zu unterscheiden von „**Fortbildung**“:

Zu kontinuierlicher **Fortbildung** sind bekanntlich alle Approbierten (u. a. nach dem Heilberufekammergesetz und der Berufsordnung) verpflichtet, mit dem Ziel, für die Berufsausübung erforderliche Fachkenntnisse aufrecht zu erhalten und fortzuentwickeln. Für KollegInnen mit sozial-

rechtlicher Zulassung ist sogar der Umfang der von ihnen gegenüber der KV nachzuweisenden Fortbildungen genau festgelegt (mind. 250 Fortbildungspunkte innerhalb von 5 Jahren).

**Weiterbildung** geht inhaltlich deutlich über Aus- und Fortbildung hinaus, kann von der Kammer in Weiterbildungsordnungen (WBO) geregelt werden (Berufsrecht), und zwar immer dann, wenn dies aufgrund der wissenschaftlichen Entwicklung des Faches und zur Sicherstellung einer angemessenen Versorgung der Bevölkerung notwendig ist. Analog zu ärztlichen Weiterbildungsregelungen erlaubt das Heilberufekammergesetz in Schleswig-Holstein in § 53a, dass die Kammer dann Teilgebichtsbezeichnungen in den Gebieten

1. Psychologische Psychotherapie und
2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

bestimmen kann und in §53 b, dass diese Weiterbildung zwei Jahre in Vollzeit nicht unterschreiten darf.

Als Vorstand sehen wir in den letzten zehn Jahre keine markanten wissenschaftlichen Entwicklungen etwa in Richtung extremer Spezialisierungen, gänzlich neuer Verfahren o. Ä., die eine Notwendigkeit für Weiterbildungsregelungen begründen könnten. Im Gegenteil erkennen wir eher Tendenzen hin zur Entwicklung einer Allgemeinen Psychotherapie und zu etwas durchlässigeren Grenzen zwischen Therapieverfahren/-schulen.

Die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung der Bevölkerung krankt nach unserer Auffassung nicht an fehlenden oder unzureichend qualifizierten potentiellen Leistungserbringern, sondern eher an unangemessenen Bedarfsplanungs- und Zulassungsregelungen. Dies gilt auch für

den am heftigsten diskutierten Bereich der Neuropsychologie. So war eine qualifizierte Versorgung auch zu Lasten der GKV durch Diplom-Psychologen, die umfassende neuropsychologische Kompetenzen im

Studium sowie im Rahmen von Zusatzausbildungen und Tätigkeiten in entsprechenden Kliniken und Spezialabteilungen **unabhängig von einer Psychotherapieausbildung** erworben hatten, auch nach

In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes zunächst weiter gegeben, bis vor ca. fünf Jahren die GKV die Kostenübernahme unter Berufung auf die Einschätzung durch den G-BA zunehmend verweigerte.

## Erstellung einer GutachterInnenliste der PKS

An die Kammergeschäftsstelle werden immer wieder Anfragen wegen psychologischer GutachterInnen gerichtet. Da es bisher keine GutachterInnenliste gibt, war die Geschäftsstelle der PKS nicht in der Lage, psychologisch/psychotherapeutische GutachterInnen zu benennen. Vielmehr wurde an die Ärztekammer verwiesen. Diese Situation halten wir u. a. aus berufspolitischen Gründen für untragbar, da es einer positiven Außendarstellung sicher wenig zuträglich ist, wenn die PKS auf Anfrage keine GutachterInnen benennen kann, zumal es KollegInnen gibt, die teilweise bereits seit vielen Jahren Gutachten erstellen.

Einige Landespsychotherapeutenkammern haben spezifische Curricula er-

stellt, die erfüllt sein müssen, um auf entsprechende GutachterInnen zu gelangen. Nach ausführlicher Diskussion der Vor- und Nachteile eines derartigen Vorgehens hat sich der Vorstand der PKS gegen diesen Weg entschieden. Wir wollen möglichst keine weiteren Hürden durch Curricula und Weiterbildungsordnungen aufbauen und die Einrichtung aufwendiger Überprüfungsgremien vermeiden. Dementsprechend haben wir uns dafür entschieden, ähnlich zu verfahren, wie es die Ärztekammer Schleswig-Holstein bereits seit Jahrzehnten praktiziert: Es soll eine GutachterInnenliste auf der Grundlage von Selbstauskunft erstellt werden. Hierüber wird die PKS in einem Mitgliederrundbrief informieren und interes-

sierten und entsprechend qualifizierten KollegInnen die Gelegenheit geben, sich auf einer GutachterInnenliste für die Bereiche Sozialrecht, Familienrecht, Strafrecht sowie weitere Bereiche eintragen zu lassen. Regelungen zur Gutachtertätigkeit finden sich in § 27 der Berufsordnung der PKS. Die auf der neu zu erstellenden Liste als GutachterInnen geführten Kammermitglieder können von der Geschäftsstelle beispielsweise auf Anfrage eines Gerichtes genannt werden. Es erfolgt der Hinweis, dass die PKS keine Qualifikationsüberprüfung vorgenommen hat.

*Dr. phil. Dipl.-Psych. Dietmar Ohm  
Vorstandsmitglied der PKS*

Als Hauptargument für die Schaffung von Weiterbildungsregelungen wird immer wieder angeführt, dass dadurch zusätzliche sozialrechtliche Abrechnungsmöglichkeiten, z. B. zusätzliche Abrechnungsziffern oder Sonderbedarfszulassungen, erreicht werden könnten. Dies überzeugt bislang kaum.

Selbst Herr Dr. Stellpflug, Justiziar der BPTK, räumte auf dem 12. DPT erneut ein, **dass diese erhofften positiven sozialrechtlichen Implikationen letztlich ungewiss blieben**, selbst wenn alle Länder einheitliche Weiterbildungsregelungen verabschiedeten. Nicht einheitliche Weiterbildungsregelungen (Berufsrecht) sind Voraussetzung dafür, dass neue Methoden oder Techniken zu Lasten der GKV zugelassen werden, sondern dass der G-BA gem. § 135 Abs. 1 SGB V zu einer positiven Bewertung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methoden/Techniken

sowie deren medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachter Methoden/Techniken – nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse kommt. Erst dann könnten gem. § 135 Abs. 2 SGB V notwendige und hinreichende Qualifikationen der Leistungserbringer unter Bezugnahme auf berufsrechtliche Regelungen definiert werden, aber auch nur dann, wenn diese bundesweit inhaltsgleich definiert wären. Diese Voraussetzung kann aktuell nicht einmal theoretisch erfüllt werden, da nicht alle Kammern rechtlich die Möglichkeit haben, Weiterbildungsregelungen zu verabschieden. Insofern besteht aus Sicht des Vorstandes hier überhaupt kein Zeitdruck, auch wenn auf dem 12. DPT mehrheitlich ein Appell an jene Kammern verabschiedet wurde, die noch keine WBO-Neuropsychologie beschlossen haben, dies nachzuholen.

Inhaltlich halten wir zudem den in der **Musterweiterbildungsordnung (MWBO)** für die Neuropsychologie definierten Umfang der Weiterbildung (zwei Jahre Vollzeitätigkeit, 400 Std. Theorie, mind. 100 Stunden fallbezogene Supervision, ...) mit geschätzten Kosten von über 10.000 € für so überhöht, dass damit die Versorgung sicher nicht verbessert, sondern langfristig gefährdet würde, denn wer wäre nach Studium und umfangreicher und teurer Psychotherapieausbildung zusätzlich zu solchen Investitionen noch bereit, zumal zu befürchten stünde, dass in Weiterbildung befindliche im Rahmen der vorgeschriebenen klinischen Tätigkeit möglicherweise ähnlich „ausgebeutet“ würden, wie heute die PiA?

In der politischen Diskussion war eine zentrale Befürchtung der Weiterbildungs-skeptiker von Beginn an, **dass Weiterbildungsregelungen über kurz oder lang im**



**Effekt zu einer Abwertung der Approbation führen könnten. Bislang ermöglicht die Approbation die Behandlung aller psychischen Störungen!** Damit scheinen Ausweitungen des Tätigkeitsfeldes (mehr als alle psychischen Störungen???) nicht möglich. Umgekehrt besteht aber die Gefahr, dass Weiterbildungsregelungen dazu führen, dass in Zukunft nicht Weitergebildete von der Behandlung jener Störungen, die Gegenstand der Weiterbildungsregelung sind, ausgegrenzt werden könnten. Sozialrechtlich bestünde zusätzlich die Gefahr, dass Weitergebildete, wenn Teilgebietsbezeichnungen geregelt würden, auf dieses Gebiet beschränkt würden, gleiches würde natürlich immer auch bei Sonderbedarfszulassungen gelten. Auch dies kann aus wirtschaftlichen Überlegungen wohl nicht gewollt sein.

Die auf dem DPT 2006 als einheitliche Vorlage für die Landeskammern verabschiedete Musterweiterbildungsordnung war vor diesem Hintergrund wohl nur dadurch mehrheitsfähig, dass in den § 1 und § 2 verankert wurde, dass **ausschließlich „Zusatzbezeichnungen in Bereichen“**, d. h. nicht Gebiets- oder Teilgebietsbezeichnungen, geregelt werden sollen und dies nur **unter den Voraussetzungen**,

- dass Weitergebildete nicht auf diesen Bereich beschränkt werden,
- dass nicht Weitergebildete nicht von Tätigkeiten in dem geregelten Bereich ausgeschlossen werden und
- dass das geregelte Anwendungsfeld außerhalb des Diagnosespektrums F1 bis F9 des ICD-10 liege.

**Derzeit ist nach Auffassung des Vorstandes keine Weiterbildungsregelung vorstellbar, die alle diese Vorgaben der MWBO wirklich erfüllt.** Auch für die Neuropsychologie erscheint bei dem derzeit in der MWBO definierten Umfang nicht nachvollziehbar, wie man ernstlich fordern will, dass auch nicht entsprechend weitergebildete KollegInnen zukünftig uneinge-

schränkt und in demselben Umfange tätig sein können sollen.

**Der Umfang der definierten Qualifikationsanforderungen geht zudem weit über das hinaus, was in vergleichbaren ärztlichen Weiterbildungsregelungen für „Zusatzbezeichnungen“ gefordert wird** und entspricht eher den Anforderungen für „Teilgebiets-“ oder „Gebietsbezeichnungen“. Wir hielten es vor dem Hintergrund der Entwicklung unseres Berufsstandes und der in diesem Zusammenhang in der Vergangenheit häufig beklagten Tatsache, dass PsychotherapeutInnen oft deutlich höhere Qualifizierungshürden im Vergleich zu ärztlichen KollegInnen für vergleichbare Tätigkeiten bewältigen mussten, für absurd, wenn nun vom Berufsstand selbst ohne jegliche Not im Vergleich zu den ärztlichen KollegInnen wieder höhere Hürden definiert würden. Unter diesen Bedingungen stellt sich für uns in der Tat die Frage, ob es auch auf den zweiten Blick unbedingt erstrebenswert ist, dass die Profession ihre Qualifizierungsstandards selbst definieren können soll.

Ein weiteres wichtiges inhaltliches Argument spricht nach unserer Auffassung entschieden gegen Weiterbildungsregelungen: **Psychotherapeuten behandeln nicht bestimmte Störungen, sondern Menschen, haben einen ganzheitlichen Behandlungsanspruch.** Aus der Diagnose leitet sich nicht zwangsläufig oder mechanistisch eine bestimmte Therapie ab, diese richtet sich vielmehr u. a. nach vorhandenen Ressourcen, identifizierten auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen oder zugrunde liegenden Konflikten, etc. Dieser Behandlungsanspruch erschie-  
ne uns langfristig durch Weiterbildungsregelungen bedroht. Denn nach der Einführung erster Weiterbildungsgänge wären im Sinne eines Dammbrechens wahrscheinlich schnell weitere Weiterbildungsgänge mit ähnlichen Begründungen zu erwarten, wie am Beispiel Rheinland-Pfalz bereits zu beobachten (hier gibt es schon Weiterbildungsgänge „Spezielle Schmerzthe-

rapie“, „Psychodiabetologie“, u. a.). Damit wäre einer schleichenden diagnose- oder technikbezogene Zersplitterung des einheitlichen Tätigkeitsfeldes und in der Folge Beschränkung der Berufsausübung zu befürchten.

**Aktuell müssen** aufgrund des Bologna-Prozesses, d. h. der Harmonisierung der Studienabschlüsse in Europa, in Deutschland der Umstellung auf Bachelor- und Master-Studiengängen, auch **die Zugangsvoraussetzungen zur Psychotherapieausbildung neu festgeschrieben werden. Parallel hat bereits eine Überprüfung und Diskussion der Psychotherapieausbildung an sich** (u. a. Forschungsgutachten zur Ausbildung von PP/KJP, BMG) **begonnen.** Nach unserer Auffassung sollte in diesem Prozess grundsätzlich darauf hingewirkt werden, zumindest möglichst viele bisherige theoretische Ausbildungsanteile schon in das als Voraussetzung definierte Studium zu integrieren, und die Ausbildung dann so breit auszurichten, dass Grundlagen in allen möglicherweise denkbaren „Weiterbildungsfeldern“ in die Ausbildung integriert werden, so dass für eine uneingeschränkte und qualifizierte Behandlung aller psychischen Störungen diese modifizierte Ausbildung sowie kontinuierliche berufsbegleitende Fortbildungen als in jeder Hinsicht ausreichend angesehen werden können. **Zum jetzigen Zeitpunkt diesen Entwicklungen vorgehend Weiterbildungsregelungen zu verabschieden, halten wir für übereilt und falsch.** In dieser Haltung fühlen wir uns auch durch den mehrheitlichen Beschluss eines in diese Richtung zielenden Antrages der Bayrischen Kammer auf dem 12. DPT bestätigt.

Aus diesen und weiteren Überlegungen heraus streben wir derzeit keine Weiterbildungsregelungen in Schleswig-Holstein an.

*Detlef Deutschmann  
Mitglied des Vorstands*

## Zeugnisverweigerungsrecht

Zeugen, die im Rahmen einer gerichtlichen Beweisaufnahme vernommen werden, sind verpflichtet, vollständig und wahrheitsgemäß auszusagen. Wer zur Verschwiegenheit verpflichtet ist, kann jedoch von einem Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch machen, das ihm erlaubt, die Aussage unter Hinweis auf die ihm auferlegte Verschwiegenheitspflicht zu verweigern.

Dabei ist zu unterscheiden zwischen einer Aussage im Zivilprozess und einer Aussage im Strafverfahren.

Nach der Zivilprozessordnung haben diejenigen ein Zeugnisverweigerungsrecht, denen gesetzlich eine Verschwiegenheitspflicht auferlegt ist. Das Zeugnisverweigerungsrecht betrifft jedoch nur diejenigen Tatsachen, auf welche sich die Pflicht zur Verschwiegenheit bezieht.

Die Schweigepflicht knüpft an die Intimsphäre Dritter an und ist immer dann gegeben, wenn im Rahmen der Amts- oder Berufsausübung die schutzwürdige Vertrauenssphäre Dritter berührt ist. Das Zeugnisverweigerungsrecht erstreckt sich daher nicht nur auf die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sondern auch auf Bedienstete und Gehilfen, die in heilberuflichen Tätigkeitsfeldern beschäftigt sind.

Das Zeugnisverweigerungsrecht im Strafprozess dagegen ist ausdrücklich nur erstreckt auf die im Gesetz genannten Personen, zu denen auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zählen.

Eine Ausdehnung auf andere Berufstätige, die in ähnlicher Weise tätig sind, lässt die Rechtsprechung dagegen nicht zu. So können Mitarbeiter in Beratungsstellen, die nicht approbiert sind, im Strafprozess ein Zeugnisverweigerungsrecht für sich nicht in Anspruch nehmen.

Aber auch im Strafverfahren bezieht sich das Zeugnisverweigerungsrecht nur auf diejenigen Tatsachen, die ihm gerade in seiner Eigenschaft als Therapeut anvertraut oder bekannt gemacht worden sind.

Für Mitarbeiter in Beratungsstellen ist daher stets die Frage zu beantworten, inwieweit ihnen im Rahmen der ausgeübten Berufstätigkeit derartige Tatsachen anvertraut oder bekannt geworden sind.

Grundlage hierfür ist immer, dass die Tätigkeit in der Beratungsstelle einen therapeutischen Ansatz hat. Eine nichttherapeutische Beratung fällt in jedem Fall nicht unter das Zeugnisverweigerungsrecht, weil keine berufsspezifische Tätigkeit der im Gesetz ausdrücklich genannten Berufsgruppen ausgeübt wird, nur derjenige Mitarbeiter, der angeben kann, dass die Umstände, über die er aussagen soll, im Rahmen einer therapeutischen Maßnahme offenbart worden sind, hat ein Zeugnisverweigerungsrecht.

Etwas anderes gilt nur für Mitglieder oder Beauftragte einer anerkannten Beratungsstelle nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz oder einer Beratungsstelle für Betäubungsmittelabhängigkeit. Hier bestimmt das Gesetz ausdrücklich für dort Tätige ein Zeugnisverweigerungsrecht, jedoch wiederum nur beschränkt auf die Tatsachen, die ihnen im Rahmen dieser Tätigkeit anvertraut oder bekannt geworden sind.

Derjenige, der sich auf ein gesetzliches Zeugnisverweigerungsrecht beruft, muss im Rahmen seiner Vernehmung Tatsachen, auf die er seine Verweigerung stützt, auf Verlangen des Gerichtes glaubhaft machen. Dies geschieht in der Regel durch eigene eidesstattliche Versicherung, also die strafbewehrte Erklärung, dass die Weigerungsgründe tatsächlich gegeben sind.

Kommt das Gericht zu der Überzeugung, dass ein Zeugnisverweigerungsrecht nicht

vorliegt, können für den Fall, dass der Zeuge gleichwohl nicht aussagt, zur Erzwingung der Aussage Ordnungsgelder oder Ordnungshaft angeordnet werden.

Vom Zeugnisverweigerungsrecht abzugrenzen ist die etwaig notwendige Aussagegenehmigung.

Zeugen, die Beamte sind oder dem öffentlichen Dienst angehören, brauchen für eine Zeugenaussage die Genehmigung ihres Dienstvorgesetzten, soweit sich die Aussage auf Umstände beziehen soll, die der Amtsverschwiegenheit unterliegen.

Dazu gehören in der Regel nur amtsinterne Vorgänge, die nicht Dritten offenbart werden dürfen.

Zu den Personen des öffentlichen Dienstes zählen auch Mitarbeiter kirchlicher Beratungsstellen.

Wird die Aussagegenehmigung versagt, so ist sie mit Gründen zu versehen, damit das Gericht in die Lage versetzt wird, auf die Beseitigung etwaiger Hindernisse hinzuwirken und auf die Bereitstellung der bestmöglichen Beweise zu drängen.

Die Genehmigung kann beschränkt werden auf einzelne Tatkomplexe oder Fragen.

*RA Andreas Kühnelt  
Justitiar der PKSH  
Kanzlei Koch Staats Kickler  
Schramm und Partner, Kiel*

### Geschäftsstelle

Walkerdamm 17  
24103 Kiel  
Tel. 0431/66 11 990  
Fax 0431/66 11 995  
Mo bis Fr: 09–12 Uhr  
zusätzlich Do: 13–16 Uhr  
info@pksh.de  
www.pksh.de

# Leserbriefe

Die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leser in Briefen zu den Themen der Zeitschrift äußern; sie macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass sie sich vor allem angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe auch zu kürzen. Als Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht die der Redaktion wiedergeben.

## Uta Rüping und Kristina Soffner: „Die Abgabe einer vertragspsychotherapeutischen Praxis an den geeigneten Nachfolger – Gestaltungsalternativen“, *Psychotherapeutenjournal* 1/2008

### **Bitte jetzt auch einen Artikel zur Praxis-Übernahme!**

... Die Interessen derjenigen, die derzeit eine Kassenzulassung haben wurden in ihrem Artikel dargestellt zu Lasten derer, die nach kostenaufwändiger Therapieausbildung und unentgeltlichem Praktikumsjahr in einer Klinik nach ihrer Approbation eine Kassenzulassung anstreben. Es war eben ein Artikel darüber, wie eine Abgabe möglichst günstig gestaltet werden kann, eine Übernahme wird aber dementsprechend teuer. Es wurden verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten durchgespielt, alle mit dem Ziel, dass der Praxisabgeber seinen Nachfolger aussuchen kann, mit möglichst geringer Einflussnahme des Zulassungsausschusses, der aufgrund von Kriterien wie Approbationsalter und Qualifikation entscheidet. Ein Praxisabgeber aber hat ein Interesse, einen möglichst hohen Preis für seine Praxis zu erhalten. Ihre Tipps führen zu einer Schwächung der Position derjenigen, die eine Praxis übernehmen möchten, und können dadurch für den Anteil an Kammermitgliedern die eine Praxis übernehmen möchten recht teuer werden. Schon jetzt sind die Preise für eine psychotherapeutische Praxis oftmals in astronomische Höhen gestiegen: in Köln werden mitunter über 80.000 Euro verlangt, in Düsseldorf wurde mir ein Preis von 150.000 Euro auf Verhandlungsbasis genannt, dies allerdings von einer Wirtschaftsberatungsgesellschaft, die sich auf

so etwas spezialisiert hat. Derartige Preise sind durch seriöse Praxiswertberechnungsmodelle nicht mehr nachvollziehbar und übersteigen den Verkehrswert erheblich. Die Berechnungsmodelle für den Praxiswert sind meist zur Ermittlung des Verkehrswertes von Arztpraxen entstanden und setzen als besonderen Wert die Übernahme eines Patientenstammes voraus. In der Psychotherapie gibt es jedoch keinen Patientenstamm, der jahrelang zur Behandlung kommt, sondern es wird jede Therapie gesondert beantragt. Eine restriktive Bedarfsplanung durch die kassenärztliche Vereinigung führt dazu, dass einerseits Patienten oft viele Monate auf Therapieplätze warten müssen, andererseits viele Kollegen mit guter Qualifikation nicht für die gesetzlichen Krankenkassen ... abrechnen können. Diese Verknappung ist eine administrative Auswirkung, aber kein Verdienst des Praxisabgebers.

Im Interesse der Mitglieder der Psychotherapeutenkammern, die noch keine Kassenpraxis haben wäre es jetzt fair, in einer der nächsten Ausgaben des „Psychotherapeutenjournals“ einen Artikel zu veröffentlichen, der die rechtlichen Möglichkeiten im Interesse des Übernehmenden erörtert. ...

**Jürgen Rönz**  
*Psychologischer Psychotherapeut*  
Bonn  
[Juergen.Roenz@gmx.de](mailto:Juergen.Roenz@gmx.de)

### **Partielle Leugnung der Realität**

Der Beitrag beeindruckt durch seine Differenziertheit und die partielle Leugnung der Realität – im Verhältnis zum Verkehrswert völlig unangemessene Kaufpreise und das Versagen der überwiegenden Mehrheit der Zulassungs- und Berufungsausschüsse: „Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes (...) sind nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswertes der Praxis nicht übersteigt“ (§ 103 Abs. 4). Aufgabe der Zulassungsausschüsse wäre es, die Preise durch Sachverständige prüfen zu lassen und auf dieser Grundlage unter Berücksichtigung der Interessen des Praxisverkäufers eine pflichtgemäße Auswahl zu treffen.

*Dipl.-Psych. Dipl.-Soz.Päd.*  
**Jürgen Thorwart**  
*PP, Psychoanalytiker*  
*Seb.-Bach-Weg 9*  
*82223 Eichenau*  
[j.thorwart@freenet.de](mailto:j.thorwart@freenet.de)

## Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

### Bundespsychotherapeutenkammer

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

### Baden-Württemberg

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

### Bayern

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

### Berlin

Kurfürstendamm 184  
10707 Berlin  
Tel. 030/887140-0, Fax -40  
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr  
Di 14.00 – 19.00 Uhr  
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de  
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

### Bremen

Hollerallee 22  
28209 Bremen  
Tel. 0421/27 72 000  
Fax 0421/27 72 002

Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr  
Mi 13.00 – 17.00 Uhr  
Sprechzeit des Präsidenten:  
Di 12.30 – 13.30 Uhr  
verwaltung@pk-hb.de  
www.pk-hb.de

### Hamburg

Hallerstraße 61  
20146 Hamburg  
Tel. 040/226 226 060  
Fax 040/226 226 089  
Mo, Di, Do 9.00 – 15.00 Uhr  
Mi 9.00 – 17.00 Uhr  
Fr 9.00 – 14.00 Uhr  
info@ptk-hh.de  
www.ptk-hh.de

### Hessen

Gutenbergplatz 1  
65187 Wiesbaden  
Tel. 0611/53168-0  
Fax 0611/53168-29  
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr  
post@ptk-hessen.de  
www.ptk-hessen.de

### Niedersachsen

Roscherstraße 12  
30161 Hannover  
Tel. 0511/850304-30  
Fax 0511/850304-44  
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr  
Mo, Di, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr  
Beitragsangelegenheiten:  
Mo, Mi – Fr 9.00 – 11.30 Uhr  
Mo – Do 13.30 – 15.00 Uhr  
info@pk-nds.de  
www.pk-nds.de

### Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10  
40549 Düsseldorf

Tel. 0211/522847-0  
Fax 0211/522847-15  
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr  
Fr 8.30 – 14.30 Uhr  
info@ptk-nrw.de  
www.ptk-nrw.de

### Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30  
55130 Mainz  
Tel. 06131/5703813  
Fax 06131/5700663  
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr  
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr  
service@lpk-rlp.de  
www.lpk-rlp.de

### Saarland

Talstraße 32  
66119 Saarbrücken  
Tel. 0681/9545556  
Fax 0681/9545558  
Mo, Di 8.30 – 12.30, 13.30 – 17.30 Uhr  
Mi 13.30 – 17.30 Uhr  
kontakt@ptk-saar.de  
www.ptk-saar.de

### Schleswig-Holstein

Walkerdamm 17  
24103 Kiel  
Tel. 0431/661199-0  
Fax 0431/661199-5  
Mo bis Fr 9.00 – 12.00 Uhr  
Do 13 – 16 Uhr  
info@pksh.de  
www.pksh.de

### Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Karl-Rothe-Str. 4  
04105 Leipzig  
Tel. 0341/462432-0  
Fax 0341/462432-19  
info@opk-info.de  
www.opk-info.de

## Stellen-/Praxismarkt

### Intervision

Wir (akkr. **Münchner** Interventionsgruppe) freuen uns über Verstärkung (PA, TP oder VT)  
Tel. 0179-8845007

**Raum MZ/WI**  
VT-orientierte Interventionsgruppe mit Offenheit für andere Therapierichtungen sucht weitere Mitglieder  
Kontakt: 06131-45948

### Jobsharing

Raum **Kaiserslautern, NW, DÜW**  
**Biete Jobsharing**  
(VT-Erwachsene, PP mit Arztregistereintrag) ca. 10 Stunden/Woche  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080301

Ab **April 2009** möchte ich meine **analytische Praxis** in **Hamburg job-sharen** und suche dafür Analytikerln oder Tp/Erw.  
Tel.: 040 – 39 80 39 13

Klinikerfahrene VT-lerin mit systemischer Ausbildung (Approbation für Einzel und Gruppe) sucht Möglichkeit zum Jobsharing in **Bremen** und **umzu** – gerne auch ergänzend zur Tiefenpsychologie. 0421/2436229

**Großraum Mainz/Wiesbaden**  
Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erw.) sucht Praxisassistentin oder Jobsharing (auch geringe Stundenzahl).  
Tel.: 0160 / 93578383

**Südlich Münster**  
(15 km, gute Bahnverbindung)  
**Biete Mitarbeit in schöner VT-Praxis** für Erwachsene ab Frühjahr 2009.  
Zuschriften bitte an:  
vt-praxis@onlinehome.de

**Frankfurt / 150 km Umkreis:**  
Assistentin / Jobsharing / KV-Sitz gesucht von erfahrener Psychologischer Psychotherapeutin (VT).  
Kontakt: almassy@web.de

**Berlin HH KI GÖ und Umgebung**  
PP (VT Erw.) sucht Jobsharing oder KV-Sitz  
Tel. 030-26037505  
[www.suchep Praxis.com](http://www.suchep Praxis.com)

Biete Jobsharing/TP  
Raum Westfalen-Lippe  
(gute Bahnverbindung)  
Anfangs geringe Stundenzahl  
Email: KarlWiehler@web.de

### Praxisabgabe

**Raum Stuttgart KV-Sitz (VT)**  
an Psychologische Psychotherapeutin  
zum 31.12.2009 zu verkaufen  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080311

Plane für **Januar 2009** den Verkauf meiner umsatzstarken Praxis (TP, KV-Zulassung) in **Erfstadt**.  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080319.

KV-Zulassung zu verkaufen  
20 km westl. v. Regensburg.  
Ab 1.1.09 für alle PT & ärztl. PT.  
Ebenso: Praxisgebäude (70 m<sup>2</sup>, 2 Ebenen) + Wohnhaus (170 m<sup>2</sup>) + Garten: ges.: 1275 m<sup>2</sup>  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080303

Gut eingeführte psychother. Praxis im ländlichen Einzugsbereich Garmisch-Partenkirchen kurz- bis mittelfristig abzugeben, (evtl. mit Praxisräumen.)  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080307

**KV-Sitz**  
PP (VT-E)  
in Niederbayern zu verkaufen (III/09)  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080312

Suche Praxisnachfolger(in) (ab 1.1.2009) **Psychoanalyse, Tiefenpsychol. PT, KJP** im S-Bahnbereich **MÜNCHEN**.  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080310

KV-Sitz in Schleswig-Holstein zum 1.4.09 abzugeben.  
Kreis Ostholstein (Oldenburg in Holstein, Nähe Fehmarn und Hohwacht).  
Telefon 04361 3342

**Landsberg am Lech**  
60km westl. von München  
KV-Sitz (TP, VT, Erw.) in gesperrtem Bezirk, bestens eingeführte Praxis seit 1985,  
an PP abzugeben  
ab **01.01. oder 01.04.2009**  
Angebote erbeten unter Chiffre PTPJ 080308

**Psychotherapeutische Praxis zu verkaufen** Bestens eingeführte, rentable und liebevoll ausgestattete psychotherapeutische Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in rheinland-pfälzischer Universitätsstadt (Niederlassungssperre) mit großem Einzugsgebiet zu verkaufen. Übergabetermin nach Absprache. Der Übernahme kann ein Job-Sharing vorausgehen. Vor Ort findet sich eine hervorragende Infrastruktur. Die Praxis liegt in zentraler, verkehrsberuhigter Lage (2 Min. zur Fußgängerzone): Schulen und Bushaltestellen in unmittelbarer Nähe. Praxisgebäude kann gemietet/gekauft werden. Kontaktaufnahme erbeten unter [pfalzpraxis@web.de](mailto:pfalzpraxis@web.de).

Möblierte Einzimmer-Praxis für VT Erwachsene zu verkaufen, ca. 60 km südlich von Stuttgart.  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080314

**Partner(in) gesucht**  
mit langfristigen Nutzungskonzept für **Bildungshaus** auf ca. 250 m<sup>2</sup> mit 12 Übernachtungsmöglichkeiten Baudenkmal aus dem 19. Jahrhundert, grunderneuert mit viel Atmosphäre außerdem: KV-Sitz zu vergeben, Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080315

Voll ausgelastete KV-Praxis im Kreis Groß-Gerau (Sperrgebiet) zum 01.11.2009 aus Altersgründen zu verkaufen; PP/KJP, alle Richtlinienverfahren möglich, ca. 25% Privatpatienten. Zuschriften erbeten unter Chiffre: PTPJ 080316

**KV-Sitz, 57 km nördl. München Oberbayern, Ldkr. Pfaffenhofen/Ilm** (PP, TP, Erwachsene; optional auch VT) Abgabe bis **31.03.09** (vorder Job-Sharing möglich) KIP sowie spiritueller Hintergrund wären interessant  
[praxis@juergenhawitzki.de](mailto:praxis@juergenhawitzki.de)

**Kleine Anzeigen – mit GROSSER Wirkung!**

... und das schon ab € 53,- zzgl. MwSt

### Praxistausch

KV – Sitz Tausch:  
Suche **MÜNSTER**  
Biete **HAMBURG**  
Analytische Praxis bevorzugt oder TP /Erw. – ab April 2009  
Tel.: 040 – 39 80 39 13

### Praxisübernahme

Suche KV-Sitz (VT, Erw.) in OWL  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080309

Psychologische Psychotherapeutin (VT-Erw., berufsfer., Arzt-Reg.) sucht  
**Jobsharing, Teilzeitanstellung** oder **KV-Sitz** in **NF**, gerne  
**Raum Husum-Flensburg**  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080302

**Erfahrener Psychologischer Psychotherapeut Verhaltenstherapie (5 Jahre Approbation; seit 4 Jahren ambulante Tätigkeit) sucht KV-Sitz im Großraum Düsseldorf/Neuss/Mettmann Tel.:0173-5307799**

**Psychologische Psychotherapeutin (TP)** sucht KV-Sitz in Augsburg oder München Land  
Zuschriften erbeten unter Chiffre PTPJ 080317

**Psych. Psychotherapeutin** (VT, Erw.) sucht KV-Sitz vorzugsweise in Süddeutschland  
Tel.: 07223/979053

**Berlin**  
Psycholog. Psychotherapeutin sucht KV-Sitz ab I/2009  
Tel: 0176 – 7000 63 55

**Psychologische Psychotherapeutin (VT), Hypnotherapie** sucht KV-Sitz in Niedersachsen, insb. Raum Braunschweig  
Tel.: 0151/52109858

PP (VT) **sucht** zu Mitte 2009 Praxisübernahmemöglichkeit oder Jobsharing in **Region/Stadt Hannover**.  
Frank.Deiter@htp-tel.de  
0172.5 30 23 59

**Psychologische Psychotherapeutin (VT) mit Zusatzqualifikation KJP** sucht KV-Sitz im Ruhrgebiet  
Tel.: 0178/2392586

**Hamburg oder Berlin**  
KV-Sitz gesucht  
Psych. Psychotherapie (VT, Erw.)

Rückenzentrum Am Michel  
www.ruecken-zentrum.de  
Tel. (040) 413623-0  
E-Mail: psych@ruecken-zentrum.de

**Psychologischer Psychotherapeut**  
VT, Gruppentherapie,  
Trauma- u. Schmerztherapie  
m., 52 J., langjährige Klinik erfahrung  
sucht Job-Sharing bzw. Praxisüber-  
nahme im Raum nördl. Ruhrgebiet  
(KVWL u. KVNO)  
Tel. 0173-673-1574

**Psychologische  
Psychotherapeutin**  
sucht KV-Sitz  
im Raum Marburg  
Tel.: 0173/8188602

### Praxisvermietung

Praxisräume HH  
ca. 65 qm, ruhig, freundlich,  
verkehrsgünstig, frei ab 03.09  
oder früher  
Tel.: 040/8813209

**Frankfurt/M.**, Nähe Nordend:  
**TP-PP** su. **Praxisr. +  
Gruppenar.** in Praxgem. o.  
**Koll. für meine Praxis**  
Tel.: 069-94414219

**Frankfurt-Stadtmitte**  
Ein Praxisraum an 1-2 Tagen/Woche  
oder abends zu vermieten.  
**Mitarbeit auf Honorarbasis**  
(Erw., abgeschl. VT-Ausbildung) vor-  
ausg., für 5-10 Std./Woche möglich.  
**Telefon 069-283896**

**München in idealer/zentraler Lage**  
Psychotherapeutische Praxisge-  
meinschaft bietet ab  
März 2009 zwei sehr schöne,  
große, ruhige und helle  
Therapieräume zur Untermiete  
Tel.: 089-527902

**Berlin – Therapeuten auf Reisen:**  
renommierte Praxis am Verkehrs-  
knotenpunkt Charlottenburg (nahe  
Ku'damm) bietet Kollegen aus aller  
Welt die Möglichkeit, in edlem Ambie-  
nte (Stuck, Parkett, etc.) zu wohnen  
und zu arbeiten. Zusätzlich können  
2 Räume (28 + 18 m²) dauerhaft ge-  
mietet werden. Tel.: 030 88707713,  
www.Arbeitsräume-Berlin.de

**Gesucht – Gefunden!**  
Mit PTJ erreicht man über  
34.500  
Psychologische  
Psychotherapeuten

**Zwei schöne Praxisräume in  
Siegburg** Nähe ICE Bahnhof, Haus  
für ganzheitliche Heilmethoden,  
Neugründung, gesucht wird: **Trauma-  
therapie, Alternativmedizin,  
Ayurvedische Massage**,  
bereits dabei: Psychotherapie/  
TP, bezugsfertig 01.2009,  
Tel. abends 0178 49 19 820

**Raum Frankfurt am Main:**  
Heller, großzügiger Raum, ca. 17  
qm, Erstbez., Fußbodenheizung,  
großes Süd-Fenster mit Aussicht, in  
PT-Praxis (hohe Behandlungsnach-  
frage) zu vermieten.  
Tel.: 06039/42600, e-mail:  
edith.hilberth@t-online.de

### Stellenangebote

Therapeutische Wohngemeinschaft  
für Jugendliche in Berlin sucht ab  
August für 10 Std. zuzügl. eines  
variablen Stundenanteils, einen  
männlichen, approbierten Psycho-  
therapeuten mit eigener Praxis auf  
Honorarbasis. Bevorzugt werden  
Bewerber mit Erfahrungen in syste-  
mischer Familientherapie, VT und  
Traumatotherapie.  
Bewerbungen richten Sie bitte an:  
Wuhletal Psychosoziales Zentrum  
gGmbH, Wolfgang Merda, Dorfstr.  
45-47, 12621 Berlin oder per E-Mail  
an: twgkj@wuhletal.de

**Psycholog. Psychotherapeut/in  
(VT, Erw.)**  
zur Festanstellung (10-15 Std./Wo.)  
gesucht.  
Schriftliche Bewerbung an:  
Psychotherapeutische Praxis  
Klaus Hösl,  
Kreishausstr. 6, 32051 Herford

**Praxisvertretung KJP/VT  
gesucht**  
(Sicherstellungsassistenz)  
**Großraum Hamburg**  
für 1 Jahr ab 12/08 o. 1/09  
ggf. später Jobsharing möglich  
Praxis.hermann@web.de

Das **Zentrum Psychotraumatologie**  
im **Krankenhaus Maria-Hilf GmbH  
Krefeld** sucht Psychologische/n  
TherapeutIn mit Approbation oder  
in fortgeschrittener Weiterbildung  
für Tiefenpsychologische und/oder  
Analytische Psychotherapie  
Schriftliche Bewerbung an:  
DIPT e.V., Herrn Univ. Prof. Dr. G.  
Fischer, Springen 26, 53804 Much

**PP oder KJP für  
Praxisassistenz (VT, Teilzeit)  
in Landshut/Bayern  
gesucht.**  
Tel. 0871/41786

Kreis Recklinghausen, Koll. (VT  
oder TP) mit Arztregistereintrag  
gesucht von niedergelassener PP-in  
(PA, PT, MT, ST). Sehr selbständige  
Arbeit im Angestelltenverhältnis,  
Vollz./Teilz. Vergütung im Rahmen  
der KV-Leistungen. Späteres Job-  
sharing/Einstieg möglich.  
Barbara Dettmer 02309-608190  
Barbara.dettmer@t-online.de

**Diplom-Psychologe / in** mit  
psychotherapeutischer Zusatzaus-  
bildung und mehrjähriger Erfahrung  
in der Beratungsarbeit für die  
ökumenische Krisen- und Lebens-  
beratungsstelle „**Münchner Insel  
unter dem Marienplatz**“ gesucht.  
**Nähere Informationen** finden Sie  
unter [www.erzbistum-muenchen.de](http://www.erzbistum-muenchen.de)  
(Stellenangebote/Ordinariat). Be-  
werbungen erbitten wir **bis 08.10.08**  
an: **Erzbischöfliches Ordinariat  
München, Referat Personalwesen,  
Z. 22-08, Postfach 33 03 60,  
80063 München.**

### Stellengesuche

**Psych. Psychotherapeut  
(VT)/Neuropsychologe  
(GNP)/Dipl. Soziologe**  
Traumatherapie-Hypnose-  
EMDR-NLP  
langjährige klinische Tätigkeiten-  
Stat./Amb.  
Suche neue Herausforderungen,  
auch Teilzeit/  
Honorarbasis per sofort  
Raum: K, BN, D.  
Fax: 0221 9494261

**Schnell, einfach und bequem!**  
Kleinanzeigen schaltet man unter  
[www.ptv-anzeigen.de](http://www.ptv-anzeigen.de)

## Anzeigenschluss

für die nächste Ausgabe

ist der 6. November 2008.

PTJ Ausgabe 4/08

erscheint

am 11. Dezember 2008.

Ihre Chiffre-Zuschriften senden Sie bitte

in einem zweiten geschlossenen

Umschlag an den Verlag:

Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH,

Herrn Günther Pfeffer

Chiffre Nr. \_\_\_\_\_,

Im Weiher 10,  
69121 Heidelberg

## Kleinanzeigen

**Praxis für Psychotherapie und Supervision** – Gabriele Kennert-**Biete Supervision TP** für Kinder/Erwachsenentherapie, von PTK NRW anerkannt, auch Hilfe bei der Berichterstellung. Interesse? Dann besuchen Sie mich auf meiner Homepage: <http://www.praxis-kennert.de> oder Tel.: 02323/917222

**Berichte an den Gutachter**  
Flexible und kollegiale Supervision **TP/ PA/ Gruppe**  
von erfahrener Dipl.-Psych./ PiA  
T. 030-53644384 od.  
[antrags-service@t-online.de](mailto:antrags-service@t-online.de)

**Tiefenpsychologisch fundierte u. analytische Psychotherapie**, sowie Verhaltenstherapie Schnelle und qualifizierte Fallarbeit (Kinder, Jugendliche und Erwachsene).  
Tel. 0421 / 444 700; Fax 0421 / 49 92 070; mail: [Berichte@t-online.de](mailto:Berichte@t-online.de)

Qualifizierte, zuverlässige und kostengünstige **Supervision bei Antragstellung (TP)** für Erwachsene, Kinder u. Jugendliche v. **Psychol. Psychotherapeutin (App.)** mit langj. Erfahrung Tel.: 06731/996247  
e-mail: [A.Etgen@gmx.de](mailto:A.Etgen@gmx.de)

**Kinder u. Jugendlichen PT (KV Berechtigung)** 11.-18.10.08. (I), 21.-28.02.09 (II) 13.-20.06.09 (III), Gruppen – PT (KV)  
**Theorie: (50 Std.) 13.-18.10.**  
**Vorankündigung CME- Punkte** für Alle: 28.05.-05.06.09, 15-130 Punkte nach Wahl  
[www.sueddeutsche-akademie.de](http://www.sueddeutsche-akademie.de)  
Tel: 08334- 98 63-73

**\*\* Antragsbericht leicht gemacht! \*\***  
„pro-bericht“ – Das Gutachten-Seminar: (fortbildungszertifiziert!)  
„Bericht an den Gutachter – Neue Lust statt alter Frust“ (TP): Erlernen Sie im übungsnahen Wochenend-Seminar nützliche Techniken für ein zielführendes und zeitsparendes Verfassen Ihres Antragsberichts.  
Von erfahrener Dipl.-Psych., Lit./ Stil nach Udo Boessmann) Schwerpunkt: Präzises Erkennen und Formulieren des aktuell wirksamen unbewussten Konflikts. Aktuelle Termine: Timmendorfer Strand: Sa./ So. 18.- 19. Okt. Berlin: Sa./So. 1.-2. Nov. Göttingen: Sa./So. 08.-09. Nov. Köln/Bonn: Sa./So. 15.-16. Nov. München (Ammersee): Sa./So. 22.-23. Nov. Alle Informationen und Anmeldung unter: [www.pro-bericht.de](http://www.pro-bericht.de) <<http://www.pro-bericht.de>> oder 0221-6920704  
(Dipl.-Psych. Ingo Jungclaussen)

**Gruppentherapie Köln:**  
wer hat Zeit und Motivation in einem VT-Qualitätszirkel zu Einzel- und besonders Gruppenbehandlungen positive Erfahrungen zu machen?  
Tel.: mobil 01716517835.

**Supervision bei der Antragsstellung**  
[www.psychdienst.de](http://www.psychdienst.de)  
Dienstleistungen für Psychotherapeuten und Ärzte  
**E-Mail:**  
[dunja.hergenroether@koeln.de](mailto:dunja.hergenroether@koeln.de)  
Telefon: 02 21 / 5 70 88 31

**Professionell im Fach, präzise in der Formulierung**  
Supervision bei der Erstellung von **Berichten an den Gutachter** (VT/TP/Analyse) Dr. M. Olderog  
Tel./Fax: 02234/700604  
[www.m-olderog.de](http://www.m-olderog.de)

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte **Supervision bei VT-Antragstellung**  
Von Dipl.-Psych. Tel. 02234-949170,  
E-Mail: [jubender@freenet.de](mailto:jubender@freenet.de)

Weiterbildung „**Mit Spaß und Leichtigkeit leiten**“ 22. bis 25.10.08

**Weiterbildung in systemischer Beratung und Familientherapie**  
**Basiskurs Beginn: 11. bis 15.11.08**

Fachtage  
„**Die Fähigkeit zu Trauern**“  
Systemische Begleitung bei Trauerprozessen. 20. und 21.11.08

„**Die Intuition des Körpers**“  
Achtsamkeitsarbeit bei Stress in Kommunikation und Beziehungen.  
19. und 20.02.09

**Auskunft:** Würzburger Institut für systemisches Denken und Handeln,  
Ludwigstraße 8a,  
97070 Würzburg,  
Tel.: (09 31) 353 91 32,  
Email: [info@wuerzburger-institut.de](mailto:info@wuerzburger-institut.de),  
[www.wuerzburger-institut.de](http://www.wuerzburger-institut.de)

**SCHON WIEDER EIN ANTRAG !**  
**Wir erledigen das gerne für Sie**  
**Wir bieten: Supervision nach Aktenlage bei TP/PA für Erwachsene, Kinder, Jugendliche**  
Tel: 08450-909269 oder:  
[PT-Service@gmx.de](mailto:PT-Service@gmx.de)

## Inserentenverzeichnis PTJ 3/08

Akademie bei König & Müller, Würzburg	217	Milton Erickson Institut, Berlin	235
ÄON ITFPS, Witten	235	Münchner Familien Kolleg, München	252
AWKV, Kassel	226	MVG Verlag, Heidelberg	245
BKJ, Bad Schwalbach	241	Parkland Klinik, Bad Wildungen	226
CIP-Medien, München	4. US	Psychoholic, Remscheid	253
CPO Hanser Service, Berlin	221	Psychometrika, Hannover	3. US
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen	225	Pult Tagungsbüro, Neuss	233
EMDR-Institut Deutschland, Bergisch-Gladbach	251	SHG Klinikum Merzig, Merzig	227
Epikursoftware, Berlin	215	Stadtmission Nürnberg, Nürnberg	227
Ergosoft, Haßloch	2. US	Systemische Gesellschaft, Berlin	231
Fachklinik Waren, Waren	223	Verlag Hans Huber, CH-Bern	239
Helios Klinik Schwedenstein, Pulsnitz	227		
Institut f. Integrative Gestalttherapie, Würzburg	225	Einem Teil dieser Ausgabe sind Beilagen folgender Institute beigelegt:	
IVS, Nürnberg	243	■ AVT, Köln	
Kanzlei Meisterernst, Münster	233	■ Berliner Fortbildungsakademie, Berlin	
Klingenberger Institut, Konstanz	217	■ DGPT, Hamburg	
Lauth Weiterbildung, Köln	251	■ Helm-Stierlin-Institut, Heidelberg	
		■ Psychotherapeutenkammer Bayern, München	
		Wir bitten unsere Leser um Beachtung !	

## Branchenverzeichnis

### Aus-, Fort- und Weiterbildung

Für die Anzeigen sind die Inserenten verantwortlich. Eine Überprüfung der Angaben durch die Psychotherapeutenkammern findet nicht statt.

**Akademie bei König & Müller**  
Semmelstraße 36/38  
D-97070 Würzburg  
Tel. 0931-46 07 90 33  
www.koenigundmueller.de  
E-Mail:  
akademie@koenigundmueller.de

**Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp)**  
Bundesakademie  
Postfach 13 43, 72003 Tübingen  
Tel.: 0700 23723700  
Fax.: 0700 23723711  
bundesakademie@afp-info.de  
www.afp-info.de

**Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftliche Psychotherapie**  
Berlin (AWP-Berlin)  
Fortbildungen in Dialektisch-  
Behavioraler  
Therapie (DBT) und weiteren  
achtsamkeitsbasierten Verfahren  
Bundesring 58 12101 Berlin  
Tel.: 030/8974 5599  
www.awp-berlin.de

**AVT Köln GmbH**  
Akademie für Verhaltenstherapie  
Marzellenstraße 2-8  
50667 Köln  
Tel.: 0221 - 42 48 570  
E-Mail: info@avt-koeln.org  
www.avt-koeln.org

**Ärztlich-Psychologischer  
Weiterbildungskreis  
München - Südbayern**  
aktuelles Semesterprogramm  
im Internet

**Berliner Fortbildungsakademie**  
staatlich anerkanntes Ausbildungs-  
institut für VT  
Rothenburgstr. 38  
12163 Berlin-Steglitz  
Internet: www.b-f-a.de  
email: b-f-a@t-online.de  
Tel.: 030 79703982  
Fax.: 030 79703984  
Sprechzeiten:  
Mo: 9-11 Uhr; Do: 9-11 Uhr

**Deutsche Akademie für  
Psychoanalyse**  
Goethestr. 54, 80336 München  
Tel.: 08131/66 78 84  
Wadpcongress2007@dynpsych.de  
www.wadp-congress.de

**Deutsches Institut für  
Psychotraumatologie e.V.**  
Telefon: 02245-9194-0  
www.psychotraumatologie.de  
Zert. WB f. app. PPT,  
Mehrdimensionale Psycho-  
dynamische Traumatherapie

**EMDR-Institut Deutschland**  
51427 Bergisch Gladbach  
02204-25866  
www.emdr.de  
info@emdr-institut.de

**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  
http://www.fobis-online.de

**Fort- und Weiterbildungsinstitut  
MFK Münchner FamilienKolleg**  
Pfarrstr. 4, 80538 München  
Tel.: 089 - 22 29 92  
mfk.familienkolleg@t-online.de  
www.mfk-fortbildung.de

**Fortbildung Klinische Hypnose**  
in Darmstadt. Veranstalter: DGH  
Tel.: 06033/73667 oder  
www.hypnoseausbildung.de

**INNTAL INSTITUT  
NLP und Systemische Ausbildung**  
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

**www.psycho-vision.de**  
Virtuelle Realität in der Angstbe-  
handlung www.cme-pt.de Zertifizierte  
Online-Fortbildung

**Helm-Stierlin-Institut**  
Schloß-Wolfsbrunnenweg 29  
69118 Heidelberg  
Tel.: 06221-71409-0  
Fax: 06221-71409-30  
mail: info@hsi-heidelberg.com  
Internet: www.hsi-heidelberg.com

**IGW Institut für integrative  
Gestalttherapie**  
Theaterstr. 4, 97070 Würzburg  
Fon: 0931/354450  
Fax: 0931/3544544  
info@igw-gestalttherapie.de  
www.igw-gestalttherapie.de

**Institut für Traumatherapie  
Oliver Schubert**  
EMDR-Kurse, Curricula  
Psychotraumatologie und EMDR-Vertiefungsseminare,  
kammerzertifiziert  
Tel.: 030-4642185  
www.traumatherapie.de  
info@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  
Email: ambulanzen@ivs-nuernberg.de  
Homepage: www.ivs-nuernberg.de  
**Märkisches Institut  
für Psychotherapie**  
Dr. Thomas Kornbichler  
Dämmchen 17  
15837 Baruth/ Mark Schobendorf  
Tel.: 033704-66134/-66133 (FAX)  
info@maerkisches-institut.de

**milton erickson institut berlin**  
wartburgstr. 17, 10825 berlin  
fon & fax: 030 . 781 77 95  
büro: do 9 - 12 uhr  
www.erickson-institut-berlin.de  
mail@erickson-institut-berlin.de

**Münchner Institut für Trauma-  
therapie (MIT)**  
Leitung: Prof. Dr. Willi Butollo  
Zertifizierte Aus- und Fortbildung  
Mehrphasige Integrative Traumathe-  
rapie (MIT)  
& Dialogische Exposition  
Information und Termine:  
www.trauma-ambulanz.com

**Schule für Initiatische  
Gestalttherapie**  
Tel. 09721/34627  
winfried-wagner@aiki-institut.de  
Nußbergstr. 35, 97422 Schweinfurt  
www.initiatische-gestalttherapie.de

**systema-institut mannheim**  
Fon: 0621-7992828  
www.systema-institut.de  
systema-institut@t-online.de

**Thies Stahl Seminare**  
Dipl.-Psych. Thies Stahl  
Aus- und Fortbildung in NLP,  
Coaching, Mediation und  
Systemischer Aufstellungsarbeit  
Tel.: 04106 645763  
TS@ThiesStahl.de  
www.ThiesStahl.de

### Buchhandel/Verlage

**CIP-Medien Verlagsbuchhandlung**  
Nymphenburger Str. 185,  
80634 München  
Tel. 089-130793-21,  
E-Mail cipmedien@aol.com  
www.cip-medien.com

**Psychotherapeutenverlag  
Verlagsgruppe  
Hüthig Jehle Rehm GmbH**  
Im Weiher 10  
D-69121 Heidelberg  
Tel.: (0 62 21)4 89-0  
Fax: (0 62 21) 4 89-52 9  
redaktion@psychotherapeutenjournal.de  
anzeigen@psychotherapeutenjournal.de  
www.psychotherapeutenjournal.de  
www.ptv-anzeigen.de  
www.huethig-jehle-rehm.de

**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), Sascha Gönner (Rheinland-Pfalz), Ilse Rohr (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Bernhard Schäfer (Schleswig-Holstein).

### Anschrift Redaktion

Karin Welsch  
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
St.-Paul-Str. 9  
80336 München  
Tel.: 089/515555-19  
Fax: 089/515555-25  
welsch@ptk-bayern.de

### Anzeigen

Claudia Kampmann-Schröder, Tel.: 06221/437-042, Fax: 06221/437-109, cks-marketing@t-online.de

### Verlag

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hühlig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Annette Kerstein, Tel.: 06221/489-318; Fax: 06221/489-529, annette.kerstein@hjr-verlag.de

### Satz

Strassner ComputerSatz  
69181 Leimen

### Druck

Kessler Druck + Medien  
86399 Bobingen

### Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)  
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)  
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 43,- (inkl. Versandkosten)  
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

### 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 4/2008 ist der 5. September 2008, für Ausgabe 1/2009 der 19. Dezember 2008. Manuskripte sind elektronisch (Diskette, Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s.o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 10 Seiten (zweizeiliger Abstand incl. Abbildungen und Tabellen) nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 1997), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

### Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- a) Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
  - b) das Recht zur Veröffentlichung einer 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;
  - c) das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z. B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung –, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
  - d) das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z. B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung.
- Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.